



HAL
open science

Souffrance au travail : comment le médecin généraliste et le patient coopèrent-ils pour répondre à ce problème complexe?

Matthieu da Silva

► To cite this version:

Matthieu da Silva. Souffrance au travail : comment le médecin généraliste et le patient coopèrent-ils pour répondre à ce problème complexe?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-02056449

HAL Id: dumas-02056449

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02056449>

Submitted on 4 Mar 2019

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.

UNIVERSITÉ DE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

DA SILVA Matthieu

Présentée et soutenue publiquement le 07 décembre 2017

**SOUFFRANCE AU TRAVAIL : COMMENT LE MÉDECIN
GÉNÉRALISTE ET LE PATIENT COOPÈRENT-ILS POUR
RÉPONDRE À CE PROBLÈME COMPLEXE ?**

Président : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, Faculté de médecine de Clermont Ferrand

Membres du jury :

Monsieur LLORCA Pierre Michel, Professeur, Faculté de médecine de Clermont Ferrand

Monsieur DUTHEIL Frédéric, Professeur, Faculté de médecine de Clermont Ferrand

Madame LANOIR Denise, Docteur

Monsieur MARTY Laurent, Docteur

N°

UNIVERSITÉ DE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

DA SILVA Matthieu

Présentée et soutenue publiquement le 07 décembre 2017

**SOUFFRANCE AU TRAVAIL : COMMENT LE MÉDECIN
GÉNÉRALISTE ET LE PATIENT COOPÈRENT-ILS POUR
RÉPONDRE À CE PROBLÈME COMPLEXE ?**

Président : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, Faculté de médecine de Clermont Ferrand

Membres du jury :

Monsieur LLORCA Pierre Michel, Professeur, Faculté de médecine de Clermont Ferrand

Monsieur DUTHEIL Frédéric, Professeur, Faculté de médecine de Clermont Ferrand

Madame LANOIR Denise, Docteur

Monsieur MARTY Laurent, Docteur



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine
: **BERNARD** Mathias

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTRICE GENERALE DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **GUINALDO** Olivier
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **ESQUIROL** Myriam



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BEGUE René-Jean - BELIN Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - COULET Maurice - DASTUGUE Bernard - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mlle RAMPON Simone - MM. RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - TURCHINI Jean-Pascal - VANNEUVILLE Guy - VENRIES DE LA GUILLAUMIE Bernard - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. BACIN Franck - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DEMEOCQ François - DETEIX Patrice - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - PHILIPPE Pierre - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. ESCHALIER Alain	Pharmacologie Fondamentale Option Biologique
M. CHAZAL Jean	Anatomie - Neurochirurgie
M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
Mme LAFEUILLE Hélène	Bactériologie, Virologie
M. LEMERY Didier	Gynécologie et Obstétrique
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques

M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. COSTES Frédéric	Physiologie
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie - Neurochirurgie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne
M. CAMBON Benoît

Médecine Générale
Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine

Bactériologie Virologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel
Mme BOUTELOUP Corinne
Mle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mle MIRAND Andrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Nutrition
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Immunologie
Hygiène Hospitalière
Parasitologie et Mycologie

M. LIBERT Frédéric
Mle COSTE Karen
M. EVRARD Bertrand
Mle AUMERAN Claire
M. POIRIER Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë
Mme CASSAGNES Lucie
M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. LEBRETON Aurélien

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Radiologie et Imagerie Médicale
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Hématologie

M. BOUVIER Damien
M. BUISSON Anthony
M. COLL Guillaume
Mme SARRET Catherine

Biochimie et Biologie Moléculaire
Gastroentérologie
Neurochirurgie
Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte
Mme VAURS-BARRIERE Catherine
M. BAILLY Jean-Luc
Mlle AUBEL Corinne
M. BLANCHON Loïc
Mlle GUILLET Christelle
M. BIDET Yannick
M. MARCHAND Fabien
M. DALMASSO Guillaume
M. SOLER Cédric
M. GIRAUDET Fabrice
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène
Mme LAPORTE Catherine
M. LOLIGNIER Stéphane

Biophysique et Traitement de l'Image
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie Virologie
Oncologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Nutrition Humaine
Oncogénétique
Pharmacologie Médicale
Bactériologie
Biochimie Biologie Moléculaire
Biophysique et Traitement de l'Image
Médecine Générale
Médecine Générale
Neurosciences - Neuropharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles
M. BERNARD Pierre
Mme ESCHALIER Bénédicte

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

DÉDICACES PERSONNELLES

Merci à tous ceux, si cher à mon cœur, que je ne peux citer nommément.

À ma famille,

Vous illuminez ma vie et je saisis trop peu les occasions de vous dire que *je vous aime*. À vos côtés, le bonheur n'est plus un mirage. Merci tout particulièrement :

À mon épouse, Céline. *L'amour de ma vie.*

Merci, Céline, pour ta patience et ton aide lors de ce travail. Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Tu es le sel de ma vie. Je t'aime.

À mon fils, Gabin.

Tes sourires me remplissent d'amour et de joie. Avec toi, le bonheur est partout. Je t'aime.

À mes parents, Béatrice et Luciano.

Merci d'avoir cru en moi, de votre soutien inconditionnel et de m'avoir permis d'arriver jusqu'ici. Merci de tout ce que vous m'avez enseigné. Merci de votre amour.

À ma *petite* sœur, Alexia.

Merci pour ton extrême gentillesse et ta générosité. Tu es une richesse pour notre famille.

À mon *petit* frère, Hugo.

Merci pour ton affection et ces moments de complicité partagés lorsque l'on se retrouve. Soit fier d'être humble, dévoué et méritant.

À mes grands-parents. Alice, Carolina, Fernando et José.

Vous êtes la lumière qui m'a montré le chemin.

À ma belle-famille ; A Laurence, Michel et Valentin.

Merci Laurence, pour tes relectures attentives. Merci pour votre amour et votre bienveillance. Merci d'être là aujourd'hui.

À mes amis,

Merci de votre présence à mes côtés hier et aujourd'hui encore. Merci de toute l'aide que vous m'avez apportée.

À mes maîtres,

Merci pour le savoir et l'expérience que vous m'avez enseignés. J'ai grandi professionnellement et humainement grâce à vous.

À tous les patients qui ont participé à l'étude,

Merci pour votre disponibilité et l'enrichissement personnel que vous m'avez apporté.

À NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

À monsieur le Professeur VORILHON Philippe,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider et juger mon travail.

Je vous remercie de votre implication auprès des étudiants de médecine générale.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

À NOTRE JURY DE THÈSE

À monsieur le Professeur LLORCA Pierre Michel,

Je vous remercie d'avoir accepté de consacrer de votre temps pour juger ce travail.

J'en suis très honoré.

Recevez là l'expression de ma plus sincère reconnaissance.

À monsieur le Professeur DUTHEIL Frédéric,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Merci pour l'intérêt que vous avez accordé à ce travail et pour l'attention que vous porterez à sa lecture.

Veillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

À madame la Docteur LANOIR Denise,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Je vous remercie d'avoir facilité l'aide de vos collaborateurs.

Soyez assurés de mes remerciements respectueux.

À monsieur le Docteur MARTY Laurent,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, d'avoir pris le temps d'apporter les connaissances qui me faisaient défaut.

Merci pour l'accueil que vous m'avez réservé, pour votre réactivité, votre disponibilité et votre investissement dans ce travail.

Veillez trouver au travers de ces quelques lignes toute l'admiration que je vous porte.

Soyez assuré de tous mes remerciements et de mon plus profond respect.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	13
1.1	LA SOUFFRANCE, UN MAL-ÊTRE PALPABLE ET FLOU	13
1.2	À L'ORIGINE SYSTÉMIQUE PSYCHOSOCIALE	14
1.3	UN ÉVÈNEMENT MAJEUR DEVENU PRÉOCCUPATION SOCIÉTALE	17
1.4	LA PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE	19
1.5	OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE	21
2	MATÉRIELS ET MÉTHODES	23
2.1	TYPE D'ÉTUDE	23
2.2	RECRUTEMENT	24
2.3	TRAME D'ENTRETIEN	25
2.4	RECUEIL DES DONNÉES	25
2.5	ANALYSE DES DONNÉES	26
3	RÉSULTATS	27
3.1	INDEX BIOGRAPHIQUE	27
3.2	LA GENÈSE DU MAL-ÊTRE	28
3.2.1	Une condition psychosociale singulière	28
3.2.2	Les évènements à l'œuvre	33
3.2.3	Les facettes du mal-être généré	39
3.3	LA RECHERCHE DE SOLUTION	43
3.3.1	Place spécifique du médecin généraliste	43
3.3.2	Les autres acteurs	54
3.4	LE TRAVAIL PERSONNEL DU PATIENT	64
3.4.1	L'introspection	65
3.4.2	Les outils de la reconstruction	65
3.4.3	La reconstruction	67
4	DISCUSSION	69
4.1	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	70
4.2	COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE ET LA CULTURE	71
4.3	PERSPECTIVES	73
4.4	IMPLICATION POUR LA PRATIQUE	74
5	CONCLUSION	77
6	BIBLIOGRAPHIE	79

PRINCIPALES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CIM	Classification Internationale des Maladies
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EIPAS	Espace Investigation Prévention et Accompagnement du Stress au Travail
EMDR	Eye-Movement Desensitization and Reprocessing
HAS	Haute Autorité de santé
IDE	Infirmier Diplômé d'État
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
ISRS	Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
LICRA	Ligue Internationale Contre le Racisme et l'Antisémitisme
MAIA	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer
MBI	Maslach Burnout Inventory
MDPH	Maisons Départementales des Personnes Handicapées
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maisons de Santé Pluridisciplinaires
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDG	Président-Directeur Général
RPS	Risques Psychosociaux
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SEP	Syndrome d'Épuisement Professionnel
WONCA	World Organization of Family Doctors

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1: Interrelation des termes rencontrés dans le contexte de la souffrance psychosociale liée au travail.....	17
Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients	28
Tableau 2 : Les risques psychosociaux rencontrés.....	33
Tableau 3 : Les facteurs de risque psychosociaux rencontrés	35
Tableau 4 : Les manifestation rencontrées.....	39
Tableau 5 : Évolution des manifestations	41

1 INTRODUCTION

1.1 LA SOUFFRANCE, UN MAL-ÊTRE PALPABLE ET FLOU

Lors de mon internat et plus particulièrement, lors de mon stage en médecine générale, j'ai été confronté à des patients qui mettaient en avant l'implication de leur emploi sur la dégradation de leur état psychique. Face à ce que j'ai spontanément nommé "souffrance", j'avais l'impression que les réponses que j'apportais à ces patients ne comblaient pas leurs attentes. J'ai ainsi recherché quelle était la prise en charge à proposer à ces patients et me suis rendu compte que la prise en charge habituellement réalisée relevait de la triade : traitement du mal-être, rédaction d'un arrêt de travail et coordination avec le médecin du travail. J'avais également conclu que le rôle d'information du médecin généraliste trouvait une application dans cette situation en fournissant au patient des renseignements sur les autres ressources disponibles (médecin-conseil, inspection du travail, délégué du personnel...). Cette dernière alternative sonnait comme un aveu d'impuissance et j'avais l'impression de me débarrasser du problème.

Mes recherches personnelles m'ont également permis de me rendre compte que ce que j'avais perçu comme une souffrance est difficilement caractérisable. En effet, lors de sa pratique clinique auprès des travailleurs, le médecin généraliste peut faire face à un continuum de manifestations psychiques allant des troubles mentaux bien précisés par la nosographie psychiatrique (CIM-10 ou DSM 5) (1) (2) (3) jusqu'à un état psychique perturbé, mais dénué de manifestation pathognomonique. Cet état est alors à l'origine d'un imbroglio nosologique dans l'usage de termes désignant à la fois des pathologies, des syndromes flous, des risques psychosociaux ou encore des entités juridiques. On le nomme ainsi parfois « souffrance au travail », « dépression », « troubles anxio-dépressifs », « trouble de l'adaptation », « *burnout* », « épuisement professionnel », « saturation par le poste », « stress au travail », « problème de santé mentale », ou encore « harcèlement moral au travail ».

Ces termes se rejoignent cependant tous autour de la perception d'un mal-être facilement palpable, mais flou.

1.2 À L'ORIGINE SYSTÉMIQUE PSYCHOSOCIALE

Expression de sens commun, le terme "souffrance psychique" est employé, en 1995, dans le rapport Lazarus (4), né de la plainte des professionnels du social. Le concept est alors très lié à la précarité et défini par la mise en échec des dispositifs sociaux. En 2003, le rapport Parquet (5), généralise ensuite la souffrance psychique et ne la limite plus aux situations d'exclusion et de précarité. Il reconnaît ainsi les dimensions plus psychiques que matérielles de la souffrance et l'aborde comme un concept individualisé pour rassembler les dysfonctionnements psychoaffectifs rencontrés, mais qui n'entrent pas dans le cadre des troubles mentaux caractérisés.

Le rapport Parquet se rapproche ainsi de la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à la santé mentale durant l'après-guerre (6). Pour l'OMS, la santé mentale est, en effet, un état de complet bien-être, davantage que l'absence de troubles caractérisés. En 2005, la Conférence ministérielle européenne de l'OMS (7) sur la santé mentale en a enrichi le concept et défini précisément la « souffrance psychique » (ou « détresse psychologique ») comme l'une des dimensions de la santé mentale avec les troubles mentaux caractérisés et la santé mentale positive. Dans cette définition, la souffrance psychique est un état intermédiaire entre maladie mentale et bonne santé mentale, se caractérisant par des symptômes ne correspondant pas à des maladies mentales caractérisées.

Jean FURTOS donne une définition de la souffrance qui concilie ces deux approches en définissant la souffrance comme « un mal-être vague, mais certain qui naît de l'articulation du psychique avec le social ». Une douleur d'existence, soumise au travail psychique et d'origine sociale (8) (9). Par cette union, il positionne habilement la souffrance à l'interface du social et du médical et le terme « souffrance psychique » apparaît alors comme un consensus trouvé par les acteurs du social

et du médical pour nommer l'objectivation des uns et des autres de symptômes et malaises subjectifs (10).

La définition de Jean FURTOS de la souffrance recoupe la notion d'émergence (11) d'Edgar MORIN puisque la souffrance apparaît comme une propriété inconnue à l'échelle du système psychique et du système social et qui émerge dans et par l'organisation en un système psycho-social. L'organisation du travail a ainsi motivé la réalisation de nombreux travaux qui s'accordent sur l'existence d'une souffrance psychique, émergence dont l'origine est en partie sociale et au sein de laquelle le travail semble jouer le rôle principal.

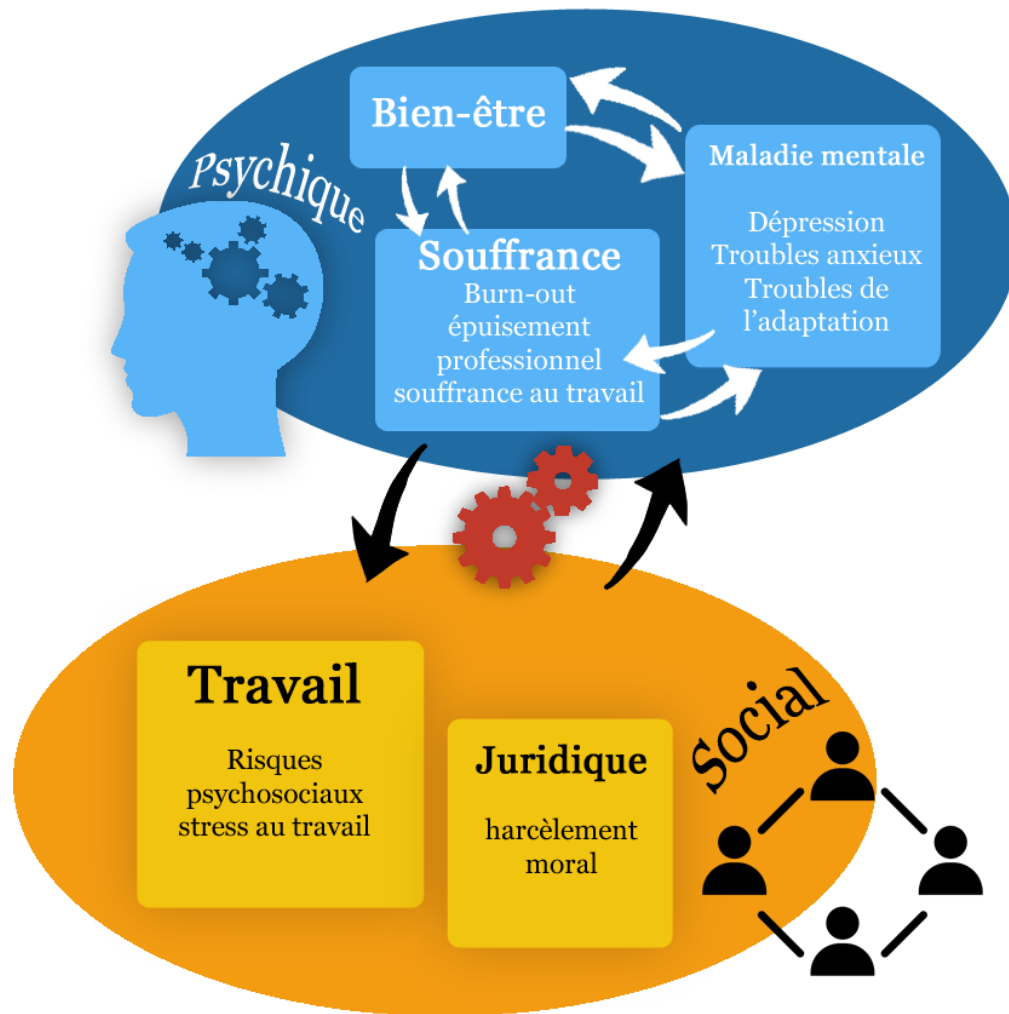
Une de ces recherches est la psychodynamique du travail qui analyse l'articulation des dimensions sociales et subjectives de l'activité de travail chez l'être humain. Grâce à la compréhension des mécanismes influençant ce système travail-psychisme, elle relie spécifiquement des organisations de travail à des manifestations psychiques du travailleur. Ainsi, elle décrit ce qu'elle nomme « souffrance au travail » comme un mal-être subjectif en relation avec une situation de travail à laquelle le travailleur n'a pas su s'adapter. Ce mal-être étant l'expression d'une expérience affective subjective. (12) (13).

