

Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais

## FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

**SIMION Amélie**  
Née le 31/07/1982 à Orléans(45)

Présentée et soutenue publiquement le 30/10/2014

**LA SOUFFRANCE MORALE AU TRAVAIL : QUELLE PRISE EN CHARGE EN  
MEDECINE GENERALE ?  
Une enquête qualitative en région Centre**

Président de Jury : **Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD**  
Membres du jury : **Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**  
**Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH**  
**Monsieur le Docteur Matthieu LUSTMAN**

# RESUME

**Contexte :**

Les médecins généralistes sont de plus en plus confrontés à la question de la souffrance morale au travail. L'étude aura pour objectif d'étudier les pratiques des médecins généralistes face à la thématique de la souffrance morale au travail et tout particulièrement leurs modes de repérage, de prise en charge, de coopération avec les autres intervenants et de cerner les difficultés qu'ils rencontrent.

**Matériel et méthode :**

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes jusqu'à saturation des données. Echantillon raisonné et diversifié. Analyse thématique de contenu par double codage en aveugle.

**Résultats :**

13 entretiens semi-dirigés ont été réalisés. Le questionnement sur le bien être au travail ne semble pas systématique. Les premiers signes cliniques de la souffrance morale au travail sont aspécifiques et la plainte peut se manifester initialement sous un abord somatique. Les atteintes à la santé physique sont peu évoquées par les médecins de l'étude et l'évaluation de la souffrance psychique est subjective. Les risques psychosociaux sont assez bien connus. Les médecins généralistes de l'étude se mettent parfois en danger dans la rédaction du motif d'arrêt de travail. Ils n'ont pas connaissance de l'existence de consultations spécialisées. Certaines difficultés ont été soulignées : gestion des consultations longues, peur de se faire «manipuler», manque de formation, peur du risque suicidaire et de l'arrêt qui dure, difficultés de la collaboration notamment avec le médecin du travail. Se pose également la question de la souffrance morale au travail des généralistes eux-mêmes.

**Conclusion :**

Notre étude confirme que le repérage et la prise en charge de la souffrance morale au travail sont sources de difficultés pour les médecins généralistes. Néanmoins il serait utile de compléter ce travail par une enquête quantitative afin de quantifier et hiérarchiser les résultats retrouvés. Il serait également intéressant d'enquêter auprès des patients afin de connaître leurs attentes envers leurs généralistes et de faire une étude sur la pratique des autres intervenants.

**Mots clés :** Souffrance morale au travail, Médecine générale, Risques psychosociaux, Dépistage, Pratiques, Collaboration.

**TITLE: Psychological stress in the workplace: How is it dealt with in General Practice?  
A qualitative study in the Centre region of France.**

**ABSTRACT**

**Background:** General practitioners increasingly have to face the question of psychological stress in the workplace. The aim of this study is to examine the practices of general practitioners when facing the issue of psychological stress in the workplace and more particularly the way they detect it, deal with it and cooperate with other health workers as well as define the difficulties they face.

**Methods:** A qualitative study through one to one semi-structured interviews of general practitioners until saturation of the data .A reasoned and diversified sample .A thematic analysis of the content by double blind coding.

**Results:** 13 semi structured interviews were carried out. Questioning on well-being in the workplace doesn't seem to be systematic. The first clinical signs of psychological stress at work are aspecific and complaints can sometimes be initially displayed somatically. Physical symptoms are rarely mentioned by the doctors in the study and the assessment of the psychic suffering is subjective. Psycho-social risks are well known. General practitioners sometimes put themselves in a dangerous position when drawing up the reasons for the sick leave. They are not aware of the existence of specialised consultations. Certain difficulties were underlined: managing long consultations, fear of being manipulated, lack of training, fear of risk of suicide and of long term sick leave, difficulties of collaborating with occupational health physicians. The question of the mental health in the workplace of general practitioners themselves was also raised.

**Conclusion:** Our study confirmed that the detecting and the handling of psychological stress in the workplace are sources of difficulty for general practitioners. Nevertheless it would be useful to complete this work by a quantitative survey in order to quantify and hierarchise the results found. It would also be interesting to interview patients in order to know what they expect from general practitioners and to carry out a study of the practices of others involved.

**Keywords:** Psychological stress in the workplace, general practice, psychosocial risks, screening, practice, collaboration.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Professeur Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Professeur Henri MARRET

**ASSESEURS**

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Etienne LEMARIE  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS –J. BARSOTTI-A.  
BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI- J.P. FAUCHIER  
- B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC –  
J.LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.METMAN –  
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.RAYNAUD –  
JC.ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI – D .SAUVAGE –  
M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

MM. ALISON Daniel.....	Radiologie et Imagerie médicale
ANDRES Christian .....	Biochimie et Biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
ARBELLE Philippe.....	Biophysique et Médecine nucléaire
AUPART Michel .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
Mme BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; Radiothérapie
M. BARON Christophe.....	Immunologie
Mme BARTHELEMY Catherine .....	Pédopsychiatrie
MM. BAULIEU Jean-Louis .....	Biophysique et Médecine nucléaire
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
BEUTTER Patrice.....	Oto-Rhino-Laryngologie
BINET Christian.....	Hématologie ; Transfusion
BODY Gilles.....	Gynécologie et Obstétrique
BONNARD Christian .....	Chirurgie infantile
BONNET Pierre .....	Physiologie
Mme BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
MM. BOUGNOUX Philippe .....	Cancérologie ; Radiothérapie
BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et Imagerie médicale
BRUYERE Franck .....	Urologie
BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie ; Radiothérapie
CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques .....	Parasitologie et Mycologie
CHANTEPIE Alain .....	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie ; Transfusion
CONSTANS Thierry .....	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
CORCIA Philippe .....	Neurologie
COSNAY Pierre .....	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et Imagerie médicale
COUET Charles .....	Nutrition
DANQUECHIN DORVAL Etienne .....	Gastroentérologie ; Hépatologie
DE LA LANDE DE CALAN Loïc.....	Chirurgie digestive
DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique ; médecine d'urgence
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice .....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & Cytologie pathologiques
DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de Réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & Cytologie pathologiques
FUSCIARDI Jacques.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
GAILLARD Philippe .....	Psychiatrie d'Adultes
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
GOUDEAU Alain .....	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves .....	Hématologie ; Transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
GUILMOT Jean-Louis .....	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
GUYETANT Serge.....	Anatomie et Cytologie pathologiques

HAILLOT Olivier .....	Urologie
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
HANKARD Regis .....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie ; transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et Imagerie médicale
Mme HOMMET Caroline .....	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM. HUTEN Noël .....	Chirurgie générale
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
LASFARGUES Gérard .....	Médecine et Santé au Travail
LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LEBRANCHU Yvon .....	Immunologie
LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LESCANNE Emmanuel .....	Oto-Rhino-Laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie ; Radiothérapie
LORETTE Gérard .....	Dermato-Vénérologie
MACHET Laurent .....	Dermato-Vénérologie
MAILLOT François .....	Médecine Interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie et Obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain .....	O.R.L.
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
PAGES Jean-Christophe .....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et Médecine nucléaire
PERROTIN Dominique .....	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
PERROTIN Franck .....	Gynécologie et Obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophthalmologie
QUENTIN Roland .....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
ROBIER Alain .....	Oto-Rhino-Laryngologie
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique .....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SALIBA Elie .....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM. SIRINELLI Dominique .....	Radiologie et Imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
Mme TOUTAIN Annick .....	Génétique
MM. VAILLANT Loïc .....	Dermato-Vénérologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
WATIER Hervé .....	Immunologie

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie..... Médecine Générale

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

MM. HUAS Dominique .....

Médecine Générale

LEBEAU Jean-Pierre.....

Médecine Générale

MALLET Donatien.....

Soins palliatifs

POTIER Alain.....

Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ANGOULVANT Theodora .....	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M. BAKHOS David.....	Physiologie
Mme BAULIEU Françoise .....	Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe.....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène .....	Biochimie et biologie moléculaire
MM. BOISSINOT Eric .....	Physiologie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
Mme DUFOUR Diane.....	Biophysique et Médecine nucléaire
M. EHRMANN Stephan.....	Réanimation médicale
Mme FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .	Anatomie et Cytologie pathologiques
M. GATAULT Philippe .....	Néphrologie
Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
MM. GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM. PIVER Eric .....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et Droit de la santé
MM. SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie
TERNANT David .....	Pharmacologie – toxicologie
Mme VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie .	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M. VOURC'H Patrick.....	Biochimie et Biologie moléculaire

## MAITRES DE CONFERENCES

Mmes BOIRON Michèle .....	Sciences du Médicament
ESNARD Annick .....	Biologie cellulaire
M. LEMOINE Maël.....	Philosophie
Mme MONJAUZE Cécile .....	Sciences du langage - Orthophonie
M. PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes HUAS Caroline .....	Médecine Générale
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale
M. ROBERT Jean .....	Médecine Générale

## CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M. BOUAKAZ Ayache.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes BRUNEAU Nicole .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM. COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – U 618
GAUDRAY Patrick .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM. LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930

LE PAPE Alain..... Directeur de Recherche CNRS – U 618  
Mmes MARTINEAU Joëlle ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930  
POULIN Ghislaine ..... Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

**CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

***Pour la Faculté de Médecine***

Mme BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier (*éthique médicale*)  
M. BOULAIN Thierry ..... Praticien Hospitalier (*CSCT*)  
Mme CRINIERE Lise ..... Praticien Hospitalier (*endocrinologie*)  
M. GAROT Denis..... Praticien Hospitalier (*sémiologie*)  
Mmes MAGNAN Julie..... Praticien Hospitalier (*sémiologie*)  
MERCIER Emmanuelle..... Praticien Hospitalier (*CSCT*)

***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme DELORE Claire ..... Orthophoniste  
MM. GOUIN Jean-Marie..... Praticien Hospitalier  
MONDON Karl ..... Praticien Hospitalier  
Mme PERRIER Danièle ..... Orthophoniste

***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

Mme LALA Emmanuelle ..... Praticien Hospitalier  
M. MAJZOUB Samuel ..... Praticien Hospitalier

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

## REMERCIEMENTS

### **A Monsieur le Pr Gaillard :**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma profonde reconnaissance.

### **A Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz :**

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse et de m'avoir donné l'opportunité de travailler sur ce passionnant sujet. J'ai parfois eu des périodes de découragement mais vous avez toujours eu une incroyable capacité à m'encourager et à me restimuler à chaque fois que nous nous sommes rencontrés pour ce travail. Je vous adresse toute ma gratitude.

### **A Monsieur le Professeur Rusch :**

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, de me faire l'honneur de juger ce travail et d'y apporter votre regard et votre expérience.

### **A Monsieur le Docteur Lustman :**

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail, pour votre écoute et les conseils que vous m'avez accordés. Je vous adresse ici ma sincère reconnaissance.

Merci aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude, sans eux rien n'aurait été possible.

Merci aux Docteurs Bordeaux, Legeay, Nicolas et Venot de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale.

Merci aux médecins que je remplace de me confier leurs patients.

Merci à Ingrid pour sa précieuse contribution dactylographique.

Merci à mes parents pour leur amour et leur soutien tout au long de ces années.

Merci à mon frère, sur qui je peux toujours compter et qui pourra toujours compter sur moi.

Merci à mes amis pour leurs encouragements et leur présence toujours réconfortante.

Et bien sûr merci à mon conjoint Emmanuel pour son amour et son soutien.

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	15
MATERIEL ET METHODE.....	19
1. La méthode.....	19
2. La population de l'étude.....	19
3. Déroulement des entretiens.....	19
4. L'analyse des données.....	20
RESULTATS.....	21
1. Caractéristique de la population et des entretiens.....	21
1.1 Les entretiens.....	21
1.2 La population.....	21
2. Définition de la souffrance morale au travail.....	23
2.1 Une définition floue.....	23
2.2 Le travail source d'identité.....	23
3. Place spécifique du médecin généraliste.....	23
3.1 Connaissance du patient et de sa famille.....	23
3.2 Relation de confiance.....	23
3.3 Médecin de premier recours.....	23
3.4 Rôle de conseil.....	24
3.5 Fréquence des consultations pour souffrance morale au travail au sein des consultations de médecine générale.....	24
4. Repérage de la souffrance morale au travail.....	24
4.1 La souffrance morale au travail comme motif de consultation.....	24
4.2 Des manifestations psychiques ou somatiques comme points d'appels.....	24
4.3 Les situations de non-dit.....	26
4.4 Certaines situations à risques.....	26
4.4.1 Profil des patients.....	26
4.4.2 Appartenance à certaines entreprises.....	26
4.5 Rapport homme/femme dans la souffrance morale au travail.....	27
4.6 Age.....	27
4.7 Connaissance du métier des patients.....	27
5. Les causes de la souffrance morale au travail évoquées par les médecins généralistes.....	27
6. Types de prise en charge.....	29
6.1 Evaluation du retentissement.....	29
6.1.1 Evaluation de l'état de souffrance.....	29
6.1.2 Evaluation du risque suicidaire.....	29
6.1.3 Evaluation des ressources du patient.....	29

6.2	<i>Compréhensions des causes et élaboration de stratégies</i>	30
6.3	<i>Prescriptions</i>	30
6.3.1	<i>Arrêt de travail</i>	30
6.3.2	<i>Les médicaments</i>	31
6.4	<i>Suivi</i>	31
6.5	<i>Collaboration avec d'autres intervenants</i>	32
6.5.1	<i>Médecin du travail</i>	32
6.5.2	<i>Psychologue ou Psychiatre</i>	32
6.5.3	<i>Médecin Conseil</i>	33
6.5.4	<i>Assistants sociales</i>	33
6.5.5	<i>Inspection du travail</i>	33
6.5.6	<i>Autres</i>	33
<b>7.</b>	<b>Positionnement social des médecins généralistes</b>	<b>34</b>
7.1	<i>Positionnements des médecins par rapport à la difficulté de la prise en charge</i>	34
7.2	<i>Une prise en charge seul ou de manière pluridisciplinaire</i>	34
7.3	<i>Manque de compétences et de formation</i>	34
7.4	<i>Repérage</i>	34
7.5	<i>Rôle de soutien et limite du rôle social du médecin généraliste</i>	35
7.6	<i>Signalement</i>	35
7.7	<i>Prévention</i>	35
7.8	<i>Les arrêts de travail</i>	35
7.8.1	<i>Rédaction d'arrêt maladie ou d'accident du travail</i>	35
7.8.2	<i>Motif d'arrêt</i>	36
<b>8.</b>	<b>Difficultés rencontrées par les médecins généralistes</b>	<b>36</b>
8.1	<i>Gestion des consultations longues</i>	36
8.2	<i>Evaluer le risque suicidaire</i>	37
8.3	<i>Crainte d'être manipulé</i>	37
8.4	<i>Difficultés à remettre les patients au travail</i>	37
8.5	<i>Une situation d'impasse fréquente pour le salarié</i>	37
8.6	<i>Difficultés de la collaboration</i>	38
8.6.1	<i>Avec le médecin du travail</i>	38
8.6.2	<i>Avec le psychiatre ou le psychologue</i>	38
8.7	<i>La prise en charge de la souffrance morale par le soignant peut être une cause de souffrance morale pour le soignant</i>	39
<b>9.</b>	<b>Pistes d'améliorations évoquées par les médecins généralistes</b>	<b>39</b>
9.1	<i>Pistes d'amélioration par rapport au repérage</i>	39
9.2	<i>Pistes d'amélioration par rapport à la prise en charge</i>	39
	<b>DISCUSSION</b>	<b>41</b>
<b>1.</b>	<b>La méthode</b>	<b>41</b>
1.1	<i>Les avantages</i>	41

1.2	<i>Les limites</i>	41
1.2.1	<i>L'échantillon</i>	41
1.2.2	<i>Les entretiens</i>	41
1.2.3	<i>L'analyse des données</i>	41
<b>2.</b>	<b>Les résultats</b>	<b>41</b>
2.1	<i>La place centrale du médecin généraliste</i>	41
2.2	<i>La définition de la souffrance morale au travail est confuse</i>	42
2.3	<i>Une assez bonne connaissance des facteurs de risques psychosociaux</i>	42
2.4	<i>Repérage de la souffrance morale au travail</i>	43
2.4.1	<i>La question du bien être au travail n'est pas systématique</i>	43
2.4.2	<i>Les déterminants de la santé au travail</i>	44
2.4.3	<i>Les premiers signes cliniques de la souffrance morale au travail</i>	44
2.4.4	<i>La mention de la profession dans le dossier médical</i>	46
2.5	<i>La prise en charge</i>	46
2.5.1	<i>Ecoute et compréhension des causes</i>	47
2.5.2	<i>Evaluation du retentissement</i>	47
2.5.2.1	<i>Une méconnaissance des conséquences physiques du stress</i>	47
2.5.2.2	<i>Les médecins utilisent peu les échelles d'évaluation de la dépression</i>	48
2.5.2.3	<i>Evaluation des ressources</i>	49
2.5.2.4	<i>L'abord de la question du suicide est systématique en cas d'éléments dépressifs</i>	49
2.5.3	<i>Les prescriptions médicamenteuses</i>	50
2.5.4	<i>Les arrêts de travail</i>	51
2.5.4.1	<i>Evaluer la nécessité ou non d'un arrêt</i>	51
2.5.4.2	<i>Rédaction du motif d'arrêt : les pièges à éviter</i>	52
2.5.4.3	<i>Déclaration en accident du travail ou maladie professionnelle</i>	52
2.5.5	<i>Le suivi et le rôle de conseil</i>	53
2.6	<i>L'orientation des patients vers d'autres professionnels</i>	53
2.6.1	<i>Le médecin du travail</i>	53
2.6.2	<i>Le psychiatre ou le psychologue</i>	54
2.6.3	<i>Le médecin conseil</i>	54
2.6.4	<i>L'inspection du travail</i>	54
2.6.5	<i>Consultations souffrance au travail au sein des Centres de Consultation de Pathologies Professionnelles (CCPP)</i>	54
2.6.6	<i>Les autres acteurs</i>	54
2.7	<i>Les difficultés rencontrées</i>	55
2.7.1	<i>Difficulté à faire la part des choses et crainte d'être manipulé</i>	55
2.7.2	<i>Gestion des consultations longues</i>	55

2.7.3	<i>La souffrance des médecins</i> .....	56
2.7.4	<i>Difficultés de la collaboration</i> .....	56
2.7.4.1	Avec le médecin du travail.....	56
2.7.4.2	Avec le psychiatre ou le psychologue.....	57
2.7.5	<i>Manque de formation</i> .....	57
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>58</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....		<b>59</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>64</b>
	<u>Annexe 1</u> : Glossaire des termes utilisés dans la recherche qualitative.....	65
	<u>Annexe 2</u> : Trame d'entretien.....	67
	<u>Annexe 3</u> : Le questionnaire de Karasek et le calcul des scores.....	68
	<u>Annexe 4</u> : Outils proposés par l'APS en 2009 lors de la campagne de sensibilisation sur le dépistage de la souffrance au travail dans la région Pays de la Loire.....	70
	<u>Annexe 5</u> : Echelle MBI.....	71
	<u>Annexe 6</u> : Lettre d'information aux patients bénéficiaires de la consultation «Souffrance et travail».....	73

## INTRODUCTION

Dans nos sociétés occidentales, travailler est en quelque sorte une norme. Le travail est au fondement de l'ordre social, il détermine la place des individus dans la société. Il est encore le principal moyen de subsistance et occupe une part encore essentielle de la vie des individus.

