



**HAL**  
open science

# Le ressenti des médecins généralistes face à la prise en charge des patients en souffrance au travail. Étude qualitative auprès de médecins généralistes du département de l'Hérault

Marie Belot

## ► To cite this version:

Marie Belot. Le ressenti des médecins généralistes face à la prise en charge des patients en souffrance au travail. Étude qualitative auprès de médecins généralistes du département de l'Hérault. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03111823

**HAL Id: dumas-03111823**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03111823>**

Submitted on 15 Jan 2021

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Par  
**Marie BELOT**

Le 5 novembre 2020

Le ressenti des médecins généralistes face à la prise en charge des patients en  
souffrance au travail.

Etude qualitative auprès de médecins généralistes du département de l'Hérault

Directeurs de thèse : Docteur Stéphane ADRA et Docteur Olivia POIGNANT

**JURY**

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :  
Professeur Sébastien GUILLAUME  
Docteur Béatrice LOGNOS  
Docteur Stéphane ADRA

Membre invité :  
Docteur Olivia POIGNANT

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Par  
**Marie BELOT**

Le 5 novembre 2020

Le ressenti des médecins généralistes face à la prise en charge des patients en souffrance au travail.

Etude qualitative auprès de médecins généralistes du département de l'Hérault

Directeurs de thèse : Docteur Stéphane ADRA et Docteur Olivia POIGNANT

**JURY**

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :  
Professeur Sébastien GUILLAUME  
Docteur Béatrice LOGNOS  
Docteur Stéphane ADRA

Membre invité :  
Docteur Olivia POIGNANT

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

---

**Professeurs Honoraires**

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

## Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robert	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

### PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie

MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

#### **PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie - Transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie

CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive



NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
TOUITOU Isabelle	Génétique
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

### **PU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

### **1<sup>re</sup> classe :**

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

### **2<sup>ème</sup> classe :**

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÈRE Laurent (Sociologie, démographie)

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

### **1<sup>re</sup> classe :**

LAMBERT Philippe

### **2<sup>ème</sup> classe :**

AMOUYAL Michel

## **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

## **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine**

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

## Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

### MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOUILLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire

OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale Parasitologie et mycologie
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et myc
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### **MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès	Physiologie

### **Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

#### **MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe**

COSTA David

#### **MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

### **Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

### **Praticiens Hospitaliers Universitaires**

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUICHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

---

## REMERCIEMENTS

---

### **Aux membres du Jury :**

A Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL, Professeur des Universités de Médecine Générale. Je vous suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de ma thèse et de juger mon travail, je vous en remercie.

A Monsieur le Professeur Sébastien GUILLAUME, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier. Je vous remercie et vous suis très reconnaissante de siéger dans mon jury de thèse et de juger mon travail. Je vous remercie également de votre réactivité au cours de nos échanges.

A Madame le Docteur Béatrice LOGNOS, Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale. Je vous remercie et vous suis très reconnaissante de siéger dans mon jury de thèse et d'avoir accepté de juger mon travail.

Aux Docteurs Stéphane ADRA, et Olivia POIGNANT mes Directeurs de thèse. Je vous remercie pour votre relecture et vos suggestions pertinentes.

### **Aux professionnels rencontrés durant mon internat :**

Aux équipes hospitalières :

- Du service des Urgences de Perpignan
- Du service de Pédiatrie et des Urgences pédiatriques du CHU de Nîmes
- Du service des Urgences gynécologiques du CHU de Nîmes
- Du service de médecine B de l'hôpital Saint Clair à Sète : Dr Gabriel GUILLAUMOU, Dr Immad ABDOUSH, Dr Valérie ROQUES, Dr Wassim DIB, pour votre soutien, votre gentillesse, votre formation, votre confiance
- De la Clinique du Mas du Rochet

Merci de m'avoir accompagnée et formée durant ces années d'internat. Je garde un très bon souvenir de tous ces stages.

- Au Dr Agnès ROULET qui m'a reçue au centre des pathologies professionnelles du CHU et donnée de nombreux conseils pour débiter et orienter cette étude.



- Au Dr Nicolas TEULADE, pour ses conseils, et son aide à l'élaboration de mon guide d'entretien.

Aux praticiens libéraux :

- Dr Philippe TRICHARD : Merci pour tout ce que tu m'as apporté durant ce premier stage de médecine de ville. Ce furent toujours des échanges très intéressants et constructifs.
- Dr Michel DAVID : Merci de m'avoir accueillie pour ce semestre de découverte de la médecine générale et de l'apprentissage de l'autonomie progressive
- Dr Olivia POIGNANT : Une belle rencontre au cours d'un premier semestre de découverte de la médecine générale. Merci de m'avoir fait confiance pour ce deuxième stage de SASPAS partagé ensemble, pour les remplacements et pour la rédaction de cette thèse que tu as dirigée. Tu m'as fait connaître la médecine « intuitive ».
- Dr Stéphane ADRA : Merci pour tout ce que tu m'as apporté durant ce semestre de SASPAS et les remplacements par la suite, ainsi que pour ton accompagnement dans ma thèse. Tu as su me laisser autonome et me faire progresser, tout en étant toujours présent.
- Dr Aude GORON : Merci de m'avoir accueillie pour cette initiation à la gynécologie, pour ta gentillesse, le partage de tes connaissances, ton contact parfait avec les patientes.

Merci à tous les médecins qui ont accepté de répondre à ce questionnaire de thèse. Vous m'avez apporté de nouveaux points de vue sur le sujet.

**A mes Proches :**

A tous les internes que j'ai pu rencontrer pendant mes stages, ainsi qu'à l'internat de Perpignan et de Nîmes et qui ont permis de rendre ces années inoubliables.

A la coloc 4. A Delphine et Claire. Nos sessions peinture de Mario Kart sur les murs, nos énormes tablées de raclette, nos soirées soupe, les améliorés, la découverte de la région de Perpignan, entre rando et ski. A Florent, Baptiste, et ce fameux bivouac au Canigou. A Marion et ton fantastique programme télé. A Marie C, pour ton soutien pendant les remplas et tes partages de voyage. A Leslie, heureusement que tu étais là au Mas du Rocher. A Caro et Sita, la pédiatrie n'aurait pas été pareil sans vous ! A Léa, une rencontre fortuite à Perpignan, poursuivie à Nîmes puis par la coloc du Siècle et sa Crémaflower, une sombre histoire de plantes gelées et d'espionnage ! A Anaïs, entre des soirées filles à Nîmes et nos apéros tapas à Montpellier, que

de potins ! On ne se connaissait pas à KB, mais je suis ravie de t'avoir retrouvée à Montpellier ! A Carole, une rencontre improbable à un concours équestre, qui s'est suivie d'un internat commun à Montpellier, et de Pincho Loco le mercredi. A Marie, une rencontre à Perpignan, des cours, des FMC, des congrès, et un fantastique semestre à Sète, où je n'aurai pas tenu sans ta présence ! On en a vécu des aventures ! A Sélène et Fabien, des co-internes de choc, et à Flore, notre nouvelle voisine, pour les sessions sushi jacuzzi à Perpignan puis nos apéros, planchas, et brunch sur Montpellier. A Ophélie et Eddine, des colocs en or. On s'est suivi durant tout l'internat, des randos, des week ends, des soirées télé et papotage sur le canap de Danuta, et puis un peu de sport tout de même à une époque... Au groupe de Nîmes. Tout a commencé autour d'améliorés et de férias, et nous voilà encore tous ensemble à Montpellier, au ski, en bateau, et évidemment au LGRN. A Héloïse (ta joie de vivre et ta passion pour les paons et les renards), Clémentine (du potinage aux réflexions profondes), Jérémy (du coca zéro et du bateau, what else ?!), Alex (malgré la fatigue, toujours le sourire ! Big up pour les escapes game et les tartes à la praline), Nizar (et ses compétences en canoë) ! A Clem et Paul, pour ces soirées sur Montpellier. A Dorine (et nos soirées FMC). A Antoine, un semestre de folie en pédiatrie et à l'internat, tu as toujours été d'une grande aide, à l'écoute des autres, et motivé pour tout, on est très heureux que vous soyez nos voisins avec Anaïs ! A Emilie, toujours le sourire, toujours motivée, tu as été une super co-interne, et tu es devenue une très bonne amie.

A Laysa, à notre coloc, nos randos, nos sessions de ski, nos voyages, entre camping itinérant en Corse, dans le Verdon, nos sessions canoë, la découverte de Rome, l'aventure à Cuba et en Martinique... Que de souvenirs !! Et encore plein d'autres à créer !

#### A mes amis du Kremlin Bicêtre :

A Sarah, tu m'as motivée à venir dans le sud, tu m'as conseillée durant tout l'internat, tu m'as aidée à visiter des appartements. Maintenant on est voisines, et on a établi notre QG à couleur de bières ! Merci d'avoir en plus relu ma thèse !!

A Marianne et Camille, à notre externat et votre soutien infailible dans toutes les épreuves, merci d'avoir été là ! A Camille D, je te vois moins, mais c'est toujours avec plaisir. A notre voyage au Vietnam, nos petits week-ends, que j'espère on aura l'occasion de répéter.

A mes amis d'enfance, on grandit, mais on continue à évoluer dans la même direction, malgré la distance :

A Pascal, Ronan, Olivier, Amaury, Chachoo, sans oublier Louison, Tonio, Bopi, Marie, Seher, Maximilien, qui se sont rajoutés avec plaisir à la bande du Lycée. A Anne, au collège, à notre P1, notre externat, nos petits séjours à Annecy et Montpellier. A Céline, une rencontre à 14 ans en VVF, des voyages, et rien n'a changé 16 ans après ! A Mathilde, à tous nos premiers voyages low cost qui nous ont laissé des souvenirs impérissables, à ces années d'amitié qui persistent malgré la distance ! A Léti, ma première copine en CP de la danse, on en a parcouru du chemin depuis plus de 20 ans, et ça ne s'arrêtera pas là ! A mes deux médecins : Aurélie, pour toutes tes ressources, avoir repris médecine après un parcours d'ingénieur, ça n'est pas rien ! Plein de belles choses t'attendent ! Et enfin ma Gabi, ton ongle est gravé dans mon doigt, comme tout notre parcours, du primaire, collège, lycée, à la première année de médecine et la suite, on a vécu de sacrées aventures et découvert beaucoup de choses ensemble !

#### A ma famille :

A ma Grand-mère. A mes oncles, mes tantes, mes cousins : José, Laura, Eric, Hervé, Antoinette, Maggy, Tonia, Didier, Michèle, Guillaume, Elisabeth, Jean René. Vous m'avez suivie et soutenue durant tout ce long parcours.

A mon frère, Rémi. Merci pour ton soutien au cours de toutes ces années de médecine, de lycée, d'école. Nos soirées séries, ces vacances, ces découvertes de sentiers de randonnées en Catalogne :p, par la mer et par la terre. Pour ta relecture de cette thèse, et de ses longs résultats...

A mes parents. Merci pour votre accompagnement, votre soutien tout au long de ces années, et récemment pour toute l'aide que vous m'avez apportée pour la rédaction de cette thèse, de l'idée du sujet, à de nombreuses relectures et des suggestions pertinentes. Sans vous, elle n'aurait pas été la même.

A Simon. Merci pour ton soutien et ta patience. Merci de partager ma vie. Une belle aventure commence à deux !

---

## SOMMAIRE

---

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020.....	3
REMERCIEMENTS .....	15
SOMMAIRE .....	19
LISTE DES ABREVIATIONS .....	22
INTRODUCTION .....	23
I. Contexte socio-économique.....	24
1. Un sujet actuel, d'ampleur médiatique .....	24
2. Un contexte économique défavorable à l'emploi .....	24
3. Des répercussions sur les conditions de travail .....	25
II. Un retentissement sur la santé des salariés.....	27
1. Quelques définitions préalables .....	27
2. Les causes : les risques psychosociaux .....	27
3. Les conséquences sur la santé des salariés .....	29
III. Un enjeu de santé publique et un coût économique.....	31
1. Une augmentation des dépenses de santé .....	31
2. Une augmentation des déclarations en maladies professionnelles et accidents de travail .....	32
3. Des conséquences sur les entreprises .....	33
IV. Les dispositifs de prévention.....	35
1. La prévention primaire.....	35
2. La prévention secondaire.....	38
3. La prévention tertiaire .....	39
V. L'inconnu et la question : objectif principal et secondaire .....	46
1. Problématique de l'étude .....	46
2. Question de recherche.....	47
3. Objectif de l'étude .....	47
MATERIEL ET METHODE.....	48
I. Type d'étude.....	48
1. Une étude qualitative .....	48
2. Des entretiens semi-dirigés individuels .....	48

II. Population étudiée et entretien .....	49
1. L'échantillonnage .....	49
2. Le guide d'entretien .....	49
3. Le recueil des données.....	50
4. L'analyse des données .....	50
RESULTATS.....	51
I. Caractéristique de l'échantillon.....	51
II. La vision de la souffrance au travail par le médecin généraliste .....	52
1. Un sujet actuel .....	52
2. La description du profil des patients en souffrance au travail selon les médecins généralistes.....	53
3. Leur définition de la souffrance au travail.....	53
III. La perception par les médecins généralistes de leur rôle.....	58
1. Un premier recours pour le patient.....	58
2. Un rôle dans le dépistage.....	59
3. La vision de son rôle dans la prise en charge des patients en souffrance au travail.....	60
IV. La perception par le médecin généraliste du rôle des autres intervenants médicaux et de leur coordination .....	68
1. Le médecin du travail.....	68
2. Le psychologue et le psychiatre .....	71
3. Le médecin conseil de la sécurité sociale .....	72
4. Le Centre des pathologies professionnelles du CHU .....	73
5. Des intervenants non soignants.....	73
V. Les freins à la prise en charge des patients en souffrance au travail rencontrés par les médecins généralistes .....	74
1. Une prise en charge non systématisée pour chaque patient.....	74
2. Une appréhension des consultations par les médecins généralistes.....	76
3. Le médecin généraliste confronté au doute.....	77
4. Une implication indispensable du patient dans sa prise en charge .....	78
5. Les limites des propositions du médecin généraliste.....	80
6. Les limites dans la coopération avec l'employeur .....	83
7. Une prise en charge non médicale .....	84
VI. Les solutions proposées par le médecin généraliste pour une optimisation de la prise en charge et de la reprise du travail des patients .....	86

1. Des solutions en prévention tertiaire pour faciliter la réinsertion socioprofessionnelle des patients.....	86
2. Des pistes pour l'optimisation de la reprise du travail des patients .....	90
DISCUSSION .....	92
I. Discussion sur la méthodologie .....	92
1. Intérêt de l'étude .....	92
2. Force.....	92
3. Des biais .....	92
II. Ce qui ressort des résultats .....	94
1. La perception par le médecin généraliste de son rôle dans la prise en charge de la souffrance au travail .....	94
2. La perception par le médecin généraliste de ses limites dans la prise en charge de la souffrance au travail .....	99
III. Des suggestions d'amélioration .....	102
1. Renforcer la coordination de soins .....	102
2. Sensibiliser les médecins généralistes sur les RPS et la souffrance au travail.....	104
3. Assurer un repérage précoce des problèmes de souffrance au travail.....	104
CONCLUSION .....	105
BIBLIOGRAPHIE.....	106
ANNEXES ET ENTRETIENS .....	109
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	170
RESUME .....	171

---

## LISTE DES ABREVIATIONS

---

**AGEFIHP** : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

**BTP34** : Bâtiment et Travaux publics de l'Hérault

**CARSAT** : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail

**CCPP** : Centre de Consultation de Pathologies Professionnelles

**CHU** : Centre Hospitalo Universitaire

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**CRRMP** : Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles

**DARES** : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

**DIRECCTE** : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

**HAS** : Haute Autorité de la Santé

**INRS** : Institut national de la recherche et de la sécurité

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**IRDES** : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PIB** : Produit intérieur brut

**RNV3P** : Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles

**RPS** : Risques psychosociaux

**RQTH** : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

**SAMETH** : Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés

**SUMER** : Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels

**TMS** : Troubles Musculo-squelettiques

**TPS** : Trouble psychosocial

---

## INTRODUCTION

---

Au cours de mes stages de médecine générale, puis de mes remplacements, j'ai constaté qu'un nombre important de consultations étaient liées à ce que j'appellerai « la souffrance au travail », chez des patients de tous âges, de toutes catégories socioprofessionnelles.

Initialement, j'appréhendais ces consultations. C'est en parlant avec les patients de leur vie professionnelle que j'ai pris conscience du lien entre leur travail et la souffrance psychique ou physique ressentie. Certains patients faisaient état de symptômes physiques pouvant aller jusqu'à une décompensation de leur pathologie chronique et entraîner des hospitalisations suite à des périodes stressantes. D'autres rapportaient des troubles de la concentration et de la mémoire, ou évoquaient des pleurs constants et un anhédonisme entraînant un retentissement sur leur vie personnelle et professionnelle. Pour certains, ces troubles duraient depuis plusieurs années.

Je me suis donc initialement interrogée sur cette question de souffrance au travail, afin d'en comprendre les origines. Nous verrons dans un premier temps les liens entre le contexte économique et les facteurs de risques psychosociaux. Nous étudierons ce que sont ces risques psychosociaux et leurs conséquences, tant sur la santé des salariés, que sur l'économie et les dépenses de santé, suscitant des mesures de prévention au titre de la santé publique. Nous nous poserons ensuite la question du ressenti du médecin généraliste face à la prise en charge des patients consultant pour un motif de « souffrance au travail ». L'objectif principal de cette étude qualitative est d'explorer la perception que les médecins généralistes de l'Hérault ont de la prise en charge des patients en souffrance au travail, afin de comprendre les difficultés auxquelles ils sont confrontés et de mieux définir leur rôle et leurs attentes sur le sujet.



## I. Contexte socio-économique

### 1. Un sujet actuel, d'ampleur médiatique

Dix ans après la vague de suicides en 2008-2009 de trente-cinq employés de France télécom, s'est tenu cette année le procès pour harcèlement moral de l'ancien PDG d'Orange et de six autres dirigeants. L'exemple plus récent de la SNCF a montré une « *ambiance dans l'entreprise détestable* », « *une souffrance énorme des salariés* », « *des restructurations en suppressions d'emplois, avec un management qui se durcit* ». (1) L'épidémie du Coronavirus met à présent en lumière la souffrance au travail du personnel médical.

### 2. Un contexte économique défavorable à l'emploi

Le monde du travail a connu les retombées de la mondialisation et de la dérégulation de l'économie avec une division du travail qui a renforcé la différenciation des groupes sociaux et creusé les inégalités. Le chômage qui était resté modéré depuis la dernière guerre s'est rapidement accru après les crises pétrolières des années 1970, passant de 3% de la population active en 1973 à 13 % en 1993, et à environ 9% aujourd'hui. Le tableau qui suit présente l'évolution sur les trois dernières années de quelques indicateurs clés sur la croissance économique et le chômage, en France et dans la région occitane.

<b>Evolution en % du PIB et du chômage</b> <i>(moyenne annuelle)</i>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Progression du PIB de la France en volume (2)	+ 2,3%	+ 1,8%	+ 1,5%
Taux de chômage en France hors Mayotte (3)	9,4%	9,1%	8,4%
Taux de chômage en Occitanie (3)	10%	10,5%	11%
Taux de chômage en Hérault (3)	12%	12,8%	13,2%

On observe une diminution du rythme de progression du PIB, ainsi qu'une légère baisse du taux de chômage pour la France. Le contexte économique est d'autant plus défavorable en Occitanie et dans l'Hérault. (4) Le PIB correspond au produit intérieur brut. C'est un indicateur économique qui révèle les richesses produites par un pays.

Ce contexte économique défavorable a des conséquences sur la qualité de l'emploi et les conditions de travail.

### 3. Des répercussions sur les conditions de travail

Le développement des emplois précaires (contrats à durée déterminée, contrats temporaires (intérim), et contrats à temps partiel) affecte les conditions de travail. Des indicateurs portant sur les flux d'emploi, comme le taux de rotation de la main-d'œuvre qui est passé d'après une étude de l'INSEE de 2013 de 38% en 1982 à 177% en 2011, font prendre conscience de l'ampleur du phénomène : plus de neuf embauches sur dix se font sous la forme de contrats courts. L'emploi précarisé est à l'origine d'un sentiment d'insécurité pour les travailleurs en contrats courts mais aussi pour de nombreux titulaires de contrats à durée indéterminée et les agents de la fonction publique, d'après une analyse de la DARES de 2015. Ce sentiment d'insécurité amène les salariés à se rendre au travail malgré une souffrance, à réaliser des heures supplémentaires sans compensation ou à ne pas prendre leurs congés.

Depuis 1978, des enquêtes réalisées par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques du ministère du travail (DARES) permettent d'assurer un suivi national des conditions de travail. Reconduites tous les trois ans depuis 2013, elles ont été enrichies d'un volet sur les risques psychosociaux. L'enquête se fait en panel, chaque individu de l'échantillon étant interrogé trois fois de suite, soit sur une durée de neuf ans au minimum. La dernière enquête, réalisée en 2019, n'a pas encore révélé ses résultats.

Les questionnaires d'enquête reprennent la classification établie en 2011 par le collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail qui comporte six grandes catégories de contraintes au travail (5) :

- L'intensité du travail et le temps de travail (par exemple : les contraintes de rythme de travail, l'existence d'objectifs irréalistes ou flous, l'exigence de polyvalence non maîtrisée, les instructions contradictoires, le travail en horaires atypiques, l'imprévisibilité des horaires de travail)
- Les exigences émotionnelles (par exemple : l'exigence de sourire ou de bonne humeur, le contrôle total de soi en toutes circonstances, les tensions avec le public, le contact avec la souffrance ou la détresse humaine,)
- Le manque d'autonomie (par exemple : des faibles marges de manœuvre pour réaliser les tâches, une sous-utilisation des compétences du travailleur)
- Les mauvais rapports sociaux et relations de travail

- Les conflits de valeur et la qualité empêchée (par exemple : l'ensemble des conflits intrapsychiques consécutifs à une incompatibilité entre ce qui est exigé au travail et les valeurs professionnelles, sociales ou personnelles des salariés ; l'insatisfaction au regard d'un travail monotone)
- L'insécurité de la situation de travail
  - Insécurité socio-économique : peur de perdre son emploi, non maintien du niveau de salaire, contrat de travail précaire.
  - Risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail : restructurations, incertitude sur l'avenir de son métier.

Ces contraintes au travail sont des facteurs de risques psychosociaux.

Sur le tableau suivant (6), on observe une augmentation de l'intensité du travail ainsi qu'une baisse de l'autonomie des salariés et une dégradation de l'organisation de l'entreprise et des relations sociales.

	2013	2016
<b>Intensité du travail et pression temporelle</b>		
Ne pas pouvoir quitter son travail des yeux	39%	43%
Devoir fréquemment abandonner une tâche pour une autre plus urgente	64,3%	65,4%
Devoir « toujours » ou « souvent » se dépêcher dans leur travail	46,4%	45,5%
Devoir changer de poste en fonction des besoins de l'entreprise	23,1%	-
<b>Charge mentale, conflits éthiques et insécurité</b>		
Devoir effectuer une quantité de travail excessive	40,1%	40%
Travailler sous pression	36,4%	31,2%
Devoir cacher ses émotions	30,5%	24,9%
Craindre pour son emploi	24,3%	24,7%
<b>L'autonomie et les marges de manœuvre</b>		
Choisir soi-même la façon d'atteindre les objectifs fixés	79,8%	77,3%
Ne pas avoir de délais ou pouvoir faire varier les délais fixés	63,4%	61,9%
Apprendre des choses nouvelles	76,9%	79,7%
<b>Organisation et relations sociales</b>		

Contact avec le public avec des situations de tension	30,7%	31,7%
En contact avec des personnes en situation de détresse	44,3%	46%
Recevoir des ordres contradictoires	43,9%	44,7%

## II. Un retentissement sur la santé des salariés

### 1. Quelques définitions préalables

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini en 1946 la santé comme un « *état complet de bien-être, physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

La souffrance psychique est décrite par Santé Publique France comme « *un état de mal-être se manifestant par des symptômes anxieux et dépressifs réactionnels à des situations éprouvantes et par des difficultés existentielles, sans être forcément révélateur d'un trouble mental* ».

### 2. Les causes : les risques psychosociaux

#### a. Un peu d'histoire

La notion de risque au travail émerge dans les années 1700, suite aux travaux du médecin Ramazzini (parus en 1714) et du médecin Villermé (parus en 1840) qui ont enquêté sur les conditions de travail des ouvriers.

Deux lois sont votées le 9 avril 1898 et le 25 octobre 1919, la première sur l'obligation de déclaration des accidents du travail et la deuxième sur l'obligation de déclaration des maladies professionnelles, en France.

Le concept de risques psychosociaux apparaît aux Etats Unis dans les années 1970 avec le développement de la stratégie de gestion individuelle du stress, et dans les années 2000 en France. (7)

#### b. Définition et population touchée

La notion de risques psychosociaux au travail désigne des risques pour la santé, créés par le travail à travers des mécanismes sociaux et psychiques (8). Ils peuvent donc toucher toutes les catégories socioprofessionnelles.

Les risques psychosociaux sont difficiles à identifier du fait de facteurs d'exposition pouvant être d'origine professionnelle ou extérieure au travail, mais aussi de la multiplicité des causes dont les effets peuvent être immédiats ou différés, et de la manière de réagir de chacun face aux tensions.

Le rapport de l'Assurance Maladie, sur les enjeux de santé au travail de 2018 (9), révèle que les affections psychiques liées au travail concernent, dans près de 60% des cas, des femmes, ayant en moyenne 40 ans. L'étude Samotrace (10), réalisée par Santé Publique France entre 2007 et 2009, montre que les femmes sont significativement plus exposées que les hommes à la faible latitude décisionnelle, à la tension au travail, aux intimidations, menaces, humiliations ou sollicitations sexuelles gênantes et aux discriminations ; parmi les hommes, les employés sont les plus exposés à ces mêmes facteurs de risque. Les cadres peuvent eux être soumis à une rémunération aux rendements ou aux objectifs, à une évaluation des performances en fonction de celles des autres ainsi qu'à une forte demande psychologique.

#### c. Les trois principaux types de risques psychosociaux

- Le stress :

Selon l'Agence européenne pour la sécurité et santé au travail, « *un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face* ». Elle complète sa définition en précisant que « *Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte aussi la santé physique, le bien-être et la performance* ».

On distingue le stress aigu, affronté ponctuellement par l'individu, et le stress chronique, qui correspond à des situations de stress répétées ou cumulées. Le stress chronique est toujours délétère pour l'organisme.

- Les violences internes

Les formes de violence internes sont variées. Elles correspondent à des violences physiques ou psychologiques commises par les salariés de l'entreprise contre d'autres salariés. Elles comprennent :

- Le harcèlement moral
- Le harcèlement sexuel

- Les agressions verbales ou physiques liées aux conflits entre les employés ou avec la direction.

Les harcèlements au travail ont été les plus médiatisés. La loi du 17 janvier 2002 a posé le principe qu' « *aucun salarié ne doit subir les agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* ». Cette définition du harcèlement moral a été reprise à l'article L.1152-1 du code du travail.

- Les violences externes :

Elles sont commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise par le biais d'insultes, menaces ou agressions.

### 3. Les conséquences sur la santé des salariés

Les risques psychosociaux ont pour conséquence des troubles psychosociaux, qui se manifestent par des symptômes psychiques mais aussi physiques.

#### a. Sur le plan physique

- Les troubles musculo squelettiques

Les TMS résultent de trois facteurs, liés aux conditions de travail :

- Des facteurs biomécaniques : la posture, l'intensité de la force utilisée, le type de contraction musculaire, la position articulaire, la répétition et la durée de l'activité.
- Des facteurs environnementaux qui aggravent les facteurs biomécaniques avec par exemple les pressions mécaniques, les vibrations, la qualité de l'éclairage ou le froid.
- Des facteurs de risques psychosociaux

Les caractéristiques individuelles des salariés comme l'âge, l'état de santé ou l'histoire personnelle doivent aussi être prises en compte.

Parmi les TMS les plus fréquents on retrouve les lombalgies, les cervicalgies, le syndrome du canal carpien, le syndrome de la coiffe des rotateurs, l'épicondylite latérale du coude, l'hygroma du genou.

Les TMS, du fait d'une implication des facteurs de RPS, peuvent résulter de contraintes purement physiques au travail mais aussi d'une souffrance psychique. Ils peuvent être un marqueur d'un syndrome d'épuisement professionnel.

- Les maladies cardiovasculaires

Les troubles cardiovasculaires associés à un temps de travail excessif sont désignés par le terme japonais Karoshi « *mort par dépassement du travail* » apparu dans les années 1970. Le Karoshi est reconnu comme maladie professionnelle au Japon.

Une revue de la littérature réalisée par l'INSERM en 2010 (11) met en évidence que le stress chronique, émanant des facteurs psychosociaux, génère l'apparition ou l'aggravation d'un risque cardiovasculaire :

- De manière indirecte au travers des comportements de santé (alimentation, tabac, alcool, activité physique) et des facteurs de risques biocliniques (hypertension artérielle, syndrome métabolique, diabète)
- De manière directe au niveau des mécanismes neuroendocriniens ou du système autonome.

Il en résulte une augmentation de la fréquence des infarctus du myocarde et des accidents ischémiques cérébraux.(12)

- Une aggravation ou rechute de maladies chroniques

#### b. Sur le plan psychique

- Des troubles de santé mentale

On peut observer des difficultés de concentration, des troubles de la mémoire, des troubles du sommeil. (10)

Cela peut engendrer des troubles anxieux, un épisode dépressif, un état de stress post-traumatique, et des tendances suicidaires.

- Des conduites addictives

Les RPS peuvent entraîner une modification de certains comportements dits à risque comme une augmentation des consommations de tabac, d'alcool, ou de psychotropes.

- Le « *burn out* » ou syndrome d'épuisement professionnel

Il est défini par l'HAS comme un « *épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* ».

Ce syndrome se traduit par des symptômes d'installation progressive et souvent insidieuse, en rupture avec l'état antérieur. Il regroupe une triade de troubles cognitifs, psychiques et physiques : (13)

- Sur le plan émotionnel : anxiété, tensions musculaires diffuses, tristesse de l'humeur ou manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion ;
- Sur le plan cognitif : troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration, des fonctions exécutives ;
- Sur le plan comportemental : repli sur soi, isolement social, comportement agressif, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité à l'égard des collègues, comportements addictifs ;
- Sur le plan de la motivation : désengagement progressif, baisse de motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail, doutes sur ses propres compétences, culpabilité ;
- Sur le plan physique : asthénie, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques, crampes, céphalées, vertiges, anorexie, troubles gastro-intestinaux.

### III. Un enjeu de santé publique et un coût économique

#### 1. Une augmentation des dépenses de santé

S'appuyant sur l'enquête INSEE de 2002-2003 pour évaluer l'impact des RPS sur les dépenses de santé (14), l'IRDES a conclu en mars 2011 que l'exposition aux risques psychosociaux entraînait en comparaison aux individus non exposés :

- Entre 22,4 % et 25,1 % de consultations médicales supplémentaires ;
- Entre 46,3 % et 56,1 % d'arrêts de travail supplémentaires ;
- Entre 27,2 % et 35,9 % d'hospitalisations supplémentaires.

L'IRDES mettait de plus en évidence que les RPS sont responsables de :

- Environ 8,7 % des consultations médicales ;
- Un tiers des arrêts de travail (31,5 %) ;
- 12,2 % des hospitalisations des travailleurs au cours de l'année.

Dans son rapport de 2018 sur les enjeux et action des affections psychiques liées au travail, l'assurance maladie souligne que les durées moyennes des arrêts de travail sont de 112 jours pour les affections psychiques reconnues en accidents du travail, alors que la moyenne, tous accidents de travail confondus, s'établit à 65 jours. De plus 7,5 % des affections psychiques



reconnues en accident de travail donnent lieu à une incapacité permanente, alors que ce taux est de 5 % pour les accidents de travail en général.

En France, le coût social du stress au travail a pu être estimé entre 1,9 et 3 milliards d'euros par an, selon une étude de l'INRS de 2007. Cette estimation comprend le coût des soins et le manque à gagner, pour cause d'absentéisme, de cessation d'activité et de décès prématuré (15). La prise en charge des affections psychiques liées au travail représente 230 millions d'euros pour la branche Accident de travail/Maladie Professionnelle de l'Assurance maladie en 2016.(9)

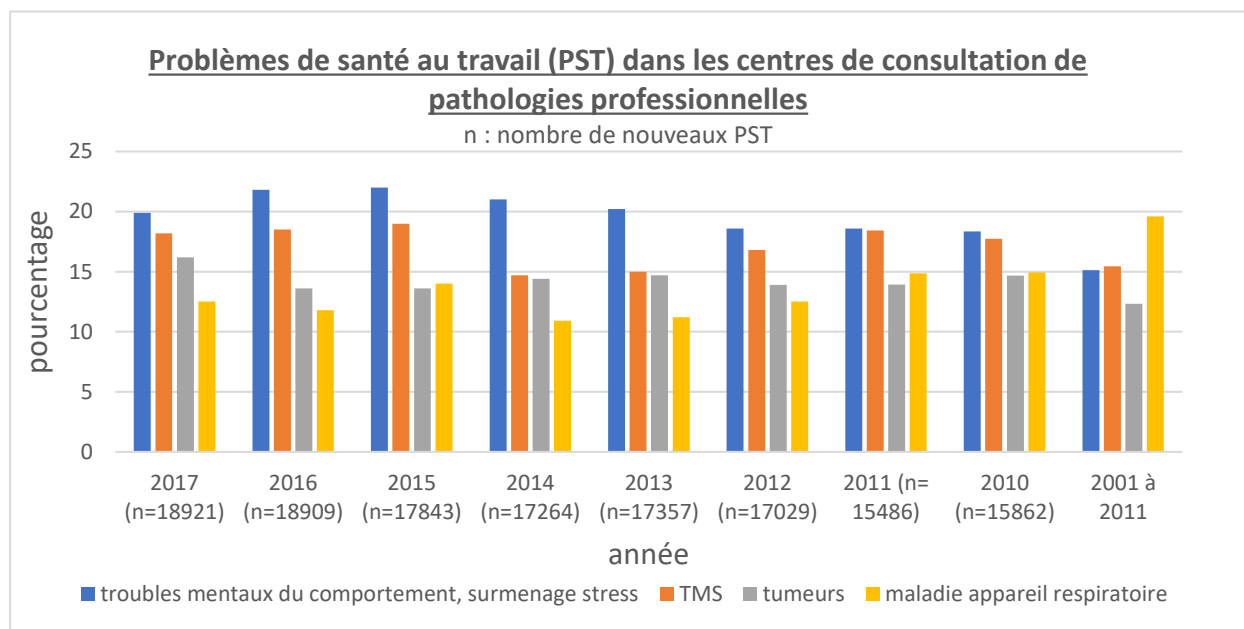
## 2. Une augmentation des déclarations en maladies professionnelles et accidents de travail

En 2015, les TMS représentaient 87 % des maladies professionnelles ayant entraîné un arrêt de travail ou une réparation financière en raison de séquelles. (16)

On retrouve dans le rapport annuel de l'Assurance maladie-risque professionnel de 2017 qu'en 2016, 1,6% des accidents de travail avec arrêt correspondaient à des affections psychiques liées au travail. Le taux de reconnaissance en accidents de travail des affections psychiques liées au travail se situait autour de 70 % alors que celui obtenu tous types d'accidents confondus était de 93%. Le nombre de demandes de reconnaissance en maladie professionnelle de maladies psychiques a été multiplié par plus de cinq en cinq ans, passant d'environ 200 demandes en 2012 à plus de 1 100 en 2016. (9) Parmi ces demandes, en 2017, 52% ont eu un avis favorable prononcés par les CRRMP (Comité Régional de Référence des Maladies Professionnelles). (17)

Les déclarations en maladie professionnelle peuvent être réalisées par les centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP) dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Les médecins experts des CCPP ont pour rôle d'établir le lien éventuel entre une exposition professionnelle et la pathologie ayant motivé la consultation. Les données des consultations faites au sein des trente CCPP de France (métropolitaine et outre-mer) sont enregistrées par le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) dans une base nationale regroupant les données démographiques du patient, les pathologies, les expositions, le secteur d'activité, la profession. Cela nous permet de résumer sur le diagramme suivant la prévalence des principaux problèmes de santé au travail recueilli par le RNV3P ces dernières années.

On observe que les TMS et les troubles psychiques liés au stress/surmenage au travail représentent la majorité des consultations dans ces centres pour une demande de déclaration en maladie professionnelle et sont en augmentation depuis 2010. (18)



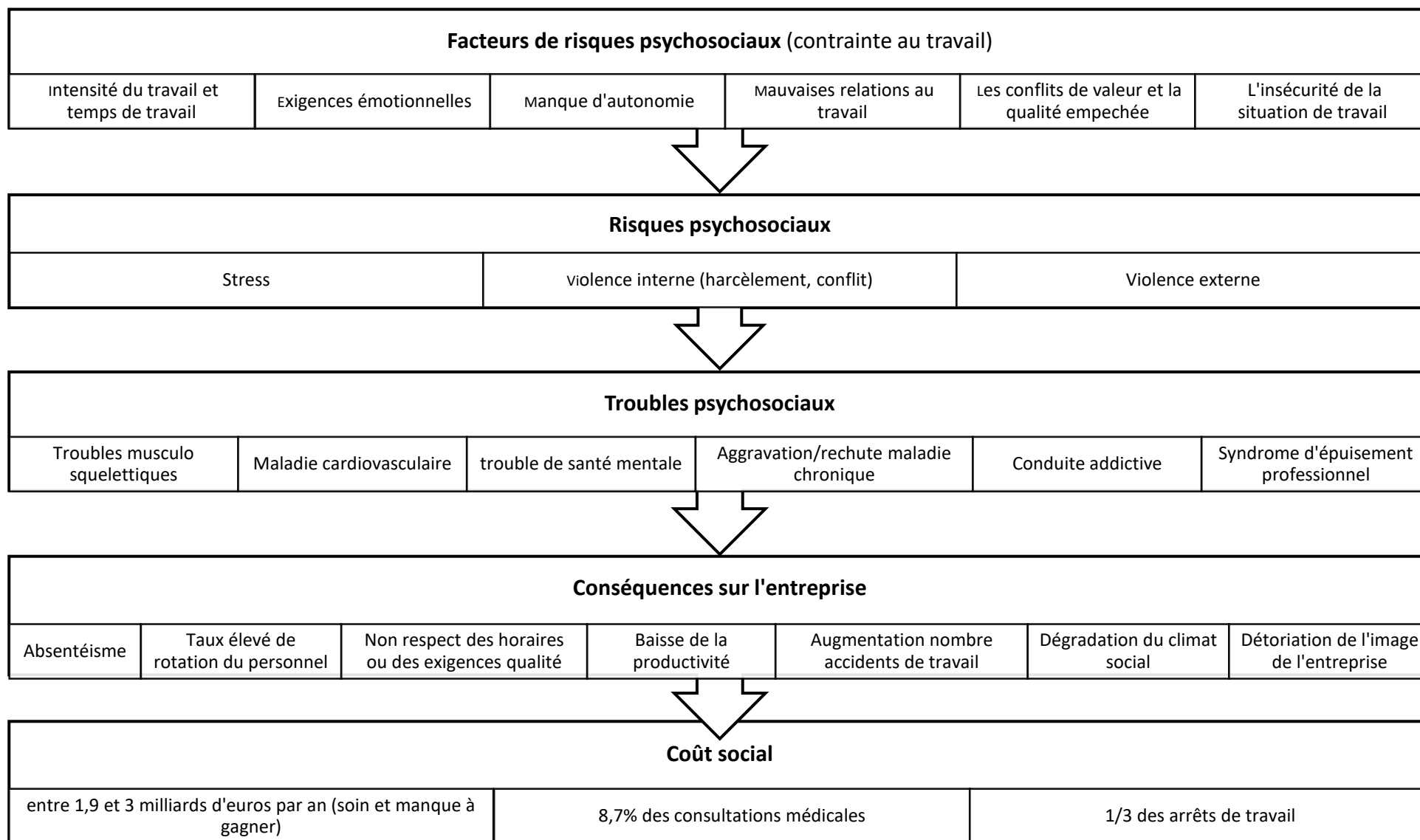
Les données ayant permis de construire ce diagramme sont en annexe n°1. A noter que ce diagramme ne prend en compte que les patients passant par un CCPP.

### 3. Des conséquences sur les entreprises

La santé des salariés est une source d'efficacité dans le travail. Les RPS retentissent sur les entreprises en engendrant une augmentation de l'absentéisme, un taux élevé de rotation du personnel donc une perte sur le plan des connaissances et de l'expérience et des frais de formation, un non-respect des horaires ou des exigences de qualité, une baisse de la productivité, une augmentation du nombre des accidents de travail et des incidents, une dégradation du climat social, une détérioration de l'image de l'entreprise. (19)

Les conséquences économiques sont importantes. En 1999, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) a mis en évidence que les problèmes de santé liés au travail coûtaient aux Etats de l'Union européenne entre 2,6 % et 3,8 % de leur PIB. (14)

Schéma récapitulatif des causes et conséquences des risques psychosociaux



#### IV. Les dispositifs de prévention

Confrontés à cet enjeu de santé publique, les pouvoirs publics ont mis en place une série de plans de « santé au travail » destinés notamment à lutter contre les RPS. Des plans de prévention sont parallèlement adoptés dans les entreprises et les administrations. Ils combinent trois niveaux de prévention : primaire, secondaire et tertiaire.

##### 1. La prévention primaire

La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Dans le cas de la souffrance au travail, elle correspond aux actions mises en place par l'employeur dans le cadre de la législation du travail pour prévenir l'apparition des RPS. Ce dernier peut s'appuyer sur le comité social et économique (CSE) ainsi que sur la médecine du travail et différents outils.

##### a. Un encadrement par la loi

L'article L. 4121-1 du code du travail (modifié par l'ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017) prévoit que « *L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* ». « *L'employeur doit veiller à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes* ».

Ces mesures sont mises en œuvre sur le fondement des principes généraux énoncés à l'article L. 4121-2 (modifié par la loi n°2016-1088 du 8 août 2016) qui sont développés en annexe N°2.

En France, la jurisprudence considère que l'obligation de sécurité de l'employeur constitue une obligation de résultat et non de moyen. Il ne s'agit plus seulement de prendre des mesures pour éviter les risques mais de faire en sorte de ne pas exposer ses salariés aux risques. Comme toute infraction au code du travail, la non-application de l'obligation de résultat en matière de protection de la santé est punie d'une amende contraventionnelle. Notons que le harcèlement moral est un délit puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende par le Code pénal (article 222-33-2).

#### b. Le Comité Social et Economique (CSE)

Les entreprises d'au-moins onze salariés doivent mettre en place un Comité Social et Economique composé de l'employeur et d'une délégation élue du personnel. La délégation du personnel contribue à promouvoir la santé, la sécurité et l'amélioration des conditions de travail dans l'entreprise et réalise des enquêtes en matière d'accidents de travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel. Elle exerce un droit d'alerte auprès de l'employeur si elle constate, notamment par l'intermédiaire d'un travailleur, qu'il existe une atteinte à la santé physique ou mentale des personnes.

#### c. La médecine du travail

Les médecins du travail exercent leur activité médicale de façon indépendante et dans le respect des dispositions du code de déontologie médicale et du code de la santé publique. Ils agissent dans l'intérêt de la santé et de la sécurité des travailleurs, qui ne peuvent pas choisir leur médecin du travail. Leur approche est exclusivement préventive, que ce soit par une surveillance médicale individuelle et collective des salariés ou par la mise en place de plan d'action de santé au travail (20) (21). Ils ont libre accès aux lieux de travail et réalisent des visites soit de leur propre initiative soit à la demande du CSE ou de l'employeur.

Ils doivent conseiller l'employeur, les travailleurs et les représentants du personnel afin de mettre en place les mesures de prévention énoncées par le code du travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs en prévenant la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle.

Dans le cadre de ses missions, le médecin du travail établit pour l'employeur une fiche d'entreprise sur laquelle figurent les facteurs de risques professionnels et les effectifs qui y sont exposés (annexe n°2, l'article L.4624-3). Il rédige également un rapport annuel de son activité qui est transmis au CSE et à l'employeur et qui sert d'indicateur de santé au travail.

#### d. Les outils de dépistage des risques psychosociaux par les entreprises

Les travaux du Collège d'expertise ont permis de disposer d'un système de suivi des risques psychosociaux au niveau national. La classification qui en résulte aide les employeurs à évaluer les facteurs de risques et à mettre en place un programme d'actions de prévention.