Le concept des facteurs de risque psychosociaux (RPS) vise spécifiquement à comprendre le rôle du travail et son organisation sur l'atteinte à la santé afin de réaliser des démarches de prévention collective (14). Ce concept lie ainsi le stress, les violences internes ou les violences externes des situations de travail (ou risques psychosociaux) à des atteintes à la santé (qu'elles soient physiques ou psychiques). Des facteurs de risques organisés en plusieurs catégories (intensité et temps de travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie, rapports sociaux au travail dégradés, conflits de valeurs, insécurité de la situation de travail) sont présentés comme, en partie, à l'origine des RPS. Ce concept ne limite toutefois pas le travail à la seule cause du mal-être du travailleur en souffrance, car il met en avant la participation de son fonctionnement mental. (15).

Le concept de *burnout*, conceptualisé pour la première fois en 1975, interroge spécifiquement les manifestations cliniques résultantes de cette articulation. Il se définit par le trépied : syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de perte du sentiment d'efficacité personnelle ressenti face à des situations de travail exigeantes. Ses manifestations cliniques sont multiples (émotionnelles, somatiques, cognitives et comportementales) et en pratique courante, il désigne surtout ce que le *Maslach Burnout Inventory (MBI)* (16) mesure. (17). Aussi, en raison d'une définition non consensuelle, cette entité n'a jamais fait son entrée dans les classifications des maladies psychiatriques actuelles. (18). Sa traduction française par syndrome d'épuisement professionnel rajoute à la confusion en oubliant les notions de dépersonnalisation et de perte du sentiment d'efficacité personnelle.

Il convient toutefois de considérer que les émergences sont infinies et concernent toutes les organisations qu'elles soient psychiques ou sociétales. Aussi, si l'organisation du travail peut, en soi, générer la souffrance du travailleur, on ne doit pas ignorer que cette organisation est elle-même générée par diverses structures sociétales et physiques. L'origine de la souffrance du travailleur est donc complexe, car elle est le produit de superstructures s'articulant entre-elles. Aussi, le nom retenu pour ce travail de thèse est « souffrance psycho-sociale liée au travail ». Car malgré son caractère complexe et flou, il semble rendre compte d'un mal-être né de l'enchevêtrement psychique et social par la participation spécifique du travail.

Figure 1: Interrelation des termes rencontrés dans le contexte de la souffrance psychosociale liée au travail



1.3 UN ÉVÈNEMENT MAJEUR DEVENU PRÉOCCUPATION SOCIÉTALE

Bien que cette problématique soit à l'origine de nombreux travaux épidémiologiques (19), les difficultés à définir de manière consensuelle la « souffrance psycho-sociale liée au travail », empêche une évaluation épidémiologique spécifique précise et qu'il convient d'interpréter avec précaution.

En France, sans présumer du rôle du travail dans la genèse de la souffrance morale, l'enquête décennale santé de l'Insee (2003) retrouvait une prévalence de 11% de symptômes dépressifs parmi les actifs au travail. (20). Deux systèmes de surveillance français s'appuyant sur les médecins du travail

permettent d'étudier la prévalence des altérations de la santé mentale et leur lien avec le travail. Leur approche et leur définition de la souffrance psychique sont différentes, mais peuvent toutefois donner lieu à des comparaisons. Pour le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP), dont la spécificité est la description des troubles imputables au travail, la « souffrance psychique » se définit sur la base de la CIM-10 comme l'ensemble des maladies relevant des chapitres V et XXI. De son côté l'enquête SAMOTRACE, dont la spécificité est de décrire la prévalence de la souffrance psychique selon le travail, a utilisé le General Health Questionnaire à 28 questions (GHQ28) pour dépister un mal-être psychique. Dans les deux programmes, malgré plusieurs limites tendant à minimiser les prévalences, la souffrance mentale imputable au travail était alors comprise entre 1 et 5 % dans une population représentative de la population générale. (21) (22).

En ce qui concerne l'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé, l'IRDES a réalisé en 2011 une analyse reposant sur les données des enquêtés âgés de 18 à 65 ans occupant un emploi lors de l'enquête Santé 2003 de l'Insee (23). L'interrelation des risques psychosociaux et physiques est de nature à compliquer l'évaluation, mais chez cette population, les calculs de l'IRDES lui permettent d'estimer que la part du nombre de consultations, d'arrêts de travail et d'hospitalisation attribuables au risque psychosocial, est respectivement de 8.77 %, 31.5 % et 12.1 %.

Bien que mal identifiée et mesurée, une fois reconnue, la « souffrance psycho-sociale liée au travail » semble réclamer une intervention. L'historiographie du terme *burnout* permet de retracer la naissance des préoccupations à ce sujet. Intégré au vocabulaire anglais courant dès 1900, il désigne un excès de travail entraînant une mort précoce. Sous la direction du psychanalyste américain Herbert J. Freudenberger, en 1974, le terme est ensuite utilisé pour entreprendre les premières réflexions théoriques sur le sujet (17).

Le terme *burnout* est aussi celui utilisé par Benoît Hamon au cours de la campagne présidentielle de 2017 pour proposer la reconnaissance en Maladie Professionnelle de la souffrance des travailleurs (24). L'exécutif a récemment été appelé à la gestion publique du *burnout*. Un rapport

déposé à la commission des Affaires sociales (18) propose ainsi une série de 27 propositions visant à améliorer nos connaissances épidémiologiques et diagnostiques, la prévention et la prise en charge sur le syndrome d'épuisement professionnel. L'accent y est placé sur l'importance des acteurs de la santé au travail (médecin du travail et IDE du travail), les acteurs de l'entreprise et des psychologues cliniciens.

Déjà avant l'apparition du terme *burnout*, on retrouve loin dans le temps des descriptions proches de sa symptomatologie. Pour Philippe Zawieja, le phénomène n'est pas nouveau et il compare le *burnout* à une "fatigue d'époque" telle la mélancolie chez les courtisans aux 17 et 18ème siècle. Il rapproche aussi le *burnout* au cas de « la grande fatigue » du prophète Elie dans l'Ancien Testament, mais aussi dans les symptômes présentés par le personnage de Thomas Buddenbrook dans l'une des œuvres de Thomas Mann (17). Plus récemment, de nombreux artistes contemporains exposent clairement leur *burnout* aux yeux de tous comme dans les longs métrages *Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés* (2005), *Le Couperet* (2005), *L'Emploi du temps* (2001), *Near death experience* (2014), *Bird People* (2014), ou encore le téléfilm de France Télévisions *15 jours ailleurs* (2013) et le roman *Face à la mer* (2016).

On le voit, par ces exemples issus de la culture, le phénomène est perçu depuis longtemps. Le monde scientifique se l'est approprié depuis plus de 40 ans et il est devenu une préoccupation sociétale majeure depuis ces dernières années, poussant le monde politique à y répondre afin de ne plus laisser seul le patient avec sa souffrance.

1.4 LA PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE

En effet, la société doit s'organiser pour répondre à cette problématique, car du fait de sa dimension systémique, le patient dans sa solitude ne peut la résoudre seul. Sa souffrance réclame au contraire un travail synergique de différents acteurs, professionnels ou non, au rôle spécifique, capable d'intervenir sur les éléments sociaux et psychiques la composant.

Actuellement, outre la famille et les proches, il s'agit principalement des acteurs du social, du travail et du médical. Au sein du monde du travail, les interlocuteurs des patients en souffrance seront principalement les acteurs de l'entreprise tels que l'employeur, les collègues, les syndicats, les délégués du personnel ou le CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail). Au sein du monde social plus élargi, on retrouve également l'inspection du travail, l'assistant social du travail, ainsi que les médiateurs et autres acteurs de la dimension juridique. Au sein du monde médical, on retrouve le médecin du travail, l'infirmière de santé au travail, le psychologue du travail, ainsi qu'à l'occasion de consultations de pathologie professionnelle, un médecin psychiatre. Le patient peut également faire appel au médecin-conseil de la CPAM, à son psychiatre traitant, un psychologue clinicien et enfin à son médecin généraliste.

Pour les autres professionnels, le médecin généraliste est considéré comme un acteur devant jouer un rôle essentiel en santé au travail notamment en raison de sa position particulière dans le système de soins français : prise en charge de patients atteints de maladies chroniques et de handicap, coordination et suivi des soins, prescription d'arrêts de travail (25) (26). L'article L4130-1 du Code de la Santé Publique ajoute par ailleurs aux missions du médecin généraliste de premier recours une mission d'orientation des patients dans le secteur médico-social. Ainsi, le médecin généraliste peut s'employer aux soins psychiques et sociaux au travers de prises en charge mêlant l'écoute empathique, la prescription de psychotrope et d'arrêts de travail, ainsi que la coordination avec les autres intervenants (27).

Handicapés par une connaissance limitée du travail des patients et par le manque d'accès aux lieux de travail et aux acteurs de l'entreprise, la prise en charge de la souffrance au travail par le médecin généraliste se fait toutefois dans la difficulté (26) (28) (29). Les contrôles exercés par les caisses d'assurance maladie sur les prescriptions d'arrêts de travail renforcent l'isolement du médecin généraliste en le plaçant dans une situation d'injonction paradoxale. Lorsqu'il est confronté à la souffrance subjective du patient, le médecin généraliste dispose dans son arsenal thérapeutique de la

possibilité de l'éloigner du travail par l'usage d'un arrêt de travail. Toutefois, sa pratique quotidienne se fait sous la pression des contrôles de l'assurance maladie qui refuse parfois la prise en charge des indemnités journalières, remettant en question par-là l'acte de soins représenté par l'arrêt de travail, mais aussi la capacité du médecin généraliste à objectiver le trouble de son patient (30), ce qui le place dans une situation de double lien. Par ailleurs, la rédaction de certificats en rapport avec le monde du travail expose le médecin généraliste à devoir répondre à des plaintes, principalement d'employeur, devant l'ordre des médecins. Le médecin généraliste supprime alors généralement le lien santé-travail de ses écrits après une conciliation, sous peine d'un envoi en chambre disciplinaire régionale de l'ordre des médecins. (31)

C'est probablement en raison de ces difficultés que le médecin généraliste apparaît comme un acteur mal formé à ce sujet (26) (32) et que son intervention semble insuffisante, voir inadaptée aux yeux des autres acteurs impliqués dans cette problématique (26) (18) jusqu'à pousser la ministre de la Santé Mme Marisol TOURAINE alors en place à saisir, en avril 2016, la Haute Autorité de la santé (HAS) afin d'élaborer « des recommandations de bonne pratique à destination des médecins du travail et des médecins généralistes sur le repérage, la prévention et la prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel (SEP) ou *burnout*, ainsi que sur l'accompagnement des personnes lors de leur retour au travail ».

1.5 OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Bien qu'il semble être l'un des professionnels le mieux placé pour prendre en charge la souffrance psycho-sociale liée au travail, la complexité de cette problématique empêche le médecin généraliste de répondre totalement à chaque facette de celle-ci. Les autres acteurs impliqués dans la santé au travail peuvent être déçus des attentes qu'ils avaient placées en le médecin généraliste. Pourtant, certains patients en souffrance choisissent leur médecin traitant comme premier interlocuteur pour partager leur mal-être. **Mon hypothèse est que ces patients consultent leur médecin généraliste en première intention, car ils lui attribuent un rôle spécifique.**

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les composantes du rôle attribué au médecin généraliste par les patients qui le consultent en première intention concernant la prise en charge d'une souffrance psycho-sociale liée au travail. L'objectif secondaire est de mettre en évidence la manière dont l'intervention du médecin généraliste est perçue dans cette situation et les questions et perspectives que cela ouvre.

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la souffrance psycho-sociale liée au travail résulte entre autres de l'interaction avec les patients et les autres professionnels. Aussi, connaître le rôle attendu par les patients pourrait permettre au médecin de se positionner spécifiquement dans le parcours de soins. Il établirait ainsi une stratégie de prise en charge qui puisse répondre aux attentes des patients, tout en définissant les limites légitimes de son intervention qui pourrait ainsi s'accorder à celle des autres professionnels.

2 MATÉRIELS ET MÉTHODES

2.1 TYPE D'ÉTUDE

L'étude a été conduite par un enquêteur unique auprès de patients ayant vécu ou vivant une situation de souffrance au travail. L'approche proposée ici fait partie de la grande famille des méthodes dites « qualitatives ».

La souffrance psychosociale liée au travail étant une expérience affective subjective, il était nécessaire de s'appuyer sur le vécu des patients (12). L'étude qualitative, par l'utilisation de récits de vie, s'est imposée en raison du souhait d'obtenir un récit de type biographique basé sur l'expérience du patient d'un ou d'événement(s) aux temporalités diverses. Le récit de vie s'appuie sur l'entretien narratif, permettant de détailler le parcours de vie, les expériences vécues et l'action dans le temps d'une personne. (33)

Les sujets en souffrance au travail évoluent dans une situation commune aux caractéristiques spécifiques. Réaliser des récits de vie concentrés sur cette expérience sociale bien précise permet d'explorer profondément cette situation et d'obtenir un grand nombre d'informations. (34). Dans les démarches de recherche qualitative par entretien approfondi, la démarche de type récit de vie est reconnue comme étant une des plus productives. Elle permet au patient de dérouler de façon détaillée les épisodes de son existence à travers le filtre de la question que l'on est en train de travailler. (35).

La longueur de ses entretiens justifie qu'il y ait encore moins de personnes dans l'échantillon que dans un autre type de recherche qualitative. Cela permet toutefois à l'étude de prendre en considération les dimensions non quantifiables de la problématique telles que son histoire de vie, ses émotions, ses relations, etc. Par ailleurs, dans cette situation, les enquêtés subissent les mêmes contraintes, les mêmes tensions et la même pression, les amenant à partager une même logique d'action. Le récit de vie permet de saisir quels processus ont mené les patients dans la situation étudiée, de mettre à jour les caractéristiques profondes de cette situation et comment les personnes

qui s'y trouvent confrontées s'efforcent de la gérer. (35). C'est ainsi que cette approche peut fournir des éléments de compréhension nouveaux et c'est pourquoi le recours aux « récits de vie » peut se révéler particulièrement pertinent quand on souhaite analyser les trajectoires des individus, les moments et les raisons qui guident leur parcours.

Le but est ainsi de décrire la souffrance psychosociale au travail, de chercher à comprendre le fonctionnement d'un segment de la société et non pas le fonctionnement interne d'un individu donné. Les récits de vie sont recueillis dans une intention analytique dans le but d'élaborer un modèle, échafaud d'hypothèses, expliquant le fonctionnement de ce phénomène. (35). La démarche qualitative ne se construit pas en opposition au quantitatif, car la validation de la connaissance produite nécessite de passer de l'approche qualitative à l'approche quantitative intégrant alors un plus grand nombre de sujets.

Si les récits de vie sont largement utilisés comme outil de recherche, ils sont également le fondement de certaines méthodes d'intervention en situations complexes. (36). Il en est ainsi fait usage par les psychothérapeutes ou les formateurs d'adultes, qui utilisent le récit de vie pour amener les individus à utiliser leur parcours de vie comme moyen utile à mieux se connaître. (37).

2.2 RECRUTEMENT

Les patients ont été recrutés à partir de propositions de médecins généralistes du Puy-de-Dôme et de l'Allier.

Pour être inclus, les patients devaient être majeurs, volontaires et avoir consulté leur médecin traitant en première intention pour des symptômes de souffrance psychique au travail. En raison de la grande variabilité de ces symptômes et du manque de définition consensuelle, l'identification de la souffrance et son lien avec le travail se sont faits sur la base de la perception du médecin traitant.

Après avoir obtenu leur accord téléphonique, les patients étaient rencontrés individuellement en entretien.

2.3 TRAME D'ENTRETIEN

L'élaboration d'une trame d'entretien, constituée de quatre questions centrales et de relances, s'est faite à partir de recherches bibliographiques d'études quantitatives menées sur ce sujet et des hypothèses émises par les chercheurs.

Elle visait à aider à construire l'entretien en trois temps : le récit du problème, le récit de la recherche d'aide et enfin la rencontre avec le médecin généraliste.

Elle a été testée dans un premier temps dans une phase de pré-enquête auprès d'un enquêté, ce qui nous a permis de valider la trame d'entretien et d'établir certaines relances. L'entretien réalisé avec le patient (P1) lors du temps de pré-enquête a été utilisé dans la suite de l'étude.

2.4 RECUEIL DES DONNÉES

Les entretiens se sont déroulés de février à juillet 2017, dans un lieu laissé à la convenance des patients. Le premier et le troisième entretien ont été réalisés au domicile des patients P1 et P3 alors que la patiente P2 a été interviewée au cabinet de son médecin traitant.

Au début de chaque entretien, l'enquêteur informait les patients sur ses motivations, l'anonymisation, et l'enregistrement audio. Les patients ont eu la possibilité de poser des questions avant chaque entretien. La durée des entretiens était laissée libre, l'entretien se terminait quand le patient le souhaitait. La durée moyenne des entretiens a été d'une heure et vingt-sept minutes.

Chaque entretien était enregistré à l'aide d'un enregistreur numérique après recueil du consentement de chaque interviewé, puis retranscrit intégralement constituant ainsi le verbatim. Les verbatim n'ont pas été relus par les enquêtés.

Les verbatim ne sont pas présentés dans leur intégralité et les citations ont pu être modifiées afin que l'anonymat des personnes interrogées soit strictement respecté.

2.5 ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des verbatim a consisté en la recherche de récurrences d'un parcours de vie à l'autre pour permettre l'élaboration d'un modèle à visée exploratoire expliquant le fonctionnement du phénomène, car les récits en tant que témoignages se recourent, se consolident mutuellement et se confirment. Cela permet de remonter du particulier au général. Chaque verbatim a ainsi été lu et relu, pour qu'à partir des phrases ou des comportements, soit codé fragment par fragment le texte ensuite réorganisé en catégories, puis regroupé en thèmes principaux.

Les thèmes et catégories ont été choisis de manière à être exhaustifs, tout en répondant aux objectifs de recherche. L'analyse a donc été ordonnée en 3 thèmes principaux : la genèse du mal-être, la recherche de solution et le travail personnel du patient. En parallèle, il a été fait preuve d'une intention de limiter les redondances, contrariée par la volonté de ne méconnaître aucune facette de cette problématique complexe et évolutive dans le temps.