Si les risques et les souffrances somatiques liés au travail sont depuis longtemps reconnus et pris en compte, les risques et la souffrance psychique sont restés longtemps dans le non-dit.

A partir des années 1970, des mesures de libéralisation sont prises pour s'adapter à la mondialisation. Les logiques financières deviennent plus importantes que les logiques sociales et industrielles du travail. (1)

Les grandes enquêtes sur les conditions de travail menées ces dernières années en France et dans les pays industrialisés ont permis une mise en visibilité des effets délétères sur les conditions de travail de ces formes d'organisation : nécessité de performance et de rentabilité amenant à une pression psychologique permanente exercée par les hiérarchies, procédures d'évaluation et de contrôle rigides et abstraites, intensification du travail avec contraintes de rythme de temps accrues, généralisation des horaires atypiques, annihilation des marges de manœuvre d'un grand nombre de salariés, absence de moyens pour un travail de qualité, non reconnaissance du travail fourni et des savoirs faire, éclatement des collectifs, exclusions des travailleurs vieillissants ou moins résistants, division sexuelle du travail persistante, précarisation massive du travail et de l'emploi redoublant une précarité socioéconomique touchant de plus en plus de personnes.(2)

L'augmentation de l'incidence de la souffrance au travail, ses liens avec l'organisation du travail et son évolution en font un phénomène actuel particulier, d'autant qu'il touche toutes les entreprises et tous les secteurs d'activité. Sa reconnaissance dans le Code du travail est récente : depuis la loi de modernisation sociale en 2002, on admet l'existence d'une santé mentale du salarié. (3)

Le débat dans l'espace public est devenu important depuis l'automne 2009, à la suite des suicides à France Télécom .Ce ne sont pas seulement les médias qui entretiennent le débat, il est maintenant repris par des groupes et des commissions à l'Assemblée nationale et au Sénat, par certaines centrales syndicales et de nombreuses fédérations professionnelles.

Il existe a priori une spécificité française au sein des pays européens: les français sont à la fois ceux qui accordent le plus d'importance au travail en terme de réalisation de soi mais dans le même temps un sur deux s'estime stressé au travail, et ressentir intensément les rythmes imposés et/ou un manque de reconnaissance en regard de l'implication déployée. De fait, les Français sont une grande majorité à vouloir que le travail prenne moins de place.(4) Ceci signe plutôt la marque d'un dysfonctionnement dans le milieu du travail, qu'un désir de loisirs ou une inappétence.

En Europe, 28% des travailleurs seraient «exposés à au moins un facteur susceptible d'affecter de manière défavorable leur bien être mental » soit 56 millions de travailleurs.(5)

En France, l'enquête SUMER 2009-2010 portant sur près de 22 millions de salariés, objective que 22% des salariés déclarent subir au moins un comportement hostile durant le travail et 29% estiment ne pas bénéficier d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles.(6)

Si les suicides peuvent faire l'objet de données chiffrées (un suicide toutes les 50 minutes en France), il est cependant difficile de déterminer un chiffre exact de suicides liés aux conditions de travail.

Selon l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) de nombreuses études épidémiologiques ont établi un lien entre des contraintes de travail génératrices de stress chronique et l'apparition d'une dépression pouvant favoriser un passage à l'acte suicidaire.

Le décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 crée un Observatoire national du suicide auprès du ministre chargé de la Santé. Parmi les missions qui lui sont confiées, l'Observatoire est chargé de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide mais aussi de produire des recommandations, notamment en matière de prévention.

En région Centre l'étude Samotrace, conduite en 2006 et 2007, avait pour objectif principal de décrire les troubles de santé mentale selon l'emploi en population salariée. Plusieurs indicateurs de santé mentale étaient disponibles dont le mal être (exploré par le General Health Questionnaire), les problèmes d'alcoolisation (explorés par le questionnaire DETA) et la tension au travail (par le questionnaire de Karasek). Les premiers résultats objectivaient une prévalence du mal être de 24% chez les hommes et 37% chez les femmes. Les catégories des employés et des professions intermédiaires étant les plus touchées. La tension au travail concernait 35% des hommes et 41% des femmes avec des différences d'exposition selon la catégorie professionnelle et le secteur d'activité.(7)

Les enquêtes Quinzaine des Maladies à Caractère Professionnel réalisées en 2011 en région Centre sur 8751 salariés retrouvaient que la souffrance psychique en lien avec le travail était en deuxième position des pathologies signalées après les TMS. La prévalence a augmenté passant de 2,1% en 2008 à 2,8% en 2011. Les syndromes dépressifs représentent 71,8% de ces catégories, les autres manifestations principalement déclarées étant l'anxiété (8,6%) et les troubles du sommeil (6,1%). Le burnout concerne 4,1% des pathologies signalées.(8)

Les conséquences du stress ne pèsent pas seulement sur l'individu en termes de souffrance et de préjudice, elles ont un coût pour la société dans son ensemble et pour les entreprises au travers de l'absentéisme, du turn over, des accidents du travail et les maladies professionnelles. En 2007, l'INRS en collaboration avec Arts et Métiers Paris Tech a évalué le coût social du stress en France à 1,9 à 3 milliards d'euros par an soit environ 20% des dépenses de la branche accidents du travail / maladies professionnelles de la sécurité sociale.

Le terme de souffrance morale au travail est un terme un peu flou dans la littérature, il n'y a pas vraiment de définition consensuelle.

La souffrance morale au travail au sens de souffrance psychique au travail est la manifestation d'un ou plusieurs risques psychosociaux c'est-à-dire « à l'interface de l'individu et de sa situation de travail ».(9) Le collègue d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux définit les risques psychosociaux comme « des risques pour la santé physique, mentale et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ».(10)

**Les facteurs de risques psychosociaux** sont : (4,10)

- l'insécurité socio-économique (instabilité de l'emploi, soutenabilité du travail le long d'une carrière)
- les exigences du travail (quantité de travail, pression temporelle au travail, complexité du travail et difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale).
- les exigences émotionnelles (relation au public, contact avec la souffrance, devoir cacher ses émotions, peur).

-le manque d'autonomie et de marges de manœuvres (autonomie dans la tâche, développement culturel et accroissement des compétences, possibilité d'exprimer ses attentes sur l'organisation du travail).

-les rapports sociaux au travail (insuffisance de communication, manque de soutien de la part des collègues ou des supérieurs, intégration dans un collectif ou isolement)

-les conflits de valeurs (conflit éthique, qualité empêchée, atteinte à l'image du métier, sentiment d'inutilité au travail).

On pourrait rajouter à ces six dimensions les facteurs liés à l'environnement physique et technique (ambiance physique du travail et outils de travail).

La souffrance morale au travail peut avoir des répercussions sur la santé psychique (dépression, anxiété, burnout,...) mais aussi physique (pathologies cardiovasculaires, TMS, ...).

Il existe autant de point de vue sur la souffrance au travail que de modes d'approche théoriques et méthodologiques. Les deux courants d'analyse de la souffrance au travail les plus fréquemment retrouvés dans la littérature sont les théories du stress et l'analyse psychodynamique du travail.

Les distinctions entre les deux approches sont nombreuses. « Elles touchent aussi bien leurs origines géographiques, que leurs fondements épistémologiques, théoriques et méthodologiques. »(11)

*Les approches des théories du stress* (approche stimulus-réponse) regroupant trois modèles abordant le stress selon trois angles différents : l'approche physiologique (modèle de Selye), l'approche psychologique (analyse transactionnelle de Lazarus et approche des thérapies cognitivo-comportementales) et l'approche causaliste (modèle de Karasek et modèle de Siegrist).

Ces approches permettent de comprendre la plausibilité biologique des effets à long terme d'une surexposition aux hormones du stress (approche physiologique), la possibilité de développement de stratégies d'adaptation (approche psychologique) et le lien entre facteurs psychosociaux au travail et santé (approche causaliste).

*La psychodynamique du travail* : Elle se construit à l'initiative du travail de C Dejours et cherche à comprendre ce que vit le sujet en relation avec son travail. L'accent est porté sur la capacité à donner un sens à la situation, à se défendre de la souffrance et à conjurer la maladie en mobilisant les ressources individuelles de l'intelligence et de la personnalité mais aussi celles de la coopération et du collectif.(12)

Nous avons pris le parti de retenir comme définition de la souffrance morale au travail celle donnée par la psychodynamique du travail qui considère que « **dans certaines situations, une souffrance émerge, qui a pu être imputée au choc entre une histoire individuelle porteuse de projets, d'espoirs, de désirs et une organisation du travail qui les ignore. Cette souffrance, de nature mentale, commence quand l'homme au travail ne peut apporter aucun aménagement à sa tâche dans un sens qui serait plus conforme à ses besoins physiologiques et à ses désirs psychologiques, c'est-à-dire quand le rapport homme/travail est bloqué** ».(13)

C'est bien la rencontre d'un homme et d'une situation qui fait la souffrance au travail. Un homme, cela signifie une histoire, une biologie, des failles, une manière particulière de percevoir le monde, de le comprendre et d'y interagir. Une situation de travail, ce sont des contraintes et des opportunités uniques, une organisation du travail spécifique.(14)

Les médecins généralistes sont de plus en plus confrontés à la question de la souffrance au travail. Cette demande est diffuse et peu formatée car elle relève du champ bio-psycho-social. Les médecins sont en difficultés car non seulement ils n'ont pas été formés à appréhender ce type de problème mais aussi parce que cela les éloignent de leurs pratiques habituelles. De plus il n'existe pas de recommandation de bonne pratique et très peu d'articles sont consacrés à ce sujet.

Il se pose à la fois des questions théoriques : les médecins ont-ils le temps de se questionner sur ce problème ? Que font-ils sur le terrain ? Sont-ils eux mêmes noyés dans leur propre souffrance au travail ? Et des questions pratiques : les médecins demandent-ils à leurs patients si leur souffrance est en lien avec leur travail ? Ont-ils le temps d'écouter leurs patients ? Explorent-ils les mécanismes entraînant cette souffrance ? Agissent-ils suffisamment tôt ? Prescrivent-ils des médicaments ? Orientent ils leur patients vers d'autres intervenants et lesquels ?

Nous avons émis l'hypothèse de départ que les médecins généralistes étaient en difficulté tant pour le repérage que pour la prise en charge de la souffrance morale au travail.

L'étude aura pour objectif d'étudier les pratiques des médecins généralistes face à la thématique de la souffrance psychique au travail et tout particulièrement leurs modes de repérage, de prise en charge, de coopération avec les autres intervenants et de cerner les difficultés qu'ils rencontrent.

# MATERIEL ET METHODE

Afin de définir les termes qui seront utilisés en lien avec la méthode de recherche qualitative, un glossaire (15,16) résume les termes qui seront utilisés et leurs définitions (annexe 1). Les termes définis dans le glossaire seront marqués d'un \* dans le texte.

## 1. La méthode

Une méthode qualitative\* a été choisie pour mener cette étude. En effet il s'agissait d'étudier le vécu, le point de vue des médecins généralistes dans le repérage et la prise en charge de leurs patients face à la thématique de la souffrance morale au travail et les déterminants de leurs comportements. Il ne s'agit pas ici de quantifier ou classer des données mais de comprendre un phénomène, recueillir une variété de données, faire émerger de nouvelles idées.

Le recueil des données a été réalisé par le biais d'entretiens individuels\* semi-directifs\*. La trame d'entretien\* sert de guide afin d'orienter la personne interviewée à aborder différentes thématiques sans diriger le discours.

Les entretiens individuels ont été préférés aux entretiens collectifs afin que la personne interviewée se sente plus libre d'exprimer son avis, que l'on puisse aller plus en profondeur dans la discussion et aborder des sujets sensibles comme le suicide.

## 2. La population de l'étude

L'étude a été menée auprès de médecins généralistes installés ou collaborateurs, en exercice libéral, dans les départements d'Indre-et-Loire et du Loir-et-Cher sur la période de septembre 2013 à mai 2014.

L'échantillon a été raisonné\* pour obtenir la plus grande diversité en terme d'âge, de sexe, d'exercice en cabinet de groupe ou seul, d'exercice en milieu rural, semi-rural ou urbain.

Un premier contact téléphonique, par mail ou par contact direct permettait d'expliquer l'objectif du travail de recherche et le mode de recueil des données. Le lieu et l'heure du rendez vous étaient alors fixés, chacun réservant un créneau d'une heure, en privilégiant un moment calme comme les fins de journée ou les jours de repos.

## 3. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été conduits par un enquêteur unique.

Ils ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur numérique après recueil du consentement de chaque interviewé.

Une trame d'entretien\* (annexe 2) a été utilisée par l'enquêteur. Cette trame a été élaborée à partir de données bibliographiques, d'études quantitatives menées sur ce sujet et des hypothèses\* émises par les chercheurs. Elle a été testée dans un premier temps dans une phase de pré-enquête auprès d'un médecin généraliste, d'un médecin du travail, d'un psychologue et d'un psychiatre. Cette étape nous a semblé importante. Il s'agissait de mieux comprendre les pratiques d'autres intervenants que peut rencontrer le patient souffrant moralement au travail avant de nous intéresser plus en profondeur aux pratiques des généralistes. Cette étape de pré-enquête nous a permis de valider la trame d'entretien et d'établir certaines relances.

Elle a été modifiée après deux entretiens de médecins généralistes afin d'optimiser l'expression des médecins généralistes sur leurs vécus et augmenter la diversité des thèmes abordés notamment avec des relances plus systématisées.

L'entretien réalisé avec le médecin généraliste lors du temps de pré-enquête a été utilisé dans la suite de l'étude (M1).

La durée des entretiens était laissée libre, l'entretien se terminait quand le médecin le souhaitait.

Le nombre d'entretiens n'était pas déterminé à l'avance mais a été guidé par la recherche de saturation des données.\*

#### **4. L'analyse des données**

Les entretiens ont été retranscrits\* en intégralité, en respectant le style de langage, les pauses et les hésitations et anonymisés.

Les verbatims\* n'ont pas été relus par les interviewés.

Un codage\* manuel a été réalisé pour une analyse thématique de contenu.

Lors de la réécoute et de la retranscription une première analyse transversale a été réalisée, permettant d'évaluer la tonalité du discours et les caractéristiques générales des entretiens. L'analyse de contenu\* a été ensuite réalisée par un découpage des verbatims\* en unités minimales de sens. Les unités minimales de sens ont été regroupées en thèmes pour être catégorisées\*. Les thèmes ont été choisis de manière à être exhaustif, tout en répondant aux objectifs de recherche.

Les thématiques ont ensuite été organisées en grands ensembles pour être présentées.

Le codage\* a été supervisé par le directeur de thèse, qualifié en recherche qualitative.

Une double analyse des entretiens par le chercheur et le directeur de thèse a été effectuée en aveugle afin d'assurer la triangulation\* des données.

Les thèmes ont été validés par consensus quand il y avait désaccord.

# RESULTATS

## 1. Caractéristique de la population et des entretiens

### 1.1 Les entretiens

13 entretiens semi-dirigés ont été réalisés de Septembre 2013 à Mai 2014 dans les départements d'Indre-et-Loire et du Loir-et-Cher.

Les entretiens ont eu une durée allant de 36 min 07 s à 74 min 28 s avec une durée moyenne de 51 min 24 s. La durée totale des entretiens est de 11h06 min.

Les entretiens ont tous été réalisés au cabinet du médecin interviewé sauf un entretien (M6) qui a été réalisé à mon domicile et un entretien (M13) réalisé au domicile du médecin.

La saturation des données a été obtenue au terme du 12<sup>ème</sup> entretien et confirmée par un 13<sup>ème</sup> entretien.

### 1.2 La population

Les caractéristiques de la population étudiée sont résumées dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon**

Médecins	Sexe	Age	Année d'installation	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Formations	Durée de l'entretien
M1	H	59ans	1983	rural	Groupe de 7	Maître de stage/ formateur en FMC/ participation à des FMC	36 min 07
M2	F	30ans	2013	urbain	Seule	Participation à des FMC	41 min 30
M3	H	56ans	1991	urbain	Groupe de 2	Participation à des FMC	74 min 28
M4	H	40ans	2004	semi-rural	Groupe de 4	Maître de stage/ participation à des FMC	39 min 00
M5	F	31ans	2014	semi-rural	Collaboration Groupe de 2	non	56 min 16
M6	H	43ans	2005	rural	Groupe de 7	Maître de stage/participation à des FMC	58 min20
M7	H	56ans	1986	rural	Groupe de 7	Participation à des FMC	43 min51
M8	H	36ans	2013	rural	Groupe de 7	Participation à des FMC	41 min15
M9	H	29ans	2013	urbain	Groupe de 4	non	46 min 09
M10	F	35ans	2011	semi-rural	Groupe de 2	Maître de stage/participation à des FMC	63 min 57
M11	F	38ans	2004	urbain	Groupe de 3	Participation à des FMC	40 min 10
M12	F	49 ans	1996	semi-rural	Groupe de 4	Participation à des FMC	68 min 29
M13	F	33 ans	2013	rural	Collaboration Groupe de 2	Participation à des FMC	58 min 44

## **2. Définition de la souffrance morale au travail**

### *2.1 Une définition floue*

Aucun des médecins interrogés n'avait une définition véritablement claire de la souffrance morale au travail. Souvent causes, manifestations et conséquences se mélangent.

*« Ca peut être un problème relationnel, un problème de reconnaissance, un problème de ressenti de ne pas être rémunéré à sa juste valeur, de faire un travail chiant... C'est un peu un fourre-tout. »(M4)*

*« Alors, pour faire ... non...on ne peut pas simplifier en disant quelqu'un qui n'est pas content d'aller bosser le matin (rire)...(M5)*

La difficulté à définir la souffrance morale au travail peut également venir du fait que, pour plusieurs d'entre eux, le travail est difficilement seul en cause dans l'existence de celle-ci.

*« La souffrance morale...mais quand les gens ont une souffrance morale personnelle et qu'ils s'éclatent dans leur travail ...ils supportent...inversement aussi, ils ont une souffrance ils ne s'entendent pas avec leurs collègues de boulot, ils vont travailler à reculons mais leur famille, leur couple il n'y a pas de soucis ...mais c'est quand il y a les deux, quand les deux arrivent en même temps»(M1)*

### *2.2 Le travail source d'identité*

Deux médecins ont insisté sur le sens même du travail, en tant que pourvoyeur d'identité. C'est de par son importance dans la structuration de l'individu que le travail peut engendrer de la souffrance.

*« Le travail ça remplit une très grande partie de notre existence, et puis c'est le moyen de subsistance à l'origine, c'est le moyen d'exister, de se réaliser, de créer. »(M3)*

## **3. Place spécifique du médecin généraliste**

### *3.1 Connaissance du patient et de sa famille*

Pour plusieurs médecins, le généraliste c'est d'abord celui qui connaît le mieux son patient, son histoire, son entourage.

*«Connaitre son histoire, son histoire de vie, son histoire médicale... et puis être le plus proche possible de lui en fait et de la famille »(M1)*

### *3.2 Relation de confiance*

Plusieurs ont souligné la relation de confiance particulière qui existe entre le médecin généraliste et son patient. Cette place, parfois de confident, prédispose le repérage de la souffrance.

*«Il peut y avoir de la confiance avec un spécialiste mais comme ils ne sont pas au courant de tout et qu'ils ne traitent quand même qu'un organe... nous on a besoin de la confiance...oui on a besoin de la confiance pour rentrer dans l'intime et dans le non-dit en fait »(M1)*

### *3.3 Médecin de premier recours*

La plupart des généralistes ont évoqué que de part leur rôle de médecin de premier recours, ils étaient les mieux placés pour repérer la souffrance morale au travail. C'est au cabinet de médecine générale que les patients viennent en premier.