- Des indicateurs de présence de RPS dans l'entreprise :

Les entreprises se basent sur des indicateurs pour dépister la présence des RPS et ainsi réduire l'apparition de nouveaux cas (22). Les résultats qui en découlent doivent être comparés aux données de référence nationale, établies par les enquêtes de la DARES. On distingue les indicateurs :

- Liés au fonctionnement de l'entreprise

Ils regroupent le temps de travail des salariés c'est-à-dire la durée annuelle de travail et le taux d'absentéisme, la surcharge au travail étant mise en évidence si les congés annuels ne sont pas tous pris ; les mouvements du personnel avec les taux de rotation, le solde annuel départ/embauche, les causes des départs ; l'activité de l'entreprise qui comprend le vécu des relations sociales, l'existence de formations, les rémunérations, l'organisation du travail.

- Liés à la santé et à la sécurité des salariés

Ces indicateurs prennent en compte le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles déclaré, les différentes pathologies diagnostiquées et prises en charge, ainsi que l'activité du service de santé au travail.

- Une évaluation de l'impact des RPS sur la santé

Plusieurs modèles intégrant les facteurs organisationnels et les contraintes de travail ont été développés afin d'évaluer l'impact des risques psychosociaux sur la santé (8). Les modèles de Karasek et de Siegrist sont les plus répandus. Ils sont utilisés lors des expertises réalisées par le CSE, ou pour le suivi des risques par la réalisation d'enquêtes (par exemple l'enquête DARES sur les conditions de travail ou les enquêtes SUMER).

Le modèle de Karasek (Demande-Contrôle-Soutien, 1979) permet de faire un lien entre le vécu du travail et les risques que ce travail fait courir à la santé. Il s'appuie sur un questionnaire (annexe n°3) qui évalue pour chaque salarié l'intensité de la demande psychologique à laquelle il est soumis, la latitude décisionnelle dont il dispose, et le soutien social qu'il reçoit sur son lieu de travail. Il a été utilisé par exemple dans le cadre de l'enquête SUMER 2003.

Le modèle de Siegrist (équilibre effort-récompense) a pour objectif la prédiction de la détresse psychologique et des problèmes de santé qui peuvent survenir lorsqu'il y a un déséquilibre entre les efforts requis par l'activité et la reconnaissance reçue (annexe n°4).

## 2. La prévention secondaire

La prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle concerne les travailleurs déjà exposés aux RPS et vise à éviter l'apparition de maladies liées au stress chronique et à accroître les ressources individuelles pour faire face à ce stress. Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes.

- Un dépistage précoce :
  - La réalisation d'un bilan neuropsychologique

Ce bilan est réalisé dans les CHU, en consultation de neuro-psychologie, sur prescription médicale de « bilan neuropsychologique pour surmenage ». Il permet un diagnostic précoce et la mise en évidence de façon quantitative des troubles cognitifs, en objectivant l'atteinte des différentes mémoires, de la concentration, des facultés logiques. Il en ressort des diagnostics d'état de stress aigu, des syndromes d'épuisement professionnel, d'effondrements anxiodépressifs majeurs. (13)

- Le General Health Questionnaire (annexe n°5)

Il s'agit d'un auto-questionnaire, s'adressant à la population générale ou consultants en service de soins non psychiatriques. Il permet d'évaluer la prévalence de la détresse psychologique dans une population donnée. Il existe deux versions françaises : GHQ28 et GHQ12.

- L'échelle de Hamilton (annexe n°6)

C'est un indicateur de l'intensité globale du syndrome dépressif.

- Le Test PHQ9 (annexe n°7)

C'est une échelle d'évaluation de la dépression à réalisation rapide.

- L'Echelle MADRS (pour Montgomery-Asberg Depression Rating Scals)

Elle a été conçue en complément du test de Hamilton pour évaluer la sévérité de la dépression. Cette échelle est sensible à l'efficacité thérapeutique.

- Le Maslach Burnout Inventory (MBI) ou le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (annexe n°8)

Ils permettent d'évaluer les conséquences du stress chronique sur la santé. Ces explorations sont à réaliser en complément de la recherche des facteurs professionnels. (23)

- Un repérage collectif

Utilisé en prévention primaire pour éviter l'apparition de nouveaux cas dans l'entreprise et en prévention secondaire pour limiter l'évolution de la maladie chez les salariés atteints, il est réalisé par l'équipe de santé au travail coordonnée par le médecin du travail et est basé sur des indicateurs liés au fonctionnement de la structure ou à la santé et à la sécurité des travailleurs, comme vu précédemment.

### 3. La prévention tertiaire

La prévention tertiaire comprend les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, et donc à réduire les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Elle concerne la prise en charge des sujets présentant des troubles psychosociaux. Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation : elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale.

#### a. Les visites de reprise et de pré-reprise (24)

- La visite de pré-reprise

Elle a lieu durant l'arrêt de travail du salarié. L'article R. 4624-20 du Code du Travail datant de janvier 2012 notifie que « *en vue de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, une visite de pré-reprise est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié.* » La visite de pré-reprise est donc obligatoire si l'arrêt de travail dure plus de trois mois mais peut être demandée quelle que soit la durée de l'arrêt de travail. Elle a pour but de préparer la reprise du travail, suite à une pathologie d'origine professionnelle ou non, pour favoriser le maintien dans l'emploi du salarié. Elle permet un aménagement du poste, ou un reclassement professionnel.

- La visite de reprise

Elle est obligatoire après un congé de maternité, dans le cas d'une absence pour maladie professionnelle, et dans le cas d'un arrêt de travail de plus de trente jours. Elle est organisée à la demande de l'employeur dans un délai de huit jours à compter de la reprise du travail par le salarié. L'examen de reprise a pour objet de délivrer l'avis d'aptitude médicale du salarié à reprendre son poste, de préconiser l'aménagement, l'adaptation du poste ou le reclassement du salarié, d'examiner les propositions d'aménagement, d'adaptation du poste ou de reclassement



faites par l'employeur à la suite des préconisations émises par le médecin du travail lors de la visite de pré-reprise.

#### b. Les reconnaissances en maladie professionnelle/accident de travail

Afin de permettre aux victimes d'accéder à leurs droits, l'Assurance Maladie encourage une déclaration des affections psychiques liées au travail en accident de travail ou maladie professionnelle. L'accident de travail suppose un événement ponctuel et daté, alors que la prise en charge d'un trouble psychique en maladie professionnelle intervient en cas d'exposition prolongée.

Depuis 2015, les pathologies psychiques peuvent être reconnues comme d'origine professionnelle (*article L.461-1 du Code de la sécurité sociale modifié par la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017*). Elles relèvent du système complémentaire des affections hors tableaux sous réserve d'un niveau de gravité suffisant, c'est-à-dire qu'elles doivent être responsables du décès ou d'une incapacité prévisible d'au moins 25 % (correspondant généralement à un arrêt de travail et à la prise d'un anti-dépresseur), estimée par le médecin conseil. Lorsque la demande de maladie professionnelle répond à ces critères, le dossier est soumis au CRRMP qui se prononce sur l'existence d'un lien « *direct et essentiel* » entre le trouble et l'activité professionnelle, ce lien n'ayant pas besoin d'être exclusif. Depuis juin 2016, un psychiatre peut siéger au CRRMP. (17)

Les patients peuvent se rapprocher des centres de pathologies professionnelles pour déclarer une maladie professionnelle. La reconnaissance d'une maladie professionnelle octroie au patient des indemnités journalières majorées pendant l'arrêt de travail et une augmentation des indemnités versées par l'employeur en cas de licenciement. Elle entraîne une augmentation des cotisations des entreprises au risque Accident de travail/Maladie Professionnelle, et joue un rôle d'alerte pour les services de santé au travail.

#### c. La réinsertion professionnelle

- L'inaptitude

Après un arrêt de travail, l'employeur est tenu de réintégrer le travailleur au même poste ou d'une qualification égale, sauf en cas d'inaptitude reconnue par la médecine du travail.

Une inaptitude est déclarée par le médecin du travail soit après deux visites de reprise espacées de deux semaines, soit après une seule visite si une visite de pré-reprise a eu lieu dans les trente jours, ou en cas de danger immédiat pour la santé ou la sécurité de l'employé ou des tiers.

L'inaptitude se définit uniquement pour le poste occupé et peut être définitive ou temporaire. L'avis d'inaptitude peut être contesté par le salarié, avec l'indication des motifs, dans un délai de deux mois, auprès de l'inspection du travail. Lorsqu'un salarié est déclaré inapte, l'employeur est tenu à une obligation de reclassement. Si le reclassement n'est pas réalisable, l'employeur peut être amené à licencier le salarié.

- L'invalidité et l'incapacité permanente

Suite au constat d'une restriction permanente (partielle ou totale) de l'aptitude au travail d'un patient, le médecin conseil de la sécurité sociale fixe un taux d'incapacité. Une personne titulaire d'une Incapacité Permanente Partielle (IPP) ou d'une Invalidité peut continuer à exercer une activité professionnelle.

- L'invalidité

Elle concerne les salariés de moins de 60 ans, qui du fait de leur état de santé présentent une capacité de gain ou de travail réduite des deux tiers. L'invalidité n'est pas imposée à un salarié. Il peut refuser une mise en invalidité, ou l'interrompre à tout moment. Elle permet d'obtenir une pension d'invalidité, versée par la caisse primaire d'assurance maladie. Cette mesure est indépendante d'une relation au travail et peut donc concerner les salariés victimes d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle non reconnue.(25)

- L'incapacité permanente

Elle désigne la perte définitive, partielle ou totale, de la capacité à travailler suite à une maladie professionnelle ou à un accident du travail. Elle entraîne le versement d'une indemnité en capital ou d'une rente en fonction du taux d'incapacité défini par la caisse d'assurance maladie. (26)

- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

L'invalidité et l'incapacité permanente permettent une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). En fonction du taux d'incapacité fixé, cette reconnaissance se fait soit automatiquement (si le taux est supérieur à 10% dans le cadre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle), soit après une demande déposée par le patient, auprès la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Cette reconnaissance permet un accès facilité à certaines formations et à un bilan de compétences et d'orientation professionnelle ainsi qu'à un aménagement de poste par l'employeur qui peut faire appel aux Services d'Appui pour le Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH). Cette reconnaissance peut aussi faciliter une embauche.

- Des mesures d'aide par l'assurance maladie

- Essai encadré

Afin de favoriser le retour à l'emploi, l'assurance maladie propose aux employés d'effectuer un essai encadré de trois jours maximum pendant leur arrêt de travail, financé intégralement par la CPAM après accord par le médecin du travail, le médecin-conseil de l'Assurance Maladie et le médecin traitant du salarié. L'objectif est de tester la capacité de l'employé à reprendre son ancien poste ou un nouveau poste, ou de tester un aménagement de poste. (27)

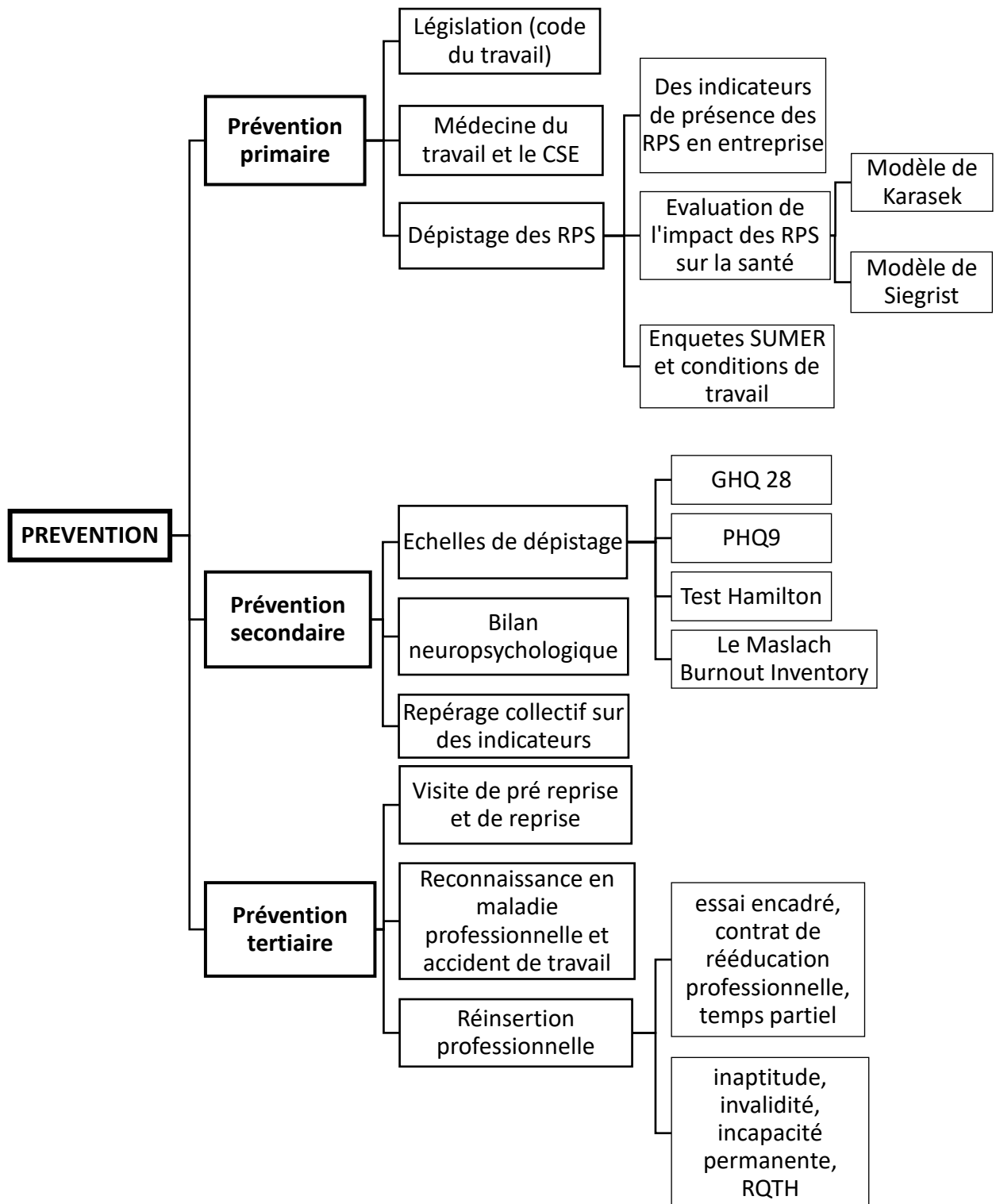
- Contrat de rééducation professionnelle

Il concerne toute personne reconnue comme travailleur handicapé, en arrêt de travail. Il est proposé par l'Assurance Maladie qui le finance pour moitié, l'autre étant à la charge de l'employeur. C'est un contrat à durée déterminée, ne pouvant pas excéder 18 mois. Il permet au salarié de bénéficier de formations afin de se réadapter à son ancienne profession ou de se former à un nouveau métier. (28)

- Le temps partiel

Le médecin traitant peut prescrire un temps partiel pour motif thérapeutique soit dans le cadre d'une reprise du travail après un arrêt, soit, depuis janvier 2019, sans que le temps partiel ne soit précédé d'un arrêt de travail, avec accord du médecin du travail, du médecin conseil de la caisse d'Assurance Maladie et de l'employeur. Le pourcentage d'activité peut être progressif jusqu'à une reprise à temps complet. Des indemnités journalières sont versées pendant quatre ans au maximum. Le temps partiel ne peut donc pas prolonger de plus d'un an le délai de trois ans prévu par la réglementation pour l'indemnisation d'un arrêt de travail. Une impossibilité d'aménagement du temps de travail pour le fonctionnement de l'entreprise peut entraîner un refus par l'employeur du temps partiel. Le salarié perçoit durant le temps partiel des indemnités journalières de l'Assurance Maladie complétant le salaire versé par l'employeur pour le temps travaillé.

Diagramme récapitulatif des différents niveaux de prévention



#### d. Les dispositifs d'accompagnement dans l'Hérault

Dans le cadre de la prévention tertiaire, on retrouve dans l'Hérault plusieurs services de médecine du travail, un réseau mis en place par la CARSAT et l'ARACT, et des associations de patients.

- Les services de médecine du travail

Le département de l'Hérault compte huit services de médecine du travail accrédités par la DIRECCTE (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi), dont les principaux en Hérault sont l'AMETRA, l'AIPALS et Santé BTP34. Les contacts des services de médecine du travail de l'Hérault sont répertoriés en annexe n°9.

L'AIPALS possède une cellule de maintien dans l'emploi en interne, en partenariat avec la CARSAT Languedoc Roussillon, l'Agefihp et les conseillers du Fongecif pour prévenir la désinsertion professionnelle en permettant des aménagements de poste et le financement de formations.(29) L'Agefihp est spécialisée dans l'emploi des personnes handicapées tandis que les conseillers du Fongecif ont pour mission d'aider les salariés à préciser leur projet professionnel afin de leur permettre de bénéficier d'un bilan de compétences, d'une formation ou d'une validation des acquis de l'expérience.

Une fusion de quatre services de médecine du travail, l'AMETRA, l'AIPALS, l'ACTM et l'ASTIM, est prévue en 2022.

- Un réseau : le club RPS de la CARSAT Languedoc Roussillon

Des plans d'action sociale sont menés depuis 2007 sous l'égide de l'ARACT (Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) et de la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail). La Carsat L-R réunit tous les trimestres des services de santé au travail et des représentants de la DIRECCTE. Ces réunions ont permis la réalisation de documents de sensibilisation pour les employeurs et pour les salariés en souffrance au travail. De plus, la CARSAT met en lien les entreprises ayant une problématique de RPS avec des intervenants spécialisés en prévention primaire, secondaire et tertiaire de la région. Un réseau a donc été constitué en Occitanie. Les fiches contact sont mises en annexe n°10. (30). Emanant du plan régional de santé travail d'Occitanie de 2016 à 2020 (31), des ateliers de prévention des risques psychosociaux ont été organisés en 2019 pour les entreprises. (32)

- Des consultations souffrance au travail

Madame Marie Pezé, psychologue, a créé la première consultation « Souffrance et travail » en 1997 au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre. Il en existe désormais près de 150. L'association Souffrance au travail propose un site internet répertoriant des intervenants spécialisés dans la souffrance au travail dans les différentes régions ainsi que des guides pratiques dédiés au médecin généraliste, au médecin du travail, aux travailleurs, et des outils de formation. Elle recense les différents Centres de Consultation de Pathologie Professionnelle (CCPP). Dans l'Hérault, le CCPP est situé au CHU Lapeyronie de Montpellier.

- Des associations de patients

Plusieurs associations de patients existent aussi, dont Souffrance travail 34, créée en 2011. Cette dernière propose des conseils juridiques d'avocat, un soutien avec un psychologue et des ateliers collectifs de soutien psychologique et de partage d'expérience. Le siège de l'association se situe à Montpellier.

Au niveau national, les patients peuvent contacter l'Association de Soutien et d'Appui face à la Souffrance au Travail qui propose des consultations de soutien psychologique, médical et/ou juridique et des interventions dans le milieu du travail.

L'association de soins aux professionnels de santé (SPS) a créé un réseau national du risque psycho social qui recense les coordonnées de psychologues, psychiatres et consultants de santé au travail, dans différentes régions, spécialisés dans la souffrance au travail. Ce réseau s'adresse aux professionnels de santé.

## V. L'inconnu et la question : objectif principal et secondaire

### 1. Problématique de l'étude

La souffrance au travail est devenue un enjeu de santé publique, suscitant la mise en place de dispositifs de prévention dans les entreprises et dans les administrations. En tant que personne extérieure aux organisations du travail, le médecin généraliste n'est pas partie prenante à ces dispositifs.

Pourtant, le médecin généraliste accompagne le patient dans le suivi de ses pathologies, organise et coordonne son parcours de soins. Il assure sa prise en charge globale et est donc son premier recours. Il est confronté aux patients en souffrance au travail pour répondre à leur problématique physique et psychique. Ces derniers sont en demande d'un soutien moral et de conseils pour des démarches à effectuer. Mais cette prise en charge reste compliquée, car le médecin généraliste n'a pas les moyens de traiter la cause de la souffrance. Il n'a pas accès à l'entreprise et doit se baser sur les dires de ses patients. De plus certaines démarches, comme la réalisation de certificats médicaux dans le cadre des procédures de prud'hommes, peuvent l'engager sur le plan juridique.

Parmi les thèses récentes réalisées sur le sujet, on retrouve en 2017, une thèse du Dr Matthieu DA SILVA(33), portant sur la coopération entre le médecin généraliste et le patient sous la forme d'une étude qualitative recherchant la vision du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de sa souffrance au travail par le patient. En 2015, le Dr Emilie NOELE explore la coordination de soins dans la prise en charge de la souffrance au travail par les médecins généralistes en Hauts-de-Seine. En 2014, le Dr Mélanie DURET étudie la prise en charge par les médecins généralistes de la souffrance au travail dans l'Eure (34) sous la forme d'une enquête qualitative et le Dr Cyril BEGUE celle des médecins généralistes des Pays de la Loire (35). En 2015, le Dr Hélène MICHAUT-VACHER réalise une thèse qualitative sur le rôle des médecins du travail et leur coopération avec le médecin généraliste (36).

Mais aucun de ces travaux n'a porté sur le ressenti des médecins généralistes au cours d'une consultation pour un motif de souffrance au travail, ressenti qui retentit indirectement sur la prise en charge des patients.

## 2. Question de recherche

Quel est le ressenti des médecins généralistes de l'Hérault face à la prise en charge des patients en souffrance au travail ?

## 3. Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'explorer la perception que les médecins généralistes ont de la prise en charge des patients en souffrance au travail, afin de comprendre les difficultés auxquelles ils sont confrontés et de mieux définir leur rôle et leurs attentes sur le sujet.

Les objectifs secondaires sont de :

- Décrire la vision de la souffrance au travail par les médecins généralistes ;
- Décrire la vision des médecins généralistes sur leur rôle dans la prise en charge des patients en souffrance au travail ;
- Décrire la vision des médecins généralistes sur le champ de compétence et d'intervention des autres intervenants médicaux auprès des patients en souffrance au travail ;
- Identifier les freins à cette prise en charge ;
- Chercher auprès des médecins interrogés comment optimiser la reprise du travail des patients.



### I. Type d'étude

#### 1. Une étude qualitative

La recherche qualitative, initialement utilisée en sciences humaines et sociales, permet d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles des individus. Elle est utilisée quand les facteurs étudiés sont subjectifs. Il s'agit de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions. En médecine générale, cette méthode permet un abord plus large de la compréhension de la santé et des déterminants des soins. Le but de cette étude étant de comprendre comment et pourquoi les médecins généralistes éprouvent des difficultés à travers leurs récits et leur vécu, cette méthode a paru la plus adaptée.(37)

#### 2. Des entretiens semi-dirigés individuels

Initialement, des « focus groupe » entre des médecins de différentes spécialités avaient été envisagés dans le but d'obtenir un effet boule de neige et donc un panel de propositions de solutions à la problématique, qui aurait résulté de l'interaction entre les différents participants. Il m'a été difficile de contacter des médecins de la sécurité sociale, ces derniers n'ayant pas les autorisations hiérarchiques nécessaires pour répondre aux questions de thèse. S'agissant des médecins du travail, après discussion avec eux et à la suite de lectures des différentes thèses sur le sujet, l'amélioration de la prise en charge des patients en souffrance au travail serait apportée par une meilleure coordination de soins et un adressage plus rapide à la médecine du travail. Je me suis alors tournée vers les médecins généralistes pour comprendre pourquoi cette solution apparemment simple ne l'était pas dans les faits. Les circonstances m'ont donc peu à peu conduite à faire évoluer la problématique, en concentrant la démarche sur le ressenti des médecins généralistes. Le choix de réaliser des entretiens individuels permettaient dans ce cas-là une meilleure liberté de parole qu'un focus groupe.

Les entretiens semi-dirigés ont permis de formuler des questions ouvertes laissant un libre choix de réponse à l'interrogé. Ils se sont déroulés de façon individuelle. Une question principale était posée sur un thème prédéfini, avec des questions de relance pour guider le praticien, permettant d'obtenir des réponses inattendues. Ces entretiens ont amené à recueillir le point de vue

personnel des médecins généralistes et ainsi à comprendre leur perception de la souffrance au travail et la répercussion sur leur prise en charge

## II. Population étudiée et entretien

### 1. L'échantillonnage

L'échantillonnage a été réalisé de façon ciblée et non aléatoire, en fonction de l'âge et du sexe des participants, afin d'obtenir des données variées, en partant du principe que les modalités de la prise en charge par les médecins dépendaient de leur expérience et de leur histoire individuelle.

Les médecins généralistes ont été contactés par message téléphonique ou par courriel. Je me suis d'abord rapprochée de médecins que j'avais rencontrés au fil de remplacements, et ils m'ont ensuite eux-mêmes conseillé des médecins répondant aux différents critères, à contacter.

Les critères d'inclusion regroupaient le fait d'être médecin généraliste « thésé » et installé dans le département de l'Hérault, exerçant seul ou en groupe.

Les critères d'exclusion étaient d'être médecin remplaçant et de ne pas être installé dans l'Hérault.

Le nombre de participants à l'étude n'a pas été défini au préalable. L'objectif est d'arrêter les entretiens après avoir atteint la saturation des données, c'est à dire que ceux-ci ne doivent plus apporter d'idée nouvelle à la problématique.

### 2. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé à l'aide de recherches bibliographiques et des travaux de précédentes thèses. Des questions principales ont été complétées par des questions de relance. Le but des questions était de cerner le ressenti des médecins et leur expérience sur les différents points abordés, sans se focaliser uniquement sur les réponses apportées par les interlocuteurs. Il n'a pas été nécessaire de modifier le guide au cours des entretiens. Il a initialement été testé sur un médecin généraliste, non inclus dans les résultats analysés.

La première question permet de savoir si les médecins généralistes sont confrontés à la souffrance au travail, si cela les intéresse ou les touche personnellement, et s'ils se sentent concernés par le sujet, pour mieux interpréter leur prise en charge par la suite. La deuxième

question recherche plus explicitement à évaluer le ressenti des médecins au cours des consultations. La troisième question a pour but de faire ressortir les interrogations des médecins face à la prise en charge de cette pathologie et les solutions qu'ils ont trouvés pour y faire face. La quatrième question vise à aborder un cas concret, ce qui permet de se projeter dans une consultation et de faire ressortir de nouvelles idées. La cinquième et dernière question recherche ce qui manque aux médecins généralistes et ce qui les met en difficulté dans cette prise en charge. Le guide d'entretien est fourni en annexe n°11.

### 3. Le recueil des données

Le recueil des données a été effectué au cabinet des médecins généralistes, au cours d'un entretien présentiel de préférence, et au téléphone si l'entretien physique n'était pas possible. L'enregistreur numérique de mon téléphone portable personnel ainsi que celui d'une tablette électronique ont été utilisés. Les entretiens ont ensuite été retranscrits mot à mot dans leur intégralité. Ils ont été complétés de mes notes personnelles éventuelles. Les verbatim n'ont pas été relus par les enquêtés.

### 4. L'analyse des données

L'analyse des données a été réalisée sur un fichier Excel. Chaque verbatim a été associé à une couleur. J'ai effectué d'abord un codage axial des verbatim : chaque partie du verbatim est classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule. Ces catégories ont ensuite été regroupées en thèmes plus généraux puis déclinées en sous-catégories plus détaillées. Les thèmes ont été déterminés à partir des données. La construction de cet arbre de concepts a été progressive et évolutive.

---

## RESULTATS

---

### I. Caractéristique de l'échantillon

Seize médecins généralistes ont été contactés dans l'Hérault. Neuf médecins ont été interrogés. Deux médecins ont répondu positivement mais les entretiens n'ont pas pu être réalisés en raison des indisponibilités (surcharge au travail, vacances puis épidémie du coronavirus). Cinq médecins n'ont pas répondu.

Les entretiens se sont déroulés de mi-décembre à mi-février dont deux ont été réalisés par téléphone. Les tableaux ci-après présentent le genre, la classe d'âge ainsi que les conditions d'exercice des répondants, la participation à des formations sur la souffrance au travail et la durée des entretiens.

	Homme	Femme	Total
30-40 ans	2	3	5
40-50 ans	0	1	1
50-65 ans	2	1	3
Total	4	5	9

	H/F	Age	Installation	Mode d'exercice	Années d'exercice	Formation sur le sujet	Durée de l'entretien
MG1	H	30-40 ans	ville	groupe	6	non	14,38 min
MG2	F	30-40 ans	semi rural	groupe	2	non	14,13 min
MG3	H	30-40 ans	ville	groupe	5	non	17,15 min
MG4	F	30-40 ans	ville	groupe	8	oui	17,47 min
MG5	F	50-65 ans	ville	groupe	27	oui	13,47 min
MG6	H	50-65 ans	ville	groupe	40	non	12,54 min
MG7	H	50-65 ans	ville	groupe	30	non	19,24 min
MG8	F	30-40 ans	semi rural	groupe	4	oui	26,50 min
MG9	F	40-50 ans	semi rural	groupe	17	oui	22,52 min

## II. La vision de la souffrance au travail par le médecin généraliste

### 1. Un sujet actuel

Les médecins généralistes interrogés évoquent l'émergence de ce motif de consultation.

- Il s'agit d'une constatation relativement récente

MG3 « *C'est un problème de notre siècle.* »

MG7 « *Ces dix dernières années.* » ; « *Sur le plan professionnel, je n'ai jamais autant géré de plaintes qu'aujourd'hui.* »

- Et d'un sujet récurrent et médiatisé

MG2 « *C'est un grand sujet d'actualité et pas un quotidien mais presque pour nous.* » ; « *J'ai une dame qui bosse chez pôle emploi. Et du coup c'est vraiment d'actualité par ce qu'on en entend parler dans les médias.* »

MG7 « *On peut voir ce qui s'est passé avec Orange, on peut voir ce qui s'est passé à la SNCF, on peut voir ce qui s'est passé dans des grandes entreprises, qui ont fait la une d'actualité.* »

- Qui peut être ressenti comme un phénomène de mode.

MG8 « *Tout ce qui est actuellement très en vogue, donc l'histoire des "burn out", des syndromes dépressifs réactionnels, des conflits avec les employeurs.* »

- Que les médecins généralistes considèrent comme lié à une évolution de la société et du monde du travail

MG7 « *J'ai bien vu que socialement, il y a eu de grandes évolutions et de grands problèmes à gérer.* » ; « *Ça m'interroge sur comment l'univers du travail en France a évolué, comment le management des personnes a évolué, et quelle a été l'influence de la formation des managers.* » ; « *Alors est-ce que c'est lié à une évolution on va dire naturelle des choses ou est-ce que c'est lié à des modifications nécessaires du monde du travail (...)?* »

MG3 « *Maintenant c'est vrai qu'on est en 2019, le travail c'est pas simple de nos jours.* » ; « *C'est surtout le monde du travail qui a besoin de moins de chômage, de pouvoir aller voir si l'herbe est plus verte ailleurs.* »

- Et qui les laisse perplexes et inquiets

MG7 « *Ça représente une grande interrogation.* » ; « *Je suis assez inquiet.* » ; « *Je suis en fin de carrière bientôt et j'ai jamais géré autant de plaintes qu'aujourd'hui (ton triste).* »

- D'autant que sa fréquence s'accroît

MG2 « *Moi j'en ai énormément qui viennent pour des maux multiples liés au travail.* »

MG4 « *Ça représente un motif de consultation assez fréquent.* » ; « *On a l'impression qu'on en voit souvent.* »

## 2. La description du profil des patients en souffrance au travail selon les médecins généralistes

- Les patients sont investis dans leur entreprise

MG2 « *Elle m'a dit : "Moi jusqu'ici j'aime ce que je fais, j'ai plein de projets. J'essaye de monter des ateliers pour les chercheurs d'emploi, des trucs... ". Enfin elle est plutôt motivée.* »

MG5 « *Une patiente très investie dans son travail. C'est souvent ça d'ailleurs, très investie. Qui, parce qu'elle était très investie, bah on a chargé la mule hein. C'est facile hein puisqu'elle le faisait. Et à un moment, bah elle ne pouvait plus.* »

- Ils sont parfois fragiles, non armés pour affronter le monde du travail

MG7 « *Voilà, c'est : "Je suis le mec lambda et la hiérarchie ou le système me fait du mal. Je ne suis pas capable de l'absorber et donc je souffre."* » ; « *Et moi je vois beaucoup de personnes qui sont fragiles. Donc voilà, il y a une fragilité globale psychique.* »

- Ils appartiennent à des catégories socioprofessionnelles et classes d'âge diverses

MG8 « *Un jeune homme qui avait vingt-cinq ans.* » ; « *Entreprise de manutention* » ; MG2 « *Infirmière libérale* » ; « *Une dame qui bosse chez pôle emploi.* » ; MG3 « *Patient policier.* » ; MG5 « *Qui travaille dans un service administratif* » ; MG6 « *Qui travaille dans la banque* » ; MG9 « *Aides-soignantes dans les EPHAD* »

## 3. Leur définition de la souffrance au travail

### a. Une souffrance multiforme

- La plupart des médecins attribuent la souffrance au travail à une souffrance psychique

MG1 « *Une souffrance psychique souvent.* »

MG8 « *Il y a le côté psychologique/psychiatrique avec les répercussions au niveau... Enfin sur la clinique, sur l'anxiété.* »

- Ce qui n'exclut pas une souffrance physique

MG2 « Que ce soit des **maux physiques ou moraux**, avec des burn out. »

MG8 « Je pense qu'il y a deux tableaux : le tableau dont on parle beaucoup dans la souffrance au travail... Mais **il ne faut pas oublier le côté physique**. Effectivement il y a le travail qui **impacte sur beaucoup de maladies quand même, anatomiques on va dire**. »

- Cette souffrance tient à la fois au travail et aux capacités du travailleur

MG3 « Il existe une définition de l'OMS sur la souffrance au travail : "C'est une **demande inappropriée** par rapport aux **capacités de l'employé** pour **effectuer sa tâche**." »

MG9 « Les **conséquences** physiques et psychologiques, enfin en consultation de médecine générale, de **conditions difficiles**, physiques ou psychologiques d'ailleurs, **au travail**. »

- Et elle implique donc une intervention non médicale

MG3 « Alors là, on n'est plus dans le médical. » ; MG5 « Sur le plan **administratif**. »

#### b. Un retentissement clinique varié décrit par les médecins

- L'anxiété

MG1 « **Anxieux**. » ; MG7 « J'ai des **troubles anxieux**. » ; MG8 « Un petit peu **d'anxiété réactionnelle**. »

- L'anhédonie

MG8 « Il ne faisait **plus du tout d'activité de loisirs**. Il allait à peine voir sa famille. Il restait tout seul chez lui. »

- Les pleurs

MG2 « Il y en a qui **pleurent** directement en rentrant dans le bureau, en disant : "Ça ne va pas". »

MG4 « Ils **pleurent** dans tes bras. Ça, ça arrive souvent. Ils arrivent en pleurant. »

- Des troubles du sommeil

MG3 « Ils sont très fatigués puisqu'il y a des **insomnies** et ils ne sont plus du tout en capacité de réfléchir et de résoudre les problèmes même s'il n'y a pas de véritable syndrome dépressif. »

MG8 « Il avait **du mal à trouver le sommeil** car il réfléchissait à ce qu'il avait fait dans la journée. » ; « Des **troubles du sommeil**, en tout cas **de l'endormissement**, liés à l'anxiété. »

- Une anorexie

MG5 « (...) les **troubles de l'appétit**. » ; MG8 « Il avait **perdu quatre kilos**. »

- L'asthénie

MG5 « Une asthénie profonde » ; MG8 « La fatigue morale » ; « Grande fatigue qui lui faisait se coucher tôt. »

- Des troubles cardiaques

MG5 « Une patiente qui a fait **un tako tsubo**, une **myocardite de stress**. » ; « **Palpitations** »

- Des douleurs physiques

MG8 « Quand il y a des **douleurs au niveau rachidien**, il y a souvent aussi des tensions ou des choses à lever au niveau psychologique. »

- Qui peuvent déboucher sur un syndrome dépressif

MG1 « On vient souvent dans la **dépression** et autre chose. »

MG6 « Il y avait déjà un terrain fragile, mais **ça a tourné en dépression chronique sévère**. »

MG8 « Il y avait un **syndrome dépressif un peu sous-jacent** par le fait qu'il n'avait plus aucune activité à côté. »

### c. Des symptômes qu'ils mettent en lien avec le travail

Les médecins généralistes évoquent des situations qui révèlent la présence de facteurs de risques ou de risques psychosociaux dans le travail.

- L'intensité du travail et le temps de travail

- La surcharge du travail revient dans tous les entretiens. Les médecins l'assimilent à un changement sociétal :

MG2 « Mon infirmière libérale c'est plus le quotidien, les patients. Enfin **une lourdeur un peu du travail** en général. » ; « On demande de **faire trop de chose en moins de temps, plus qu'avant en moins de temps**. »

MG2 « C'est le **changement de politique** au sein de l'entreprise, **en augmentant la charge de travail**, qui l'a fait basculer et maintenant elle n'en peut plus. » ; « On lui a **fusionné deux portefeuilles ensemble** de personnes à gérer. Et en fait **c'est impossible** quoi. Ils ont aussi une succession de mails à devoir traiter dans la journée vraiment non-stop. »

MG6 « On sait très bien que dans des métiers comme la restauration, le bâtiment, la banque, il y a souvent un **surplus de travail** demandé par l'employeur. »

MG8 « **Enfin la charge au travail**, qu'elle soit en usine, en paramédical ou quoi que ce soit, les gens n'ont pas l'air de la prendre trop en compte... **Ça vient quand même en deuxième**. »



- La pression hiérarchique

MG2 « En général j'ai l'impression que c'est beaucoup de choses aussi **liées à la hiérarchie**. C'est **beaucoup de pression** venant de la hiérarchie la plupart du temps. »

MG8 « Il était vraiment **un peu fliqué par son patron**. »

- Les risques physiques du travail, dont l'exposition aux toxiques, qui peuvent être responsables des troubles musculo squelettiques

MG5 « D'autres cas c'est parce que **physiquement c'est dur**. »

MG7 « Ici c'est très populaire, tu le sais. Le nombre de types qui ont des accidents du travail **qui se cassent**. . . Enfin c'est complètement dingue quoi. Il y en a un, il tombe de l'échafaudage. »

MG8 « Et puis la souffrance elle peut être physique aussi, avec tous les **troubles musculo squelettiques** qui sont maintenant bien reconnus. Et même d'autres choses : des **expositions a des produits toxiques** ou autre. »

- Le manque d'autonomie

- Impression d'inutilité et de non reconnaissance du travail

MG1 « Il y a même des gens (...) **Qui ne savent pas quel est leur rôle dans une entreprise**. Il y en a **qui sont désœuvrés à cause de ça**. Ils ne savent pas pourquoi ils bossent. Il y en a, ils te disent : "On te demande de faire ci, ça, mais derrière **j'ai jamais de retour**". Et ils sont malheureux à cause de ça. Il y en a pas mal. »

MG8 « Il n'avait **pas pris en compte son sacrifice** sur les horaires et sa motivation pour le travail. Parce qu'il paraissait quand même content de ce qu'il faisait dans cette entreprise. Mais **pas de reconnaissance au niveau salarial** parce que ses horaires supplémentaires n'étaient pas rémunérés. Et c'est ça qui créait le syndrome de souffrance au travail, pas tant la charge. »

- Les conflits de valeur et la qualité empêchée qui entraînerait un problème d'épanouissement

MG1 « Quand on me parle de souffrance au travail je pense plus à des gens qui ne sont **pas épanouis, malheureux dans leur travail**, plutôt qu'à quelqu'un qui se blesse, quelqu'un qui se fait mal. Je pense que c'est surtout un problème d'épanouissement personnel. »

- L'insécurité de la situation de travail avec la modification des postes de travail

MG9 « Je pense à toutes mes aides-soignantes dans les EPHAD. **C'est pas pour ça qu'elle a fait son boulot**. (...) Donc oui c'est pas pour passer cinq minutes avec les mamies, c'est pas pour qu'on la speed tout le temps. Donc oui elle c'est une vraie souffrance au boulot. »

- Un stress lié à une pression personnelle

MG5 « A **la hauteur de l'exigence** qu'elle se mettait sur son poste de travail. »

- Les violences internes

- Conflit avec l'employeur et les collègues, les problèmes relationnels

MG4 « Donc la souffrance au travail **elle vient d'un conflit avec un chef** qui ne veut pas une rupture conventionnelle. »

MG8 « Après quand il y a vraiment que le travail qui est cause de souffrance et qu'il n'y a rien d'autre dans la vie du malade, la plupart du temps c'est quand même **des problèmes relationnels**. »

- Harcèlement moral

MG2 « Après il y a aussi le **harcèlement moral**, que ce soit d'un collègue en particulier ou de la hiérarchie. »

MG5 « Ou bien il y a réellement un phénomène où on sent en tout cas **un phénomène de harcèlement**. »

- Violence externe

MG6 « (...) qui travaille dans la banque, qui a eu deux **agressions déjà de client**. »

#### d. Mais qui provoquent un questionnement chez les médecins généralistes

Les médecins rattachent bien les symptômes ci-dessus à la souffrance au travail, mais n'excluent pas d'autres causes.

- Certains relatent l'imputabilité d'une souffrance psychique uniquement au travail

MG2 « Ils arrivent pour la plupart dans l'ensemble à déterminer que **c'est le travail qui les fait souffrir** et pour lequel ils ne sont pas bien parce que bah **en reprenant le reste, le reste va bien**. »

MG8 « J'ai abordé voir s'il n'y avait pas de problème personnel, couple, famille, décès ou grande maladie dans la famille. Pour le coup **il n'y avait rien du tout. Et on aborde le travail**. Et c'est là où... Enfin lui ne me l'a pas dit spontanément. C'est vraiment en creusant qu'il a commencé à me dire qu'il y avait des soucis au travail. »

- D'autres soulignent un lien avec la personnalité du patient

MG1 « Alors sauf si c'est un **problème de personnalité**. Si c'est une personne avec **une personnalité vraiment très compliquée**, là tu peux lui suggérer de peut-être travailler sur ça. Et peut-être que ça améliorera son relationnel au travail. »

MG6 « Il y avait déjà **un terrain fragile**. »

- Mais aussi une souffrance dans la vie personnelle associée

MG3 « J'essaie d'être un peu plus complet, de sortir du travail. **Souvent il n'y a pas que ça.** »

MG9 « Ça peut être **plurifactoriel**. Et tu ne sais pas si la personne elle ne divorce pas en même temps, si son conjoint n'a pas un cancer, si son gosse ne s'est pas suicidé. Enfin on ne peut pas le lier au travail. »

MG8 « C'est quand même beaucoup lié à des **facteurs extérieurs au travail**. C'est-à-dire que souvent ça ne va plus avec le conjoint, c'est compliqué avec les enfants, ou il y a eu un décès récemment dans la famille. »

- Ou une pathologie psychiatrique sous-jacente

MG1 « Je ne comprends même pas qu'on puisse en arriver là. **A moins d'avoir vraiment un énorme trouble psychiatrique** qui fait que tu es incapable de travailler. Mais dans ce cas-là, ça n'est pas le travail qui est la cause c'est la pathologie... »

MG7 « Sauf si ce sont **des personnes qui sont déjà traitées**. Mais pour moi à ce moment-là **c'est plus problématique de souffrance au travail**. Enfin c'est un peu raccourci de dire ça. Mais s'il y a des **troubles psychiques antérieurs**, c'est pas le même contexte. Il faut recontextualiser dans le trouble psychique de la personne. »

### III. La perception par les médecins généralistes de leur rôle

#### 1. Un premier recours pour le patient

Les patients se tournent vers le médecin généraliste en premier recours

- Du fait d'une place centrale dans le parcours de soins et de l'accessibilité aux soins

MG2 « Bah **assez centrale** pour le coup parce qu'en tant que médecin généraliste, on est **le premier recours** pour ça. Ils viennent nous voir rapidement j'ai l'impression. »

MG7 « C'est comme d'habitude, c'est **le pivot du système**, on est **la porte d'entrée du système**. Où vont les personnes ? Elles viennent là quoi. Elles n'en peuvent plus, elles sont en souffrance, donc où est-ce qu'elles arrivent, chez le médecin généraliste. Aujourd'hui c'est la porte d'entrée dans le système. »

- Du fait de son rôle de soutien et d'écoute

MG4 « Je sens que **le patient a besoin de nous.** » ; « On doit être **l'aidant, le soutien.** » ; « On est quand même les médecins donc on est un peu **empathique** tout ça. »

MG5 « C'est notre place de généraliste, toujours la même place, c'est-à-dire être **à côté du patient** pour essayer de **l'accompagner** dans la prise en charge de son problème au travail. »

MG6 « Tu es là pour **les soulager**, donc déjà **les écouter** ça peut les soulager un peu. » ; « On en parle, donc souvent **on en parle** plus que ce qu'ils pourraient le faire avec un thérapeute. »

- Ce rôle essentiel peut lui sembler parfois limité

MG8 « Je pense que le médecin traitant à **une place assez importante**. »

MG6 « Tu ne lâches pas la main d'emblée. **Tu es concerné** aussi puisqu'ils sont venus te voir. »

MG9 « Moi je trouve que la place du généraliste, **elle est réduite**. Parce qu'en fait je pense que **le pivot ce doit être le médecin du travail**. »

## 2. Un rôle dans le dépistage

- Les médecins généralistes n'effectuent pas un dépistage systématique de la souffrance au travail, ce sont les patients qui abordent le sujet.