Une triple analyse des entretiens par collaboration de l'enquêteur avec un second chercheur et le directeur de thèse a été effectuée afin d'assurer une triangulation des données. L'analyse a été supervisée par le directeur de thèse, qualifié en recherche qualitative.

3 RÉSULTATS

Il a été volontairement choisi une présentation séquentielle des résultats afin de faire figurer le cheminement du patient tout au long de sa souffrance. Une rédaction linéaire n'a toutefois pas été possible face à ces situations complexes, c'est ce qui explique que certaines catégories sont exposées à plusieurs reprises lorsqu'elles apportent un éclairage nouveau.

3.1 INDEX BIOGRAPHIQUE

Les résultats sont issus d'un échantillon réduit de 3 patients dont l'état d'évolution du mal-être est très différent et qui explique la construction séquentielle de cette analyse. Pour faciliter la lecture des citations présentées, il nous a semblé utile au lecteur d'apporter certaines précisions concernant la situation de chaque patient au moment de la réalisation de son entretien.

Le premier entretien est celui d'un homme chef d'équipe de travaux publics dans le domaine de la communication. Il est marié, père de trois enfants et vit dans une maison achetée à crédit. Son employeur du moment est le troisième de sa carrière. Avant l'épisode de souffrance, il avait une situation sanitaire et sociale stable et solide. C'est un patient dont l'expression du mal-être a nécessité et nécessite toujours l'aide de son épouse. C'est pour cette raison que l'enquête a été réalisée en sa présence. Son épouse a ainsi librement participé à l'entretien en reformulant certaines de mes questions, en relançant le patient sur certains sujets, le poussant parfois à donner plus de détails, ou en apportant certaines réponses à sa place. Dans cette dernière situation, il était demandé confirmation ou infirmation au patient. L'évolution du patient s'inscrit dans une symptomatologie qui vient juste d'être contrôlée à l'aide d'une prise en charge médicamenteuse et le place encore en recherche de solutions pour mettre un terme à son mal-être.

L'entretien deux est celui d'une femme, secrétaire du secteur privé, mariée et mère de deux enfants au moment de l'entretien. C'est l'expression d'un mal-être récent lors d'une formation qui a motivé l'entrée dans l'étude. C'est toutefois un épisode ancien et bien plus important qui a été mis en

exerque lors de l'entretien. Elle était alors divorcée et mère d'une fille de 5 ans. L'analyse de cette expérience ancienne se révélera très enrichissante, car elle a donné lieu à une profonde transformation personnelle. Le récit de l'expérience plus récente permet de rendre compte de l'évolution des mécanismes de défense déclenchés par la patiente.

Le troisième entretien est celui d'une femme, employée administrative du secteur privé au poste polyvalent, divorcée et mère d'un enfant. Elle a la garde exclusive de sa fille. Sa symptomatologie paraît initialement pauvre, au point de douter de l'existence d'une souffrance lors de la première partie de l'entretien. La révélation d'une histoire personnelle fondatrice expliquera que sa souffrance soit en réalité volontairement cachée. Il convient de prendre en compte qu'elle a une analyse très fine du contexte social dans lequel s'inscrit sa souffrance.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients

Entretien	Sexe	Âge (années)	Situation familiale	Nombre d'enfant	PCS ¹	Ancienneté (mois)	Nombre de salariés dans l'entreprise
<i>P₁</i>	H	39	Marié	Oui (3)	621a	24	Environ 150
<i>P₂</i>	F	41	Mariée	Oui (3)	542a	36	Environ 60
<i>P₃</i>	F	33	Divorcée	Oui (1)	543d	6	Environ 100

3.2 LA GENÈSE DU MAL-ÊTRE

3.2.1 Une condition psychosociale singulière

La souffrance psychosociale au travail survient et évolue chez des patients qui se situent dans un contexte psychique et social qui leur est propre. Les héritages du passé ont formé les ressorts, rouages, et autres mécanismes par lesquels le patient métabolise les événements.

¹ Professions et Catégories Socioprofessionnelles selon la nomenclature de l'INSEE

3.2.1.1 Un contexte social

3.2.1.1.1 La sphère intime

La patiente P2 présente une dynamique familiale perturbée à l'origine d'un relatif isolement au sein de sa famille. Mère célibataire, des rapports complexes avec son père sont à l'origine d'une marginalisation importante.

Pour la patiente P3, l'isolement est moindre, mais divorcée, elle a la charge de son enfant en raison de l'éloignement important du père de sa fille. Sa vie intime est surtout marquée par la maladie. Elle fait l'expérience personnelle d'une maladie grave et a vécu la dépression de sa mère lorsqu'elle était enfant.

« Depuis jeune, enfant, je ne me sentais pas à ma place dans ma famille et à 13 ans j'étais SDF, je suis partie. Je n'ai pas accepté l'autorité masculine de la maison. J'étais en conflit avec mon père pendant 10 ans, 12 ans ? Je n'ai jamais accepté...Je n'ai jamais voulu être une femme soumise. Mon père était violent avec ma mère et moi j'assistais à ça. Je suis l'aînée, alors j'ai pu le cacher à mes frères et sœurs et eux ont pu se construire comme il faut. J'ai été placée en foyer quand j'étais plus jeune, adolescente. J'ai eu un déclic à ce moment-là : de voir la détresse des autres ados, pires que moi, ça m'a fait relativiser... Je suis allée en XXX de 17 à 18 ans, mon père m'y avait envoyée. À l'époque, c'est ce qu'ils faisaient pour les jeunes filles ; quand elles ne tenaient pas la route, ils les envoyaient au bled et c'était mon deuxième séjour. » (P2).

« Son père est à XXX, il n'y a pas de garde alternée. Donc je l'ai tout le temps, tout le temps. C'est H24, c'est comme s'il n'existait pas en fait. [...] Sauf que moi je suis RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), moi j'ai une sclérose en plaques. » Bon ça, ça n'est pas le but de votre étude. Mais ça ajoute au reste... moi j'ai une sclérose en plaques. [...] Ma mère a fait beaucoup de dépressions. Vous voyez, ma mère, était en dépression lors d'un et... Je me souviendrai toujours... Sur mes économies, je lui avais acheté un petit chat en porcelaine. Elle me l'a balancé en travers de la tête à Noël. Lorsqu'elle était en dépression, elle s'enfermait dans sa

chambre et elle n'en sortait que pour manger. Le reste du temps, on était livrés à nous-mêmes. »

(P3)

Le patient P1 ne décrit aucun conflit familial passé ou présent. À l'inverse, il dépeint une sphère familiale inébranlable, constituant une véritable ancre.

« Nous, on est un couple très proche. On fait tout ensemble. On était tellement séparés par le boulot que maintenant on fait tout ensemble. Bon, à part quand je suis au travail... Mais bon... Même le sport, on le fait ensemble, les activités aussi. C'est rare qu'on soit séparés ou qu'on ne soit pas du même avis ou quoi que ce soit. » (P1)

3.2.1.1.2 Et ses entrelacs avec la sphère professionnelle

La patiente P2 a une implication professionnelle et émotionnelle importante qui semble être le moyen trouvé pour substituer sa famille en raison d'une place jamais trouvée au sein de celle-ci. Il en a résulté une relation avec sa hiérarchie qui mêle vie intime et vie professionnelle et dans laquelle la patiente investit un dévouement important basé sur la confiance. Les entrelacs de l'intime et du public ont pris une autre proportion lorsque sa hiérarchie a favorisé l'embauche et le maintien dans l'emploi de sa sœur, malgré les difficultés rencontrées par celle-ci à réaliser les tâches prescrites.

« Comme dans une famille où on avait besoin de moi. Vous voyez ce que je veux dire ? On a tout de suite sympathisé et ça aussi, ça a joué, je pense. On était amis, on passait des week-ends ensemble, des vacances ensemble, je gardais leurs enfants quand ils partaient. Ils n'avaient pas passé de vacances depuis plus de 5 ans et quand je suis arrivée, ils ont pu partir 15 jours. Et dès que je suis arrivée, parce qu'ils se sentaient en confiance. [...] Ils cherchaient du monde à embaucher et ma mère m'a demandé si je pouvais aider ma sœur qui n'avait pas de travail [...] Ils m'ont dit « ta sœur, pour te faire plaisir, je vais la garder » (P2)

Pour le patient P1, l'intime s'est mêlé aux choix professionnels lorsqu'il a réalisé plusieurs changements d'employeurs pour protéger sa vie de famille. Ses absences prolongées pour cause de

déplacements professionnels nuisaient au bon fonctionnement du foyer, et c'est avec regrets que la naissance de son dernier enfant a motivé l'arrêt complet de ses déplacements.

« J'ai quitté l'armée parce que je ne faisais que du déplacement. Je partais 290 jours par an à l'étranger. Pour la vie de famille, ce n'était pas possible. Après l'armée, j'ai continué le déplacement, mais je rentrais toutes les semaines. Quand ma femme s'est retrouvée toute seule avec les trois enfants, ce n'était plus gérable et elle m'a demandé d'arrêter. Ça a été très, très dur, car ce boulot me plaisait énormément. » (P1)

La patiente P3 a fait preuve de calculs rigoureux dans ses choix professionnels pour concilier parfaitement sa vie intime et son emploi. Ses contraintes intimes l'ont poussée à une reconversion afin d'obtenir un emploi aux horaires et aux fonctions compatibles avec son rôle de mère célibataire et sa maladie chronique handicapante.

« Quand je suis rentrée dans l'entreprise, je sortais d'une formation de comptable assistante en reconversion professionnelle. Si j'ai choisi de me réorienter... enfin, de faire ma formation, c'est bien parce que je ne peux pas être technico-commerciale itinérante. C'est un choix de vie qui m'a été imposé par mon statut de sclérose en plaques. Et il y a la vie de famille aussi, il faut y penser ! » (P3)

3.2.1.2 Influençant l'architecture psychique

L'influence de cicatrices de vie intime sur leur élaboration psychique et la façon d'interagir socialement est évoquée principalement par les patientes P2 et P3. Pour la patiente P2, sa marginalisation et l'opposition à son père ont été des fondements majeurs de sa construction individuelle. Ce conflit lui a permis de développer une force de caractère qu'elle compare à une carapace permettant d'affronter la vie. Ainsi, elle accorde une grande importance à la parole donnée et une opposition facile à l'autorité. La patiente P3 met quant à elle en avant l'influence de sa pathologie chronique sur la façon qu'elle a d'affronter les épreuves de la vie.

« C'était de toute façon un handicap. Mais qui me rendait aussi plus dure. Le fait d'avoir vécu dans la rue, de m'être débrouillée seule m'a donné une certaine force. Je me suis rendu compte que tout ça datait d'hier. Ne pas avoir été protégée par mon père quand j'étais enfant. Je suis en marge, je ne rentre pas dans le moule, je ne fais pas les choses comme les autres. On ne m'oblige à rien. Et même avec mon père ! On n'a pas le droit de dire les choses en l'air, de mentir aux autres. » (P2)

« Ma situation est un petit peu délicate. Je serais quelqu'un de « valide », sans problèmes de santé, j'aurais peut-être moins la volonté de me battre. Mais du fait de mes soucis de santé, je ne peux pas me laisser faire. La maladie m'a donné envie de vivre à fond. Je ne vais pas me laisser emmerder. La vie est courte et je ne vais pas la passer à me laisser faire. » (P3)

L'influence de la sphère professionnelle se conjugue également à l'intime lorsque l'emploi prend une valeur particulière aux yeux du travailleur. C'est une constante retrouvée dans les trois entretiens durant lequel chacun des trois enquêtés dit qu'il peut se valoir d'un sens profond de professionnalisme.

« Moi, le boulot c'est le boulot. La vie à côté, c'est à côté. Rester à la maison je ne peux pas. Il faut aller au boulot et quand je suis au boulot, je suis au boulot. Je ne suis jamais en retard, jamais. Quand je m'investis dans mon travail, je m'investis à fond. Je ne dirai pas que c'était plus important que ma famille, mais à l'époque, presque. J'étais boulot, boulot, boulot... Ça me ronge car j'aime bien faire mon travail correctement. On a eu des contrôles où ils ont vraiment été très satisfaits du travail qu'on avait fait. » (P1)

« Jusqu'au jour d'aujourd'hui, je le dis, j'ai été malheureuse en famille, mais j'ai toujours eu beaucoup de chance dans le boulot. Depuis que j'ai 15 ans et demi, j'ai des facilités dans le boulot, avec les autres, avec l'école. Je suis toujours facile, agréable. Un bon élément, voilà. J'avais besoin d'être épanouie dans mon travail et une fois que je ne l'ai plus été... » (P2)

« Je ne suis pas une femme au foyer. Contrairement à d'autres, moi ce n'est pas mon truc. Donc il faut que je bouge, il faut que j'aie bossé. J'ai gravi les échelons, j'ai obtenu la confiance de mon employeur qui du coup m'a fait monter en grade. Je suis devenue la référence de l'entreprise. Dès qu'il y avait un souci, on m'appelait. C'est une reconnaissance dans le travail, dans l'investissement personnel et dans l'investissement professionnel. C'est gratifiant aussi quelque part. Et, du coup, quand on va bosser, on y va avec plaisir. » (P3)

Aucun antécédent de maladie psychiatrique n'est retrouvé chez les patients interrogés. Une fragilité psychique personnelle n'a semblé ni suffisante ni nécessaire à la genèse du trouble.

3.2.2 Les évènements à l'œuvre

Une ou plusieurs difficultés professionnelles sont ressenties comme les déclencheurs de tensions aiguës à l'origine du mal-être. Dans chacune des trois situations présentées, elles ne sont toutefois pas les seules en cause puisque des difficultés d'ordre personnel et parfois intimes peuvent également y participer.

3.2.2.1 La participation du travail

3.2.2.1.1 Des situations professionnelles maltraitantes

Tous les patients rencontrés ont été exposés à des situations au travail qu'ils relient directement à leurs symptômes psychiques. Ces situations peuvent être classées en empruntant la catégorisation des risques psychosociaux : stress, violences internes et externes.

Tableau 2 : Les risques psychosociaux rencontrés

	Entretien P1	Entretien P2	Entretien P3
Stress	X (1)	X (4)	X (6)
Violences internes	X (2)	X (5)	X (7)
Violences externes	X (3)		

- (1) « C'est moi qui suis sur la machine... Et ça fait une sacrée flamme quand on coupe une ligne de 20'000 Volts ! Je pourrais avoir un accident mais il s'en fout. » (P1)
- (2) « Il a péché un plomb, il s'en est pris à moi. J'ai passé une mauvaise soirée. » (P1)
- (3) « Épouse : Tu ne te rappelles pas quand tous les gens du village t'ont insulté ? (P1) : Ah oui, parce que j'avais coupé l'électricité d'un village complet parce que je n'avais pas le papier des directives. C'est moi qui ai pris les coups de bâton et pas ma direction. » (P1)
- (4) « Il y a eu un contrôle de l'inspection du travail. Donc il fallait tout préparer, les papiers... C'était speed. Et en plus, il y a eu un décès, un chauffeur qui est mort dans sa cabine à l'arrêt. Et il y a eu un accident de travail et une démission. J'ai dû traiter tout ça. » (P2)
- (5) « Je sens qu'il y a une réticence, une méchanceté. C'est comme si j'étais un singe dans un arbre en train de faire des mimiques. On me dit « les formatrices sont connues pour être racistes ». (P2)
- (6) « Il fallait régler les fournisseurs avant la livraison, avec l'aval de l'administrateur. C'était un petit peu compliqué à gérer. » (P3)
- (7) « C'est le PDG. Celui qui a racheté notre boîte. J'ai dû le voir quatre fois dans ma vie. Il se permet de vous appeler et de vous dire en gros que vous êtes une feignante ! Des fois je réécoute le message et je pense que si j'étais en face de lui il me giflerait. C'est vraiment le ressenti que j'en ai. » (P3)

3.2.2.1.2 Aux origines multiples

Plusieurs incidents professionnels peuvent s'additionner pour être à l'origine du mal-être du patient. Ces événements recourent en partie les facteurs de risques psychosociaux et certains sont spécifiquement identifiés comme déclencheur du mal-être. Ainsi pour la patiente P3, c'est l'agressivité de son PDG qui a déclenché le mal-être.

Tableau 3 : Les facteurs de risque psychosociaux rencontrés

	Entretien P1	Entretien P2	Entretien P3
Intensité et temps de travail		X (4)	
Exigences émotionnelles		X (5)	
Manque d'autonomie			X (9)
Rapports sociaux au travail dégradés	X (1)	X (6, 7)	X (10)
Conflits de valeurs	X(2)	X (8)	
Insécurité de la situation de travail	X (3)		

- (1) « Du jour au lendemain, ils ont pris un nouveau chef qui voulait devenir patron. Il considérait être le patron donc il a descendu tout le monde. » (P1)
- (2) « Il s'en fout. Les gars qui travaillent pour lui sont de la viande, tout simplement. Je peux avoir un accident, il s'en fout. Mon collègue, il est tombé... Il fait 150 kg, 2m, et il est tombé. Il s'est démis toute l'épaule donc ça fait 6 mois qu'il est en accident de travail. Ils s'en foutent, ils ne l'ont jamais appelé pour prendre des nouvelles, savoir comment il allait. » (P1)
- (3) « Sur une mauvaise indication, J'ai coupé une ligne de 20 000 Volts. J'aurais pu m'électriser ! Il y a eu une conduite de gaz aussi... » (P1)
- (4) « Alors j'y retournais, je lui expliquais, je reprenais son travail. C'était lourd, ça a beaucoup joué. Quand ils partaient, il y avait un directeur adjoint, mais pour tout ce qui touchait aux ressources humaines, ils comptaient sur moi. Ils sont partis pendant 3 semaines, c'était dur, j'étais d'astreinte avec mon téléphone portable personnel. » (P2)
- (5) « Il y a eu un décès, un chauffeur est mort dans sa cabine à l'arrêt. Et il y a eu un accident de travail et une démission. J'ai dû traiter tout ça » (P2)

- (6) « Elles me connaissent pas, elles ne m'ont jamais vue et je sens qu'il y a une réticence, une méchanceté. C'est comme si j'étais un singe dans un arbre en train de faire des mimiques On me dit « qu'elles sont connues pour être racistes ». » (P2)
- (7) « Pendant l'inspection du travail, un papier est tombé entre les mains de l'inspecteur. Ils ont eu un doute et ils m'ont accusée. Ils doutaient de moi alors qu'on allait en vacances ensemble, je gardais leurs enfants quand ils partaient. » (P2)
- (8) « Elle m'a embêtée pour un casque, une oreillette, que j'avais donnée à un chauffeur. Il avait déjà eu plusieurs amendes et les amendes, le patron ne les prenait pas en charge... Et c'était un très bon chauffeur ! Des oreillettes, ça coûte 2€, c'est même gratuit avec un téléphone, et bien, elle m'a fait tout un scandale pour cette oreillette » (P2)
- (9) « C'est avec l'employeur actuel que les problèmes sont arrivés. J'ai perdu toutes mes responsabilités, toutes les tâches qui m'incombaient m'ont été supprimées. Donc je me retrouve sans objectif... C'est comme si vous, médecin, demain on vous annonce que maintenant vous êtes infirmier. Dès qu'il y avait un souci, on m'appelait. Maintenant je ne suis rien... » (P3)
- (10) « J'ai commencé à avoir une baisse de moral le jour où j'ai reçu ce fameux coup de téléphone de mon PDG me disant que j'étais une tire-au-flanc parce que je m'étais fait mal. Je ne m'attendais pas du tout à ça, et ça m'a choquée. Et ce qui est drôle, c'est que A., il nous dit que « G., c'est une famille. ». C'est vrai, c'est familial, mais il n'y a pas d'esprit de famille... Disons que quand on ne va pas dans leur sens, on est la personne à abattre. C'est dommage, mais c'est comme ça. » (P3)

Dans chacun des 3 entretiens, les difficultés au travail sont en grande partie reliées par les patients à une dégradation des rapports sociaux au travail, en étant tout à la fois cause et conséquences.