*« Les patients ils savent comment nous trouver etcetera et ils savent qu'on va pouvoir essayer de faire les choses pour eux. »(M9)*

### 3.4 Rôle de conseil

Le médecin généraliste a également un rôle de conseil. Dans le cadre de la souffrance au travail, quelques médecins ont évoqué des conseils d'ordre juridique comme noter la chronologie des faits, garder des traces notamment dans les cas supposés de harcèlement.

*« Si, si de tenir, si, mais ça, c'est pour eux, pour leur propre dossier à eux, effectivement. Ils s'en servent éventuellement, ça leur sert de trace, si ils sont victimes de quelque chose, ils recueillent des témoignages, des faits qui puissent servir de preuves. Dans l'hypothèse des harcèlements parce qu'effectivement, une plainte pour harcèlement sans document bah c'est peine perdue de tout façon. »(M3)*

### 3.5 Fréquence des consultations pour souffrance morale au travail au sein des consultations de médecine générale.

L'ensemble des médecins interviewés a admis que la souffrance morale au travail était un motif fréquent de consultation. Pour certains d'entre eux cette problématique apparaît comme plus fréquente qu'auparavant.

*« Je trouve que c'est quelque chose qui a évolué de plus en plus au cours de mon installation. Quand je me suis installé je n'avais presque pas ce genre de plainte, de motif de consultation et je trouve que ça augmente de plus en plus »(M4)*

## 4. Repérage de la souffrance morale au travail

### 4.1 La souffrance morale au travail comme motif de consultation

Les médecins interviewés ont pour la plupart trouvé que la souffrance morale au travail était souvent verbalisée comme le motif de la consultation.

*« Le contexte des fois ça vient rapidement, c'est-à-dire que le patient va venir avec cette problématique, il va tout de suite annoncer la couleur en disant voilà, je me sens pas bien dans mon travail... »(M7)*

Certains notent que lorsque cette souffrance est verbalisée par le patient, elle est déjà à un stade avancé voire parfois au stade de burnout.

*« Parce qu'ils en sont au point de rupture, souvent donc c'est dans l'urgence... »(M10)*

### 4.2 Des manifestations psychiques ou somatiques comme points d'appels

Il a été demandé aux médecins si certaines situations pouvaient leur mettre la « puce à l'oreille » sur une éventuelle souffrance morale au travail.

Ils ont évoqué des symptômes, certaines caractéristiques de ces symptômes ou des situations de consultations qui pouvaient les amener à creuser un peu plus la question du bien être au travail

**Tableau 2 : Récapitulatif des symptômes servant de points d'appels pour le repérage de la souffrance morale au travail**

<b>Symptômes</b>	
<b>Les symptômes physiques</b>	Les troubles du sommeil
	Asthénie
	Douleurs rachidiennes
	Céphalées
	Douleurs abdominales
	TFI
	Anorexie
	Amaigrissement
	Tendinite
	<b>Les symptômes psychiques</b>
Irritabilité	
Dépression	
Perte de confiance en soi	
Aboulie	
<b>Addictions</b>	Troubles de concentration
	Augmentation de la consommation d'alcool
	Augmentation de la consommation de tabac

Parfois ce sont les caractéristiques des symptômes évoqués par les patients qui peuvent interpeller. Certains médecins ont ainsi cité le caractère inhabituel, répétitif, inexplicable d'un symptôme ou le ressenti d'une douleur.

*« Des thèmes de fatigue inhabituelle, des troubles de l'humeur inhabituels » (M3)*

L'augmentation des demandes de consultation pour motif médical ou pour une demande d'arrêt de travail a également été évoquée. Pour certains médecins ces situations doivent amener le médecin généraliste à s'interroger sur la question d'une souffrance morale. Le plus souvent, ils poussent alors leurs interrogatoires à la recherche de soucis personnels ou professionnels.

*« Une multiplication justement de demandes d'arrêts de travail... « Ce matin, j'ai pas pu me lever parce que x raisons »(M11)*

### 4.3 Les situations de non-dit

Pour la plupart des médecins, il est également très fréquent que la souffrance morale au travail ne soit pas le motif énoncé de la consultation.

*«La majorité, les trois quart...ils viennent avec du non-dit»(M1)*

Pour certains la situation de non-dit vient du fait que le patient lui-même n'a pas conscience de l'origine du problème.

*«Elle souffrait franchement sauf qu'elle, elle avait du mal à prendre conscience ... elle sentait que c'était dû à son boulot mais elle avait du mal à prendre conscience qu'il fallait faire quelque chose de ce côté-là quoi et que le problème était là quoi.»(M9)*

L'abord de ce problème peut aussi se heurter aux défenses du patient.

*«Et puis une certaine méfiance des patients quelque fois aussi»(M13)*

Un grand nombre des médecins interrogés appuiera ainsi sur le fait que le médecin généraliste doit être capable de repérer ces situations de non-dits pour ne pas passer à côté du réel motif de consultation.

*« En fin de compte en creusant un petit peu à un moment j'ai compris le problème... peut être ça lui donnait mal au dos mais en tout cas ... son vrai problème c'est qu'elle ne voulait surtout plus y aller ...»(M12)*

Quelques médecins ont évoqué une tierce personne comme ayant amené le motif de consultation.

*« Il m'est arrivé que ce soit les conjoints ... »(M10)*

En dehors des situations servant de points d'appels, les médecins ont des attitudes différentes. Certains reconnaissent qu'ils abordent peu la question du bien être au travail et d'autres, au contraire, l'évoquent facilement.

*«On ne parle pas de ça. C'est vrai que parler du boulot pour parler du boulot comme ça non je le fais pas spontanément. »(M9)*

*« Je parle toujours du travail...Enfin...Je pose très régulièrement la question de « comment ça se passe au travail ? »(M6).*

### 4.4 Certaines situations à risques

#### 4.4.1 Profil des patients

Pour certains médecins, le profil même des patients avec leurs fragilités, leurs histoires de vie, prédisposerait l'émergence d'une souffrance au travail. La connaissance du patient et de son histoire peut ainsi éveiller une vigilance plus accrue et amener à dépister une souffrance morale au travail.

*« C'est une fragilité de la personne qui fait qu'une situation donnée au travail va déclencher aussi une souffrance au travail quelque fois »(M1)*

#### 4.4.2 Appartenance à certaines entreprises

Pour plusieurs médecins, l'appartenance même à une entreprise éveille leur attention quant au risque de souffrance morale au travail.

*« Tu vois bien que c'est variable d'une entreprise à l'autre. Donc oui tu as des noms que tu as retenus »(M8)*

#### 4.5 Rapport homme/femme dans la souffrance morale au travail

Les médecins sont partagés sur la question d'une prépondérance d'un sexe sur l'autre en ce qui concerne la souffrance morale au travail.

Pour plusieurs d'entre eux il n'y a clairement aucune différence.

*« Enfin en tout cas dans mes patients j'ai autant d'hommes que de femmes »(M2)*

Pour certains il y a une petite prédominance féminine mais qui vient du fait que les femmes consultent et verbalisent plus que les hommes.

*« Plus de femmes mais peut être que les femmes viennent plus facilement nous voir aussi »(M1)*

#### 4.6 Age

Certains médecins ont souligné une prédominance de cette thématique chez les patients jeunes et d'autres, au contraire, ont eu l'impression que la souffrance morale au travail était plus souvent abordée par des patients plus âgés, proches de la retraite.

*« C'est toujours des ... quand même des gens assez jeunes, j'trouve »(M9)*

*« La plupart du temps, c'est des personnes qui ne sont pas loin de la retraite »(M6)*

#### 4.7 Connaissance du métier des patients

La quasi-totalité des médecins interrogés disent noter dans le dossier médical de leurs patients la profession de ceux-ci. Si elle n'est pas notée, elle est au moins connue du médecin.

Cette information est quasi-unaniment jugée comme importante pour le suivi du patient.

*« Parce que j'aime bien noter ce qu'ils font comme boulot. Je pose des questions, quel boulot ils font ... Ca influe aussi le métier qu'ils font dans la durée d'un arrêt de travail enfin ça peut influencer dans pas mal de choses. »(M9)*

### 5. Les causes de la souffrance morale au travail évoquées par les médecins généralistes

Les médecins interviewés ont rapporté plusieurs causes qui, pour eux, étaient génératrices de souffrance morale au travail.

Le tableau ci-dessous résume les grandes causes évoquées.

**Tableau 3 : les causes de souffrance morale au travail évoquées par les médecins généralistes**

<b>Causes organisationnelles</b>	<b>Surcharge de travail</b>
	Pression au travail
	Horaires de travail
	Manque d'autonomie au travail
	Absence de plaisir au travail
	Non reconnaissance
	Souffrance éthique
	Mobilité imposée
	Problème d'adaptation aux postes
	Management
	Interaction entre vie professionnelle et personnelle
	violences
<b>Problèmes relationnels</b>	Relation avec la hiérarchie
	Relation avec les collègues
<b>Conditions physiques du travail</b>	
<b>Incertitude sur l'emploi</b>	Précarisation de l'emploi
	Peur du licenciement
<b>Situation macro économique</b>	
<b>Stigmatisations</b>	Liées au sexe
<b>Harcèlement moral</b>	

## 6. Types de prise en charge

### 6.1 Evaluation du retentissement

#### 6.1.1 Evaluation de l'état de souffrance

Pour la totalité des médecins interrogés la prise en charge d'une souffrance morale au travail débute par l'évaluation de cet état de souffrance et de son retentissement dans la vie du patient.

*« Systématiquement bah moi je fais une évaluation, voilà les questions basiques du syndrome dépressif, symptômes physiques, les troubles du sommeil, les troubles de l'alimentation, l'irritabilité, etcetera, si ça a des répercussions sur leur vie personnelle hein quotidienne en dehors du travail aussi »(M8)*

Pour plusieurs d'entre eux il est important que la consultation soit un espace d'expression de cette souffrance, pour que le patient puisse la verbaliser.

*« Quand on commence à laisser l'espace pour dire un peu comment ça se passe à la maison, au travail etcetera...et là ... là ça déverse ...(rires) »(M10)*

Cette évaluation peut se faire de manière subjective pour la plupart d'entre eux ou moins souvent par l'utilisation d'une échelle telle que l'échelle de Hamilton.

*« Je n'utilise pas les échelles effectivement comme ça... je ... on a une échelle de gravité dans la tête en fonction de ce que l'on ressent, de ce que l'on écoute, dans ce qu'on recherche effectivement... mais je ne le quantifie pas objectivement dans mes dossiers, ni dans ma tête.(M3)*

#### 6.1.2 Evaluation du risque suicidaire

Les médecins ne sont pas systématiques dans l'évaluation du risque suicidaire dans le cadre d'une consultation pour souffrance morale au travail. Cependant, lorsqu'ils constatent des éléments dépressifs marqués, la plupart d'entre eux dit poser la question.

*« Après ce n'est pas une question que je vais forcément ... forcément poser si je perçois surtout de l'anxiété ou du stress. C'est surtout quand je vais avoir quelqu'un qui me décrit vraiment une baisse de moral, un état dépressif. Dans ce cadre là, je pose la question systématiquement. »(M5)*

Les modalités d'abord de la question du suicide sont différentes selon les médecins interrogés mais pour la plupart c'est la question « Avez-vous des idées noires ? » qui revient. Certains ont trouvé que cette formulation n'était pas toujours clairement comprise par le patient et qu'il fallait reformuler les choses plus clairement.

*« Ils ne comprennent pas toujours bien ça... les idées noires... « oh oui, des fois, je me dis à quoi bon »... « D'accord, mais, vous avez déjà pensez, vous, à mettre fin à vos jours ? » heu... voilà je le reformule »(M10)*

Les médecins n'ont pas précisé leurs attitudes en cas de réponse positive mais cette question n'a pas été posée clairement. Un médecin a spontanément précisé qu'il cherchait à faire évaluer le degré d'intentionnalité et un autre la qualité du soutien de l'entourage. Aucun médecin n'a mentionné l'utilisation d'échelle d'évaluation du risque suicidaire.

#### 6.1.3 Evaluation des ressources du patient

Pour plusieurs médecins, il est également intéressant d'évaluer les ressources du patient. Que ce soit la famille ou un hobby, il s'agit de trouver ce qui peut lui permettre à l'extérieur de décharger un peu cette souffrance.

« Moi je leur propose assez souvent le sport, ou aussi en fonction de leurs centres d'intérêts là aussi c'est difficile de dire pour tout le monde là aussi c'est patient par patient... les femmes de peut-être prendre un peu plus de temps, d'être avec leurs enfants, de jouer avec, de revenir à des choses assez simples, assez basiques, d'aller les chercher à l'école, leur donner le goûter, prendre le temps de jouer »(M10)

## 6.2 Compréhensions des causes et élaboration de stratégies

Pour plusieurs médecins, il est important de favoriser l'énonciation de ce qui provoque la souffrance et essayer d'en éclairer le sens avec le patient.

« Chercher un petit peu ce qui amené à... leur histoire, pourquoi ... pourquoi ce travail-là ?... pourquoi à ce moment-là ? Pourquoi est-ce qu'avant ça allait ou ça n'allait pas mais que c'était supportable, gérable ?... et qu'est ce qui fait que ?... on n'a pas su faire ... pourquoi c'est devenu si compliqué »(M11)

Certains d'entre eux ont également souligné le fait qu'ils essayaient, de manière précoce et avec le patient, de voir ce qu'il était possible de faire pour trouver des solutions afin d'éviter que la situation ne se pérennise.

« Déjà, moi ce que je trouve important quand tu as une situation de souffrance au travail, de harcèlement ou tous ces trucs là... c'est qu'il faut très rapidement toi en tant que médecin et avec le patient élaborer un plan et entre guillemet un plan de prise en charge. C'est-à-dire un plan, où il va falloir que tout de suite et très rapidement, tu saches ce qui va se passer. »(M6)

Certains médecins encouragent la communication au sein de l'entreprise pour essayer de désamorcer les conflits.

« Au boulot est ce qu'ils pensent pouvoir parler avec leur supérieurs ou leurs collègues pour désenvenimer les choses... »(M8)

Pour plusieurs médecins, il est important aussi de rester neutre. Ce n'est pas au médecin généraliste, pour eux, d'établir l'imputabilité du travail.

« Et bien oui parce qu'on n'a pas à faire l'imputabilité hein par rapport à ça. »(M3)

## 6.3 Prescriptions

### 6.3.1 Arrêt de travail

Si aucun des médecins ne dit faire d'arrêt de manière systématique, tous reconnaissent cependant que leur délivrance est fréquente.

« Non pas systématique mais relativement fréquent quand même parce qu'il y a bien des fois où il faut... »(M3)

Souvent abordé de manière systématique avec les patients, il peut être délivré si le patient en fait la demande ou en cas d'éléments dépressifs marqués.

« Bah je pose la question très simplement, « ça va aller pour le travail ? » Les gens le disent tout simplement... Bah ils ne te le disent pas forcément systématiquement mais je vais quand même poser systématiquement la question, ou « c'est bon, ça va aller pour le travail, vous avez besoin d'un arrêt ? »(M6)

La durée initiale est souvent courte et éventuellement prolongée dans un second temps.

« Je fais des arrêts courts quitte à les revoir après pour les réévaluer, je ne vais pas lui faire les deux mois d'arrêt quoi »(M9)

Les objectifs de l'arrêt sont pour la plupart une mise à distance pour récupérer mais aussi pour certains médecins un temps qui doit être utilisé pour chercher des solutions.

*« Quand il y a un arrêt je leur dis, « ça peut être l'occasion d'en parler au médecin du travail, ça peut-être l'occasion de prendre un rendez-vous avec votre employeur. » Ce n'est pas un arrêt simplement pour prendre de la distance par rapport au travail mais aussi de ... d'essayer de trouver une solution au problème. »(M4)*

Certains médecins se questionnent sur l'utilité de l'arrêt et se demandent même si l'arrêt ne peut pas aggraver la situation.

*« Alors quelques fois, les gens me disent et je crois que c'est vrai, ça risque d'empirer les choses parce que simplement ça risque de les mettre en difficultés ou de se retourner contre eux. »(M3)*

### 6.3.2 Les médicaments

Les prescriptions de médicaments sont variables d'un médecin à l'autre. La délivrance se fait au cas par cas de manière non systématique.

*« Non je n'ai pas de thérapeutique particulière c'est au cas par cas »(M1)*

Plusieurs médecins se disent particulièrement vigilants à ne pas trop prescrire de médicaments.

*« Je suis très très prudente avec la prescription des antidépresseurs ou les anxiolytiques, d'une manière générale, que ce soit dans le cadre d'un problème au travail ou pas d'ailleurs et je ne suis pas très fan »(M10)*

Les médicaments les plus fréquemment prescrits sont les anxiolytiques.

*« Par contre un anxiolytique si, ça c'est fréquent »(M8)*

Les hypnotiques sont également prescrits assez fréquemment dans un objectif de restauration du sommeil qui apparait pour beaucoup comme une priorité.

*« Parce que je reste persuadé que si le sommeil revient, le reste...je leur explique si le sommeil revient le reste reviendra après mais qu'il faut dormir, on ne peut pas vivre sans dormir »(M1)*

Lors de leurs délivrances les médecins insistent sur le côté temporaire et la durée courte de la prescription.

*« Même à donner un hypnotique en essayant toujours de mesurer dans le temps...en leur disant toujours, c'est une solution de là, à un instant T, à un instant donné pour une rupture, ce n'est pas définitif »(M3)*

Les médecins peuvent également plus rarement prescrire des antidépresseurs. Cette prescription a plus souvent lieu dans un deuxième temps après réévaluation.

*« Plusieurs fois même la 2<sup>ème</sup> fois c'est rare que je donne un antidépresseur... » (M12)*

Certains médecins s'orientent vers des prescriptions plus légères telles que la phytothérapie ou l'homéopathie.

*« Eventuellement, je peux prescrire un peu d'homéopathie, ça peut être un peu de phytothérapie, Euphytose® des choses comme ça. »(M5)*

### 6.4 Suivi

La plupart des médecins revoient leurs patients assez précocement et de manière systématique.

*« Dans tous les cas je les revois à 8 jours... je les revois en général tous à 8 jours ... s'ils ne sont pas trop mal à 15 »(M2)*

Le suivi est régulier et souvent prolongé.

*« Je leur explique bien qu'il faut qu'on en reparle quoi, qu'on fasse le point régulièrement »(M8)*

Les objectifs du suivi sont la réévaluation de l'état du patient ainsi que du traitement ou de l'arrêt de travail s'il y en a.

*«Je leur demande de revenir pour réévaluer le moral surtout... pour voir si ça ne c'est pas dégradé... si ce qu'on a mis en place, ça suffit, s'il se sent prêt à redémarrer, s'il faut prolonger....voilà... »(M5)*

Pour certains il s'agit aussi d'assurer la psychothérapie de soutien.

*« Pour voir s'ils ont bien compris ou pour les aider à affronter le...ce qu'ils n'ont plus envie d'affronter en fait, pour les aider à se comprendre et à mieux affronter »(M1)*

Certains médecins se placent ainsi comme une ressource supplémentaire pour le patient.

*«Parfois rien que de savoir qu'ils ont ici un endroit où si ça ne va pas ils peuvent venir, et que il y a une porte de sortie, déjà des fois ça les soulage » (M10)*

## 6.5 Collaboration avec d'autres intervenants

### 6.5.1 Médecin du travail

Le recours au médecin du travail est variable selon les médecins interviewés. Certains font appel à lui de manière assez systématique et à un stade précoce de la prise en charge. D'autres ont un recours beaucoup plus rare.