MG1 « Si c'est un problème, **ils viennent me voir et ils me le disent**. » ; « **Je ne les dépiste pas vraiment** puisqu'ils viennent pour ça. »

MG7 « Ce sont des individus que je connais, que j'ai suivi en médecine générale, pour le quotidien. Et puis tout d'un coup **ils débarquent en te disant** : "J'en peux plus, ça fait un an que ça dure...". Je me dis : "Mince, ça fait un an que ça dure et je ne le sais pas." »

- Mais devant tout état de mal être, les médecins recherchent systématiquement une cause liée au travail en même temps qu'une cause liée à la vie personnelle

MG1 « Devant un syndrome dépressif, je leur demande toujours **si ça va bien dans leur vie personnelle et dans leur vie professionnelle**. »

MG2 « **Je pose toujours la question** de toutes façons en général quand il y a une demande pour un motif psychologique. **Je fais le point sur tout**, la famille "Est ce que la famille ça va ? Vous avez des amis ? Le travail comment ça va ? ". »

MG8 « **Quand il y a des douleurs simplement musculaires** par exemple, là moi j'essaye de **creuser un petit peu plus**. Et de voir si finalement ils sont amenés à parler d'autre chose que simplement de leur douleur physique. Et **s'ils arrivent à exprimer certains points qui les dérangent au travail**, mais plus relationnel ou cette histoire de charge au travail qu'il n'arrive pas à gérer. »

- Les médecins constatent une facilité pour la plupart des patients à évoquer les problèmes du travail

MG1 « Souvent t'as plus l'impression qu'ils ont **plus de facilités** à te parler de leurs problèmes professionnels que personnels. »

MG2 « En général la plupart se livre assez facilement. »

- Les outils de dépistage sont peu connus des médecins généralistes et rarement utilisés.

MG5 « Je ne sais pas s'il en existe sur la souffrance au travail précisément. Probablement que oui. Ça m'étonnerait qu'il n'y ait pas une échelle sur le burn out professionnel. »

MG3 « Je n'utilise pas d'échelle spécifique ou autre. De tête j'ai quand même les grandes lignes et puis après on voit ça. »

MG7 « On a des grilles d'évaluation qui existent, qu'on peut utiliser, pour évaluer la dépression, pour le burn out. Pour la souffrance au travail je crois qu'il y a une grille, je ne l'utilise pas, mais je crois qu'il y a une grille aussi. »

- Les médecins se posent la question de l'instauration d'un dépistage de la souffrance au travail

MG7 « Nous on est en vraie réflexion sur le dépistage global. Les gosses sont violés, on ne le sait pas, mais il y en a plein dans la patientèle, obligé... On n'en a qu'un, pas possible... Les femmes sont battues. On ne le sait pas. Il y en a forcément, avec le nombre de patients qu'on voit chaque année. On ne le sait pas. Les gens sont mal au travail. Ils viennent quand ils craquent. Ils te disent : "Ça fait un an." On ne le sait pas. »

- Mais pour certains, une surcharge au travail limite le dépistage

MG7 « Il y a un certain nombre de problématiques que l'on n'aborde pas parce qu'on est enseveli par le reste et donc on passe peut-être à côté de certaines choses quoi. »

### 3. La vision de son rôle dans la prise en charge des patients en souffrance au travail

#### a. Réaliser l'anamnèse de la souffrance au travail et l'examen clinique

- Les médecins s'intéressent à la cause de la souffrance, et donc à l'organisation du travail

MG4 « J'essaie un peu de comprendre les circonstances : depuis combien de temps ils sont dans leur boîte, qu'est ce qui a déclenché ? Est-ce qu'il y a un **facteur déclenchant** à côté ou si c'est vraiment uniquement le travail. Voilà, un peu l'âge du patient etc., ses antécédents de ce genre d'arrêt etc. »

MG8 « Tu lui demandes **comment c'est arrivé**. Il te raconte **les mouvements les plus fréquents** au travail qui peuvent être la cause des douleurs. »

MG3 « **Comprendre les mécanismes qui ont amené le patient à souffrir** et la cause de cette souffrance. Est-ce que c'est la surcharge de travail ? Est-ce que c'est des conflits dans les relations humaines ? Est-ce que le travail plait ? Est-ce que l'on ne demande pas trop au patient ? Est-ce que c'est aussi dans ses compétences ? »

- Ils évaluent le retentissement de cette souffrance

MG4 « Voir au moins un peu **si c'est sérieux ou pas, au niveau médical aussi**. S'il y a des problèmes de sommeil, un retentissement important sur la vie de tous les jours. »

MG5 « **Evaluer l'intensité de la souffrance, c'est-à-dire ses conséquences** : les troubles du sommeil, les troubles de l'appétit, l'état d'anxiété, le niveau de l'anxiété. »

MG3 « (...) **Quelle est l'ampleur de cette souffrance**, d'évaluer l'anxiété, la dépression, avec bien entendu s'il y a des **idées noires, suicidaires**. »

- Ils essayent de définir la demande des patients

MG4 « En gros il y en a qui viennent et qui ont **envie que tu les arrêtes**. » ; « Tu essaies d'installer un peu le cadre, voir un peu le cadre et **savoir qu'attend le patient de toi**. »

MG5 « Donc la première consultation c'est cette **évaluation-là**. De **qu'est-ce qu'on va faire derrière**, qu'est-ce qu'on va lancer derrière. »

- Ils examinent le patient

L'examen clinique n'est réalisé que si un retentissement physique est observé ou si une prescription thérapeutique découle de la consultation.

MG3 « Parfois je ne fais même pas d'examen physique, on prend son temps. Je vais le faire si je prescris **d'emblée un traitement**. »

MG8 « On a fait le tour. Je l'ai pesé, mesuré (...). **Petit tour clinique : tension auscultation**. Rien de particulier, pas de douleur. »

- Ils décident de la prise en charge

L'anamnèse de la souffrance au travail permet aux médecins généralistes de prendre une décision thérapeutique. Ils évoquent donc la nécessité de juger la souffrance du patient.

MG4 « Ça demande de **l'empathie** mais aussi d'avoir un peu d'**objectivité** à ce qu'on nous demande. » ; « A moitié **gendarme**. » ; « J'ai l'impression qu'on doit **faire un petit peu la police**. » ; « Combien de temps je vais l'arrêter ? Est-ce que ça va ? Est-ce que ça va pas ? »

MG6 « Tu essaies de **poser des questions pour te faire des idées**. Après il faut toujours **faire peut-être un peu la part des choses** entre ce qu'ils te disent et ce qui se passe réellement. »

Certains médecins généralistes choisissent alors de traiter les symptômes, sans se préoccuper de la cause de la souffrance.

MG3 « Pas pour comprendre comment ils fonctionnent, quel est leur organigramme de la société. Non c'est pas de mon ressort et puis peu importe. **S'il y a une souffrance, c'est une souffrance.** »

MG7 « J'ai mis dans une case, okay je valide. Parce qu'on **valide tout le temps ce que disent les patients**. Parce que ça, c'est une règle, mais c'est une règle de soignant. Et donc globalement, on valide la plainte du patient avec des troubles anxieux. »

#### b. Apporter une réponse immédiate aux patients

- Sous forme de conseils

MG1 « Et puis après de conseil. Parce que les gens attendent de moi que je leur donne **une conduite à tenir par rapport à ça**. » ; « Tu peux **lui suggérer** de peut-être travailler sur ça et peut être que ça améliorera son relationnel au travail. »

MG4 « Je leur parle, moi, **des plans de deux ou trois trucs**. » ; « Après je ne sais pas si nous on n'est pas un peu **chef d'orchestre**, comme le rôle du généraliste, en disant : "**Voilà il faudrait faire ci, il faudrait faire ça.**" »

MG8 « Moi ce que j'essaie de faire c'est de **savoir s'il peut ouvrir le dialogue**, de savoir si ça peut **se régler simplement avec des discussions** avec la personne qui pose problème en face. »

- En orientant le patient

MG4 « On essaie de conseiller, **d'envoyer à droite à gauche**. »

MG9 « Je pense que c'est un **aiguilleur** dans tout ça. »

- En apportant son expérience d'employeur

Les médecins généralistes sont responsables de leur propre entreprise. Ils ont donc aussi la vision du côté de l'employeur.

MG7 « Je ne suis pas un manager de grandes entreprises ou d'entreprise, sauf la nôtre, c'est un **petit management** on va dire, voilà. »

Ils essayent donc de faire prendre conscience au patient qu'il n'est pas le seul à être impliqué.

MG9 « Il faut essayer de leur dire que **le patron il est aussi emmerdé** parce que lui d'un autre côté si tous les quinze jours on lui dit : "**Bah non il est pas là ...**". Nous ça nous est arrivé pour une secrétaire, pendant neuf

*mois, où tous les quinze jours tu attends de savoir si oui ou non elle va revenir quoi. Et c'est super compliqué quand tu es patron d'arriver à gérer une boîte. Enfin j'essaie de leur dire aussi "il y a les deux côtés quoi". Ça c'est important. »*

c. Instaurer des mesures thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses

- Les thérapeutiques non médicamenteuses sont privilégiées
  - Un travail de discussion

*MG1 « Je leur propose de faire un **travail de psychothérapie**. Alors que ce soit avec un psychothérapeute ou un psychiatre. En gros faire un travail de discussion. »*

*MG5 « Eventuellement de **le convaincre** que ça serait bien d'avoir un **accompagnement psychothérapeutique**. »*

- Un travail de relaxation

*MG4 « Hypnose, psychologue, sophro, sport. »*

- Thérapeutiques médicamenteuses

Elles sont prescrites face à un retentissement important physique, ou pour certains seulement dans le cadre de syndrome dépressif.

*MG4 « C'est la fois d'après où vraiment tu sens que les choses sont plus compliquées que tu l'avais jugé ; où que tu vois qu'il y avait des **antécédents dépressifs, retentissement, le sommeil**. Et là tu te dis "Qu'est-ce que je fais au niveau **médicament** ?" »*

*MG8 « En tout cas j'essaie de **médiquer le moins possible** les problèmes au travail parce que je pense que c'est pas vraiment quelque chose qui nécessite des médicaments. »*

*MG9 « **Rien**. Sauf si gros trouble du sommeil. Sauf si amaigrissement. Sauf si vraiment l'impact, voilà, est visible et mesuré sur la santé. »*

- Ils utilisent des anxiolytiques sur de courtes périodes et à faible dose

*MG2 « S'il y a des **vrais signes** de souffrance, d'anxiété, éventuellement un traitement **anxiolytique** sur une **courte période**. »*

*MG3 « Je prescris quand même des **anxiolytiques pour les premières nuits**, pour au moins récupérer ce temps de sommeil. »*



- Dans certains cas, les antidépresseurs peuvent être initiés

MG1 « Ou si tout ça rentre dans le cadre d'un trouble dépressif, bah un **antidépresseur**. Mais pas que pour le travail. Mais **si le travail est la cause d'un syndrome dépressif, je le traite comme un syndrome dépressif.** »

MG2 « **C'est quand même rare de mettre un antidépresseur de suite** parce que pour le coup c'est isolé sur le travail. »

MG3 « Les antidépresseurs c'est très **rare dès la première consultation**. Sauf cas particulier quand ça s'est vraiment enlisé chez un patient qui **a déjà fait des épisodes dépressifs majeurs.** »

#### d. Prescrire des arrêts de travail

Les médecins généralistes sont partagés.

- Certains font des arrêts de travail systématiquement

MG2 « En général je les arrête un peu systématiquement puisque c'est un peu le truc de la souffrance. »

MG7 « **En première intention** : Retirer la personne de l'univers stressant, donc arrêt de travail. »

- Ou en fonction de l'état symptomatique et de la demande du patient

MG8 « La plupart du temps on finit quand même à arriver sur une demande de break de leur part entre guillemets. Et du coup c'est vrai que je pèse le pour et le contre. Après ça dépend vraiment dans quel état est le patient. »

- D'autres médecins n'arrêtent les patients qu'en dernière intention.

MG8 « Mais **quand la situation tourne en rond**, je vois le patient qui ne se sent pas du tout d'y aller, je lui fais effectivement un arrêt. »

- Ils constatent que la plupart des consultations sont motivées par une demande d'arrêt de travail.

MG7 « Niveau professionnel, je suis interrogé de plus en plus parce que les patients s'en plaignent de plus en plus et qu'on est de plus en plus sollicité parce que beaucoup d'arrêts de travail. »

MG2 « Ils viennent aussi pour ça nous voir. »

MG9 « De suite "j'en ai marre, je veux être en arrêt" ou "je leur ai dit que je me mettrai en arrêt de travail." »

Les arrêts de travail posent question aux médecins généralistes quant à leur durée, leur intérêt et leur limite.

- Leur durée

Elle dépend des patients.

*MG1 « J'adapte en fonction des personnes. »*

*MG2 « En fait je leur propose la durée de l'arrêt de travail, je leur fais : "Comment vous voyez les choses vous ?" »*

Mais les médecins insistent sur des durées courtes d'arrêt de travail, avec une réévaluation fréquente :

*MG1 « Je préfère les revoir souvent quitte à reconduire plutôt que d'arrêter direct pour un mois. »*

*MG5 « Au début on peut toujours mettre un arrêt relativement court, une semaine à quinze jours, puis réévaluer la situation au fur et à mesure. »*

*MG8 « D'habitude sur une semaine déjà j'ai plein de gens qui retournent au travail. »*

Mais ils constatent que les arrêts sont au final relativement longs.

*MG5 « Là c'est difficile parce que c'est une patiente qui a quand même été arrêtée un an. »*

Les médecins s'appuient sur les recommandations de la sécurité sociale pour limiter la durée de l'arrêt de travail. Ils choisissent d'orienter le patient chez le psychiatre si l'arrêt doit se prolonger.

*MG9 « De toutes façons, la sécu elle te donne... En gros si tu coches "trouble anxio dépressif mineur", c'est quinze jours à renouveler une fois. Donc dans le mois il faut que ce soit réglé, d'une manière ou d'une autre, ou au moins que l'on ait une porte de sortie. »*

- L'intérêt de l'arrêt de travail d'après les médecins généralistes

- Un éloignement du facteur prédisposant

*MG3 « Les isoler, qu'ils soient sereins sur le fait de ne pas aller au travail le lendemain. »*

*MG7 « Retirer la personne de l'univers stressant. »*

- Du repos pour favoriser la réflexion

*MG1 « C'est déjà de prendre du temps pour avoir une réflexion, souffler s'ils sont anxieux. »*

*MG3 « Quand on a un cerveau fatigué, on ne peut pas prendre de bonnes décisions. On ne peut pas se dire : "Je vais aller voir mon supérieur hiérarchique. Je vais poser la problématique." On n'arrive plus à rien. »*

- Un temps pour le soin

*MG1 « Eventuellement laisser le temps à des anxiolytiques de faire un peu effet. »*

MG9 « L'intérêt je pense c'est de pouvoir prendre du recul, *avoir le temps d'aller voir le médecin du travail.* »

- Ses Limites d'après les médecins généralistes
  - Certains patients le refusent.

MG2 « Enfin sauf *s'ils ne veulent pas bien sûr.* »

MG5 « Ça a été assez compliqué et c'était quelqu'un *qui ne voulait pas s'arrêter.* »

- Ça ne résout pas le problème au travail

MG1 « Des fois c'est pas une solution de s'arrêter. Enfin souvent je me dis que s'ils ont un problème relationnel au travail avec leur chef ou leur supérieur et qu'ils s'arrêtent un mois *ça ne va pas décanter le problème.* »

MG3 « Si c'est un conflit, *ça se règle autrement.* »

MG9 « J'essaye de leur expliquer que *ça n'est pas une solution non plus.* Que ça peut être temporairement le temps de trouver une porte de sortie. »

- Il conduit à un ressassement non bénéfique

MG8 « S'il ne va plus au travail *il va réfléchir encore plus, et il va être encore plus anxieux.* »

- Il entraîne un risque désinsertion socioprofessionnelle

MG3 « Ça va le *désinsérer.* » ; « Ne pas s'enliser dans une *désinsertion professionnelle mais également sociale* avec un patient qui reste tout le temps chez lui. »

MG6 « Ses limites, c'est de *décrocher.* »

MG9 « Le but c'est de sortir de la crise quoi. C'est de ne pas laisser s'enkyster le truc. »

- Le retour au travail s'avère plus compliqué après un arrêt de travail.

MG9 « Si on s'arrête plus longtemps, si jamais ils reprennent, il y en a plein qui te disent : "Ouai *mais on m'a fait payer le fait que je me sois arrêté longtemps.*". Ça c'est quelque chose qui revient fréquemment quand même. » ; « Donc le but c'est de leur dire : "Bah oui, on ne va pas faire durer ça trois mois, six mois, parce que de toutes façons, *ça sera encore plus dur de remettre le pied à l'étrier et de revenir dans la boîte.* »

- Leur interrogation sur le motif de l'arrêt de travail

Les médecins sont unanimes sur l'impossibilité de relier le motif de l'arrêt au travail.

MG1 « Et là où c'est compliqué également, c'est sur le motif de l'arrêt. Moi je reste sur *syndrome dépressif ou anxiété.* Mais je ne mets *jamais que c'est en lien avec le travail,* comme c'est des "on dit". »

## e. Eviter la désinsertion socioprofessionnelle

### ▪ Un suivi des patients

Les médecins généralistes évoquent la nécessité de revoir régulièrement leur patient.

MG2 « Je les vois **très régulièrement** parce que c'est moi qui fais les arrêts de travail. Donc je ne fais jamais plus d'un mois d'arrêt en général. Donc minimum **je les vois tous les mois.** »

MG8 « Et **je revois le patient** avant la reprise et je vois comment il est. Et je travaille un petit peu sur **ce qu'il pourrait faire au retour en entreprise.** »

Un médecin note un manque de suivi des patients.

MG7 « Bizarrement beaucoup d'arrêts de travail mais **peu de suivi après** pour des soins » ; « Tous ceux que je vois c'est un peu des **one shot.** » ; « **Ça ne s'inscrit pas en temps long** comme ça s'inscrit en médecine générale ou dans le suivi d'une personne en médecine générale ou dans un suivi de soutien thérapeutique. »

### ▪ Une réduction du temps d'arrêt de travail

MG3 « **Je mets d'emblée** lors de la première consultation **un objectif** pour éviter de se retrouver sur un arrêt de travail prolongé. »

MG9 « On essaie, à mon sens, **de raccourcir le temps d'arrêt** et de les aiguiller dans le bon truc. C'est à dire essayer de **ne pas faire traîner**, essayer le plus rapidement possible s'il faut le sortir de l'emploi, du poste, par quelque moyen que ce soit. » ; « **Quand je vois que ça traîne trop**, parce que je pense à deux patients en l'occurrence à mon avis... Là, pour le coup **c'est moi qui ai pris le téléphone pour prendre rendez-vous à la médecine du travail** » ; « Au bout d'un moment ça te gonfle et tu dis **okay c'est moi qui vais le prendre le rendez-vous. Comme ça, ça va avancer.** »

### ▪ La mise en place d'un projet

MG2 « **Je parle toujours de l'avenir** en fait, je parle toujours **du projet** d'après en leur disant : "Actuellement ça ne va pas au travail. Est-ce que ça a des chances de s'améliorer et si non, **qu'est-ce qu'on fait ?**" » ; « J'essaye toujours **de leur faire dire leur projet d'avenir.** »

## IV. La perception par le médecin généraliste du rôle des autres intervenants médicaux et de leur coordination

### 1. Le médecin du travail

#### a. Une orientation systématique par les médecins généralistes

- Ils lui donnent une place centrale

MG4 « Je sais que la petite formation d'une soirée qu'on avait faite nous avait dit qu'il avait une **place hyper importante** et que fallait qu'on le fasse intervenir pour le coup. » ; « Le médecin du travail, il a vraiment un **rôle presque plus important que le nôtre** je pense. »

MG8 « (...) **il ne faut pas qu'ils sous estiment leur rôle là-dedans**. Peut-être que ça ne les intéresse pas toujours. Mais c'est très très bien. Ça limite de faire des arrêts. Ça limite des grosses prises en charge. »

- Ils orientent tous leur patient vers la médecine du travail dès la première consultation

MG4 « Je le dis à la première consultation : "Bon c'est important de prévenir que ça se passe mal au travail. **Le médecin du travail**, il est là quand même pour vous aider. C'est important qu'il soit informé, ne serait-ce qu'un devoir d'information." »

- Plusieurs médecins généralistes soulignent l'implication des médecins du travail

MG9 « Je trouve que les services de médecine de travail **ils se bougent** en tout cas par rapport à certains, pour **essayer de tout mettre en place**. »

MG8 « Quand on les a, c'est très productif, ça marche très bien. »

#### b. Un atout dans la prise en charge de la souffrance au travail

- Un rôle de spécialiste : le médecin du travail est celui qui identifie la cause de la souffrance.

MG1 « Déjà **il en sait plus que moi** et puis surtout lui **il peut proposer plus d'alternatives**. »

MG6 « Après effectivement, comme pour tout autre pathologie qui nous dépasse, à un moment on rend la main, donc on demande **un avis spécialisé**. »

MG9 « Moi je refile le bébé au médecin du travail. **C'est une spécialité**. Ils sont là pour ça. Il n'y a qu'eux d'ailleurs qui ont le droit de mettre le nez dans l'entreprise non ? En tant que généraliste on a un droit d'ingérence ?! »

- Il permet aux patients de voir les psychologues du travail :

MG2 « La plupart du temps il y a aussi certaines médecines du travail où il y a des **psychologues du travail**. »

### c. Un ancrage dans le monde du travail

- Un soutien pour les patients en souffrance dans leur travail :

MG8 « Moi j'essaye d'être aidé par la médecine du travail, pour que les patients aient **quelqu'un qui soit au sein de l'entreprise**, même s'il n'est pas toujours sur le site pour leur dire quoi faire. »

MG1 « En général **ils les confortent** un peu en leur disant : "Ne vous mettez pas de pression, c'est pas pressé de reprendre." »

- Un regard sur ce qui se passe dans l'entreprise

MG8 « Alors que le médecin du travail il a la **possibilité de se déplacer dans l'entreprise** et il peut voir vraiment **comment ça se passe**. »

MG9 « Le médecin du travail est le seul qui pourra avoir **un regard dans l'entreprise** et **interférer avec le patron**. »

MG6 « De la médecine du travail j'attends qu'elle voit **si le poste est adapté**, ou si tout du moins on peut adapter le poste, ou si, enfin ça ils le feront moins, voir s'il n'y a pas **des abus au niveau de ce qui est demandé pour le poste de travail**. »

- Une alerte pour l'entreprise

MG1 « Le but c'est aussi de **faire une alerte** en s'arrêtant aussi.»

MG3 « Ils peuvent **mettre quelques freins** et c'est bien qu'ils soient au courant de la situation. »

MG8 « Il peut y avoir une **action un peu de groupe pour débloquer certaines situations conflictuelles** avec un chef ou avec un autre employé et ça j'ai quand même eu des bons retours. » ; « C'est que quand ils arrivent à avoir un contact et que le médecin du travail va jusqu'au bout de ça, **il envoie une alerte**. Parce que je pense que des fois ça n'est pas ressenti par la hiérarchie qu'il y a de la pression. »

### d. Un rôle dans la prévention

- Prévention primaire

MG8 « Il fait de **la prévention** pour le risque et tout ça, mais une fois que le risque est là, il est sensé encore être là. »

- Prévention tertiaire
  - Réaliser la visite de pré-reprise

Le cadre légal des visites de pré-reprise et de reprise est peu connu des médecins généralistes. Ils adressent le patient au médecin du travail, mais ne parlent pas de visite de pré-reprise.

MG3 « Je ne la propose **pas systématiquement**, je ne me souviens jamais des différents délais entre l'arrêt de travail et l'accident de travail. Donc je suis toujours à regarder sur internet qu'est ce qui est obligatoire. Je crois que c'est à partir d'un mois dans les accidents de travail quelle que soit la cause avec **visite de pré-reprise et visite de reprise**. Pour les arrêts de travail c'est sensiblement la même chose, peut être trois mois. »

MG5 « Donc là on utilise les **visites de pré-reprise** par exemple, des choses comme ça, pour avoir un avis, une consultation médecin du travail. »

MG9 « La **visite de pré-reprise** elle est **obligatoire** dans les... Alors moi je pensais qu'elle était obligatoire avant que le patient reprenne son poste. Mais en fait non. Le médecin du travail à sept jours pour les voir à partir du jour où on les remet au travail. Moi je croyais qu'ils n'avaient pas le droit de retrouver leur poste tant que... Apparemment ça a changé. »

- Recommander l'adaptation du poste de travail

MG6 « Après il y a des fois où tu demandes un **poste adapté**, et c'est pour ça qu'il faut à ce moment-là avoir l'avis du médecin du travail, dont c'est le job. »

MG8 « Des fois les médecins du travail, j'ai déjà vu, font quand même... Enfin je ne sais pas comment ils font... Mais **doivent faire des lettres, des petites notes à la hiérarchie**, pour qu'il y ait des **modifications relationnelles**, donc je pense que ça remonte quand même. »

- Proposer une mise en inaptitude afin de faciliter un reclassement professionnel ou un licenciement

MG3 « Même si derrière ils ne pourront pas changer grand-chose si ce n'est **une inaptitude** temporaire au poste. »

- Aider à la réinsertion professionnelle

MG1 « Ça va leur permettre de savoir eux est-ce qu'il y a un **reclassement professionnel** qui est **possible** au sein de la même entreprise. » ; « Ça les **oriente professionnellement** pour savoir ce qu'il faut faire. »

MG9 « Je crois que c'est l'AIPALS qui a un **service dédié à la remise en travail** très rapidement, où ils font... Ils regardent quels sont les acquis, quels sont les niveaux des gens pour éventuellement, si ça doit déboucher sur un licenciement pour inaptitude, pouvoir repartir sur autre chose, et sur une formation. »

## e. La coordination de soins

- La médecine du travail peut être contactée directement par les patients :

MG1 « Ils savent par leurs collègues et tout quelle est la médecine du travail qui correspond à leur entreprise et du coup **ils la contactent directement.** »

MG3 « Je leur dis toujours que la médecine du travail il n'y a que trois personnes qui peuvent la demander. C'est **le salarié lui-même**, c'est le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale. »

- Le médecin généraliste et le médecin du travail ont des contacts par courrier

MG9 « **Il y a toujours une fiche** quand ils sortent du truc, donc on garde tout dans le dossier. Donc ça c'est pas mal. Moi je **fais toujours un courrier** pour le médecin du travail, parce que je comprends que pour eux aussi c'est compliqué de recevoir les gens sans... »

- Mais aussi par téléphone

MG5 « Même des fois ça m'est arrivé de **téléphoner** à la médecine du travail et de dire : "Qu'est ce qui se passe dans cette entreprise ?". »

MG9 « Ça m'est arrivé plusieurs fois **d'en appeler**, peut-être pour **leur dire des trucs que je ne veux pas qui apparaissent dans la lettre**, j'avoue. »

- Entretien dans le cabinet du médecin généraliste

MG7 « J'ai eu **un entretien** il y a quelque temps avec un médecin du travail pour lui dire : "Voilà ce qui se passe, voilà les plaintes des patients. Ils viennent tous pour : je suis harcelé, je suis en burn out". »

## 2. Le psychologue et le psychiatre

La nécessité d'une prise en charge psycho-thérapeutique est abordée par tous les médecins généralistes.

- D'après eux, la prise en charge psychologique est réalisée par tous les intervenants.

MG8 « Alors je pense que **chaque profession médicale** va être amenée à **faire un peu de psychologie** avec les patients qui ont une souffrance. »

Le psychologue du travail paraît être l'acteur privilégié par les médecins généralistes.

MG1 « Quand ils ont un **psychologue au travail** ou autre je leur propose. »

MG2 « Comme en plus c'est pris en charge, ils n'ont pas à le payer en supplément. »



Ils associent psychologues et psychiatres. Le patient a en effet surtout besoin d'un travail de discussion.

MG4 « Je dis toujours qu'il faut un **accompagnement** quel que soit le traitement qu'on va faire, **d'aller vider son sac**, d'aller faire un peu de relaxation, de sophro tout ça, ça fait partie intégrante du traitement. »

MG5 « **Psychiatre, psychologue, psychothérapeute** on va dire au sens large. »

- Ils adressent le patient au psychiatre s'ils considèrent que les symptômes sont sévères

MG8 « Il y en a quelques-uns que j'ai envoyés. Mais du coup c'est pareil, ça dépend de moi ce que je juge, d'où il en est dans le grade de sévérité. Mais effectivement il y en a qui ont des vrais syndromes dépressifs qui sont bien enkystés quand même. La du coup j'envoie au **psychiatre**. Mais pour le coup, dans mes souvenirs, cette année **j'en ai envoyé qu'un**. »

### 3. Le médecin conseil de la sécurité sociale

- Une intervention systématique :

MG4 « Le médecin de la sécu pas trop parce que j'ai toujours l'impression que **de toutes les façons il va intervenir**. »

- Perçu comme une aide pour les médecins généralistes

- Il convoque les arrêts de travail longs afin de faire avancer la prise en charge

MG2 « La **sécurité sociale** aussi avec le médecin conseil. Parce que pour le coup on a souvent des **arrêts de travail** qui sont assez **longs** et **ils finissent par être convoqués** par la sécu. »

- Il contrôle l'intérêt de l'arrêt de travail :

MG5 « "Bah écoutez, si vous pensez qu'il abuse, **vous voyez avec la sécurité sociale**." »

MG9 « Il y a un **numéro spécial de reprise du travail**, tu peux les appeler en disant : "Voilà, moi j'ai un problème avec ce patient-là. J'arrive pas à couper les arrêts mais **je pense que ça n'est pas justifié**, il faudrait vraiment qu'il reprenne le travail". Alors ça c'est soi-disant anonyme, je ne m'en suis jamais servi. Mais **apparemment tu peux appeler pour que ça les alarme**. Ils convoquent le patient, et là il est vu par un médecin conseil. »

- Il peut établir le lien entre la pathologie et le travail :

MG5 « Quand on arrête les patients moi je ne mets pas sur mes arrêts maladies "**burn out professionnel**" par exemple. Ce diagnostic doit être **posé** par autre que moi, éventuellement **par le médecin conseil**. »

- Il sensibilise les médecins généralistes au sujet

MG9 « *J'ai eu la visite du médecin de la sécu pour parler de la souffrance au travail.* »

- Une coordination difficile

Les médecins font des courriers pour les médecins conseils mais ils s'accordent tous à dire qu'ils ont peu de contacts avec eux.

MG8 « *Clairement je ne fais pas appel à eux, je n'arrive jamais à les avoir et ils répondent très tard à mes mails, donc...* »

MG9 « *Et le médecin conseil pour l'avoir au téléphone c'est mystérieux.* »

Il semble pourtant important pour les médecins généralistes de pouvoir partager leur point de vue sur la situation du patient avec le médecin conseil.

MG2 « *Il y a une dame qui était convoquée à la sécu pour ça et du coup j'ai fait moi un courrier résumé de la situation pour le médecin qui la recevra.* »

MG2 « *Quand par exemple ils disent aux patients : "Non non il n'y a rien, retournez au travail". "Bah non moi je l'ai vue, elle ne va pas bien. C'est, enfin pas dangereux, mais la remettre au travail là, ça me paraît compliqué."* »

#### 4. Le Centre des pathologies professionnelles du CHU

Les centres de pathologies professionnelles sont peu connus des médecins généralistes. Un seul l'a cité spontanément.

MG5 « *Eventuellement prendre contact avec le service de la médecine du travail de l'hôpital. Pour les cas un peu complexes, on peut avoir aussi le recours de l'hôpital.* »

#### 5. Des intervenants non soignants

- L'inspection du travail peut aider le médecin généraliste pour débloquer des situations

MG3 « *Alors là on n'est plus dans le médical mais bon quand il y a vraiment des gros conflits, je les invite bien entendu à voir avec leur syndicat, l'inspection du travail.* »

MG6 « *L'inspection de travail pour voir les conditions de travail, si elles sont en adéquation avec le contrat ou pas.* »

- Les avocats impliquent les médecins généralistes dans les procédures juridiques

MG9 « Les **avocats** demandent des trucs que tu refuses systématiquement de faire parce que ça n'a ni queue ni tête leurs demandes. »

- L'employeur

- Pour les médecins généralistes, il peut être à l'origine de la souffrance du patient du fait des modes d'organisation et de management

MG5 « Des entreprises des fois un peu connues **pour leurs problèmes de gestion du personnel sur Montpellier.** » ; « Le chef de service ou le responsable de service qui met en mauvais état les gens qu'il a sous ses ordres. »

- Il est tenu de déclarer les accidents de travail

MG6 « C'est l'employeur qui fournit la déclaration d'accident de travail et qui déclare l'accident de travail. Nous on est là pour **faire un certificat médical.** »

- Il doit mettre en place des mesures pour protéger les employés en souffrance

MG5 « C'est au directeur à ce moment-là de dire "Bon il y a un problème dans ce service, **qu'est-ce qu'on en fait de ça ?**". »

- La législation

MG7 « Après je pense qu'heureusement que nous avons **une loi du travail** qui est assez **bien structurée** en France, sinon ça serait peut-être encore plus difficile qu'aujourd'hui. »

## V. Les freins à la prise en charge des patients en souffrance au travail rencontrés par les médecins généralistes

### 1. Une prise en charge non systématisée pour chaque patient

#### a. Le vécu de la consultation dépend du profil du patient

- Un temps d'adaptation nécessaire pour la prise en charge

MG4 « Quand tu vois que c'est un patient jeune, que ça fait un an qu'il est dans sa boîte, **c'est pas toujours pareil** que quand c'est la patiente de cinquante ans qui est depuis dix ans dans sa boîte. » ; « Ça dépend du patient. »

MG6 « Tu t'adaptes à chaque individu. Tu ne t'adaptes pas à un symptôme, tu t'adaptes à un individu. » ; « C'est chaque fois des consultations différentes. »

- Une aisance du médecin variable en fonction de la symptomatologie du patient

Les médecins généralistes sont plus à l'aise lorsque les symptômes physiques sont au premier plan.

*MG8 « Sur les demandes **purement physiques**, pour moi ça me paraît **assez simple**. Parce que là c'est technique, enfin c'est ce qu'on a appris entre guillemets, dans les bouquins et là c'est simple. »*

*MG4 « Voilà il y a **des situations où tu sais que ça ne va pas être trop compliqué**. Le patient il est juste un peu épuisé, fatigué, par des situations. Tu sais que tu vas l'arrêter un peu, tu vas le motiver, tu vas essayer de lui donner un peu des conseils et ça va aller. »*

Mais ils se sentent démunis devant la prise en charge de symptômes psychologiques. Ils doivent instaurer des traitements de fond, sans pouvoir résoudre la cause du problème.

*MG8 « Quand il y a du psychologique qui attache, ou qu'il y a que le **côté psychologique**, ça peut être un peu **plus compliqué** parce que **on ne connaît pas la situation interne de l'entreprise**. On n'a que le point de vue du patient, et on essaye de jouer au maximum sur les réactions du patient. »*

#### b. Le vécu de la consultation dépend également du profil du médecin

- L'importance de l'expérience du médecin

L'expérience du médecin permet d'améliorer son vécu des consultations, grâce à une vision du monde du travail plus élargie et à la connaissance des solutions à proposer aux patients.

*MG1 « Au début j'étais un petit peu perdu, parce que c'est compliqué quand même. Mais vu qu'on en a quand même beaucoup, c'est mieux. »*

*MG6 « Après **avec la bouteille**, tu arrives un peu plus à cerner. Tu prends peut-être un peu moins de temps. »*

- L'impact de la fatigue du médecin

Le vécu de la consultation dépend de la charge mentale subie par le médecin.

*MG4 « Ça dépend un peu **de notre épuisement** à nous aussi j'ai l'impression, **de notre fatigue**, de **notre état d'esprit** » ; « C'est vrai que des fois **en fin de semaine** je suis... » ; « Des fois on a plus ou moins de patience **selon l'heure de la journée**, la fatigue, la semaine qu'on a vécue. »*

#### c. Des consultations chronophages

*MG3 « On est là pour ça, mais c'est vrai que ce sont souvent des **consultations chronophages**. Le temps malheureusement en médecine générale on ne l'a pas forcément. »*

MG5 « *C'est pas évident* quand on a la salle d'attente derrière ultra archi remplie et que l'on sait qu'il va falloir voir un peu les choses, remettre en place. Enfin voilà donc c'est toujours des *consultations longues et complexes*. »

## 2. Une appréhension des consultations par les médecins généralistes

Les médecins appréhendent les consultations pour diverses raisons.

### a. Des attentes importantes des patients

MG1 « *Les gens attendent* de moi que je leur donne une conduite à tenir par rapport à ça. Et ça souvent, je trouve *qu'on est très limité par rapport à ça*. » ; « J'ai l'impression d'être *vraiment impuissant* par rapport à ça. »

MG6 « On est médecin généraliste, *on fait ce que l'on peut*. »

MG4 « Je les comprend, ils viennent pour un problème et *pensent qu'on peut nous tout régler* ou du moins être l'épaule suffisante mais c'est vrai *qu'on n'a pas les qualifications*. »

### b. Un ressenti de mal-être

MG4 « Mais d'autres c'est vraiment vraiment un peu *une appréhension* pour moi en tout cas. » ; « Donc là tu sais que ça va être difficile. *Tu vois le nom du patient, tu te dis : "Bon comment on va faire aujourd'hui ? (...)"*. »

MG3 « On se sent un peu *démuni et tout seul* avec son patient. » ; « *Quand je vois sur le planning* que j'en ai une, je me dis quand même "*oh non*". »

Un médecin répète la difficulté des consultations, on ressent un mal être :

MG4 « *C'est pas des consultations faciles*. » ; « *Assez difficile* pour nous. » ; « Clairement, c'est des motifs de consultation qui sont *difficiles* je trouve. » ; « Je trouve que c'est *un peu difficile*. » ; « C'est *délicat*. » ; « Tu sais que ça va être *difficile*. » ; « C'est *pas des consultations faciles*. » ; « C'est vraiment *difficile*. » ; « *Franchement c'est pas facile*. »

Alors que d'autres médecins n'ont pas d'appréhension :

MG7 « C'est *facile*. » ; « Elle se déroule comme une consultation d'un patient qui est en souffrance et qui a une plainte psychique. Donc voilà c'est *assez cadrable* et *c'est pas compliqué*. »

### c. Un manque d'intérêt du médecin pour la problématique

MG3 « (...) Lorsqu'on est remplaçant, on a très peu de consultation de ce type ou on a *tendance à rapidement basculer* et à dire : "*vous verrez ça avec mon remplacé*" en faisant un arrêt de travail de quelques

jours et puis *en refiletant la patate chaude*. » ; « *C'est pas ma tasse de thé, il ne faut pas qu'il y en ait trop dans la journée.* »

MG4 « *C'est des motifs honnêtement que je n'aime pas trop.* »

#### d. Un manque de formation

MG1 « *Je trouve aussi que ce qui est dommage, c'est qu'on n'ait pas beaucoup de formation là-dessus. Alors peut être que c'est moi qui ne me suis pas formé. Mais je trouve que quand tu sors de l'internat, tu te retrouves à devoir mener des consultations comme ça et tu sais techniquement pas du tout...* »

MG4 « *Peut être que je ne lis pas assez de trucs.* » ; « *J'ai l'impression d'essayer de faire les choses bien, et malheureusement j'ai pas les résultats je trouve.* »

MG6 « *On ne nous a jamais appris à le prendre en charge.* »

### 3. Le médecin généraliste confronté au doute

#### a. Quant à la nécessité de l'arrêt de travail

MG2 « *Enfin c'est un peu compliqué à gérer ces trucs là et du coup au début on est là : "Ah qu'est-ce que je fais ? Je l'arrête ? Je l'arrête pas ?".* »

MG5 « *On ne sait pas trop des fois à quel moment oui/non.* »

MG9 « *Tu es pris entre l'étau de "Je plains la personne qui est en face de moi et j'essaie de faire au mieux pour elle." et d'un autre côté "Je ne vais pas prolonger, parce que ça peut être délétère de prolonger."* »

#### b. Quant à sa responsabilité de médecin généraliste

MG4 « *Dans le sens où je me sens à la fois, je sens que le patient a besoin de nous clairement. On est quand même les médecins donc on est un peu empathique tout ça. Mais d'un autre côté j'ai l'impression qu'on doit faire un petit peu la police, donc c'est ça que j'aime vraiment pas du tout en fait.* »

MG9 « *On te demande d'aider le patient qui ne va pas bien. En même temps on te demande de ne pas faire trop durer l'arrêt de travail, parce que tu as la pression de la sécu derrière.* »

#### c. Quant au lien subjectif avec le patient

- Le manque de fiabilité de la parole des patients

MG7 « *Je dis toujours que s'ils viennent c'est qu'il y a un problème. Ils ne viennent pas par plaisir. Mais on sait bien qu'il y a un nombre d'individus qui viennent chercher un arrêt de travail, qui ont mal au dos et ils*

*n'ont pas plus mal au dos que les autres. » ; « Tu avoueras comme moi que les gens te disent bien ce qu'ils veulent. »*

*MG2 « J'ai l'impression de plus les croire aussi. Parce que en fait au début quand on commence l'installation, on est : "Aaah et tout... ". »*

- Une perception de la souffrance au travail propre au patient

*MG1 « Ce que des gens perçoivent comme du harcèlement. » ; « Comme c'est des "on dit". » ; « Après comme c'est du ressenti, c'est compliqué. Quelqu'un peut peut-être voir des conditions de travail parfaites et ressentir de la souffrance. »*

*MG6 « Il faut toujours faire peut-être un peu la part des choses entre ce qu'ils te disent et ce qui se passe réellement. »*

*MG7 « Donc celui qui n'est pas armé et qui considère que son chef de service lui dit " Il faut que tu ranges ça, ou tu fasses ça comme ça.", et tout de suite il dit : " Non mais moi tu me harcèles...". Euh...pfff... je ne sais pas... »*

- La recherche de bénéfices secondaires

*MG4 « Et puis quelques-uns des patients retrouvent un bénéfice secondaire, donc il faut faire la police. »*

*MG6 « Il faut faire attention entre le gars qui ne veut vraiment rien foutre et le gars qui fait le burn out. »*

*MG7 « Elle cherchait de l'argent. »*

*MG9 « Il y en a qui sont là pour te balader des patients. Pas tous. Mais on va dire que c'est 50/50. Il y a ceux qui souffrent vraiment, et ceux qui essaient de profiter de la situation. »*

#### 4. Une implication indispensable du patient dans sa prise en charge

Pour les médecins généralistes, le patient est partie prenante de la prise en charge, d'autant qu'il est parfois responsable de la situation.

##### a. Un patient acteur de sa prise en charge

- La résolution du problème au travail par le patient

La cause de la souffrance au travail relevant d'un domaine non médical, le médecin généraliste pense que c'est au patient de résoudre le problème.

*MG1 « Mais je me sens mal placé pour leur faire prendre des décisions dans leur vie personnelle alors que je ne pense pas que ce soit mon rôle » ; « C'est à dire que si les gens sont malheureux au travail depuis... Ils vont spontanément voir si on ne peut pas leur proposer autre chose avec la médecine du travail, ou alors ils*

*vont quitter leur job et s'épanouir ailleurs quoi. » ; « Ça m'arrive des fois de leur dire " Vous avez envisagé de quitter votre poste et de faire autre chose ?" »*

*MG3 « Et puis okay on est là pour aider son patient, sur cette souffrance. Maintenant par notre statut de médecin libéral, il y a toujours une petite partie de moi qui me dit : "Mince coco, la souffrance au travail, mais prends tes cliques et tes claques. **Prends des décisions. Casse-toi. Trouve un autre boulot.**" »*

*MG8 « C'est lui qui se sent en souffrance. Mais en réalité quand on l'interroge, il y a des petites choses que **lui-même pourrait changer** en comportement pour peut-être adoucir et améliorer ses relations avec le collègue ou la hiérarchie. » ; « Evidemment, une fois qu'ils ont cette vision qu'eux aussi ils peuvent **être acteur de leur résolution de problème au travail**, il y a des choses qui se passent. »*

- Les démarches administratives

Les médecins généralistes essaient de responsabiliser les patients, car il leurs incombe de faire les démarches administratives.