D'autres évènements professionnels sont toutefois retrouvés. Le patient P1 met en avant des modifications organisationnelles, le manque de moyen ou encore l'infraction de son contrat de travail.

« Sur XXX on était 10. Puis ils ont pris un plus grand dépôt et tout le monde est arrivé en masse. Ils ont fait fermer une boîte de XXX et tous les employés sont venus. Peut-être 150. Depuis, il a réparti l'équipe, les véhicules... C'était atroce. [...] J'étais obligé de prendre du matériel de chez moi pour aller au boulot. Les camions tombaient en panne tous les jours. [...] Je conduisais des véhicules géolocalisés et ça n'était pas mentionné dans mon contrat. » (P1)

Pour la patiente P3, les modifications liées à l'entreprise qui lui sont imposés se font en désaccord avec les engagements pris par la nouvelle direction sans qu'un dialogue soit possible avec la hiérarchie. La patiente se voit ainsi imposer un travail de manutention, une proposition de mutation sur un autre site, des modifications d'horaire et des changements de bureau.

« On a été rachetés. Sauf qu'entre ce qu'on nous avait dit et la réalité il y avait un fossé, voire un canyon. Il m'a dit : « tu seras responsable ADO » et surprise : « en fait, tu vas faire de la mise en rayon ». Et on me met dans un bureau de 4m², aux matériaux. La consigne est de mettre le bureau face au mur et de fermer la porte pour que je sois bien dans mon aquarium ! Pas chauffé, pas climatisé ! [...]. Il me décale d'une demi-heure le matin et le soir, je me plains. Ils me répondent « si tu n'es pas contente on t'envoie à XXX parce qu'ils savent que je ne veux pas y aller. Pour les horaires c'est comme ça et puis c'est tout, tu es à notre disposition. On fait ce qu'on veut, nous sommes les maîtres. » » (P3)

3.2.2.2 L'implication de la sphère personnelle

Pour la patiente P2, l'influence d'un nœud d'évènements professionnels et personnels sur son mal-être est claire. Le conflit avec la hiérarchie remet en cause la confiance qui lui était accordée jusque-là. C'est alors leur amitié entière qui est mise à mal. Plus tard, la déception amoureuse connue par la patiente P2 et qu'elle voit comme une conséquence de sa souffrance au travail, a participé à l'entretien de son mal-être.

« Je pense que c'était un tout quand j'ai fait le burnout. Il fallait qu'il y ait les côtés personnel et professionnel. C'est le cumul des deux qui m'a fait souffrir. La déception concernant celle que je pensais être ma copine. Je sentais qu'il y avait un climat de suspicion, c'était malsain. Elle gardait ma fille, je gardais leurs enfants et elle a pu douter de moi ? Pour tout l'or du monde, je ne pourrai plus jamais travailler avec elle. Il y a eu une rupture de confiance. [...] Et il y a eu autre chose. Je me suis mise en couple avec un ami. Il m'a fait croire monts et merveilles... Pendant 6 mois, il était très tendre mais c'était faux, je sentais qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas. Je me disais « c'est peut-être moi, je ne suis pas encore remise ... je suis devenue trop suspicieuse ». C'est là que j'ai compris que je n'étais pas au clair avec mon problème. » (P2)

Pour le patient P1, plusieurs événements de vie ont touché des membres de sa famille et ont été à l'origine d'un stress.

« J'ai été hospitalisé. J'avais un dérèglement du pancréas et c'était dû au stress. Ma femme a eu des gros soucis aussi, elle est suivie à l'hôpital, car il lui est arrivé un truc il y a deux ans. Et là, mes douleurs sont revenues, la semaine dernière, quand maman est morte. » (P1)

Pour la patiente P3, l'implication de la sphère personnelle passe par les limitations physiques telles que l'impossibilité de réaliser de la manutention ou encore de longs trajets qui lui sont imposés par sa maladie grave et chronique. Elle passe également par ses responsabilités parentales vis-à-vis de sa fille qui lui impose une organisation particulière.

« Je suis fatiguée, j'ai des problèmes de dos et le travail de manutention, quand bien même porter des tournevis m'est impossible... Se lever, se baisser, c'est impossible [...] En même temps, si j'ai choisi de me réorienter..., de faire une formation, c'est bien parce que je ne peux pas être technico-commercial itinérante. [...] Je dois être à 18 heures à l'école pour récupérer ma fille. Je leur ai dit : « je ne peux pas, j'ai ma fille. ». » (P3)

3.2.3 Les facettes du mal-être généré

3.2.3.1 Des manifestations cliniques multiples

La manière dont le patient interprète les nouveaux événements qui le lient à la société relève donc de ressorts psychiques sculptés par des histoires de vie fondatrices. Par différents mécanismes, il va se produire chez l'individu un conflit intrapsychique responsable d'une déstabilisation psychique. Mis en tension, ces ressorts peuvent rompre et alors conduire à l'irruption de manifestations diverses, à la fois psychiques et physiques. Face à ce polymorphisme important, il a été décidé d'ordonner ses manifestations dissonantes selon les 4 catégories habituellement admises pour définir le burnout : somatique, émotionnelle, cognitive et comportementale.

Tableau 4 : Les manifestation rencontrées

Manifestations	P1	P2	P3
<i>Physique</i>	Douleurs abdominales Pancréatite Tremblements Sueurs froides Fatigue	Douleurs abdominales Tétanie Ralentissement psychomoteur	Épigastralgies Brulures diffuses Vertiges Palpitations Blockpnée Douleurs rachidiennes Poussées de SEP Ralentissement psychomoteur
<i>Émotionnelle</i>	Asthénie Crises d'angoisse Anxiété anticipatoire Honte Colère Irritabilité Anhédonie	Pleurs Stress Crises d'angoisse Anxiété anticipatoire Sensibilité excessive Labilité émotionnelle Tristesse de l'humeur Aboulie Peur Agoraphobie Anhédonie Idées noires Volonté de mourir Sentiment de mort imminente	Asthénie Colère Peur Irritabilité Anxiété anticipatoire Frustration Anhédonie Tristesse de l'humeur Pleurs Labilité émotionnelle
<i>Cognitive</i>	Blocage parole Usure Honte Culpabilité Démotivation	Sentiment d'ingratitude Sentiment de rejet Sentiment d'injustice Méfiance	Dévalorisation Découragement Démotivation Nostalgie Méfiance

	Méfiance Rumination Frustration	Culpabilité Honte Blocage parole Désespoir Déception Affliction Démotivation Dévalorisation Susceptibilité Incurabilité Rancœur Dédain pour les symptômes	Suspicion Sentiment d'injustice
<i>Comportementale</i>	Isolement Agressivité Impulsivité Trouble du sommeil Troubles alimentaires	Isolement Troubles alimentaires Trouble du sommeil Désinhibition	Combativité

3.2.3.2 Un mal-être intense

Lors de la conduite des entretiens, les patients n'étaient pas tous au même stade de la souffrance. Ainsi, dans le cas de la patiente P2 pour qui l'épisode était ancien, les symptômes apparaissent rapidement après la dégradation de sa situation sociale (3 semaines) et évoluent dans le temps (11 mois) avec une aggravation secondaire. Dans le cas de la patiente P3, les manifestations psychiques sont débutantes et font suite à des manifestations physiques plus bruyantes.

Les patients rencontrés ont la perception d'un mal-être intense. Ainsi, la patiente P2 a le sentiment d'être à une étape décisive de sa vie où la folie et la mort par arrêt cardiaque ne sont plus que les deux évolutions possibles de son état. Face à cette souffrance qu'on ne peut méconnaître, la patiente se rend également compte de l'intensité des troubles par l'analyse de la réaction de son entourage. Pour le patient P1, c'est le refus du médecin du travail de reprendre le travail qui lui a fait prendre conscience de l'intensité des troubles.

« Soit je vais mourir soit je vais devenir folle [...] Ils savent que je suis quelqu'un de fort. Pour qu'ils en arrivent au stade de m'envoyer un médecin, qu'ils pensent à m'interner, c'est vraiment que ...

» (P2)

« Je suis allé voir un médecin du travail. Il a catégoriquement refusé que j’y retourne. Il ne voulait pas que je retourne à l’entreprise. Ça devenait dangereux. » (P1)

Pour le patient P1, la simple pensée du travail était à l’origine du déclenchement des symptômes :

« Dès que je voyais un véhicule du boulot ou que je repensais au boulot, ça me tordait les boyaux. J’en étais malade. J’étais vraiment mal, à en trembler. Même au téléphone, quand je parlais avec l’avocat au sujet du boulot, j’en tremblais. [...] On essaie de pas avoir de soucis, mais c’est le boulot qui en fournit. » (P1)

Tableau 5 : Évolution des manifestations

	P1	P2	P3
Délais avant le contact avec le MG	6 mois	3 semaines	1 semaine
Durée d’évolution du mal-être	12 mois	24 mois	1 semaine

3.2.3.3 Aux répercussions diffuses

3.2.3.3.1 Sphère publique

Ces symptômes ont conduit, chez la patiente P2, à une exclusion sociétale implicite en raison d’un isolement s’autoalimentant. À distance du trouble, il persiste des stigmates chez la patiente P2 qui ont engendré une appréhension bloquant la reprise du travail. Cette cicatrice est également retrouvée chez la patiente P3 bien que sa répercussion soit moindre et limitée à une perte d’envie de travailler. Pour le patient P1, c’est son rapport au travail qui a été modifié et si l’envie de travailler est toujours présente, elle ne pourra plus se réaliser dans les mêmes conditions de confiance.

« Je ne travaille pas, je n’ai pas encore la force d’aller travailler. Je suis quelqu’un de très sensible et je prends sur moi mais c’est comme si on m’enlevait un petit bout de moi à chaque fois. Arrivée à un moment, assez rapidement après mon retour de vacances, je ne pouvais plus retourner au

boulot. Je ne pouvais même plus descendre de la voiture...Je n'avais plus envie d'aller travailler, plus du tout. » (P2)

« Mon travail me permet de survivre, de manger, de payer la maison... Je veux dire, en soi, c'est alimentaire ! Avant d'être rachetés, j'adorais mon travail. Maintenant, je vais bosser parce qu'il faut que je mange. » (P3)

« Maintenant, je suis plus méfiant. Si ça se reproduit, je m'en vais tout de suite. Je ne me laisserai pas faire, je me laisserai pas détruire, surtout. Je ne me rendrai plus malade pour le travail. » (P1)

3.2.3.3.2 Sphère intime

En parallèle, la patiente P2 a également connu des difficultés amoureuses en raison de sa perte de confiance dans les rapports à autrui.

« Je me suis mis en couple avec un ami à moi. Pendant 6 mois, il était très tendre, mais c'était faux, je sentais qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas. Un jour ça allait, un jour ça n'allait pas... je pleurais toute seule. C'est là que je me suis rendu compte que je n'étais pas au clair avec mon problème. » (P2)

Avec sa famille, la patiente P2 a connu une distanciation avec sa fille, mais aussi des conflits directs avec de nombreux membres de sa famille. Pour les patients P1 et P3, l'expression des symptômes se déroulait à la maison et il en a résulté des tensions intrafamiliales.

« Ma fille, je ne m'en occupais plus. Je l'emmenais à 8h, j'allais la chercher à 18h, comme si je travaillais. Et puis, je n'étais pas bien, j'étais complètement désinhibée. Je sortais la vérité crue, et ça générait des conflits. » (P2)

« Irritable. Pas au boulot. Parce qu'au boulot je ne laisse rien paraître. C'est le boulot. Mais arrivé à la maison je ne pouvais plus. Il y a eu des moments où j'étais désagréable, plus strict. » (P1)

« Quant au travail ça ne va pas, je suis plus irritable à la maison. Je me fâche davantage, je suis plus dure alors je m'excuse, j'ai des remords... » (P3)

3.2.3.3.3 Sphère financière

Inévitablement, les difficultés de la patiente P2 ont eu une répercussion financière majeure à l'origine d'un surendettement.

« Je n'ai pas envie de m'investir, mais financièrement j'en ai besoin. Mais je n'y arrive pas encore. [...] J'ai envie de demander des dommages et intérêts de décembre à juillet, car je n'ai pas pu aller travailler à cause d'elle. [...] Et il y a le côté financier. J'ai dû faire un dossier de surendettement. » (P2)

Pour les patients P1 et P3, les répercussions sont craintes. Aussi si elles n'ont pas été subies, c'est en raison de leur prudence. Pour la patiente P3, c'est ce qui limite sa volonté de s'éloigner définitivement du travail.

« Moi, sur le coup, quand je suis colère, je m'en fous de tout. Puis je me dis « arrête, il y a 3 gamins, il y a la maison... » (P1)

« Aujourd'hui, je ne peux pas démissionner. Parce que j'ai quatre mois de carence au chômage et quatre mois sans salaire, je suis à la rue. Je ne peux pas démissionner ! » (P3)

3.3 LA RECHERCHE DE SOLUTION

3.3.1 Place spécifique du médecin généraliste

3.3.1.1 *Le contexte des consultations*

3.3.1.1.1 Plusieurs façons de partager de la souffrance

La souffrance de la patiente P2 a parfois été au cœur des consultations. La première consultation chez le médecin généraliste a initialement été décidée par la patiente sur les conseils de sa mère devant des manifestations cliniques présentes depuis plusieurs semaines. Puis, devant une

aggravation du mal-être et l'opposition de la patiente à un suivi psychiatrique, il va naître une inquiétude de la famille qui va décider de convoquer en urgence le médecin généraliste au domicile, dans l'idée d'un traitement médicamenteux et d'une hospitalisation.

« Je suis rentrée chez moi et ma mère m'a dit : «il faut que tu ailles voir le médecin, tu ne peux pas rester comme ça.... Mes parents ont eu peur, ils ont envoyé notre médecin de famille. Il est venu me voir à la maison et m'a dit « ta famille, ils ont peur pour toi. Depuis quelque temps ça ne va pas, ils veulent que je t'hospitalise et que tu te reposes. Ça ne va pas. » » (P2)

Pour la patiente P₃, le sujet a été abordé par la patiente directement, à l'occasion de ses problématiques physique. Puis, à l'occasion d'autres consultations, le médecin s'est enquis de l'évolution de la problématique.

« La première fois que je l'ai vu, je lui ai dit que ça se passait mal au travail. Et donc chaque fois que je le vois, même si je vais le voir pour un rhume, il me demande toujours « comment ça va ? » » (P3)

La souffrance s'est parfois introduite en digression de la consultation. En dehors de consultations dédiées, les patients P₂ et P₁ vont également aborder la problématique de leur souffrance au détour d'une interrogation du médecin ou en l'interpellant en conclusion d'une consultation ayant un motif tout autre.

« J'y allais pour ma fille, quand elle était malade. Il s'occupait de ma fille et puis il me disait « alors comment ça va ? ». Il y a eu ma copine aussi qui avait un truc comme un bouton ou un kyste et quand elle m'a dit : « je vais chez le médecin », je voulais l'accompagner. Elle y est allée deux fois et je l'ai accompagnée deux fois. Et quand elle a eu fini sa consultation, j'ai demandé au médecin : « je peux vous parler deux minutes ? » » (P2)

« Ma femme n'était pas bien, on y est allés et elle nous a pris tout de suite. Et à moi aussi elle a demandé comment j'allais. » (P1)

Les consultations dédiées auprès du médecin généraliste surviennent plusieurs semaines après la naissance de la souffrance, en raison d'un dédain pour le mal-être qui serait synonyme de handicap pour la patiente P2. On retrouve un sentiment de honte chez le patient P1, à l'origine d'un blocage de la parole et de l'impossibilité pour lui d'aborder le sujet avec son médecin traitant. Pour la patiente P3, les troubles psychiques mineurs ne sont pas suffisants pour y dédier une consultation.

« Je pensais que c'était dans ma tête que ça se passait...c'est secondaire quoi ! C'est comme une tare pour moi. Tant qu'on est debout, c'est que ça va. J'attendais d'être vraiment mal pour... (rigole). Seule, je n'y serais pas allée. » (P2)

« Arrivé chez le médecin, je ne pouvais plus lui dire. C'est une honte que dans son travail ça n'aille pas ! Mais, je pense que si elle avait abordé le sujet j'aurais peut-être dit « Non, ça ne va pas ! ». (P1)

« J'ai attendu d'être vraiment mal pour aller le consulter pour ça. Je n'y suis pas allée tant que ça allait à peu près. Il y a des personnes qui ont besoin de lui pour des choses plus graves que ça et je ne voulais pas prendre son temps pour ça. J'ai attendu de vraiment perdre pied en fait. » (P3)

3.3.1.1.2 Reposant sur une relation sociale unique

Le médecin généraliste bénéficie de la confiance de ses patients pour plusieurs raisons. La première est la place particulière qu'il occupe au sein de son réseau de relation, puisque volontiers qualifié de « médecin de famille », il fait partie de ces personnalités que l'on intègre plus ou moins complètement à la famille. À certains moments, les projections des patientes P2 et P3 sur le médecin se confondent jusqu'à l'intégrer comme membre de la famille.