*« Mais par contre, quand je mets un arrêt de travail, quand je sais qu'il y a une souffrance au boulot, c'est très clair avec les patients, c'est prendre immédiatement contact avec la médecine du travail, et donc je travaille toujours avec la médecine du travail. »(M6)*

*« C'est vrai que c'est rare quand même. Je ne suis pas systématique là. »(M1)*

Le recours semble plus évident quand il y a un problème en lien avec l'organisation du travail ou en cas d'arrêt prolongé.

*«Alors lorsque je pense qu'il peut intervenir sur l'organisation ou la protection du travail, de la protection du salarié, lorsqu'il y un truc qui cloche »(M3)*

Les médecins généralistes le sollicitent parfois par le biais d'un courrier remis au patient ou plus rarement directement par contact téléphonique. Certains recommandent juste aux patients de prendre contact avec lui directement et de lui expliciter la situation.

*« Donc je fais un petit courrier où j'explique ce que l'on s'est dit avec le patient, dans quel état physique et moral je le trouve et savoir ce que l'on peut mettre en place. »(M5)*

### 6.5.2 Psychologue ou Psychiatre

La plupart des médecins interviewés n'affichent pas de préférence à priori entre psychiatre ou psychologue.

*« Quand je leur dis psy... c'est finalement psychologue ou psychiatre»(M4)*

Le psychiatre, pour certains, a l'avantage de pouvoir prescrire et ses consultations sont prises en charge. En cas de dépression grave, il sera toutefois privilégié par la plupart des médecins.

*« Après si vraiment, il y a des troubles dépressifs marqués, je ne sais pas si je propose psychologue. Peut-être moins. »(M4)*

Le psychologue est souvent vu comme plus disponible mais le frein financier est souvent un problème pour les patients.

« Ce qui bloque souvent, c'est le côté financier donc ça peut être... parfois... le recours à un psychiatre »(M5)

Pour certains médecins, le psychiatre ou le psychologue est un interlocuteur privilégié et son intervention peut être quasi systématique et précoce.

«Moi je propose pour tous les dépressifs et anxieux je leur dis qu'en plus voilà, c'est toujours bénéfique de discuter avec le plus de monde possible et si possible un professionnel »(M8)

Pour d'autres au contraire, ce recours est rare. Le psy intervient tardivement quand le médecin généraliste se sent « débordé » par la prise en charge.

« Quand vraiment c'est trop lourd cela va être le psy...c 'est rare »(M1)

### 6.5.3 Médecin Conseil

Le médecin conseil peut être indirectement sollicité par le biais du motif d'arrêt.

« Mon intention c'est de dire attention il y a un gros problème... Oui, mon intention c'est qu'une instance autre se penche sur le problème, c'est que le médecin conseil intervienne, voilà, que quelqu'un soit au courant, que voilà... »(M7)

Il est, pour plusieurs médecins, perçu comme plutôt compréhensif dans ces problématiques de souffrance morale au travail.

« Les médecins conseils de la sécurité sociale sont très aidants en tout cas à Tours... sont très ouverts entre guillemets sur les problèmes de stress professionnel »(M11)

Il peut également servir de garde-fou dans le cadre des arrêts prolongés lorsque les médecins ont des difficultés à remettre les patients au travail.

«Quand je pense que ça dure et que la durée de l'arrêt n'est pas forcément justifiée, enfin que j'ai l'impression qu'il y a un bénéfice secondaire, un truc comme ça, ce qui n'est pas très fréquent mais en général je mets « chronicisation de la situation » et puis en général, le médecin conseil les convoque. »(M4)

### 6.5.4 Assistants sociales

Un médecin a évoqué avoir parfois recours à une assistante sociale mais le plus souvent dans des configurations où les patients sont déjà en lien avec elle pour d'autres problèmes.

« Un petit peu les aider... savoir ce qui n'a pas fonctionné, enfin ils ont beaucoup un référent accompagnateur... beaucoup ils peuvent avoir ça »(M11)

### 6.5.5 Inspection du travail

Quelques médecins disent avoir recours à l'inspection du travail.

Quand ils sollicitent l'inspection du travail, il s'agit pour eux de situations où ils ne sentent pas pouvoir avoir recours au médecin du travail.

« L'inspection du travail est beaucoup plus... enfin voilà à un regard beaucoup plus neutre, on peut nommer un médiateur et on peut discuter tous ensemble etcetera »(M11)

### 6.5.6 Autres

Il a également été cité le conseil du recours aux syndicats de l'entreprise à une reprise et le recours à une aide juridique à une reprise.

Un médecin a évoqué la consultation de pathologie professionnelle du CHU sans savoir vraiment s'il était possible de les adresser dans le cadre d'une souffrance morale au travail

*« Il ya la consultation aussi maladie professionnelle à Tours parfois.... Je l'ai rarement utilisé... pourquoi pas mais pour la souffrance morale au travail... »(M6)*

## **7. Positionnement social des médecins généralistes**

### *7.1 Positionnements des médecins par rapport à la difficulté de la prise en charge*

Pour la plupart des médecins interviewés, il s'agit d'une prise en charge lourde et plutôt difficile.  
*« Je ne me suis jamais dit que c'était facile. Ça c'est clair. C'est toujours des situations complexes et pas des consultations faciles »(M5)*

La lourdeur de la prise en charge pour certains vient surtout du fait qu'il s'agit d'un travail de longue haleine.

*« On sait qu'on s'embarque dans des trucs assez longs et galères... »(M9)*

Elle vient aussi du retentissement important sur le patient en souffrance.

*« Ca les casse les gens ! Ca les casse physiquement, ça les casse moralement »(M6)*

### *7.2 Une prise en charge seul ou de manière pluridisciplinaire*

Certains médecins affirment prendre en charge leurs patients le plus possible seuls. Ils ne se tournent vers un confrère que tardivement quand ils se trouvent dans une impasse.

*« Neuf fois sur dix je les prends en charge seul »(M1)*

D'autres au contraire envisagent la prise en charge de la souffrance morale comme nécessairement pluridisciplinaire.

*« Globalement, dans une souffrance au travail, je ne suis pas la seule actrice, c'est ce que je dirai. Je n'ai pas la solution. Je pense que c'est un ensemble de personnes »(M5)*

D'autres se sentent seuls dans cette prise en charge et ne savent pas vraiment avec qui collaborer au mieux.

*«Donc je sais jamais à quelle... ... vers qui vraiment faut s'adresser ... » (M12)*

### *7.3 Manque de compétences et de formation*

La plupart des médecins a évoqué l'absence de formation sur ce thème que ce soit pendant les études de médecine ou ultérieurement.

*« Est-ce qu'on est bien formé à ça... j'suis pas sûr, on nous en parle pas voilà, une formation d'internes ou des choses comme ça...c'est peu abordé. »(M9)*

Pour beaucoup il en ressort donc une impression d'avoir « appris sur le tas » et de devoir se débrouiller comme ils peuvent.

*« J'ai un peu découvert sur le tas, d'abord que il y avait autant de souffrance au travail et puis alors après comment l'identifier et comment la prendre en charge... Donc après j'ai acheté des bouquins (rires) »(M10)*

### *7.4 Repérage*

Pour la plupart des médecins interviewés le médecin généraliste, en tant que médecin de premier recours, est le plus à même de repérer la souffrance morale au travail.

*« Je pense que c'est notre rôle de bien... de bien les repérer parce que par contre je pense que pour le coup on est les mieux placé pour le faire. »(M13)*

Pour d'autres, ce rôle ne devrait pas revenir au médecin généraliste mais au médecin du travail.

*« Il y a peut-être un repérage à faire à la source sur le lieu de travail, là je pense que quand même c'est au service de médecine du travail de mettre en place ça »(M10)*

### *7.5 Rôle de soutien et limite du rôle social du médecin généraliste*

Certains médecins ont souligné les limites du rôle social du médecin généraliste. Pour eux, le travail du généraliste est un rôle de soin, de soutien et de conseil au patient et à sa famille mais ne devrait pas être un rôle d'assistante sociale.

*« On fait beaucoup de social mais est ce qu'on devrait faire du social comme ça ? Est-ce que c'est notre boulot de s'occuper de tout ça. Quoiqu'il en soit on le fait. »(M6)*

### *7.6 Signalement*

Certains médecins s'impliquent en signalant souvent par le biais de la rédaction du motif d'arrêt ou parfois par un coup de fil au médecin du travail ou au médecin conseil.

*« Pour que ce soit répertorié, je pense que c'est important aussi de savoir qu'il y a X arrêts qui sont liés à une souffrance ... »(M10)*

Plusieurs médecins ont également expliqué qu'ils ressentent le besoin de s'impliquer parce que cela les touchait de part leur affection pour leurs patients. Certains expriment ressentir parfois un véritable sentiment d'injustice et une préoccupation réelle sur l'évolution de la société.

*« Alors ce qu'on aimerait c'est que ce soit remonté encore un peu plus haut et que ce soit dénoncé mais heu... presque publiquement quoi... parce qu'aujourd'hui y'a des gens qui travaillent quand même dans des conditions heu... de enfin je ne sais pas... »(M12)*

### *7.7 Prévention*

Plusieurs médecins ont insisté sur le fait qu'ils voyaient souvent les patients pour la première fois alors qu'ils étaient à un stade avancé de la souffrance et même parfois au stade de burnout.

*« On a des gens qui s'écroulent en disant bah « ça va pas avec mon boulot j'en ai marre j'en ai ... » et puis là ils s'écroulent d'un seul coup »(M12)*

Ils ont donc souligné le fait qu'il faudrait améliorer le repérage et sensibiliser les patients afin qu'ils consultent et soient pris en charge plus tôt.

*« Sur le dépistage il y a sûrement de quoi faire parce que du coup je ne les vois que quand ils vont super mal donc (rire) il y a à faire sur le dépistage »(M2)*

### *7.8 Les arrêts de travail*

#### *7.8.1 Rédaction d'arrêt maladie ou d'accident du travail*

Pour la plupart des médecins interviewés la rédaction d'un arrêt de travail, dans un contexte de souffrance morale au travail, se fait systématiquement sur un feuillet d'arrêt maladie.

*« Non non accident de travail et maladie professionnelle, non jamais. »(M8)*

Pour beaucoup, il est difficile de concevoir la souffrance morale au travail comme un accident de travail ou une maladie professionnelle potentielle.

*« Je ne sais pas, ouais ça a dû m'effleurer l'esprit, j'me suis déjà posé la question parce que c'est vrai que c'est quelque chose qui est en rapport avec le travail mais bon faire un accident de travail pour ça... aucune idée(M9)*

Quelques uns ont déjà rédigé un arrêt sur un feuillet accident du travail/maladie professionnelle.

*« Pour moi, c'était lié à quelque chose qui était arrivée sur le lieu de travail...à partir du moment où il y a eu un incident pendant le travail, j'ai considéré que c'était un accident de travail. »(M7)*

Un médecin envisage dans un second temps quand l'arrêt est prolongé de demander une reconnaissance en maladie professionnelle.

*«Après quand ce sont des choses qui sont susceptibles de durer, je crois que c'est mieux pour le patient de les faire en maladie professionnelle, en tout cas de le demander. Après c'est accepté ou non. » (M4)*

### **7.8.2 Motif d'arrêt**

Les médecins interviewés ont des attitudes différentes quant à la rédaction du motif d'arrêt.

Certains restent purement descriptifs parfois dans un souci de protection du patient.

*« Je vais plus marquer les symptômes donc syndrome anxio-dépressif, asthénie... ce genre de choses... »(M5)*

Parfois le motif est volontairement flou pour indirectement percuter le médecin conseil.

*« Avec sur la feuille de maladie, une connotation volontiers sibylline (sourire) »(M3)*

D'autres veulent s'impliquer, laisser une trace et font le lien avec le travail.

*«Si je fais un arrêt et que manifestement aux dires du patient il y a une...une forme de harcèlement ou une forme d'agressivité je mets insomnie, dépression, soucis professionnels...je le marque sur mon arrêt de travail oui...parce que j'estime qu'il faut qu'il y ait une trace »(M1)*

Certains s'interrogent sur la possibilité ou non de faire le lien avec le travail sur le motif d'arrêt.

*« Moi j'étais pas à l'aise avec ça parce que j'étais pas trop .... Je ne sais pas trop si ... je ne vais pas dire légal mais si c'est bien ou est-ce que ça aide le patient de mettre ça ? Est-ce que ça peut se retourner contre lui ?... Est-ce que ça peut se retourner contre nous ? ... heu je me sentais pas trop à l'aise avec ça »(M13)*

Un médecin s'interrogeait sur la possibilité de marquer ou non harcèlement moral.

*« Je ne sais pas s'il faut forcément le préciser »(M5)*

## **8. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes**

### **8.1 Gestion des consultations longues**

Ces consultations sont pour la plupart jugées comme des consultations chronophages.

Certains médecins ressentent des difficultés à gérer ce temps et peuvent avoir le sentiment de mal prendre en charge leurs patients.

*« Et du coup j'ai peur qu'en étant stressée de me dire « ah lala mais après je vais être trop à la bourre » et je ne peux pas permettre d'être plus d'une demi-heure trois quart d'heure avec lui alors qu'il en a besoin... »(M2)*

## 8.2 Evaluer le risque suicidaire

La question de l'évaluation du risque suicidaire n'est pas toujours perçue comme une question facile à formuler pour certains médecins généralistes.

*« Alors comment je pose la question ? C'est variable... on parle d'idées noires. « Est-ce que vous avez des idées noires ? Est-ce que vous... ». Ca dépend je ne tourne pas toujours de la même manière la question. Je peux demander des fois clairement. « Est-ce que vous avez déjà pensé à... »... non je ne dis pas à vous suicider, je ne dis pas ça comme ça..., pour y aller en douceur, « est ce que vous avez pensé à faire une bêtise », je dis plutôt ça... »(M5)*

Pour certains il existe une vraie crainte de passer à côté voire de prescrire un médicament qui pourrait servir au passage à l'acte.

*« Mon souci c'est toujours de me dire, je prescris mais que va en faire le patient quoi... est ce qu'il ne va pas s'en servir pour passer à l'acte en fait, voilà... »(M7)*

## 8.3 Crainte d'être manipulé

Quelques médecins ont évoqué parfois la crainte de se faire avoir, d'être instrumentalisés par le patient.

*« Et puis...bon...il y a toujours le risque hypothétique d'être manipulé »(M3)*

Cette crainte rejoint le souci des médecins généralistes de rester neutres dans la prise en charge notamment quand il y a un conflit avec l'employeur.

*« Après, je suis beaucoup plus vigilant si on me demande des choses plus précises pour pas que je rentre dans un jeu un peu pathologique, voilà, pour pas que j'intervienne trop dans cette relation, avec l'employeur »(M7)*

## 8.4 Difficultés à remettre les patients au travail

Pour plusieurs médecins il existe souvent des difficultés dans ces situations de souffrance morale au travail lorsque se pose la question de la reprise du travail. Parfois il peut s'agir de véritables négociations avec le patient.

*« Donc du coup souvent ils me poussent un peu donc je vais avoir tendance à rajouter une semaine en leur disant que du coup là c'est la dernière semaine, la semaine d'après ils y vont, ils tentent... »(M2)*

Pour d'autres la difficulté de reprise peut venir également d'un manque de coopération du patient.

*« Avec l'arrêt de travail...c'est toujours le problème de la reprise chez quelqu'un qu'on sent qu'il peut reprendre éventuellement quoi... Qu'on sent qu'il va mieux etcetera... C'est toujours ça quoi ...donc c'est toujours essayer de les stimuler à reprendre même si c'est « oh...j'ai pas envie »... on sent qu'il y en a qui traînent un peu des quatre fers... ou qui reviennent carrément le lundi matin enfin le lundi après-midi, parce qu'ils n'y sont pas allés finalement, des choses comme ça. Voilà, pas forcément facile à gérer. »(M9)*

## 8.5 Une situation d'impasse fréquente pour le salarié

Certains médecins ont cité comme difficulté la mise en échec fréquente de la prise en charge. L'objectif de sauvegarde de l'emploi du salarié est pour certains rarement tenu et la situation se solde fréquemment par une inaptitude ou une rupture conventionnelle voire une démission.

*« Pour moi, à partir du moment où la personne avait un boulot, que la personne avait une souffrance et que ça se finit par une inaptitude ou que la personne change de boulot ou que la personne parte, c'est toujours un échec, c'est quand même dommage. On aurait bien voulu, au contraire que la*

*personne retrouve son ... boulot et que tout de passe bien dans le meilleur des mondes. Ça c'est dans le monde des « bisounours »(M6)*

## *8.6 Difficultés de la collaboration*

### *8.6.1 Avec le médecin du travail*

Plusieurs difficultés ont été évoquées dans la collaboration entre médecin généraliste et médecin du travail. Plusieurs généralistes soulignent déjà le fait qu'il existe une méconnaissance du métier de médecin du travail.

*« Je ne sais pas en pratique, je ne connais pas très bien le travail du médecin du travail »(M5)*

Il est souvent perçu comme impuissant dans ces situations et son efficacité comme aléatoire.

*«Avec la médecine du travail, j'ai déjà vu ... heu des problèmes pris en compte avec des tentatives de solutions et de choses et qui récidivent très vite, c'est-à-dire les problèmes reviennent à la case départ assez souvent »(M10)*

La manière de communiquer avec le médecin du travail est aussi souvent perçue comme compliquée. Il a été évoqué par plusieurs médecins les difficultés rencontrées par leurs patients pour le joindre et le manque de retour vers les généralistes.

*« Rarement. Bon parfois c'est ce qu'il donne au patient, une inaptitude temporaire. C'est un bout de papier, c'est rien du tout, ce n'est pas un courrier adressé. »(M4)*

Ces difficultés sont variables selon les médecins .Certains soulignent à l'inverse une disponibilité et un retour systématique des médecins du travail.

*« Les médecins du travail renvoient franchement systématiquement, en plus ils leur demandent de revenir nous voir avec le courrier pour qu'on en discute »(M2)*

Plusieurs médecins évoquent également comme un frein les représentations des patients envers le médecin du travail .Selon certains généralistes, il est souvent perçu comme travaillant pour le patron.

*« Des patients qui sont... qui ont l'impression que la médecine du travail c'est pour les fliquer en fait ... »(M13)*

### *8.6.2 Avec le psychiatre ou le psychologue*

En ce qui concerne la collaboration avec le psychiatre ou le psychologue, le manque de disponibilité et la difficulté à obtenir un rendez vous rapide ont été évoqués à plusieurs reprises.

*« J'ai voulu l'adresser à un psychiatre et les délais étaient monstrueux et j'étais un petit peu démunie... »(M13)*

Un autre frein est le frein financier surtout pour le psychologue mais aussi pour le psychiatre en cas de dépassements d'honoraires.

*« Après il y aussi le problème financier qui peut être un frein. »(M4)*

Le manque de retour a été évoqué a plusieurs reprises avec parfois pour le généraliste le sentiment d'être exclu de la prise en charge.

*« Ah...les psy ! Non ils ne renvoient jamais de courrier !!!...Ça, c'est pénible, pénible, pénible .....parce que nous, je leur en envoie systématiquement, ils savent bien, quelques fois j'ai ramé pendant très longtemps pour leur accorder et en général, tiens...rien du tout. »(M3)*

Les difficultés viennent aussi parfois des représentations du patient envers la psychiatrie qu'il faut réussir à convaincre de consulter.