*MG3 « Ils ont aussi la possibilité de demander une consultation et de prévenir la médecine du travail, le service, de ne pas prévenir l'employeur selon la cause. Ça c'est aussi un droit du salarié. »*

*MG5 « Même si on peut faire un courrier, c'est quand même le patient qui doit prendre rendez-vous. »*

- Une réticence des patients face aux préconisations du médecin généraliste

- La prise en compte des souhaits du patient

*MG5 « C'est pas toujours facile. Soit parce que le patient ne veut plus entendre parler de son employeur, soit parce que le patient veut continuer à travailler. Mais qu'il n'en peut plus. Mais donc qu'il ne veut pas s'arrêter en fait. »*

- Le refus du patient des aides thérapeutiques proposées

*MG4 « On essaie de conseiller d'envoyer à droite à gauche, chez psychologue, chez médecin du travail, mais il y a une **grosse réticence des patients**. » ; « C'est difficile parce que les patients sont un peu réticents aussi. Ils veulent qu'on gère tout en gros, donc c'est délicat. »*

*MG8 « Moi je me sens des fois un peu bloqué quand la personne en face n'est pas réceptive à l'ouverture du dialogue avec la ou les soucis qu'il a au travail. »*

## b. Le patient « responsable » de la situation

- Des qualifications inadaptées aux exigences du poste de travail

*MG3 « Et puis il ne faut pas se leurrer, il y a des employés qui s'estiment en souffrance au travail mais **qui ne sont pas aptes à un travail**. Parce qu'eux aussi ont leurs lacunes. »*



MG7 « Je crois que malheureusement de plus en plus de personnes **ne sont pas à la bonne place**. Parce que le système broie les gens, ça j'en suis persuadé. Mais je pense aussi qu'un nombre de personnes ne sont pas à la bonne place. Parce que la **formation initiale des individus**, l'exigence de formation, fait qu'il y a des personnes **qui sont à des emplois qu'ils ne devraient pas avoir**, qu'ils n'auraient pas eu il y a quelques années, qu'ils ont maintenant et qui posent problème. Donc il y a un **problème de formation** des personnes. La bonne personne, au bon endroit. Je pense que ça pose le problème **de limite de compétence**. Et c'est pas limite de compétence seulement dans la théorie. "J'ai réussi mon examen et je suis compétent pour le faire". Mais c'est **être armé psychologiquement ou psychiquement pour affronter des univers difficiles**. »

- Une souffrance créée par le patient

MG3 « Ils peuvent être **incompétents**, peuvent avoir des problèmes psychologiques ou comportementaux. C'est pas forcément eux les victimes de la souffrance mais parfois eux-mêmes **génèrent la souffrance des autres**. Et puis en répercutent la monnaie de leur pièce. »

MG9 « Je pense qu'il y a des gens qui sont foncièrement procéduriers qui **se régaler**. »

## 5. Les limites des propositions du médecin généraliste

### a. Une sensation d'impuissance face à une cause liée au monde du travail

- Une situation stagnante

MG1 « Moi j'ai l'impression que **je peux traiter le symptôme mais que je ne peux pas traiter la cause**. »

MG5 « Facile de comprendre qu'il y a quelque chose qui ne va pas avec le travail, après le problème c'est : **qu'est-ce qu'on en fait ?** »

MG8 « Mais c'est vrai que comme on n'a pas les deux interlocuteurs, c'est ça qui me pose souci. Puisqu'**on ne sait pas trop sur quoi appuyer comme levier pour débloquer les situations**. »

- Une méconnaissance de l'environnement de travail du patient

MG7 « Bon burn out je peux l'identifier. Mais le **harcèlement je ne peux pas l'identifier**. »

MG8 « Moi je me dis que **je ne sais pas comment ça se passe au sein de l'entreprise**. Je ne connais pas le poste. **Je ne sais pas comment c'est aménagé**. Je ne sais pas **quel est vraiment son rôle**, je ne sais pas **ce qui est possiblement aménageable**. »

Les médecins généralistes ne considèrent pas que leur implication dans le monde du travail serait contributive pour la prise en charge du patient.

MG1 « Mais derrière **je ne leur demande pas comment**. . . Enfin sauf si c'est vraiment évident que la personne ne fait rien comme il faut. Je peux peut-être éventuellement lui suggérer des choses. Mais je pense que lui, **il vient pour te parler de la souffrance et pas pour que tu lui dises : "Utilisez un agenda"**. »

MG8 « C'est sûr qu'en appelant l'entreprise tu vas passer par trois personnes pour avoir la personne qui peut te répondre. Et **je ne suis même pas sûre qu'il me répondrait**. Mais dans tous les cas, ça serait assez chronophage pour moi. J'aurai beaucoup de mal à gérer ça. » ; « **Moi c'est pas parce que j'appelle une fois que j'aurais vraiment l'ambiance de l'entreprise**. On me dira peut-être des cracs, je ne pourrais pas savoir. »

- Des solutions dépendantes de l'emploi du patient

MG6 « Après **tout dépend de l'emploi**, tout dépend de qui il dépend. »

MG2 « Enfin c'est compliqué le reclassement professionnel. Parce qu'au sein d'une entreprise, à part vraiment les gros gros trucs où il y a vraiment beaucoup de travail différent dans l'enceinte d'une entreprise. . . Celui qui bosse chez LIDLE caissière, bah au final **le reclassement ça n'existe pas**. »

MG9 « De toutes façons elle je lui dis : " Même si vous changez d'EPHAD, on va arriver très rapidement sur un licenciement ". De toutes façons, **je ne vois pas dans quelle EPHAD elle pourra s'épanouir à l'heure actuelle**. »

#### b. Une coordination avec la médecine du travail imparfaite

- Un contact insuffisant d'après certains médecins

MG7 « **On ne travaille pas assez avec eux**. Si tu ne prends pas ton téléphone, tu ne les appelles pas, tu ne fais pas un peu le forcing, **tu n'as jamais de nouvelles**. Ils ne t'appellent jamais, on n'existe pas. »

MG8 « Mais il est **difficile des fois d'avoir un lien** avec le médecin du travail. »

MG9 « C'est compliqué pour nous **de les avoir au téléphone, de travailler en cheville avec eux**, c'est un peu compliqué. »

- Une démarche qui incombe au patient

MG5 « C'est pas toujours évident, d'autant que **c'est le patient qui doit prendre rendez-vous**. »

- Une accessibilité compliquée pour les patients
  - Une méconnaissance des services de médecine du travail par les patients

MG8 « Ils ne savent pas **qui est la médecine du travail qui les suit**. »

MG9 « Il y a beaucoup de gens **qui ne savent pas** qu'ils peuvent avoir accès très facilement à la médecine du travail. » ; « Moi je pense que **75%** des gens sont étonnés. »

- Des services surchargés avec un manque de médecins du travail

MG3 « (...) **qui n'a plus de service de médecine du travail**. Enfin si elles en ont un. Mais je crois que leurs médecins **sont en arrêt de travail**, pas remplacés. »

MG5 « Le problème c'est que les médecins du travail, **il n'y en a pas quarante mille** et que c'est des fois **pas facile d'avoir un rendez-vous assez rapide** avec le médecin du travail. » ; « Je sais bien **qu'ils sont surchargés**, qu'ils voient les patients qu'ils peuvent hein. »

- De longs délais de prise en charge

MG9 « J'insiste, parce qu'en plus **les délais pour avoir des rendez-vous** chez le médecin du travail, si tu tombes l'été, si tu tombes pendant les vacances scolaires... Les médecins du travail en fait ils sont sur plusieurs sites, donc tu arrives à les avoir le lundi mercredi sur un site. »

- Des propositions de solutions limitées

MG1 « **Les recours je pense, peut être que je me trompe, mais sont très...** Enfin pour voir le médecin du travail... Enfin je veux dire que s'ils n'ont pas d'autres postes et que c'est une entreprise de trois salariés, **je ne vois pas ce qu'il peut leur proposer.** »

MG2 « J'ai l'impression qu'il n'y a **pas toujours de propositions faites** à l'issue de leur consultation à la médecine du travail. Il dit " Bon il m'a vu mais il n'y a pas de propositions sur un reclassement. " »

- Un scepticisme sur l'indépendance du médecin du travail vis-à-vis de l'employeur

MG6 « Même si lui aussi est **tenu par l'employeur**, vu que c'est lui qui le paye. Donc **il y a toujours un biais.** »

MG5 « Il faut leur expliquer que le médecin du travail est **tenu au secret médical** exactement pareil que tous les médecins et que **son employeur ne sera pas forcément au courant** qu'il a consulté de son propre chef le médecin du travail. »

- Une réticence des patients à le rencontrer

MG4 « Ils **sont réticents** parce que soi-disant un avocat leur a dit qu'il ne fallait surtout pas qu'ils y aillent, qu'ils allaient être mis inaptés. Que ci que ça. Et ils ont **une appréhension à aller le voir rapidement.** »

- Un manque de suivi des patients

MG2 « Médecine du travail pareil **qui les revoit**, qui leur disent vous revenez à tel moment pour qu'on refasse le point. »

MG8 « Pour moi, c'est censé être la base du médecin du travail, et typiquement il fait de la prévention pour le risque et tout ça, mais **une fois que le risque est là, il est censé encore être là.** »

### c. Limites des psychothérapies proposées par le médecin généraliste

- Elles sont payantes :

MG4 « Les patients ne veulent pas aller voir les psychologues car c'est **payant.** »

MG9 « Psychologue, toujours pareil, **toujours pas remboursé.** Ils n'ont pas compris qu'il valait mieux voir un bon psychologue qu'un mauvais psychiatre. »

- La disponibilité des psychiatres est réduite

MG3 « Psychiatre le **problème c'est l'accès en ville,** pour trouver déjà un professionnel de disponible rapidement (...). »

MG9 « Au moins faire la démarche d'en avoir un, parce qu'après c'est pas pareil, vu **les délais d'attente** chez le psy c'est compliqué quoi. »

- La coordination entre le médecin généraliste et le psychiatre est insuffisante

MG9 « Le psy les retours, **tu n'as jamais de courrier,** ou très rarement. »

- Une prise en charge par les psychiatres non cautionnée par les médecins généralistes

MG9 « Les psychiatres, 95% font de la psychothérapie mais **ils assomment les patients.** Ils sortent facilement avec au moins anxiolytiques, hypnotiques et antidépresseurs. »

MG4 « Le psychiatre instaure juste un traitement et la **consultation dure cinq minutes.** »

## 6. Les limites dans la coopération avec l'employeur

- L'employeur est responsable de la santé des salariés

MG5 « Ça m'est arrivé plusieurs fois, plusieurs personnes sont arrivées, des patients différents et **qui avaient le même problème avec la même personne.** Donc... **C'est au directeur** à ce moment-là de dire "Bon, il y a un problème dans ce service. **Qu'est-ce qu'on en fait de ça ?**". Moi je ne peux pas gérer ça. »

- Mais il remet parfois en question les arrêts de travail des médecins généralistes

MG5 « Il m'est arrivé une fois, une seule fois, d'avoir **un employeur qui m'a téléphoné,** un petit peu remonté. En me disant : "Oui ce patient, vous l'avez arrêté.". "Ecoutez, je suis désolé, mais ça ne vous regarde pas.". "**Oui je pense qu'il abuse, machin.**" "Bah écoutez, si vous pensez qu'il abuse, vous voyez avec la sécurité

sociale et puis ... Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ?". Donc voilà ça m'est arrivé une seule fois ça, qu'un employeur se permette de me téléphoner par rapport à un de ses salariés que j'avais arrêté. »

MG6 « Il y a eu des essais, de l'employeur qui appelle, ça a tourné court assez rapidement. »

- Il ne respecte pas les préconisations de la médecine du travail et des médecins généralistes

MG5 « L'employeur a dit : " Bah voilà, c'est le cœur là ". Donc tout de suite le cœur c'est grave. Donc l'employeur lui dit : "Reprenez tranquillement, etc.". Puis tranquillement petit à petit... Au bout de trois ans elle est revenue en me disant : "Oh la la, j'en peux plus de nouveau". Je lui dis : "Mais comment ? Vous voulez refaire un tako tsubo ? Vous voulez que ça recommence ? Votre employeur il n'a pas réalisé qu'il faut un peu pfiou ...". Mais bon voilà, c'est quelque chose après un temps qui se réinstalle dans la routine et dans la façon de fonctionner du service et ce que vous avez fait il y a trois ans, c'est perdu. »

MG9 « Sur des vrais conflits avec l'employé, il peut y en avoir si le patient dit : "Le poste n'est pas adapté, on ne m'entend pas. Pourtant j'ai eu un avis du médecin du travail déjà qui disait que je ne peux pas soulever du poids, ou que je n'ai pas la chaise qui va bien, ou que je n'ai pas le poste qui va bien." ; « **Personne ne veut démordre de sa position.** »

- Il ne respecte pas l'application des arrêts de travail

MG8 « Il m'a dit "Tous les jours mon patron m'a appelé. J'ai pas réussi du tout à me reposer. Il a fallu que je gère des choses à distance.". Donc je lui ai rappelé que normalement, en cas d'arrêt maladie, son patron n'est pas censé lui fournir du travail par télétravail. »

## 7. Une prise en charge non médicale

- Une polyvalence non souhaitée

MG4 « J'ai toujours ce truc un peu de **dualité** qui fait que j'estime que ça n'est pas notre boulot non plus, (...) Ça n'est pas à moi de faire tout ce côté... Parce qu'on nous demande trop, et qu'en vingt minutes je ne peux pas. » ; « **On ne sait pas où est la limite du généraliste.** » ; « J'ai l'impression qu'on nous donne trop de place. » ; « **On doit être un peu tout à la fois.** »

- Il se sent comme un outil pour l'entreprise

MG3 « C'est un petit peu galère pour la prise en soin du patient. Puisqu'on me demandait **d'être à la fois le médecin traitant et le médecin du travail, d'émettre moi-même des certificats d'inaptitude** sur telle chose avec un patient qui me dit que je peux le faire. Enfin bon moi je suis toujours mal à l'aise de ce côté-là. »

MG9 « Plus ça va, plus on me demande des certificats genre "apte à la reprise" et tout. Bah moi je refuse, je dis non. Quelle valeur ça a ? Parce que nous on ne sait pas comment ça fonctionne dans l'entreprise. On ne peut pas aller voir. Nous ça nous met en porte à faux. » ; « Donc nous on nous a demandé deux-trois fois. Donc maintenant on fait des certificats qui ne servent à rien avec écrit "apte à la reprise sous couvert de l'avis du médecin du travail". Donc ça ne veut rien dire, c'est très bien, ils reprennent leur papier, ils sont contents. »

- Et comme un outil pour le patient

- Dans les procédures juridiques

MG4 « Quand en plus il y a le côté juridique, toi tu ne sais même pas ce que tu as le droit de faire vraiment, s'il a le droit de te demander d'être prolongé. Tu lui dis "Mais attendez, la sécu il faut quand même qu'on lui rende des comptes". Tout ça, je ne sais pas. J'ai l'impression que le patient ne se met pas non plus à notre place des fois. »

MG4 « Il m'a demandé même de mettre en accident de travail un malaise qu'il avait il y a un an quoi, un truc comme ça, (...), parce que son avocat lui avait dit de le faire. »

- Dans les procédures de prud'hommes

MG4 « Moi je suis en galère parce qu'il veut lancer aux prud'hommes, c'est compliqué. Il y a vraiment une question d'argent aussi. Il y a vraiment des trucs des fois je trouve que c'est pas le rôle du médecin pour le coup de gérer ça quoi, des conflits. Il me demande mon avis. L'avocat lui a dit qu'il fallait que je prolonge jusqu'à telle date. »

MG9 « Par contre les arrêts de travail qui durent avec prud'hommes, celles-là de consultation tu les vis mal (...). Ces gens-là, tu les vois revenir tous les mois. Au bout d'un moment, même s'ils sont en souffrance... Ça c'est des consultations hyper pénibles. C'est même pas des consultations. Le mec il vient chercher son arrêt de travail et c'est tout. Tu sers à rien. Le truc s'est enlisé complètement. »

- Sa responsabilité engagée

MG3 « Je sais que ça apporte aussi des problèmes à certains médecins qui ont parlé de burn out, qui ont fait des accidents de travail pour ce syndrome anxio-dépressif » ; « Il y a des confrères qui ne sont pas renseignés et qui s'aventurent là-dedans mais c'est très dangereux. »

MG9 « Je refuse systématiquement de faire des certificats. Il y a tellement d'histoire de médecin qui finissent au conseil de l'ordre pour un truc qu'ils ont écrit. Quand ça t'est arrivé une fois, je te promets tu es vacciné. Après tu dis non à tout. Des fois tu voudrais faire des trucs dans l'intérêt du patient, et quand ça t'arrive juste une fois, tu te dis "Oui mais en fait c'est un papier, il y a mon nom aussi dans l'histoire." »

## VI. Les solutions proposées par le médecin généraliste pour une optimisation de la prise en charge et de la reprise du travail des patients

### 1. Des solutions en prévention tertiaire pour faciliter la réinsertion socioprofessionnelle des patients

#### a. Faire des déclarations en accident de travail ou maladie professionnelle

- Déclaration en maladie professionnelle :
  - Une procédure peu connue des médecins généralistes

*MG1 « Je ne me suis jamais retrouvé dans une situation où j'ai eu à faire ça. C'est des procédures que tu lances quand les gens sont en arrêt depuis une durée très très longue. Donc je ne me suis jamais retrouvé dans cette situation-là. »*

*MG2 « Je crois que c'est reconnu maintenant en maladie professionnelle mais je n'ai jamais fait. »*

- La nécessité d'un avis pluridisciplinaire

*MG5 « Alors le premier arrêt, jamais. Parce que c'est compliqué. Je veux avoir une **évaluation multidisciplinaire avant de pouvoir faire la demande de mise en maladie professionnelle** (...). Le passage en maladie professionnelle est je pense un peu complexe, donc là c'est bien de ne pas être tout seul, au moins avoir un avis. »*

- Une maladie professionnelle rarement reconnue par la sécurité sociale

*MG6 « En maladie professionnelle, ça peut éventuellement. Mais c'est rare que ça débouche sur la maladie professionnelle. »*

- Délivrance d'un certificat médical d'accident de travail
  - Réalisée sous couvert d'une déclaration par l'employeur

*MG4 « J'avais mis en accident de travail parce qu'on était partis sur l'accident de travail. Ça avait été déclaré. Pour moi c'était plus simple, ça avait été légitimé par le boulot. » ; « Ils avaient fait la feuille tu sais. Donc moi j'ai juste répercuté le truc "malaise". Après j'ai mis fatigue, état anxio-dépressif. »*

*MG6 « C'est moi qui avait fait le certificat de déclaration initiale pour l'accident du travail mais l'employeur avait fourni la déclaration. »*

- Ou sur le fondement de faits objectifs

MG6 « Accident de travail ça peut arriver, s'il y a eu **un accrochage verbal**, ça s'appelle une agression quoi. Une **agression** ça peut être verbale aussi. » ; « Donc ça a tourné en accident de travail, ça a été déclaré en accident de travail. »

MG4 « Il me semble que je l'ai déjà fait mais pas souvent en tout cas. Si. Quand c'était suite à un malaise ou un traumatisme au boulot. Quand il y a eu **un problème au boulot vraiment déclencheur**. »

- Mais la plupart des médecins n'ont jamais fait de déclaration d'accident de travail pour un motif de souffrance psychique

MG8 « J'ai **jamais fait en accident de travail** ni en ... Parce que comme je te dis, malheureusement, pour moi en tout cas, la plupart des patients **m'évoquent un problème au travail, mais souvent c'est lié à d'autres phénomènes** en fait. Donc j'ai du mal à me dire que je le mettrai en accident de travail alors que le patient finalement en creusant me dit "Ah bah oui dans la famille, ça ne va pas aussi". J'ai l'impression que souvent **c'est un tout**. Et pour moi c'est un peu comme si tu as mal au cou. Bah certes c'est ton poste de travail, tu es assis toute la journée en avant, tu peux avoir mal au cou. Mais après dans ta vie courante, la personne elle dort sur un canapé tout moisi. Après ça fait **deux phénomènes** et du coup **c'est difficile d'incriminer que le travail, en passant sur un accident de travail**. »

MG3 « Déjà le burn out ça a été reconnu par un comité médical mais on ne peut pas le mettre sur les certificats parce que d'emblée **ça induit un problème avec l'employeur**. On n'en sait rien. **On n'est pas là pour juger**. »

- Des procédures longues

MG9 « Je pense que j'ai un patient pour lequel ça a été essayé par la psy. Ça a quand même fini par un licenciement. Je crois **qu'il a réussi, après trois ou quatre fois au tribunal** de la sécu machin. Je crois qu'il a réussi à avoir une rupture conventionnelle. Son syndrome anxio-dépressif a été **reconnu en accident de travail, après cinq ans de procédure**. »

## b. Le retour au travail

- Un même but recherché par les médecins et les patients

MG2 « **Elle se voit quand même revenir dans l'entreprise** parce que à la base elle aimait son travail. »

MG6 « Ça arrive souvent qu'avec un petit traitement et un peu d'arrêt de travail **ils arrivent à reprendre le même poste**. »



- Aidé par la possibilité d'un recours au temps partiel

MG2 « Elle envisage de reprendre peut-être en *mi-temps thérapeutique* initialement pour ensuite reprendre un plein temps. »

MG5 « Il y a eu un moment de pfff... Une espèce d'effondrement. C'est pour ça que ça a duré longtemps avant qu'elle puisse reprendre le travail et elle a même *repris le travail à temps partiel*. »

- Mais on observe des échecs et des rechutes

MG4 « Parce que des fois tu remontes le dossier et tu vois que *deux ans plus tôt il y a eu la même chose*. »

MG6 « Il y en a qui ne reviennent pas, *il y en a qui reviennent*, c'est pas tranché. »

### c. Un éloignement définitif du poste de travail

- Un reclassement professionnel

MG2 « Ça va leur permettre de savoir eux est-ce qu'il y a un *reclassement professionnel* qui est possible au sein de la même entreprise. »

- La démission

MG2 « "Bah oui moi de toute façon je veux *démissionner*." »

Mais les médecins abordent le côté financier d'une démission :

MG5 « C'est pas toujours facile. Et quand on sent qu'il y a vraiment un problème au niveau du travail, le problème des patients, c'est qu'*ils ne veulent pas lâcher leur emploi* parce que "qu'est-ce qu'on fait quand on lâche un emploi ? ", *si on démissionne en plus, donc on n'a le droit à rien*. »

MG9 « *Démission, on est sur un problème financier*. » ; « Parce que si c'est toi qui *démissionne, il n'y a pas de chômage*. »

- La rupture conventionnelle

La rupture conventionnelle est la solution la plus avantageuse pour le patient.

MG4 « Rupture après conventionnelle qui commence à être envisagée. »

MG8 « Il a profité de l'arrêt pour voir comment il pourrait sortir de l'entreprise, donc il a demandé un *accord à l'amiable* avec le patron pour ne pas qu'il ait de répercussions. »

Mais cela représente un coût financier pour l'employeur.

MG9 « *Très rarement, les ruptures conventionnelles*. Parce que ça, ça coûte du fric à l'employeur. Ou alors ils acceptent s'il y a une petite ancienneté. Parce que du coup ça ne leur coûte pas énormément. Dès qu'il y a

*une ancienneté, ils se démerdent, enfin j'ai l'impression en fait... C'est un jeu de dupe l'histoire. Tout le monde essaie d'avoir l'autre à l'usure quoi. Donc souvent ça finit par une **inaptitude au poste**, ce qui te permet d'avoir qu'un mois de délai de carence et d'aller t'inscrire au ASSEDIC directement. »*

- **Le licenciement**

*MG9 « Je pense qu'il y a des sorties qui sont trouvables au sein de l'entreprise. Mais franchement la plupart du temps je trouve que ça finit par un **licenciement pour inaptitude au poste**. J'ai l'impression que globalement ça finit toujours comme ça, parce que personne ne veut démordre de sa position. »*

Pour permettre ces différentes solutions, les médecins généralistes notent qu'un avis médical est nécessaire afin d'acter une inaptitude ou une invalidité. Les patients peuvent aussi avoir recours aux procédures de prud'hommes.

- **L'inaptitude**

- Pour un médecin, la souffrance au travail ne peut pas entraîner une inaptitude.

*MG1 « C'est-à-dire que je ne me suis jamais retrouvé dans une situation où je dois faire un... Enfin que la **souffrance au travail soit la cause d'une inaptitude**, ça ne m'est jamais arrivé. Enfin de toutes les façons tu ne peux pas être... Parce qu'ils vont être inaptes pour un poste dédié mais ils ne vont pas être inaptes au travail. »*

- Pour d'autres, l'inaptitude est l'ultime solution

*MG9 « Donc en fait dans le meilleur des cas, ça finit par une **inaptitude au poste**. »*

- **L'invalidité**

*MG6 « Et c'est en train de tourner en **mise en invalidité**. »*

- **Les procédures de prud'homme**

Des patients se lancent dans des procédures de prud'hommes afin d'obtenir des indemnités financières.

*MG4 « Moi j'ai plein de patients qui sont maintenant lancés dans les trucs de **prud'hommes** et compagnie. »*

*MG7 « Personnellement, j'ai été quand même aux **prud'hommes** pour une secrétaire qui disait que je la harcelais. Ça m'a donné à réfléchir quand même. Elle cherchait de l'argent. »*

- **La retraite anticipée**

*MG6 « Et c'est en train de tourner en mise en invalidité, avec une **retraite anticipée** pour invalidité. »*

## 2. Des pistes pour l'optimisation de la reprise du travail des patients

### a. Une amélioration des connaissances des médecins généralistes

MG4 « *Des formations peut être avec des psychologues.* »

MG3 « *Des groupes facebook de partage de situations, de connaissances comme le divan.* »

MG3 « *Mon groupe de formation médicale à Montpellier... C'est un des thèmes qui sera abordé au cours des prochaines semaines, début 2020, justement. C'est le thème d'une formation sur la souffrance au travail. J'apprendrais probablement beaucoup de choses. C'est fait avec deux médecins du travail, le Dr Marylène Serventes qui est à l'AMETRA et le Dr Geneviève Bernadou.* »

### b. Une coordination entre les différents intervenants et un réseau de soins

#### ▪ Une coordination :

MG1 « *De voir comment les médecins du travail font.* »

MG8 « *J'aimerais bien avoir les médecins du travail au téléphone.* »

#### ▪ Un suivi des patients par tous les intervenants de la prise en charge :

MG2 « *Médecine du travail pareil qui les revoit, qui leur dit vous revenez à tel moment pour qu'on refasse le point.* »

#### ▪ Un réseau :

MG2 « *Plus on est autour de la personne sur n'importe quelle pathologie, meilleure est la collaboration.* »

MG3 « *Voilà c'est beaucoup plus simple quand on a des salariés qui dépendent d'un service autonome comme l'AMETRA, l'AIPALS sur Montpellier.* » ; « *J'aurai besoin surtout qu'il y ait plus d'accessibilité à la médecine du travail dans certaines filières. Peut-être plus souvent l'avis d'un médecin conseil et puis l'accès à la psychiatrie dans l'accès au soin.* »

MG7 « *Il y a une fusion de la médecine du travail qui est prévue. AMETRA/AIPALS. Tout ça doit fusionner en un seul grand groupe. Je pense qu'on a vraiment un travail à faire parce que nous on est sur le terrain.* » ; « *Donc collaboration plus étroite avec le médecin du travail.* »

MG4 « *D'avoir des bons praticiens qui t'aident si tu veux, ça c'est bien.* »

### c. Un suivi de la prise en charge avec des retours des patients

MG1 « **Avoir du retour** par rapport à ça peut être. Parce que souvent les gens te consultent initialement pour ça puis une fois que leur problème est réglé ils ne **reviennent pas te dire quelle a été la suite ou si la situation s'est décantée.** »

MG8 « Je pense qu'il faut **suivre le patient, même quand il a repris.** Et la plupart du temps je les revois, même quand ils ne sont plus en arrêt. Je leur demande de revenir pour faire un point avec eux, pour savoir comment ils ont réussi à adapter leurs conditions au travail. Parce qu'après c'est le patient qui vient un peu en victime dans cette situation. » ; « C'est vrai que **d'avoir le suivi** et le soutien, **ça optimise aussi la reprise.** Comme ça ils **se sentent accompagnés pour la suite**, au cas où ça ne va pas de nouveau. Je leur dis quand ils reprennent : " On fait une reprise, mais après si ça ne va pas de nouveau, on reverra ensemble et on en discutera." Je leur laisse la porte ouverte à possiblement d'autres traitements, ou un nouvel arrêt si vraiment c'est catastrophique. »

### d. Une prise en charge psychologique remboursée

MG2 « S'il y avait des **psychologues du travail** dans toutes les médecines du travail, je pense que ça serait bien. »

### e. Des recommandations de la Haute Autorité de Santé

MG4 « J'ai besoin que la sécu ou que l'HAS... J'en sais rien. Des organismes, **nous cadrent mieux les choses**, en disant " Bah voilà, quand c'est lié à une souffrance au travail, **on bascule en accident de travail, on informe le médecin du travail dans tel délai.**" Peut-être que ça c'est des idées si tu veux. Que ce soit bien cadré, au niveau de la CPAM, **que ça ne soit pas selon le patient**, s'il a vingt ans ou cinquante ans, une prise en charge différente, **que ce soit un peu cadré.** » ; « Nous **on saurait ce qu'on a à faire**, un peu comme petit soldat. C'est pas bien non plus d'un côté. On pourrait faire le soutien mais **on aurait un plus. Les patients comprendraient** que voilà, là il faut aller voir le médecin du travail, même si on n'a pas envie d'aller le voir, même si on n'a pas envie d'aller dire il faut faire une rupture. »

### f. Un dépistage

MG7 « Donc la première porte les gens ils viennent là. Et on a à **s'organiser dans le dépistage.** C'est-à-dire à poser simplement la question aux personnes, d'avoir le temps : "Mais vous faites quel travail?". Enfin de prendre le temps, trente secondes. Mais c'est pas organisé comme ça nos fichiers, à aucun moment tu as marqué " Quel est le job du patient ? ". Jamais on se dit "Attention". Regarde ta formation initiale. A un moment on t'a dit : "Il faut vraiment mettre l'accent là-dessus, structurer le dossier patient autour, enfin pas autour mais avec les facteurs de risque de travail ? ". C'est déjà pas mal, **si tu fais ça. Tu limites la casse.** »

### I. Discussion sur la méthodologie

#### 1. Intérêt de l'étude

Le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de la souffrance au travail n'avait pas encore été étudié dans les différentes thèses que j'ai consultées. Cette étude vient donc compléter les travaux existants.

#### 2. Force

L'échantillonnage a permis de constituer un groupe hétérogène, composé de médecins généralistes ayant des profils variés au niveau du mode d'exercice de la profession, de l'âge, de l'expérience et du lieu d'exercice. La plupart de ces médecins ont fréquemment été confrontés à des patients en souffrance au travail.

L'enregistrement par dictaphone numérique était de bonne qualité audio ; cela a permis de retranscrire tous les entretiens mot à mot, sans perte d'information verbale.

Afin de limiter les biais externes, les entretiens ont été réalisés dans un environnement familier pour les médecins, ce qui a pu les inciter à parler plus librement de leur pratique. Ils n'ont de plus pas été réalisés sur une plage de consultation, ce qui leur a laissé le temps souhaité pour s'exprimer, sans facteur stressant extérieur.

Les entretiens ont été retranscrits et analysés au fil de l'eau, ce qui a permis d'orienter les entretiens suivants sur les thèmes peu abordés.

#### 3. Des biais

On observe plusieurs biais dans cette étude :

##### a. Des biais de sélection

L'échantillonnage n'ayant pas été réalisé au hasard, il n'est pas représentatif. Les médecins ayant répondu favorablement à l'étude sont tous installés en milieu urbain. La tranche d'âge 40-50 ans est peu représentée, car les entretiens prévus n'ont pas pu être réalisés (absence de créneaux

disponibles pour les médecins entre décembre 2019 et février 2020, puis contexte de l'épidémie du coronavirus).

Les médecins interrogés sont tous des médecins ayant une pratique médicale de groupe, intéressés par la formation, et recevant des remplaçants régulièrement, ce qui leur permet d'avoir des interactions avec plusieurs médecins.

L'échantillon est de petite taille et issu d'une même zone géographique donc il ne peut pas être extrapolé à la population générale. Les résultats de l'étude ne peuvent pas être généralisés à la population nationale, chaque département ayant des caractéristiques propres.

#### b. Des biais d'investigation

Les entretiens ont été réalisés par un enquêteur non expérimenté dans l'exercice de l'entretien semi-dirigé. Il a été choisi de laisser le répondant s'exprimer et de ne pas aborder les thèmes oubliés. De ce fait, tous les médecins généralistes n'ont pas donné leur opinion sur tous les thèmes abordés ce qui diminue le panel des réponses possibles. Les demandes de reformulation ou de précision ont pu être subjectives.

Du fait de la personnalité de l'enquêteur et de l'enquêté, il peut y avoir un manque de compréhension ou une réticence à se confier.

#### c. Des biais d'interprétation

L'analyse des données n'a été effectuée que par l'enquêteur.

Beaucoup de données ont rapidement été collectées. Compte tenu des informations et des idées recueillis dès les premiers entretiens et de l'accumulation des redondances, ils ont été arrêtés, d'autant qu'il était impossible d'en réaliser de nouveaux, malgré l'absence de représentations des différentes classes d'âge de médecin.

## II. Ce qui ressort des résultats

### 1. La perception par le médecin généraliste de son rôle dans la prise en charge de la souffrance au travail

#### a. Une contextualisation de la souffrance au travail

Les médecins généralistes confirment par leurs propos le contexte socio-économique présenté dans la première partie de la thèse : pour eux, la souffrance au travail est un motif de consultation nouveau et fréquent, qu'ils mettent en relation avec une évolution de la société et du monde du travail. Ils abordent les points du taux de chômage élevé (4), qui freine la mobilité des salariés, et des conditions de travail dégradées (5). C'est un « *mal du siècle* », qui peut d'après eux toucher toutes les catégories socioprofessionnelles et plus spécialement les patients investis dans leur travail. Ils s'étonnent tout de même de ces changements récents du monde du travail, et s'interrogent pour certains sur la formation reçue par les managers et les employés. Ils y voient les conséquences probables d'une dégradation du niveau des études, et déplorent que des formations ne permettent pas aux salariés d'être mieux armés face aux difficultés du travail. Ils expriment déjà par cette contextualisation un premier ressenti : ils ne peuvent pas agir sur les causes de la souffrance au travail.

#### b. De bonnes connaissances sur le sujet

Les entretiens révèlent que la souffrance au travail est un sujet connu des médecins généralistes. Ils lui attribuent des symptômes psychiques et physiques, identifient des facteurs de risques psychosociaux en cause, et ont différentes solutions à proposer aux patients, même s'ils déplorent un manque de formation initiale sur le sujet au cours de leurs études de médecine.

Les médecins généralistes se considèrent comme le premier recours du patient dans les soins, du fait de leur accessibilité. Ils peuvent proposer des rendez-vous rapides, ils acceptent tous les motifs de consultation, ils ont établi une relation de confiance avec le patient. Ils ont donc un rôle de soutien, d'écoute, d'accompagnement, en bon médecin de famille. Mais qu'en est-il dans la prise en charge de la souffrance au travail ? Pour eux, le déroulement de la consultation va dépendre du profil du patient et de ses symptômes ainsi que de l'état d'esprit du médecin au moment de la consultation. Ils soulignent que ce sont des consultations longues et chronophages, qui nécessitent un temps d'adaptation. Certains médecins généralistes ne se sentent pas concernés ni intéressés par le sujet. D'autres évoquent une appréhension des consultations, due

à un sentiment d'impuissance face à cette problématique qu'ils ne peuvent pas objectiver. Cela entraîne un état de mal-être, qui les conduit à se remettre en question. La plupart considère que l'expérience est importante pour améliorer leur prise en charge.

Les médecins interrogés souhaiteraient donc renforcer leur formation sur leur rôle dans la prise en charge et le cadre légal de la souffrance au travail, ainsi que sur les types de thérapies psychocognitives qui peuvent être prescrites. Ils pensent qu'un retour d'expérience des patients sur les diverses propositions qui leur ont été faites pourraient les aider à appréhender les consultations. Des Formations Médicales Continues ont récemment été organisées dans le département de l'Hérault sur la souffrance au travail par l'association FMC 34, et de nombreuses soirées de formation sont proposées sur le sujet par divers organismes (association de patients, laboratoires pharmaceutiques) afin de sensibiliser les médecins généralistes à cette problématique. La plupart des médecins interrogés pour cette thèse y avaient participé. Des groupes de paroles sont aussi présents sur les réseaux sociaux (Facebook, Twitter) ce qui permet un échange d'expérience de médecins de différentes spécialités.

#### c. Un dépistage tardif

Les médecins généralistes interviennent dans le dépistage des pathologies chroniques. Or dans la souffrance au travail, ce sont les patients qui abordent le sujet. Face à tout état de mal être, les médecins généralistes recherchent tout de même une cause liée au travail et les patients ne seraient pas réticents d'après eux à évoquer cette problématique. On a vu que des échelles existent pour évaluer une souffrance psychique ou un burn out, mais on constate que les médecins généralistes ne les utilisent pas car ils n'en ressentent pas le besoin. Afin de limiter une désinsertion socio-professionnelle, les médecins pensent qu'effectuer un dépistage précoce serait nécessaire. Le facteur temps des consultations serait limitant d'après un des médecins interrogés.

#### d. Une relation avec le travail, qui implique une coordination de soins

Dans la souffrance au travail, les médecins généralistes se trouvent devant une problématique dont ils ne peuvent maîtriser pas la cause. En effet, la pathologie qu'ils doivent traiter ne peut pas être diagnostiquée uniquement à l'aide de critères objectifs, mais dépend aussi de la parole du patient et de sa perception du lieu de travail. Ils doivent pourtant s'impliquer, et prendre des décisions thérapeutiques. Ils déplorent leur rôle de « décisionnaire » qui les conduit à enquêter sur la souffrance du patient et à porter un jugement sur les symptômes motivant des solutions



thérapeutiques. Ils soulignent la contradiction de devoir être « *empathique* » mais « *objectif* ». Ce ressenti est amplifié par la pression exercée par le patient qui attend une solution à sa demande, par les comptes qu'ils doivent rendre à la sécurité sociale et par le comportement de certains patients qui recherchent des « bénéfices secondaires ». Certains médecins ont choisi de traiter simplement les symptômes de la souffrance qu'ils objectivent, sans rechercher la cause, mais cela ne suffit pas dans les cas de souffrance chronique.

La prise en charge est donc limitée par le fait que le médecin généraliste n'a pas la possibilité d'agir sur la cause de cette souffrance. L'anamnèse de la souffrance le confronte à l'organisation du travail, domaine qu'il ne connaît pas, et qu'il ne peut pas juger. Il est impuissant et sait qu'il n'apportera pas de solution efficace et rapide au patient. Il a donc besoin de s'appuyer sur d'autres intervenants qui le relayeront auprès de lui. Or la mise en place d'une telle coordination de soins dépend de sa perception des différents intervenants, que ce soit la médecine du travail, le médecin conseil de la sécurité sociale, les psychothérapeutes ; cela peut conduire à une absence d'orientation.

- La relation avec le médecin du travail

Les médecins généralistes considèrent la médecine du travail comme un maillon essentiel de la chaîne de prise en charge. Ils ont, pour la plupart, une bonne image du médecin du travail, à qui ils confient donc leurs patients. Ils reconnaissent son rôle de spécialiste, qui complète leurs lacunes sur le monde du travail et qui a la possibilité de traiter la cause de la souffrance en intervenant sur le lieu de travail, en interagissant avec l'employeur et en ayant un rôle d'alerte. Ils trouvent que les médecins du travail sont impliqués, et apportent des solutions aux patients, que ce soit pour une réinsertion professionnelle, avec une adaptation du poste ou un reclassement professionnel, ou une aide à la sortie de l'entreprise en déclarant une inaptitude. Les médecins du travail permettent aussi l'accès pour le patient en souffrance à des psychothérapies qui sont prises en charge financièrement par l'employeur. Mais les médecins généralistes notent que la participation du médecin du travail à la prise en charge peut s'avérer compromise du fait d'une accessibilité limitée, soit parce que les patients ne connaissent pas le service de médecine du travail dont ils dépendent, soit parce qu'ils se retrouvent face à de longs délais d'attente pour obtenir une consultation. Il arrive aussi que les patients choisissent de ne pas prendre rendez-vous. De plus, les médecins du travail n'ont pas toujours de solution à proposer, car pour certains emplois, la résolution du problème ne relève pas du milieu médical. Les médecins généralistes font aussi ressortir une surcharge de travail des services de médecine

du travail qui manquent d'effectifs. S'ajoute à cela de la défiance à l'égard de la médecine du travail, certains médecins généralistes et leurs patients étant sceptiques sur son indépendance vis-à-vis de l'employeur, malgré la connaissance de l'obligation du respect du secret médical. Toutefois, les médecins généralistes évoquent la nécessité d'un suivi des patients par la médecine du travail, notamment après la reprise du travail.

- La relation avec les psychiatres

Les psychiatres sont les spécialistes de la santé mentale, et leur avis est indispensable en cas de demande de reconnaissance en maladie professionnelle de pathologies psychiques liées à la souffrance au travail. Une coordination entre le médecin généraliste et le psychiatre paraît donc nécessaire afin d'améliorer les prises en charge des patients en souffrance au travail chronique. Or, comme constaté dans les thèses du Dr M. Habert en 2009 puis du Dr M. Duret en 2014 (34), il ressort des entretiens que la coordination avec les psychiatres est limitée du fait d'un manque de disponibilité de cette spécialité en ville, et d'une prise en charge sur laquelle les médecins généralistes expriment des réserves. Ces derniers indiquent que les psychiatres prescrivent trop souvent des médicaments, et qu'ils regrettent leur manque de retour sur la prise en charge réalisée. Ils sont donc réticents à adresser leurs patients chez un psychiatre. Une étude réalisée en 2016 par le Groupe de travail Santé mentale URPS médecins libéraux Ile-de-France sur le rôle des psychiatres libéraux dans la souffrance au travail (38), fait ressortir le point de vue des psychiatres qui relatent que les patients leur sont envoyés trop tardivement pour avoir une action efficace et qu'ils ne sont pas favorables aux thérapies médicamenteuses. Les médecins généralistes orienteraient leurs patients vers le psychiatre lorsqu'ils sont face à des durées longues d'arrêt de travail.

- La relation avec les médecins conseils de la sécurité sociale

Les médecins s'appuient sur les recommandations de la sécurité sociale (39) pour limiter la durée des arrêts de travail, qui préconise quatorze jours d'arrêt pour le motif de trouble anxio-dépressif mineurs. Ils utilisent aussi le recours au médecin conseil de la sécurité sociale pour contrôler les arrêts de travail et se dédouaner de leur rôle de « décisionnaire » avec lequel ils sont peu à l'aise. Devant des arrêts de travail longs qui résultent d'une incapacité à la reprise du travail, le médecin conseil de la Sécurité sociale pourra déclarer une invalidité. Il est également habilité à établir le lien entre l'état de santé du patient et le travail. Le médecin généraliste le voit donc un acteur important de la prévention tertiaire.

Il est en effet difficile pour les médecins généralistes d'imputer la souffrance psychique seulement au travail. Celle-ci peut être liée à la personnalité du patient, à une souffrance dans sa vie personnelle associée ou à une pathologie psychiatrique sous-jacente. Les médecins généralistes sont unanimes sur l'impossibilité, à leur niveau, de relier au contexte professionnel le motif des arrêts de travail et donc de réaliser des certificats d'accident de travail ou de maladie professionnelle, sauf si l'employeur a fourni une déclaration d'accident de travail. Ils constatent de plus que les demandes de reconnaissance en accident de travail ou en maladie professionnelle pour un motif en rapport avec la souffrance au travail sont rarement acceptées par la sécurité sociale et que les procédures sont longues. La prise en charge par les médecins généralistes de la souffrance au travail a, de ce fait, peu de répercussion sur les entreprises.

Les médecins généralistes pourraient s'appuyer sur les centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP), qui ont été peu cités dans les entretiens. J'ai pu m'y rendre dans le cadre de la réalisation de cette thèse et rencontrer le Dr Roulet, médecin au CCPP de Montpellier. Les CCPP ont pour rôle de rechercher l'origine professionnelle d'une pathologie (cancer, TMS, allergie), d'aider le médecin du travail à établir la compatibilité de l'état de santé et de l'aptitude à l'emploi quand son avis est contestable, d'orienter les patients reconnus comme travailleurs handicapés en recherche d'emploi, pris en charge par Cap emploi, de suivre les patients exposés à l'amiante. Le Dr Roulet constate que les patients sont adressés au CCPP principalement par les médecins du travail dans le but d'obtenir une déclaration en maladie professionnelle ou un avis d'aptitude, mais aussi par des médecins généralistes ou hospitaliers. A l'issue d'une consultation dans le cadre de la souffrance au travail, les patients sont systématiquement orientés chez un psychiatre pour attester d'un syndrome dépressif, permettant une mise en inaptitude ou une déclaration en maladie professionnelle. A noter que les médecins du CCPP sont aussi tenus, dans leur déclaration en maladie professionnelle ou accident de travail, de ne jamais faire de lien avec le travail, car cela engagerait leur responsabilité et pourrait faire l'objet d'une sanction disciplinaire. L'enquête est du ressort exclusif de l'assurance maladie. Les CCPP ont donc pour rôle un soutien administratif, permettant d'apporter des solutions au patient pour sortir de l'emploi. Le CCPP de Montpellier comptabiliserait environ 600 consultations par an dont trois par semaine concernent des motifs de souffrance au travail.

#### e. Eviter la désinsertion socio-professionnelle

Les médecins généralistes constatent l'impossibilité de généraliser une conduite à tenir face à la souffrance au travail, chaque situation étant différente. La prise en charge va consister en une évaluation de la demande du patient, en un dépistage du retentissement de la souffrance, en une orientation vers la médecine du travail ou d'autres spécialistes, l'objectif étant de réduire le nombre et la durée des arrêts de travail. En effet, ils observent que les patients sont amenés à les consulter pour obtenir un arrêt de travail, ce qui leur pose problème. Ils y voient un intérêt initialement, grâce à l'éloignement du facteur prédisposant, pour permettre du repos favorisant la réflexion, et mettre en place des thérapeutiques. Mais, ils trouvent que les arrêts de travail n'aident pas à résoudre le problème au travail de leurs patients, qu'ils induisent un ressassement non bénéfique, et qu'ils aggravent le risque de désinsertion socioprofessionnelle. Ils tentent donc de réduire ce risque en réévaluant fréquemment le patient, mais se retrouvent toujours confrontés à des arrêts de travail longs, sans perspective de reprise du travail. Ils constatent aussi que les récurrences sont fréquentes. Cette vision est partagée par les psychiatres libéraux (38).

En France, les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail sont limitées à une durée de 360 jours par période de trois ans consécutifs, que ce soit pour un ou plusieurs arrêts maladie. Cette durée est augmentée à trois ans pour les patients atteints d'Affections Longue Durée (ALD).(40) Pour éviter des arrêts de travail prolongés débouchant sur des invalidités, les services de médecine du travail (comme l'a souligné le MG9) ainsi que la Sécurité Sociale proposent déjà des interventions dédiées à la remise au travail des patients par le biais de formations et de reprises progressives. Cette prise en charge étant essentielle pour éviter une désinsertion socioprofessionnelle, les médecins généralistes émettent l'idée de recommandations établies par la Haute Autorité de Santé pour encadrer la prise en charge de cette pathologie, et donc limiter un retard de coordination des soins.

#### 2. La perception par le médecin généraliste de ses limites dans la prise en charge de la souffrance au travail

Les résultats montrent que les médecins généralistes se sentent dépassés par le versant non médical qu'entraîne cette pathologie. La prise en charge implique des compétences administratives et juridiques pointues en raison de l'intervention de l'inspection du travail, des avocats, du tribunal des prud'hommes.

#### a. Les rôles du patient et de l'employeur

On retrouve dans la thèse du Dr MICHAUT-VACHER Hélène, soutenue en 2015, que « *Deux écoles s'affrontent actuellement. Celle menée par C.DEJOURS et la sociologie du travail, qui fait porter la responsabilité principale de la souffrance au travail au mode de management. Et en face une explication plus psychologisante centrée sur la responsabilité de l'individu. La cause principale de la souffrance est à chercher dans le parcours personnel du salarié, il faut alors développer sa capacité à s'adapter aux nouveaux enjeux du travail. C'est bien une explication collective qui s'oppose à une explication individuelle. Dans un cas c'est l'entreprise, la structure et ou le système qui doivent évoluer, dans l'autre c'est l'individu.* » (36). Ce que confirme les résultats de cette étude.

Les médecins généralistes mettent en avant leur position de « chef d'entreprise » pour justifier une vision de la souffrance au travail d'un point de vue de l'employeur. Ils pensent que celui-ci n'est pas le seul responsable de la souffrance au travail ni le seul acteur dans la résolution du problème. Ils veulent faire comprendre au patient son rôle essentiel dans le processus de prise en charge.

Le patient est vu par le médecin comme un acteur de sa guérison. Il va donc essayer de lui en faire prendre conscience. Il peut le conseiller, l'orienter, lui proposer un suivi psychologique, des arrêts de travail, des traitements, afin que le patient soit en état d'affronter la situation. Mais il ne peut pas faire les démarches administratives à sa place ni résoudre les conflits. Sans la coopération du patient, le médecin se retrouve impuissant. Mais les médecins peuvent être confrontés à la réticence de certains de leurs patients qui rejettent la prise en charge. De même, ils ne pourront pas agir en cas d'inadéquation entre les qualifications des patients et le poste de travail qu'ils occupent.

Face au patient qui se trouve dans une impasse, le médecin généraliste n'a pas beaucoup de solutions à apporter. Il n'a pas le pied dans le monde de l'entreprise. La réinsertion socioprofessionnelle ne peut donc pas se faire sans l'implication de l'employeur. Conformément à la législation, ces derniers ont pour rôle de déclarer les accidents de travail, de prévenir les risques psychosociaux, d'adapter les postes de travail. Lorsque l'employeur est responsable du problème interne à l'entreprise, le médecin généraliste peut difficilement l'associer au processus de prise en charge du patient. Certains médecins ont même souligné que l'employeur peut devenir un « adversaire », en remettant en question les arrêts de travail et en ne respectant pas les préconisations du médecin de travail. L'absence de soutien des employeurs représente donc

un frein à la prise en charge de la souffrance au travail. La seule solution qui s'offre alors au patient est l'éloignement définitif de la situation au travail qui cause sa souffrance, donc le licenciement, la démission, ou la rupture conventionnelle. La rupture conventionnelle concerne les salariés en contrat à durée indéterminée (CDI). Elle se fait d'un commun accord entre l'employeur et le salarié. L'employeur doit verser une indemnité au salarié, qui varie en fonction de l'ancienneté et de la rémunération. La rupture conventionnelle permet de conserver pour le salarié le droit aux allocations chômage. (41) Le licenciement pour motif personnel ou économique donne droit à une indemnité financière à tout salarié en CDI, sauf dans le cas d'une faute grave ou lourde. Le salarié licencié doit justifier d'au moins huit mois d'ancienneté ininterrompus au service du même employeur. Quelle que soit la cause du licenciement, le droit aux indemnités chômage est conservé pour les salariés.(42) La démission correspond à la rupture d'un contrat à l'initiative du salarié. Un préavis peut être demandé par l'employeur qui n'a pas d'indemnité à verser. Le droit aux allocations chômage peut être conservé pour certains motifs de démission et sous condition.(43) Mais le médecin généraliste est conscient que si le patient le consulte, c'est que sa situation ne lui permet pas de bénéficier de ces options. Le patient n'a alors d'autre choix que de s'engager dans d'autres procédures, entraînant avec lui son médecin généraliste sur un terrain qui n'est pas de son ressort.

b. Où s'arrête le rôle du médecin généraliste ?

Les médecins généralistes sont habitués à apporter des solutions immédiates aux patients. Mais dans la souffrance au travail, les thérapeutiques médicamenteuses sont peu instaurées en première intention, les psychothérapies ont un coût, les arrêts de travail ne peuvent pas être prolongés indéfiniment. Ils savent que délivrer des certificats médicaux engage leur responsabilité car ils peuvent être utilisés à des fins procédurales par les employeurs et les avocats. Devant la souffrance des patients, peut naître de la compassion qui les amène à proposer de telles solutions, quitte à prendre le risque d'être instrumentalisés. En intervenant de la sorte, les médecins ont l'impression de faire de la prévention tertiaire et de permettre à leurs patients d'obtenir une réparation financière. Mais ils s'interrogent sur les limites qu'ils ne doivent pas franchir. Sont-ils vraiment libres de délivrer toutes sortes de certificats comme pourraient le croire les patients qui viennent les solliciter ? Les certificats médicaux sont encadrés par l'Article R. 4127-76 du code de la santé publique : *"L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite*

*par les textes législatifs et réglementaires.* ". Les médecins se doivent donc de refuser les certificats qui reposent sur une demande abusive ou illicite ou ceux qui sont demandés par un tiers, sauf exception prévue par un texte législatif. Le Conseil de l'Ordre souligne que beaucoup de certificats médicaux demandés au médecin ne reposent sur aucun fondement juridique ou ne comportent aucun contenu médical. Il appartient alors au médecin d'apprécier s'il y a lieu ou non de délivrer le certificat demandé.(44) Le Conseil de l'Ordre note que plus de 20% des plaintes enregistrées auprès des chambres disciplinaires de première instance concernent des certificats médicaux. En cas de condamnation, la sanction peut être un avertissement, un blâme, une interdiction d'exercice avec ou sans sursis de la médecine pouvant aller jusqu'à trois ans, ou la radiation du Tableau de l'Ordre. Le médecin sous-estime souvent les risques d'un certificat non conforme.

Le médecin généraliste ne doit pas oublier qu'il a avant tout un rôle de soignant, et qu'il ne doit pas se retrouver dans des situations inconfortables qui le dépassent. Il lui appartient de se protéger en refusant au patient ce qu'il ne considère pas comme relevant de ses fonctions.

### III. Des suggestions d'amélioration

Plusieurs pistes d'amélioration de la prise en charge des patients en souffrance au travail sont ressorties des entretiens.

#### 1. Renforcer la coordination de soins

##### a. Un suivi des patients plus resserré

On note tout d'abord que les médecins généralistes prônent un suivi systématique des patients, même après la reprise du travail, par eux-mêmes et par la médecine du travail. Ils mettent en évidence la nécessité d'un retour d'expérience venant des patients, mais aussi des médecins du travail, des psychiatres, des médecins conseils de la sécurité sociale.

##### b. Une amélioration de la coopération entre le médecin du travail et le médecin généraliste

Les rôles du médecin généraliste et du médecin du travail sont complémentaires et indissociables l'un de l'autre, leur coopération devant permettre d'optimiser les conditions de maintien au travail du patient. Or, les patients, qui doivent contacter la médecine du travail dans le cadre de

leur prise en charge, n'ont pas toujours conscience de l'utilité de ce processus. Ils ne sont pas convoqués par la médecine du travail au cours de leur arrêt de travail, sauf lorsque leur situation entraîne une visite de pré-reprise ou de reprise obligatoire. Il conviendrait en conséquence d'améliorer la coopération entre ces deux intervenants sans qu'il soit nécessaire d'associer le patient. La fusion future de l'AIPALS, de l'AMETRA, de l'ACTM et de l'ASTIM pourrait favoriser les contacts entre les médecins généralistes et du travail dans notre département.

#### c. Des recommandations HAS adaptées au besoin de coordination

On a pu voir que la validation des demandes de maladie professionnelle ou d'accident de travail par le médecin conseil de la sécurité sociale est susceptible de faire évoluer la prévention des risques psychosociaux dans les entreprises et pourrait permettre une prise en charge financière de psychothérapies. L'expertise du psychiatre est nécessaire afin d'appuyer ces demandes et les centres de pathologies professionnelles peuvent apporter au médecin généraliste l'expérience qui lui manque pour la réalisation de certificats motivant l'acceptation de ces demandes faites au CRRMP. Des recommandations HAS coordonnant un parcours de soins pour les patients renforceraient donc la portée des préconisations des médecins généralistes faites aux patients.

#### d. La mobilisation d'associations d'information juridique

Pour compléter cette coordination de soins, les médecins généralistes pourraient adresser leurs patients aux associations, qui regroupent des avocats, des juristes, afin qu'ils soient mis au courant de leurs droits, sans que cela ne retentisse sur la consultation médicale.

#### e. Un accès facilité aux psychothérapies

Devant l'émergence de la souffrance psychique, et la demande de psychothérapie par les patients, il pourrait être envisagé de mettre en place des thérapies cognitivo-comportementales au cabinet de médecine générale. Il faudrait pour cela que les médecins généralistes soient formés, et intéressés par le sujet. On pourrait alors penser à un parcours de soins coordonné par les médecins généralistes pour une prise en charge par les mutuelles ou la sécurité sociale. La rémunération pourrait se faire soit par une tarification à l'acte des séances de psychothérapie (ce qui est déjà fait par les mutuelles sur la base de quatre séances par an) soit par un salaire fixe versé à un psychothérapeute dédié au cabinet par les mutuelles des patients du cabinet et par l'assurance maladie dans le cadre des plans de rémunération des Maisons de Santé Pluridisciplinaire.



## 2. Sensibiliser les médecins généralistes sur les RPS et la souffrance au travail

La poursuite de l'organisation de modules de formation sur le thème de la souffrance au travail paraît essentielle, le cadre légal de sa prise en charge et le monde de l'entreprise étant peu connus des médecins généralistes. Les formations permettent aussi une sensibilisation des médecins généralistes à ce motif de consultation.

## 3. Assurer un repérage précoce des problèmes de souffrance au travail

Les médecins généralistes pourraient mettre en place un dépistage systématique en consultation par une question simple ouverte « Comment ça va au travail ? », et dédier si nécessaire une deuxième consultation à la problématique.

---

## CONCLUSION

---

Le travail occupe une place importante dans notre vie. Il permet un épanouissement mais peut aussi engendrer une situation de mal-être préjudiciable à la santé mentale. Les médecins généralistes sont alors amenés à prendre en charge, en premier recours, ces patients en « souffrance au travail », motif de consultation qu'ils perçoivent comme étant fréquent et nouveau et qu'ils assimilent à une évolution de la société et du monde du travail. En effet la question de la souffrance au travail ne se limite pas à une spécialité médicale. Elle nécessite une coopération entre le milieu médical et le milieu du travail, afin d'éviter une désinsertion socioprofessionnelle des patients. Les médecins généralistes notent que cette problématique dépend aussi du ressenti du patient et ne peut pas être objectivée. L'implication du patient est donc essentielle à la résolution de son problème au travail. De plus, la coordination de soins réside dans la perception que le médecin généraliste a des différents intervenants nécessaires à la prise en charge, que ce soit la médecine du travail, le médecin conseil de la sécurité sociale, les psychothérapeutes.

Cette étude qualitative, qui visait à mieux connaître le ressenti des médecins généralistes de l'Hérault face à la prise en charge des patients en souffrance au travail, a ainsi permis d'identifier les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leur pratique professionnelle et tenté d'expliquer la chronicisation de la situation de certains patients.

La souffrance au travail est un sujet multidisciplinaire dont la prise en charge dépend du ressenti des médecins généralistes. On peut noter que les médecins généralistes et les internes sont eux aussi confrontés à une souffrance au travail, ce qu'ils n'ont pas abordé au cours des entretiens. Ils doivent donc en faire abstraction pour traiter la souffrance de leurs patients, afin de ne pas effectuer de comparaisons. Ils sont exposés à un stress chronique, des violences externes et internes, dus à un dépassement de soi dans une volonté d'excellence, une surcharge de travail, et en médecine générale, un ressenti par certains d'une dévalorisation par rapport aux médecins spécialistes. Une étude sur l'influence de la souffrance au travail des médecins généralistes sur la prise en charge de la souffrance au travail des patients pourrait être réalisée. Cette étude pourrait aussi être complétée d'une étude abordant l'attente des patients en souffrance au travail sur leur parcours de soins dans notre région, et le ressenti d'autres médecins de spécialités médicales, afin de développer un réseau et un dépistage de cette pathologie.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Par Vincent Vériér, Le 2 juin 2019. Manifestation de cheminots : la souffrance au travail gagne la SNCF. leparisien.fr. 2019.
2. INSEE. Les comptes de la Nation en 2019 - Insee Première - 1802.
3. INSEE. Taux de chômage localisés par sexe et âge en moyenne annuelle en 2019.
4. INSEE. Enquête chômage [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4201123#tableau-chomage-g1-fr>
5. INRS. Risques psychosociaux (RPS). Facteurs de risque - Risques [Internet]. Disponible sur : <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/facteurs-risques.html>
6. DARES. Enquête 2016 sur les conditions de travail et les risques psychosociaux [Internet]. Disponible sur : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2017-082v3.pdf>
7. Chakor T. Généalogie des risques psychosociaux au travail : un phénomène au cœur d'une tension politique. Économies et sociétés Série KC, Études critiques en management [Internet]. 2015 ; Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01226286>
8. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Page 223.
9. Enjeux et actions 2018 des affections psychiques travail.pdf [Internet]. Disponible sur : [http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/document\\_PDF\\_a\\_telecharger/brochures/Enjeux%20et%20actions%202018\\_affections%20psychiques%20travail.pdf](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Enjeux%20et%20actions%202018_affections%20psychiques%20travail.pdf)
10. Santé publique France. EXPOSITIONS PSYCHOSOCIALES AU TRAVAIL ET RISQUE SUICIDAIRE Programme Samotrace, volet en entreprises, départements du Rhône et de l'Isère, 2007-2009 [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr>
11. Algava E, Chouanière D, Christine C, Dubré J-Y, Kittel F, Leclerc A, et al. Stress et au travail et santé: situation chez les indépendants. Page 501.
12. Beaune PJ. Stress et pathologie cardiaque. Page 11.
13. Thierry C. Le lien avec le travail est essentiel. LA REVUE DU PRATICIEN. 2018 ; volume 68 : page 23.
14. Debrand T. L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé. 2011 ; Page 28.
15. Améli. Risques psychosociaux (RPS) [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/risques/risques-psychosociaux-rps/risques-psychosociaux-rps>
16. Santé publique France. Troubles musculo-squelettiques [Internet]. Disponible sur : </maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/troubles-musculo-squelettiques>

17. CNAM, Rapport de gestion 2017 [Internet]. Disponible sur : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/cnam\\_drp\\_rapport\\_de\\_gestion\\_2017\\_vdef\\_pour\\_mise\\_en\\_ligne\\_web.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/cnam_drp_rapport_de_gestion_2017_vdef_pour_mise_en_ligne_web.pdf)
18. Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9seau-national-de-vigilance-et-de-pr%C3%A9vention-des-pathologies-professionnelles-rnv3p>
19. INRS. Stress au travail. Conséquences pour l'entreprise - Risques [Internet]. Disponible sur : <http://www.inrs.fr/risques/stress/consequences-entreprise.html>
20. Médecine du travail [Internet]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2211>
21. Le dossier médical en santé au travail [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_757826/fr/le-dossier-medical-en-sante-au-travail](https://www.has-sante.fr/jcms/c_757826/fr/le-dossier-medical-en-sante-au-travail)
22. Dépister les risques psychosociaux. Page 48.
23. INRS. Maslach Burnout Inventory (MBI). Disponible sur : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2026>
24. Dossiers CHSCT : La prévention tertiaire et les visites médicales de pré-reprise et de reprise du travail [Internet]. Disponible sur : [http://www.officiel-prevention.com/sante-hygiene-medecine-du-travail-sst/service-de-sante-au-travail-reglementations/detail\\_dossier\\_CHSCT.php?rub=37&ssrub=151&dossid=435](http://www.officiel-prevention.com/sante-hygiene-medecine-du-travail-sst/service-de-sante-au-travail-reglementations/detail_dossier_CHSCT.php?rub=37&ssrub=151&dossid=435)
25. Améli. Invalidité [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/invalidite-handicap/invalidite>
26. Améli. Incapacité permanente suite à une maladie professionnelle [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/pensions-allocations-rentes/incapacite-permanente-suite-maladie-professionnelle>
27. Améli. L'essai encadré [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/entreprise/vos-salaries/retour-emploi/essai-encadre>
28. Améli. Contrat de rééducation professionnelle en entreprise [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/entreprise/vos-salaries/retour-emploi/contrat-reeducation-professionnelle>
29. Que fait l'AIPALS pour mes salariés ? [Internet]. Disponible sur : <https://www.aipals.com/fr/je-suis-une-entreprise/que-fait-laipals-pour-mes-salaries/>
30. Risques psychosociaux (RPS) [Internet]. Disponible sur : <https://www.carsat-lr.fr/home/entreprise/prevenir-vos-risques-professionnels/par-type-de-risque-1/risques-psychosociaux-rps.html#Nos%20objectifs>
31. Plan régional de santé au travail. Occitanie, 2016-2020 [Internet]. Disponible sur : [http://www.prst-occitanie.fr/\\_depot\\_prstoccitanie/\\_depot\\_arko/articles/30/plan-regional-sante-au-travail-occitanie-2016-2020-synthese\\_doc.pdf](http://www.prst-occitanie.fr/_depot_prstoccitanie/_depot_arko/articles/30/plan-regional-sante-au-travail-occitanie-2016-2020-synthese_doc.pdf)

32. Synthèse des ateliers RPS de 2019 - Plan Régional Santé Travail Occitanie [Internet]. Disponible sur : <http://www.prst-occitanie.fr/a/281/synthese-des-ateliers-rps-de-2019/>
33. Matthieu da Silva. Souffrance au travail : comment le médecin généraliste et le patient coopèrent-ils pour répondre à ce problème complexe? 2017.
34. Duret M. Prise en charge de la souffrance morale au travail par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès de 13 médecins généralistes de l'Eure.
35. Begue C. Prise en charge de la souffrance psychique au travail par les médecins généralistes. 2014.
36. Michaut-Vacher H, Lustman M. Souffrance mentale au travail: quel type de coopération existe-t-il entre médecin du travail et médecin généraliste ? Tours, France; 2015.
37. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. volume 19
38. URPS, souffrance au travail [Internet]. Disponible sur : <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/09/171003-URPS-FJN-souffrance-au-travail.pdf>
39. Arrêt de travail pour troubles anxio-dépressifs ; assurance maladie.pdf [Internet]. Disponible sur : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4957/document/arret-travail-troubles-anxio-depressifs\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4957/document/arret-travail-troubles-anxio-depressifs_assurance-maladie.pdf)
40. Indemnités journalières maladie des salariés [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/entreprise/vos-salaries/arret-de-travail/indemnitees-journalieres/indemnitees-journalieres>
41. Rupture conventionnelle [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F19030>
42. Indemnité de licenciement du salarié en CDI | service-public.fr [Internet]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F987>
43. Démission d'un salarié [Internet]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2883>
44. Conseil National de l'Ordre des médecins. Rédiger un certificat médical [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/rediger-certificat-medical>

**Annexe n°1 :** Données du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) ayant permis de construire le diagramme de suivi des problèmes de santé au travail.

Les problèmes de santé au travail (PST) ont été pris en compte seulement dans les Centre de Consultation de Pathologies Professionnelles et pas dans les Services de Santé au Travail.

2017 : 18 921 nouveaux Problème de santé au travail dans les CCPP

- Troubles mentaux et du comportement, surmenage, stress : 19,9%
- TMS : 18,2%
- Tumeur maligne ou in situ ou bénigne : 16,2%
- Appareil respiratoire : 12,5%

2016 : 18 909 nouveaux PST dans les CCPP

- Troubles mentaux et du comportement, surmenage, stress : 21,8%
- TMS : 18,5%
- Tumeur maligne ou in situ ou bénigne : 13,6%
- Maladie Appareil respiratoire : 11,8%

2015 : 17 843 nouveaux PST dans les CCPP

- Troubles mentaux et du comportement, surmenage, stress : 22%
- TMS : 19%
- Tumeur maligne ou in situ ou bénigne : 13,6%
- Maladie Appareil respiratoire : 14%

2014 : 17 264 nouveaux PST dans les CCPP

- Troubles mentaux et du comportement, surmenage, stress : 21%
- TMS : 14,7%
- Tumeur maligne ou in situ ou bénigne : 14,4%
- Maladie Appareil respiratoire : 10,9%

2013 : 17 357 nouveaux PST dans les CCPP

- Troubles mentaux et du comportement, surmenage, stress : 20,2%
- TMS : 15%
- Tumeur maligne ou in situ ou bénigne : 14,7%
- Maladie Appareil respiratoire : 11,2%

2012 : 17 029 nouveaux PST dans les CCPP

- Troubles mentaux et du comportement, surmenage, stress : 18,6%
- TMS : 16,8%
- Tumeur maligne ou in situ ou bénigne : 13,9%
- Maladie Appareil respiratoire : 12,5%

2011 : 15 486 nouveaux PST dans les CCPP

- Troubles mentaux et du comportement, surmenage, stress : 18,58%
- TMS : 18,42%
- Tumeur maligne ou in situ ou bénigne : 13,92%
- Maladie Appareil respiratoire : 14,87%

2010 : 15 862 nouveaux pst dans les CCPP

- Troubles mentaux et du comportement, surmenage, stress : 18,35%
- TMS : 17,73%
- Tumeur maligne ou in situ ou bénigne : 14,66%
- Maladie Appareil respiratoire : 14,94%

2001 à 2011 : nouveaux PST dans les CCPP

- Troubles mentaux et du comportement, surmenage, stress : 15,13%
- TMS : 15,43%
- Tumeur maligne ou in situ ou bénigne : 12,32%
- Maladie Appareil respiratoire : 19,6%

**Annexe N°2 : l'article L. 4121-2 (modifié par la loi n°2016-1088 du 8 août 2016)**

L'article L. 4121-1 du code du travail (modifié par l'ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017) prévoit que « *L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* ».

Ces mesures sont mises en œuvre sur le fondement des principes généraux énoncés à l'**article L. 4121-2** (modifié par la loi n°2016-1088 du 8 août 2016).

Ces principes consistent à :

- Eviter les risques ;
- Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- Combattre les risques à la source ;
- Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants,

notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel, tels qu'ils sont définis aux articles L. 1152-1 et L. 1153-1, ainsi que ceux liés aux agissements sexistes définis à l'article L. 1142-2-1 ;

- Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

Le code du travail, par l'article L.4624-3, prévoit que « lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il doit proposer par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver. L'employeur doit prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, faire connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il soit donné suite. Par parallélisme des formes, le médecin saisi par l'employeur doit faire connaître ses préconisations par écrit. »

**Annexe n°3 : Questionnaire Karasek, version française**

	<i>Pas du tout d'accord = 1</i>	<i>Pas d'accord d = 2</i>	<i>D'accord d = 3</i>	<i>Tout à fait d'accord = 4</i>
1. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles				
2. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives				
3. Mon travail me demande d'être créatif				
4. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même				
5. Mon travail demande un haut niveau de compétence				
6. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail				
7. Dans mon travail, j'ai des activités variées				
8. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail				
9. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles				
10. Mon travail demande de travailler très vite				
11. Mon travail demande de travailler intensément				
12. On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive				
13. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail				



14. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes				
15. Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense				
16. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard				
17. Mon travail est très « bousculé »				
18. Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail				
19. Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés				
20. Mon supérieur prête attention à ce que je dis				
21. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien				
22. Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés				
23. Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents				
24. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt				
25. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux				
26. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien				

Calcul du score final :

- Le score de demande psychologique :  $Q10 + Q11 + Q12 + (5-Q13) + Q14 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$

- Le score de latitude décisionnelle :  $4*Q4 + 4*(5-Q6) + 4*(Q8) + 2*(5-Q2) + 2*(Q5) + 2*(Q7) + 2*(Q1) + 2*(Q3) + 2*(Q9)$

- Le score de soutien social :  $Q19 + Q20 + Q21 + Q22 + Q23 + Q24 + Q25 + Q26$

Le Job strain, c'est à dire la tension au travail est la combinaison d'une faible latitude décisionnelle et d'une forte demande psychologique. Si le score de demande psychologique est supérieur à 20 et le score de latitude décisionnelle inférieur à 71, l'individu est dans le cadran « stressé » et donc considéré en situation de Job strain. L'Isostrain est la combinaison d'une situation de job strain et d'un faible soutien social, inférieur à 24.

**Annexe n°4 : Questionnaire SIEGRIST, version française**

	1	2	3	4	5
1. Je suis constamment pressé par le temps à cause d'une forte charge de travail					
2. Je suis fréquemment interrompu et dérangé dans mon travail					
3. J'ai beaucoup de responsabilité à mon travail					
4. Je suis souvent contraint à faire des heures supplémentaires					
5. Mon travail exige des efforts physiques					
6. Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant					
7. Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs					
8. Je reçois le respect que je mérite de mes collègues					
9. Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles					
10. On me traite injustement à mon travail					
11. Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation au travail					
12. Mes perspectives de promotion sont faibles					
13. Ma sécurité d'emploi est menacée					
14. Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation					
15. Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail					
16. Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisants					
17. Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant					

1 : D'accord

2 : Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé

3 : Pas d'accord et je suis un peu perturbé

4 : Pas d'accord et je suis perturbé

5 : Pas d'accord et je suis très perturbé

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

1 : Pas du tout d'accord

2 : Pas d'accord

3 : D'accord

4 : Tout à fait d'accord

CALCUL DU SCORE :

Effort : item 1 + item 2 + item 3 + item 4 + item 5 + item 6

Récompense : item 7 + item 8 + item 9 + item 10 + item 11 + item 12 + item 13 + item 14 + item 15 + item 16 + item 17

Sur investissement : item 18 + item 19 + (5-item 20) + item 21 + item 22 + item 23

Ratio effort/ récompense :  $\text{Ratio} = \frac{11}{6} \times \frac{\text{score des efforts}}{(66 - \text{score des récompenses})}$

Un ratio > 1 définit les salariés exposés à un déséquilibre entre efforts et récompenses.

### **Annexe n° 5 : GHQ 28**

Au cours des dernières semaines :

1. Vous êtes-vous senti(e) parfaitement bien et en bonne santé ?

<input type="checkbox"/> mieux que d'habitude	<input type="checkbox"/> comme d'habitude
<input type="checkbox"/> moins bien que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup moins bien que d'habitude

2. Avez-vous éprouvé le besoin d'un bon remontant ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

3. Vous êtes-vous senti(e) à plat et pas dans votre assiette ("mal fichu(e)") ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

4. Vous êtes-vous senti(e) malade ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

5. Avez-vous eu des douleurs à la tête ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

6. Avez-vous eu une sensation de serrement ou de tension dans la tête ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

7. Avez-vous eu des bouffées de chaleur ou des frissons ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

8. Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

9. Avez-vous eu de la peine à rester endormi(e) ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

10. Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou "stressé(e)"

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

11. Vous êtes-vous senti(e) irritable et de mauvaise humeur ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

12. Avez-vous été effrayé(e) et pris(e) de panique sans raison valable ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

13. Vous êtes-vous senti(e) dépassé(e) par les événements ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

14. Vous êtes-vous senti(e) continuellement énervé(e) ou tendu(e) ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

15. Avez-vous réussi à rester actif(ve) et occupé(e) ?

<input type="checkbox"/> mieux que d'habitude	<input type="checkbox"/> comme d'habitude
<input type="checkbox"/> moins bien que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup moins bien que d'habitude

16. Avez-vous mis plus de temps à faire les choses habituelles ?

<input type="checkbox"/> moins de temps que d'habitude	<input type="checkbox"/> autant que d'habitude
<input type="checkbox"/> plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup plus de temps que d'habitude

17. Avez-vous eu le sentiment que dans l'ensemble vous faisiez bien les choses ?

<input type="checkbox"/> mieux que d'habitude	<input type="checkbox"/> comme d'habitude
<input type="checkbox"/> moins bien que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup moins bien que d'habitude

18. Avez-vous été satisfait(e) de la façon dont vous avez fait votre travail ?

<input type="checkbox"/> plus satisfait(e)	<input type="checkbox"/> comme d'habitude
<input type="checkbox"/> moins satisfait(e) que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien moins satisfait(e)

19. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ?

<input type="checkbox"/> plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> comme d'habitude
<input type="checkbox"/> moins utile que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien moins utile

20. Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions ?

<input type="checkbox"/> plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> comme d'habitude
<input type="checkbox"/> moins capable que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien moins capable

21. Avez-vous été capable d'apprécier vos activités quotidiennes normales ?

<input type="checkbox"/> mieux que d'habitude	<input type="checkbox"/> comme d'habitude
<input type="checkbox"/> moins bien que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup moins bien que d'habitude

22. Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

23. Avez-vous eu le sentiment que la vie est totalement sans espoir ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

24. Avez-vous eu le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

25. Avez-vous pensé à la possibilité de vous supprimer ?

<input type="checkbox"/> certainement pas	<input type="checkbox"/> je ne pense pas
<input type="checkbox"/> m'a traversé l'esprit	<input type="checkbox"/> oui certainement

26. Avez-vous pensé que parfois vous n'arriviez à rien parce que vos nerfs étaient à bout ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

27. Vous est-il arrivé de souhaiter être mort(e) et loin de tout ça ?

<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude
<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> bien plus que d'habitude

28. Est-ce que l'idée de vous supprimer réapparaissait continuellement dans votre esprit ?

<input type="checkbox"/> certainement pas	<input type="checkbox"/> je ne pense pas
<input type="checkbox"/> ça m'a traversé l'esprit	<input type="checkbox"/> oui certainement

La cotation peut se faire selon plusieurs modalités. L'échelle peut être utilisée en score global ordinal, chaque item étant coté sur une échelle de Likert à 4 modalités de réponse ou dans une

utilisation catégorielle (réponses bimodales) avec un seuil au-dessus duquel le sujet est classé en cas positif.

### **Annexe n°6 : Le Test de Hamilton**

1- Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation) :

0 Absente.

1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).

4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2- Sentiments de culpabilité

0 Absents.

1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.

2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.

3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3- Suicide

0 Absent

1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3 Idées ou gestes de suicide.

4 Tentatives de suicide.

4- Insomnie du début de nuit

0 Pas de difficulté.

1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.

2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5- Insomnie du milieu de nuit

0 Pas de difficulté.

1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.

2 Il se réveille pendant la nuit.

6- Insomnie du matin

0 Pas de difficulté.

1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

#### 7- Travail et activités

0 Pas de difficulté.

1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.

3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.

4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8- Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

0 Langage et pensées normaux.

1 Léger ralentissement à l'entretien.

2 Ralentissement manifeste à l'entretien.

3 Entretien difficile.

4 Entrevue impossible (la personne se trouve dans un état de stupeur).

#### 9- Agitation

0 Aucune.

1 Crispations, secousses musculaires.

2 Joue avec ses mains, ses cheveux...

3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres...

#### 10- Anxiété psychique

0 Aucun trouble.

1 Symptômes légers (par ex. une tension subjective, irritabilité, perte de concentration)

2 Symptômes modérés (par ex. la personne se soucie de problèmes mineurs)

3 Symptômes sévères (par ex. une appréhension apparente apparaît dans l'expression faciale et la parole)

4 Symptômes très invalidants (par ex. la personne exprime une peur sans que l'on pose de questions)

11- Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

0 Absente.

1 Discrète.

2 Moyenne.

3 Grave.

4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12- Symptômes somatiques gastro-intestinaux

0 Aucun.

1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.

2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13- Symptômes somatiques généraux

0 Aucun.

1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.

2 Si n'importe quel symptôme est net.

14- Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

0 Absents.

1 Légers.

2 Sévères.

15- Hypochondrie

0 Absente.

1 Attention concentrée sur son propre corps.

2 Préoccupations sur sa santé.

3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.

4 Idées délirantes hypochondriaques.

16- Perte de poids

A : si selon les dires du malade

0 Pas de perte de poids.

1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.

2 Perte de poids certaine.

B : si appréciée par pesées

0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.

1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.

2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17- Prise de conscience

0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.



1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.

2 Nie qu'il est malade.

Calcul du score :

De 10 à 13 : symptômes dépressifs légers

De 14 à 17 : symptômes dépressifs légers à modérés

Plus de 18 : symptômes dépressifs modérés à sévères

### **Annexe N°7 : Le Test PHQ9, version française**

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants ?

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Vous sentir triste, déprimé ou désespéré	0	1	2	3
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir	0	1	2	3
4. Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop d'appétit	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou, au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3
10. Si vous avez coché certains de ces problèmes, quel niveau de difficulté vous ont-ils causé au travail, à la maison ou dans vos relations ?				

Le score maximal est 27.

Les items 1 à 9 sont cotés sur une échelle de 0 à 3.

L'item 10 (niveau de fonctionnement) est coté sur une échelle entre 0 et 4, allant de « pas du tout difficile » à « extrêmement difficile ».

## Seuils diagnostiques concernant la sévérité de la dépression

- Absence de dépression : 0-4 points
- Dépression légère : 5-9 points
- Dépression modérée : 10-14 points
- Dépression modérément sévère : 15-19 points
- Dépression sévère : 20-27 points

### **Annexe n° 8 : Le Maslach Burnout Inventory (MBI) ou le Copenhagen Burnout Inventory :**

(version française)

Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

0 = Jamais

1 = Quelques fois par an, au moins

2 = Une fois par mois au moins

3 = Quelques fois par mois

4 = Une fois par semaine

5 = Quelques fois par semaine

6 = Chaque jour

01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6

17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
18 - Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

#### Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

#### Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

#### Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP < à 33	34 < SAP < 39		40 < SAP
Degré faible	Degré modéré		Degré élevé

**Annexe n° 9 : Service médecine du travail de l'Hérault**

SERVICE :	ADRESSE :	TELEPHONE :	MAIL :
AMETRA	Immeuble les Rives du Lez 34000 Montpellier	Tel : 04.67.84.76.40 Fax : 04.67.84.76.69	<a href="http://www.ametra.asso.fr">http://www.ametra.asso.fr</a>
AIPALS	Maison de l'Entreprise 34070 Montpellier	Tel : 04.67.06.20.10	<a href="http://www.aipals.com">http://www.aipals.com</a>
AIPALS	ZAC Font de la Banquière 34970 Lattes	Tel : 04.67.15.93.30 Fax : 04.67.15.93.31	
Santé au Travail Montpellier BTP	109 rue henry nogete 34090 Montpellier	Tel : 04.67.92.41.77	<a href="http://www.sante-btp-montpellier.fr/">http://www.sante-btp-montpellier.fr/</a>
Thau Santé Travail TST	20 Rue Romain Rolland 34200 Sète	Tel : 04.67.74.90.90	<a href="http://www.thau-sante-travail.fr/">http://www.thau-sante-travail.fr/</a>
Thau Salagou Santé Travail	20 Rue Romain Rolland, 34200 Sète	Tel : 04.67.74.90.90	<a href="https://t2st.fr/">https://t2st.fr/</a>
AIST	79 Avenue Georges Clémenceau 34500 Béziers	Tel : 04.67.09.27.70	<a href="http://www.aist-beziers.org">http://www.aist-beziers.org</a>
GIMT	1ter Avenue de la république 34700 Lodève		

**Annexe n°10 : Intervenants en prévention primaire des risques psychosociaux du réseaux CARSAT-LR (2018)**

<b>PRENOM</b>	<b>NOM</b>	<b>ORGANISME</b>	<b>CP VILLE</b>	<b>TEL</b>	<b>E-MAIL</b>
Caroline	ADE	AD FORMA : Psychologue Psychotérapeute ; Analyse de la pratique	34070 MONTPELLIER	06 83 19 11 00	caroline.ade@orange.fr
Julie	AUCHÉ	AB Orientations et Perspectives 49 Rue du Faubourg Saint Jaumes	34000 MONTPELLIER	04 67 92 69 87 06 03 50 35 63	psyw@orange.fr
Michèle	BLANC	Psychosociologue de l'environnement, IPRP	30000 NIMES	06 87 37 32 39	blancmichele.mb@gmail.com
Thierry	CRIBAILLET	GROUPE EI	34076 MONTPELLIER	04 67 60 26 01 06 17 98 16 85	Thierry.CRIBAILLET@groupe-ei.fr
Véronique	CSNAYI-VIRAG	Psychologue du Travail et des organisations	34000 MONTPELLIER	06 67 30 68 28	veroniquecsanyivirag@gmail.com
Jean-Yves	DELEUZE	GEOMETRIE VARIABLE Directeur	34000 MONTPELLIER	04 67 99 95 65 06 75 32 26 25	jyd@geometrievARIABLE.com
Sophie	FLORET	Consultante en Prévention des Risques Professionnels : TMS, RPS, QVT Ergonome, IPRP	30126 SAINT LAURENT DES ARBRES	06 33 11 22 05	sophie.floret@iddelia.com
Jacqueline	LAVICTOIRE	Jacqueline LAVICTOIRE	34000 MONTPELLIER	06 62 77 24 08	j.lavictoire@gmx.fr
Annie	MARXER	ANNIE MARXER RESSOURCES Psychologue du Travail	34170 CASTELNAU LE LEZ	06 80 61 81 50	annie.marxer@am-ressouces.fr
Sylvie	QUAROUCHE	Psychologue du travail et des organisations ; Psychanalyste ; Praticien en hypnose	34000 MONTPELLIER	04 67 57 79 58 06 25 19 86 99	sylvvdo@yahoo.co.uk
Jean-Luc	REINERO	RAINBOW ERGONOMIE : Gérant	34200 SETE	06 80 36 78 76	rainbow.ergonomie@wanadoo.fr
Sandrine	ROGER- GRZESKOWIAK	FORMAN CONSEIL : Formation Conseil RH Psychologue du travail IPRP	30111 CONGENIES	06 22 45 19 76	sroger-rh@hotmail.com
Isabelle	SZYMCZAK	PHYSIO CONSCIENCE : Consultante, Organisation, Gestion du stress / conflits / communication	34130 MAUGUIO	06 63 98 14 28	isabelle.szymczak@orange.fr
Christelle	TOUBERT	Psychologue du Travail et des organisations IPRP	30900 NIMES	06 25 29 14 65	toubert.christelle@neuf.fr
Sylvie	TRINQUIER	Psychologue du travail, Psychothérapeute IPRP	30400 VILLENEUVE LES AVIGNON	06 10 28 38 91 04 90 88 95 77	s.trinquier@wanadoo.fr

**Intervenants en prévention secondaire des risques psychosociaux du réseaux CARSAT-LR : formateurs certifiés du Réseau Assurance Maladie Risques Professionnels (2018)**

PRENOM	NOM	ORGANISME	COMPETENCES	AD 1	CP VILLE	TEL	E-MAIL
Caroline	ADE	AD FORMA	Psychologue Psychothérapie. Analyse de la pratique	Résidence Les Collines d'Estanove Bât. C1A 7, rue Gance	34070 MONTPELLIER	0683191100	caroline.ade@orange.fr
Michèle	BLANC	EN LIBERAL	Psychosociologue de l'environnement	72, avenue Gambetta	30000 NIMES	0687373239	blancmichele.mb@gmail.com
Valérie	BRASSEUR	D.D.C	Responsable projets format. Ingén. formation	41 Rue de la découverte	31670 LABEGE	0677254890	valerie.brasseur@live.fr
Catherine	CORINO	Catherine CORINO Formation	Formatrice RPS QVT	1, impasse Léon Blum	34740 VENDARGUES	0661314173	catherinecorino@gmail.com
Véronique	CSNAYI VIRAG	EN LIBERAL	Psychologue du travail et des organisations	Antigone Affaire 494, rue Léon Blum	34000 MONTPELLIER	0667306828	veroniquecsanyivirag@gmail.com
Joëlle	FINO	SCALA CONSEIL	Consultante RH Comm. Formation	8, rue Robespierre	34110 MIREVAL	0688453828	joelle.fino@scalaconseil.fr
Sophie	FLORET	IDDELIA	Consultante en Prévention des Risques Professionnels : TMS, RPS, QVT, Ergonome, IPRP	150, rue Frédéric Mistral	30126 ST LAURENT DES ARBRES	0633112205	iddelia.prevention@orange.fr
Marie	PITault	IFCL	Conseil RH, Pôle Handicap	Ecoparc 625, avenue de la Saladelle	34130 SAINT AUNES	0467109312	mcpitault@ifcl.fr
Sandrine	ROGER- GRZESKOWIAK	FORMAN CONSEIL	Formation consultation RH Psycho. Travail IPRP	2, rue de l'Aire	30111 CONGENIES	0622451976	sroger-rh@hotmail.com
Martial	SIRIEIX	MARTIAL SIRIEIX	Consultant Organisation Formation	50 Rue Berthe Morisot	34430 SAINT JEAN DE VEDAS	0630571061	conseil@sirieix.fr
Isabelle	SZYMCZAK	PHYSIO CONSCIENCE	Consultante Organisation Gestion du stress/conflits/com	105 Avenue Etienne Frédéric BOUISSON	34130 MAUGUIO	0663981428	isabelle.szymczak@orange.fr
Christelle	TOUBERT	CHRISTELLE TOUBERT	Psychologue du travail et des Organisations IPRP	1, rue des Trois Maures	30900 NIMES	0625291465	toubert.christelle@neuf.fr

### Intervenants en prévention tertiaire des risques psychosociaux du réseaux CARSAT-LR : prise en charge des salariés en souffrance (2019)

Nom Prénom	Ville	Téléphone	Courriel
ADE Caroline : Psychologue, Psychothérapeute, Analyse de la pratique	Montpellier 34000	06 83 19 11 00	caroline.ade@orange.fr
BENARD Véronique Psychologue du travail, IPRP CES psychopathologie du travail.	Montpellier 34000	06 66 24 74 26	vbenard.psy34@gmail.com
BONNEVAY Evelyne : Thérapeute	Montpellier 34000	06 71 37 61 50	bojelal@orange.fr
CORINO Catherine Thérapeute, Consultante Formatrice en communication interpersonnelle et gestion du stress	Vendargues 34070	06 61 31 41 73	catherinecorino@gmail.com
QUAROUCH Sylvie Psychologue du travail, Psychanalyste et Hypnothérapeute	Montpellier 34000	06 25 19 86 99 04 67 57 79 58	sylvydo@yahoo.co.uk
SARTOR Daniel : Psychologue du travail Psychologue clinicien et psychanalyste Président de la SAT30	Nîmes 30900	06 84 52 00 38	daniel.sartor@wanadoo.fr
SZYMCZAK Isabelle Consultante Gestion du stress/conflits/communication	34130 MAUGUIO	06 63 98 14 28	isabelle.szymczak@orange.fr
TOUBERT Christelle Psychologue du Travail et des Organisations Professionnelles	Nîmes 30900	06 25 29 14 65	toubert.christelle@neuf.fr
TOURNIER Vincent Psychothérapeute, psychanalyste	34070 Montpellier	06 52 18 20 86	tourner_vincent@yahoo.fr
TRINQUIER Sylvie Psychologue du travail, Psychothérapeute, IPRP	Villeneuve Les Avignon 30400	06 10 28 38 91 04 90 88 95 77	s.trinquier@wanadoo.fr
WÜTHRICH Philippe : Gestion du stress, prévention du burn-out psychothérapeute/psychiatre DU de GRPS	Nîmes 30900	06 08 53 62 84	philwut@wanadoo.fr

## **Annexe n°11 : Guide d'entretien**

Bonjour, je suis médecin généraliste remplaçante dans la région. Pour mon travail de thèse, je m'intéresse au ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en souffrance au travail. L'entretien restera anonyme et sera enregistré par dictaphone si vous êtes d'accord.

### Recueil de donnée épidémiologique

Sexe : H / F

Age :

Lieu d'installation : ville / rural / semi rural

Pratique : groupe / individuel

Date d'installation :

Formation souffrance au travail : oui-non

### Entretien semi dirigé

- 1) Que représente la souffrance au travail pour vous ?
  - a. Quelle est votre expérience dans ce domaine, au niveau professionnel et personnel ?
  - b. Comment voyez-vous votre place dans sa prise en charge ? Quel est votre rôle ? Quelle est la place des autres intervenants médicaux ?
  
- 2) Comment vivez-vous les consultations des patients venant pour un motif de souffrance au travail ?
  - a. Quel motif de consultation vous oriente sur la recherche d'une souffrance au travail ?
  - b. Quelle est votre réaction initiale au début de la consultation ?
  - c. Comment vous sentez-vous au cours de la consultation ?
  
- 3) Comment se déroule la consultation en pratique d'un patient venant pour une plainte de souffrance au travail ?
  - a. Comment menez-vous l'interrogatoire ?
    - i. Moyen d'évaluation du trouble (outils standardisé, questionnaires, grille d'entretien, durée de la consultation)
  - b. Quelle prise en charge proposez-vous ?
    - i. Aspect Individuel : volet médical (traitement, arrêt maladie : intérêt/limite/durée), volet psychologique/psychiatrique, volet social (MDPH), volet administratif (AT/MPI), aménagements individuels, place de l'inaptitude et du licenciement
    - ii. Aspect collectif : analyse de l'organisation de travail, contact avec l'employeur, intervention sur le milieu de travail, conseil pour le travail



iii. Pluridisciplinarité : interactions avec d'autres intervenants (qui ? comment les contacter ? quand ? qu'attendez-vous d'eux ? )

4) Evoquez une situation de souffrance au travail vous ayant marqué.

5) En résumé, comment pensez-vous que l'on peut optimiser la reprise du travail des patients ?

a. Quels sont les problèmes posés par cette situation ?

b. De quoi auriez-vous besoin pour améliorer la prise en charge ?

## **Annexe n°12 : Retranscription des entretiens**

### Entretien N°1 :

*Recueil de données épidémiologiques : Sexe : Homme ; Age : 34 ans ; Mode d'exercice : urbain, cabinet de groupe ; Nombre d'années d'exercice : 6 ans ; Formation sur la souffrance au travail : non ; durée de l'entretien : 14 minutes 38 secondes*

*MB : Qu'est-ce que représente la souffrance au travail pour toi ?*

*MGI : Qu'est-ce que ça représente ? Euh, bah je pense que c'est des gens... Ça représente surtout un... problème d'épanouissement en fait. Souvent j'ai l'impression que c'est ça en tout cas. Ce n'est pas... Quand on me parle de souffrance au travail je pense plus à des gens qui ne sont pas épanouis, malheureux dans leur travail, plutôt qu'à quelqu'un qui se blesse, quelqu'un qui se fait mal. Je pense que c'est surtout un problème d'épanouissement personnel. Après ça peut aussi représenter des problèmes relationnels, du harcèlement ou ce que des gens perçoivent comme du harcèlement. Voilà ça peut être ça aussi.*

*MB : Comment vois-tu ta place dans la prise en charge, ton rôle ?*

*MGI : Bah c'est un rôle d'écoute et de conseil. D'écoute parce que souvent ce sont des gens qui ont besoin de parler, c'est une souffrance psychique souvent et là on vient souvent dans la dépression et autre chose. Et puis après de conseil, parce que les gens attendent de moi que je leur donne une conduite à tenir par rapport à ça et ça souvent je trouve qu'on est très limité par rapport à ça.*

*MB : Et du coup pour toi c'est quoi la place des autres intervenants médicaux ?*

*MGI : Le médecin du travail par exemple ? Déjà il en sait plus que moi et puis surtout lui il peut proposer plus d'alternatives. Moi j'ai l'impression que je peux traiter le symptôme mais que je ne peux pas traiter la cause. J'ai l'impression d'être vraiment impuissant par rapport à ça.*

*MB : Comment vis-tu les consultations des patients qui viennent pour ce motif ?*

*MGI : Comment je la vis ? Euh... bah je la vis pas mal mais euh... Mais je pense qu'on est un peu euh... Quand tu es médecin, tu traites le symptôme, tu traites la cause. J'ai l'impression que je peux masquer les symptômes ou aider à passer ce cap là mais que derrière sur la cause... Alors sauf si c'est un problème de personnalité. Si c'est une personne avec une personnalité vraiment très compliquée, là tu peux lui suggérer de peut-être travailler sur ça et peut être que ça améliorera son relationnel au travail. Mais sinon sur la cause, j'ai l'impression qu'on est vraiment... Enfin dans... Le contemplatif quoi ou sur le conseil. Tu lui dis d'aller voir le médecin du travail. Ou si tu vois qu'il ne s'en est jamais sorti depuis dix ans, ça m'arrive des fois de leur dire : « Vous avez envisagé de quitter votre poste et de faire autre chose ? ». Mais je me sens mal placé pour leur faire prendre des décisions dans leur vie personnelle alors que je ne pense pas que ce soit mon rôle.*

*MB : Quel motif de consultation va t'orienter vers la recherche d'une souffrance au travail ?*

*MGI : Si c'est un problème, ils viennent me voir et ils me le disent.*

*Moi est-ce que je leur demande ? Si, alors si. Devant un syndrome dépressif, je leur demande toujours si ça va bien dans leur vie personnelle et dans leur vie professionnelle et souvent t'as plus l'impression qu'ils ont plus de facilité à te parler de leurs problèmes professionnels que personnels. Et je reviens là-dessus, il y a même des gens qui n'ont pas une surcharge au travail, qui n'ont pas de... Avec qui ça se passe bien dans leur équipe. Le relationnel se passe bien aussi. La charge de travail est normale. Le relationnel se passe bien. Mais par contre qui sont... Qui ne savent pas quel est leur rôle dans une entreprise. Il y en a qui sont désœuvrés à cause de ça. Ils ne savent pas pourquoi ils bossent. Y en a, ils te disent : « On te demande de faire ci ça mais derrière, j'ai jamais de retour. ». Et ils sont malheureux à cause de ça. Il y en a pas mal.*

*MB : Et du coup pour toi c'est à quel stade que tu les dépistes ?*

*MGI : Ah bah ils sont déjà au stade... S'ils viennent consulter le médecin, c'est qu'ils sont déjà malades entre guillemets. Et si la question c'est du dépistage, non je ne le dépiste pas vraiment puisqu'ils viennent pour ça. Souvent ce qui a motivé leur présence au cabinet c'est qu'ils ne sont pas bien et effectivement moi je vais chercher quelle est la cause de leur mal être et des fois c'est la souffrance au travail mais c'est pas vraiment du dépistage quoi.*

*MB : Comment se déroule la consultation en pratique ?*

*MB : Alors déjà... Comment tu mènes l'interrogatoire ?*

*MGI : Comment je mène l'interrogatoire ??*

*MB : Est-ce que tu as des moyens d'évaluation du trouble ?*

*MGI : Bah sur la souffrance au travail ?*

*MB : Oui*

*MGI : Est-ce que je fais appel à des échelles de dépression tout ça ? Non, moi je ne le fais pas, je leur pose systématiquement un peu les mêmes questions (hésitation), sur les grands critères de ce que c'est un syndrome dépressif. En gros je me base surtout là-dessus, mais non je n'utilise pas d'échelle particulière.*

*MB : D'accord, au niveau de la prise en charge, médicalement parlant, toi à ton stade individuel, qu'est-ce que tu vas proposer ?*

*MGI : Euh (hésitation).*

*MB : En thérapeutique, en prise en charge ?*

*MGI : En prise en charge, bah quand ils ont un psychologue au travail ou autre je leur propose. Je creuse, voire je leur propose de faire un travail de psychothérapie, alors que ce soit avec un psychothérapeute ou un psychiatre. En gros faire un travail de discussion et si vraiment il y a de l'anxiété majeure ou autre chose, je propose un anxiolytique. Ou si tout ça rentre dans le cadre d'un trouble dépressif, bah un antidépresseur. Mais pas que pour le travail. Mais si le travail est la cause d'un syndrome dépressif je le traite comme un syndrome dépressif. Et, euh, après éventuellement arrêt, voilà.*

*MB : Et l'arrêt combien de temps ?*

*MGI : Alors j'essaie de ne pas forcément mettre des trop longues périodes parce que des fois ce n'est pas une solution de s'arrêter. Enfin souvent je me dis que s'ils ont un problème relationnel au travail avec leur chef ou leur supérieur et qu'ils s'arrêtent un mois ça ne va pas décanter le problème. Donc je ne mets pas forcément des durées très longues. J'adapte en fonction des personnes, vraiment là j'ai pas de... Je préfère les revoir souvent, quitte à reconduire, plutôt que d'arrêter direct pour un mois. Et là où c'est compliqué également, c'est sur le motif de l'arrêt. Moi je reste sur syndrome dépressif ou anxiété mais je ne mets jamais que c'est en lien avec le travail, comme c'est des « on dit ».*

*MB : Et c'est quoi l'intérêt de ces arrêts de travail ?*

*MGI : L'intérêt attendu de l'arrêt de travail, c'est déjà de prendre du temps pour avoir une réflexion. Souffler s'ils sont anxieux. Eventuellement laisser le temps à des anxiolytiques de faire un peu effet. Un temps de réflexion où si par exemple ils sont très anxieux sur... Tu coupes temporairement le facteur initial de leur état donc...*

*MB : Ta consultation va durer combien de temps ?*

*MGI : Les troubles psycho psychiatriques, ça prend trente minutes. Ça dure jamais moins de vingt minutes, entre vingt et quarante minutes.*

*MB : Est-ce qu'après au niveau administratif tu lances d'autres démarches ? (Silence) Est-ce que tu vas faire une déclaration de maladie professionnelle, accident de travail ? Tu leur parles de l'inaptitude ... ?*

*MGI : Je ne me suis jamais retrouvé dans une situation où j'ai eu à faire ça. C'est des procédures que tu lances quand les gens sont en arrêt depuis une durée très très longue, donc je ne me suis jamais retrouvé dans cette situation-là. C'est à dire que si les gens sont malheureux au travail depuis... Ils vont spontanément voir si on ne peut pas leur proposer autre chose avec la médecine du travail. Ou alors ils vont quitter leur job et s'épanouir ailleurs quoi. C'est-à-dire que je ne me suis jamais retrouvé dans une situation où je dois faire un... Enfin que la souffrance au travail soit la cause d'une inaptitude. Ça ne m'est jamais arrivé. Enfin de toute façon, tu ne peux pas être... Parce qu'ils vont être inaptes pour un poste dédié, mais ils ne vont pas être inaptes au travail. Je ne comprends même pas qu'on puisse en arriver là, à moins d'avoir vraiment un énorme trouble psychiatrique qui fait que tu es incapable de travailler. Mais dans ce cas-là, ça n'est pas le travail qui est la cause c'est la pathologie... Enfin c'est la personnalité quoi.*

*MB : Qu'est-ce que tu vas rechercher au niveau de l'emploi du patient ? Est-ce que tu vas analyser son organisation de travail ? Tu contactes l'employeur ?*

*MGI : Non, je ne crois pas du tout que ce soit mon rôle. Et puis après comme c'est du ressenti, c'est compliqué. Quelqu'un peut peut-être avoir des conditions de travail parfaites et ressentir de la souffrance. Alors si, je leur pose quand même la question de savoir s'il y a une charge de travail trop importante, s'ils ont une pression de malade ou s'il y a un gros problème relationnel de hiérarchie, ou même pas de hiérarchie, un trouble relationnel au travail. Je leur pose ces questions-là, mais derrière je ne leur demande pas comment. Enfin sauf si c'est vraiment évident que la personne ne fait rien comme il faut, je peux peut-être éventuellement lui suggérer des choses. Mais je pense que lui il vient pour te parler de la souffrance et pas pour que tu lui dises : « Utilisez un agenda. ». C'est bon quoi.*

*MB : Et tu l'envoies voir d'autres personnes ?*

*MGI : Si ça perdure, médecin du travail, psychiatre ou psychothérapeute.*

*MB : Ok, dans des associations ?*

*MGI : Non je n'y ai jamais pensé mais ... (silence)*

*MB : Et est-ce que tu leur conseilles la visite de pré-reprise ?*

*MGI : Bah, quand ils sont en arrêt depuis longtemps, oui. Surtout si tu penses que derrière ça va être de nouveau problématique. Oui la visite de pré-reprise peut être intéressante. En gros tu leur conseilles d'aller voir le médecin du travail quoi.*

*MB : Pas systématiquement du coup ?*

*MGI : Non pas systématiquement.*

*MB : Tu as une situation de souffrance au travail qui t'a marqué ?*

*MGI : Une situation qui m'a marqué... (souffle)... Non... Moi je trouve que la principale difficulté qu'on retrouve, c'est que on n'a pas de diagnostic à... Enfin tu peux dire que quelqu'un est dépressif, anxieux mais tu ne peux jamais dire que son problème psychiatrique ou psychologique est lié à son travail. C'est pas quelque chose qu'on attend de nous puisqu'on nous dit de ne surtout jamais faire la relation de cause à effet sur les motifs d'arrêt. Et je trouve que c'est un peu dommage. Je trouve aussi que ce qui est dommage, c'est qu'on n'ait pas beaucoup de formations là-dessus. Alors peut être que c'est moi qui ne me suis pas formé. Mais je trouve que quand tu sors de l'internat tu te retrouves à devoir mener des consultations comme ça et tu sais techniquement pas du tout... Alors la partie médicale tu la gères, parce que tu sais la gérer. Mais la partie administrative, tu n'as aucune idée de ce qu'il faut faire quoi. Et d'ailleurs les recours je pense, peut être que je me trompe, mais sont très... Enfin pour voir le médecin du travail... Enfin je veux dire que s'ils n'ont pas d'autres postes et que c'est une entreprise de trois salariés, je ne vois pas ce qu'il peut leur proposer.*

*MB : Tu aurais besoin de quoi pour améliorer ta prise en charge ?*

*MGI : J'aurai besoin de quoi ? Bah peut être de me former là-dessus, de voir comment les médecins du travail font, avoir du retour par rapport à ça peut être. Parce que souvent les gens te consultent initialement pour ça, puis une fois que leur problème est réglé, ils ne reviennent pas te dire qu'elle a été la suite ou si la situation s'est décantée.*

### Entretien N°2 :

*Recueil de données épidémiologiques : Sexe : Femme ; Age : 30 ans ; Mode d'exercice : semi rural, cabinet de groupe ; Nombre d'années d'exercice : 2 ans ; Formation souffrance au travail : non ; Durée de l'entretien : 14 minutes 13 secondes*

*MB : Qu'est-ce que ça représente pour toi la souffrance au travail ?*

*MG2 : C'est un grand sujet d'actualité et pas un quotidien mais presque pour nous. Parce que pour le coup, les patients qu'on voit... Enfin moi j'en ai énormément qui viennent pour des maux multiples liés au travail, que ce soit des maux physiques ou moraux, avec des burn out. On en a beaucoup.*

*MB : Comment tu vois ta place dans la prise en charge ?*

*MG2 : Bah assez centrale pour le coup. Parce que en tant que médecin généraliste on est le premier recours pour ça, ils viennent nous voir rapidement j'ai l'impression.*

*MB : Quelle est la place des autres intervenants médicaux ?*

*MG2 : On fait appel beaucoup à la médecine du travail quand même. Enfin moi en général je leur dis assez rapidement de prendre contact avec eux. La sécurité sociale aussi avec le médecin conseil parce que pour le coup on a souvent des arrêts de travail qui sont assez longs et ils finissent par être convoqués par la sécu. Ça arrive que j'en envoie chez le psychologue aussi, s'ils ne vont pas bien. Et après souffrance au travail, c'est large mais c'est les trucs physiques... radio, IRM.*

*MB : Comment tu vis les consultations des patients qui viennent pour ce motif ?*

*MG2 : Mieux. Au début, j'étais un petit peu perdue parce que c'est compliqué quand même. Mais vu qu'on en a quand même beaucoup c'est mieux. J'ai l'impression de plus les croire aussi parce qu'en fait au début quand on commence l'installation, on est : « aaah et tout... ». Enfin c'est un peu compliqué à gérer ces trucs-là et du coup au début on est là : « Ah qu'est-ce que je fais, je l'arrête, je l'arrête pas ». Maintenant, je les arrête beaucoup plus facilement et puis je les revois, enfin un peu comme les problèmes psychologiques en général. J'arrive mieux à me débrouiller du coup. J'essaie de les revoir, de les accompagner dans tous leurs cheminements.*

*MB : Est-ce qu'il y a des motifs de consultation qui t'orientent vers la souffrance au travail ?*

*MG2 : Tous les troubles un peu psychologiques, dépressifs. Je pose toujours la question de toutes les façons en général quand il y a une demande pour un motif psychologique. En général je fais le point sur tout, la famille : « Est ce que la famille ça va ? », « Vous avez des amis ? », « Le travail comment ça va ? ». En général tu poses quand même la question. Sinon pas de motif.*

*MB : Comment va se dérouler la consultation d'un patient qui vient pour une plainte de souffrance au travail ?*

*MG2 : D'abord je lui laisse libre champ. Il me raconte. Au final je dis : « Bonjour, qu'est-ce que je peux faire pour vous ? ». Et du coup, ils me déballetent tous leurs trucs. Des fois. Ça dépend surtout en fait. Il y a des patients qui vont se livrer et des patients où il va falloir un peu plus les amener à parler. Mais en général la plupart se livre assez facilement. Il y en a qui pleurent directement en rentrant dans le bureau, en disant ça ne va pas. Il y en a c'est plus difficile je pense. Une que j'ai, qui est infirmière libérale, et qui du coup était en vrai burn out. C'était plus compliqué. Mais au final ils arrivent pour la plupart dans l'ensemble à déterminer que c'est le travail qui les fait souffrir et pour lequel ils ne sont pas bien. Parce que bah en reprenant le reste, le reste va bien.*

*MB : Tu proposes quoi comme prise en charge ?*

MG2 : En général je les arrête un peu systématiquement, puisque c'est un peu le truc de la souffrance. Enfin sauf s'ils ne veulent pas bien sûr. Mais en règle générale, je leur propose moi de les arrêter. Mais ils viennent aussi pour ça nous voir. Plus ou moins accompagnement avec un psychologue. Après s'il y a des vrais signes de souffrance, d'anxiété, éventuellement un traitement anxiolytique sur une courte période. C'est quand même rare de mettre un antidépresseur de suite parce que pour le coup c'est isolé sur le travail. Rien que le fait de couper quinze jours... En fait je leur propose la durée de l'arrêt de travail. Je leur fais « Comment vous voyez les choses vous ? ». Je parle toujours de l'avenir en fait. Je parle toujours du projet d'après en leur disant : « Actuellement ça ne va pas au travail, est-ce que ça a des chances de s'améliorer et si non qu'est-ce qu'on fait ? ». J'essaye toujours de leur faire dire leur projet d'avenir parce que : « Le but c'est pas d'être arrêté pendant six mois. Si vous ne pouvez pas reprendre, que vous ne vous sentez pas capable de reprendre déjà aujourd'hui, je pense que même en coupant ça sera compliqué. Donc vous voulez quoi ? Quitter votre travail ? ». En général ils te disent, ils ont quand même une idée de leur projet. « Bah oui moi de toutes les façons, je veux démissionner ». « Donc là en gros c'est un peu le temps de se retourner et quinze jours à un mois d'arrêt ça va me permettre de déjà souffler moralement et puis de m'organiser pour la suite, chercher autre chose, juste me sentir capable d'aller démissionner. ».

MB : Tu fais des fois des déclarations en maladie professionnelle ?

MG2 : Ouai mais alors pas pour ça pour le coup. Je crois que c'est reconnu maintenant en maladie professionnelle mais je n'ai jamais fait.

MB : Tu les interrogues sur l'organisation du travail ?

MG2 : Oui en général c'est eux spontanément qui disent. Enfin en général, j'ai l'impression que c'est beaucoup de choses aussi liées à la hiérarchie. C'est beaucoup de pression venant de la hiérarchie la plupart du temps. Donc là, mon infirmière libérale c'est plus le quotidien, les patients, enfin une lourdeur un peu du travail en général. Parce qu'elle n'a pas de hiérarchie. Mais la plupart du temps c'est pression hiérarchique. On demande de faire trop de choses en moins de temps, plus qu'avant en moins de temps. Et je ne me souviens plus bien de sa principale plainte. Mais oui, après il y a aussi le harcèlement moral, que ce soit d'un collègue en particulier ou de la hiérarchie. Donc eux spontanément en général ils discutent un peu de l'organisation au travail.

MB : Tu les mets en contact avec d'autres intervenants ?

MG2 : Donc comme je t'ai dit, surtout médecin du travail. Et après je sais que j'ai fait un courrier cette semaine. Il y a une dame qui était convoquée à la sécu pour ça et du coup j'ai fait moi un courrier résumé de la situation pour le médecin qui la recevra. Médecine du travail, enfin moi personnellement... Je sais que ma collègue ça arrive qu'elle les appelle quand il y a... Quand par exemple ils disent aux patients « Non non il

*n'y a rien, retournez au travail. », « Bah non moi je l'ai vu, elle ne va pas bien c'est, enfin pas dangereux mais la remettre au travail là, ça me paraît compliqué ».*

*MB : Et ça apporte quelque chose ?*

*MG2 : La médecine du travail oui toujours. Parce que la plupart du temps, il y a aussi certaines médecines du travail où il y a des psychologues du travail. Je sais qu'il y a des patients qui en ont vu. Et du coup comme en plus c'est pris en charge, ils n'ont pas à le payer en supplément. C'est pas comme un accompagnement qu'ils devraient payer. Parce qu'il y a un gros souci dans... du coup le psychologue du travail c'est très très bien. Et puis oui c'est bien parce que ça va leur permettre de savoir eux est-ce qu'il y a un reclassement professionnel qui est possible au sein de la même entreprise. En général, ils les confortent un peu en leur disant : « Ne vous mettez pas de pression, c'est pas pressé de reprendre ». La plupart du temps hein, ça peut être l'extrême inverse. Mais normalement en général ils disent : « Bah oui oui, le médecin du travail a bien vu que je n'étais pas bien, je lui ai expliqué ma situation. Donc il m'a dit de prendre un peu de temps pour moi. ». Et puis voilà ça les oriente professionnellement pour savoir ce qu'il faut faire quoi.*

*MB : Et la visite de pré-reprise ?*

*MG2 : Je crois qu'il y a une durée légale. Je ne sais pas trop mais je crois qu'il y a une durée légale. A partir du moment où il y a un arrêt de plus de tant de temps, je crois qu'ils sont plus ou moins obligés de faire une visite de pré reprise. Je ne sais pas si c'est trois mois... Dans ma tête c'est ça mais je ne sais pas trop.*

*MB : Il y a un réseau en Hérault ?*

*MG2 : Non, je ne connais pas en tout cas. Je leur dis de contacter à chaque fois en général. Ils savent par leurs collègues et tout quelle est la médecine du travail qui correspond à leur entreprise et du coup ils la contactent directement.*

*MB : As-tu une situation de souffrance au travail qui t'a marqué ?*

*MG2 : J'en ai plusieurs en tête. Là en ce moment, j'ai une dame qui bosse chez pôle emploi et du coup c'est vraiment d'actualité parce qu'on en entend parler dans les médias. Elle avait un portefeuille d'un certain nombre de personnes à gérer et en fait on lui a fusionné deux portefeuilles ensemble de personnes à gérer. Et en fait c'est impossible quoi. Ils ont aussi une succession de mails à devoir traiter dans la journée vraiment non-stop et en fait elle... Alors qu'elle m'a dit : « Moi jusqu'ici j'aime ce que je fais, j'ai plein de projets. J'essaye de monter des ateliers pour les chercheurs d'emploi, des trucs. ». Enfin elle est plutôt motivée et c'est vraiment le côté politique un peu, le changement de politique au sein de l'entreprise, en augmentant la charge de travail, qui l'a fait basculer. Et maintenant elle n'en peut plus. Elle se voit quand même revenir dans l'entreprise parce que à la base elle aimait son travail. Mais c'est vraiment le seuil dépassé. Et du coup, là, elle*



*a vu la médecine du travail. C'est elle qui est suivie par la psychologue du travail. Et elle envisage de reprendre peut-être en mi-temps thérapeutique initialement pour ensuite reprendre un plein temps. En tout cas le but c'est aussi de faire une alerte en s'arrêtant aussi. Pour dire : « Les gars, là, enfin, chaque employé a eu ça hein c'est pas gérable en fait. Il faut arrêter là, maintenant. ».*

*MB : Comment tu penses que l'on peut optimiser la reprise du travail des patients ?*

*MG2 : S'il y avait des psychologues du travail dans toutes les médecines du travail, je pense que ça serait bien. Mais là c'était la première fois que j'en entendais parler. Et vraiment un vrai accompagnement de leur part. Parce que moi je les vois très régulièrement parce que c'est moi qui fait les arrêts de travail. Donc je ne fais jamais plus d'un mois d'arrêt en général. Donc minimum je les vois tous les mois. Et ça serait bien qu'il y ait un réseau, ça c'est sûr. Médecine du travail pareil, qui les revoit, qui leur disent : « Vous revenez à tel moment pour qu'on refasse le point. ». J'ai l'impression qu'il n'y a pas toujours de propositions faites à l'issue de leur consultation à la médecine du travail. Il dit : « Bon il m'a vu mais il n'y a pas de propositions sur un reclassement. ». Enfin c'est compliqué le reclassement professionnel, parce qu'au sein d'une entreprise, à part vraiment les gros gros truc où il y a vraiment beaucoup de travail différent dans l'enceinte d'une entreprise, celui qui bosse chez LIDLE, caissière, bah au final le reclassement ça n'existe pas. Donc oui un meilleur accompagnement. Plus on est autour de la personne sur n'importe quelle pathologie, meilleure est la collaboration.*

### Entretien N°3

*Recueil de données épidémiologiques : Sexe : Homme ; Age : 37 ans ; Mode d'exercice : urbain, cabinet de groupe ; Nombre d'années d'exercice : 5 ans ; Formation souffrance au travail : non, mais une formation médicale continue prévue sur le sujet ; Durée de l'entretien : 17 minutes 15 secondes*

*MB : As-tu eu une formation sur la souffrance au travail ?*

*MG3 : Au cours des études non, c'est sur le tas et une fois installé. Puisque lorsqu'on est remplaçant, on n'a très peu de consultations de ce type ou on a tendance à rapidement basculer et à dire : « Vous verrez ça avec mon remplacé. », en faisant un arrêt de travail de quelques jours et puis en refilant la patate chaude.*

*MB : Que représente pour toi la souffrance au travail ?*

*MG3 : Peut-être qu'il y a un biais dans mes réponses car ma compagne est interne en médecine du travail. Elle a passé sa thèse la semaine dernière. Du coup j'ai en tête la définition de l'OMS sur la souffrance au travail. Puisqu'il y a une définition. Je vais un peu la ressortir de tête... Alors de tête... Ça ne me vient plus. Mais en tout cas il en existe une définition précise.*

*MB : Comment est-ce que tu vois ta place dans sa prise en charge ?*

*MG3 : Le rôle premier du médecin généraliste c'est surtout d'être là, de répondre à la souffrance du patient qu'elle soit causée par le travail ou par autre chose. Premièrement c'est déjà de l'écouter et puis de le soigner, de comprendre ce qu'il se passe, quelle est l'ampleur de cette souffrance, d'évaluer l'anxiété, la dépression, avec bien entendu s'il y a des idées noires, suicidaires. Ma place, elle est centrale. Mais ce que je dis souvent aux patients, c'est que si je vois qu'on se dirige vers un arrêt de travail causé par le travail, c'est qu'on va former un trio voire un quatuor avec à la fois le patient, moi, le médecin du travail et éventuellement un psychiatre.*

*MB : Comment tu vis les consultations des patients qui viennent pour un motif de souffrance au travail ?*

*MG3 : C'est pas ma tasse de thé. Il ne faut pas qu'il y en ait trop dans la journée. On est là pour ça, mais c'est vrai que ce sont souvent des consultations chronophages. Le temps malheureusement en médecine générale on ne l'a pas forcément. Et puis okay, on est là pour aider son patient, sur cette souffrance. Maintenant par notre statut de médecin libéral, il y a toujours une petite partie de moi qui me dit : « Mince coco, la souffrance au travail, mais prends tes clics et tes clacs. Prends des décisions. Casse-toi. Trouve un autre boulot ». Il y a cette petite part de moi, c'est certainement l'humain qui dit ça. Maintenant c'est vrai qu'on est en 2019, le travail c'est pas simple de nos jours. Les gens s'accrochent à leurs droits parce que derrière il y a des factures, des enfants à élever, un crédit à rembourser. Ça serait beaucoup plus simple s'il y avait moins de chômage et si les gens pouvaient plus facilement changer d'emploi lorsqu'il y a des conflits souvent avec la hiérarchie ou les collègues de même niveau. Donc après voilà, je l'ai fait. Quand je vois sur le planning que j'en ai une, je me dis quand même « oh non ». Mais une fois mon patient devant les yeux, j'arrive quand même à bien l'écouter et puis à faire mon travail correctement.*

*Après comme j'ai dit tout à l'heure, je mets d'emblée lors de la première consultation un objectif pour éviter de se retrouver sur un arrêt de travail prolongé. Toujours en précisant que si on s'oriente vers un arrêt prolongé, il faudra qu'il y ait ce trio voire ce quatuor pour dégoupiller la situation et pas s'enliser dans une désinsertion professionnelle mais également sociale avec un patient qui reste tout le temps chez lui.*

*MB : Au cours de la consultation, comment est-ce que tu vas mener l'interrogatoire ?*

*MG3 : Petite réflexion sur le mot interrogatoire. J'aime pas trop ce mot-là. Je ne suis pas un adepte de la novlangue et on n'est pas là pour interroger les patients au sens policier. Je dirai plutôt parler d'anamnèse, comprendre les mécanismes qui ont amené le patient à souffrir et la cause de cette souffrance. Est-ce que c'est la surcharge de travail ? Est-ce que c'est des conflits dans les relations humaines ? Est-ce que le travail plait ? Est-ce que l'on ne demande pas trop au patient ? Est-ce que c'est aussi dans ses compétences ? On revient à la définition de l'OMS : c'est quelque chose, c'est une demande inappropriée par rapport aux capacités de l'employé pour effectuer sa tâche. J'essaie de balayer un peu tous les champs. Déjà je vois aussi au niveau*

personnel, s'il n'y a pas de soucis, notamment dans la famille, parmi l'environnement familial, qu'il n'y a pas de problèmes d'argent, si... Enfin voilà, j'essaie d'être un peu plus complet, de sortir du travail. Souvent il n'y a pas que ça à... Et sinon, non je n'utilise pas d'échelles spécifiques ou autre. De tête j'ai quand même les grandes lignes et puis après on voit ça.

MB : Et la consultation dure combien de temps ?

MG3 : Je fonctionne pour les consultations, les créneaux c'est quinze minutes. Sur une consultation de ce type je double facilement. C'est 25-30 minutes. Je m'impose cette limite. Je fais revenir le patient s'il le faut, mais on ne peut pas faire en moins de 25 minutes. Il y a quand même un temps d'écoute qui est beaucoup plus important que l'otalgie du gamin. Et puis la partie examen physique est... Parfois je ne fais même pas d'examen physique. On prend son temps, je vais le faire si je prescris d'emblée un traitement. Mais si je ne prescris rien de particulier, en dehors de l'arrêt de travail, je ne fais pas forcément d'examen physique. Donc l'anamnèse c'est quasiment toute la consultation, réassurance. Et puis je demande à ce qu'on se revoit rapidement pour faire le point.

MB : Quelle prise en charge proposes-tu ?

MG3 : Dans un premier temps, souvent les patients ils arrivent, ils sont très fatigués puisqu'il y a des insomnies et ils ne sont plus du tout en capacité de réfléchir et de résoudre les problèmes même s'il n'y a pas de véritable syndrome dépressif. Mais dans ce que je fais souvent, c'est un arrêt de travail d'une semaine, rarement plus de dix jours. Je prescris quand même des anxiolytiques pour les premières nuits. Pour au moins récupérer ce temps de sommeil, les isoler, qu'ils soient sereins sur le fait de ne pas aller au travail le lendemain. Et puis c'est le sommeil en premier à récupérer comme dans tous les syndromes anxieux plus ou moins dépressifs débutants. Quand on a un cerveau fatigué, on ne peut pas prendre de bonnes décisions, on ne peut pas se dire : « Je vais aller voir mon supérieur hiérarchique, je vais poser la problématique. ». On n'arrive plus à rien, donc c'est ça le premier temps. Les antidépresseurs c'est très rare dès la première consultation, sauf cas particulier quand ça s'est vraiment enlisé chez un patient qui a déjà fait des épisodes dépressifs majeurs. Mais c'est des patients que je revois assez rapidement. C'est sûr que l'éviction du travail... Et puis je leur demande la prochaine fois qu'on se revoit : « Vous avez pris rendez-vous avec la médecine du travail ? C'est important qu'ils soient au courant de la situation ».

MB : Est-ce que tu fais des déclarations en accident de travail, maladies professionnelles ?

MG3 : Jamais. Déjà le burn out, ça été reconnu par un comité médical, mais on ne peut pas le mettre sur les certificats, parce que d'emblée ça induit un problème avec l'employeur. On n'en sait rien. On n'est pas là pour juger. Je sais que ça apporte aussi des problèmes à certains médecins qui ont parlé de burn out, qui ont fait des accidents de travail pour ce syndrome anxiodépressif. Donc c'est surtout la connerie à ne pas faire.

*Malheureusement, il y a des confrères qui ne sont pas renseignés et qui s'aventurent là-dedans. Mais c'est très dangereux. Mais ça, c'est peut-être parce que je suis un jeune médecin qui vient des réseaux sociaux. Il y a des groupes facebook de partage de situations, de connaissances, comme le divan qui permettent de ne pas tomber dans ce panneau-là.*

*MB : Est-ce que tu recherches ou analyses l'organisation du travail ?*

*MG3 : Je ne lui demande pas trop sa feuille de poste et si son travail est inadapté. C'est pas mon rôle, c'est celui de la médecine du travail. Moi je suis là dans le soin, pas pour comprendre comment ils fonctionnent, quel est l'organigramme de la société. Non c'est pas de mon ressort. Et puis peu importe, s'il y a une souffrance, c'est une souffrance.*

*MB : A quels autres intervenants as-tu recours ?*

*MG3 : Encore une fois médecine du travail. C'est dès la première consultation que j'aborde ce point-là, même si derrière ils ne pourront pas changer grand-chose si ce n'est une inaptitude temporaire au poste. Enfin je crois qu'elle n'existe plus. Mais ils peuvent mettre quelques freins et c'est bien qu'ils soient au courant de la situation. Au moins je ne suis pas tout seul si jamais les choses s'éternisent. On en discute. Je ne fais pas forcément de courrier pour une première consultation mais ça m'arrive d'en faire au médecin du travail et en retour souvent ils nous en font. Après psychiatre, le problème, c'est l'accès en ville. Pour trouver déjà un professionnel de disponible rapidement. Et après c'est pas dit que ça passe. L'inspection du travail. Alors là, on n'est plus dans le médical. Mais bon quand il y a vraiment des gros conflits, je les invite bien entendu à voir avec leur syndicat, l'inspection du travail. Souvent les patients me disent que ça ne sert à rien, que ça a déjà été le cas, qu'ils ne vont pas bouger pour. Je les incite quand même après assez. C'est pas eux qui vont pouvoir permettre d'aider le patient dans son anxiété, dans sa déprime.*

*MB : Tu proposes la visite de pré-reprise ?*

*MG3 : Je ne la propose pas systématiquement. Je ne me souviens jamais des différents délais entre l'arrêt de travail et l'accident de travail. Donc je suis toujours à regarder sur internet qu'est-ce qui est obligatoire. Je crois que c'est à partir d'un mois dans les accidents de travail quelle que soit la cause avec visite de pré-reprise et visite de reprise. Pour les arrêts de travail, c'est sensiblement la même chose, peut être trois mois. Mais de toutes les façons, je leur dis toujours que la médecine du travail, il n'y a que trois personnes qui peuvent la demander : c'est le salarié lui-même, c'est le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale ; qu'ils ont aussi la possibilité de demander une consultation et de prévenir la médecine du travail, le service ; de ne pas prévenir l'employeur selon la cause, ça c'est aussi un droit du salarié.*

*MB : As-tu une situation de souffrance au travail qui t'a marqué ?*

*MG3 : C'est un patient qui dépend de la métropole de Montpellier, qui n'a plus de service de médecine du travail. Enfin si, elles en ont un mais je crois que leurs médecins sont en arrêt de travail, pas remplacés. Du coup c'est un petit peu galère pour la prise en soin du patient puisqu'on me demandait d'être à la fois le médecin traitant et la médecine du travail, d'émettre moi-même des certificats d'incapacité sur telle chose avec un patient qui me dit que je peux le faire. Enfin bon, moi je suis toujours mal à l'aise de ce côté-là. Et puis l'autre patient pareil, ça va être sur un problème organisationnel. C'est un patient policier et là j'ai pas trop bien compris quelle était la place du médecin administratif et du médecin on va dire du travail, mais qui est un médecin généraliste installé, qui fait office de médecin du travail. Donc ce sont des filières un peu particulières et on se sent un peu démuné et tout seul avec son patient. Voilà c'est beaucoup plus simple quand on a des salariés qui dépendent d'un service autonome comme l'AMETRA, l'AIPALS sur Montpellier.*

*MB : Comment tu penses que l'on peut optimiser la reprise du travail des patients ?*

*MG3 : Pour l'instant j'ai pas trop d'idée. Comme je l'ai dit, en première consultation, j'anticipe un petit peu en disant au patient que ça n'était pas dans son intérêt de se diriger vers un arrêt de travail longue durée. Parce que ça va le désinsérer, c'est pas pour le servir. Que si c'est un conflit, ça se règle autrement. Que s'il voit qu'il n'y a pas d'issue, de reclassement possible, pas d'amélioration, bah de ne pas hésiter à rechercher un autre emploi. Mon groupe de formation médicale à Montpellier, c'est un des thèmes qui sera abordé au cours des prochaines semaines, début 2020. Justement c'est le thème d'une formation sur la souffrance au travail. J'apprendrais probablement beaucoup de choses. C'est fait avec deux médecins du travail, le Dr Marylène Serventes qui est à l'AMETRA et le Dr Geneviève Bernadou. On va certainement apprendre des choses sur comment remettre rapidement le patient au travail. Mais c'est jamais une situation qui est facile et c'est un problème de notre siècle.*

*MB : Et du coup tu aurais besoin de quoi pour améliorer ta prise en charge ?*

*MG3 : Moi personnellement, j'ai pas besoin de grand-chose. C'est surtout le monde du travail qui a besoin de moins de chômage, de pouvoir aller voir si l'herbe est plus verte ailleurs. Et puis il ne faut pas se leurrer, il y a des employés qui s'estiment en souffrance au travail mais qui ne sont pas aptes à un travail parce qu'eux aussi ont leurs lacunes. Ils peuvent être incompetents, peuvent avoir des problèmes psychologiques ou comportementaux. C'est pas forcément eux les victimes de la souffrance. Mais parfois eux même génèrent la souffrance des autres, et puis en répercutent la monnaie de leur pièce. Donc j'aurai besoin surtout qu'il y ait plus d'accessibilité à la médecine du travail dans certaines filières, peut-être plus souvent l'avis d'un médecin conseil et puis l'accès à la psychiatrie dans l'accès au soin. Non pas pour moi, mais pour les patients eux-mêmes.*

#### Entretien N°4

*Recueil de données épidémiologiques : Sexe : Femme ; Age : 35 ans ; Mode d'exercice : urbain, cabinet de groupe ; Nombre d'années d'exercice : 8 ans ; Formation souffrance au travail : oui : une soirée FMC ; Durée de l'entretien : 17 minutes 47 secondes*

*MB : Pour toi, qu'est-ce que ça représente la souffrance au travail ?*

*MG4 : Ça représente un motif de consultation assez fréquent, assez difficile pour nous. C'est quelque chose qui prend du temps, qui demande de l'empathie mais aussi un peu d'objectivité à ce qu'on nous demande. C'est des motifs honnêtement que je n'aime pas trop. Clairement, c'est des motifs de consultation qui sont difficiles je trouve. On ne sait pas où est la limite du généraliste. On essaie de conseiller, d'envoyer à droite à gauche, chez le psychologue, chez le médecin du travail... Mais il y a une grosse réticence des patients. Après il y a des cas de figure un peu différents. Quand tu vois que c'est un patient jeune, que ça fait un an qu'il est dans sa boîte, c'est pas toujours pareil que quand c'est la patiente de cinquante ans qui est depuis dix ans dans sa boîte. Voilà, il y a des situations où tu sais que ça ne va pas être trop compliqué, le patient il est juste un peu épuisé, fatigué, par des situations. Tu sais que tu vas l'arrêter un peu, tu vas le motiver, tu vas essayer de lui donner un peu des conseils et ça va aller. Et après tu vois des cas de figure où tu sens que ça va être plus compliqué. Et là c'est le gros casse-tête.*

*MB : Quelle est ta place dans la prise en charge ?*

*MG4 : J'ai l'impression qu'on nous donne trop de place. Un peu à moitié gendarme aussi mais d'un côté on doit être l'aidant, le soutien. On doit être un peu tout à la fois. Je trouve que c'est un peu difficile. Et quand on demande aux patients... C'est ça qui est dur aussi... Et même quand les médecins conseils viennent nous voir on leur dit que... Moi j'ai envie d'adresser à des psychologues, d'adresser à des sophro, voilà tout ce qui est à côté. Je ne sais pas, c'est difficile parce que les patients sont un peu réticents aussi, ils veulent qu'on gère tout en gros, donc c'est délicat.*

*MB : Comment est-ce que tu vis les consultations des patients qui viennent pour ce motif ?*

*MG4 : Ça dépend du patient. Si je sens déjà le truc qui va mal tourner, parce que moi j'ai plein de patients qui sont maintenant lancés dans les trucs de prud'hommes et compagnie, tu vois ça complique encore la donne. Donc là tu sais que ça va être difficile. Tu vois le nom du patient, tu te dis : « Bon comment on va faire aujourd'hui ? Qu'est-ce qu'on va lui proposer ? Comment on va essayer de voir s'il faut encore prolonger un arrêt ou essayer d'avancer un peu ? ». C'est pas des consultations faciles. Il y en a, je te dis au bout de 2-3 semaines bon on arrive à régler le problème. On les motive, ils ont besoin de se reposer un peu. Mais d'autres c'est vraiment vraiment un peu une appréhension pour moi en tout cas. Dans le sens où je me sens à la fois...*

*Je sens que le patient a besoin de nous clairement. On est quand même les médecins donc on est un peu empathique tout ça. Mais d'un autre côté j'ai l'impression qu'on doit faire un petit peu la police. Donc c'est ça que j'aime vraiment pas du tout en fait. Devoir dire : « Mais purée, combien de temps je vais l'arrêter ? Est-ce que ça va ? Est-ce que ça va pas ? Il faut quand même que je lui dise de voir le médecin du travail. » Enfin voilà, c'est tous ces trucs qu'il va falloir dégainer dans les semaines qui arrivent. Et puis quelques-uns des patients retrouvent un bénéfice secondaire, donc il faut faire la police.*

*MB : Comment se déroule ta consultation d'un patient qui vient pour ça ?*

*MG4 : C'est très variable. Honnêtement je ne sais pas si les autres médecins te disent pareil, ça dépend un peu de notre épuisement à nous aussi j'ai l'impression, de notre fatigue, de notre état d'esprit. C'est vrai que des fois en fin de semaine je suis... Enfin je demande au patient... En gros y en a qui viennent et qui ont envie que tu les arrêtes. Ils ne te parlent pas de la souffrance. Il y a la souffrance au travail, mais ils savent que la solution c'est que... Ils ont entendu dire qu'il fallait qu'on les mette en arrêt ou des trucs comme ça. Et ça des fois on a plus ou moins de patience selon l'heure de la journée, la fatigue, la semaine qu'on a vécue. En général tu les laisses parler. Tu laisses parler pendant un petit moment. J'essaie un peu de comprendre les circonstances, depuis combien de temps ils sont dans leur boîte, qu'est ce qui a déclenché, est-ce qu'il y a un facteur déclenchant à côté ou si c'est vraiment uniquement le travail. Voilà, un peu l'âge du patient et cetera. Ses antécédents de ce genre d'arrêt etc. Parce que des fois tu remontes le dossier et tu vois que deux ans plus tôt il y a eu la même chose. Et voilà, tu essaies d'installer un peu le cadre, voir un peu le cadre et savoir ce qu'attend le patient de toi. Et malheureusement au départ, tu as quand même l'impression que c'est vraiment juste de faire un break, d'arrêter le patient. Je leur parle, moi, des plans de 2-3 trucs... Voir au moins un peu si c'est sérieux ou pas, au niveau médical aussi, s'il y a des problèmes de sommeil, un retentissement important sur la vie de tous les jours. En gros voilà : les circonstances, le retentissement et les solutions déjà pour commencer.*

*MB : Quelle prise en charge proposes-tu ?*

*MG4 : Je demande. Après des fois c'est évident. Il y en a qui te disent : « Voilà, je ne veux plus aller au travail ». Ils pleurent dans tes bras. Ça, ça arrive souvent. Ils arrivent en pleurant, tu les arrêtes, après toi tu essaies de parler d'autre chose, que la solution c'est pas que l'arrêt de travail bien évidemment, mais souvent l'issue. Enfin il ne faut pas dire malheureusement peu importe. Mais en tout cas il y a un arrêt de travail. Au départ pas long mais au moins qu'on mette... Pour qu'on dise aux gens : « Bon bah reposez-vous, on va se revoir et essayez un peu de mettre les idées au clair ». Ça fait partie des choses de la conduite de la consultation, ça c'est vrai.*

*MB : Qu'est-ce que tu fais au niveau thérapeutique ?*

*MG4 : Souvent je ne fais rien la première fois quand même. Juste une écoute, en disant que les choses peuvent s'arranger, de réfléchir un petit peu, se poser un peu le cerveau. Et c'est la fois d'après, où vraiment tu sens que les choses sont plus compliquées que tu l'avais jugé ou que tu vois qu'il y avait des antécédents dépressifs, un retentissement, le sommeil. Et là tu te dis : « Qu'est-ce que je fais au niveau médicament ? Qu'est-ce que je fais au niveau consultations à côté : hypnose, psychologue, sophro, sport ? ». Mais c'est plutôt la deuxième consultation, deuxième voire troisième voire un peu après. La première, j'espère qu'on ne dégaîne par l'arsenal aide thérapeutique quoi.*

*MB : Du coup tu l'envoies quand voir d'autres personnes et qui ?*

*MG4 : Alors moi j'envoie beaucoup chez les psychologues. J'ai des très bons contacts avec certaines psychologues que j'aime beaucoup. Mais ce que je te disais dans la première question, c'est que je trouve que les patients des fois sont réticents. Et c'est vrai que ça me bloque un peu. Alors je les comprends, ils viennent pour un problème et pensent qu'on peut nous tout régler ou du moins être l'épaule suffisante. Mais c'est vrai qu'on n'a pas les qualifications. Enfin moi je ne suis pas les qualifications d'un psychologue. On n'a pas la même écoute. On n'a pas le temps non plus. C'est vrai qu'il faut reconnaître quand même qu'il y a une question de temps aussi. On n'a pas la même... Enfin on ne sait pas faire. Moi je ne sais pas faire les thérapies, je ne sais pas enseigner la sophro. J'estime que ça ne doit pas être à ma consultation. En tout cas pas pour le moment, pas comme ça quoi. J'adresse assez facilement dès fois dès la première consultation quand je sens qu'il y en a gros sur la patate depuis très longtemps. Ou sinon j'en parle forcément les fois d'après assez facilement quand même. Je dis toujours qu'il faut un accompagnement quel que soit le traitement qu'on va faire. D'aller vider son sac, d'aller faire un peu de relaxation, de sophro tout ça. Ça fait partie intégrante du traitement. Alors le médecin de la sécu, pas trop parce que j'ai toujours l'impression que de toutes les façons il va intervenir. Et finalement c'est bien aussi. Mais le médecin du travail je demande à plein de patients de le faire et ces derniers temps... Alors ça souvent je dis... Peut-être des fois je ne veux pas les braquer... Donc je le dis à la première consultation : « Bon c'est important de prévenir que ça se passe mal au travail. Le médecin du travail, il est là quand même pour vous aider. C'est important qu'il soit informé. Ne serait-ce qu'un devoir d'information ». Mais des fois ils sont réticents, parce que soi-disant ou un avocat leur a dit qu'il ne fallait surtout pas qu'ils y aillent, qu'ils allaient être mis inaptes, que ci que ça. Et ils ont une appréhension à aller le voir rapidement en fait. Et moi j'essaie quand même d'en parler assez rapidement pour le coup. Parce que je sais que la petite formation d'une soirée qu'on avait faite nous avait dit qu'il avait une place hyper importante et que fallait qu'on le fasse intervenir pour le coup. Le psychiatre met juste un traitement et la consultation dure cinq minutes. Les rendez-vous sont difficiles à prendre. Les patients ne veulent pas aller voir les psychologues car c'est payant.*

*MB : Et du coup pour toi c'est quoi la place des autres intervenants médicaux ?*



*MG4 : Elle est importante un peu pour nous aider aussi. Parce que souvent je reçois des courriers des médecins du travail. Assez récemment j'en ai reçu un me disant : « Voilà, il faut prolonger son arrêt, on essaie de trouver des solutions ». Ou des ruptures après conventionnelles qui commencent à être envisagées. Parce que des fois il faut reconnaître que c'est des conflits avec l'employeur. Donc la souffrance au travail elle vient d'un conflit entre un chef qui ne veut pas une rupture. J'en ai un patient c'était ça... Qui refuse la rupture et des trucs tout bêtes des fois. Donc le médecin du travail il a vraiment un rôle presque plus important que le nôtre je pense. Et après je sais pas si nous on n'est pas un peu chef d'orchestre, comme le rôle du généraliste, en disant : « Voilà il faudrait faire ci, il faudrait faire ça ». Et après les autres c'est important aussi... Euh je ne saurais pas te dire exactement.*

*MB : As-tu une situation de souffrance au travail à raconter ?*

*MG4 : Franchement là j'en ai plein. Mais des trucs qui m'ont marqués... C'est vrai qu'on commence à prendre du recul même si on essaie d'avoir la même écoute parce qu'on se dit : « Bon c'est important pour le patient ». Mais c'est vrai que pour le coup c'est vraiment difficile... Parce que on commence à avoir un peu de recul même si on est tout gentil, tout empathique, on a l'impression qu'on en voit souvent. Et là l'exemple que j'ai, c'est vraiment un patient qui me fait l'arrêter là. Mais moi je suis en galère parce qu'il veut lancer aux prud'hommes. C'est compliqué. Il y a vraiment une question d'argent aussi. Il y a vraiment des trucs des fois je trouve que c'est pas le rôle du médecin pour le coup de gérer ça quoi, des conflits. Il me demande mon avis. L'avocat lui a dit qu'il fallait que je prolonge jusqu'à telle date. Après c'est un peu compliqué je trouve des fois. Et ça c'est une situation qui ne m'a pas du tout plu quoi. Déjà je trouve que c'est des consultations assez inconfortables, assez difficiles, et là quand en plus il y a le côté juridique... Toi tu ne sais même pas ce que tu as le droit de faire vraiment. S'il a le droit de te demander d'être prolongé. Tu lui dis : « Mais attendez, la sécu il faut quand même qu'on lui rende des comptes, tout ça ». Je sais pas. J'ai l'impression que le patient ne se met pas non plus à notre place des fois. Il me demandait de prolonger jusqu'à telle date... A oui il m'a demandé même de mettre en accident de travail un malaise qu'il avait il y a un an quoi. Un truc comme ça. Non mais voilà c'est ça qui m'avait choqué je crois. Parce que son avocat lui avait dit de le faire. Mais je veux dire, c'était survenu après une embrouille avec son chef je crois. Ou je ne sais plus quoi. Il n'avait rien hein le patient... Il avait une douleur thoracique. Pour le coup il n'y avait rien, on s'en doutait. Il a été aux urgences. C'est même pas moi qui l'avait vu au départ et il m'a demandé de faire ça. Et si tu veux j'ai cédé. Je me suis dit : « Bon j'en sais rien de juger un truc d'il y a un an ». Ma consultation, je savais qu'il y avait toujours eu ces problèmes de souffrance chez lui donc peut-être que c'était justifié. Mais bon presque moi j'avais pas fait mon travail correctement de ne pas l'avoir mis en accident tu vois. Et je ne savais pas parce que pour moi clairement il était venu. Il venait tout le temps pour des contextes de stress, des trucs familiaux. Je ne trouvais pas ça si justifié que ça. A l'époque en tout cas, je n'avais pas jugé l'accident de travail clairement quoi.*

*MB : Tu fais du coup des déclarations d'accident de travail / maladie professionnelle pour la souffrance ?*

*MG4 : Là pour le coup je l'ai faite, sinon je n'ai pas... Il me semble que je l'ai déjà fait mais pas souvent en tout cas. Si, quand c'était suite à un malaise ou un traumatisme au boulot, quand il y a eu un problème au boulot vraiment déclencheur. Oui c'est ça. C'est une dame qui avait fait un malaise au travail, et en fait on s'est rendu compte après... Elle a été aux urgences, il n'y avait rien de grave quoi. En gros c'était pas somatique. Mais là j'avais mis en accident de travail parce qu'on était parti sur l'accident de travail. Ça avait été déclaré. Pour moi c'était plus simple, ça avait été légitimé par le boulot donc j'étais partie là-dessus quoi. Comme elle avait fait un malaise et qu'elle avait été amenée aux urgences, ils avaient fait la feuille tu sais. Donc moi j'ai juste répercuté le truc « malaise ». Après j'ai mis fatigue, état anxiodépressif et après je ne sais plus comment ça s'est réglé cette histoire. Mais en tout cas ça n'a pas duré non plus des lustres. Mais ça m'est déjà arrivé une ou deux fois en tout cas. Maladie professionnelle, non j'ai jamais mis. J'ai jamais vu des cas qui me semblaient vraiment... Après je ne suis peut-être pas experte sur la maladie professionnelle non plus. Non jamais.*

*MB : Comment tu penses que l'on pourrait optimiser la reprise du travail des patients ?*

*MG4 : Bah franchement si tu as la réponse je suis preneuse. Je ne sais pas. Parce que j'ai l'impression d'essayer de faire les choses bien, et malheureusement j'ai pas les résultats je trouve. Tu vois ce que je veux dire ? Donc je ne sais pas. Peut-être que je ne lis pas assez de trucs. Après j'ai pas mal de copines psychologues, du moins de contacts qui sont super bien et qui font du bon boulot en plus je le sais. Elles sont super avec les patients et tout, elles accrochent bien. Donc ça je sais que c'est toujours pour moi un truc en plus, d'avoir des bons praticiens qui t'aident si tu veux. Ça c'est bien. Mais après nous comment améliorer... Piouf... Bah c'est pareil, soutien motivation, essayer d'avancer mais franchement c'est pas facile.*

*MB : Tu aurais besoin de quoi pour améliorer la prise en charge ?*

*MG4 : Bah j'en sais rien. Alors des formations peut-être avec des psychologues... J'en sais rien. Ouais je ne sais pas. Je te dis ça, mais d'un autre côté j'ai toujours ce truc un peu de dualité qui fait que j'estime que ça n'est pas notre boulot non plus, tu vois. Je pense qu'on a dû te le dire aussi et je ne suis peut-être pas la seule qui te sortira ce truc-là. Mais j'estime que ça n'est pas à moi de faire tout ce côté... Parce qu'on nous demande trop, et qu'en vingt minutes je ne peux pas. C'est des consultations qui durent systématiquement... Enfin c'est des consultations qui durent assez longtemps. Sauf quand c'est rodé et que tu sais que voilà t'arrives à la fin, que le patient commence à être mieux. J'en ai quelques-uns là qui vont mieux, qui vont bientôt reprendre. Il y a une rupture conventionnelle. Là tu souffles un peu. C'est des consultations qui sont beaucoup plus simples. Mais les premières, c'est très difficile quand même et c'est très long quoi, donc c'est fatigant. De plus de temps sinon, mais même en temps je pense qu'après... Si j'ai besoin que la sécu ou que l'HAS...*

*J'en sais rien... des organismes, nous cadrent mieux les choses, en disant : « Bah voilà, quand c'est lié à une souffrance au travail, on bascule en accident de travail. On informe le médecin du travail dans tel délai ». Peut-être que ça c'est des idées si tu veux. Que ce soit bien cadré, au niveau de la CPAM. Que ça ne soit pas selon le patient, s'il a 20 ans ou 50 ans, une prise en charge différente. Que ce soit un peu cadré. Du coup nous on saurait ce qu'on a à faire, un peu comme un petit soldat. C'est pas bien non plus d'un côté. On pourrait faire le soutien mais on aurait un plus. Les patients comprendraient que voilà, là il faut aller voir le médecin du travail, même si on n'a pas envie d'aller le voir, même si on n'a pas envie d'aller dire il faut faire une rupture machin truc. Ça t'encadre un petit peu mieux. Tu vois, on ne sait même pas. En accident de travail, j'ai entendu que ça allait peut-être se mettre en place mais je ne suis même pas au courant, voilà en gros c'est ça.*

#### Entretien N°5 :

*Recueil de données épidémiologiques : Sexe : Femme ; Age : 60 ans ; Mode d'exercice : urbain, cabinet de groupe ; Nombre d'années d'exercice : 27 ans ; Formation souffrance au travail : « Pas spécifiquement, j'ai participé à des formations continues occasionnellement avec mon groupe de formation. J'ai eu l'occasion d'en parler mais je n'ai pas fait un truc type DU ; Durée de l'entretien : 13 minutes 47 secondes*

*MB : Qu'est-ce que ça représente pour vous la souffrance au travail ?*

*MG5 : C'est plusieurs choses. D'abord un patient qui arrive, c'est pas toujours facile de comprendre exactement... Enfin il y a un patient qui arrive, en disant : « j'en peux plus au travail on me... On en a après moi. On me harcèle. ». Voilà il y a celui-là. Alors là c'est le problème qui est moins facile. Après facile de comprendre qu'il y a quelque chose qui ne va pas avec le travail. Après le problème c'est : « Qu'est-ce qu'on en fait ? ». Donc derrière c'est multidisciplinaire forcément. Il y a la médecine du travail quand même derrière, dans la boucle, éventuellement le psychiatre, le psychologue, psychothérapeute on va dire au sens large et puis l'assurance maladie. Parce que la souffrance au travail ça veut dire arrêt de travail. Arrêt de travail qui peut des fois être prolongé et dont on ne sait pas trop des fois à quel moment « oui/non ». Voilà ça c'est sur le plan administratif. C'est pas simple la souffrance au travail. D'autant que, quand on arrête les patients, moi je ne mets pas sur mes arrêts maladies « burn out professionnel » par exemple. Ce diagnostic doit être posé par autre que moi, éventuellement par le médecin conseil. Le médecin conseil voit les patients lorsque l'arrêt se prolonge. Donc voilà c'est multidisciplinaire, c'est compliqué. C'est pas toujours facile, soit parce que le patient ne veut plus entendre parler de son employeur, soit parce que le patient veut continuer à travailler, mais qu'il n'en peut plus, mais donc qu'il ne veut pas s'arrêter en fait. C'est pas toujours facile. Et quand on sent qu'il y a vraiment un problème problème au niveau du travail, le problème des patients bah c'est qu'ils ne veulent pas lâcher leur emploi. Parce que qu'est-ce qu'on fait quand on lâche un emploi ? Si on démissionne*

*en plus... Donc on n'a le droit à rien... Enfin voilà. Donc c'est complexe sur le plan administratif et gestion des arrêts de travail, gestion de la poursuite du travail pour le patient.*

*MB : Comment est-ce que vous voyez votre place dans cette prise en charge ?*

*MG5 : Un peu au milieu parce que nous on est les premiers à qui les patients viennent se plaindre. Donc forcément c'est à nous quand même et de mettre en place les arrêts quand il y a lieu, et de demander aux patients de rencontrer la médecine du travail, et éventuellement de le convaincre que ça serait bien d'avoir un accompagnement psychothérapeutique. Enfin voilà c'est notre place de généraliste, toujours la même place, c'est-à-dire être à côté du patient pour essayer de l'accompagner dans la prise en charge de son problème au travail.*

*MB : Comment est-ce que vous vivez les consultations des patients qui viennent pour ce motif ?*

*MG5 : Ça dépend un peu des patients mais c'est toujours des consultations longues. Parce que les gens des fois ils ne veulent pas trop expliquer et puis tout d'un coup ça lâche, et donc ça prend du temps. Ou bien, il arrive remonté comme une pendule et donc c'est pareil, ça prend du temps, pour essayer de faire le tri, de qu'est ce qui se passe vraiment, comment ça... Enfin voilà... Donc c'est toujours des consultations longues. Donc c'est pas évident quand on a la salle d'attente derrière ultra archi remplie et que l'on sait qu'il va falloir voir un peu les choses, remettre en place... Enfin voilà... Donc c'est toujours des consultations longues et complexes.*

*MB : Comment se déroule la consultation ? Comment est-ce que vous menez l'interrogatoire ? Est-ce que vous avez des moyens d'évaluation du trouble ?*

*MG5 : Alors l'évaluation c'est déjà essayer d'évaluer l'intensité de la souffrance, c'est-à-dire ses conséquences : les troubles du sommeil, les troubles de l'appétit, l'état d'anxiété, le niveau de l'anxiété avec une échelle d'évaluation de l'état d'anxiété. Après j'ai pas d'échelle spécifique, je ne sais pas s'il en existe sur la souffrance au travail précisément. Probablement que oui, ça m'étonnerait qu'il n'y ait pas une échelle sur le burn out professionnelle. Donc il doit y en avoir une mais que je n'ai pas forcément sur mon logiciel. Et puis d'évaluer aussi quel type d'arrêt on va proposer, combien de temps est-ce que ça va durer. Alors au début on peut toujours mettre un arrêt relativement court d'une semaine à quinze jours puis réévaluer la situation au fur et à mesure. Mais bon, comme c'est vraiment une souffrance importante, une souffrance... Le cas que j'ai en tête là, une patiente très investie dans son travail, c'est souvent ça d'ailleurs, très investie, qui parce qu'elle était très investie, bah on a chargé la mule hein. C'est facile hein puisqu'elle le faisait. Et à un moment bah elle ne pouvait plus hein. Donc là c'est difficile parce que c'est une patiente qui a quand même été arrêtée un an derrière, avec un suivi psychothérapeutique. Ça a été assez compliqué et c'était quelqu'un qui ne voulait*

*pas s'arrêter. Donc la première consultation c'est cette évaluation-là de qu'est-ce qu'on va faire derrière, qu'est-ce qu'on va lancer derrière.*

*MB : Quelle prise en charge proposez-vous ?*

*MG5 : Alors multidisciplinaire toujours. Il faut vraiment qu'il y ait le médecin du travail dans la boucle. Le problème c'est que les médecins du travail il n'y en a pas quarante mille et que c'est des fois pas facile d'avoir un rendez-vous assez rapide avec le médecin du travail. C'est pas toujours évident, d'autant que c'est le patient qui doit prendre rendez-vous. Même si on peut faire un courrier, c'est quand même le patient qui doit prendre rendez-vous. Alors des fois les patients sont un peu réticents, ils ont peur que le médecin du travail. ... Il faut leur expliquer que le médecin du travail est tenu au secret médical exactement pareil que tous les médecins et que son employeur ne sera pas forcément au courant qu'il a consulté de son propre chef le médecin du travail. Donc là on utilise les visites de pré-reprise par exemple, des choses comme ça, pour avoir un avis, une consultation médecin du travail, voir éventuellement prendre contact avec le service de la médecine du travail de l'hôpital. Pour les cas un peu complexes, on peut avoir aussi le recours de l'hôpital.*

*MB : Faites-vous des déclarations d'accident de travail ou maladie professionnelle ?*

*MG5 : Alors le premier arrêt jamais parce que c'est compliqué. Je veux avoir une évaluation multidisciplinaire avant de pouvoir faire la demande de mise en maladie professionnelle, et sur des situations peut être un peu plus sévères que le patient qui arrive remonté parce qu'il s'est disputé avec son employeur et que là il dit : « Je craque docteur, arrêtez-moi parce que sinon je vais le gifler ». Le passage en maladie professionnelle est je pense un peu complexe. Donc là c'est bien de ne pas être tout seul, au moins avoir un avis.*

*MB : Vous renseignez-vous sur l'organisation du travail ?*

*MG5 : Oui bien sûr ! « Qu'est-ce qui se passe ? Pourquoi ça ne va pas ? ». Ça oui, ça fait partie de l'interrogatoire du patient. Qu'est-ce que c'est la surcharge au travail du patient ? Ma patiente c'était un service administratif où elle était centrale à son poste et où tout le monde arrivait dessus et à un moment ça a explosé. D'autres cas c'est parce que physiquement c'est dur. Ou bien il y a réellement un phénomène où on sent en tout cas un phénomène de harcèlement. C'est des fois plus complexes d'ailleurs parce qu'évidemment on ne veut pas mettre en cause un tiers là comme ça à froid, sans qu'il y ait une évaluation ou autre. Même des fois ça m'est arrivé de téléphoner à la médecine du travail et de dire « Qu'est ce qui se passe dans cette entreprise ? ». Des entreprises des fois un peu connues pour leurs problèmes de gestion du personnel sur Montpellier. Et de dire : « Voilà il se passe... Qu'est-ce que c'est que cette personne ? ». Surtout quand on se rend compte que vous avez eu une ou deux ou trois personnes qui travaillent dans le même service et qui ont des problèmes avec la même personne. Là on se dit « Il y a un problème avec la personne. ». Le chef de service ou le responsable de service qui met en mauvais état les gens qu'il a sous ses ordres et ça, ça m'est*

*arrivé plusieurs fois. Plusieurs personnes sont arrivées, des patients différents et qui avaient le même problème avec la même personne, donc ... C'est au directeur à ce moment-là de dire : « Bon il y a un problème dans ce service, qu'est-ce qu'on en fait de ça ? ». Moi je ne peux pas gérer ça.*

*MB : Pouvez-vous évoquer une situation de souffrance au travail ?*

*MG5 : Voilà, donc cette patiente-là qui a quand même été arrêtée... Alors elle ne voulait pas s'arrêter au départ. Il a vraiment fallu qu'elle comprenne que son état de santé, avec des manifestations physiques, palpitations, trouble du sommeil, asthénie profonde, etc., que c'était pas parce qu'elle était malade par ailleurs mais que c'était vraiment lié à la surcharge de travail et à la hauteur de l'exigence qu'elle se mettait sur son poste de travail en quelque sorte. Donc ça n'a pas été facile au début. Et puis une fois qu'effectivement elle a reconnu ça, elle a pu démarrer l'accompagnement psycho thérapeutique. Mais il y a eu quand même un moment de pfff... Une espèce d'effondrement. C'est pour ça que ça a duré longtemps avant qu'elle puisse reprendre le travail et elle a même repris le travail à temps partiel. Voilà il y a cette situation, mais il y a vraiment les deux types de situations. Il m'est arrivé une fois, une seule fois, d'avoir un employeur qui m'a téléphoné, un petit peu remonté, en me disant : « Oui ce patient, vous l'avez arrêté... ». « Ecoutez, je suis désolée, mais ça ne vous regarde pas. ». « Oui je pense qu'il abuse, machin. ». « Bah écoutez, si vous pensez qu'il abuse, vous voyez avec la sécurité sociale et puis ... Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ? ». Donc voilà, ça m'est arrivée une seule fois ça qu'un employeur se permette de me téléphoner par rapport à un de ses salariés que j'avais arrêté.*

*MB : Comment est-ce que vous pensez que l'on peut optimiser la reprise des patients ? De quoi est-ce que vous auriez besoin ?*

*MG5 : Probablement ce que je pense qui serait aidant, enfin pas pour nous, je parle pour les patients en réalité, parce qu'il faut qu'ils reprennent le travail parce qu'ils se sentent de reprendre le travail, ce serait d'avoir la possibilité de s'appuyer sur les services de médecine du travail, pour pouvoir adapter le poste de façon plus pertinente. Mais bon je sais bien qu'ils sont surchargés, qu'ils voient les patients qu'ils peuvent hein, qu'ils sont... Mais surement ça, de permettre aux patients de reprendre plus doucement éventuellement où... Même avec des employeurs compréhensifs hein.*

*J'ai un autre cas dans la tête d'une patiente qui a fait un tako tsubo, une myocardite de stress, qui était pareil en surcharge au travail. Donc l'employeur a dit : « Bah voilà, c'est le cœur là. ». Donc tout de suite le cœur c'est grave. Donc l'employeur lui dit : « Reprenez tranquillement et cetera ». Puis tranquillement petit à petit, au bout de trois ans elle est revenue en me disant : « Oh là là, j'en peux plus de nouveau. ». Je lui dis : « Mais comment ? Vous voulez refaire un tako tsubo ? Vous voulez que ça recommence ? Votre employeur il n'a pas réalisé qu'il faut un peu pfiou... ». Mais bon voilà, c'est quelque chose après un temps, qui se réinstalle*

*dans la routine et dans la façon de fonctionner du service et que ce que vous avez fait il y a trois ans c'est perdu. Donc là je dis aux gens : « Bah écoutez, je vous arrête. ». La patiente elle n'est pas loin de la retraite. « Ecoutez, pas de problème, de temps en temps, je vous arrêterai jusqu'à ce que vous soyez en retraite ». Elle est en retraite l'année prochaine. « N'hésitez pas, quand vous n'en pouvez plus, vous venez, je vous arrête quelques jours et puis vous reprendrez et puis je vous réarrêterai quelques jours à nouveau. On fera du temps partiel voilà... On va faire ça, puisqu'il n'y a pas moyen de ralentir le niveau du stress au travail. Et bah quand vous n'en pouvez plus, venez je vous arrête et puis après vous serez à la retraite l'année prochaine. »*

#### Entretien N°6

*Recueil de données épidémiologiques : Sexe : Homme ; Age : 62 ans ; Mode d'exercice : urbain, cabinet de groupe ; Nombre d'année d'exercice : 34 ans ; Formation souffrance au travail : non ; Durée de l'entretien : 12minutes 54 secondes*

*MB : Qu'est-ce que ça représente pour toi la souffrance au travail ?*

*MG6 : La souffrance au travail, tu as choisi un métier, et après effectivement tu te rends compte que ça n'est pas ce qu'on t'avait appris à la fac. Que ça n'a rien à voir. Donc c'est toi qui découvre, c'est toi qui te débrouille. Donc effectivement il y a des moments qui ne sont pas agréables.*

*MB : Quelle est ta place dans la prise en charge de la souffrance au travail ?*

*MG6 : On en parle. Donc souvent on en parle plus que ce qu'ils pourraient le faire avec un thérapeute. Donc on en parle et on essaie d'orienter, de donner des conseils. Ça se traduit souvent par des arrêts de travail d'ailleurs. Et de temps en temps ça en est des syndromes anxio-dépressif donc ça conduit à une prise en charge soit médicamenteuse soit autre mais on tient compte de leur état dépressif.*

*MB : Comment vis-tu les consultations des patients qui viennent pour ce motif ?*

*MG6 : C'est rare que... L'un est différent de l'autre, c'est chaque fois des consultations différentes. Donc tu essaies de poser des questions pour te faire des idées. Après il faut toujours faire peut-être un peu la part des choses entre ce qu'ils te disent et ce qui se passe réellement. Mais bon tu es là pour les soulager. Donc déjà les écouter ça peut les soulager un peu et puis après on peut avoir d'autres moyens pour les soulager. On ne nous a jamais appris à les prendre en charge.*

*MB : Avec le vécu personnel, est ce que la prise en charge est influencée ?*

*MG6 : Tu t'adaptes à chaque individu, tu ne t'adaptes pas à un symptôme, tu t'adaptes à un individu.*

*MB : Comment se déroule la consultation d'un patient qui vient pour souffrance au travail ?*

*MG6 : Il y a l'interrogatoire, et souvent après tu le laisses un peu déballer tout ce qu'il a sur le cœur. C'est surtout ça souvent qui lui fait du bien d'ailleurs.*

*MB : Est-ce que tu as des moyens d'évaluation du trouble ?*

*MG6 : Moi je n'en ai pas. Enfin je n'en utilise pas personnellement. Je sais qu'il y en a pour voir un petit peu les répercussions sur l'état dépressif, sur l'état anxieux. Bien sûr il y a des échelles. J'en ai eu utilisé, j'en utilise moins maintenant. . .*

*MB : La consultation dure combien de temps ?*

*MG6 : C'est fluctuant. Ça peut aller jusqu'à une heure. A ce moment-là tu ne comptes pas.*

*MB : Donc dans la prise en charge on parlait d'arrêt de travail, quel est son intérêt ? Ses limites ?*

*MG6 : Son intérêt, c'est de pouvoir faire souffler la personne. Si tu fais un burn out, je pense que c'est une des premières choses à faire. Ses limites, c'est de décrocher. Et puis il faut faire attention entre le gars qui ne veut vraiment rien foutre et le gars qui fait le burn out. Donc nous on va faire un peu la part des choses. Des fois c'est pas tout à fait évident.*

*MB : Et la durée de l'arrêt de travail ?*

*MG6 : Tout dépend, au départ tu peux faire un arrêt sur quinze jours et voir comment ça évolue.*

*MB : Fais-tu des déclarations en accident de travail ou maladie professionnelle ?*

*MG6 : Accident de travail ça peut arriver, s'il y a eu un accrochage verbal. Ça s'appelle une agression quoi. Une agression ça peut être verbal aussi. Après moi je donne souvent des conseils. Je donne des conseils de voir la médecine du travail, de voir l'inspection du travail. Après tout dépend de l'emploi, tout dépend de qui il dépend. En maladie professionnelle, ça peut éventuellement. Mais c'est rare que ça débouche sur la maladie professionnelle.*

*MB : Est-ce qu'il y a un contact avec l'employeur pour savoir ce qui se passe dans l'entreprise ?*

*MG6 : Non ça n'est pas notre rôle, au contraire. Moi j'estime en tant que médecin que bon, je fais un arrêt, je ne veux pas que l'employeur me dise ce qu'il en pense. Ça a pu arriver. Il y a eu des essais, de l'employeur qui appelle. Ça a tourné court assez rapidement.*

*MB : Quels sont les autres intervenants de la prise en charge ?*

*MG6 : De toutes les façons, je leur conseille toujours de voir le médecin du travail, dès le début, pour mieux. . . Tout dépend. . . Enfin tout dépend de quoi ils se plaignent. . . Enfin quand tu vois que la plainte est assez grave et assez chronique, oui, effectivement, pour que le médecin du travail ait éventuellement son mot à dire.*



*Même si lui aussi est tenu par l'employeur vu que c'est lui qui le paye, donc il y a toujours un biais. Ça, et je te dis, l'inspection du travail.*

*MB : Le psychiatre ?*

*MG6 : Ça peut effectivement envisager une prise en charge spécialisée par un psychiatre ou un psychologue.*

*MB : Qu'est-ce que tu attends de la médecine du travail ?*

*MG6 : De la médecine du travail, j'attends qu'ils voient si le poste est adapté, ou si tout du moins on peut adapter le poste, ou si, enfin ça ils le feront moins, voir s'il n'y a pas des abus au niveau de ce qui est demandé pour le poste de travail. On sait très bien que dans des métiers comme la restauration, le bâtiment, la banque, il y a souvent un surplus de travail demandé par l'employeur. Enfin l'employeur ou le supérieur qui n'est pas forcément l'employeur.*

*MB : As-tu une situation de souffrance au travail qui t'a marqué ?*

*MG6 : Quelqu'un que je connais, qui travaille dans la banque, qui a eu deux agressions déjà de clients. Une agression de client et une agression verbale d'un supérieur. Et donc ça a tourné en accident de travail. Ça a été déclaré en accident de travail. Il y avait déjà un terrain fragile, mais ça a tourné en dépression chronique sévère. Et c'est en train de tourner en mise en invalidité, avec une retraite anticipée pour invalidité. On va voir, c'est pas réglé. C'est moi qui avait fait le certificat de déclaration initiale pour l'accident du travail mais l'employeur avait fourni la déclaration. Puisque c'est l'employeur, c'est là aussi qu'il y a un biais, c'est l'employeur qui fournit la déclaration d'accident de travail et qui déclare l'accident de travail. Nous on est là pour faire un certificat médical.*

*MB : Les patients sont envoyés au CCPP ?*

*MG6 : Je n'ai pas cette notion, je connais très mal ce centre.*

*MB : Comment on peut optimiser la reprise du travail des patients ?*

*MG6 : Déjà en demandant un poste adapté. Déjà eux pour voir aussi s'ils prennent le dessus, si la prise en charge, l'arrêt leur a permis de reprendre. Ça arrive souvent quand c'est pas bien grave. Ça arrive souvent qu'avec un petit traitement et un peu d'arrêt de travail, ils arrivent à reprendre le même poste. Après il y a des fois où tu demandes un poste adapté, et c'est pour ça qu'il faut à ce moment-là avoir l'avis du médecin du travail, dont c'est le job et éventuellement l'inspection de travail, pour voir les conditions de travail, si elles sont en adéquation avec le contrat ou pas.*

*MB : Les patients dont les postes ont été adaptés reviennent-ils en consultation ?*

*MG6 : Il y en a qui ne reviennent pas, il y en a qui reviennent, c'est pas tranché.*

*MB : De quoi on aurait besoin pour améliorer la prise en charge ?*

*MG6 : On est médecin généraliste, on fait ce que l'on peut. Après effectivement, comme pour une autre pathologie qui nous dépasse, à un moment on rend la main, donc on demande un avis spécialisé. Tu ne lâches pas la main d'emblée, tu es concerné aussi puisqu'ils sont venus te voir pour... Tu es là aussi pour les soulager. Donc si tu n'arrives pas forcément toi à les soulager, effectivement tu demandes autre chose. Au départ ça peut être chronophage. Après avec la bouteille tu arrives un peu plus à cerner, tu prends peut-être un peu moins de temps, mais ouai ça peut être long.*

#### Entretien N°7

*Recueil de données épidémiologiques : Sexe : Homme ; Age : 60 ans ; Mode d'exercice : urbain, cabinet de groupe ; Nombre d'années d'exercice : 30 ans ; Formation souffrance au travail : non ; Durée de l'entretien : 19 minutes 24 secondes*

*MB : Que représente pour toi la souffrance au travail ?*

*MG7 : Au point de vue personnel, ça représente une grande interrogation. Parce que j'ai bien vu que socialement, il y a eu de grandes évolutions et de grands problèmes à gérer. On peut voir ce qui s'est passé avec Orange, on peut voir ce qui s'est passé à la SNCF, on peut voir ce qui s'est passé dans des grandes entreprises, qui ont fait la une d'actualité. Donc ça m'interroge sur comment l'univers du travail en France a évolué, comment le management des personnes a évolué, et quelle a été l'influence de la formation des managers. J'ai pas la réponse, mais moi ça m'interroge beaucoup sur comment on a évolué. Après je pense qu'heureusement que nous avons une loi du travail qui est assez bien structurée en France, sinon ça serait peut-être encore plus difficile qu'aujourd'hui. Voilà au niveau personnel, je suis assez interrogatif et je suis assez inquiet par rapport à ce qui se passe ces dix dernières années. Alors est ce que c'est lié à une évolution on va dire naturelle des choses ou est-ce que c'est lié à des modifications nécessaires du monde du travail, je ne sais pas, donc j'ai pas la réponse, c'est pas mon job. Au niveau professionnel par contre... Parce que ça n'est pas mon job parce que je ne suis pas un manager de grandes entreprises ou d'entreprise, sauf la nôtre. C'est un petit management on va dire, voilà. Sur le point professionnel, j'ai jamais autant géré de plaintes qu'aujourd'hui. Je suis en fin de carrière bientôt et j'ai jamais géré autant de plaintes qu'aujourd'hui (ton triste). J'ai eu un entretien il y a quelque temps avec un médecin du travail, pour lui dire : « Voilà ce qui se passe, voilà les plaintes des patients, ils viennent tous pour : je suis harcelé, je suis en burn out. ». Bon burn out je peux l'identifier, mais le harcèlement je ne peux pas l'identifier. Et moi j'ai mis dans une case « okay je valide » parce qu'on valide tout le temps ce que disent les patients, parce que ça c'est une règle, mais c'est une règle de soignant. Et donc globalement, on valide la plainte du patient avec des troubles anxieux. Après sur*

*le harcèlement c'est pas notre travail. C'est le travail du médecin du travail et de la procédure prud'homme si c'est avéré. Donc, niveau professionnel je suis interrogé de plus en plus parce que les patients s'en plaignent de plus en plus et qu'on est de plus en plus sollicité parce que beaucoup d'arrêts de travail. Mais bizarrement beaucoup d'arrêts de travail mais peu de suivi après pour des soins. Par exemple, « je suis harcelé, je dors mal, j'ai des troubles anxieux ». Okay. Proposition de suivi, proposition de soin, là j'en ai très peu. Donc comme si une fois que la personne était ôtée de son univers anxieux/stresseur, elle trouvait une résolution, ou bien elle trouvait une résolution ailleurs et ça je ne le sais pas.*

*MB : Quelle est ta place dans la prise en charge, ton rôle ?*

*MG7 : C'est comme d'habitude, c'est le pivot du système, on est la porte d'entrée du système. Donc comment veux-tu que je te réponde ? Où vont les personnes, elles viennent là quoi. Elles n'en peuvent plus, elles sont en souffrance, donc où est-ce qu'elles arrivent, chez le médecin généraliste. Aujourd'hui c'est la porte d'entrée dans le système.*

*MB : Comment tu vis les consultations des patients qui viennent pour un motif de souffrance au travail ?*

*MG7 : C'est facile.*

*MB : Comment elles se déroulent ?*

*MG7 : Elles se déroulent comme une consultation d'un patient qui est en souffrance et qui a une plainte psychique. Donc voilà c'est assez cadrable et c'est pas compliqué. C'est chronophage, bon d'accord. Mais c'est pas tellement là le problème.*

*MB : Est-ce qu'il y a des moyens d'évaluation du trouble ?*

*MG7 : On a des grilles d'évaluation qui existent, qu'on peut utiliser, pour évaluer la dépression, pour le burn out. Pour la souffrance au travail je crois qu'il y a une grille. Je ne l'utilise pas, mais je crois qu'il y a une grille aussi.*

*MB : Quelle est ta prise en charge ?*

*MG7 : Retirer la personne de l'univers stressant, donc arrêt de travail. Rendez-vous avec le médecin du travail, et donc il y a une relation de concert avec le médecin du travail. Et globalement, rarement de traitement. Sauf si ce sont des personnes qui sont déjà traitées. Mais pour moi à ce moment-là c'est plus une problématique de souffrance au travail. Enfin c'est un peu raccourci de dire ça, mais s'il y a des troubles psychiques antérieurs, c'est pas le même contexte. Il faut recontextualiser dans le trouble psychique de la personne, donc c'est revoir son suivi, revoir le suivi psychiatrique, reprendre contact avec des confrères. Voilà, c'est : « Je suis le mec lambda et la hiérarchie ou le système me fait du mal, je ne suis pas capable de l'absorber et donc je souffre. ».*

*Pour moi c'est pas la même problématique. Et ça me fait penser à une chose. Je crois que malheureusement de plus en plus de personnes ne sont pas à la bonne place, parce que le système broie les gens, ça j'en suis persuadé. Mais je pense aussi qu'un nombre de personnes ne sont pas à la bonne place. Parce que la formation initiale des individus, l'exigence de formation fait qu'il y a des personnes qui sont à des emplois qu'ils ne devraient pas avoir, qu'ils n'auraient pas eus il y a quelques années, qu'ils ont maintenant et qui pose problème. Donc il y a un problème de formation des personnes. La bonne personne, au bon endroit. Je pense que ça pose le problème de limite de compétence. Et c'est pas limite de compétence seulement dans la théorie : « J'ai réussi mon examen et je suis compétent pour le faire », mais c'est être armé psychologiquement ou psychiquement pour affronter des univers difficiles. Et moi je vois beaucoup de personnes qui sont fragiles. Donc voilà, il y a une fragilité globale psychique.*

*MB : Fais-tu des déclarations en accident de travail ou maladie professionnelle ?*

*MG7 : Non, je n'ai jamais été amené à en faire. C'est pas allé jusque-là. C'est pour ça je t'ai dit, je suis étonné par le manque de suivi après. Parce qu'il y aurait eu un suivi s'il y avait eu un arrêt pour maladie professionnelle et cetera. Or tous ceux que je vois c'est un peu des one shot. Ça ne s'inscrit pas en temps long comme ça s'inscrit en médecine générale ou dans le suivi d'une personne en médecine générale ou dans un suivi de soutien thérapeutique. J'ai pas de réponse à ça. Tu avoueras comme moi que les gens te disent bien ce qu'ils veulent. Est-ce que c'est pas non plus pour certains... Bon moi je valide ce que disent les personnes, tout le temps. Je dis toujours que s'ils viennent c'est qu'il y a un problème. Ils ne viennent pas par plaisir. Mais on sait bien qu'il y a un nombre d'individus qui viennent chercher un arrêt de travail, qui ont mal au dos et ils n'ont pas plus mal au dos que les autres. Ça représente un petit pourcentage, mais identifier ce petit pourcentage je ne connais pas. Donc celui qui n'est pas armé et qui considère que son chef de service lui dit : « Il faut que tu ranges ça, ou que tu fasses ça comme ça », et tout de suite il dit : « Non mais moi tu me harcèles. » Euh... pfff... Je sais pas... Personnellement, j'ai été quand même aux prud'hommes pour une secrétaire qui disait que je la harcelais. Ça m'a donné à réfléchir quand même. Elle cherchait de l'argent. Enfin que je la harcelais, qu'on la harcelait. Elle est allée jusqu'aux prud'hommes. Elle a perdu mais... Et elle était habituée de ça. Donc ça existe, je sais, parce que je l'ai vécu en plus. Mais ça je ne peux pas l'identifier. Et puis je suis médecin, je ne suis pas là pour... C'est ce que m'avait dit le confrère : on n'est pas là pour non plus prendre des décisions. On valide et puis point. On verra après, on laisse le chemin faire.*

*MB : A quels autres intervenants fais-tu appel ?*

*MG7 : Après dans le cursus des arrêts, en fonction du temps qui s'écoule, c'est le confrère médecin conseil, médecin du travail. Ça se fait un peu comme ça. Les cas de figure que j'ai, c'est un peu comme ça.*

*MB : Et le psychiatre ?*

*MG7 : Alors après c'est une autre démarche. Est-ce que c'est : « je suis dans une situation, les personnes me harcèlent, je ne me sens pas bien au travail », et ça se solde comme ça. Ou alors il y a un autre trouble. Et s'il y a un autre trouble, c'est un suivi psychothérapeutique, du style psychologue du travail, psycho, psychiatres. Mais franchement, j'en n'ai pratiquement pas, ou alors ce sont des patients. Ce sont des patients, c'est-à-dire qu'ils sont suivis et qu'ils ont des problématiques, et tu les retrouves. Mais tu vas les retrouver au supermarché parce qu'ils s'engueulent avec la caissière, enfin je grossis le trait. Mais au travail ça ne va pas durer.*

*MB : As-tu une situation qui t'a marqué à raconter ?*

*MG7 : Ce sont des individus que je connais, que j'ai suivis en médecine générale, pour le quotidien, et puis tout d'un coup ils débarquent en te disant : « J'en peux plus, ça fait un an que ça dure... ». Je me dis : « Mince, ça fait un an que ça dure et je ne le sais pas. ». Mais c'est un peu comme tout, nous on est en vraie réflexion sur le dépistage global. Les gosses sont violés, on ne le sait pas, mais il y en a plein dans la patientèle, obligé... On n'en a qu'un, pas possible... Les femmes sont battues, on ne le sait pas. Il y en a forcément, avec le nombre de patients qu'on voit chaque année. On ne le sait pas. Les gens sont mal au travail, ils viennent quand ils craquent. Ils te disent : « Ça fait un an. ». On ne le sait pas. Moi franchement au niveau professionnel, j'ai quand même quelques questions à poser en disant : « Il y a un certain nombre de problématiques que l'on n'aborde pas parce qu'on est enseveli par le reste et donc on passe peut-être à côté de certaines choses quoi. » Est-ce que ça peut changer ? Mais c'est vous qui changerez les choses, c'est plus moi là. Mais je peux aider à la réflexion. Parce que je vois bien que quand même au fil du temps il se passe des choses sur lesquelles on est passé à côté et c'est pas bien. Parce que c'est notre fonction d'être à l'écoute de ça. Seulement une consultation comme tu les organises, il n'y a pas la place, et je suis sûr que tu ne le fais pas. Là tu es sensibilisée à ça, mais à aucun moment tu as vu dans ton cursus « Et le travail, comment ça va ? Et qu'est-ce que vous faites au travail ? ». Pas vrai ? Bah on est à côté de la plaque. Même souvent on ne sait pas exactement ce que font les patients comme travail. Donc dans l'idée de dépistage, de bien être des personnes, de la prise en charge globale, tout un tas de trucs qu'on assène comme ça, qui sont des mots (maux ?), il y a quand même des réalités qui ne sont pas mises en place parce que c'est structuré... Enfin moi je sais pourquoi. Parce que c'est structuré hospitalier et biomédical, c'est pas structuré médico-social. Et tant que nos consultations elles ne seront pas structurées médico-sociale, on passera à côté de ça. On passera à côté de la femme battue, de la souffrance au travail, tout ce qui est du type... Ici c'est très populaire, tu le sais, le nombre de types qui ont des accidents du travail qui se cassent... Enfin c'est complètement dingue quoi, il y en a un, il tombe de l'échafaudage.*

*MB : Comment optimiser la reprise du travail des patients ? De quoi aurions-nous besoin ?*

MG7 : *Ça n'est pas une question de temps. C'est une question de comment c'est organisé dans ta tête et comment tes consultations sont organisées. Il y a une fusion de la médecine du travail qui est prévue AMETRA EMETRA. Tout ça doit fusionner en un seul grand groupe. Je pense qu'on a vraiment un travail à faire parce que nous on est sur le terrain. Donc la première porte. Les gens, ils viennent là. Et on a à s'organiser dans le dépistage, c'est-à-dire à poser simplement la question aux personnes, d'avoir le temps : « Mais vous faites quel travail ? ». Enfin de prendre le temps, trente secondes. Mais c'est pas organisé comme ça nos fichiers, à aucun moment tu as marqué quel est le job du patient. Jamais on se dit : « Attention ». Regarde ta formation initiale. A un moment on t'a dit : « Il faut vraiment mettre l'accent là-dessus » ? On t'a encore enseigné la relation médecin malade. Faut arrêter de déconner. La relation médecin malade, c'est bon. En troisième cycle on aurait mieux fait de t'enseigner comment je prends en charge des problèmes de... Et comment faire un accident de travail.*

*Je crois qu'il y a une collaboration avec les médecins du travail. Les médecins du travail, il faut qu'on travaille avec eux. On ne travaille pas assez avec eux. Si tu ne prends pas ton téléphone, tu ne les appelles pas, tu ne fais pas un peu le forcing, tu n'as jamais de nouvelles, ils ne t'appellent jamais, on n'existe pas. Enfin on existe quand ils te disent : « Ah bah voilà, il faut qu'il reprenne à... ». Voilà comme ça, où « Il faut le prolonger ». Donc collaboration plus étroite avec le médecin du travail. Pour nous, structurer le dossier patient autour, enfin pas autour mais avec les facteurs de risque de travail. C'est déjà pas mal, si tu fais ça, tu limites la casse.*

#### Entretien N°8

*Recueil de données épidémiologiques : Sexe : Femme ; Age : 31 ans ; Mode d'exercice : urbain, cabinet de groupe ; Nombre d'années d'exercice : 4 ans ; Formation souffrance au travail : oui, récemment, par FMC 34 ; Durée de l'entretien : 26 minutes et 50 secondes*

*MB : Pour toi, ça représente quoi la souffrance au travail ?*

*MG8 : Tout ce qui est actuellement très en vogue. Donc l'histoire des burn out, des syndromes dépressifs réactionnels, les conflits avec les employeurs. Après je pense qu'il y a plusieurs choses possibles effectivement. Il y a le côté psychologique/psychiatrique avec les répercussions au niveau... Enfin sur la clinique, sur l'anxiété qui peuvent être dues à soit des conflits avec la hiérarchie, les collègues, mais aussi dues à la pression de la charge de travail on va dire. Et puis la souffrance elle peut être physique aussi, avec tous les troubles musculo squelettiques qui sont maintenant bien reconnus. Et même d'autres choses, des expositions à des produits toxiques ou autre. Je pense qu'il y a deux tableaux. Le tableau dont on parle beaucoup dans la souffrance au travail... Mais il ne faut pas oublier le côté physique. Effectivement, il y a le travail qui impacte sur beaucoup de maladies quand même, anatomiques on va dire.*

*MB : Comment vois-tu ta place dans la prise en charge ?*

*MG8 : Je pense que le médecin traitant a une place assez importante. Alors après il est par contre un peu des fois démuni, surtout quand c'est du psychologique lié à la hiérarchie et à un manque de communication. Même, comme nous on n'est pas dans le travail, dans l'entreprise, c'est toujours un peu compliqué. Je pense que le médecin du travail a par contre ce rôle-là. Mais il est difficile des fois d'avoir un lien avec le médecin du travail.*

*MB : C'est quoi le rôle des autres intervenants médicaux ?*

*MG8 : Alors je pense que chaque profession médicale va être amenée à faire un peu de psychologie avec les patients qui ont une souffrance même si elle est physique finalement. Parce que souvent derrière ça il y a quand même... Bah... Soit de la fatigue morale, soit des petits conflits qui peuvent être responsables. Et notamment, on voit bien quand il y a des douleurs au niveau rachidien, il y a souvent aussi des tensions ou des choses à lever au niveau psychologique. Si on veut trouver un point commun en tout cas entre les professionnels de santé qui prennent en charge cette souffrance au travail, ça serait l'aspect psychologique avec le patient : le dialogue, essayer de trouver des clés pour déverrouiller certaines situations.*

*MB : Comment est-ce que toi tu vis ces consultations ?*

*MG8 : Alors du coup ça peut être très large leur demande, donc ça dépend de leur demande. Sur les demandes purement physiques, pour moi ça me paraît assez simple. Parce que là c'est technique, enfin c'est ce qu'on a appris entre guillemets, dans les bouquins. Et là c'est simple. Quand il y a du psychologique qui attache, ou qu'il y a que le côté psychologique, ça peut être un peu plus compliqué parce que on ne connaît pas la situation interne de l'entreprise. On n'a que le point de vue du patient, et on essaye de jouer au maximum sur les réactions du patient, on essaye de... Enfin moi ce que j'essaie de faire c'est de savoir s'il peut ouvrir le dialogue, de savoir si ça peut se régler simplement avec des discussions avec la personne qui pose problème en face. Mais c'est vrai que comme on n'a pas les deux interlocuteurs, c'est ça qui me pose soucis. Puisqu'on ne sait pas trop sur quoi appuyer comme levier pour débloquent les situations. Mais en tout cas j'essaie de médiculer le moins possible les problèmes au travail parce que je pense que c'est pas vraiment quelque chose qui nécessite des médicaments, et j'essaie de plutôt essayer de trouver... Enfin d'aider les patients à réfléchir sur ce qui pourrait changer ou modifier leur comportement ou enfin d'essayer de modifier le comportement des autres au travail et c'est ça qui est plus compliqué. Moi je me sens des fois un peu bloquée quand la personne en face n'est pas réceptive à l'ouverture du dialogue avec elle ou les soucis qu'il a au travail.*

*MB : Tu as l'impression que les patients viennent à quel stade de leur souffrance ?*

*MG8 : Souvent ils attendent que ce soit avancé, en tout cas quand c'est eux qui viennent pour ça. Après dans l'exemple dont je te parlais, les douleurs de dos, sur certains patients, pas tous, mais quand on sent qu'il y a quand même un petit quelque chose derrière qui peut être des tensions, quand il y a des douleurs simplement*

*musculaires par exemple, la moi j'essaye de creuser un petit peu plus et de voir si finalement ils sont amenés à parler d'autre chose que simplement de leur douleur physique et s'ils arrivent à exprimer certains points qui les dérangent au travail mais plus relationnel ou cette histoire de charge au travail qu'ils n'arrivent pas à gérer. Mais c'est vrai que la plupart du temps quand ils viennent d'eux-mêmes c'est déjà des stades avancés où ils viennent plus pour dire : « Bah voilà je suis en train de craquer, il me faut un arrêt de travail. » (rire). C'est plutôt ça leur demande quand ils arrivent d'eux-mêmes pour ça.*

*MB : Comment est-ce qu'elle se déroule la consultation du patient qui vient pour ça ?*

*MG8 : C'est vrai que du coup il y a deux situations entre guillemets : la personne qui va venir pour un problème physique, je pense que des fois il n'y a pas du tout d'autre caractère psychologique derrière. Donc ça c'est assez facile. Généralement à l'interrogatoire, tu lui demandes comment c'est arrivé. Il te raconte les mouvements les plus fréquents au travail qui peut être la situation des douleurs. Et puis la prise en charge elle est plutôt clinique avec l'information sur les modifications posturales et puis rééducation avec le kiné possible et traitement pour les douleurs au cas où et voilà... Et il n'y a pas d'arrêt là-dessus, enfin moi j'en fais très peu, en tout cas sur ces douleurs, sauf si elles sont trop importantes et que c'est vraiment handicapant, mais sinon non. Et comme je te disais, des fois je pose un peu la question pour savoir s'il y a d'autres soucis qui seraient plus de l'ordre relationnel ou autre chose à côté de cette souffrance physique. Et dans l'autre cas où le patient vient directement en disant : « Bah moi j'arrive, je suis fatigué au travail, j'ai la boule au ventre. ». Ou « Ça va plus du tout. ». Et des fois même ils se mettent à pleurer dès le début. Là moi j'essaye de creuser pour savoir exactement quoi. La plupart du temps c'est quand même beaucoup lié à des facteurs extérieurs au travail. C'est-à-dire que souvent ça ne va plus avec le conjoint, c'est compliqué avec les enfants, ou il y a eu un décès récemment dans la famille. Alors moi, ce que je fais en tout cas, c'est d'essayer de montrer au patient que c'est une accumulation, que c'est pas simplement le travail qui pose soucis. Du coup j'espère faire réfléchir le patient sur le fait qu'il y a eu trop d'émotion et que c'est pour ça qu'il y a eu un conflit au travail, que ça n'est pas que le travail l'origine de ses problèmes. Ça me permet de contourner un petit peu le fait que lui il soit butté sur : « Ce travail-là est horrible ». Après quand il n'y a vraiment que le travail qui est cause de souffrance et qu'il n'y a rien d'autre dans la vie du malade, la plupart du temps c'est quand même des problèmes relationnels. Finalement la charge au travail qu'elle soit en usine, en paramédical ou quoi que ce soit, les gens n'ont pas l'air de la prendre trop en compte... Ça vient quand même en deuxième mais souvent en premier c'est un conflit avec soit des collègues, soit la hiérarchie, et ça c'est quelque chose qu'il faut prendre à plusieurs. Souvent je les encourage déjà à prendre contact avec le médecin du travail, souvent qu'ils ne connaissent pas. Ils ne savent pas qui est la médecine du travail qui les suit. En leur expliquant qu'il y a sûrement d'autres personnes qui l'ont fait et que du coup il peut y avoir une action un peu de groupe pour débloquer certaines situations conflictuelles avec un chef ou avec un autre employé. Et ça j'ai quand même*



*eu des bons retours. Et l'autre partie de la consultation. . . Alors soit ils sont vraiment en demande par exemple de médicaments pour dormir, avec l'anxiété etc. Dans ce cas-là, je mets un petit peu d'anxiolytique pour la soirée, mais je reste sur des petites doses et très courtes périodes. Soit ils sont en demande de vrais médicaments, et je suis plutôt. . . La plupart du temps on finit quand même à arriver sur une demande de break de leur part entre guillemets et du coup c'est vrai que je pèse le pour et le contre. Après ça dépend vraiment dans quel état est le patient. J'essaie toujours de l'informer d'ouvrir un dialogue et que des fois rompre carrément c'est pas forcément le meilleur moyen parce que s'il ne va plus au travail, il va réfléchir encore plus, et il va être encore plus anxieux. Mais quand la situation tourne en rond, je vois le patient qui ne se sent pas du tout d'y aller, je lui fais effectivement un arrêt d'une semaine, et je justifie pour la sécurité sociale comme un syndrome anxiodépressif. Il faut vraiment que j'ai des arguments, c'est pour ça, je pèse quand même. Mais quand il y a des arguments, je justifie comme ça. Et je revois le patient avant la reprise. Et je vois comment il est. Et je travaille un petit peu sur ce qu'il pourrait faire au retour en entreprise. Après sur la suite, on avance encore un peu. Parfois mais vraiment parfois, cet arrêt est prolongé, et moi je fais le maximum quinze jours. D'habitude sur une semaine déjà, j'ai plein de gens qui retournent au travail.*

*MB : Tu ne fais jamais de déclaration en accident de travail ou maladie professionnelle ?*

*MG8 : Non, j'ai jamais fait en accident de travail ni en. . . Parce que comme je te dis, malheureusement, pour moi en tout cas, la plupart des patients m'évoquent un problème au travail, mais souvent c'est lié à d'autres phénomènes en fait. Donc j'ai du mal à me dire que je le mettrai en accident de travail alors que le patient finalement en creusant me dit : « Ah bah oui dans la famille ça ne va pas aussi. ». J'ai l'impression que souvent c'est un tout. Et pour moi c'est un peu comme si tu as mal au cou, bah certes c'est ton poste de travail, tu es assis toute la journée en avant, tu peux avoir mal au cou. Mais après dans ta vie courante, la personne elle dort sur un canapé tout moisi. Après ça fait deux phénomènes et du coup c'est difficile d'incriminer que le travail, en passant sur un accident de travail. Après il y a des cas où les employeurs. . . Enfin les patients te décrivent presque un harcèlement au travail. Mais bon ce qui m'embête un peu c'est que dans ce cas-là, j'ai qu'un avis, j'ai pas potentiellement toute la situation et c'est pour ça que la ça serait bon d'avoir la médecine du travail de notre côté. Parce que nous, on ne sait pas trop comment ça se passe réellement dans l'entreprise.*

*MB : Tu ne prends jamais contact avec l'entreprise ?*

*MG8 : Moi personnellement ? Non, je pense que là, c'est le rôle du médecin du travail. C'est pour ça que j'encourage beaucoup le patient à aller voir le médecin du travail. Clairement pour deux raisons aussi. J'aurai pas le temps, pas possible. Le temps de faire ça, d'avoir la. . . Enfin c'est sûr qu'en appelant l'entreprise, tu vas passer par trois personnes pour avoir la personne qui peut te répondre. Et je ne suis même pas sûre qu'ils me répondraient. Mais dans tous les cas ça serait assez chronophage pour moi, j'aurai beaucoup de mal à gérer*

ça. Surtout que c'est des consultations qui n'arrivent quand même pas tous les trois mois. Ça arrive très fréquemment, et en plus pour moi le médecin qui est le plus à même de savoir ce qui se passe dans l'entreprise c'est le médecin du travail, qui est attaché à cette entreprise. Moi c'est pas parce que j'appelle une fois que j'aurai vraiment l'ambiance de l'entreprise. On me dira peut-être des cracs, je ne pourrais pas savoir. Alors que le médecin du travail, il a la possibilité de se déplacer dans l'entreprise et il peut voir vraiment comment ça se passe.

MB : Tu fais appel à quels autres intervenants ?

MG8 : Le médecin du travail, c'est si ça dure. Si c'est juste une petite semaine et qu'il a une petite souffrance, la plupart du temps ça se règle tout seul. Ça dépend à quel point il y a souffrance au travail. Si on parle vraiment des choses qui traînent, qui durent, le patient est au bord du... Qu'il veut faire des bêtises, qu'il est tout le temps en train de pleurer, là oui, je l'encourage. La sécurité sociale : non ! Clairement je ne fais pas appel à eux, je n'arrive jamais à les avoir et ils répondent très tard à mes mails, donc... Chez le psychiatre, il y en a quelques-uns que j'ai envoyés, mais du coup c'est pareil, ça dépend de moi ce que je juge, d'où il en est dans le grade de sévérité. Mais effectivement il y en a qui ont des vrais syndromes dépressifs, qui sont bien enkystés quand même. Là du coup j'envoie au psychiatre. Mais pour le coup, dans mes souvenirs, cette année j'en ai envoyé qu'un.

MB : As-tu une situation de souffrance au travail qui t'a marqué ?

MG8 : Un jeune homme qui avait vingt-cinq ans, dans une entreprise de manutention. Quand il a été embauché, ils étaient deux sur le poste. Et puis le premier est parti, on ne sait pas vraiment pourquoi. Lui a soupçonné que c'était à cause du même souci de hiérarchie, mais il n'a jamais vraiment su, c'est lui qui fait l'hypothèse. Donc la première fois qu'il est arrivé chez moi, il avait perdu quatre kilos, alors qu'il était déjà assez fin. Et c'est sa tante qui l'avait motivé à aller consulter, parce qu'il avait perdu du poids et que ça inquiétait beaucoup la famille. Alors du coup on a fait le tour, je l'ai pesé, mesuré, et effectivement il était quand même assez mince. Il avait perdu le poids qu'on m'avait annoncé en reprenant le poids de forme qu'il connaissait. Petit tour clinique : tension, auscultation, rien de particulier, pas de douleur. Comme il était jeune, il n'y avait pas de facteur de risque particulier, pas de médicament, pas de consommation de toxique. Et donc finalement, on en vient à discuter de comment ça aurait pu arriver. Donc j'ai abordé voir s'il n'y avait pas de problème personnel, couple, famille, décès ou grande maladie dans la famille, pour le coup il n'y avait rien du tout. Et on aborde le travail, et c'est là où... Enfin lui ne me l'a pas dit spontanément. C'est vraiment en creusant qu'il a commencé à me dire qu'il y avait des soucis au travail. Alors il y avait la charge de travail, parce que comme le collègue était parti, il a récupéré du travail de deux personnes en réalité, et donc les horaires qu'il avait avaient beaucoup augmenté. Donc en fait en gros il travaillait de 8h à 21h avec une pause

*qu'il prenait très très peu parce qu'il était vraiment un peu fliqué par son patron. Donc il prenait une pause de 30-45minutes et des fois il ne mangeait même pas, d'où la perte de poids. Donc des horaires bien élargis, et création d'un conflit avec l'employeur parce que ces horaires n'étaient pas rémunérés. C'est-à-dire qu'en fait lui sa plainte n'était pas sur le fait d'avoir une charge de travail plus importante, il avait l'impression de pouvoir l'assumer encore, malgré le fait qu'il y avait un retentissement au niveau du poids, et même au niveau du sommeil puisque quand il rentrait chez lui, il avait du mal à trouver le sommeil car il réfléchissait à ce qu'il avait fait dans la journée donc un petit peu d'anxiété réactionnelle. Mais lui était plus affecté par le patron qui n'avait pas pris en compte son sacrifice sur les horaires et sa motivation pour le travail. Parce qu'il paraissait quand même content de ce qu'il faisait dans cette entreprise. Mais pas de reconnaissance au niveau salarial parce que ses horaires supplémentaires n'étaient pas rémunérés et c'est ça qui créait plutôt chez lui le syndrome de souffrance au travail. Pas tant la charge. Donc on a fait un point. Comme il y avait un syndrome dépressif un peu sous-jacent par le fait qu'il n'avait plus aucune activité à côté... Alors c'était mêlé aussi à sa fatigue qui était engendrée par le travail puisqu'il n'arrivait plus à sortir non plus. Mais en tout cas il ne faisait plus du tout d'activité de loisirs, il allait à peine voir sa famille, il restait tout seul chez lui, il avait cette perte de poids, perte d'appétit et puis aussi grande fatigue qui lui faisait se coucher tôt. Mais en même temps des troubles du sommeil en tout cas de l'endormissement lié à l'anxiété. Donc lui je l'ai arrêté, une première fois une semaine. Et puis au bout de la première semaine, je l'ai revu, et il m'a dit : « Tous les jours mon patron m'a appelé, j'ai pas réussi du tout à me reposer. Il a fallu que je gère des choses à distance. ». Donc je lui ai rappelé que normalement, en cas d'arrêt maladie, son patron n'est pas censé lui fournir du travail par télétravail. Et donc étant donné que la première semaine n'avait pas du tout eu l'effet escompté, j'ai reprolongé d'une semaine en plus. Et à la fin de ce premier contrôle, il m'a dit : « Je pense que quand même je vais changer de travail. ». Donc lui était décidé à partir, à fuir carrément son entreprise. Donc je ne lui avais pas mis de traitement. J'avais pas proposé de psychiatrie chez ce patient, parce que comme il avait déjà une ambition de modification personnelle dans sa vie, j'ai pas changé plus. J'ai juste prolongé l'arrêt et il a profité de l'arrêt pour voir comment il pourrait sortir de l'entreprise. Donc il a demandé un accord à l'amiable avec le patron pour ne pas qu'il ait de répercussions et en même temps il ne voulait pas une continuité de toutes façons. Et ce patron n'a pas compris pourquoi initialement, et puis finalement a priori ils se sont rencontrés. Il a validé la demande, et dans mes souvenirs je l'avais prolongé un petit peu le temps que les papiers soient faits entre guillemets. Parce qu'il ne se sentait pas du tout de retourner dans l'entreprise en ayant dit ça au patron par la suite. Donc au total il a dû être arrêté trois semaines à un mois ce jeune homme. Et il a repris du poids, il a regagné ses quatre kilos. Et il a retrouvé un travail depuis. Ça va beaucoup mieux.*

*MB : Comment optimiser la reprise du travail ?*

MG8 : Ça dépend, quand on fait des arrêts courts comme ça, moi j'essaye d'être aidée par la médecine du travail, pour que les patients aient quelqu'un qui soit au sein de l'entreprise, même s'il n'est pas toujours sur le site pour leur dire quoi faire. Et des fois les médecins du travail, j'ai déjà vu, font quand même... Enfin je ne sais pas comment ils font, mais ils doivent faire des lettres, des petites notes à la hiérarchie, pour qu'il y ait des modifications relationnelles. Donc je pense que ça remonte quand même. C'est ça qui est bien avec la médecine du travail. C'est que quand ils arrivent à avoir un contact et que le médecin du travail va jusqu'au bout de ça, il envoie une alerte, parce que je pense que des fois ça n'est pas ressenti par la hiérarchie qu'il y a de la pression. Je pense que les gens ne sont pas méchants fondamentalement et que des fois ils ne voient juste pas la répercussion que ça peut avoir sur leur employé. Donc ça c'est plutôt bénéfique quand le patron arrive à être mis au courant et que c'est fait par la médecine du travail plus que par un simple employé. Ils le prennent en compte. Des fois l'employé il a déjà dit que ça n'allait pas, c'est pas pris en compte et il n'y a pas de changement. L'autre chose c'est que du coup je pense qu'il faut suivre le patient, même quand il a repris. Et la plupart du temps, je les revois, même quand ils ne sont plus en arrêt. Je leur demande de revenir pour faire un point avec eux, pour savoir comment ils ont réussi à adapter leurs conditions au travail. Parce qu'après c'est le patient qui vient un peu en victime dans cette situation. C'est lui qui se sent en souffrance, mais en réalité quand on l'interroge, il y a des petites choses que lui-même pourrait changer en comportement pour peut-être adoucir et améliorer ses relations avec le collègue ou la hiérarchie. Evidemment, une fois qu'ils ont cette vision qu'eux aussi ils peuvent être acteur de leur résolution de problème au travail, il y a des choses qui se passent. C'est vrai que d'avoir le suivi et le soutien, ça optimise aussi la reprise. Comme ça ils se sentent accompagnés pour la suite, au cas où ça ne va pas de nouveau. Je leur dis quand ils reprennent : on fait une reprise, mais après si ça ne va pas de nouveau, on reverra ensemble et on en discutera. Je leur laisse la porte ouverte à possiblement d'autres traitements, ou un nouvel arrêt si vraiment c'est catastrophique.

Moi personnellement, j'aimerais bien avoir les médecins du travail au téléphone. Pour moi c'est censé être la base du médecin du travail. Et typiquement il fait de la prévention pour le risque et tout ça, mais une fois que le risque est là, il est censé encore être là.

Là j'ai un autre exemple, un jeune homme qui est arrêté depuis un an et demi pour un problème d'épaule. Il est actuellement suivi par le centre de la douleur parce qu'on n'a pas de lésion physique. Je pense qu'il y a beaucoup de psychologique dans l'histoire. Et le médecin du travail, c'est un médecin de la MSA, ne m'a JAMAIS répondu. Ça fait un an que j'essaye de l'avoir, je n'ai jamais réussi à n'avoir personne. Les seules personnes que j'avais me disent : « Ah non c'est pas moi, je vous passe le numéro. ». Et j'ai jamais eu personne. Donc pour moi c'est le gros trou, c'est ça. Et quand on les a, c'est très productif, ça marche très bien. Donc vraiment il ne faut pas qu'ils sous estiment leur rôle là-dedans. Peut-être que ça ne les intéresse pas toujours.

*Mais c'est très très bien, ça limite de faire des arrêts, ça limite des grosses prises en charge, et c'est dommage que l'on n'arrive pas à les avoir.*

### Entretien N°9

*Recueil de données épidémiologiques : Sexe : Femme ; Age : 44 ans ; Mode d'exercice : urbain, cabinet de groupe ; Nombre d'années d'exercice : 17 ans ; Formation souffrance au travail : oui, FMC34 ; Durée de l'entretien : 22 minutes 52 secondes*

*MB : Quelle est ta représentation de la souffrance au travail ?*

*MG9 : Les conséquences physiques et psychologiques, enfin en consultation de médecine générale, de conditions difficiles, physique, ou psychologique d'ailleurs, au travail.*

*MB : Quelle est ta place dans la prise en charge ?*

*MG9 : Alors moi je trouve que la place du généraliste, elle est réduite. Parce qu'en fait je pense que le pivot ce doit être le médecin du travail. Mais c'est compliqué pour nous de les avoir au téléphone, de travailler en cheville avec eux. C'est un peu compliqué. Je pense que c'est un aiguilleur dans tout ça, et qu'on essaie, à mon sens, de raccourcir le temps d'arrêt et de les aiguiller dans le bon truc. C'est à dire essayer de ne pas faire traîner. Essayer le plus rapidement possible s'il faut de le sortir de l'emploi, du poste, par quelque moyen que ce soit.*

*MB : Quelle est la place des autres intervenants ?*

*MG9 : Il y a beaucoup de gens qui ne savent pas qu'ils peuvent avoir accès très facilement à la médecine du travail. Moi je pense que 75% des gens sont étonnés quand on leur dit : « Bah écoutez, moi je veux bien vous arrêter parce que ça ne va pas, je vous sens fatigué, je sens que là vous n'êtes plus apte à aller travailler. Je vous arrête ». Mais par contre dès la première consultation, je les adresse à la médecine du travail, pour ne pas qu'on s'engue dans un truc quoi. Surtout qu'il y a plusieurs médecines du travail. Et je crois que c'est l'AIPALS qui a un service dédié à la remise en travail très rapidement, où ils font... Ils regardent quels sont les acquis, quels sont les niveaux des gens pour éventuellement si ça doit déboucher sur un licenciement pour inaptitude pouvoir repartir sur autre chose, et sur une formation. Mais ça il n'y a que l'AIPALS qui le fait. Et du coup, pour leur dire que vraiment, plus ça durera, pire ça sera. Enfin ils vont s'engluer là-dedans. Il ne faudrait pas que ce soit une situation qui dure. Et que le médecin du travail est le seul qui pourra avoir un regard dans l'entreprise et interférer avec le patron, donc essayer à les pousser à aller voir le médecin du travail pour ça.*

*MB : Comment vis-tu la consultation ?*

*MG9 : Difficilement. On a qu'un son de cloche. Et c'est comme les couples, les torts sont partagés la plupart du temps. Donc c'est vrai, c'est compliqué et en plus c'est fréquent.*

*MB : Comment va se dérouler la consultation ?*

*MG9 : Je leur laisse toujours dérouler leurs histoires en premier. J'essaye de vider : « Non mais qu'est ce qui se passe concrètement au sein de l'entreprise ? ». Essayer de savoir si c'est les horaires, si c'est un conflit avec une personne en particulier, si c'est l'ambiance au travail, enfin essayer de dénouer le pourquoi ils vont mal oui. Voilà, en premier lieu. Attendre de voir s'ils te disent : « Pouvez-vous m'arrêter ? ». Parce qu'il y en a quand même ils arrivent franco en te disant ça. De suite : « J'en ai marre, je veux être en arrêt. » ou « Je leur ai dit que je me mettrais en arrêt de travail ». Là ça part mal par contre, honnêtement. J'essaye de leur expliquer que ça n'est pas eux qui décident, que ça n'est pas une solution non plus, que ça peut être temporairement le temps de trouver une porte de sortie. Voilà pour le déroulé globalement c'est ça.*

*MB : Qu'instaures-tu au niveau thérapeutique ?*

*MG9 : Rien, sauf si gros trouble du sommeil, sauf si amaigrissement, sauf si vraiment l'impact voilà est visible et mesuré sur la santé. Evidemment le moins possible d'anxiolytique. Et thérapeutique, non, j'ai envie de dire, le moins possible, et pas là.*

*MB : Quelle est la place de l'arrêt de travail ?*

*MG9 : L'intérêt je pense c'est de pouvoir prendre du recul, avoir le temps d'aller voir le médecin du travail. J'insiste, parce qu'en plus les délais pour avoir des rendez-vous chez le médecin du travail, si tu tombes l'été, si tu tombes pendant les vacances scolaires... Les médecins du travail en fait ils sont sur plusieurs sites, donc tu arrives à les avoir le lundi mercredi sur un site... Même pour nous pour les avoir au téléphone c'est compliqué. Donc eux pour les avoir c'est compliqué. Globalement en quinze jours si on est hors période scolaire on arrive à avoir des rendez-vous. Moi ça m'est arrivé d'avoir déjà un premier rendez-vous... Ou alors je mets quinze jours, je leur dis : « Ecoutez, on temporise, on voit ce que ça donne et on se revoit quinze jours après. ». De toute façon, la sécu elle te donne... En gros si tu coches « troubles anxiodépressifs mineurs » c'est quinze jours à renouveler une fois. Donc dans le mois il faut que ce soit réglé, d'une manière ou d'une autre, ou au moins que l'on ait une porte de sortie. Et puis si vraiment ça ne va pas et qu'on voit qu'il y a un syndrome dépressif sous-jacent, moi très rapidement : psy. Au moins faire la démarche d'en avoir un, parce qu'après c'est pas pareil, vu les délais d'attente chez le psy c'est compliqué quoi. Je les arrête un mois max et après j'essaie de repartir sur autre chose. Ou le psy les prend en charge ou j'en discute avec le médecin du travail de qu'est-ce qu'on fait. Après c'est compliqué. Il y en a qu'on prolonge plus que ça. Il faut rapidement leur faire comprendre que l'arrêt de travail il ne va pas pouvoir se poursuivre pendant six mois. Parce que tu entends vachement : « Oh mais moi ma voisine, ma cousine, elle est arrêtée six mois... ». C'est*

*pas le but. Le but c'est de sortir de la crise quoi. C'est pas de laisser s'enkyster le truc. Tu essayes de leur faire comprendre que de toutes façons si on s'arrête plus longtemps, si jamais ils reprennent, il y en a plein qui te disent : « Ouai mais on m'a fait payer le fait que je me sois arrêté longtemps ». Ça c'est quelque chose qui revient fréquemment quand même. Donc le but c'est de leur dire : « Bah oui, on va pas faire durer ça trois mois, six mois, parce que de toutes façons ça sera encore plus dur de remettre le pied à l'étrier et de revenir dans la boîte ». Il faut essayer de leur dire que le patron il est aussi emmerdé parce que lui d'un autre côté si tous les quinze jours on lui dit : « bah non », il est là... Nous ça nous est arrivé pour une secrétaire. Pendant neuf mois où tous les quinze jours tu attends de savoir si oui ou non elle va revenir quoi. Et c'est super compliqué quand tu es patron d'arriver à gérer une boîte. Enfin j'essaie de leur dire aussi : « Il y a les deux côtés quoi ». Ça c'est important.*

*MB : Est-ce que tu fais des arrêts de travail et des déclarations en maladie professionnelle ?*

*MG9 : Pour ça non. C'est reconnu en maladie professionnelle ? Tu n'écris jamais conflit sur l'arrêt de travail. Ça veut dire que tu le lies au travail, et ça, dans toutes les formations que j'ai faites, on m'a dit de ne surtout pas le mettre. Parce que ça peut être plurifactoriel et tu ne sais pas si la personne elle ne divorce pas en même temps, si son conjoint n'a pas un cancer, si son gosse ne s'est pas suicidé, enfin on ne peut pas le lier au travail. Je pense que j'ai un patient pour lequel ça a été essayé par la psy. Ça a quand même fini par un licenciement. Je crois qu'il a réussi, après trois ou quatre fois au tribunal de la sécu machin. Je crois qu'il a réussi à avoir une rupture conventionnelle. Son syndrome anxiodépressif a été reconnu en accident de travail, après cinq ans de procédure.*

*MB : Quel est le but de l'arrêt ?*

*MG9 : Décanner les choses, essayer de trouver une solution. Sur des vrais conflits avec l'employé, il peut y en avoir si le patient dit : « Moi le poste n'est pas adapté, on ne m'entend pas. Pourtant j'ai eu un avis du médecin du travail déjà qui disait que je ne peux pas soulever du poids, ou je n'ai pas la chaise qui va bien, ou je n'ai pas le poste qui va bien. ». Donc là, je pense qu'il y a des sorties qui sont trouvables au sein de l'entreprise. Mais franchement la plupart du temps je trouve que ça finit par un licenciement pour inaptitude au poste. J'ai l'impression que globalement ça finit toujours comme ça, parce que personne ne veut démordre de sa position.*

*MB : T'intéresses-tu à l'organisation du travail ?*

*MG9 : Absolument pas. Moi je refile le bébé au médecin du travail. C'est une spécialité, ils sont là pour ça. Il n'y a qu'eux d'ailleurs qui ont le droit de mettre le nez dans l'entreprise non ? En tant que généraliste on a un droit d'ingérence ? Non pas du tout, c'est son boulot. Plus ça va, plus on me demande des certificats genre « apte à la reprise et tout ». Bah moi je refuse, je dis non. Quelle valeur ça a ? Parce que nous on ne sait pas*

*comment ça fonctionne dans l'entreprise. On ne peut pas aller voir. Nous ça nous met en porte à faux. Moi je me dis que je ne sais pas comment ça se passe au sein de l'entreprise, je ne connais pas le poste, je ne sais pas comment c'est aménagé, je ne sais pas quel est vraiment son rôle, je ne sais pas ce qui est possiblement aménageable. Donc nous on nous a demandé deux ou trois fois, donc maintenant on fait des certificats qui ne servent à rien avec écrit : « apte à la reprise sous couvert de l'avis du médecin du travail ». Donc ça ne veut rien dire, c'est très bien. Ils reprennent leur papier, ils sont contents. Mais je ne vois pas dans quelle mesure... Et puis il y en a de moins en moins de médecins du travail. On te demande d'aider le patient qui ne va pas bien, en même temps on te demande de ne pas faire trop durer l'arrêt de travail, parce que tu as la pression de la sécu derrière. Moi ce que je fais souvent par contre, parce qu'il y en a qui sont là pour te balader des patients, pas tous, mais on va dire que c'est 50/50. Il y a ceux qui souffrent vraiment, et ceux qui essaient de profiter de la situation. C'est là que je trouve que c'est difficile. Quand je vois que ça traîne trop, parce que je pense à deux patients en l'occurrence à mon avis... Là pour le coup, c'est moi qui ai pris le téléphone pour prendre rendez-vous à la médecine du travail. Parce que c'était : « Prenez rendez-vous » ; « Ouai mais j'arrive pas à les joindre. ». Tous les quinze jours. Donc c'est un truc que tu renouvelles. Tu te retrouves avec deux ou trois mois d'arrêt parce que ça avance pas, parce que soi-disant il n'est pas joignable... Au bout d'un moment ça te gonfle et tu dis okay c'est moi qui vais le prendre le rendez-vous, comme ça, ça va avancer. Et la comme par hasard, tu n'arrives pas à l'avoir sur le moment, mais tu obtiens un rendez-vous. Je fais quinze jours, jamais un mois, je me dis que si j'arrive à couper entre deux, ça m'arrangerait.*

*MB : Fais-tu appel à d'autres intervenants ?*

*MG9 : Le psy, parce qu'on est vraiment dans le cadre de la souffrance pas physique mais morale. Donc psy et médecine du travail. Médecin du travail, il y a toujours une fiche quand ils sortent du truc, donc on garde tout dans le dossier. Donc ça c'est pas mal. Moi je fais toujours un courrier pour le médecin du travail, parce que je comprends que pour eux aussi c'est compliqué de recevoir les gens sans... Ça m'est arrivé plusieurs fois d'en appeler, peut-être pour leur dire des trucs que je ne veux pas qui apparaissent dans la lettre, j'avoue. Il peut y avoir le médecin conseil comme intervenant. Alors là pour le joindre (rire), ça c'est une autre histoire ! Il y a un numéro spécial de reprise du travail. Tu peux les appeler en disant : « Voilà, moi j'ai un problème avec ce patient-là, j'arrive pas à couper les arrêts. Mais je pense que ça n'est pas justifié. Il faudrait vraiment qu'il reprenne le travail. » Alors ça, c'est soi-disant anonyme, je ne m'en suis jamais servi. Mais apparemment tu peux appeler pour que ça les alarme. Ils convoquent le patient et là il est vu par un médecin conseil. Et le médecin conseil pour l'avoir au téléphone c'est mystérieux. Et après le psy. Mais le psy les retours tu n'as jamais de courrier, ou très rarement. Psychologue, toujours pareil, toujours pas remboursé. Ils n'ont pas compris qu'il valait mieux voir un bon psychologue qu'un mauvais psychiatre. Quand l'Etat aura compris ça, on aura quelque chose. Un psychologue, c'est dommage. Les psychiatres, 95% font de la psychothérapie mais*



*ils assomment les patients. Ils sortent facilement avec au moins anxiolytiques, hypnotiques et antidépresseurs. Pour la visite de pré-reprise, tu leur dis qu'il faut y aller parce qu'ils découvrent tout ça. Je fais toujours un courrier. La visite de pré-reprise elle est obligatoire dans les... Alors moi je pensais qu'elle était obligatoire avant que le patient reprenne son poste mais en fait non. Le médecin du travail a sept jours pour les voir à partir du jour où on les remet au travail. Moi je croyais qu'ils n'avaient pas le droit de retrouver leur poste tant que... Apparemment ça a changé. On m'a dit « non non ». C'est Dr Bernadou qui fait la FMC qui me disait que non, on a sept jours pour le voir, à partir du moment où ils ont repris. Les avocats demandent des trucs que tu refuses systématiquement de faire parce que ça n'a ni queue ni tête leurs demandes. Si, il y a des prud'hommes, mais ça c'est des arrêts qui durent. Je refuse systématiquement de faire des certificats. Il y a tellement d'histoire de médecins qui finissent au conseil de l'ordre pour un truc qu'ils ont écrit. Quand ça t'est arrivé une fois, je te promets tu es vaccinée. Après tu dis non à tout. Des fois tu voudrais faire des trucs dans l'intérêt du patient, et quand ça t'arrive juste une fois, tu te dis : « Oui mais en fait c'est un papier, il y a mon nom aussi dans l'histoire ». Par contre les arrêts de travail qui durent avec prud'hommes, celles-là de consultations tu les vis mal. Parce que là pour le coup c'est des fois où tu en fais je pense pour un mois parce que tu sais que ça va durer hyper longtemps. Parce que la procédure des prud'hommes est très longue. Souvent c'est reporté, tu n'as même pas l'audience de départ qui est fixée. C'est souvent dix-huit mois, deux ans, trois ans. Ces gens-là tu les vois revenir tous les mois. Au bout d'un moment, même s'ils sont en souffrance... Ça c'est des consultations hyper pénibles. C'est même pas des consultations. Le mec il vient chercher son arrêt de travail et c'est tout. Tu ne sers à rien, le truc s'est enlisé complètement.*

*MB : As-tu une situation de souffrance au travail à raconter ?*

*MG9 : Ce genre-là, de mec hyper procédurier, qui peut s'enliser pendant dix ans. Au bout d'un moment j'ai envie de sortir de ça et d'arrêter, plutôt que de multiplier les tribunaux, la sécu, les prud'hommes. Je pense qu'il y a des gens qui sont foncièrement procéduriers qui se régaler. Après je trouve qu'on a maintenant des vraies souffrances au travail avec des gens qui ne se retrouvent plus. Je pense à toutes mes aides-soignantes dans les EPHAD. C'est pas pour ça qu'elle a fait son boulot. Vraiment je peux comprendre, tout ce qu'elle me raconte je l'entends. De toutes façons, on le voit tous. Donc oui c'est pas pour passer cinq minutes avec les mamies, c'est pas pour qu'on la speed tout le temps. Donc oui elle c'est une vraie souffrance au boulot. De toutes façons, elle je lui dis : « Même si vous changez d'EPHAD, on va arriver très rapidement sur un licenciement. ». De toutes façons, je ne vois pas dans quelle EPHAD elle pourra s'épanouir à l'heure actuelle. Mais pour la démission, on est sur un problème financier. Très rarement il y a des ruptures conventionnelles, parce que ça, ça coûte du fric à l'employeur. Ou alors ils acceptent s'il y a une petite ancienneté parce que du coup ça ne leur coûte pas énormément. Dès qu'il y a une ancienneté, ils se démerdent... Enfin j'ai l'impression en fait... C'est un jeu de dupe l'histoire, tout le monde essaie d'avoir l'autre à l'usure quoi. Donc souvent ça*

*finit par une inaptitude au poste, ce qui te permet de n'avoir qu'un mois de délai de carence et d'aller t'inscrire aux ASSEDIC directement. Parce que si c'est toi qui démissionne, il n'y a pas de chômage. Donc en fait dans le meilleur des cas, ça finit par une inaptitude au poste.*

*MB : Comment peut-on optimiser la reprise au travail des patients ?*

*MG9 : Je trouve que les services de médecine de travail ils se bougent, en tout cas par rapport à certains, pour essayer de tout mettre en place. L'intervention de la médecine du travail le plus tôt possible ça peut jouer en cette faveur-là. Nous c'est difficile, tu es pris entre l'étau de « je plains la personne qui est en face de moi et j'essaie de faire au mieux pour elle » et d'un autre côté « je ne vais pas prolonger, parce que ça peut être délétère de prolonger. ».*

---

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, 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 n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admise 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.*
- *Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

---

## RESUME

---

Introduction : La souffrance au travail est un enjeu de santé publique. Le médecin généraliste est le premier recours des patients confrontés à cette problématique, à la jonction du somatique, du psychologique et du sociétal. L'objectif principal de l'étude était d'explorer le ressenti des médecins généralistes face à cette prise en charge.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de neuf médecins généralistes du département de l'Hérault.

Résultats : Les médecins généralistes perçoivent la souffrance au travail comme un motif de consultation fréquent, contemporain d'une évolution de la société. Ils considèrent que leur rôle principal est d'éviter la désinsertion socio-professionnelle des patients. Si certains déclarent se sentir plus à l'aise que d'autres lors des consultations, aucun n'est cependant en mesure d'objectiver l'origine des problèmes liés à la situation de travail du patient. La coordination de soins peut se révéler complexe. Elle dépend notamment de la perception que le médecin a des différents intervenants. Le versant juridique de cette prise en charge dépasse les compétences du médecin généraliste.

Discussion : L'étude souligne la nécessité d'une plus grande implication des patients dans la prise en charge ainsi que d'une meilleure coordination de soins, qui serait favorisée par des recommandations HAS. Ces recommandations visent à améliorer la reconnaissance en maladie professionnelle de la souffrance psychique et donc sa prévention en entreprise. Des actions de formation sur le sujet permettraient aux médecins généralistes sensibilisés de réaliser un dépistage simple et systématique.

Mots clés : souffrance au travail - médecin généraliste - médecin du travail - risques psychosociaux - coordination de soins