« Parce que c'est le médecin de la famille et qu'à ce moment-là, dans ma confusion, dans ma tête, il n'était pas le médecin, il était... Je sais pas moi ! Je n'étais tellement pas bien qu'il était un peu comme mon père, comme mon oncle. » (P2)

« Même quand il vous sermonne, il reste calme. On dirait un peu la voix de votre paternel, vous savez, très posé, très cadré... » (P3)

La patiente P2 a perçu une ressemblance avec le médecin en raison d'une confession commune. De cette identification avec le médecin, elle en a déduit une forme de fraternité et une capacité de reconnaissance de son être en souffrance. Ainsi, ses prises de position, parfois implicites, ont fait de lui un allié capable de lui apporter secours.

« Il était musulman et je pense, pratiquant. Mon père n'est pas pratiquant. C'est ce qui m'a sauvée. Avant ça, on avait un autre médecin. Il m'aurait amené la camisole de force lui, je le sais ! Il m'aurait internée de force ! Mais, c'est surtout que lui il savait. Je ne sais pas, le fait qu'il sache, qu'il me connaisse. En plus, il a pris position vis-à-vis de ma famille. Parce que ma famille l'a obligé à venir pour m'interner. Et il a dit : « Ah non, non, non. Elle n'est pas assez malade pour être internée, elle est consciente de ce qu'elle dit, alors laissez-lui une semaine », et ils n'ont pas pu refuser. » (P2)

Le médecin est vu comme une personne fidèle par la patiente P2. D'une part par ce que son action sous-entend le secret et la discrétion dans son action d'aide. Ainsi, pour les patients P2 et P1, le secret professionnel est très important vis-à-vis de son employeur mais aussi de la famille.

« Par contre, je lui avais dit qu'il ne fallait pas le dire à ma famille. Il m'a expliqué le secret professionnel. « Je suis tenu au secret médical... ce qui est dit ici ne sortira pas d'ici », ça c'est important. » (P2)

« Je ne voulais pas que mon chef sache... J'avais peur que sur les arrêts ça se voit. » (P1)

3.3.1.1.3 Basée sur un savoir estimé et une simplicité d'accès

Les patientes P2 et P3 ont fait appel au médecin généraliste auquel elles confèrent une connaissance riche d'elles-mêmes, notamment en raison de sa présence sur le long terme à leurs côtés.

« Lui il savait, le médecin... C'était important qu'il me connaisse moi et mon mal-être qui existait depuis un an et demi. Le boulot, le cumul, il savait... Il savait que je n'étais pas bien. C'est pour ça que je vous disais qu'un an et demi après, le fait que ce soit lui, ça a été important. » (P2)

« Il vous connaît ! Il connaît votre passé, votre passif. Moi, il savait que j'avais divorcé, savait que j'occupais de ma fille toute seule... Il a une connaissance globale de ma vie, il connaît mieux ma vie que certaines personnes. Il connaît l'antériorité des problèmes que j'ai pu avoir. Donc il sait si ce sont des choses qui reviennent régulièrement ou autre. Je pense que c'est le plus à même de centraliser tous les avis médicaux et de faire le tri là-dedans. Il voit les choses telles qu'elles sont vraiment. Parce que c'est lui qui suit, moi ça fait neuf ans qu'il me suit. Il me connaît quoi ! » (P3)

Ainsi la patiente P3 lui attribue également le pouvoir d'objectiver sa souffrance et ainsi de témoigner, aux yeux de la société, de la rupture que ce mal-être marque dans sa vie.

« De toute façon, il fallait que je me bloque, que je me cale, que je me protège, que je monte une défense... Je suis allée le voir pour qu'il puisse apporter de l'eau à mon moulin quelque part. Mais sur des faits précis et avérés. Je lui ne demande pas de mentir. Je lui demande d'être un témoin moral, d'objectiver. Moral, dans le sens où il va venir en étant objectif. Il va dire : « Moi j'ai constaté ça, ça et ça. Aujourd'hui, ça ne peut pas durer comme ça, comme ça, comme ça. Ou alors, là, elle simule. » À la limite, c'est lui qu'il faudrait que j'emmène aux prud'hommes, il pourrait témoigner pour moi. (Rires). Pour qu'il puisse attester que je ne fabule pas en fait. » (P3)

Par ailleurs, pour la patiente P3, la polyvalence du médecin généraliste est un vrai atout et elle met en avant sa qualité.

« Aujourd'hui, un médecin généraliste, il est médecin, assistante sociale, il est bureau des pleurs, il est multitâche. Le Docteur X est régulièrement en formation, il se renseigne beaucoup... Et en soit, je trouve que c'est un bon médecin. » (P3)

Pour le patient P₁, la facilité d'accès du médecin généraliste aura été déterminante dans son choix de s'adresser à lui.

« Le Dr X, je sais que je l'appelle... J'ai rendez-vous demain, je l'ai appelé, j'ai dit : « il me faut un rendez-vous pour demain », donc j'ai rendez-vous demain à 16h30... » (P₁)

3.3.1.1.4 Et malgré la perception d'un pouvoir partiel

Les patientes P₂ et P₃ savent toutefois que le médecin généraliste connaît des difficultés pour répondre à leurs souffrances notamment en raison de limitations dans l'établissement des arrêts de travail, ce qui limite son champ d'action.

« Je suis retourné chez le médecin et il m'a dit « maintenant je suis coincé avec la Sécurité sociale, le seul moyen c'est d'aller voir le psychiatre ». Je l'ai ressenti comme un « je n'ai pas le temps et je n'ai pas le pouvoir ». » (P₂)

« Le médecin traitant est limité au niveau de la Sécurité sociale. Il est bloqué, bloqué ! Il est contrôlé et si jamais il fait trop d'arrêts de travail à une personne, on va lui demander « et pourquoi vous faites des arrêts ? ». Après, envoyer quelqu'un pour contrôler la personne et du coup remettre en cause son jugement, c'est dur. Donc quelque part, le rôle protecteur du médecin traitant est limité par l'action de la Sécurité sociale, des contrôles qui sont de plus en plus fréquents en plus si j'ai bien compris. » (P₃)

Par ailleurs, la patiente P₃ associe ses limitations auprès de la Sécurité sociale à une attitude trop négligente de certains médecins, à l'origine d'abus de la part des patients.

« J'ai envie de dire, ça dépend du médecin généraliste. Moi, j'ai typiquement le cas d'une maman d'école qui est arrêtée depuis presque un an pour dépression nerveuse par un médecin généraliste. Quand je la vois elle n'a pas l'air bien dépressive. D'un point de vue extérieur, on se dit le médecin généraliste, il est souple ! C'est un peu le problème quelque part, cela nuit à l'image du médecin

généraliste. Et donc quelqu'un comme le Docteur X on pense que leur parole aura plus de poids que celle d'autres médecins qui sont connus pour faire des arrêts intempestifs. » (P3)

Le patient P1 attribue à son médecin généraliste un rôle prépondérant dans le soin du corps par opposition à la prise en charge psychologique. Ainsi, malgré une prise en charge efficace sur le principal symptôme d'inconfort, il met en avant l'insuffisance des soins psychiques de son médecin généraliste.

« Elle a su trouver le bon médicament qui me faisait dormir. Mais psychologiquement, elle est peut-être moins... Un médecin généraliste, lui, il a des connaissances. Il va soigner, il va diagnostiquer. Physiquement elle a su m'orienter pour bien me soigner, mais peut-être pas sur le plan psychologique. » (P1)

3.3.1.2 La prise en charge

3.3.1.2.1 Arrêt de travail, accident de travail et certificat

Les patientes P2 et P1 ont bénéficié d'un arrêt de travail initial de 7 à 15 jours proposé par le médecin généraliste. Ceux-ci auront été insuffisants et ont ensuite nécessité une à plusieurs prolongations parfois après avis du médecin du travail.

« Donc je suis allé voir le médecin, il m'a arrêté deux semaines. Il a vu que je n'étais pas bien, que je n'étais vraiment pas bien. Au bout de 15 jours, je ne pouvais toujours pas y retourner et il m'a dit « Si tu ne peux pas y retourner, oui, il faut poursuivre l'arrêt. » » (P2)

« Elle m'a d'abord arrêté une semaine pour voir comment ça allait puis elle m'a arrêté une semaine supplémentaire puis je suis allé voir le médecin du travail qui lui a dit « surtout il ne faut pas qu'il y retourne. » » (P1)

La patiente P3 a d'abord eu une manifestation physique au travail qui a entraîné la rédaction d'un certificat d'accident de travail associé avec la mise en arrêt de travail.

« Je me suis forcément fait mal au dos. Du coup, je me suis retrouvée un mois en accident de travail. » (P3)

3.3.1.2.2 Écoute, soutien et réassurance

Les patientes P2 et P3 ont perçu le médecin comme le dépositaire de leurs souffrances chez qui elles ont pu bénéficier d'une écoute importante. La patiente P2 en a perçu une capacité de soutien sans toutefois conférer au médecin une compétence particulière de psychologue. Malgré tout, cette écoute active a rassuré la patiente en exprimant son mal-être.

« A ce moment-là je crois que je n'en parlais à personne à part lui...Bon psychologue non, mais un bon soutien oui et il m'a même rassurée sur le fait que j'avais le droit de ne pas être bien, voilà ! Il m'a dit « Non tu ne vas pas bien ». » (P2)

« Il prend le temps d'écouter le patient donc pour le patient qui a besoin de parler il est là ! Le médecin généraliste n'est pas là uniquement pour soigner les bobos du corps, il est là aussi pour soigner le bobo du mal-être. » (P3)

La patiente P3, face à son ambivalence vis-à-vis du travail, a déclenché chez son médecin un réflexe correcteur en faveur de la reprise du travail. Celui-ci a été perçu comme une opposition à son autonomie de décision et la patiente P3 a alors eu tendance à formuler des contre-arguments en faveur d'un maintien hors du travail, dans le seul but de préserver son autonomie.

« Des fois je n'ai pas l'impression qu'il comprenne ce que je veux lui dire, mais je pense que c'est parce qu'il ne veut pas me laisser dériver dans des méandres trop profonds, me laisser aller... Vous voyez, là pour aller au travail, il me disait : « ce serait quand même bien que vous alliez travailler. » Et d'un côté, il a raison. Mais d'un autre côté, c'est quand je vais travailler que ça ne va pas. Donc on fait quoi ? C'est ça la problématique. Je suis d'accord avec ce qu'il dit, il faut aller travailler pour garder un lien avec le travail, mais d'un autre côté c'est quand je travaille que je ne vais pas bien. » (P3)

Les patients P2 et P1 regrettent que les consultations soient trop courtes. Les trois patients ont toutefois conscience de la charge de travail de leur médecin et de leurs impératifs de temps. La prise en charge sur la durée et les consultations répétées tempèrent toutefois cette lacune.

« Je sais qu'il faut que ça aille vite. Parce qu'il n'a pas que moi... Il y a des gens qui sont plus malades d'ailleurs... La première fois où on a parlé, ça a été trop court. J'ai eu le sentiment de ne pas être écoutée. J'étais frustrée. Oui frustrée, mal entendue. Mais les autres fois, non, parce qu'elle m'a demandé comment ça allait, si ça allait mieux... » (P1)

« Trop court. À ce moment-là on n'est tellement pas bien que l'on a envie qu'on s'occupe uniquement de nous. Ça a duré 15/20 minutes. Mais, il ne pouvait pas plus avec la salle d'attente comble ! Il n'y a pas que moi, il ne pouvait pas et il y avait les appels des secrétaires... » (P2)

« J'ai senti qu'il prenait le temps de m'écouter, je n'ai pas senti qu'il me pressait pour parler... il ne finissait pas les phrases à ma place... Il me laissait chercher mes mots, poser mes mots sur mon mal-être. Il prend le temps d'écouter les gens. Des fois j'y vais et je râle « Il a encore heure de retard » et je me dis qu'il y a des personnes qui sont peut-être dans ma situation, qui ont besoin d'être écoutées. C'est problématique, il y a beaucoup de patients donc ils ne peuvent pas passer trois quarts d'heure avec tout le monde. Maintenant c'est une usine, les médecins traitants. Les salles d'attente sont tout le temps pleines, c'est une horreur. » (P3)

3.3.1.2.3 Prise en charge médicamenteuse

L'intérêt des médicaments n'est pas compris par la patiente P2 qui l'oppose alors à une solution durable et définitive. Le patient P1 avait également des réticences à la prise médicamenteuse en raison de la crainte d'une sédation importante. Pourtant, malgré une fatigue matinale, il les juge indispensables depuis l'amélioration de son sommeil.

« Déjà je suis contre les médicaments et je sentais que si je rentrais dans ce truc, je ne m'en sortirais pas. Ça, c'était sûr et certain. Je savais que ce serait une facilité. C'est facile de se laisser aller » (P2)

« Sans médicament, je ne sais pas ce que j'aurais fait. Pourtant je ne suis pas médicament du tout, j'étais réticent. J'avais peur de les prendre. Je me disais : « comment je vais faire si le matin je ne me lève pas ? » Bon, le matin je suis un peu dans le sucre, mais je préfère être mal le matin plutôt que de ne pas dormir. » (P1)

Pour le patient P1, c'est le médecin généraliste qui a réalisé la prise en charge médicamenteuse. Elle a débuté avec un anxiolytique, secondairement associée à un hypnotique. Le traitement a été ensuite ajusté à la réponse clinique et il a également été utilisé un antihistaminique à visée sédatrice et enfin, un antidépresseur ISRS.

« Le SEROPLEX, elle l'a mis après. Elle en a d'abord essayé plusieurs. Au début, elle a mis STRESAM, le STRESAM ça n'allait pas, ça ne suffisait pas. Après il y a eu l'IMOVANE pour dormir. Après elle a enlevé le STRESAM, elle a ajouté l'ATARAX. Avec l'ATARAX et l'IMOVANE, j'avais les larmes aux yeux, ça n'allait toujours pas, elle a dit : « allez, je vous rajoute un antidépresseur ». » (P1)

Patiente P3 a un relationnel particulier avec les traitements médicamenteux en raison de la prise en charge de sa sclérose en plaques. Ainsi, son médecin généraliste a su adapter sa prise en charge.

« Le Docteur X, il sait que je ne suis pas très médicaments. Depuis que j'ai la SEP, je prends énormément de médicaments. J'en ai un peu marre et pendant un temps il m'avait donc prescrit du Tranquital (phytothérapie). » (P3)

3.3.1.2.4 Séjour de répit et coordination

Le médecin généraliste a proposé à la patiente P2 une rupture avec la situation à l'aide d'une hospitalisation présentée comme un séjour de répit. Même si sa proposition n'a pas été acceptée, elle a déclenché une introspection ayant permis le début du travail personnel de la patiente.

« Alors je leur ai dit : « attendez, si vous êtes prêt à m'interner, gardez ma fille pendant une semaine. J'ai besoin de faire un break sans responsabilités, sans rien. Une semaine. Je vais aller voir ma tante à XXX et je reviens. » » (P2)

Le médecin a également proposé à la patiente P2 de consulter un psychiatre en ville pour aider à la prise en charge. Toutefois, cette coordination n'a pas été perçue de manière positive, mais vécue comme un abandon de la part de la patiente. Pour le patient P1, l'orientation vers un psychiatre a également été mal perçue, car il pense que l'intervention du psychiatre, auquel il attribue la gestion de cas grave, sera disproportionnée par rapport à sa situation. Toutefois, il n'exclut pas une prise en charge psychiatrique, mais estime préférable que le médecin traitant l'introduise au psychiatre notamment pour réduire le délai de prise en charge.

« Au début, non, parce que je me suis dit : « il veut me jeter chez le psychiatre, chez les fous, je ne suis pas folle moi ». Je ne lui ai pas dit mais...je ne voulais que ce soit lui qui... » (P2)

« Elle m'a donné deux noms de psychologues. Le premier, ma femme le connaissait, et l'autre, beaucoup de monde me l'a déconseillé. Je pense que ce serait bien qu'elle l'appelle à ma place parce que quand un patient contacte un médecin, c'est moins prioritaire. Si c'est un médecin qui appelle un autre médecin pour lui dire : « il faut que tu voies telle personne, elle a besoin de toi », c'est plus simple. Et puis, elle pourrait lui dire : « il vient vous voir à cause du travail. Pas parce qu'il est fou. ». Elle pourrait lui dire : « Il est en stress par rapport au travail. ». » (P1)

Le médecin traitant de la patiente P₃ l'a quant à lui orienté vers le médecin du travail à l'aide d'un courrier visant à expliciter le contexte médical qui entourait sa souffrance alors exprimée de manière physique et conflictuelle avec l'employeur.

« Mon premier interlocuteur a été mon médecin généraliste. Il m'a dit : « il faut que vous voyiez votre médecin du travail. » Il a écrit des courriers à la médecine du travail, bien détaillés, quand on envisageait l'inaptitude, dans le cadre du mal de dos et du conflit avec l'employeur. » (P₃)

3.3.2 Les autres acteurs

Les sources d'aides trouvées par les patients sont parfois nombreuses. Il en résulte une désorientation pour le patient P₁.

*« Il y a tellement de gens différents à aller voir et qui vous envoient vers d'autres personnes... »
(P₁)*

3.3.2.1 Les acteurs du soin

3.3.2.1.1 Le médecin du travail

Pour le patient P₁, le médecin du travail était initialement vu comme un médecin capable d'objectiver le trouble et de légitimer son absence. Il existait une ignorance complète du rôle du médecin du travail et notamment des modalités de consultations. Si l'aide du médecin du travail aura été décisive, il regrette qu'il existe un délai d'obtention de rendez-vous long.