*« Psychiatre, ça c'est le côté réfractaire du psychiatre, de manière générale, que ce soit un psychiatre pour n'importe quel problème, il y a toujours le mot psy et folie associée qui fait que c'est toujours un petit peu délicat et qu'il faut toujours dédramatiser... mais, c'est vrai que certains, on estime qu'ils pourraient avoir besoin d'un soutien d'un psychiatre, que ça nous paraît nécessaire mais qu'on n'arrive pas à adresser. »(M5)*

#### *8.7 La prise en charge de la souffrance morale par le soignant peut être une cause de souffrance morale pour le soignant*

Quelques médecins ont abordé comme difficulté l'aspect déprimant et fatiguant de la prise en charge de la souffrance morale des autres.

*« C'est déprimant de soigner des dépressifs ou des gens en souffrance »(M1)*

### **9. Pistes d'améliorations évoquées par les médecins généralistes**

#### *9.1 Pistes d'amélioration par rapport au repérage*

Plusieurs médecins ont évoqué comme piste le simple fait de poser plus systématiquement la question « comment ça va au travail ? »

*« De poser la question systématiquement du travail et si ça se passe bien... et comment ça se passe... en passant plus de temps, sans glisser « oui, très bien infirmière voila »(M11)*

Il a été également évoqué le fait de plus penser au travail comme une étiologie possible, en particulier devant des manifestations psycho-somatiques.

*« Mais la souffrance au travail ou dans la vie de travail bah oui effectivement, c'est une des grandes origines de beaucoup de nos symptômes que nous traitons pour lesquels, pour lesquels gens viennent nous voir. »(M3)*

Plusieurs médecins trouveraient utiles d'avoir un outil d'évaluation de la souffrance morale au travail afin de ne pas se baser uniquement sur leurs ressentis.

*« Après il existe sûrement des échelles d'évaluation dans la souffrance morale au travail, j'avoue que je ne les connais pas, alors on pourrait peut-être faire une meilleure information de cette grille ou de cette cotation »(M5)*

Certains ont également évoqué la formation des médecins sur ce thème.

*« Bon si on est pas bien formé on ne dépiste pas »(M1)*

#### *9.2 Pistes d'amélioration par rapport à la prise en charge*

Plusieurs médecins ont abordé de nouveau le souhait de formation avec des questionnements pratiques assez précis comme la nécessité d'arrêter ou pas, l'utilité des prescriptions médicamenteuses, l'évaluation du risque suicidaire ou bien encore les techniques de la psychothérapie de soutien.

*« même savoir si il y a un intérêt de les arrêter parce que si ça se trouve je les arrête mais c'est pire j'en sais rien du tout...moi je trouve que ça leur fait du bien de les arrêter... est ce qu'il y a un intérêt de les arrêter, est ce qu'il y a un intérêt à leur mettre l'anxiolytique que je mets tout le temps et que j'ai du mal à arrêter... donc si je pense que sur ces trucs là »(M2)*

L'amélioration du dialogue avec les autres acteurs et tout particulièrement le médecin du travail a été abordée par plusieurs médecins.

*« Peut être ce que j'ai en tête, on en a parlé, de pouvoir dialoguer plus facilement avec les médecins du travail bon et plus ou moins les médecins conseils mais concrètement oui pourquoi pas. Qu'on ait*

*des interlocuteurs, c'est-à-dire dans l'entreprise, parce que nous on a aussi un seul son de cloche, hein donc peut être que la médecine du travail peut jouer ce rôle-là... »(M8)*

Plusieurs médecins ont également évoqué comme une aide utile une structure de référence dédiée à la souffrance morale au travail.

*« Il pourrait y avoir effectivement je ne sais pas un pôle, une structure ou des psychiatres spécialisés dans le problème du travail, que les patients puissent y avoir recours facilement, gratuitement ou à faible coût que tout le monde puisse... »(M10)*

A défaut d'une structure dédiée, l'existence d'une personne ressource spécialisée dans la souffrance morale au travail serait pour certains médecins très aidant.

*« il devrait y avoir des personnes ressources qui puissent après aider les gens sur un plan social qui soient un petit peu l'articulation entre le médecin du travail, le médecin conseil, le patron, voir un petit peu ce qui se passe »(M6)*

# DISCUSSION

## 1. La méthode

### 1.1 Les avantages

La méthode choisie a permis de répondre à l'objectif de l'étude qui était d'explorer les pratiques des médecins généralistes sur le repérage, la prise en charge, les modes de collaboration et les difficultés rencontrées lorsqu'ils sont confrontés à la thématique de la souffrance morale au travail.

La saturation des données au codage, atteinte au 12eme entretien et confirmée au 13eme entretien rassurait sur la validité interne des résultats.

L'échantillon était raisonné.

### 1.2 Les limites

#### 1.2.1 L'échantillon

Les médecins interviewés étaient parfois connus de l'intervieweur. Cela a pu limiter ou influencer les réponses de certains participants.

#### 1.2.2 Les entretiens

Cette étude qualitative a été conduite avec des entretiens semi-dirigés. Il aurait été intéressant de compléter les entretiens individuels par un ou deux entretiens collectifs (ou focus group). Les focus group, en favorisant un recueil dynamique des données avec des interactions entre les participants, auraient pu enrichir la production. Cependant, du fait de l'abord de certains points pouvant être sensibles (difficultés rencontrées, problématique du suicide), nous avons jugé initialement que les entretiens semi-dirigés permettraient une plus libre expression des médecins interviewés, sans effet leader d'opinion.

#### 1.2.3 L'analyse des données

Les entretiens ont été réalisés par la même personne, non expérimentée dans ce domaine. Il aurait pu être utile d'avoir un second investigateur non médecin.

Cependant la trame d'entretien a été validée par la directrice de thèse et la triangulation de l'analyse par un codage en aveugle cohérent rassure quant à la qualité et la validité de l'analyse effectuée.

## 2. Les résultats

### 2.1 La place centrale du médecin généraliste

Aucun médecin interviewé n'a remis en cause le rôle central du médecin généraliste dans cette problématique. Ils ont également souligné les fonctions spécifiques de la médecine générale : le premier recours, la prise en charge globale, la continuité et le suivi, la coordination des soins et le rôle de santé publique. Dans un article de la Formation Médicale Continue du Généraliste paru en

2004, on peut lire que « le médecin généraliste a un rôle irremplaçable au niveau individuel pour à la fois dépister et diagnostiquer un stress au travail, évaluer ses conséquences sur la santé et agir en aidant son patient à faire face et à se protéger lui-même ».(17)

Beaucoup ont insisté sur la relation particulière qu'ils entretiennent avec leurs patients, leur rôle de confident, leur connaissance du patient et de sa famille. La relation particulière entre le médecin généraliste et son patient semble en effet propice au repérage et à la prise en charge de la souffrance morale au travail puisque l'une des caractéristiques de la médecine générale est de «répondre aux problème de santé dans leur dimension physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » en mettant à profit «la connaissance et la confiance du patient engendrées par des contacts répétés ».(18)

Enfin pour certains, ce rôle est aussi le leur parce qu'ils ont observé qu'en grande majorité, ils étaient les premiers interlocuteurs de leurs patients dans cette problématique. Rare était ceux qui venaient adressés par le médecin du travail. Cette impression rejoint les résultats d'une autre étude menée en 2010 en Franche Comté auprès de 77 patients consultant pour des plaintes susceptibles de relever d'une souffrance au travail où le médecin généraliste était le 1<sup>er</sup> interlocuteur dans 79,2% des cas.(19)

## *2.2 La définition de la souffrance morale au travail est confuse.*

Nous avons posé aux médecins généralistes la question de ce qu'était pour eux la souffrance psychique au travail. Quand ils disent d'un patient qu'il présente une souffrance morale au travail, de quoi parlent-ils ?

La quasi-totalité des médecins interrogés n'avaient pas de définition claire. Souvent formes d'expressions et causes de la souffrance au travail se confondent. Cet aspect se retrouve dans d'autres travaux de thèse menés en médecine générale.

Cette confusion peut éventuellement se rapprocher des différentes modalités de lecture du mot stress. Selon l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail, le stress est « *un état qui survient lorsqu'il y a un 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.* » Ainsi le stress peut s'entendre comme contraintes au travail ou facteurs de stress, comme état de tension ou état de stress généré par la perception d'un déséquilibre entre contraintes et ressources ou comme effets du stress sur la santé et la productivité.

Le concept de souffrance au travail est difficile à définir. Il n'y a pas vraiment de définition consensuelle. Dans la littérature, il existe plusieurs approches tentant d'expliquer les relations entre organisation du travail et santé mentale.

## *2.3 Une assez bonne connaissance des facteurs de risques psychosociaux*

Plusieurs causes ont été évoquées par les médecins généralistes. On retrouve un grand nombre de facteurs de risques psychosociaux tels qu'ils sont décrits dans les publications à ce sujet même si les médecins n'ont pas été complètement exhaustifs. Lors des entretiens, ce sont surtout les conflits au

travail avec les supérieurs et les collègues, la pression et la quantité de travail, la non reconnaissance et les situations de travail précaires qui sont ressortis.

Les risques psychosociaux sont «*les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » dont on distingue six dimensions constitutives.(4,10)

Ainsi le médecin généraliste peut investiguer par quelques questions simples pour cibler quelle dimension semble poser le plus de problème. Il pourra par exemple demander « Vous sentez vous en sécurité dans votre travail ? » ou « votre travail vous semble t'il en cohérence avec vos valeurs personnelles ? »

Par ailleurs, les contraintes sont d'autant plus pathogènes qu'elles sont durables, intenses, subies ou multiples. (10,20)

Dans les études sur les risques psychosociaux, c'est le questionnaire de Karasek (annexe 3 ) qui est le plus utilisé.(6,21). Il évalue les trois dimensions de l'environnement psychosocial au travail : la demande psychologique (qui porte sur des aspects aussi bien quantitatifs que qualitatifs de la charge psychologique au travail), la latitude décisionnelle (utilisation des compétences et marges de manœuvres) et le soutien social. Selon Karasek, une situation qui combine forte demande psychologique et faible latitude décisionnelle (job strain) constitue une situation à risque pour la santé. C'est Johnson qui a enrichi secondairement le modèle d'une troisième dimension : le support social au travail. La situation qui cumule job strain et faible soutien social (iso strain) est la situation la plus génératrice de stress au travail.

## *2.4 Repérage de la souffrance morale au travail*

### *2.4.1 La question du bien être au travail n'est pas systématique*

Les médecins généralistes de notre étude n'interrogeaient pas systématiquement leurs patients sur le bien être au travail. Il est vrai que les consultations de médecine générale inclues souvent plusieurs motifs ce qui peut dissuader le médecin d'en induire un nouveau. Quelques articles de la revue du praticien (22,23) rappellent au médecin traitant de penser à dépister de façon routinière les problèmes de souffrance morale au travail en introduisant la question « Et au travail, comment ça va? ».

Dans une autre étude menée en 2011 en Rhône Alpes auprès de 106 médecins généralistes, tous motifs de consultations confondus, 90% des médecins généralistes s'enquéraient parfois ou souvent du bien être professionnel de leurs patients, seulement 7,5% s'y intéressaient systématiquement et 1,9% des médecins ne posaient jamais la question.(24)

Faudrait-il faire des campagnes de sensibilisation auprès des généralistes ? Est-ce que cela changerait leurs pratiques ?

Une campagne de sensibilisation sur le dépistage de la souffrance au travail a été menée dans la région des Pays de la Loire en 2009. Il était alors proposé aux généralistes des outils comprenant une échelle numérique associée à la question « et au travail, comment ça va ? » et un outil issu du modèle de Karasek (annexe 4). Un an après, dans le cadre d'une thèse de médecine générale (25),

trente médecins tirés au sort ont été interrogés par entretiens semi-directifs sur l'utilisation et l'apport des outils proposés, et les éventuelles modifications de pratiques engendrées. La question « Et au travail, comment ça va ? » est réutilisée de façon fréquente dans 83% des cas, mais sans l'échelle numérique. Cette question est posée soit devant des symptômes évocateurs soit de façon systématique lors des certificats médicaux par exemple. L'outil de Karasek est réutilisé par 77% des médecins avec des fréquences variables et une utilisation pas forcément standardisée. Des modifications de pratiques ont également été observées puisque 67% des médecins abordent plus facilement cette souffrance et 57% disent avoir modifié leur prise en charge.

#### 2.4.2 Les déterminants de la santé au travail

La non reconnaissance a été évoquée par la grande majorité des médecins comme une cause de souffrance au travail mais qu'est ce qui fait qu'en situation de travail nous pouvons préserver notre état mental ?

Il existe trois grands déterminants de la santé au travail qui peuvent être explorés par trois questions simples à poser au patient.(20)

Le premier déterminant est le fait d'exercer un travail qui correspond à qui nous sommes, à nos aspirations, nos qualités. Ainsi on pourrait demander au patient « Est-ce que vous vous retrouvez dans votre travail ? »

Le deuxième déterminant est que le travail permette de développer et d'utiliser ses compétences. « Dans votre travail, pouvez vous mettre en jeu vos compétences/vos savoir-faire ? »

Le troisième déterminant est la reconnaissance du travail réalisé. « Autour de vous, vous dit-on que vous faites du bon ou du beau travail ? ». La reconnaissance est fondée sur deux jugements, le jugement d'utilité (utilité sociale, économique ou technique du travail) donné par la hiérarchie et le jugement de beauté (conformité du travail par rapport aux règles du métiers et originalité du travail) donné par les pairs de la communauté d'appartenance.(26) Lors de nos entretiens, deux des médecins avait appuyé cette idée que le travail était pourvoyeur d'identité. Selon C. Dejours, la reconnaissance de la qualité du travail accompli va s'inscrire en gain dans la construction de l'identité. Elle subvertit la souffrance et les efforts en plaisir du travail accompli.(13)

La santé au travail va se préserver si ces trois déterminants sont présents. Il peut s'agir de premières lignes d'investigation clinique pour le médecin généraliste.

#### 2.4.3 Les premiers signes cliniques de la souffrance morale au travail

Durant les entretiens, plusieurs médecins généralistes ont évoqué aborder la problématique du travail avec leurs patients à des stades avancés de la souffrance. Il existait parfois déjà un état dépressif réactionnel. Peut être du fait de consultations tardives des patients ou peut être parce que le généraliste n'a pas su repérer les premiers symptômes annonciateurs d'une problématique de souffrance au travail.

Idéalement il faudrait questionner les patients à chaque consultation mais la réalité de la pratique fait que les médecins semblent réserver ces questions à certaines situations.

Les situations évoquées dans notre étude sont variables, avec une prédominance des troubles du sommeil, des troubles anxio-dépressifs et des somatisations .Ces résultats se retrouvent dans

l'enquête de pratique menée en Rhône Alpes ou 71 médecins ont cité les troubles dépressifs, 40 les troubles du sommeil et 34 les somatisations comme des situations devant lesquelles ils pouvaient suspecter une souffrance morale au travail .(24)

Les premiers signes cliniques de la souffrance psychique au travail sont aspécifiques. Hans Selye, a décrit les différents symptômes du stress chronique qui sont résumés dans le tableau suivant.(20,27)

**Tableau 4 : Les premiers symptômes du stress chronique.**

Signes physiques	Fatigue, douleur Troubles du sommeil, de l'appétit, de la digestion Sensation d'essoufflement, d'oppression
Signes émotionnels	Sensibilité, nervosité accrue, crise de larmes ou de nerfs
Signes cognitifs	Troubles de la concentration, difficultés à prendre des initiatives ou des décisions, troubles de la mémoire, troubles de l'attention
Signes comportementaux	Modifications des conduites alimentaires, comportements violents ou agressifs, isolement, consommation de toxiques (alcool, drogues), de produits calmants (somnifères, anxiolytiques) ou d'excitants (café, tabac)

Face à ces symptômes, le patient va développer des stratégies d'adaptation. Il pourra s'agir de réponses d'ordre émotionnel (colère, inhibition, rumination), de réponses d'évitement (demande de changement de poste, d'arrêt de travail), de recherche de solutions (réorganisation du travail, sollicitation des collègues, recherche d'une stratégie collective). La recherche de solutions peut être bénéfique s'il existe des marges de manœuvre ou pathogène s'il n'y en a pas.

En cas d'échec de ces stratégies d'adaptation, il y a une chronicisation de l'état de stress et mise en péril de la santé physique et mentale.(20)

Il est donc important pour le généraliste, dans le cadre de la prévention secondaire, d'avoir connaissance de ces premiers symptômes et de penser au travail comme une étiologie possible.

Un retard de prise en considération de ces symptômes pouvant conduire à une évolution défavorable pour la santé du patient.

De plus, en médecine générale près de la moitié des consultations est motivée par une plainte physique dont un tiers reste médicalement inexpliqué. Des recherches ont montré une forte association entre symptômes physiques inexpliqués et troubles émotionnels (somatisations et troubles de l'humeur).(28)

Plusieurs médecins ont souligné certaines caractéristiques des symptômes comme le caractère répétitif, inhabituel ou des demandes d'arrêts de travail répétées. Le dépistage de la souffrance morale au travail par le médecin généraliste doit certainement tenir compte de cet aspect répétitif de symptômes qui, isolément, n'ont pas forcément de caractères spécifiques.

#### 2.4.4 La mention de la profession dans le dossier médical

Tous les médecins de notre étude ont jugé cette information comme très importante dans la prise en charge de leurs patients. Si elle n'est pas notée explicitement à chaque fois, la grande majorité des médecins affirme connaître la profession de leurs patients.

Si la souffrance morale peut toucher toutes les catégories socioprofessionnelles, les études récentes semblent montrer que certaines sont plus particulièrement touchées :

-les salariés de la fonction publique hospitalière sont les plus exposés à une forte demande psychologique(6).Les salariés du commerce, des transports et dans une moindre mesure de l'industrie sont ceux qui ont le moins de latitude décisionnelle (6).Les salariés de la fonction publique, du commerce et des transports sont plus souvent victimes d'agression de la part du public dans le cadre de leur travail (6).

-En région Centre, l'Etude Samotrace objective une plus grande prévalence du mal être chez les femmes dans les catégories des employés et des professions intermédiaires avec une prévalence supérieure dans les secteurs des activités financières, de l'administration publique et production et distribution d'électricité gaz et eau. Il n'y a pas eu de différence de prévalence selon la catégorie socioprofessionnelle chez les hommes mais les secteurs des activités financières, des services collectifs, sociaux et personnels et administration publique semblaient plus touchés.(7)

Cependant en 2011 lors des Quinzaines des maladies à caractères professionnels en région Centre, la prévalence de la souffrance psychique au travail est plus importante chez les catégories cadres et professions intellectuelles supérieures. Viennent ensuite les professions intermédiaires, les employés et dans une moindre mesure les ouvriers.(8)

Il paraît donc important de noter la profession des patients dans les dossiers médicaux au même titre que les autres données de l'état civil puisque certaines catégories socioprofessionnelles et certains secteurs d'activités semblent plus à risque.

A noter que les femmes sont plus soumises au job strain que les hommes, dans tous les secteurs elles signalent une moindre latitude décisionnelle que les hommes.(6)

#### *2.5 La prise en charge*

Il n'existe pas de conférence de consensus ou de recommandation de bonne pratique sur le sujet. Par contre, depuis quelques années, plusieurs articles ont été publiés permettant une orientation du dépistage et de la prise en charge par le généraliste (17,22,23,26,29-32)

### 2.5.1 Ecoute et compréhension des causes

Pour la plupart des médecins, leur première action dans la prise en charge est d'être dans une attitude d'écoute active et empathique. Il semble donc important pour eux de laisser l'espace au patient pour qu'il puisse verbaliser sa souffrance.

Dans un article de 2004, G Lasfargues insiste sur la nécessité d'« écouter cette souffrance, d'en donner acte et d'essayer d'en éclairer le sens en favorisant l'énonciation de ce qui fait difficulté dans la réalisation du travail ». Il s'agit, pour lui d'un véritable acte thérapeutique du clinicien de la santé au travail (2).

Dans d'autres thèses de médecine générale parues en 2004 et 2005, l'écoute et le dialogue apparaissent comme la première action entreprise par les médecins généralistes pour soulager la souffrance psychique. (33,34)

De plus, l'écoute, la reconnaissance et la compréhension de ce qui fait difficulté dans le travail permet au patient de sortir d'un statut de victime pour redevenir acteur de sa prise en charge.

Dans les cas supposés de harcèlement moral, un des médecins appuyait l'idée que la compréhension du mécanisme du harcèlement moral aidait la « victime ».

Il paraît important de bien connaître son sujet et de peser ses mots pour ne pas réduire le conflit à un rapport « victime/pervers narcissique » qui conduit à faire l'impasse sur une problématique dans l'organisation du travail. De plus, ce terme est de plus en plus utilisé de manière excessive et ce n'est pas le rôle du médecin généraliste que de s'engouffrer dans une accusation et de la considérer comme un diagnostic établi. En France, c'est grâce au livre de MF Hirigoyen (35) que ce phénomène a été mis en exergue. La loi le définit comme « *un ensemble d'agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* ». Un médecin ne peut en aucun cas affirmer l'existence d'un harcèlement moral. Sa mission est de repérer une situation compatible avec un harcèlement moral et de la prendre en charge.

### 2.5.2 Evaluation du retentissement

#### 2.5.2.1 Une méconnaissance des conséquences physiques du stress

Lorsque le médecin généraliste a repéré une situation de souffrance psychique au travail ou à risque de le devenir, il doit procéder à l'évaluation de l'état de souffrance de son patient.

S'agit-il de manifestations des premiers symptômes du stress ? Existe-t-il déjà une atteinte à la santé ?

Les atteintes à la santé qui peuvent découler d'un état de stress chronique sont :

-**syndrome métabolique** (obésité abdominale, résistance à l'insuline, dyslipidémie, HTA) et **augmentation du risque d'accidents cardiovasculaires**. Une méta-analyse parue dans le Lancet en 2012 révèle que les individus exposés au stress au travail ont un risque de 23% plus élevé que ceux qui n'y sont pas exposés de faire un infarctus du myocarde.(36)

Le karôshi (terme japonais dont la définition littérale est mort par sur-travail) désigne la mort subite de cause vasculaire des jeunes de 25 à 45 ans sans antécédent cardiovasculaire suite à une surcharge de travail.

**-les troubles musculo-squelettiques** : Première cause de maladie professionnelle. Parfois pour tenir des cadences infernales, il vaut mieux cesser de penser. Mais cesser de penser ne va pas de soi. Une stratégie de défense du travailleur peut être l'auto-accélération jusqu'à ce que toute conscience soit saturée. La sur-utilisation itérative de l'appareil locomoteur comme système de défense privilégié place le sujet dans un risque d'usure musculo-squelettique. Ceci n'est qu'un exemple et d'autres causes peuvent expliquer pourquoi les individus en viennent à se blesser à la tâche (37).

**-Autres manifestations somatiques** : lombalgies, infections à répétition, maladie immuno-allergiques (asthme, polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux, colite ulcéreuse), colites fonctionnelles, ulcères gastro-duodénaux, désordres hormonaux (thyroïde, des sécrétions androgènes ou oestrogènes) ou certaines pathologies de la grossesse ont été évoqués mais des études complémentaires sont nécessaires pour confirmer ou infirmer ces résultats.

**-Des pathologies mentales** : troubles anxieux, dépressifs, de l'adaptation, somatisations, syndrome de stress post traumatique.

**-Le burnout** : ou syndrome d'épuisement professionnel. Il est conceptualisé dans les années 80 par C Maslach suivant un modèle tridimensionnel : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et absence d'accomplissement personnel. Il en résultera un outil d'évaluation de ce phénomène, le MBI (Maslach Burn out Inventory) qui est le questionnaire le plus utilisé actuellement (annexe5) Initialement, le terme burnout était utilisé dans les professions en relation d'aide, d'assistance, de soins ou de formation auprès du public. Aujourd'hui, le terme s'est généralisé et est décrit dans les autres professions.

Dans notre étude, les médecins ont abordé essentiellement les répercussions psychiques en particulier les troubles anxieux et la dépression. Les conséquences sur la santé physique notamment les risques cardiovasculaires n'ont pas du tout été abordés, les troubles musculo-squelettiques ont été évoqués mais très succinctement.

On peut se demander si les médecins généralistes ont une bonne connaissance des conséquences physiques du stress.

#### 2.5.2.2 Les médecins utilisent peu les échelles d'évaluation de la dépression.

L'évaluation de la sévérité du retentissement psychologique va conditionner la suite de la prise en charge. Dans notre étude, peu de médecin utilisaient des outils d'aide au diagnostic de la dépression. La pratique semblait plus intuitive selon le ressenti par le médecin de la souffrance du patient.

L'outil le plus cité a été l'échelle de Hamilton (ou échelle HDRS) peut être parce qu'elle peut faire l'objet d'une codification et d'une tarification spécifique par la sécurité sociale (code ALQP003 au tarif de 69,12 €). Pour la plupart cette échelle présentait l'inconvénient d'être longue et non adaptée à une consultation courante. Certains l'utilisent de manière non standardisée en ayant assimilé

plusieurs items et en les réutilisant comme trame d'entretien pour se faire une idée de l'état de souffrance du patient ainsi que pour le suivi.

Il existe de nombreux autres supports qui n'ont pas été mentionnés comme les critères du DSM5, l'échelle HAD (qui explore à la fois les symptômes anxieux et dépressifs), l'échelle de Beck, échelle MADRS.... Ces échelles sont disponibles en ligne ou elles peuvent être remplies directement.(38)

Il est d'autant plus frappant de voir que les généralistes n'utilisent ou ne connaissent pas bien les outils d'aide quand on sait qu'ils sont confrontés à ce problème de manière quasi quotidienne (39). C'est aux médecins généralistes que recourent le plus les personnes atteintes de dépression loin devant les psychiatres et les psychologues libéraux (40). Cependant, malgré une grande prévalence parmi les consultants de médecine générale, seuls 35 à 50% des cas de dépression sont reconnus (41).

### 2.5.2.3 Evaluation des ressources

Plusieurs médecins nous ont dit donner des conseils d'ordre hygiéno-diététique à leurs patients dans ces circonstances de stress au travail ou les encourager à prendre du temps pour se faire plaisir et s'occuper de leurs familles.

Par quelques questions simples « Qu'est ce que vous faites pour vous protéger vis-à-vis du stress ? » ou « Est ce que vous avez des loisirs, un conjoint, des enfants qui vous aident à vous changer les idées ? », on peut déjà estimer les ressources dont dispose le patient.

Le médecin généraliste n'a pas d'action directe sur les facteurs de stress au travail mais il peut, par quelques conseils simples, agir en aidant son patient à augmenter ses ressources pour y faire face. (17)

Une bonne hygiène de vie (alimentation équilibrée, activité physique, consommation prudente de tabac et d'alcool, préservation du sommeil) permet de mieux résister au stress.

Le médecin peut également insister sur l'importance de cultiver les émotions positives c'est-à-dire la capacité à vivre en dehors du travail des moments de plaisirs. Il peut s'agir de choses toutes simples comme promener son chien, écouter de la musique... Il faut chercher ce qui permet au patient en temps habituel de se sentir mieux et le pousser à le cultiver.

La recherche d'un support social est également importante. A quelle personne (ami, famille, conjoint...) le patient peut se confier et recevoir du soutien. Le médecin peut pousser ses patients à rechercher ce soutien social. D'ailleurs, le médecin qui propose de revoir son patient en souffrance ou qui laisse en tout cas la porte ouverte se place déjà comme une ressource supplémentaire pour lui.

### 2.5.2.4 L'abord de la question du suicide est systématique en cas d'éléments dépressifs

Plus de la moitié des patients ayant commis un acte suicidaire ont consulté leurs médecins généraliste dans le mois précédant (42,43).

Dans notre étude, les médecins abordaient la question du suicide dans les cas de souffrance morale au travail devant des symptômes dépressifs marqués.

La question abordant le sujet était le plus fréquemment celle des idées noires. Dans une thèse de médecine générale présentée en 2013, J.Lescornez (44) s'est intéressée aux modalités d'évaluation du suicide et aux difficultés rencontrées par les généralistes. Dans son étude, la plupart des

généralistes trouvent l'utilisation du mot suicide trop brutal et les médecins utilisaient à 68% cette même question « Avez-vous des idées noires ? ».

Dans notre étude, personne n'a remis en cause la nécessité de l'abord du suicide, certains ont même souligné qu'il fallait poser clairement la question alors que dans le travail de J Lescornez ils étaient encore 12% à penser qu'aborder le risque suicidaire pouvait favoriser le passage à l'acte. En réalité « poser la question de l'existence ou non d'idée suicidaire peut réduire l'angoisse corollaire » (45).

Les médecins de notre étude n'ont pas vraiment développé leurs attitudes en cas de réponse positive mais ils n'ont pas été relancés dans ce sens lors des entretiens. Il s'agissait plutôt de savoir s'ils pensaient à aborder le sujet lors de consultations pour souffrance morale au travail.

### 2.5.3 Les prescriptions médicamenteuses

Dans notre enquête, les médecins n'avaient pas de recours systématique aux prescriptions médicamenteuses. C. Dejourné souligne qu'« on ne traite pas la souffrance liée au travail comme une autre pathologie. Il faut ici moins qu'ailleurs se précipiter sur le médicament ».

La plupart du temps, ils ont évoqué les anxiolytiques que ce soit pour les troubles du sommeil ou l'anxiété. Le médicament est souvent le moyen de tenir, de pouvoir continuer à affronter la situation en cause dans la souffrance. En cas de prescriptions, ils ont bien précisé qu'il s'agissait d'une prescription temporaire.

Dans une étude réalisée par l'unité de recherche en « sciences économiques et sociétales, système de santé et sociétés » dirigée par l'INSERM (46) on s'est intéressé à la perception et à la pratique des médecins généralistes vis-à-vis de leur patients soumis à une souffrance psychique au travail. Soumis à un cas clinique, sur 391 praticiens, 66,5% prescrivaient un anxiolytique.

Les hypnotiques ont été évoqués mais prescrits avec prudence et sur un temps court ce qui correspond aux recommandations.

Dans notre étude, les antidépresseurs semblaient être utilisés dans un second temps, après réévaluation de l'état dépressif. Il s'agissait en général de revoir les patients souvent au bout d'une semaine après un arrêt de travail, et de revoir si leurs états justifiaient ou non un traitement. Cette réévaluation était, pour la plupart, encore une fois subjective sans utilisation de questionnaire. Certains semblaient assez réticents envers les psychotropes et notamment les antidépresseurs évoquant un « pansement » qui ne résout pas les problèmes. Cependant tous ont eu l'impression que si la situation le nécessitait, ils prescrivaient les médicaments en conséquence. Dans une étude de 2010 (47), on retrouve que moins d'une personne sur quatre souffrant de dépression et ayant consulté un médecin généraliste, est diagnostiquée et traitée de façon appropriée. Une amélioration des pratiques semble donc nécessaire.

La peur que le médicament prescrit serve à un passage à l'acte suicidaire a également été évoquée. Presque un décès sur cinquante en France est un suicide. Le mode opératoire le plus fréquent est l'absorption de médicaments (85,3%) avec une utilisation des psychotropes dans ¾ des cas (48). Cette peur sous-jacente est-elle un frein à la prescription ?

Le recours à des thérapeutiques douces (homéopathie, phytothérapie) n'est pas non plus rare même si certains médecins ont bien souligné qu'ils en prescrivaient sans croire à une quelconque efficacité possible. La France est connue comme une grande consommatrice de psychotropes, il semble donc exister pour certains praticiens une volonté de passer par d'autres moyens.

Les médecins n'ont pas mentionné les antalgiques alors qu'ils sont nombreux à avoir évoqué les somatisations et notamment les douleurs lombaires. Probablement parce que dans ce cadre psychosomatique la priorité a été de s'occuper de la part psychique.

#### 2.5.4 Les arrêts de travail

##### 2.5.4.1 Evaluer la nécessité ou non d'un arrêt

Dans la plupart des entretiens réalisés les médecins prescrivaient des arrêts de travail à leurs patients souffrant moralement au travail. Aucun médecin n'a reconnu de systématisme mais pour certains il est difficile de faire autrement. Alors faut-il prescrire un arrêt de travail ?

Si le patient présente une souffrance psychique sévère, des idées mortifères, a perdu ses ressources l'éviction du travail semble s'imposer.

Dans les autres cas, il faut évaluer la balance bénéfices/risques de l'arrêt et en discuter avec le patient (31). Comme on peut lire dans un article paru en 2009 dans l'Encéphale, « l'arrêt de travail formalise un retrait du milieu professionnel souvent amorcé par le sujet lui-même qui tend à s'isoler. Un isolement qui constitue sans doute une conséquence les plus graves de la dépression en ce qu'elle favorise son évolution vers des formes plus sévères » (49).

**Tableau 5 : Récapitulatif des bénéfices/risques de l'arrêt de travail dans le cadre d'une souffrance morale au travail.**

Bénéfices	Risques
Rôle thérapeutique de l'arrêt de travail : supprimer (temporairement) la cause de la souffrance	L'arrêt de travail risque de figer la situation sans la résoudre avec prolongation « indéfinie » de l'arrêt
Se retirer de la situation à l'origine de la souffrance peut permettre une réflexion, une prise de distance, une reconstitution des ressources physiques et psychologiques	L'arrêt de travail peut être considéré comme « injustifié » par l'entreprise, avec parfois une dévalorisation professionnelle du salarié
	L'arrêt de travail prolongé peut aboutir à une éviction de l'entreprise, ce qui est parfois le but recherché par les auteurs de la souffrance.

#### 2. 5.4.2 Rédaction du motif d'arrêt : les pièges à éviter

Au cours des entretiens, la question de la rédaction du motif d'arrêt de travail a été posée aux médecins. Plusieurs médecins disent écrire « souffrance morale au travail » ou « problèmes au travail ». Ils établissent ainsi un lien de causalité entre les difficultés professionnelles de leurs patients et leurs états de santé. Ceci est clairement interdit par le conseil de l'Ordre. De même, le médecin doit limiter les propos à ce qui concerne le patient et lui seul. Il n'a pas non plus à « authentifier » en les notant dans le certificat sous forme de « dires » du patient les accusations de celui-ci contre un tiers, conjoint ou employeur (50). La seule chose que le médecin peut constater et certifier c'est l'état de santé : il est anxieux, déprimé, il déclare que (ouvrez les guillemets), etc. En cas de judiciarisation, le tiers mis en cause par le certificat portera plainte contre le médecin et celui-ci sera condamné par l'ordre des médecins. (51)

Un des médecins interviewé se posait la question de pouvoir ou non marquer comme motif d'arrêt harcèlement moral. Le harcèlement moral est une qualification juridique. C'est un délit selon l'article 222-33-2 du code pénal et non un diagnostic médical. Ecrire ces termes sur un certificat médical c'est se substituer à la justice et le médecin peut être attaqué par le tiers pour diffamation. La mission du généraliste est de repérer une souffrance morale compatible avec une situation de harcèlement moral professionnel et de la prendre en charge mais en aucun cas ce terme ne peut apparaître sur un certificat médical.

#### 2.5.4.3 Déclaration en accident du travail ou maladie professionnelle

La très grande majorité des médecins rédige leurs arrêts sur des feuillets maladies. Pour la plupart, ils n'avaient pas connaissance qu'une souffrance au travail pouvait être reconnue comme accident du travail. Il est vrai que cette situation est beaucoup moins fréquente et nécessite de répondre à des critères précis.

Il est possible de déclarer une souffrance psychique liée au travail en accident de travail si le critère de soudaineté est respecté. Celui-ci est défini comme un fait accidentel « survenu par le fait ou à l'occasion du travail » et correspondant à « l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant une lésion de l'organisme humain ». Pour exemple, on pourrait citer un patient qui développerait un état de stress post traumatique suite à une agression sur son lieu de travail. Le certificat médical initial rédigé par le médecin généraliste est descriptif des lésions.

La situation est différente dans le cas par exemple d'une dépression suite à une exposition chronique à des facteurs de risques psychosociaux. Les pathologies psychiatriques consécutives à une souffrance au travail ne font pas partie d'un tableau de maladies professionnelles. Elles ne peuvent donc pas être reconnues dans le cadre habituel réglementaire (système des tableaux). Cependant, pour une pathologie stabilisée avec une incapacité permanente partielle fixée par le médecin conseil au moins égale à 25%, il est possible de faire une demande de reconnaissance en maladie professionnelle au titre des maladies hors tableaux auprès du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP). Celui-ci devra établir un lien à la fois direct et essentiel entre la pathologie déclarée et la situation de travail (pas de présomption d'origine).

Dans notre étude, peu de médecins semblaient avoir connaissance d'une possibilité de reconnaissance en maladie professionnelle.

### 2.5.5 Le suivi et le rôle de conseil

Tous les médecins ont mentionné une prise en charge dans la durée avec un suivi plutôt régulier qui est parfois pour eux le moment d'assurer la psychothérapie de soutien.

Comme certains l'ont souligné, les médecins ne sont pas formés au cours de leurs études de médecine à la pratique de la psychothérapie de soutien. Il en ressort parfois une impression de « bricoler » avec la peur de mal faire. Pourtant elle fait souvent partie du registre de ses activités quotidiennes.

Dans notre étude, ils étaient plusieurs à conseiller la communication au sein de l'entreprise pour essayer de résoudre les conflits. D'ailleurs, cela participe à rendre le patient acteur de sa prise en charge. Les conseils hygiéno-diététiques pour aider à une meilleure gestion du stress ont également été évoqués. Les conseils d'ordre plus juridiques semblent moins naturels (comme conseiller aux patients de consigner la chronologie des faits par écrit ou faire des photocopies de tous les documents susceptibles de constituer des preuves dans les situations supposées de harcèlement).

### *2.6 L'orientation des patients vers d'autres professionnels*

Certains médecins généralistes ont évoqué se sentir seuls dans cette problématique et ne pas savoir vers qui se tourner.

Dans un grand nombre de publications, l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire des cas de souffrance morale au travail est soulignée. Le médecin du travail a un rôle essentiel.

#### *2.6.1 Le médecin du travail*

Le rôle principal du médecin du travail est bien d'« éviter toute altération de la santé physique et mentale des travailleurs du fait de leur travail » (52).

Il intervient au niveau des trois stades de la prévention.

Dans le cadre de la prévention primaire, il a un rôle de conseil à l'employeur pour limiter les expositions des salariés aux risques psychosociaux.

En collaboration avec le médecin généraliste dans le cadre de la prévention secondaire, sa connaissance de l'entreprise et des conditions de travail est une aide précieuse. De plus, il est le seul habilité à intervenir auprès de l'employeur.

Dans le cadre de la prévention tertiaire, son rôle sera d'essayer de préserver l'emploi du salarié avec si besoin des aménagements ou un changement du poste de travail. Parfois, quand le maintien dans l'entreprise n'est pas compatible avec la santé du patient, il peut avoir un rôle de protection sociale par le biais d'un licenciement pour inaptitude ou une rupture conventionnelle.

Un salarié peut demander à rencontrer le médecin du travail sans attendre d'être convoqué pour les visites obligatoires. Il peut le rencontrer sans que l'employeur ne soit averti. Lorsqu'un patient est en arrêt de travail et que des difficultés lors de la reprise du travail sont à craindre, il est possible de demander une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail alors que le patient est toujours en arrêt.

### 2.6.2 Le psychiatre ou le psychologue

Même si pour certains médecins interviewés le recours au psychologue ou au psychiatre était rare, il a semblé plus facile qu'envers le médecin du travail. Parfois, ce recours est quasi-systématique et intervient à un stade précoce de la prise en charge.

Dans le cadre de la souffrance au travail, le psychiatre et/ou le psychologue doivent être sollicités selon l'intensité de la symptomatologie et le souhait du patient. Dans les traumatismes graves, la prise en charge doit être précoce pour éviter les décompensations (17,21,25).

Le recours plus facile pour certains des médecins envers le psychiatre/psychologue qu'envers le médecin du travail est-il un signe en faveur d'une considération plutôt sous un angle psychiatrique de la souffrance morale au travail ?

### 2.6.3 Le médecin conseil

Le médecin conseil, parfois sollicité de manière indirecte par le biais d'une connotation sibylline de l'arrêt de travail, est également cité comme un collaborateur fréquent et plutôt compréhensif.

Le médecin conseil a un rôle important. Il permet de synchroniser avec le médecin traitant la prise en charge médico-administrative (arrêts maladies) avec l'évolution de la situation professionnelle. Il doit également tenir compte de cette pathologie émergente en traitant les dossiers de reconnaissance en maladie professionnelle.

### 2.6.4 L'inspection du travail

Assez peu évoquée par les médecins généralistes, son rôle est peu connu.

L'inspecteur du travail conseille employeurs, salariés, délégués du personnel sur leurs droits et leurs obligations. Il contrôle l'application du droit du travail dans tous ces aspects. Il facilite la conciliation amiable entre les parties (par exemple en cas de conflits collectifs). Il peut constater des infractions commises mais il n'est pas habilité à régler les litiges relatifs au contrat de travail, seul le conseil des prud'hommes est compétent dans ce domaine.

### 2.6.5 Consultations souffrance au travail au sein des Centres de Consultation de Pathologies Professionnelles (CCPP)

Aucun médecin de notre étude n'a mentionné les consultations spécialisées de souffrance au travail au sein des CCPP. Un médecin a évoqué les CCPP mais sans savoir s'il pouvait y avoir une intervention en ce qui concerne la souffrance au travail. Pourtant la plupart d'entre eux a évoqué comme une aide utile à la prise en charge l'existence d'une structure dédiée à la souffrance au travail.

Au CHRU de Tours, le CCPP dispose d'une consultation spécialisée souffrance au travail depuis 2011 tous les mercredis. Ces consultations sont assurées par des médecins du travail spécialisés en psychopathologie du travail. Les patients peuvent venir adresser par leurs généralistes, le médecin du travail, le psychiatre ou d'eux même. Le but de cette consultation n'est pas d'assurer la prise en charge du patient présentant une souffrance au travail mais d'apporter une aide pour aider le patient à comprendre ce qui fait difficulté dans son travail afin de le rendre acteur pour restaurer et protéger sa santé au travail. La lettre d'information qui est habituellement envoyée au patient avant la consultation se trouve en annexe (annexe 6).

Les médecins généralistes interviewés n'ont pas connaissance de l'existence de cette consultation. Une meilleure information autour de l'existence de cette unité pourrait donc être utile.

### 2.6.6 Les autres acteurs

L'assistante sociale peut avoir un rôle d'écoute, de conseil au salarié et d'accompagnement dans le but de maintenir son intégration sociale.

Lorsqu'une procédure juridique est envisagée par le patient, il peut être souhaitable qu'il reçoive des conseils auprès d'un juriste.

Au sein de l'entreprise, les structures syndicales et le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ou représentants du personnel peuvent également jouer un rôle.

## *2.7 Les difficultés rencontrées*

### *2.7.1 Difficulté à faire la part des choses et crainte d'être manipulé*

Pour plusieurs médecins, il est parfois difficile de faire la part des choses entre les problèmes professionnels et les problèmes personnels. Pour certains, l'existence même d'une souffrance au travail suppose que la vie personnelle ne soit pas suffisamment compensatrice. Effectivement on peut penser que les ressources extraprofessionnelles (soutien familial, amical, situation conjugale...) peuvent aider à faire face au stress professionnel et qu'au contraire les contraintes extraprofessionnelles peuvent interférer avec les facteurs professionnels (10). Cependant cette idée ne doit pas amener à nier les problématiques propres à l'organisation du travail et dans certaines études on peut lire que les aspects liés au travail jouent un rôle plus important dans l'apparition du stress que ceux liés à la vie privée (53). L'impact du stress au travail sur la sphère privée n'est pas non plus à négliger.

Plusieurs médecins ont évoqué la crainte d'être « manipulés », que ce soit des doutes sur la sincérité du patient ou plus souvent la crainte d'une « exagération » des faits avec la recherche éventuelle de bénéfices secondaires. Cette crainte rejoint le souci de rester neutre, les médecins n'ayant qu'une vision des faits et n'ayant pas accès aux conditions réelles du travail. Cet aspect renforce la nécessité d'une collaboration avec le médecin du travail. C'est lui qui a la connaissance de l'entreprise, qui peut éventuellement avoir accès au contradictoire ou au contraire appuyer l'existence d'un problème de risques psychosociaux dans l'entreprise par la connaissance d'autres cas.

### *2.7.2 Gestion des consultations longues*

Le caractère chronophage de ces consultations a été évoqué par la plupart des médecins interrogés. En effet, la prise en charge nécessite une qualité d'écoute et une disponibilité du médecin. Cependant la durée du temps d'écoute ne fait pas forcément la qualité de celle-ci et le médecin généraliste a l'avantage de pouvoir revoir ses patients régulièrement.

Un des médecins avait précisé qu'il préférerait adresser vers un psychiatre ou un psychologue qui, lui, pouvait accorder le temps nécessaire. Une nomenclature qui revaloriserait ces consultations qui prennent du temps au généraliste changerait-elle quelque chose ?

Cet aspect financier n'a quasiment pas été évoqué. Il ne semble pas que ce soit vraiment un frein pour les généralistes que nous avons interrogés. Le problème vient plutôt de la charge de travail qui est déjà lourde et du fait qu'il est parfois difficile de prendre du temps quand la salle d'attente est pleine.

Plusieurs médecins seraient intéressés par un outil d'évaluation permettant d'aider au repérage et au suivi de la souffrance morale au travail. Cet outil pourrait également permettre une optimisation du temps de consultation en orientant rapidement le médecin.

### 2.7.3 La souffrance des médecins

Quelques médecins ont spontanément évoqué la lassitude voire l'épuisement que pouvait engendrer la prise en charge de la souffrance psychique.

Surcharge de travail, diminution de la reconnaissance, augmentation de l'insécurité, modification du champ des demandes qui entraîne le médecin dans une recherche de solutions et qui le met en échec, solitude, peur d'en parler à un confrère et d'être jugé...

Le burnout des soignants est un problème fréquent qui concerne plus de 40% des médecins (et jusqu'à 53% en île de France)(54). Le taux de suicide chez les médecins serait deux fois et demi supérieure à la population générale.

Dans un sondage de 2013 portant sur 120 médecins généralistes (55), la relation médecin-malade serait la deuxième cause de burnout pour les praticiens. Les patients anxieux ou dépressifs sont situés à la deuxième place dans le profil du patient épuisant.

### 2.7.4 Difficultés de la collaboration

#### 2.7.4.1 Avec le médecin du travail

Dans notre étude, l'attitude des généralistes quant au recours au médecin du travail était très variable, allant du très rare au systématique. Pourquoi tant de différences ?

Dans la littérature (55,56), les facteurs limitant la collaboration sont le plus souvent : la méconnaissance du rôle du médecin du travail, certaines représentations à son égard (non indépendance, méfiance du généraliste quand à l'utilisation des informations qu'il pourrait fournir au médecin du travail) et des difficultés d'ordre pratique (méconnaissance du nom du médecin du travail et/ou de la façon de le joindre).

Le sentiment de doute semble partagé entre médecins généralistes et médecins du travail sur l'efficacité des actions de chacun (56).

Il semble que la relation de confiance entre salariés et médecins du travail ne soit également pas toujours établie (57,58). Plusieurs médecins dans notre étude ont évoqué les difficultés à vaincre les réticences du patient. La médecine du travail est parfois perçue comme la médecine de l'employeur. Ce type de perception trouve probablement sa source dans le mode d'organisation de la médecine du travail et la rémunération des médecins du travail en France. Il peut être parfois utile de rappeler aux patients que le médecin du travail est bien un médecin soumis au secret médical et indépendant dans son exercice.

Autant de freins qu'il convient de lever pour concrétiser les relations de coopération attendues entre médecin généraliste et médecin du travail. En effet, une meilleure communication est source d'une meilleure connaissance de la situation pour les deux médecins, d'une diminution de la durée des arrêts de travail, d'une meilleure réhabilitation du patient au travail et si besoin d'une meilleure réorientation professionnelle (59).

Pour commencer, une mesure simple pour le généraliste pourrait être de noter systématiquement dans le dossier médical le nom et les coordonnées du médecin du travail.

#### 2.7.4.2 Avec le psychiatre ou le psychologue

Les médecins interviewés dans notre étude ont évoqué plusieurs freins à l'accès à la psychothérapie. Dans la littérature (39,60), on retrouve l'évocation des mêmes freins avec par ordre de fréquence le non remboursement des consultations avec un psychologue, les délais de rendez vous avec le psychiatre et la réticence des patients à suivre une psychothérapie. Dans notre étude, aucun médecin n'a fait mention des Centres Médicaux Psychologiques ou les consultations sont prises en charge par la Sécurité Sociale.

Le problème de la stigmatisation de la psychiatrie est bien connu et des efforts restent à faire dans ce sens comme le rappelle le Plan Psychiatrie et Santé mentale (61).

Lors des entretiens, le manque de retour des psychiatres a été soulevé par la plupart des médecins généralistes. Il a été démontré que l'amélioration des courriers échangés influence favorablement la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. Le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie a publié des recommandations de bonne pratique à ce sujet (62).

#### 2.7.5 Manque de formation

La plupart des médecins a abordé le problème du manque de formation dans ce domaine et l'impression d'une forme de « bricolage » dans leurs pratiques. Ce manque de formation est d'autant plus étonnant que la totalité d'entre eux nous a confié être confrontés de manière de plus en plus fréquente à ce motif de consultation.

Le médecin généraliste, premier recours du patient dans cette problématique, doit effectivement savoir repérer et prendre en charge les patients qui consultent pour une souffrance morale au travail de la manière la plus juste possible. Quelles références et quelles connaissances pourront nous utiliser ? Selon quels critères évaluer nos pratiques ?

Ces questions se posent et des formations claires et spécifiques seraient certainement utiles et efficaces.

## CONCLUSION

La souffrance morale au travail est au centre d'enjeux complexes : économiques, de santé mais aussi de société. Notre étude confirme notre hypothèse de départ. On observe chez les médecins généralistes interviewés des difficultés à différents niveaux : dépistage, diagnostic et prise en charge.

Il faut aussi souligner que la prise en charge de la souffrance morale au travail ne résulte pas uniquement du savoir du médecin, mais résulte de l'interaction médecin-patient. Le patient vient avec sa propre demande qu'il formalise en fonction de ses propres représentations sociales de la souffrance morale au travail.

La prise en charge de la souffrance morale au travail repose sur une logique transdisciplinaire et de fait la coopération devient un enjeu essentiel de la prise en charge. Cependant « la collaboration nécessite le volontariat, un accord sur les objectifs et les méthodes, et des outils d'une communication réciproque et régulière des informations utiles. »(63). En médecine générale, la notion de coordination des soins est très importante. Elle nécessite pour être améliorée de s'interroger sur sa façon de travailler avec les autres partenaires de soins. Les sociologues ont ainsi décrit quatre formes de travail en coordination : la collaboration (forte intrication personnelle, relation de confiance de personne à personne, proximité entre les partenaires) , la coopération (relation de confiance limitée aux compétences professionnelles), l'instrumentalisation (le partenaire est dépersonnalisé et identifié uniquement à son rôle professionnel) et la négation (pas de reconnaissance de la spécificité du travail de l'autre ou logique de concurrence). Ces configurations relationnelles organisent différents type de réseaux (de confiance, de proximité, de correspondants, de prestataires de services) que les praticiens utilisent.(64)

Les médecins généralistes eux même ne sont pas épargnés par la souffrance au travail et la médicalisation de nos sociétés y contribue. Les espaces de parole autour de cas cliniques vécus par les médecins comme les groupes de pairs ou les groupes balint peuvent constituer un cadre d'aide.

Comme le souligne A.Vega « la médecine est associée à des connaissances théoriques et à des savoirs pratiques, elle est rarement uniquement l'application d'une science, mais un perpétuel dialogue entre des savoirs scientifiques et des expériences humaines. »(65). Les écarts entre théorie et pratique font sens. Etudier les pratiques des généralistes, comprendre les difficultés de terrain qu'ils rencontrent nous apparaissait comme le préambule nécessaire à un travail d'amélioration des pratiques.

Cette étude et les difficultés qu'elle révèle pourrait, peut être, être utile à l'élaboration des formations médicales initiales et continues à l'avenir. Il serait très utile de compléter cette étude, par une enquête quantitative afin de quantifier et hiérarchiser les résultats retrouvés. Il serait également indispensable d'enquêter auprès des patients souffrant de symptômes en lien avec une souffrance morale au travail afin de connaître leurs attentes envers leurs généralistes et de faire une étude sur la pratique des autres intervenants (médecins du travail, psychiatres, psychologues...).

## BIBLIOGRAPHIE

1. Davezies P. Les dommages collatéraux des nouvelles organisations du travail. Santé Trav. 2003;(44):28-30.
2. Lasfargues G, Guillaume A. Santé mentale et travail. Arch Mal Prof Médecine Trav.2004, 65(2):124-5.
3. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. 2002-73 janv 17, 2002.
4. Vallery G, Leduc S. Les risques psychosociaux. Paris, France: Presses universitaires de France; 2012. 126 p.
5. EUROGIP. Risques psychosociaux au travail : une problématique européenne - Eurogip\_RPSautravail\_2010\_47F.pdf [Internet]. 2010 [cité 25 mars 2014]. Disponible sur: [http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip\\_RPSautravail\\_2010\\_47F.pdf](http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_RPSautravail_2010_47F.pdf)
6. DARES. Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'expositions selon les secteurs. Ministère du Travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social; 2013. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-010.pdf>
7. Cohidon C, Murcia M, comité de pilotage Samotrace Centre. Mal être et travail, premiers enseignements du programme de surveillance Samotrace. InVS; 2009.
8. Eloy A, Albouy J, Leclerc C, Doulat T, Plaine J, Valenty M. Les maladies à caractère professionnel en région Centre : résultats des quinzaines 2011. ORS centre/Direccte Centre/ARS centre/InVS; 2013.
9. Ministère du Travail de l'Emploi de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social. Les risques psychosociaux : de quoi parle-t-on?. Disponible sur: <http://www.travaillermieux.gouv.fr/De-quoi-parle-t-on,202.html>
10. Gollac M, Bodier M. Rapport du collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail. 2011 avr, p. 1-223.
11. J.F Chanlat. Théories du stress et psychopathologie du travail. Prévenir. 1990;(20):117-24.
12. Molinier P, Flottes A. Travail et santé mentale : approches cliniques. Trav Empl. 15 mars 2012;(94 p.):51-66.
13. Dejours C. Travail, usure mentale. Bayard; 1993.
14. Torrente J. La souffrance psychologique liée au travail. Concours Méd. 2001;123:795-8.
15. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lustman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». Exercer. 2009;20(87):74-9.
16. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lustman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer. 2009;20(88):106-12.

17. Freydt C, Legeron P, Paolillo A. Stress au travail. FMC Généraliste. 2004;(2286 ( cahier détachable)).
18. Société européenne de médecine générale-Médecine de famille (WONCA).La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille, 2002 : 52p, [www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org)
19. Vignola E. La souffrance mentale au travail en médecine générale : enquête auprès de 77 patients en Franche-Comté suivis par 21 médecins. [These d'exercice]. [Besançon]: Université de Franche-Comté; 2011.
20. Souffrance Psychique au travail .Journées Bordeaux Segalen Formation Médicale Continue des Médecins Généralistes; 2012. Disponible sur: [http://www.canal-u.tv/video/universite\\_bordeaux\\_segalen\\_dcam/souffrance\\_psychique\\_au\\_travail.9597](http://www.canal-u.tv/video/universite_bordeaux_segalen_dcam/souffrance_psychique_au_travail.9597)
21. Guignon N, Niedhammer I, Sandret N. Les facteurs psychosociaux au travail.Une évaluation par le questionnaire de karasek dans l'enquête sumer 2003. Doc Pour Médecin Trav. 2008;(115):389-98.
22. Grenier-Pezé M, Sandret N. Souffrance au travail : que faire? Rev Prat MG. 2007
23. Mercier P. Le généraliste face a la souffrance morale au travail. Rev Prat. 2003
24. Marconnet sophie. Enquete de pratique sur la prise en charge de la souffrance morale au travail réalisée aupres de 106 medecins généralistes de la région Rhône-Alpes [thèse d'exercice]. Claude Bernard Lyon 1 Villeurbanne; 2011.
25. Fondin E. Dépistage de la souffrance psychique au travail en médecine générale : intérêt de l'utilisation de l'outil de karasek.Regard sur les pratiques de 30 médecins généralistes des Pays de la Loire un an après une campagne de prévention réalisée entre mai et aout 2009 [thèse d'exercice] Nantes; 2011.
26. Pezé M, Soula M, Sandret N. Souffrance au travail, stress, épuisement, harcèlement. Concours Med. 2008;201- 18.
27. Chouanière D, Drais E, Francois M, Guibert A, Langevin V, Pentecote A, et al. Le stress au travail, une réalité. Quelle prévention, quels acteurs et quels outils ? Notes Sci Tech INRS. Fevrier 2007;(270):89.
28. Herzig L. Troubles émotionnels en médecine de famille ou le visage caché d'une souffrance. Rev Médicale Suisse. 2010;(249):1000-5.
29. Kamel M. Le travail et la sante. Quotid Med. 5 juin 2012;(9136).
30. Peze M, Soula M. Harcèlement au travail : l'interrompre en urgence. Rev Prat. 2001;537(15):973-8.
31. SISTEPACA. Conduite à tenir devant une souffrance morale au travail. Systeme d'information en santé, travail et environnement Provence-Alpes-Cotes d'Azur; 2004. Disponible sur: [www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org)
32. Guide pratique pour les professionnels de sante. Rue 89. 20 déc 2012;3.

33. Lauvray-Bouillet C. La souffrance au travail: dépistage et prise en charge en médecine générale : revue de la littérature et enquête d'intention de pratique auprès des médecins généralistes des Hauts-de-Seine [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2005.
34. Noumbissi-Nana C. Souffrance psychique : prise en charge en médecine générale. [thèse d'exercice]. Brest; 2004.
35. Hirigoyen M-F. Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien. La Découverte. 1998.
36. Kivimäki M. Job strain as a risk factor for coronary heart disease : a collaborative meta analysis of individual participant data. The Lancet. oct 2012;380:1491-7.
37. Davezies P, Deveaux A, Grossetête A, Riquet O. Pathologies d'hypersollicitation, entre contraintes et travail, identité et rapports sociaux. Paris; 1997 . p. 11.
38. Echelles psychiatrie . Disponible sur: <http://www.echelles-psychiatrie.com>
39. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville.Etudes et résultats. DREES; 2012.
40. Coldefy M, Nestrigue C. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. Etudes et résultats. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques; 2013. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er860.pdf>
41. Dumont P, Andreoli S, Borgacci Y, et al. Détection rapide de la dépression : un problème important. Rev Médicale Suisse. 2005;(3005).
42. Turbelin C, Jehel L, Boelle P-Y, Kieffer A, Blanchon T, Flahault A. Recours au médecin généraliste avant un acte suicidaire. Rev Epidemiol Santé Publique. sept 2008;56(5S):292.
43. Bourgeois M. Les autopsies psychologiques dans l'étude du suicide. L'Encéphale. déc 1996;(22):46-51.
44. Lescornez J. Evaluation du risque suicidaire chez les patients dépressifs en médecine générale : à propos d'une enquête qualitative menée auprès des médecins généralistes du secteur psychiatrique de Wattrelos-Leers [thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Lille 2; 2013.
45. OMS. La prévention du suicide.Indications pour les Médecins Généralistes. 2001 .Disponible sur: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/57.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/media/en/57.pdf?ua=1)
46. Souville M, Cabut S, Viau A, Iarmarcovai G, Arnaud S, Verger P. General practitioners and patients with psychological stress at work. J Occup Rehabil. sept 2009;19(3):256-63.
47. Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B. Facteurs associés à l'adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. L'Encéphale. juin 2010;36:D59-72.
48. Terra J, Beck F, Guignard R, du Roscoât E, Saias T, et al. Suicide et tentatives de suicide : états des lieux en France.Numéro thématique. BEH InVS. déc 2011;(47-48).
49. Lhuillier D. Dépressions sévères et travail. L'Encéphale. 2009;35:S291-5.

50. Boissin, Rougemont. Les certificats médicaux.Règles générales d'établissement. Conseil de l'ordre des médecins; 2006.
51. Aizicovici F. Plaintes contre trois médecins du travail devant le conseil de l'Ordre. Le Monde.fr. 6 mai 2013
52. LOI n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. 2011-867 juill 20, 2011.
53. Office Cantononal de l'inspection et des Relations de travail. Prevention du stress professionnel. Suisse : Secrétariat de l'Economie, Département de la solidarité et de l'emploi; 2000.
54. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignage, analyse et perspectives. [Internet]. Union régionale des Médecins Libéraux; 2007. Disponible sur: [http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude\\_070723.pdf](http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf)
55. Gandolfi G. Patients épuisants=généralistes épuisés? le généraliste. 13 sept 2013;(2652):8-10.
56. Demortiere G, Verger P, Beck F, Menard C, Durand E. Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés. Inpes; 2012. 192 p. p. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1384.pdf>
57. Godefroy J, Deriot G. Le mal être au travail : passer du diagnostic a l'action.Rapport d'information au Sénat. [Internet]. 2010 p. 5-91. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r09-642-1/r09-642-1-syn.pdf>
58. De Brouwer C, Thimpont J. Les relations entre le médecin du travail et le médecin généraliste. Rev Médicale Brux. sept 2009;30(4):304-8.
59. Buijs PC, Weel ANH, Nauta NP, Anema HR, Schoonheim PL, Helsloot RSM. Teaching general practitioners and occupational physicians to cooperate: Joint training to provide better care for European workers. Eur J Gen Pract. 1 nov 2009;15(3):125-7.
60. Note de cadrage. Episode dépressif caractérise de l'adulte : prise en charge en premier recours recommandation de bonne pratique. HAS; 2014
61. Plan Psychiatrie et Santé Mentale (2011-2015) [Internet]. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2012. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Psychiatrie\\_et\\_Sante\\_Mentale\\_2011-2015-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf)
62. Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. Les courriers échangés entre Médecins généralistes et Psychiatre lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. 2010 sept
63. Gallais J. Medecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. Inf Psychiatr. 2014;90(5):323-9.
64. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. Rev Epidemiol Santé Publique. 2008;56S:S197-206.

65. Vega A. Introduction à l'approche anthropologique des soins. Société Fr Médecine Générale. nov 2007;(64):33-50.

## **ANNEXES**

## ANNEXE 1 : Glossaire des termes utilisés dans la recherche qualitative (15,16)

**Analyse de contenu :** Examen systématique d'un texte consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classer et développer des catégories, puis établir des correspondances entre celles-ci.

**Analyse qualitative :** Travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. Le témoignage de l'acteur n'est jamais totalement évident, il n'existe pas de mécanique simple ni de limpidité discursive. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

**Catégorisation :** Opération intellectuelle qui permet de déduire un sens plus général d'un ensemble d'éléments bruts du corpus ou d'éléments déjà codifiés, sous la forme de catégories. Il s'agit d'un début de théorisation scientifique, qui met en œuvre le(s) paradigme(s) de référence du chercheur, mais en principe sans grille théorique et conceptuelle a priori.

**Citation :** Extrait d'un entretien, à partir d'un verbatim, d'une séquence audio ou vidéo, permettant d'illustrer les résultats d'une recherche qualitative et de renforcer la plausibilité de l'interprétation des auteurs.

**Codification :** opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant très banal et proche du sens commun.

**Echantillon raisonné :** Procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. Cette procédure est destinée à garantir la validité externe des résultats.

**Enregistrement :** les entretiens doivent toujours être enregistrés. L'enregistrement permet de dépasser les « impressions » laissées par l'entretien, qui peuvent être fondées sur quelques moments marquants ne correspondant pas nécessairement à l'essentiel de ce qui a été dit. Il donne accès à l'ensemble du discours de l'interviewé, afin de faire ressortir la parole exacte de l'enquêté ; l'analyse pouvant ainsi se faire en plusieurs étapes après lecture et relecture de l'entretien. Il met à disposition les citations fidèles de la parole des interviewés qui serviront de « preuve » de l'analyse de l'entretien.

**Entretien semi-directif :** Entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas forcément abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide de l'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

**Guide d'entretien :** Série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

**Hypothèse :** Conjecture vraisemblable et provisoire par laquelle l'imagination anticipe sur la connaissance en préalable à une recherche. Elle doit être validée par confrontation au réel.

**Question ouverte :** Question pour laquelle la personne interrogée répond comme elle le désire, sans avoir à choisir parmi différentes réponses préétablies. Certaines questions très larges, invitant l'interviewé à se raconter, sont appelées « consignes ». Ce type de question a pour avantage de donner accès à une pensée complexe mais est difficile à coder, car nécessitant la construction de catégories complexes.

**Saturation (des données) :** Terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse.

**Transcription :** Première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé. Certains auteurs préconisent de ne noter que les éléments significatifs ; d'autres de respecter une fidélité intégrale au discours tenu, incluant les aspects non verbaux (hésitations, silence, tics de langage, mimiques, etc.), d'autres encore de ne noter que les éléments directement en lien avec la recherche. en pratique, la (re)transcription doit être adaptée aux objectifs de recherche.

**Triangulation :** Utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude .On peut distinguer la triangulation des données (temporelle, spatiale, par combinaisons de niveaux), la triangulation du chercheur, la triangulation théorique et la triangulation méthodologique.la validation par les enquêtés peut aussi être considérée comme une forme de triangulation.

**Validation (des résultats) :** En recherche qualitative, les éléments suivants permettent de limiter le risque d'interprétation subjective des résultats : la saturation des données, la triangulation des données, la congruence avec les données de la littérature, ainsi que la confirmation ultérieure des résultats apportée par des données proches dans de nouvelles enquêtes.

**Verbatim :** Compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales.

## Annexe 2 : Trame d'entretien

- 1) Pouvez-vous me parler de votre parcours .... vos études votre installation?
- 2) Est ce que vous pouvez me parler de votre pratique courante ?
- 3) Avez vous fréquemment des patients qui viennent vous voir pour des problèmes de souffrance morale ? *Relances sur la recherche du bien être au travail/renseignement de la profession sur le dossier médical/situations faisant suspecter une éventuelle souffrance au travail*
- 4) Est ce que vous pourriez me raconter un cas, une situation de souffrance morale au travail que vous avez rencontré dans votre activité professionnelle et qui vous a marqué ?
- 5) Lors d'une consultation pour un problème de souffrance morale au travail comment organisez vous votre consultation ? *Relance : évaluation état de souffrance/risque suicidaire/ prescription médicamenteuse/arrêt de travail (durée, motif, déclaration en AT ou MP)/suivi/cas décrits comme harcèlement*
- 6) En général quand vous prenez en charge un patient pour des problèmes de souffrance morale au travail travaillez vous seul ou avec d'autres intervenants ? Quels intervenants ?
- 7) Pour vous prendre en charge un patient pour un problème de souffrance morale au travail c'est facile ou difficile ? Pourquoi ?  
*Relance si besoin : difficultés dans le diagnostic, les prescriptions, avec les arrêts, dans la collaboration avec les autres intervenants*
- 8) Est ce que vous pourriez me dire ce qu'est la souffrance morale au travail pour vous ?  
*Relances : étiologies et formes d'expression de la souffrance morale au travail*
- 9) De quelle manière pensez vous qu'on pourrait améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance morale au travail en médecine générale?
- 11) Pour vous quelle est la place et le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la souffrance morale au travail ?
- 12) L'entretien se termine est ce que vous aimeriez ajouter quelque chose à cet entretien ?  
*(a la fin faire préciser âge, année d'installation mode de formation, type de cabinet si besoin )*

### Annexe 3 : Le questionnaire de Karasek et le calcul des scores (6,21)

Ce questionnaire évalue trois dimensions de l'environnement psychosocial au travail : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social.

Il comporte 26 questions : neuf pour la demande psychologique, neuf pour la latitude décisionnelle, huit pour le soutien social. Les réponses proposées sont : « Pas du tout d'accord, Pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord », ce qui permet de les coter de 1 à 4 et de calculer un score pour chacune des trois dimensions.

L'axe « **demande psychologique** » regroupe trois sous-axes :

#### Quantité – rapidité

Q10 - Mon travail me demande de travailler très vite

Q12 - On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive

Q13 - Je dispose du temps pour exécuter correctement mon travail

#### Complexité - intensité

Q14 - Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes

Q11 - Mon travail me demande de travailler intensément

Q15 - Mon travail demande de longues périodes de concentration intense

#### Morcellement, prévisibilité

Q16 - Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard

Q17 - Mon travail est très bousculé

Q18 - Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail

**Le score de demande psychologique est donné par la formule :  $Q10+Q11+Q12+(5-Q13)+Q14+Q15+Q16+Q17+Q18$**

L'axe « **latitude décisionnelle** » regroupe trois sous-axes :

#### Latitude ou marges de manœuvre

Q4 - Mon travail me permet de prendre souvent des décisions moi-même

Q6 - Dans ma tâche, j'ai très peu de libertés pour décider comment je fais mon travail

Q8 - J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail

#### Utilisation actuelle des compétences

Q2 - Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives

Q5 - Mon travail demande un haut niveau de compétence

Q7 - Dans mon travail, j'ai des activités variées

#### Développement des compétences

Q1 - Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles

Q3 - Mon travail me demande d'être créatif

Q9 - J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles

**Le score de latitude décisionnelle est donné par la formule :  $4*Q4+4*(5-Q6)+4*(Q8)+2*(5-Q2)+2*(Q5)+2*(Q7)+2*(Q1)+2*(Q3)+2*(Q9)$**

L'axe « **soutien social** » distingue le soutien professionnel ou émotionnel, en provenance des supérieurs ou des collègues

Le soutien professionnel

- par les supérieurs :

Q22 - Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés

Q21 - Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien

- par les collègues :

Q23 - Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents

Q26 - Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien

Le soutien émotionnel :

- par les supérieurs

Q20 - Mon supérieur prête attention à ce que je dis

Q19 - Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés

- par les collègues

Q25 - Les collègues avec qui je travaille sont amicaux

Q24 - Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt

**Le score de soutien social est donné par la formule  $Q19+Q20+Q21+Q22+Q23+Q24+Q25+Q26$**

Le « **Job strain** » ou « tension au travail » est la combinaison faible latitude/forte demande. En pratique, si le score de demande psychologique est supérieur à 20 et le score de latitude décisionnelle inférieure à 71, le salarié est dans le cadran « tendu », et donc considéré en situation de « job strain ».

L'« **Isostrain** » est la combinaison d'une situation de job strain et d'un faible soutien social, inférieur à 24.

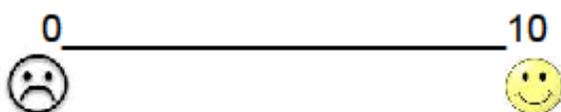
Annexe 4 : Outils proposés par l'APS en 2009 lors de la campagne de sensibilisation sur le dépistage de la souffrance au travail dans la région Pays de la Loire.



Âge :  
Sexe :

**Cible : Patients symptomatiques**  
Document page 3

☛ Et au travail comment ça va ?



↳ Le patient exprime une souffrance au travail **Oui**  **Non**

☛ 4 éléments pour aller plus loin (cf doc2 sur page dépliant)

	Le patient est...			
	pas du tout d'accord	plutôt pas d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
<b>1) Autonomie</b> Je suis en mesure d'organiser mon travail				
<b>2) Soutien social</b> Je suis bien soutenu à mon travail				
<b>3) Reconnaissance</b> Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation				
<b>4) Charge mentale</b> J'ai le temps nécessaire pour exécuter mon travail				

### Annexe 5: Echelle MBI

On cote la fréquence à laquelle la personne ressent les propositions suivantes. Jamais =0, quelques fois par an au moins = 1, une fois par mois au moins =2, quelques fois par mois = 3, une fois par semaine = 4, quelques fois par semaine = 5, chaque jour = 6.

	0	1	2	3	4	5	6
Q1-Je me sens émotionnellement vidé€ de mon travail							
Q2-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
Q3-Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
Q4-Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent							
Q5-Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets							
Q6-Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort							
Q7-Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves							
Q8-Je sens que je craque à cause de mon travail							
Q9-J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							
Q10-Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
Q11-Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
Q12-Je me sens plein(e) d'énergie							
Q13-Je me sens frustré(e) par mon travail							
Q14-Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail							
Q15-Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à mes patients/clients/élèves							
Q16-Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
Q17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves							
Q18-Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves							
Q19-J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
Q20-Je me sens au bout du rouleau							
Q21-Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
Q22-J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

**Score d'Épuisement Professionnel (SEP)** est la somme des scores obtenus aux questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

SEP < 17	18 < SEP < 29	SEP > 30
Degré faible 😊	Degré modéré 😊	Degré élevé 😊

**Score de Dépersonnalisation (SD)** est la somme des scores obtenus aux questions 5, 10, 11, 15, 22.

SD <5	6 < SD < 11	SD > 12
Degré faible 😊	Degré modéré 😊	Degré élevé 😊

**Score d'Accomplissement Personnel (SAP)** est la somme des scores obtenus aux questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

SAP < 33	34 < SAP < 39	SAP > 40
Degré faible 😊	Degré modéré 😊	Degré élevé 😊

## **Annexe 6 : Lettre d'information aux patients bénéficiaires de la consultation «Souffrance et travail»**

**La consultation spécialisée « Souffrance et travail »** située au sein de la Consultation de pathologie professionnelle du CHU Bretonneau, est accessible aux patients en souffrance dans leur activité de travail.

Il vous est vivement demandé de venir avec un courrier de votre médecin du travail, de votre médecin traitant et/ou du spécialiste qui vous prend en charge, et qui vous adresse à cette consultation.

L'objet de **la consultation spécialisée « Souffrance et travail »** est de **vous apporter une aide pour comprendre ce qui peut faire difficulté dans votre travail au point de vous en rendre malade.**

Il s'agit d'une consultation médicale. Un médecin, spécialisé en médecine du travail, compétent en psychopathologie du travail, vous recevra entre 2h30 et 4h00, pour essayer de comprendre avec vous, la part éventuelle de votre travail, de son organisation concrète et des rapports sociaux qui s'y nouent, qui pourrait expliquer votre souffrance professionnelle.

L'histoire de votre santé au travail sera reconstituée avec vous, d'hier et d'aujourd'hui, pour en faire émerger des clés de compréhension.

A la fin de cette consultation, le médecin consultant reformulera devant vous pour le valider, ce qu'il aura compris avec vous, des mécanismes pathogènes qui expliqueraient la dégradation de votre état de santé au travail.

**L'objectif de cette consultation est de vous permettre de retrouver la possibilité d'agir pour restaurer et protéger votre santé au travail, pour que votre travail soit facteur de construction de votre santé**

Eventuellement le médecin consultant pourra vous proposer de vous revoir une fois pour continuer le travail de compréhension, si le temps s'en avère insuffisant.

A l'issue de cette consultation, le médecin consultant pourra adresser à votre médecin et à vous-même, un courrier de ce qu'il aura compris et constaté. Ce document médical qu'il pourra rédiger, a pour objet principal de laisser une trace du travail de compréhension effectué lors de cette consultation pour que vous puissiez vous y référer en continuant à restaurer votre santé. Il peut être utile à l'information du ou des médecins en charge de votre santé.

**En aucun cas cette consultation n'a pour objet de se substituer aux missions réglementaires de votre médecin du travail, ni d'assurer votre prise en charge médicale dans le temps.**

**Vu, le Directeur de Thèse**

**Vu, le Doyen  
de la Faculté de médecine de TOURS**

## Faculté de Médecine de TOURS

**SIMION Amélie**

**Thèse n°**

**76 pages –5 tableaux**

### **Résumé :**

**Contexte :** Les médecins généralistes sont de plus en plus confrontés à la question de la souffrance morale au travail. L'étude aura pour objectif d'étudier les pratiques des médecins généralistes face à la thématique de la souffrance morale au travail et tout particulièrement leurs modes de repérage, de prise en charge, de coopération avec les autres intervenants et de cerner les difficultés qu'ils rencontrent.

**Matériel et méthode :** Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes jusqu'à saturation des données. Echantillon raisonné et diversifié. Analyse thématique de contenu par double codage en aveugle.

**Résultats :** 13 entretiens semi-dirigés ont été réalisés. Le questionnement sur le bien être au travail ne semble pas systématique. Les premiers signes cliniques de la souffrance morale au travail sont aspécifiques et la plainte peut se manifester initialement sous un abord somatique. Les atteintes à la santé physique sont peu évoquées par les médecins de l'étude et l'évaluation de la souffrance psychique est subjective. Les risques psychosociaux sont assez bien connus. Les médecins généralistes de l'étude se mettent parfois en danger dans la rédaction du motif d'arrêt de travail. Ils n'ont pas connaissance de l'existence de consultations spécialisées. Certaines difficultés ont été soulignées : gestion des consultations longues, peur de se faire « manipuler », manque de formation, peur du risque suicidaire et de l'arrêt qui dure, difficultés de la collaboration notamment avec le médecin du travail. Se pose également la question de la souffrance morale au travail des généralistes eux-mêmes.

**Conclusion :** Notre étude confirme que le repérage et la prise en charge de la souffrance morale au travail sont sources de difficultés pour les médecins généralistes. Néanmoins il serait utile de compléter ce travail par une enquête quantitative afin de quantifier et hiérarchiser les résultats retrouvés. Il serait également intéressant d'enquêter auprès des patients afin de connaître leurs attentes envers leurs généralistes et de faire une étude sur la pratique des autres intervenants.

**Mots clés :** Souffrance morale au travail, Médecine générale, Risques psychosociaux, Dépistage, Pratiques, Collaboration.

### **Jury :**

Président : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD

Membres : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH

Monsieur le Docteur Matthieu LUSTMAN

**Date de la soutenance :** 30 Octobre 2014