« J'ai été voir le médecin du travail pour être en règle par rapport au boulot. Me couvrir. Dans l'entreprise, ils étaient tellement spéciaux que, on peut s'attendre à tout avec eux. De crainte que ça ne soit pas justifié ou que ça se retourne contre moi. Je ne savais pas qu'on pouvait aller les voir comme ça, je pensais même que c'était payant, le médecin du travail. En fait, je ne savais même pas que c'était un médecin ! Moi j'ai toujours vu une infirmière à la médecine du travail, alors pour moi la visite médicale c'est pisser dans un bocal, regarder après le tableau visuel et me

demander mon poids, c'est tout... Mais là non, on a discuté. Par contre, pour la médecine du travail, il y a un délai de 15 jours. » (P1)

En une unique consultation, le patient P1 a trouvé chez le médecin du travail un soutien majeur, notamment en légitimant sa souffrance, réalisant ce qui semble être un entretien motivationnel, mais également en l'orientant vers divers acteurs (association EIPAS, prud'hommes, avocat).

Le médecin du travail, elle veut me déclarer inapte dans l'entreprise et elle me dit : « si quelqu'un vient vous voir ou vous pose des questions par rapport à ça, il y a mon numéro direct ici. Il m'appelle tout de suite et je lui expliquerai comment je m'appelle ». Ensuite, elle m'a parlé de l'avocat et conseillé de porter plainte aux prud'hommes. C'est elle qui m'a fait dire : « ce n'est pas de ma faute », qu'il ne fallait pas que je me recroqueville sur moi-même et que je me bouge. Je pense qu'elle est spécialiste et qu'elle est capable de dire que le problème est dû au travail. » (P1)

À l'inverse, l'expérience des patientes P2 et P3 avec le médecin du travail aura été une déception. Si la patiente P2 n'a pas voulu le rencontrer, la patiente P3 l'a rencontré à quatre reprises et s'est trouvée en désaccord avec son évaluation. Ainsi, il en a résulté une négation de sa liberté d'exercice et de son rôle au profit du médecin traitant.

« La médecine du travail ne m'a pas vraiment suivi », « moi je peux rien faire ». Ce qui m'agace un peu dans le système français, c'est que le médecin généraliste entend ce que je dis, est d'accord avec ce que je dis - basé sur des éléments médicaux, des éléments vérifiables, quantifiables, tout ce que vous voulez – mais ce n'est pas lui qui aura le dernier mot, ce sera le médecin du travail que je vois une fois tous les deux ans. Elle m'a fait croire qu'elle pouvait m'obtenir un licenciement pour inaptitude sauf qu'au final, elle ne m'a rien obtenu du tout. Elle a dû avoir mon patron au téléphone et a dû se laisser convaincre. Ou alors, elle est pro-employeur, je n'en sais rien et je ne veux même pas savoir. Je trouve que l'avis du médecin traitant devrait être prépondérant à l'avis du médecin du travail. » (P3)

3.3.2.1.2 Le médecin spécialiste

La patiente P₃ est suivie par une neurologue dans le cadre de sa pathologie chronique et elle s'est tournée vers elle pour la réalisation d'un certificat médical attestant de ses limitations physiques liées à sa pathologie.

« Donc, je fais des démarches avec ma neurologue et la médecine du travail pour que « le temps de trajet pour aller travailler ne puisse pas s'additionner à mon temps de travail. » » (P₃)

3.3.2.1.3 Le psychologue

La patiente P₂ a rencontré une psychologue en se rendant dans une antenne sociale au sein de son quartier. La facilité d'accès aura été déterminante dans sa demande d'aide.

« Donc je suis allée voir une psy qui tenait une permanence et le fait de ne pas avoir de contrainte, enfin, je veux dire, ce n'est pas le fait de payer, mais le fait que ce soit gratuit, ouvert, libre... » (P₂)

Pour le patient P₁, il existe un a priori sur le psychologue dont il doute des capacités par opposition au psychiatre dont il connaît la formation médicale.

« Je préférerais voir un psychiatre. Un médecin plutôt que quelqu'un qui m'écoute et qui ne sait pas forcément... Il n'a pas fait les mêmes études. Il y en a un qui a peut-être vu plus de choses, même s'il commence seulement sa scolarité, qui a vu des gens comme moi, qui a étudié ce genre de chose. Tandis qu'un psychologue, il sort de l'école, il ne sait rien, il arrive comme un cheveu sur la soupe. »

3.3.2.1.4 Le médecin psychiatre

Il existe comme un embarras à aller voir le psychiatre chez la patiente P₂. Les craintes entourant la consultation psychiatrique sont multiples, à la fois liées aux médicaments de par la crainte d'une sédation et d'une dépendance induite par des psychotropes, mais aussi de par la nécessité de créer une nouvelle relation. On retrouve cette crainte de la sédation par le psychiatre

chez les patients P1 et P3. Ainsi, la patiente P3 n'a pas suivi ses recommandations pour la prise en charge médicamenteuse de ses troubles anxieux passagers.

« Je pense qu'à ce moment-là je n'étais pas prête. Je n'avais pas envie de devenir un légume, c'est pour ça que je ne suis pas allée voir la psy. Et puis, je n'avais pas envie de répéter, je n'avais pas envie d'accorder ma confiance... » (P2)

« Il y a un autre médecin avec qui je devais prendre contact, mais on m'a dit qu'il s'occupait vraiment des cas très lourds et je n'avais pas envie qu'on m'assomme de médicaments. » (P1)

« Le psychiatre m'a prescrit des anxiolytiques. J'en ai parlé au Docteur X, je lui ai dit « de toute façon j'ai jeté l'ordonnance ». Je ne suis même pas allée les chercher, parce que de toute façon, je ne veux pas prendre d'antidépresseur... Ma mère était trop là-dedans. Je trouve que ça détruit un peu le cerveau tout ça. » (P3)

Le patient P1 envisage toutefois d'aller voir un autre psychiatre dont il attend une déculpabilisation.

« Ça va m'aider à franchir le cap et me dire que ce n'est pas ma faute. Je pense. J'espère. S'il me dit que c'est de ma faute, ce n'est pas bon. Parce que j'ai besoin qu'on me dise que ce n'est pas de ma faute. Oui. Que je n'ai rien à me reprocher. » (P1)

Pour la patiente P3, l'objectif de la prise en charge par le psychiatre était en réalité l'obtention d'un arrêt de travail sur le long terme.

« Je suis allée voir ce psychiatre au cas où je doive être arrêtée sur une longue période suite à mon action prud'homale afin qu'il puisse justifier de l'arrêt de travail. Parce que lui est pro-salarié, parce que lui est coutumier du fait et parce que le médecin traitant a des limites que lui n'a peut-être pas. » (P3)

3.3.2.2 *Le monde social*

3.3.2.2.1 Le travail

La hiérarchie a nié complètement la souffrance de la patiente P2 qui lui attribue des démarches pour empêcher son arrêt de travail. Par ailleurs, il lui a été proposé de quitter son poste quand bien même la patiente se serait retrouvée en difficulté financière. Pour la patiente P3, après un conflit intense, la hiérarchie a tenté une médiation. Toutefois, elle gardera un sentiment d'incompréhension de la part de la hiérarchie associée à un manque d'empathie qui tranche avec son précédent employeur.

« C'est venu des patrons. Ils ont mis la pression à la Sécurité sociale. Ils leur ont dit « elle n'est pas malade, elle va très bien, on a besoin d'elle, il faut qu'elle revienne travailler. » Et ils m'ont dit « Comment on fait ? Comment on fait ? Tu démissionnes ? » Je ne voulais pas démissionner, mais il a essayé de m'y obliger. » (P2)

« Et entre-temps, est arrivé sur son beau cheval blanc, le directeur général. Je le vois et il m'explique qu'on fait un reset, qu'on remet tout à zéro, comme s'il était nouvel employé. Mais, vous savez, ce qui est fort, c'est que quand je fais l'entretien pour le reset il me dit « explique-moi ce qu'est la sclérose en plaques ». C'est complètement un manque d'empathie, complètement. En comparaison, mon ancien employeur, il me disait : « prends soin de toi, tu reviens quand ça va mieux et tu me tiens au courant. » » (P3)

À l'inverse, les collègues de formation ont joué un rôle de soutien auprès de la patiente P2, en reconnaissant sa souffrance et en faisant le lien avec le travail lors de l'épisode le plus récent de souffrance psycho-sociale liée au travail. Les patients P1 et P3 ont retrouvé chez leurs collègues la même souffrance, ce qui leur a permis d'intégrer la participation du travail à la genèse de leur mal-être. Les collègues ont par ailleurs été un soutien lors des conflits.

« Toute la classe de formation savait, sentait, voyait que j'étais maltraitée. Et au bout de 5 à 6 mois ils se sont tous réunis pour me dire : « Stop ! On n'en peut plus, on ne supporte plus la méchanceté qu'ils ont envers toi ». » (P2)

« Dans ces situations, on se remet en question, on demande aux collègues et eux m'ont dit : « Non, ce n'est pas toi ». Ils sont tous remontés, toute l'entreprise, contre le groupe. Le collègue avec qui j'étais, c'était un intérimaire et il lui a dit « Mais on ne parle pas comme ça à un employé. ». Je ne suis pas le premier et je ne serai pas le dernier à faire une petite dépression. » (P1)

« Vous savez, j'ai une collègue de boulot, elle est pareille. Ça fait 20 ans qu'elle est dans la boîte, elle me dit : « Je viens avec la boule au ventre ». » (P3)

L'aide des syndicats n'a pas été recherchée par les trois patients. Et si le patient P1 s'est laissé conseiller au détour de sa recherche de renseignement, la patiente P3 rejette complètement leur aide.

« Pour moi les syndicats, à part défendre les fonctionnaires quand ils ont un jour de carence, ils ne servent pas à grand-chose ! Je veux dire, à part défiler dans les rues et... Les syndicats, je ne suis pas forcément pro-syndicat. Enfin, ça dépend. Mais là, non. » (P3)

3.3.2.2.2 Les amis

Les patients P1 et P3 ont trouvé du soutien chez des amis plus ou moins proche. Pour la patiente P3, cette amie aura, par ailleurs, été une source de renseignement via l'orientation vers une inconnue.

« J'ai aussi une amie qui est en conflit avec son employeur. C'est un peu plus compliqué que moi, on ne va pas en parler mais elle voyait une dame qui l'aidait dans sa démarche. Elle m'a donné ses coordonnées et je l'ai appelée. [...] J'en parlais aussi le matin en allant déposer ma fille avec une maman d'école dans la même situation de conflit que moi avec son employeur. J'en parle avec elle, « au boulot ils sont horribles ». Mais, globalement, avec toutes mes copines maman d'école, j'en parle. Je leur dis : « Ils me font chier ! » (P3)

« Je n'en ai parlé qu'avec ma femme et un petit peu avec un copain, un ami proche. » (P1)

3.3.2.2.3 Internet et les inconnus

Le patient P1 a utilisé internet pour l'aider dans ses démarches administratives et notamment pour la rédaction de sa lettre de rupture conventionnelle de contrat. Il a utilisé cet outil pour se renseigner sur les pratiques de son entreprise par l'usage des forums afin de comparer sa situation avec le témoignage d'autres employés.

« Non, parce que ça ne m'a pas vraiment aidé. Les mots qu'elle a utilisés, je ne savais même pas ce que ça voulait dire. J'ai regardé sur internet. Sur internet, on peut regarder sur les forums... Tous les forums nous disent : « Fuyez, ne restez pas dans cette boutique, fuyez, fuyez, fuyez... » » (P1)

La patiente P3 a pris les conseils d'une inconnue par téléphone.

« C'est une dame qui s'occupe d'aider les salariés en difficulté. Je sais pas du tout qui c'est. C'est obscur. Je ne l'ai toujours eue qu'au téléphone. Je ne l'ai jamais vue. C'est une copine qui m'a donné son numéro. Mais je crois qu'elle doit bosser avec la CGT, ou un truc comme ça. » (P3)

3.3.2.2.4 La famille

Le rôle de la famille dans la recherche d'aide n'est pas négligeable, elle est une ressource importante pour le patient qui y trouve des appuis divers. Tous les membres de la famille ne prennent toutefois pas part à l'aide apportée au patient de la même façon. Aussi, si certains allègent sa souffrance, certains sont un fardeau.

Pour la patiente P2, sa mère aura été la première personne à objectiver sa souffrance et à l'orienter vers le médecin généraliste. Ensuite, en l'absence de suivi médical régulier, sa mère sera une confidente face à l'aggravation de symptômes. Grâce à une bonne connaissance du monde social, elle lui donne de nouvelles ressources d'aide en l'orientant vers des travailleurs sociaux ou en l'informant

de ses droits. Elle poussera également sa fille à consulter un psychiatre afin qu'une prise en charge médicamenteuse soit débutée. Elle aura également été un soutien.

« Je suis rentrée chez moi et ma mère m'a dit : « Il faut que tu ailles voir le médecin, tu ne peux pas rester comme ça ». Au bout de dix à onze mois, j'ai compris qu'il y avait un problème et j'ai commencé à en parler à ma mère. Elle m'a dit « Qu'est-ce qu'il se passe ? » Et je lui ai dit : « En fait je ne travaille plus ». Là elle a vu que je n'étais pas bien et elle m'a dit : « Écoute, il y a une antenne avec des psys pour le mal-être au travail... ». Elle tenait à ce que j'ai un traitement et me poussait à aller voir des psys pour qu'ils me prescrivent quelque chose. Vis-à-vis de mes problèmes financiers, elle m'a juste dit : « Tu as le droit de faire un dossier de surendettement si tu n'y arrives plus ». Au final, elle m'a soutenue quand même ».

Lors de la survenue du mal-être de la patiente P₂, le conjoint n'était pas présent. Toutefois, maintenant qu'il est chronicisé et que la patiente semble avoir trouvé les solutions pour démarrer un nouveau projet professionnel, elle ne le trouve pas assez aidant. Pour le patient P₁, son épouse aura été indispensable à libérer sa parole et à débiter une recherche d'aide.

« Je dis à mon mari : « J'ai l'impression que tu ne me soutiens pas ». Il me dit : « Mais si je te soutiens », mais il ne me soutient pas vraiment ! Au mois de mars j'ai failli retourner travailler et il m'a bloquée. Il m'a dit : « Comment je vais faire avec les 2 petits ? Je n'y arriverai pas, n'y va pas », et je n'y suis pas allée. Je lui ai dit : « Tu as fait une erreur parce que là j'ai l'impression que je m'enfoncé. » » (P₂)

« J'ai dit à ma femme : « Il faut que tu viennes. Tu lui dis, moi je ne peux pas lui dire au médecin. » » (P₁)

Les filles des patientes P₂ et P₃ sont perçues tout à la fois comme une responsabilité à assumer et comme une bouée de sauvetage à laquelle se raccrocher. L'éducation de sa fille est par

ailleurs un objectif de vie majeur pour la patiente P₃, notamment dans ce contexte de souffrance psychique.

« Le seul truc qui me raccrochait, c'était ma petite fille. Laisser ma fille ce n'était pas possible, mais je leur ai dit : « Gardez ma fille pendant une semaine. J'ai besoin de faire un break sans responsabilités, sans rien ». » (P₂)

« C'est bête, mais heureusement qu'elle est là, parce que si je n'avais pas ma fille... Ça vous donne une force incroyable. Je suis obligée de tenir bon pour elle. En ce moment, elle n'est pas là et je n'arrivais pas à faire un truc, ça m'a gonflée et je me suis mise à pleurer ! C'est en ce moment que je peux me lâcher, que je peux évacuer tout ça. Mais quand elle est là, je n'ai pas le droit. Parce que s'il y a bien une chose que je ne veux pas louper, c'est le fait d'élever ma fille. Si jamais demain je devais être en dépression et me retrouver enfermée dans ma chambre toute la journée, ma fille serait livrée à elle-même. Et ça, je ne veux pas qu'elle le vive, qu'elle vive ce que j'ai vécu. Quand j'ai voulu être mère, c'était hors de question de reproduire les mêmes schémas de mon adolescence avec ma mère. » (P₃)

La tante de la patiente P₂ lui a permis d'échapper à sa famille, et de réaliser un travail personnel d'introspection. D'autres membres de la famille ont été consultés par les parents du premier degré lors des situations de détresses extrêmes. Le patient P₁ a également trouvé une confidente chez sa belle-mère.

« En plus ils se sont concertés. Mes grands-parents, mes cousins, mes cousines, mes tantes... Tout le monde... » (P₂)

« J'en avais parlé à ma belle-mère. Qui m'avait dit de me barrer. Elle m'avait dit : « Ne reste pas dans cette boutique ». » (P₁)

La famille n'est pas perçue comme une ressource capable de recevoir tout le mal-être des patients. Notamment des raisons culturelles vis-à-vis desquelles la souffrance morale est relayée au

second plan dans la famille de la patiente P2. Ainsi, malgré son aide inestimable, sa mère a parfois nié l'intensité de la souffrance de la patiente P2.

« Cette profondeur des échanges avec Dieu, je ne l'avais pas avec mes parents, mes frères et sœurs parce que je pensais que chacun avait un petit bout de moi. Chacun avait un petit bout d'histoire. Personne n'arrivait à faire la synthèse. Et ma mère n'allait pas toujours dans mon sens. C'était vraiment : « Prends sur toi ! » (P2)

3.3.2.2.5 Social

Pour les patientes P2 et P3, la Sécurité sociale est perçue comme un obstacle au médecin et au patient tandis que pour le patient P1, elle a contribué au rétablissement de ses droits et à débiter des démarches juridiques.

« La Sécurité sociale m'a mise en demeure de retourner travailler. J'étais obligée de retourner travailler ! Je suis retournée chez le médecin et il m'a dit : « Maintenant je suis coincé avec la Sécu. » (P2)

« Le rôle protecteur du médecin traitant est limité par la Sécurité sociale, des contrôles qui sont de plus en plus fréquents. Pour eux, on a l'impression que le seul but est de ne pas perdre d'argent. Il ne faut pas qu'ils perdent d'argent, sauf qu'au bout d'un moment... » (P3)

« Il a fallu que j'aie à la Sécurité sociale et qu'elle aussi me dise : « La dernière fois que vous étiez malade ils ne vous ont pas payé ». Ils avaient envoyé les papiers 5 mois après et c'est la Sécu qui m'a orienté vers une personne pour entrer en contact avec les prud'hommes. » (P1)

3.3.2.2.6 Juridique

Les patients P1 et P3 se sont renseignés auprès de l'inspection du travail puis des Prud'hommes pour connaître leurs droits et débiter une action en justice avec l'aide d'un avocat.

« J'ai appelé l'Inspection du travail pour savoir si j'étais dans mon droit, si le tort leur revenait bien. Je leur ai tout expliqué et ils m'ont dit : « Allez voir votre médecin traitant et allez voir la médecine du travail, il ne faut surtout pas y retourner. » Ensuite, je suis allé au prudhomme, pour un avocat, des conseils et tout ça. » (P1)

« Je suis allée à l'Inspection du travail pour connaître mes droits. C'est fou d'en arriver là ! Je voulais me renseigner sur ce à quoi j'avais droit. Quels étaient mes droits et mes devoirs. Maintenant que je sais, je vais tenter une action aux prud'hommes. J'ai rendez-vous avec mon avocate la semaine prochaine. J'ai préparé mon dossier. » (P3)

La patiente P2 a envisagé une procédure judiciaire dans le cadre d'une situation qu'elle juge discriminante et injuste, à l'origine d'une nouvelle souffrance. Pour ce faire, elle envisage de contacter un avocat ou de se faire aider par des associations.

« Elle a été constante sur sa méchanceté envers moi, et quelque part, j'ai envie de porter plainte contre elle. J'ai envie de rentrer chez moi, de contacter un cabinet d'avocats qui était président de la LICRA et de monter un dossier contre elle pour discrimination. » (P2)

3.4 LE TRAVAIL PERSONNEL DU PATIENT

En parallèle à l'aide obtenue en société, le patient réalise un travail personnel pour élucider le problème psychique qui lui est posé par la situation de travail. Ainsi après avoir apporté les modifications de ce qu'il était possible de réaliser dans l'espace social, les patients ont recentré la problématique sur leur condition psychique par un travail d'introspection.

Les trois patients rencontrés ne sont pas tous arrivés au même stade de ce travail personnel et chacun a une approche et un outil de reconstruction qui lui est propre. Toutefois, cette évolution psychique semble être l'acte d'un parcours chaotique. Sur ce cheminement, la patiente P2 est celle qui aura eu le parcours le plus remarquable.

3.4.1 L'introspection

Isolée socialement, la patiente P2 n'a pas trouvé dans la société une aide suffisante. Logiquement, il existe un repli sur soi qui pousse à l'introspection. Son analyse sera le point de départ d'une reconstruction bien qu'elle soit parfois en contradiction avec celle de la famille.

« Ma famille, ils disent que j'ai implosé. Moi je ne trouve pas que ce soit le cas. Si quelqu'un doit analyser quelque chose sur moi, c'est moi. C'est moi, ce n'est pas quelqu'un d'extérieur. Il faut que ce soit moi qui trouve, qui sache. Au bout de 6 mois, j'ai commencé à sentir que ça n'allait pas et tout bêtement, je me suis posé la question : « Qu'est-ce qui va pas ? » Et ça a été le déclic. Je leur disais : « Non, non, ce n'est pas moi, il faut que je cherche en profondeur. » » (P2)

Les patients P1 et P3 ont réalisé une introspection initialement tournée vers l'autocritique.

« On se remet en question, on se dit : « Qu'est-ce que tu fais ? » Il y a quelque chose qu'on a dû mal faire. Il y a bien quelque chose ? S'il ne m'aime pas, il y a une raison ! » (P1)

« C'est vrai qu'au début, je me suis questionnée : « Est-ce qu'on remet en cause mes capacités professionnelles ? Est-ce qu'on remet en cause ma capacité relationnelle ? » Au début, c'est la question que l'on se pose. » (P3)

3.4.2 Les outils de la reconstruction

3.4.2.1 La spiritualité

La patiente P2 a alors recherché des valeurs perdues de justice et vérité dans la pratique religieuse, avant de retrouver son bien-être.

« Je me suis questionnée quant à l'existence du Seigneur. « Attends, s'il y a un Seigneur, un Dieu, elle est où la justice, elle est où la vérité ? » Et à ce moment-là, il m'a guidée, le bon Dieu. J'ai pris mes livres avec moi et j'ai commencé à faire ma prière. Je suis revenue en paix, je commençais à être en paix, il y a eu un net changement psychologique. Il m'a apporté un apaisement intérieur. » (P2)

Cette pratique a été provoquée par sa situation de souffrance. Avant cet épisode, elle se qualifie de culture musulmane par opposition à pratiquante musulmane.

« Je n'avais jamais pratiqué avant. Jamais. Mes parents n'ont jamais pratiqué. Ce n'était pas religieux ce qu'on faisait. C'était vraiment culturel. On a grandi comme ça avec le Ramadan, mais... Je suis née musulmane, mais même si j'avais été chrétienne ou juive, c'est le fait d'avoir trouvé cette sérénité, un Dieu ! J'ai cherché Dieu dans les livres, j'ai beaucoup lu. » (P2)

La patiente P2 a eu la sensation d'être entourée par Dieu.

« J'étais dans un autre monde. Tout est venu à moi ! C'était bizarre. C'est comme si tous ces gens venaient vers moi de la part du Bon Dieu. C'était comme s'il m'avait pris dans ses bras et j'avais besoin de ce réconfort-là. De dire « non, tu n'es pas toute seule. La vie est dure, c'est vrai, et les gens sont pourris, mais moi je suis là. Moi, je sais ce qui se passe dans ton cœur, je sais ce qu'il y a dans les têtes. Voilà, je suis là. ». C'est vraiment comme ça que je l'ai pris et c'est comme ça que je l'ai ressenti. » (P2)

Les mécanismes d'action de la religion ont été nombreux pour la patiente P2. Elle y a trouvé de l'écoute, de la compréhension, de la réassurance et enfin la certitude d'une justice finale.

« Surtout d'être entendue et comprise. Et aussi d'être rassurée. C'est peut-être bizarre. C'est un peu comme avec le médecin, mais en mieux parce que c'est le justicier. » (P2)

3.4.2.2 L'activité physique

Pour le patient P1, les efforts physiques lui permettent de mobiliser ses capacités de résistance face à la situation.

« Il faut que je me change les idées, casser du bois ou je ne sais quoi d'autre... Après si je reste inactif, je reste dans mon canapé, je n'en bouge plus. Je ne me lèverai même pas pour manger. » (P1)

3.4.2.3 Le rôle de mère

Peut être encore plus que pour les autres patients, la souffrance de la patiente P₃ est liée à une partie de son identité. Elle a trouvé comme réponse le fait de se recentrer vers son rôle de mère.

« C'est une thérapie d'enfer d'avoir un gamin. D'avoir ma fille, de la prendre dans mes bras, de lui faire des bisous... Quand j'ai ma gamine, je ne sais pas, il y a un regain d'énergie. Je ne veux pas qu'elle vive ce que j'ai vécu. C'est important pour moi. Ma mère était dépressive. C'est une image que je ne veux pas donner à ma fille. Je ne me donne pas le droit d'être dépressive. » (P₃)

3.4.3 La reconstruction

Étape ultime de son travail personnel, la patiente P₂ a développé des capacités psychiques propres et a pu se doter de nouvelles valeurs qui ont été le socle de sa reconstruction. Elle a ainsi pu pardonner à son père et se débarrasser de sa méfiance pour renouveler des liens familiaux et amoureux ainsi que pour se réorienter professionnellement. Cette reconstruction a modifié son conditionnement psychique et social, lui permettant de retrouver son bien-être.

« Chaque nouvelle expérience apporte quelque chose de bon. J'ai pu pardonner à mon père et on a de bonnes relations maintenant. Comme j'étais dans la religion, j'ai dit à mon mari : « Je ne veux pas m'amuser avec toi. Maintenant je veux quelque chose qui soit posé. Si tu veux, on se marie. ». Ce n'est pas que je me fiche des autres, mais quelque part, un peu. Ça n'influe plus et le fait de m'être reconstruite, d'avoir une famille, des enfants, que je sois occupée, vous voyez, je n'ai plus le temps pour ça... » (P₂)

Après le début de ses difficultés, le patient P₁ avait envisagé de quitter son emploi et avait eu des entretiens d'embauche. Espérant toutefois que la situation changerait, il avait patienté jusqu'à signer une rupture conventionnelle de contrat. Cet épisode a modifié sa perception du travail et lui a conféré de nouvelles capacités de défenses.

« Entre le moment où j'ai voulu démissionner et le moment où ça s'est mal passé, j'ai eu un autre entretien avec mon directeur alors que j'avais déjà passé des entretiens avec d'autres entreprises. Mais j'espérais un changement... « J'vais voir, j'vais voir, si ça ne change pas, je partirai ». Ça n'a pas changé et ça a empiré. Du coup, j'ai signé une rupture conventionnelle de contrat mardi dernier. Ma lettre est là. Je finis dans 15 jours. Maintenant je serai plus méfiant. Si ça se reproduit, je m'en vais tout de suite. Je partirai avant que ça me ronge. Du moment où ça commence à dégénérer, je préférerai partir tout de suite. Je ne vais pas me rendre malade pour un boulot. »

(P1)

Au moment de l'entretien, la patiente P3 est encore en pleine réflexion et envisage pour le moment de réduire son temps de travail avec l'idée de passer plus de temps avec sa fille.

« Est-ce que je ne peux pas envisager un 80 %, des choses comme ça ? Mais il faut que l'employeur soit d'accord. Et ça c'est problématique. C'est une idée que j'ai eue aujourd'hui, à réfléchir. La vie de famille aussi, à côté, il faut y penser. » (P3)

4 DISCUSSION

Par leur récit, les patients de cette étude ont mis en exergue la relation d'aide singulière qu'ils ont construite avec leur médecin généraliste et l'indulgence avec laquelle ils réagissent aux efforts bienveillants de leur médecin traitant face à cette problématique complexe.

Si le médecin généraliste a été leur premier interlocuteur, c'est parce que les modalités de consultation du médecin traitant font écho au caractère à la fois brutal et lent de la souffrance psychosociale liée au travail. Celles-ci sont ouvertes à tous et pour tout, répétables et rapidement accessibles grâce à la polyvalence, la fidélité et la disponibilité des médecins de famille.

Le cabinet constitue en effet un espace où le médecin traitant construit avec le patient une relation qui lui donne accès à ses fondements les plus intimes. Si le médecin prend alors l'apparence d'un membre de la famille, il n'en fait pas partie et sa proximité avec le patient respecte une relative distance qui le maintient hors du cercle familial. C'est probablement cette tension proximité-distance associée à la confidentialité qui facilite la confession du patient. Le patient livrant son intimité aide alors son médecin à le définir, « à le connaître ». Cette capacité acquise a une valeur particulière aux yeux du patient car c'est l'indispensable à une médecine individualisée.

Cette intimité articulée à sa polyvalence les a ainsi conduits à le considérer comme l'allié le plus apte à apporter une aide face aux diverses manifestations, tant sociales que physiques ou psychiques de leur souffrance. Elle se fait toutefois dans une difficulté que les patients perçoivent notamment sur le terrain de la rétribution sociale. Par ailleurs, les traitements médicamenteux ou alternatifs ne sont pas perçus comme une solution. La coordination avec d'autres acteurs est peu satisfaisante, notamment avec le psychiatre car parfois mal perçue, et avec le médecin du travail dont les rôles sont tantôt ignorés, tantôt niés.

Pourtant, les patients sont indulgents car au-delà de la rédaction d'un arrêt de travail, de la prescription d'anxiolytiques, de l'écoute empathique ou de la coordination avec d'autres acteurs, le

rôle qu'ils lui attribuent semble sortir de l'ordinaire. Tout se passe comme si le patient a conscience du caractère systémique de sa souffrance et qu'il souhaite mobiliser les capacités relationnelles de son médecin traitant afin d'être accompagné sur un chemin de reconstruction qu'il pressent long et complexe.

4.1 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Le dessein de cette étude était de comprendre les raisons qui conduisent le patient en souffrance à consulter son médecin traitant, alors même qu'on sait son exercice mis à mal par la problématique.

Aussi, la principale force de cette étude est qu'elle a permis d'explorer une part de l'intimité des patients au moyen d'entretiens narratifs. J'ai ainsi eu le sentiment que les entretiens permettaient de « libérer la parole » et de réaliser des « liaisons inattendues » permettant à ces patients d'appréhender les éléments participants à la genèse de leur souffrance et la façon dont ils perçoivent leur médecin traitant.

Malgré tout, en raison du caractère intime du sujet, il est probable que le patient n'est pas révélé tout ce dont il avait connaissance. L'étude présente également plusieurs autres biais. Les patients ont pu être recrutés grâce à leur intérêt et leur motivation pour la problématique, ce qui constitue un premier biais de recrutement. Le manque d'expérience de l'enquêteur dans la conduite des entretiens, ou la présence du conjoint à une reprise, a également pu conduire à influencer le discours des patients à l'origine d'un biais d'intervention. Lors de l'analyse de ces entretiens, il a également existé un risque de biais d'interprétation en raison d'une modélisation des données réalisée par une personne unique et inexpérimentée. Ainsi, lors de lecture de travaux de psychodynamiciens du travail, tels que ceux de Lise Gagnard (38), j'ai aussi eu le sentiment que les hypothèses pourraient être plus vaste encore.

Par ailleurs, en raison d'un échantillon réduit qui n'a pas permis une saturation de l'ensemble des données présentées, cette étude est à considérer comme un travail exploratoire et le modèle présenté est surtout un écheveau d'hypothèses qui demande encore à être confirmé.

4.2 COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE ET LA CULTURE

Les raisons présentées par les patients de cette étude pour consulter leur médecin généraliste en première intention correspondent au rôle des médecins généralistes tel que défini par la WONCA en 2002. Patients et Société Européenne de médecine générale se retrouvent donc pour donner une définition commune de la médecine générale où le médecin généraliste se définit, entre autres, par sa capacité à intégrer « les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés » dans la négociation des modalités de prise en charge avec ses patients. (39)

Cette polyvalence nécessaire trouve sa justification dans le modèle global qu'Engel développe en 1980 (40) (41) et dans lequel les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie. Plus qu'un modèle théorique, ce modèle biopsychosocial est pour certain un véritable outil clinique (42) et si la gestion des problématiques physique, psychologique ou sociale, n'est pas du savoir-faire exclusif de la médecine générale, cette discipline est néanmoins la seule qui peut intégrer toutes ces particularités simultanément et accorder à chacune une importance adéquate (39). En dehors d'un éventail élargi de compétences, ce rôle nécessite une relation médecin généraliste-patient forte, car sans la participation active du patient à la prise en charge, le médecin généraliste ne peut y parvenir (42).

Ainsi, outre la modification de l'organisation du travail, les psychodynamiciens (43) (38) (44) du travail préconisent une pratique clinique qui provoque une réflexion et un travail personnel du patient. Ils proposent une écoute attentive des événements jugés importants par le patient et la

proposition de liaisons inattendues dans le but de l'amener à saisir les origines professionnelles de sa souffrance. Cette psychothérapie permet le démêlage de la situation et l'amplification des capacités du patient à faire face à sa situation. Il existe différentes formes de relation fondées sur une communication complexe permettant à la relation médecin-patient de devenir elle-même une partie de la thérapeutique (45).

Le champ d'intervention du médecin généraliste peut s'avérer délicate lorsqu'un besoin de spiritualité est exprimé par le patient (46). Il peut avoir recours à diverses techniques de relaxation, à la sophrologie, à l'hypnose, à l'E.M.D.R. (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing) ou encore à diverses pratiques spirituelles laïques (yoga, tai-chi, ...) pour promouvoir le bien-être. Employées seules, certaines techniques n'ont pas été éprouvées et ne bénéficient ni de reconnaissance légale, ni de formation reconnue. Les risques de ces pratiques sont liés à l'amateurisme et aux tentatives d'emprise mentale que certains individus pourraient mettre en œuvre. (47) La conjugaison de la médecine conventionnelle à la médecine alternative dans une approche dite de médecine intégrative serait toutefois pour certains un moyen de renforcer la relation médecin-patient (48).

Rencontrer le patient dans toute sa singularité n'est cependant pas sans difficulté pour le médecin généraliste. Les patients interviewés ont ainsi conscience de leurs difficultés à proposer des consultations longues (29) (49) alors que celles-ci sont nécessaires au diagnostic des troubles psychiques (50) (51). Les autres difficultés observées par les patients sont également bien connues et concernent les arrêts de travaux (30) et la coordination avec les autres acteurs (29) (52). Pourtant, la situation du patient en souffrance au travail est si complexe qu'un travail interdisciplinaire paraît indispensable pour lui proposer un réseau de soutien (42). Le déficit de coopération avec le médecin du travail et le psychiatre s'explique dans notre étude par les croyances des patients vis-à-vis de ces deux disciplines. Pour le patient qui est passé au-delà de ses croyances et a consulté le médecin du travail, un échange coopératif s'est construit (53).

Face à toutes ces difficultés, le soignant peut se mettre en situation de stress intense et prolongé avec le risque de plonger lui-même dans une souffrance (54). Les données de la littérature sur ce risque restent cependant contradictoires. (55)

4.3 PERSPECTIVES

Cette étude met en évidence le besoin des patients à reconstituer une enveloppe sociale efficace alors que les difficultés au travail ont mis à mal l'édifice psychosocial précédemment construit. En parallèle à sa reconstruction psychique, le patient mobilise alors différents acteurs pour former un réseau d'aide dans lequel il inclut le médecin généraliste.

Le rôle des divers acteurs impliqués est mal individualisé à l'exception de celui du médecin généraliste dont le patient attend une réponse individualisée. Face à cette problématique complexe, la prise en charge de la souffrance psychosociale liée au travail ne fait pas l'objet d'une prise en charge standardisée, mais le médecin généraliste et son patient ne sont plus seuls face à cette problématique. Objet d'un questionnement sociétal et scientifique, diverses mesures, initiatives et études donnent au médecin traitant les clefs de la construction d'une réponse complexe satisfaisante.

La pierre angulaire du remède est la relation médecin-patient, issue d'une intimité unique qui rend possible une *écoute psychosociale* indispensable à la connaissance de la condition psychosociale du patient. À partir de cette connaissance, le médecin généraliste peut ensuite établir une réponse systémique individualisée où les rôles que jouent les autres acteurs et le patient ne sont pas ignorés afin de permettre de lever les freins et d'amplifier les capacités du patient utiles à sa reconstruction psychosociale. (56)

La place centrale du médecin généraliste dans le système de soins le rend, au demeurant, le plus apte à gérer le parcours de soins de chaque malade dans un souci de qualité et d'efficacité des prises en charge (57). Une partie de l'enjeu liée à la construction d'une prise en charge complexe est donc de mettre en place les conditions d'une coordination permettant l'approche globale des besoins

des patients. Cette idée de coordination a fait l'objet d'une volonté de formalisation dès les années 1980 sous la forme de réseaux de santé puis sous l'aspect de structures de coordination, dans les années 2000, lorsqu'il a été question de répondre à la complexité de certaines problématiques spécifiques à l'aide des centres locaux d'information et de coordination (CLIC, 2000), des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA, 2008) ou encore des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH, 2005) (58) (59). Certains pays européens ont ainsi fait le choix de renforcer la formation en collaborations transdisciplinaires (ou *integrated primary care*) des professionnels médicaux et sociaux (60).

Pour agir de concert avec les autres acteurs de la santé et du social, il apparaît nécessaire au médecin généraliste de développer ses capacités de coordinations, mais aussi d'imaginer d'autres modes d'exercices. Car le mode de paiement traditionnel à l'acte favorise la fragmentation des soins plutôt que leur coordination (61). La résolution actuelle des pouvoirs publics à développer les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) semble notamment s'inscrire dans une volonté de favoriser l'alliance transdisciplinaire autour de cas complexes (62). Leur fonctionnement promet aux professionnels de développer un travail en réseau de proximité par l'élaboration d'un projet de soins commun aux membres de la MSP. La coordination se base alors sur des stratégies thérapeutiques qui sont organisées autour de protocoles élaborés de manière transdisciplinaire. Un cadre juridique spécifique pour l'exercice regroupé des professionnels de santé libéraux en MSP permet alors de percevoir des financements publics pour rétribuer le temps de coordination de l'équipe.

4.4 IMPLICATION POUR LA PRATIQUE

Tout au long de la réalisation de ce travail de recherche, ma pratique clinique de médecin remplaçant a connu plusieurs ajustements sous l'influence de ces résultats.

Au travers des entretiens de type récit de vie, j'ai compris l'importance d'un échange approfondi avec le patient car si l'entretien de type récit de vie est un outil de recherche, il peut

également être un outil de psychothérapie. En explorant les difficultés du patient, qu'elles soient intimes ou professionnelles, mais aussi ses centres d'intérêt, j'ai ensuite pu aider le patient à identifier les sources de sa souffrance pour tenter de lui proposer des solutions, de provoquer une réflexion personnelle, mais aussi de faire percevoir ses centres d'intérêt comme un outil sur lequel s'appuyer pour élaborer une stratégie personnelle de reconstruction sociale et psychique. L'objectif est de proposer des pratiques non médicamenteuses visant à accroître l'efficacité thérapeutique des psychotropes ou d'en être une alternative. La coordination avec d'autres acteurs n'est pas facilitée par la pratique de médecin remplaçant, mais j'ai toutefois pris l'habitude de renseigner les patients sur les rôles des autres intervenants.

Cette pratique s'ajoute aux demandes explicites du patient (renouvellement de psychotrope, d'arrêt de travail, démarches administratives diverses, motif additionnel de consultation...) et nécessite de trouver un équilibre dans la conduite de la consultation. L'empathie nécessaire à la compréhension de la condition psychosociale du patient dans sa globalité nécessite également de trouver une limite à l'implication personnelle du médecin.

J'ai confronté mes résultats à l'expérience clinique de Mme BETIZEAU-MORGE Annabelle, psychologue clinicienne spécialisée dans la souffrance au travail et formatrice à l'EIPAS (Espace Investigation Prévention et Accompagnement du Stress au Travail). Le mal-être qu'elle rencontre est également très intense, polymorphe et de caractérisation difficile mêlant stress organisationnel, stress au changement, difficultés de positionnement dans de nouvelles fonctions, difficultés relationnelles, conflits voire harcèlement, épuisement simple ou burnout, bore-out ou placardisation. C'est pourquoi la réalisation des psychothérapies de type TCC nécessite de définir la problématique liée au travail avec le patient. L'usage des récits de vie, de la sophrologie, de techniques de pleine conscience ou d'affirmation de soi est considéré selon la problématique. Toutes ces approches sont envisagées pour permettre au patient une meilleure connaissance de soi. Si le mode d'entrée à l'EIPAS est dominé par l'orientation des médecins du travail, des services de ressources humaines et d'autres

salariés, dans son activité libérale, l'orientation par les médecins généralistes est importante. La coordination transdisciplinaire est perçue comme nécessaire et à développer.

La pratique clinique entourant la prise en charge de la souffrance psychosociale liée au travail implique la participation du patient à son rétablissement. L'intervention du psychologue visant à des changements psychiques passe par des techniques de psychothérapie structurées tandis que le médecin généraliste non formé à celles-ci peut s'appuyer sur une connaissance intime de son patient pour agir sur d'autres leviers. Ces approches doivent être envisagées de manière complémentaire.

5 CONCLUSION

L'utilisation d'une démarche qualitative fondée sur l'entretien de type récit de vie a permis d'aller au cœur de la complexité soupçonnée avant l'étude. L'objectif principal était d'identifier les composantes du rôle attribué au médecin généraliste par les patients qui le consultent en première intention concernant la prise en charge d'une souffrance psychosociale liée au travail. L'objectif secondaire était de mettre en évidence la manière dont l'intervention du médecin généraliste est perçue dans cette situation et les questions et perspectives que cela ouvre.

À partir des matériaux de terrain, nous avons fait ressortir cinq éléments majeurs. Le travail est perçu par les patients comme facteur principal à l'origine d'un mal-être intense et polymorphe, bien que la participation du contexte psychosocial soit reconnue comme une condition à sa survenue. Les différents éléments de la relation du patient avec son médecin généraliste lui permettent d'être identifié comme une ressource d'aide singulière. Les autres acteurs médicaux ou sociaux sont mal identifiés et leurs rôles sont mal connus. La famille a un rôle majeur, mais ambivalent. Le patient réalise un travail propre d'introspection et de reconstruction psychique.

L'étude a également permis de préciser en substance comment les patients conçoivent leur médecin traitant et son action. Ils mettent en avant son accessibilité, sa polyvalence, sa proximité, sa familiarité, sa fraternité, sa fidélité et sa discrétion, ainsi que sa capacité à fournir un témoignage social. Le champ d'intervention possible du médecin généraliste dans la souffrance psychosociale liée au travail est donc vaste, mais c'est surtout sa relation avec le patient que la problématique met à l'épreuve. La construction d'une relation médecin-malade forte est l'élément-clef de la prise en charge, car c'est à partir de celle-ci que le médecin généraliste parviendra à aider le patient à dépasser sa souffrance. Son intervention reste toutefois limitée dans plusieurs dimensions et il doit savoir coordonner son action à celle des autres acteurs engagés dans cette problématique.

Les choix collectifs en matière de reconfiguration du système de santé et notamment des soins de premiers recours seront déterminants pour fournir au médecin généraliste les leviers

nécessaires à l'organisation en réseau qui permettrait d'apporter la réponse singulière que le patient espère.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):443-462.
2. Ragot A, Guiho-Bailly MP, Tanguy M, Gohier B, Garré J, Roquelaure Y. Troubles psychiatriques rencontrés en consultation de psychopathologie du travail au Centre hospitalier universitaire d'Angers. *Santé Publique*. 2013;25(6):729-736.
3. Netterstrøm B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R, et al. The Relation between Work-related Psychosocial Factors and the Development of Depression. 2008;30(1):118-32.
4. Lazarus A, Strohl H. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail "ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale" mis en place par Jean-Marie Delarue. Paris: La documentation française; 1995.
5. Parquet PJ. Souffrance psychique et exclusion sociale. Rapport du groupe de travail mis en place par D. Versini. Paris: La documentation française; 2003.
6. Organisation mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. 1946..
7. Organisation mondiale de la Santé. Conférence ministérielle européenne de l'OMS. 2005..
8. Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées*. 2007 Septembre;(11):24-33.
9. Furtos J. Précarité du monde et souffrance psychique. *Rhizome*. 2001 Juillet;(5):3-5.
10. Quesemand-Zucca S. À propos de la banalisation du terme "souffrance psychique". *Psychologie clinique*. 2003;(16):101-104.
11. Abdelmalek AA. Edgar Morin, sociologue et théoricien de la complexité : des cultures nationales à la civilisation européenne. *Sociétés*. 2004;4(86):99-117.
12. Alderson M. La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*. 2004;29(1):243–260.
13. Molinier P, Flottes A. Travail et santé mentale : approches cliniques. *Trav Empl*. 2012: p. 51-66.
14. Institut national de recherche et de sécurité (INRS). (page consultée le 16/10/2017). Risques psychosociaux. Ce qu'il faut retenir. [en ligne]. <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>.
15. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brunn J, Cases C, Davezies P. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail : (2011). 15.

16. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory (Human Service Survey). Palo Alto : Consulting Psychologist Press ; 1981.
17. Zawieja P, Guarnieri F. Épuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques. Dans Zawieja P. et Guarnieri F. (dir.), Épuisement professionnel. Approches innovantes et pluridisciplinaires, Paris, Armand Colin, 2013, p. 17.
18. Sebaoun G, rapporteur. L'épuisement professionnel ou burn out : une réalité en mal de reconnaissance : Rapport d'information relatif au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn out). Paris : Documents d'information de l'Assemblée nationale ; 2017. Rapport n°4487 commandité par la commission des affaires sociales.
19. Cohidon C, Imbernon E. Santé mentale et travail, de la connaissance à la surveillance. Bull Epidémiol Hebd. 2009 Juin;(25-26):259-261.
20. Cohidon C, Santin G. Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, Santé et travail/Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement; 2007.
21. Cohidon C, Rabet G, Plaine J, Chubilleau C, Valenty M. Santé mentale et activité professionnelle : comparaison de deux programmes de surveillance, MCP et Samotrace. Bull Epidémiol Hebd. 2012;(22-23):278-280.
22. Cohidon C, Arnaudo B, Murcia M. Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France. Bull Epidémiol Hebd. 2009 Juin;(25-26):265-9.
23. Debrand T. L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé. Document de travail IDES. 2011 Mars.
24. Hamon B. (page consultée le 16/10/17). Pétition pour la reconnaissance du burnout comme maladie professionnelle. [en ligne]. <http://petition-burnout.fr/>.
25. Beaumont D. Rehabilitation and retention in the workplace—the interaction between general practitioners and occupational health professionals: a consensus statement. Occup Med (Lond). 2003;53(4):254-5.
26. Saliba M, Iarmarcovaib G, Souville M, Viaud A, Arnauda S, Verger P. Les médecins face à la santé au travail : une étude qualitative dans le sud-est de la France. 2007;55(5):376-381.
27. Souville M, Cabut S, Viau A, Iarmarcovai G, Arnaud S, Verger P. General practitioners and patients with psychological stress at work. J Occup Rehabil. 2009 Septembre;19(3):256-63.
28. Vignola E. La souffrance mentale au travail en médecine générale. Enquête auprès de 77 patients en Franche-Comté suivis par 21 médecins. 2011. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Besançon : Université de Franche-Comté ; 2011.

29. Simon A. La souffrance morale au travail : quelle prise en charge en médecine générale ? Une enquête qualitative en région Centre. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Tours : Université François Rabelais ; 2014.
30. MG France. Arrêts de travail : MG France dénonce le harcèlement des médecins généralistes par l'assurance maladie. Communiqué en ligne. Juillet 2017. [Consulté le 16/10/2017]. Disponible sur internet : <https://www.mgfrance.org/index.php/presse/communiques/1705-arrets-de-travail-mg-france-denonce-le-harcelement-des-medecins-generalistes-par-l-assurance-maladie>.
31. Boursier M. Évolution du nombre de plaintes et doléances aux conseils départementaux de l'Ordre des médecins contre des médecins généralistes pour des certificats en rapport avec le monde travail entre 2011 et 2015. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Rennes : Université Bretagne Loire ; 2017.
32. Ménard C, Demortière G, Durand É, Verger P, Beck F. Médecins du travail / médecins généralistes : regards croisés. Saint-Denis: Inpes, coll. Études Santé, 2011 : 192 p.
33. Pineau G, Le Grand J. Les histoires de vie. 5e ed. Paris: Presses Universitaires de France ; 2013.
34. Grell P, Desmarais D. (dir.). Les Récits de vie: théorie, méthode et trajectoires types. Montréal, Québec : Editions Saint-Martin ; 1986.
35. Bertaux D. Le récit de vie. 4e ed. Paris : Armand Colin ; 2010.
36. de Gaulejac V, Legrand M. Intervenir par le récit de vie, entre histoire collective et histoire individuelle. Toulouse : ERES ; 2008.
37. Laine A. Faire de sa vie une histoire. Théories et pratiques de l'histoire de vie en formation. Paris : Desclée de Brouwer ; 1998.
38. Gaignard L. Les descriptions du désespoir au travail. *Evol psychiatr.* 2011 Avril;76(2):177-186.
39. Société européenne de Médecine générale-Médecine de famille. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille; 2002.
40. Engel G. The need for a new medical model : A challenge for biomedicine. *Science.* 1977 Avril;196(4286):129-36.
41. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980 Mai;137(5):535-44.
42. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse.* 2010;6:1511-1513.
43. Molinier P. Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie.* 2010;2(10):99-110.

44. Douville O, Jacobi B. L'entretien clinique dans le contexte de la psychodynamique du travail. Dans O. Douville & B. Jacobi (Dir), 10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte. Paris: Dunod; 2009. p. 215-229.
45. McWhinney I. Primary care core values: core values in a changing world. *BMJ*. 1998;316(7147):1807-1809.
46. Vermandere M, Lepeleire JD, Smeets L, Hannes K, Mechelen WV. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *Br J Gen Pract*. 2011 Novembre;61(592):e749-60.
47. Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires. Rapport au Premier ministre. Paris : La documentation française ; 2010.
48. Dossett M, Kohatsu W, Nunley W, Mehta D, Davis R, Phillips R, et al. A medical student elective promoting humanism, communication skills, complementary and alternative medicine and physician self-care: an evaluation of the HEART program. *Explore (NY)*. 2013;9(5):292-8.
49. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes : une synthèse des données disponibles. *Question d'économie de la santé IDES*. 2009 Juillet;(144):1-8.
50. Stirling A, Wilson P, McConnachie A. Deprivation, Psychological distress and consultation length in general practice. *Br J Gen Pract*. 2001;51(467):456-460.
51. Hutton C, Gunn J. Do longer consultations improve the management of psychological problem in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:71.
52. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project[Corporate Author]. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21-7.
53. Bachet D. Des pratiques professionnelles sous tension: L'examen clinique des salariés en médecine du travail. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2011;188(3):54-69.
54. Pezé M. Je suis debout bien que blessée. Les racines de la souffrance au travail. Lyon : Josette Lyon ; 2014.
55. Zantinge E, Verhaak P, De Bakker D, Van Der Meer K, Bensing J. Does the attention General Practitioners pay to their patients' mental health problems add to their workload? A cross sectional national survey. *BMC Fam Pract*. 2006 Décembre 5;7:71.
56. Dominicé P. Du silence de la souffrance à la parole des patients. *Le sujet dans la cité*. 2010;1(1):107-119.
57. Cordier A. Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages ». 2013. Contribution de la SFSP à l'élaboration d'une Stratégie Nationale de Santé.

58. Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales*. 2005; p. 231-260.
59. Chambaud L. Le système de santé français à l'épreuve des transitions. *Socio*. 2016;6:157-170.
60. Ninane F, Daepfen JB, Bugnon O, Pécoud A. Soins intégrés : comment accompagner un changement de culture ? *Rev Med Suisse*. 2010;6:2302-2305.
61. Bras PL. Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2011;42(1):27-34.
62. Philippe E, Buzyn A. Renforcer l'accès territorial aux soins. Inauguration de la Maison de Santé de Châlus ; 13 octobre 2017. Châlus, Nouvelle-Aquitaine.

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTÉ et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

DA SILVA Matthieu Souffrance au travail : Comment le médecin généraliste et le patient coopèrent-ils pour répondre à ce problème complexe ?

TH Médecine Clermont Ferrand, 2017

RÉSUMÉ

Introduction : La souffrance au travail est un mal-être complexe mobilisant de nombreux intervenants. Le parcours de soins des patients est peu structuré. Le but de cette étude était d'identifier le rôle attribué au médecin généraliste (MG) par les patients lorsqu'ils le consultent en première intention.

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative sur la base de trois récits de vie afin d'explorer en profondeur le phénomène et d'obtenir des éléments de compréhension nouveaux quant aux processus à l'œuvre dans la formation et la gestion de la souffrance au travail.

Résultats : Les sujets connaissaient un mal-être intense du fait d'un emploi et d'une situation psychosociale propres. Les situations et la souffrance au travail rencontrées rejoignaient le concept des facteurs de risque psychosociaux et du burnout. Le MG se voyait attribuer une position singulière en raison des modalités de consultation, d'un savoir estimé et d'une relation sociale unique fondée sur son accessibilité, sa polyvalence, sa proximité, sa familiarité, sa fraternité, sa fidélité, sa discrétion et sa capacité à fournir un témoignage social. Il réalisait des certificats, une psychothérapie, une prise en charge médicamenteuse et une coordination. Les autres acteurs étaient méconnus et souffraient de préjugés quant à leur action. Le MG était vu comme le plus apte à considérer les besoins globaux des patients. Ces derniers comprenaient les limites imposées par la sécurité sociale et les difficultés de coordination. Les patients réalisaient un travail de restauration psychique passant par le développement de capacités propres susceptibles de modifier leur conditionnement psychique.

Conclusion : Notre étude montre que l'enjeu lié à l'élaboration systémique d'une réponse singulière repose sur la mise en place des conditions renforçant la relation médecin-patient et la pluridisciplinarité. Une meilleure formation à la collaboration et une modification du mode d'exercice du MG peuvent se révéler particulièrement pertinentes.

MOTS-CLÉS souffrance au travail, burnout, risques psychosociaux, souffrance psychique, médecine générale, rapports médecin-patient, continuité des soins, prise en charge personnalisée du patient

JURY :

Président : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur

Membres :

Monsieur LLORCA Pierre Michel, Professeur

Monsieur DUTHEIL Frédéric, Professeur

Madame LANOIR Denise, Docteur

Monsieur MARTY Laurent, Docteur

DATE DE LA SOUTENANCE : 07 décembre 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR :