


The logo for URPS (Union Régionale des Médecins Libéraux) Ile-de-France. It features the letters 'URPS' in a large, bold, blue sans-serif font. Below the letters, the words 'MÉDECINS LIBÉRAUX' are written in a smaller, white sans-serif font inside a red rectangular box. Underneath the box, the words 'ILE-DE-FRANCE' are written in a blue sans-serif font. A thin red horizontal line passes behind the red box.

# URPS

MÉDECINS LIBÉRAUX  
ILE-DE-FRANCE

A thick, solid pink arrow pointing to the right, positioned to the left of the main title.

## Souffrance psychique au travail : Rôle des **médecins généralistes** libéraux

Enquête qualitative réalisée par focus group auprès de deux groupes de MG franciliens

An abstract graphic consisting of several thin, curved lines in shades of blue and grey, originating from the bottom left and extending upwards and to the right, resembling stylized grass or reeds.

Kynos pour la Commission spécialistes de médecine  
générale de l'URPS médecins libéraux Ile-de-France  
OCTOBRE 2017

## Introduction

Les problématiques liées aux maladies induites directement ou indirectement par l'organisation des entreprises et les relations au travail prennent au quotidien une importance croissante. Les médecins généralistes libéraux voient ainsi de plus en plus de patients dans leurs cabinets invoquant des souffrances liées à l'environnement professionnel.

C'est pourquoi la Commission spécialistes de médecine générale de l'URPS médecins d'Ile-de-France a décidé de commanditer une enquête qualitative par focus group auprès d'un échantillon représentatif d'une vingtaine de médecins généralistes franciliens.

L'objectif de cette enquête était de recueillir des informations sur :

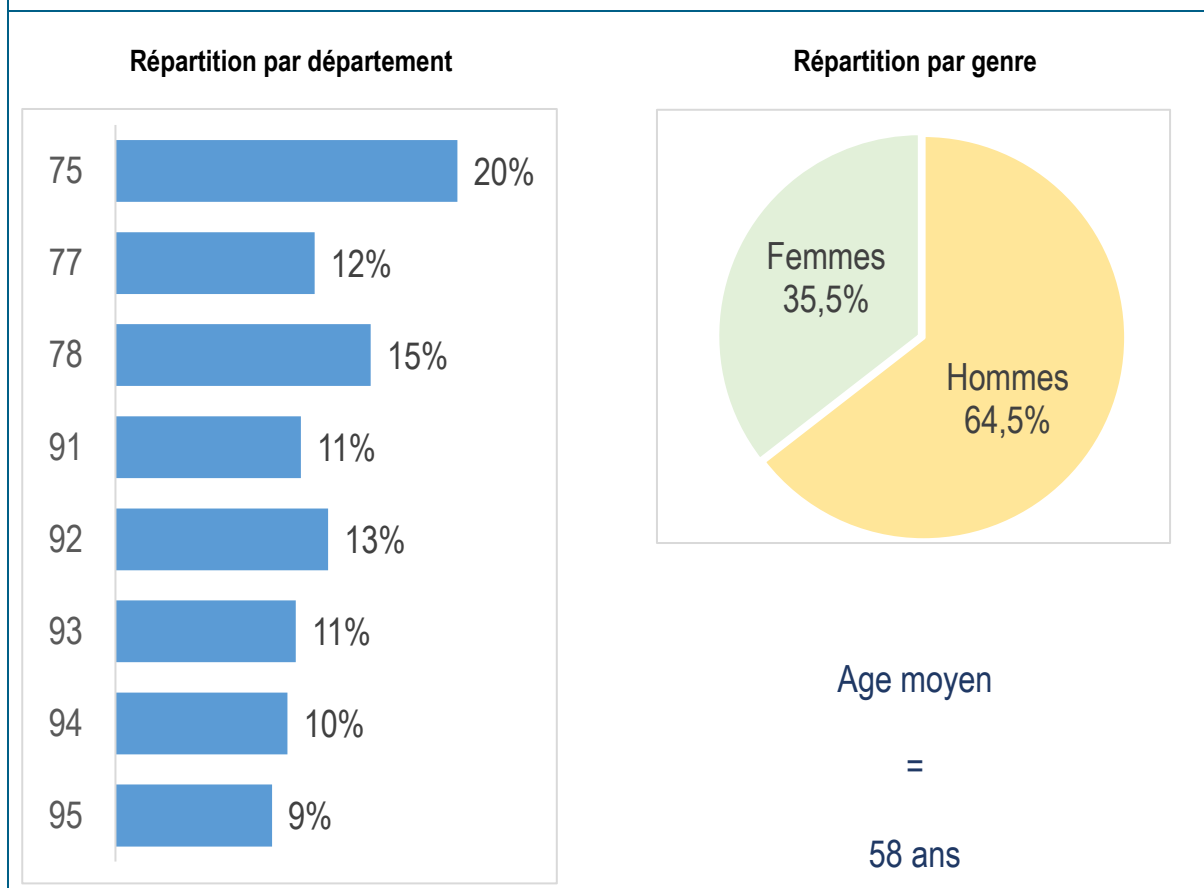
- le ressenti des médecins généralistes,
- les situations rencontrées,
- les problèmes soulevés,
- les réponses apportées,
- l'impact sur leur pratique au quotidien,
- leur souffrance morale en tant que soignant.

## Méthodologie

Nous avons envoyé un email d'invitation à l'ensemble des Médecins Généralistes libéraux exerçant en Ile-de-France (hors MEP) et dont l'URPS disposait de l'email. L'email renvoyait vers un formulaire d'inscription en ligne.

### Base de départ :

(Médecins Généralistes libéraux exerçant en Ile-de-France (hors MEP) et dont l'URPS disposait de l'email)



Objectif du recrutement : constituer 2 groupes de 10 médecins généralistes représentatifs de la population globale en termes d'âge, de genre et de département.

Nous avons réalisé des relances téléphoniques et emails en fonction de la représentativité. Pour les relances téléphoniques, comme lors de la précédente enquête sur l'évolution des conditions d'exercice, nous avons privilégié les médecins dont nous disposions du numéro de téléphone portable.

Au total, nous avons recruté 20 médecins généralistes, mais 15 d'entre eux ont effectivement répondu à notre invitation, et au lieu des deux focus group de 10 médecins généralistes attendus, nous en avons eu un premier de 8 participants et un second de 7.

Ainsi, dans notre échantillon, les médecins femmes et les médecins parisiens se sont vus quelque peu surreprésentés (cf. tableau page suivante).

Département	Base URPS	Inscrits		Participants	
75	20%	5	25%	4	29%
77	12%	1	5%	1	7%
78	15%	1	5%	1	7%
91	11%	1	5%	1	7%
92	13%	3	15%	2	14%
93	11%	4	20%	2	14%
94	10%	3	15%	2	14%
95	9%	2	10%	1	7%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Genre	Base URPS	Inscrits		Participants	
Hommes	65%	8	40%	7	47%
Femmes	35%	12	60%	8	53%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

	Base URPS	Inscrits	Participants
Age moyen	58 ans	55,1 ans	55,3 ans

### L'animation des focus group :

Les focus group, d'une durée d'environ trois heures, ont été organisés en six temps : l'accueil et l'installation des participants, l'introduction, la division du sujet en trois grandes parties et enfin la conclusion.

L'**introduction**, d'une quinzaine de minutes, rappelait le sujet **et les objectifs de l'étude**, précisait le **fonctionnement de la réunion** (tour de table, temps de parole, enregistrement pour une retranscription anonyme, rôle de l'animateur), présentait brièvement les trois grandes parties à traiter, puis terminait par ce qui pourrait être évoqué en conclusion.

La première partie, d'environ 45 minutes, portait sur la **souffrance psychique des patients dans leur milieu professionnel**. L'objectif était de comprendre de quelle façon les médecins généralistes identifiaient cette souffrance chez leurs patients, par quelles pathologies elle se traduisait et si certaines catégories de patients étaient davantage concernées que d'autres.

La deuxième partie, d'une durée égale à la première, abordait la **prise en charge des patients** en souffrance psychique au travail par les médecins généralistes libéraux. Nous leur demandions de nous exposer les réponses qu'ils apportaient à ces patients et de nous préciser les outils et/ou moyens qu'ils utilisaient dans cette prise en charge. Nous voulions également savoir si celle-ci avait un impact sur leur pratique.

Lors de la troisième partie, un peu plus courte que les deux précédentes, nous les interrogeons sur leur vision de l'évolution de la souffrance psychique au travail, leur demandant d'évoquer leur perception des évolutions depuis les 10 à 15 dernières années, leurs attentes éventuelles (en termes d'outils, d'aides, de formations etc.) pour améliorer ce type de prise en charge et pour finir leur perception des évolutions pour les années à venir.

En conclusion, pendant une trentaine de minutes, nous avons essentiellement échangé sur la souffrance psychique au travail des soignants.

## I. La souffrance au travail des patients

Cette partie se présentait sous la forme de quatre questions, correspondant aux quatre axes d'analyse présentés ci-dessous :

- 1) Quels types de symptômes, pathologies rencontrez-vous ?
- 2) Interrogez-vous vos patients sur leurs conditions de travail ?
- 3) Quels sont les types de situations exprimées dans l'environnement professionnel ?
- 4) Quelles sont les catégories de patients les plus souvent concernés ?

### 1) Identification et reconnaissance de la souffrance psychique au travail.

Les médecins généralistes étaient quasiment unanimes sur le fait qu'ils n'existent **pas de symptômes ou de pathologies spécifiques à la souffrance psychique au travail**. Cependant, certains médecins, notamment les plus expérimentés, ont identifié des signaux d'alerte qui peuvent dissimuler une situation de souffrance psychique au travail : trop de consultations pour un même patient ou trop de symptômes lors d'une même consultation, des demandes d'arrêt de travail à répétition ou, à l'inverse, des refus d'arrêt de travail, ou bien encore des jeunes (moins de 30 ans) en bonne santé qui ne devraient normalement pas consulter.

*« Je ne pense pas qu'il y ait un symptôme spécifique de la souffrance au travail. »*

*« ...la symptomatologie n'est absolument pas spécifique. Elle est vraiment très variable, multifactorielle. C'est-à-dire qu'il n'y a aucun signe physique qui permette de dire qu'il s'agit d'une pathologie au travail. »*

*« C'est-à-dire un patient qui a beaucoup trop de choses pour son âge. Une personne jeune, en bonne santé, normalement elle ne doit pas venir chez le médecin. Si elle vient chez le médecin, c'est déjà un signal d'alarme, donc si elle vient plusieurs fois... Donc ça c'est l'un des symptômes qui me paraît amener un jour ou l'autre la discussion. »*

*« ...ce qui attire mon attention, c'est quand il y a trop de consultations pour une personne. [...]. En tout cas elle vient de manière récurrente. Et puis également quand il y a beaucoup de symptômes, quand il y a trop de symptômes dans mes consultations. »*

Les symptômes physiques rencontrés dans le cas de souffrance psychique au travail sont multiples : état dépressif, burn-out, psoriasis, consommation de psychotropes (médicaments, alcool, drogues...), maux de tête, problèmes digestifs, troubles du sommeil, fatigue, malaises... Cependant, certains d'entre eux semblent faire l'unanimité dans leur fréquence et récurrence : fatigue, trouble du sommeil, troubles digestifs et état dépressif.

Notons que les tentatives de suicides, bien que rares, restent néanmoins présentes dans l'esprit du praticien comme un risque à ne jamais négliger.

*« Alors, troubles du sommeil, oui. Troubles digestifs, à peu près constants. »*

*Les dépressions, les plaintes douloureuses, les troubles digestifs, les troubles du sommeil, les fatigues inexplicables,*

« Les tentatives de suicides, je suis d'accord, c'est anecdotique. Mais je dirais qu'on l'a toujours à l'esprit. On nous a appris ça à la FAC et je pense qu'il faut garder cette peur. »

## 2) Interrogation des patients sur leurs conditions de travail

Dans l'ensemble, la majorité des médecins généralistes n'interrogent pas systématiquement leurs patients sur leur environnement et leurs conditions de travail, notamment par manque de temps. Les médecins qui le font sont soit des médecins qui exercent depuis longtemps et qui se sont intéressés au problème, soit des médecins qui se sont spécialisés dans la prise en charge de la souffrance au travail. Ces deux catégories de médecins interrogent généralement leurs patients dès la première visite pour se faire une idée de leur vécu au travail : profession, métier, temps de trajet, temps de travail...

« Est-ce que j'interroge les patients sur leurs conditions de travail ? Non. Je dirais que je les laisse s'exprimer. Si un jour ils ont envie de me parler de ça, ils m'en parlent, et on en parle. Mais c'est vrai que je ne vais pas forcément les interroger sur leurs conditions de travail. »

« Sinon, en grand n°1, je mettrais le transport. Ça c'est un truc, vraiment... [...] "Ah ouais, je mets 1h45 pour aller à Champs-sur-Marne. Mais bon, il n'y a pas que moi Docteur". Ok, d'accord ! [...], **c'est la question que je pose systématiquement**. Par contre, celle-là, je la pose presque systématiquement : "Où travaillez-vous ? Au cas où, si j'en ai besoin." »

Donc, est-ce que j'interroge les patients sur leurs conditions de travail, oui. Systématiquement je leur demande leur métier et le cadre dans lequel ils travaillent. A tout le monde systématiquement, pas à une catégorie plutôt qu'à d'autres.

« Alors, par rapport à l'identification, dans un premier temps, je demande toujours aux gens quelle est leur profession. Et quand parfois ils sont surpris, je leur dis que c'est pour une éventuelle évaluation des risques psychosociaux. Donc pour moi, c'est la première entrée. »

Généralement, les médecins généralistes ne faisant pas partie des deux catégories mentionnées ci-dessus, interrogent leurs patients sur leurs conditions de travail dans deux types de situation. La première, évidente, quand les patients expriment explicitement des problèmes dans leur vie professionnelle : « Je suis en burn-out ! », « Docteur, je n'en peux plus, il me faut un arrêt de travail... ». La deuxième, quand les patients expriment certains troubles, notamment ceux évoqués dans le point précédent, qui peuvent être la manifestation d'une souffrance psychique au travail : état dépressif, comportements cathartiques, accumulation de symptômes (fatigue, stress, problème de sommeil, psoriasis, etc.)

« **A partir du moment où je me rends compte qu'il y a un problème** et que ça peut être lié au travail, j'essaie de comprendre un peu comment ça se passe. Ce qu'il fait comme travail exactement, s'il a une hiérarchie d'entreprise, si elle est en difficulté, ce qu'elle fait... Enfin tout le contexte pour comprendre. »

« **La discussion, je ne la cherche pas forcément**. D'abord parce que les conditions qu'on m'offre ne me permettent pas forcément de faire tout bien quand je voudrais le faire. Mais quand même il y a un moment où ça devient..., où il faut s'en occuper »

« Donc nous on reçoit en premier la souffrance exprimée par le corps et puis il y a un petit chemin pour la relier à la souffrance psychique. »

### 3) Types de situations exprimées

Les causes de la souffrance au travail sont généralement multifactorielles. D'après les médecins présents, il y a rarement une seule cause qui va entraîner une souffrance psychique dans l'environnement professionnel. Cependant, deux situations semblent assez récurrentes : une surcharge de travail constante, généralement exprimée explicitement, et un manque de reconnaissance, souvent accentué en cas de surcharge de travail.

*« L'ensemble des phénomènes a fait que tout à coup ça souffre, mais ça souffre parce qu'il y en a trop, ça déborde. Et n'importe qui peut déborder à n'importe quel moment. Donc il n'est pas illogique qu'on retrouve tous ces symptômes-là sans exception. »*

Notons également, dans les situations pouvant engendrer de la souffrance psychique au travail évoquées par les médecins, le **temps de transport** (parfois sous-estimé par les patients), les **souffrances physiques** (maladies professionnelles) dont les conséquences peuvent entraîner une souffrance psychique et la **souffrance éthique**, quand des patients souffrent d'être contraints à effectuer des tâches contraires à leur morale.

*« Pour un accident du travail pour un boulanger et une maladie professionnelle pour une femme de ménage, et qui sont en souffrance au travail, mais qui ont plutôt des **troubles psychiques liés à leur combat administratif** pour faire reconnaître le caractère professionnel de leur maladie. »*

*« Il y en a deux qui pourraient rentrer dans la catégorie de gens qui auraient un accident du travail pour un boulanger et une maladie professionnelle pour une femme de ménage, et qui sont en souffrance au travail, mais qui ont plutôt des troubles psychiques liés à leur combat administratif pour faire reconnaître le caractère professionnel de leur maladie. »*

*« Et puis il y a une autre catégorie, ce sont des gens plus murs qui avaient une manière de travailler, et puis la société est rachetée et **on leur demande de faire des choses qui ne correspondent pas éthiquement à ce qu'ils veulent**. Je prends l'exemple d'un vendeur en électroménager. Son but était d'être bon vendeur, mais on lui demandait de vendre des assurances, au moins 3 ou 4 par jour. Et ce sont des assurances qui n'ont pas de sens parce que ce sont des appareils qui sont obsolètes, mais on leur demande [...] Donc il ne sait pas trop, il n'est plus tout jeune et **il le vit très mal**. »*

Important, les causes multifactorielles de la souffrance psychique au travail ne trouvent pas uniquement leur origine dans l'environnement professionnel. Plusieurs médecins ont exprimé l'idée qu'il existe souvent en parallèle des problèmes familiaux, des troubles psychiques, des situations sociales difficiles...

*« Il y a toujours une souffrance au travail qui s'accompagne ou qui est peut-être précédée par une souffrance dans le milieu familial ou social. »*

*« Il y a une souffrance psychique, c'est certain, les gens ne vont pas bien, mais il y a également une souffrance sociale. »*



#### 4) Catégories de patients concernés

Pour les médecins participants toutes les catégories socio-professionnelles de leur patientèle peuvent être en situation de souffrance au travail, à l'exception des artisans et commerçants qui ne viennent pour ainsi jamais consulter pour ce motif.

*« Sinon, toutes les catégories socioprofessionnelles. Aussi bien des cadres supérieurs... »*

*« Très peu d'artisans, très peu de commerçants »*

En revanche, en termes de genre, de type d'entreprise et, dans une moindre mesure, d'âge, des tendances semblent apparaître. Ce problème de souffrance psychique au travail toucherait davantage les femmes, les salariés de grandes entreprises et se rencontrerait surtout dans l'administration.

Au sein des grandes structures, la surcharge et le rythme de travail, ainsi que le manque de reconnaissance, seraient selon eux plus fréquents que dans les petites entreprises.

*« Et puis, comme ça été dit, c'est souvent plus dans les grosses boîtes, les grandes entreprises très impersonnelles, l'administration. C'est vrai que dans les petites structures, c'est beaucoup plus rare. »*

Les médecins ont paru s'accorder sur deux facteurs pouvant expliquer que les femmes soient davantage touchées que les hommes. Le fait qu'elles acceptent plus aisément, par professionnalisme, une quantité croissante de travail induisant une surcharge de travail (avec souvent un manque de reconnaissance associé) et qu'elles aient par ailleurs souvent davantage le souci de « la maison à tenir ». Ce qui entraîne une double charge mentale entre vie professionnelle et vie personnelle.

*« Je suis tout à fait d'accord sur ce que tu dis sur les femmes de plus de 40 ans dans les services publics qui prennent leur service public tellement à cœur qu'elles veulent le faire fonctionner alors que, par définition, c'est fait pour ne pas fonctionner ! Et qui vivent ça très mal. »*

*« et plus de femmes que d'hommes. Je fais beaucoup de suivi de grossesses aussi et les femmes enceintes sont très touchées. Alors, pour les femmes, c'est souvent ponctuel, ça va durer le temps de la grossesse parce qu'on n'arrive pas à adapter comme il faut le poste de travail, etc. »*

*« Elles ne peuvent pas dire « non » et sont complètement happées par le travail. »*

*« Ce qu'il y a comme profil, c'est plutôt des **gens perfectionnistes** qui s'investissent énormément dans leur travail et qui ne savent pas mettre une barrière entre la vie professionnelle et la vie privée. Ce qui fait que, au bout d'un moment, ils sont débordés. **D'où le fait qu'il y ait plus de femmes parce qu'en général elles ont aussi la maison à tenir**, ce qui rajoute un petit quelque chose par rapport aux messieurs ! »*

Quant à l'âge des patients concernés par une souffrance psychique au travail, les patients de plus de 40 ans sont les plus évoqués (toutefois le nombre d'observations les concernant nous paraît insuffisant pour considérer cette tendance comme vraiment significative). Pour d'autres médecins, se sont plutôt les jeunes qui sont davantage touchés.

*« Je vois de plus en plus de **professionnels aguerris**, qui ont de l'expérience, qui ne sont pas forcément proches de la retraite, mais ils (quelques mots incompris) carrière devant eux. Et ceux-là se trouvent en*

*difficulté. C'est une chose à laquelle ils ne s'étaient jamais attendus, et, là, c'est encore pire parce qu'ils ne se voyaient pas comme ça. Et les perspectives sont difficiles parce qu'ils sont à la fois loin et proches de la retraite. Ça, c'est très compliqué. »*

*« Chez moi ce sont plutôt des CSP+, **40-50 ans**. »*

*« Je dirais **des jeunes**. Je n'ai pas trop vu des personnes après 50 ans. Il y en a, mais ce n'est pas les plus fréquents dans les patients qui ont ce genre de problèmes. Mais ça existe, bien sûr. Disons jusqu'à 45-50 ans. Entre 22-23 ans, ils commencent à travailler et prennent tout sur la tête. On les charge dans le boulot et on a l'impression qu'ils sont utilisés au maximum et qu'on les pousse pour voir jusqu'où ils peuvent aller. »*

Il est à noter, et nous y reviendrons dans la conclusion de ce rapport, que plusieurs médecins ont cité spontanément les internes en médecine comme exemple de jeunes en état de souffrance psychique au travail.

## II. La prise en charge des patients

Cette partie se présentait sous la forme de quatre questions ouvertes :

- 1) Quels types de réponses apportez-vous ?
- 2) Quels sont les freins à la déclaration de maladie professionnelle pour les troubles psychiques ?
- 3) Quels sont les moyens mis à votre disposition ? Et quels outils utilisez-vous ?
- 4) Quels sont les impacts sur votre pratique professionnelle ?

Dans l'ensemble, les réponses des médecins se sont structurées en 5 axes :

- 1) La prise charge administrative : arrêt de travail et maladie professionnelle
- 2) Les tests d'évaluation et les prescriptions
- 3) Les relations avec les confrères et les autres professionnels de santé
- 4) La formation des médecins
- 5) Impact sur la pratique professionnelle

### 1) La prise charge administrative : arrêt de travail et maladie professionnelle

- a) Les arrêts de travail ou arrêts maladie : négociation avec le patient et lourdeurs administratives.

Pour commencer, nous évoquerons les **freins à la mise en arrêt d'un patient**, qui peuvent aussi bien venir du médecin que du patient lui-même. Le patient peut avoir du mal à accepter que ses troubles viennent de son travail ou il peut craindre les conséquences sur son travail (accumulation de retards, reproches de la hiérarchie...). La notion de « **négociation** avec le patients » est revenue souvent dans nos échanges.

*« La règle numéro un quand on a identifié l'origine professionnelle du souci, c'est une négociation avec le patient. »*

*« D'accord avec la **négociation**. [...] Et des fois on choisit le moment, c'est-à-dire qu'ils sont surmenés mais "en ce moment ce n'est pas possible". Je leur dis : « Vous êtes sûr ? » Souvent il faut mettre la pression, dire : « Bon, dans un mois vous aurez fini les comptes, on pourra vous arrêter ». On peut négocier comme ça des arrêts. »*

*« Il y a des gens pour qui **c'est inconcevable d'accepter plus d'une semaine d'arrêt de travail** : "Vous ne vous rendez pas compte, je n'ai jamais été en arrêt de travail !" On leur dit : « Bon, ok, on fait une semaine d'arrêt de travail et on se revoit au bout d'une semaine. » Et puis, ils acceptent une semaine de plus, et puis après ils voient que ça ne va toujours pas et ils acceptent deux semaines et puis... »*

Les médecins quant à eux peuvent appréhender la **complexité administrative** inhérente à ce type d'arrêt, s'interrogeant notamment sur le libellé à indiquer dans le certificat (particulièrement problématique en cas de trouble psychiques liés au travail, nous reviendrons sur ce point) ou redouter des contrôles à posteriori (surtout chez les jeunes praticiens).

*« Et je mets souvent sur le premier arrêt "avec l'accord du patient". Quand on met "avec l'accord du patient" [...] ça permet de marquer le terrain et d'acter que ce n'est pas pour une entorse ou autre chose*

*qu'on arrête le patient, mais que c'est.... Alors, **c'est un peu compliqué** parce que je ne peux pas mettre « souffrance au travail » et **je ne sais pas quoi mettre en fait !** »*

*« Ça me revient maintenant, mais il y en a qui ne veulent pas se faire arrêter parce que : "**Je ne voudrais pas que vous ayez des ennuis Docteur.**" »*

Dialogue entre médecins sur la crainte des jeunes praticiens de délivrer des arrêts de travail :

*« - R1 : Il y a des médecins qui refusent l'arrêt de travail parce qu'ils ont **peur**. Ils pensent qu'ils sont responsables du nombre d'arrêts de travail. Ça, je le vois beaucoup chez les jeunes.*

*- R2 : De l'auto censure.*

*- R3 : De l'auto censure, je vois beaucoup ça chez les jeunes. Du coup, les gens viennent me voir dans mon cabinet alors que je ne suis plus ou pas leur médecin parce qu'ils savent que, là, ils auront un arrêt de travail.*

*- R4 : C'est vrai qu'il y a un **problème avec les jeunes**. Il y a un formatage qui n'est pas ambulatoire, qui est à l'hôpital, aux urgences notamment. Je vois des patients sortir des urgences et venir dans mon cabinet pour que je leur fasse un arrêt. »*

Communément, en cas de souffrance psychique au travail, les médecins délivrent des arrêts de travail en **deux temps**. Ils commencent par délivrer un arrêt maladie relativement court, répondant à l'urgence d'éloigner le patient de la source de ses troubles et à la nécessité de le revoir avant de réfléchir au déroulé d'un accompagnement plus long.

Excepté dans les cas graves, ce premier arrêt maladie est d'une ou deux semaines. Ce temps suffit au patient pour prendre du recul et permet de prévoir un autre rendez-vous pour faire le point.

Ensuite, la prise en charge du patient par le médecin diffère en fonction de son expérience dans le domaine. Les médecins exerçant depuis peu déclarent manquer de métier pour avoir un avis ou donner une tendance. Les médecins exerçant depuis 20-25 ans, ou ceux qui se sont spécialisés dans la prise en charge de ce type de troubles, n'hésitent pas quant à eux à proposer des arrêts longs de 2-3 mois, voire 6 mois ou plus. D'expérience ils savent que les patients ont besoin de temps pour se reconstruire et être à nouveau en capacité de se projeter professionnellement. Par ailleurs, ils pensent qu'un arrêt maladie long permet à l'employeur de s'organiser et de trouver un remplacement durable.

*« En général, le premier arrêt de travail, je ne le propose pas très long. »*

*« Sur l'arrêt maladie, le premier arrêt est parfois différent des arrêts suivants. Car le premier arrêt nécessite quelque part un retour, on se revoit, pas dans trois jours, mais une dizaine de jours. »*

*« Par ailleurs, j'aime bien partir sur des arrêts plutôt longs. D'abord ça leur permet d'être vraiment à distance, **sinon ils ont très vite le souci de la reprise du travail**, et puis, en même temps, je trouve que c'est un **service qu'ils rendent à leur employeur** qui ainsi s'organise pour les remplacer durablement. Personnellement il m'est arrivé d'arrêter des patients, **6 mois, 8 mois, voire parfois plus d'une année.** »*

Notons que deux médecins, qui exercent depuis plus de 25 ans, ont déclaré proposer directement des arrêts longs de 3 semaines ou plus.

*« Souvent, j'attaque directement en disant : "Je vous trouve surmené et **le tarif c'est au moins 3 semaines, un mois**", en leur expliquant pourquoi. La première semaine, c'est pour se rendre compte qu'on est arrêté. La deuxième semaine, c'est peut-être un peu profiter. Et la troisième semaine pour stresser déjà parce qu'on va reprendre. »*

b) La déclaration de maladie professionnelle pour les troubles psychiques

Aucun des participants n'a fait la démarche de déclarer la souffrance psychique d'un patient liée à son travail comme maladie professionnelle. Ils n'y ont pas pensé ou la juge impossible (la souffrance psychique au travail n'étant pas à leur connaissance reconnue comme une maladie professionnelle). Par ailleurs, la déclaration de maladie professionnelle pour des troubles physiques est perçue comme lourde et complexe.

*« Pour les freins à la maladie professionnelle, c'est la paperasse. J'ai une patiente, une femme de ménage qui a été pressée comme un citron dans un hôtel et qui a mal partout, que je suis pour 4 ou 5 maladies professionnelles. Le (mot incompris) gauche, le (même mot incompris) droit, la tendinite d'Achille droite, la tendinite d'Achille gauche. Tout ça fait 4 maladies professionnelles, avec pour certaines une déclaration aux mêmes dates et d'autres à des dates différentes. Des fois c'est la date de première constatation, des fois c'est la date de décision qui compte. Et donc quand elle vient me voir, elle est en arrêt, il faut que je l'arrête sur la maladie professionnelle qui est en arrêt et les autres en reprise avec soins. Et si je me goure une fois et que je ne mets pas l'arrêt sur la bonne, tout est bloqué et elle n'est pas payée pendant 3 mois ! [...] Mais je ne sais pas comment faire ! Tu me diras, parce que j'ai deux cas comme ça... Quand ils arrivent, je les vois à peu près deux fois par semaine, en général c'est pour mettre un coup de tampon, refaire un certificat qui n'a pas été fait ou le renvoyer ou passer un coup de téléphone... Et je ne la soigne jamais ! Je ne fais que de la paperasse pour essayer de régler le problème afin qu'elle soit payée. »*

*« Les déclarations de maladie professionnelle ? Pour l'instant, je n'ai jamais fait. »*

*« Déclaration maladie professionnelle psychique, ce n'est pas encore reconnue... »*

*« Pour les troubles psychiques, à ma connaissance, il n'y a pas de maladie professionnelle. »*

La plupart du temps, ils considèrent que ce n'est pas de leur ressort, que c'est plutôt celui du médecin du travail ou celui d'un service hospitalier spécialisé (notamment le service de l'hôpital de Garches, Raymond Poincaré, qui a été cité plusieurs fois). Donc, soit ils le font à la demande du médecin du travail, soit ils orientent vers un service hospitalier.

*« Déclaration de maladie professionnelle ? Ça, c'est avec le médecin du travail que ça se passe. Le médecin du travail me le renvoie, avec un courrier en disant : "Pour telle personne, il serait bien de faire une déclaration". C'est comme ça, moi je n'en fais pas directement, je n'ai pas ce réflexe. »*

*« Les déclarations de maladies professionnelles ? J'en fais peu. Je n'en fais pas assez je pense. Ça me paraît compliqué. Quand je le fais c'est souvent à la demande du médecin du travail, qui est quand même pas mal placé et qui a en plus des connaissances que je n'ai pas forcément. »*

*« J'aime beaucoup, par exemple, travailler avec l'hôpital de Garches, Raimond Poincaré, qui a un service de souffrance au travail. Et quand ça prend du temps, quand ça devient long, quand il y a un problème de reconnaissance de maladie professionnelle, je confie mes patients à ce service qui fait ce travail. Ils ont un travail complémentaire au mien, ils sont spécialisés dans ces pathologies-là. »*

## 2) Les tests d'évaluation et les prescriptions

### a) Les tests (Hamilton, Maslash, réglette EVA)

Tous les médecins n'utilisent pas les tests d'évaluation disponibles. Le test le plus utilisé est le test Hamilton, pour l'évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs, puis vient le test Maslach pour le burn-out, et la réglette EVA pour l'évaluation de la douleur.

Les tests Hamilton et Maslach peuvent être utilisés de deux manières : soit dans leur fonction première d'évaluation (des symptômes dépressifs ou du burn-out), et ils sont alors une aide au diagnostic ou à l'orientation du patient, soit comme des outils d'échanges, de communication avec le patient, le médecin du travail ou le médecin conseil.

Pour le test Hamilton en particulier, certains médecins ont reconnu que ça rémunération à hauteur de 70 € était un élément motivant.

*« Ça serait pour moi une codification, un outil de dialogue avec, non seulement le médecin du travail, mais aussi le médecin conseil. Pour dialoguer vite et bien. Pour que le médecin conseil puisse comprendre quand on donne un arrêt de travail d'un mois, que ce n'est pas pour le plaisir d'un mois. Donc si on fait une codification avec un Maslach, etc., le médecin du travail sait qu'il y a un problème. »*

*« Dans ces consultations-là, je ne fais pas que le Hamilton, parce que le Hamilton, tel qu'il est décrit, est un test de sévérité de la dépression et non pas un test d'évaluation de la dépression, on ne peut donc pas l'utiliser à titre diagnostic. J'utilise alors d'autres échelles. Hamilton pour les échelles de stress, Maslach quand on me parle d'épuisement professionnel..., car il y a une telle confusion, tout est appelé burn-out, que moi-même je ne sais pas de quoi il s'agit. Donc en fait c'est autant pour le patient que pour moi. »*

*« Je n'utilise que le Hamilton parce que **ça rapporte 70 € !** »*

### b) Les prescriptions de médicaments

Lors des focus group, les médecins ont relativement peu parlé de leur prescription de médicaments. Ces derniers ne semblent pas être perçus comme l'outil le plus important dans ce type de prise en charge. La prescription de médicaments permet de répondre rapidement et ponctuellement à des troubles qui handicapent le patient (insomnie, stress, déprime), mais ne constitue pas une solution en soi.

*« Les prescriptions médicales, non, pas du tout systématiques. Elles dépendent vraiment des circonstances, des symptômes et de la discussion qu'on a avec le patient et du risque qu'on suspecte. »*

*« Les prescriptions médicales, les anxiolytiques, les nasos, ce que vous voulez, je les prescris sans aucun problème. Alors certains disent, il faut réfléchir... tenir, résister... résister ça veut dire quoi ? Car c'est aussi pour dormir. Parce qu'ils ont besoin de dormir. C'est une nécessité absolue pour eux et pour les médecins. Ils ont peu de temps à dormir et ils doivent dormir. Si ça cogite trop dans leur tête, ça va mal se passer et ils vont être en épuisement physique et émotionnel. »*

*« Il peut y avoir une part médicamenteuse bien sûr. Une part psychothérapeutique certainement. »*

« L'objectif de l'arrêt maladie, parfois je l'utilise avec le patient..., je lui dis : "On parle médicament tout de suite", je n'ai pas envie, lui non plus, ça tombe bien, et je lui explique que **l'arrêt maladie est un médicament**. »

### 3) Les relations avec les autres professionnels de santé et les réseaux

#### a) Orientation vers un psychiatre ou un psychologue

Le psychiatre peut être perçu comme une ressource complémentaire dans la prise en charge de ces patients. Il est important pour le praticien **de ne pas rester seul** face à ce type de **prise en charge complexe** qui nécessite souvent l'implication d'un réseau de professionnels (nous y reviendrons).

« Le médecin spécialiste, le psychiatre, j'ai aussi recours à lui. Un peu comme vous avez dit, pour avoir un avis spécialisé qui confortera le diagnostic. Parce que, là, on parle de dépression, le type n'est pas bien, il a une anxiété majeure, il est déprimé. Je pense que le psychiatre a totalement sa place pour donner son avis sur le traitement. »

« Et **parfois le psychiatre, alors que je fais de la psychothérapie**, non pas parce que j'ai besoin de l'aide du psychiatre, mais parce que "pas tout seul" d'une part, et d'autre part parce qu'il va orienter différemment le regard sur les gens et parce que **ça acte par rapport à la sécurité sociale** le fait qu'il y a une prise en charge psychiatrique et que lui a le titre d'expert. »

« Et pour le suivi, parfois je dis aux gens, je veux vous voir toutes les semaines, ou un coup le psychiatre, un coup moi. »

Pourtant, l'orientation vers un confrère psychiatre ou vers un psychologue n'est pas vraiment évidente. Car les **psychiatres** sont peu nombreux et un rendez-vous de consultation avec eux est difficile à obtenir rapidement. Quant aux psychologues, leurs consultations ne sont pas remboursées par l'Assurance maladie, ce qui représente un obstacle pour de nombreux patients qui peuvent éventuellement se rendre à un ou deux rendez-vous mais pas davantage.

« Mais moi je trouve que ce n'est pas facile. Les CMP c'est trois mois »

« On est dans une société qui n'est absolument pas adaptée à cette pathologie-là. Et on est en complet décalage. Les psychiatres, on n'arrive pas à les avoir ; les psychologues, ils ne sont pas remboursés. Donc finalement l'accès aux soins du patient qui aurait un besoin par rapport à ce type de pathologie, la société ne le permet pas. »

En Seine-Saint-Denis, la situation semble particulièrement difficile :

« Les psychiatres, ils sont **omni absents dans le secteur**, là-bas, donc on ne les voit pas. Ceux qui exercent sont dans le secteur hospitalier. Ils sont éminemment débordés sur d'autres pathologies lourdes, d'un très haut niveau, psychotiques, etc. Donc la souffrance au travail ne concerne peut-être **qu'un ou deux, voire trois psychiatres en libéral en Seine-Saint-Denis**, qui sont dit accrédités, qui font du secteur 2 à outrance et qui en ont fait un commerce. C'est important à dire. »

D'autres éléments interviennent également dans la non orientation vers la sphère psy. Un médecin généraliste qui **suit un patient depuis de nombreuses années et le connaît bien**, souhaite souvent continuer à le suivre dans la prise en



charge. Plusieurs médecins ont déclaré suivre leurs patients dans tout leur parcours conflictuel avec leur entreprise, de l'arrêt de travail aux prud'hommes.

*« Comprendre ensemble avec le patient ce qu'il vit. Et s'il comprend, si on comprend, savoir quel est le projet. "Qu'est-ce que vous voulez faire ? Qu'est-ce qu'on va faire ?" Ça peut être d'attaquer aux Prud'hommes. Auquel cas, si c'est ça, on est partis pour longtemps, ça va durer longtemps. Avec les risques et tout ça. Donc il y a un projet à construire, et il ne peut pas se construire quand les gens sont complètement décatis, mais quand ils commencent à récupérer. »*

Par ailleurs, cinq médecins de notre panel avaient justement suivi des formations en vue de prendre en charge leurs patients souffrant de troubles psychiques liés à leur travail (hypnose, autohypnose, entraînement de l'attention).

*« En termes de souffrance de patients, je suis formée à l'hypnose et j'ai une autre pratique, qui est une pratique d'entraînement de l'attention, qui n'est pas tout à fait de la méditation, mais en tout cas que je propose aux patients quand ils viennent. C'est un thème qui m'est cher. »*

*« Ou bien je propose à la personne de la revoir une ou deux fois pour des exercices d'autohypnose ou de pratique attentionnelle. »*

*« J'ai une compétence, développée au fil du temps, de nutrition, d'alcoologie et de psychothérapie. Je fais beaucoup de psychothérapie et d'hypnose »*

#### b) Le médecin du travail

Dans l'ensemble, les médecins du travail sont plutôt bien perçus par les médecins généralistes participants. Ils représentent pour eux une ressource essentielle à certaines étapes de la prise en charge. Comme les psychiatres, ils font partie d'un ensemble de professionnels complémentaires dans la prise en charge de ce type de patients. Le médecin généraliste suit le patient, le psychiatre a une expertise sur les troubles psychiques et le médecin du travail connaît le milieu professionnel.

*Alors l'orientation, oui, mais pas la première fois que je vois la personne. En général, c'est après deux ou trois consultations, quand je vois que ça n'avance pas ou que la situation semble devoir perdurer pour ce patient. Là, je lui conseille de prendre contact avec son médecin du travail en lui faisant une lettre.*

*« Je leur conseille justement le médecin du travail pour préparer la reprise. »*

#### c) Disposer d'un réseau et connaître les ressources

*« C'est assez compliqué parce que là on n'a pas notre réseau habituel. »*

Les confrères psychiatres disponibles, les médecins du travail, les médecins conseil de l'Assurance maladie, un service hospitalier spécialisé, les réseaux de santé, les assistants sociaux, les avocats. Qu'ils aient ou non accès à un réseau de ressources, les médecins s'accordent sur le fait que la prise en charge d'un patient souffrant de troubles psychiques liés à l'exercice de son travail est **trop complexe pour être géré efficacement seul.**



« Pas de souci particulier d'accès aux psychiatres, aux psychologues. Il faut vraiment les appeler et **avoir un réseau qui accepte d'être mobilisé, qui accepte de discuter.** »

« En fait, on a des tas de souffrances qu'on gère de façon relativement simple au quotidien en tant que MG. [...] Et puis, **il reste les autres, les cas complexes**, et c'est peut-être là-dessus qu'on est le plus démunis et qui nous pose le plus de problèmes. En fait, j'ai mis deux mots qu'on entend, qui sont très à la mode, c'est le « **guichet unique** » ou la « **plateforme d'appui** », vous appelez ça comme vous voulez, mais effectivement, une fois qu'on a géré notre quotidien, il y a des cas pour lesquels on a besoin d'aide. Et dans ce contexte de souffrance psychique au travail, **c'est assez compliqué parce que là on n'a pas notre réseau habituel.** »

Mais le médecin généraliste doit connaître ou savoir trouver les bonnes ressources pour assurer une bonne prise en charge de son patient.

«...comme moyens à la disposition, moi, j'ai un truc un peu spécifique qui s'appelle **Le centre de ressources pour mini-réseaux**. C'est un truc génial où on a un effecteur, c'est un conseiller social qui fait un dossier dans les situations **complexes**, qui fait un bilan de situation, qui voit **quelles sont les personnes ressources qui peuvent régler le problème**, qui peut faire même une réunion de tous les acteurs, et avec qui on décide, ensemble, de comment on va se débrouiller de cette situation indébrouillable. Donc ça c'est un bon moyen. »

« On a un vrai rôle en **connaissant les règles**, en **connaissant les acteurs** qui peuvent intervenir »

« Actuellement je suis sur une logique de ressources. Parce que les ressources nouvelles qu'on redécouvre c'est souvent par des jeux de réseaux et aussi par le patient lui-même. »

« Et puis, la question des ressources..., ce que j'aime bien faire aussi c'est voir **quels sont les alliés** où ils travaillent. Parfois ils ont des alliés, ils ont des ressources, autres que le médecin du travail. C'est vrai que le médecin du travail est souvent une ressource, mais pas forcément »

#### 4) Quels sont les impacts sur votre pratique professionnelle ?

Cinq niveaux d'impacts sur la pratique professionnelle des médecins sont ressortis lors de nos échanges : la nécessité de se former, l'augmentation du temps de consultation, le changement d'attitude avec les patients, la nécessité de se constituer un réseau et enfin l'interrogation sur sa propre souffrance au travail

##### a) Nécessité de se former

Les médecins s'accordent tous sur le fait qu'ils n'ont pas eu, ou trop peu, lors de leur formation initiale, d'enseignement sur la prise en charge des troubles psychiques liés au travail. Les deux praticiens les plus jeunes n'ont pas encore eu le temps de se former, mais manifestent la volonté et le besoin de le faire. Les autres praticiens ont généralement suivi une ou plusieurs formations pour les aider dans la prise en charge de ces patients, que ce soit des formations à des pratiques leur permettant une meilleure prise en charge (psychothérapie, hypnose par exemple) ou des formations dédiées à la souffrance au travail ou aux maladies professionnelles. Ces dernières concernant à la fois la prise en charge médicale et la prise en charge administrative des patients.

*« Pour la formation, celles dont je vous ai parlées : la pratique propre d'autohypnose et le développement d'entraînement de l'attention qui permet par exemple d'apprendre à éviter de penser au retour au travail alors qu'on est aujourd'hui, maintenant, et que ça sera dans 10 jours. »*

*« Et je mets souvent sur le premier arrêt « avec l'accord du patient ». Quand on met « avec l'accord du patient » - **je l'ai appris dans une formation où il avait le médecin du travail, le médecin conseil et le médecin inspecteur du travail** (j'ai appris à ce moment-là son existence) qui est également un interlocuteur très intéressant - ça permet de marquer le terrain et d'acter que ce n'est pas pour une entorse ou autre chose qu'on arrête le patient »*

*« J'aurais aimé être plus formée à ça pendant mes études »*

Les formations adaptées à cette problématique semblent peu nombreuses, or les participants sont en attente d'être formés. Mais pas nécessairement en suivant une formation en tant que telle, plutôt par le biais de rencontres, d'échanges entre professionnels concernés (médecins généralistes, psychiatres, médecins conseils, médecins de l'inspection du travail, médecins du travail, employeurs, assistants sociaux...). On retrouve ici la nécessité du travail en réseaux évoqué plus haut.

*« C'est pour cela qu'actuellement je cherche des formations. Ce qui serait été intéressant, c'est d'avoir un réseau, parce qu'on ne peut pas travailler seule. On ne sait pas tout sur tout. Et puis c'est vrai que l'expérience aide au fur et à mesure à acquérir un bagage pour soigner les prochains patients... Mais je pense que si je faisais partie d'un réseau avec, je ne sais pas, assistante sociale, psychologue, psychiatre, médecin du travail ou autre, ça serait plus facile. On me dirait : "Tiens, pour ton patient, tu pourrais dire ceci", je demanderais conseil. »*

b) Temps de consultation : de 30 minutes minimum à 1 heure nécessaire

Pour presque tous les médecins participants, la prise en charge de la souffrance psychique liée à l'activité professionnelle, demande un temps de consultation supérieur à la moyenne. Que ce soit lors de l'apparition des troubles ou bien dans une démarche de prévention.

Lorsqu'un patient exprime explicitement une souffrance dans son travail ou lorsque le médecin constate des troubles, plusieurs éléments peuvent rallonger le temps de consultation : prise en charge émotionnelle de la personne en cas de comportements cathartiques, questionnement sur l'origine des troubles, passation de tests, rédaction d'un arrêt de travail par exemple. A cela peut s'ajouter un temps en dehors de la consultation elle-même : contacte d'un confrère psychiatre ou du médecin du travail notamment.

Les médecins signalent également qu'avoir une démarche préventive, lors d'une première consultation ou lors de consultations habituelles, en intégrant un questionnement sur l'environnement de travail, prend du temps, c'est pourquoi certains ne le font pas systématiquement.

*C'est un sujet auquel je suis sensible parce que j'ai beaucoup de patients dans ce cas de souffrance au travail. Je les accompagne. Tous les ans j'ai des cas. C'est un motif de consultation qui revient souvent. Ce sont des consultations longues avec un suivi qui s'inscrit dans le temps.*

*Et sur la consultation spécifique, oui, on a identifié que c'était chronophage, mais en disant aux gens : « On se revoit de manière rapprochée », on arrive à faire un suivi de qualité et dire : « La prochaine fois je bloque trois consultations et on mettra bien tout à plat ».*

Et c'est pourquoi, nous y reviendront dans la troisième partie, certains médecins aimeraient qu'il existe une consultation spécifique prenant en compte ce temps long, à l'instar des consultations de gériatrie.

*Avec une reconnaissance d'une consultation spécifique, comme en gériatrie, d'une consultation longue à valoriser. Parce que ça demande du temps.*

c) Changement d'attitude avec les patients

Les médecins ont parfois changé d'attitude vis-à-vis de leur patientèle en intégrant à leur consultation un questionnement sur les conditions de travail du patient ou en se formant à des pratiques leur permettant de gérer une partie de la prise en charge et du suivi du patient en souffrance psychique au travail (psychothérapie, hypnose notamment).

*« J'ai une compétence, développée au fil du temps, de **nutrition, d'alcoologie** et de **psychothérapie**. »*

*« Alors je me suis formé à **l'hypnose** et **j'ai changé ma façon de m'exprimer avec mes patients**, je leur pose la question : « Pourquoi ça ne va pas ? »*

*« En termes de souffrance de patients, je suis formée à **l'hypnose** et j'ai une autre pratique, qui est une pratique d'entraînement de l'attention, qui n'est pas tout à fait de la méditation, mais en tout cas que je propose aux patients quand ils viennent. »*

d) Constitution d'un réseau

Comme nous l'avons vu précédemment, la prise en charge de ces patients nécessite souvent de travailler en réseau. Face à des problématiques généralement lourdes et complexes à gérer, le médecin généraliste qui ne dispose pas de toutes les ressources nécessaires pour aider efficacement son patient en souffrance psychique au travail, éprouve le besoin de ne pas rester seul.

Ainsi les médecins les plus expérimentés se sont constitués au fil du temps un réseau de contacts et de structures avec lesquelles ils travaillent régulièrement

e) Interrogation sur sa propre souffrance au travail

Avant d'aborder la conclusion de la réunion consacrée à la souffrance psychique des soignants, les médecins ont spontanément, et à plusieurs reprises, évoqué le sujet au fil des échanges. Les médecins libéraux ont pour la plupart un temps de travail supérieur à la moyenne, des responsabilités lourdes, voire très lourdes, et expriment souvent ressentir un manque de reconnaissance de leur profession. Etre face à des patients en situation de souffrance psychique au travail leur rappelle qu'ils sont eux-mêmes exposés à des facteurs de stress et à ce type de souffrance. De plus, certains des participants ont connu directement ou indirectement des confrères qui ont fait des burn-out et/ou qui se sont suicidés.

*« Alors confrères touchés, je dirais non, en tout cas pas proches. Par contre, je dirais « oui » de par ma position, ma casquette de dirigeant syndical au niveau national. C'est un sujet qui revient régulièrement.*

*Régulièrement on le leur met sur la table en disant que statistiquement il y a plus de suicides chez les médecins qu'à France Télécom, en nombre de médecins par rapport au nombre d'employés. »*

### III. Les évolutions en cours et vos attentes

Cette partie se présentait sous la forme de quatre questions ouvertes :

- 1) Quel regard portez-vous sur l'évolution de la souffrance psychique au travail depuis ces 10 ou 15 dernières années ?
- 2) De quels outils ou aides auriez-vous besoin ?
- 3) Souhaiteriez-vous suivre des formations ?
- 4) Comment voyez-vous la prise en charge de la souffrance psychique au travail dans les années à venir ?

Dans l'ensemble, les réponses des médecins se sont structurées en trois axes :

- 1) Les évolutions constatées depuis ces 10 ou 15 dernières années
- 2) Les attentes des médecins
- 3) Les perspectives pour les 10 à 15 prochaines années

#### 1) Les évolutions constatées depuis ces 10 ou 15 dernières années

Globalement, les médecins s'accordent sur une augmentation du nombre de patients en situation de souffrance au travail et expliquent cette augmentation par des raisons conjoncturelles et parce que les personnes sont plus exigeantes sur leur niveau de bien-être au travail. Quelques-uns pensent qu'il existe aussi un « effet de mode » et que les patients peuvent venir en disant qu'ils font un burn-out quand ce n'est pas le cas.

*« Et donc l'évolution c'est que, on voit que ça augmente »*

*« Et le regard que je porte, j'ai un petit peu de recul, c'est qu'il y a une augmentation notable à notre niveau de cette souffrance. Et comme visiblement tout le monde voit la même chose, on peut parler d'une épidémie. Ce n'est pas une question d'individu, mais une question qui est liée aux fonctions de la société, des sociétés, des entreprises. »*

*« On va peut-être devenir comme l'Europe du nord, suivre quelque chose de favorable. Mais grâce peut-être aux jeunes, aux **trentenaires** qui sont dans une dynamique [...] de réfréner les patrons en disant : "Oui, il y a une vie en dehors du travail !". Et c'est peut-être eux qui vont nous apprendre à calmer nos ardeurs et peut-être à dire non à la souffrance psychique au travail. Donc grâce aux jeunes. Ils vont aider les plus vieux dans le bon sens du terme. »*

*« Certains parlent de burn-out. Je trouve qu'il y a une espèce d'inflation de l'énoncé burn-out. »*

*« Après, en termes de travail de prise en charge, je cherche toujours à évaluer s'il existe un réel syndrome dépressif. Enfin, s'il existe un réel burn-out. »*

Les médecins évoquent donc l'origine conjecturelle de l'augmentation de la souffrance au travail lors de ces 15 dernières années, avec d'un côté la crise économique et de l'autre des exigences croissantes dans le milieu professionnel, en termes de rentabilité, de compétitivité, d'évaluation, de contrôle qualité (dans les grosses structures en particulier, tant dans privées que publiques).

*« Le premier regard, il est social. La société est pathogène, elle est addictogène. J'ai écrit des mots qui sont : consommation, rentabilité, efficience, compétition, qualité, évaluation. Et donc on est soumis à ces*

*mots-là, on presse les gens. Depuis quelques années les gens finissent par être réévalués, qualité, tout ça. Est-ce qu'on ne leur demande pas un petit peu trop ? »*

*« Pour moi l'évolution est croissante, sans problème. Elle est liée, à mon avis, à la compétitivité qui est demandée partout, dans tous les domaines, aussi bien dans le privé que dans le public. »*

*« Evolution défavorable. Mais peut-être pas assez de recul. Mais conjoncturelle du fait d'une crise économique et industrielle qui est là. »*

Comme évoqué ci-dessus, les médecins ont vu évoluer les attentes de leur patients (principalement ceux qui ont aujourd'hui moins de 40 ans) quant à leur environnement de travail. Ces derniers auraient un rapport à leur travail différent de leurs aînés, acceptant de baisser leur rémunération pour travailler moins et souhaitant surtout travailler dans de bonnes conditions.

*« Des souffrances qui jusqu'à présent étaient banalisées parce qu'elles étaient innées à la profession, aujourd'hui sont moins bien supportées par **des générations qui, à juste titre, demandent plus de qualité de vie** »*

## 2) Les attentes

Les attentes des médecins pour les années à venir se font à quatre niveaux, sans différence d'importance :

- La **reconnaissance** de la complexité de certaines situations et du temps nécessaire pour les prendre en charge.
- La **nécessité de former les médecins**, tant lors de la formation initiale que dans le cadre du DPC.
- **Faciliter la constitution de réseaux** pour faciliter la prise en charge.
- Et à mi-chemin entre la formation et la prise en charge : la création de lieux, d'espaces d'ateliers permettant la **rencontre, l'échange, le retour d'expérience entre professionnels** : MG, psychiatres, psychologues, médecins du travail, médecins de l'inspection du travail, médecins conseil, assistant(e) social(e), sociologues...

*« En fait, on a des tas de souffrances qu'on gère de façon relativement simple au quotidien en tant que MG. On n'a pas toujours besoin de plein d'aides. [...] Et puis, il reste les autres, les cas complexes, et c'est peut-être là-dessus qu'on est le plus démunis et qui nous pose le plus de problèmes. En fait, j'ai mis deux mots qu'on entend, qui sont très à la mode, c'est le « guichet unique » ou la « plateforme d'appui », vous appelez ça comme vous voulez, mais effectivement, une fois qu'on a géré notre quotidien, il y a des cas pour lesquels on a besoin d'aide. Et dans ce contexte de souffrance psychique au travail, c'est assez compliqué parce que là on n'a pas notre réseau habituel. Donc c'est un peu plus compliqué. Et là j'ai retenu des trucs, et certaines fois ce sont les patients qui me les ont apportés. Mais ça serait pas mal que ce soit structuré quelque part. »*

*« Les formations, il y en a certaines que je fais au fur et à mesure, mais je pense qu'effectivement il y a un manque en formation initiale, je pense que c'est un point important. »*

« Et puis, deuxième aspect que j'ai mis pour l'avenir : est-ce qu'ils vont nous mettre des moyens, du style augmenter nos journées de DPC ou (deux, trois mots inaudibles) pour la souffrance au travail, je ne sais pas... Et là j'ai mis "peu crédible" ! »

« Enfin, pour moi s'il y a formation, c'est avec l'idée d'échange entre professionnels, et pas qu'avec des médecins. Quelle est la vision des sociologues là-dessus, des entrepreneurs, des psychologues... ? Comment font-ils en pratique ? Comment les assistantes sociales font ? Comment les médecins du travail font ? Est-ce qu'on peut se rencontrer pour en discuter ? Voilà ce que j'attends. Parce que je pense que personne n'a la science infuse et qu'il faut se former. On peut être initié... »

Cette notion d'échanges entre professionnels est importante pour eux, elle rejoint l'idée selon laquelle **l'expérience** compte pour beaucoup dans une prise en charge efficace de ce type de patient. Les médecins présents les plus récemment installés étaient d'ailleurs en partie venus pour échanger sur un sujet qu'ils ont le sentiment de ne pas bien maîtriser. Ils étaient très à l'écoute des conseils et pratiques de leur confrères plus anciens.

Médecin de 36 ans : « J'ai eu d'ailleurs un cadre supérieur qui était très malheureux dans son travail et je n'ai pas réussi à le gérer. [...] Je pense que je n'ai pas su gérer. **C'est aussi pour ça que je suis là ce soir** parce qu'il y a beaucoup de choses que je ne sais pas. Et il faudrait que je m'interroge sur la psychothérapie, l'hypnose..., comment pouvoir aider les patients différemment. »

« Des lieux où l'on puisse échanger, travailler et faire avancer un peu les choses pour qu'on ne se sentent pas seuls avec nos bricolages. »

### 3) Les perspectives pour les 10 à 15 prochaines années

#### a) Des médecins plutôt pessimistes

Dans l'ensemble, les participants étaient plutôt pessimistes quant à l'amélioration de la prise en charge de la souffrance psychique au travail par les médecins généralistes libéraux. Principalement en raison de la situation socio-économique, de la non-disponibilité des médecins généralistes et du manque de formations.

Concernant l'environnement socio-économique, les médecins considèrent généralement qu'il va plutôt continuer à dégrader les conditions de travail de leurs patients. Les démarches de contrôle, d'évaluation, de qualité semblent vouloir s'accroître et vont induire une pression accrue sur les salariés. Le poids du chômage qui ne baisse pas va continuer de restreindre la possibilité d'une démission quand les conditions de travail ne sont plus acceptables pour eux (charge de travail, stress, problème éthique...) et va laisser certains employeurs augmenter leurs exigences envers eux.

« Pour moi l'évolution est croissante, sans problème. Elle est liée, à mon avis, à la compétitivité qui est demandée partout, dans tous les domaines, aussi bien dans le privé que dans le public. »

« Ce n'est pas une question d'individu, mais une question qui est liée aux fonctions de la société, des sociétés, des entreprises. »

Selon les participants, le problème de la non-disponibilité à venir des médecins généralistes s'expliquera à la fois par le **manque de médecins** et également par leur **temps de travail réduit**. En effet, les jeunes générations de médecins (les moins de 40 ans) ne s'installent pas suffisamment en libéral, et ceux qui le font n'ont pas les mêmes aspirations que leurs aînés, ils ne souhaitent pas consacrer autant d'heures à leur travail.

« on est dans une évolution où on demande aux médecins d'être de moins en moins nombreux (en limitant le nombre de médecins) »

Enfin, les médecins sont plutôt pessimistes quant à l'offre de formations adaptées à la prise en charge de la souffrance psychique au travail.

« Suivre des formations, oui, pourquoi pas, s'il y en a. Car je n'ai pas trop vu de formations sur ce sujet. »

Pessimistes aussi sur le manque de moyens.

« **On ne nous donne pas les moyens clairement de pratiquer cette médecine qui se complexifie.** Donc on est dans une impasse. Je suis très pessimiste. Je ne vois pas comment on va pouvoir continuer, nous, médecins. »

b) Quelques notes d'optimisme cependant

Les quelques points positifs relevés lors des focus group concernaient plutôt le monde du travail lui-même. A la fois au niveau des salariés et des dirigeants. Certains pensent que la tendance qui s'observe chez les moins de 40 ans va s'étendre et continuera avec les futures générations. Dans 10 ans il y aura potentiellement une majorité de salariés qui seront plus exigeants sur leurs conditions de travail. Côtés dirigeants, certains constatent que de plus en plus d'entreprises s'attachent à améliorer la qualité de vie au travail de leurs salariés.

c) La nécessité de travailler en réseaux

Dans cette partie les médecins sont revenus sur la nécessité de travailler en réseau : la solution la plus efficace, et peut-être indispensable, pour assurer une bonne prise en charge des patients en souffrance psychique au travail.

d) Le danger de la médicalisation d'un problème social / sociétal

Quelques médecins ont évoqué le danger d'une réponse purement médicale à un problème qui est plus global et qui concerne le fonctionnement même de la société. Ils peuvent avoir le sentiment de traiter uniquement les conséquences sans pouvoir agir sur les causes du problème.

« La "consultation spécifique ", [...] mais pourquoi pas ? Mais on voit bien que la problématique, ce n'est pas une problématique de psychiatre, de psychologue, c'est une **problématique globale où il y a la notion de ressource**. La ressource, elle est sociale. Ça peut être la sécurité, le médecin conseil, le médecin expert, enfin tout un tas de gens qui sont là pour pouvoir résoudre le problème de l'individu. Mais souvent le problème de l'individu, c'est en fait le problème d'une catégorie d'individus qui sont exposés à un stress. Et donc, les outils, à mon avis, c'est déjà des outils de communication et de réélaboration. Il faut déconstruire cette notion-là et ne pas entrer dans **le piège de la médicalisation**. C'est un vrai piège. »

« Nous, on est les sentinelles des dysfonctionnements qui se trouvent dans la société. Alors parfois il y a des problématiques individuelles, quand même, mais quand c'est une épidémie, c'est qu'il y a une **problématique populationnelle**. »



## IV. Conclusion : La souffrance morale en tant que soignant

Cette partie se présentait sous la forme de quatre questions ouvertes :

- 1) Avez-vous déjà eu des confrères touchés par une souffrance psychique liée à leur pratique professionnelle ?
- 2) Vous-même, avez-vous déjà été touché par une souffrance psychique liée à votre pratique professionnelle ?
- 3) D'après vous, quelles sont les professions de santé les plus sensibles ?
- 4) Ces dernières années, avez-vous cherché à améliorer vos conditions de travail ?

*« Et je crois que c'est un vrai signe que la société souffre si les soignants souffrent. »*

### 1) Les confrères touchés par la souffrance psychique au travail

Quel que soit leur âge, la quasi-totalité des participants ont connu au moins un confrère touché par une souffrance psychique dans le cadre de leur pratique. De l'épuisement professionnel passager à la dépression grave, voire le suicide. Cette souffrance a pour origine une combinaison de différents facteurs : une charge de travail trop importante, le poids de la responsabilité et les risques juridiques inhérents à leur métier, la remise en cause de leur pratique par des avertissements ou sanctions (trop de prescriptions de tel ou tel médicament ou examen, trop d'arrêts maladie, etc.) ainsi que le manque de reconnaissance croissant de la profession par les pouvoirs publics. Il s'agit là de facteurs d'ordre professionnel, mais des facteurs d'ordre personnel s'ajoutent souvent aussi : fragilité psychologique, problèmes familiaux, maladie, etc.

Par ailleurs, la souffrance au travail des internes en médecine est revenue souvent dans les échanges. Ce phénomène semblait être un véritable sujet de préoccupation chez les médecins présents.

*« Des confrères qui se sont suicidés, j'en connais, ainsi que des confrères en difficulté. Donc je suis sensible à ça. Personnellement, avec l'expérience, je me rends bien compte que la médecine telle qu'on me l'a enseignée ne me permet pas de répondre correctement. J'ai compris que, plus je me formais bien pour répondre mieux à un problème et moins en retour j'avais de récompense. Donc j'ai arrêté et je me suis tourné vers des pratiques comme l'hypnose qui me permet d'apporter une qualité de soins et qui me permet de sortir du cadre. »*

*« ... statistiquement il y a plus de suicides chez les médecins qu'à France Télécom, en nombre de médecins par rapport au nombre d'employés. [...] En rapport avec cette notion de délits statistiques et de **médecins qui sont poursuivis** [...] parce qu'ils sont dans des zones avec des patients en souffrance et qu'ils font beaucoup d'arrêts parce qu'il n'y a qu'eux. Donc là, actuellement, je vais défendre des médecins à Chartres avec des collègues. [...] on se retrouve face à **des médecins qui ne comprennent pas ce qu'il leur arrive**. Et c'est vraiment pour **des raisons liées à leur pratique professionnelle**. Il y en avait un, 55 ans, qui travaille depuis 25 ans, qui travaille bien, un vrai médecin généraliste, et tout d'un coup il est sorti des radars et ils l'ont convoqué ! **Et c'était un vrai tribunal**, c'était l'horreur ! Donc ça, il faut savoir que c'est la réalité du terrain aujourd'hui. »*

*« Confrères touchés par une souffrance psychique, du fait de ma visibilité, des copains, oui. J'ai deux internes et une cardiologue qui viennent me voir en ce moment et deux généralistes qui sont venus me voir pour ce genre de difficulté. Un parce qu'il a eu **un procès pour une raison complètement indue**, qu'il n'a pas du tout supporté. L'idée d'être mis en cause alors qu'il était sûr d'avoir bien fait son boulot, ça*

*l'a touché. La plupart des autres, c'est parce qu'ils sont en **surcharge de travail**, en surcharge professionnelle, ils bossent trop (mots inaudibles), ils ne prennent plus soin d'eux. »*

*« Sur la souffrance des internes, nous, on la constate. Pas toujours, il y en a qui vont bien, mais ils sont quand même souvent épuisés. »*

Concernant la responsabilité juridique, les médecins considèrent qu'elle a augmentée. Et les risques induits pour le médecin entraînent de la fatigue et du stress.

*« **Avant on était couverts, maintenant on ne l'est plus. C'est la grosse différence.** Et comme on sait qu'on n'est pas couverts, on est bien plus fatigués. Mais le problème est le même. Moi je me rends compte, je suis en régulation au 15, [...] Maintenant on a patron de SAMU qui ne nous couvre plus. On a un problème, il nous dit : « Débrouillez-vous ! » Ben je peux vous dire **que le niveau d'angoisse a légèrement monté, et on fait le même travail.** »*

*« Je plains les jeunes générations de médecins, ils ont intérêt à avoir un copain avocat ou juriste »*

## 2) Vous-même, avez-vous déjà été touché par une souffrance psychique

Certains médecins ont reconnu avoir été proche de l'épuisement professionnel et beaucoup se voulaient attentifs à ne pas se laisser dépasser. Témoin de la souffrance de confrères et de celle de leurs patients, les médecins présents avaient conscience d'un risque pour eux-mêmes. Et rappelaient l'importance de ne pas rester seuls.

*« J'ai été confronté il y a deux ans à une période difficile où j'ai senti que j'étais capable de me tromper dans mon métier. Et j'ai eu peur d'avoir un accident de voiture, car je me sentais capable d'avoir un accident de voiture. Mais j'ai su m'arrêter à temps, je me suis arrêté un mois. »* suite de la citation dans le point 4 ci-dessous sur les changements dans la pratique. »

Notons également la notion de **souffrance éthique** dans l'exercice de leur métier :

*« Et pour moi, personnellement, je suis enquinée de plus en plus par les **problèmes éthiques** et par la **surcharge de travail administrative, je n'en peux plus.** Je trouve de moins en moins ma place en tant que professionnelle de santé et en tant que... euh... enfin dans cette relation duelle avec le patient... euh... il y a, voilà, la pression de l'administration, de la Sécu, de tas de choses. »*

*« Je trouve qu'**éthiquement ce n'est pas bon.** Vous avez 100 personnes qui ont plus de 65 ans, je suis désolée, si elles ne veulent pas être vaccinées contre la grippe, je ne vois pas pourquoi les obliger ! »*

*« Et si on est dans un travail qui est à l'encontre de nos valeurs, c'est difficile de conserver la santé. »*

## 3) Les infirmier(e)s : profession de santé la plus exposée

Les médecins étaient presque unanimes sur le fait que ce sont les infirmier(e)s qui sont le plus exposés au risque d'épuisement professionnel : tant en milieu libéral que public.

*Les professions de santé les plus sensibles ? Il me semble que ce sont **les infirmières.** Je vois des infirmières, plusieurs d'entre elles ont tout plaqué, elles ont lâché. Il y en a qui sont encore moins*

reconnues, qui ont un boulot ingrat, qui courent après l'acte. Je pense qu'elles sont plus sensibles que les médecins.

#### 4) Ces dernières années, avez-vous cherché à améliorer vos conditions de travail ?

La plupart des médecins ont changé leur organisation de travail depuis leur installation et/ou ont mis en place des stratégies leur permettant d'éviter le burn-out : prendre un remplaçant, partir régulièrement en vacances, se former à d'autres types pratiques (hypnose notamment), participer à des groupes de pairs.

« Suite de la citation du point 2 : « *Mais j'ai su m'arrêter à temps, je me suis arrêté un mois. J'ai commencé par choisir un médecin traitant parce que je n'en avais pas. J'ai donc été confronté à ça, à m'arrêter et à reprendre une activité beaucoup plus modérée, à arrêter certains trucs. J'étais en secteur 2, depuis le départ c'était un choix. Je suis dans le 93 où il y a une population qui n'est pas forcément aisée, j'ai augmenté les tarifs de consultation, mais j'ai quand même 60% de consultations d'AME, de CMU, que je continue à prendre au tarif normal. **J'ai mon temps de consultation d'une demi-heure, alors que c'était 20 minutes, qui est le plus souvent trois-quarts d'heure. Je m'appuie beaucoup sur les internes qui travaillent avec moi et j'essaye de faire en sorte qu'ils se sentent bien. Et voilà, il a fallu que je prenne conscience de ça et que je prenne des mesures et que je change.** »*

« *Donc **j'ai arrêté et je me suis tourné vers des pratiques comme l'hypnose** qui me permet d'apporter une qualité de soins et qui me permet de sortir du cadre. Parce que quand je la pratique je ne suis plus dans ce cadre fermé et restrictif et cela contribue à mon équilibre personnel. C'est l'adaptation que j'ai apportée pour mon équilibre personnel parce que le système tel qu'on me l'a enseigné était très incomplet, imparfait et ne me satisfaisait pas.* »

« *Quant à moi, je travaille moins, je suis retraité actif, donc ça donne beaucoup de qualité de vie, mais je sais que **chaque fois que je commençais à devenir acariâtre ou que je commençais à ne plus supporter mes patients, je partais en vacances.** Parce que c'était un signe évident que c'était trop. Et donc j'ai toujours pris la moitié des vacances scolaires. [...] Et puis j'ai tenté de **protéger ma vie professionnelle en ayant un groupe d'échange, ça, c'est important.** »*

« *A chaque fois que mes revenus montaient de trop je faisais ce qu'il fallait pour que ça **redescende**, pour ne pas être en burn-out. Et donc prendre des vacances régulièrement, [...]. Et puis depuis une quinzaine d'années (cela n'aurait sans doute pas suffi) il y a les groupes d'échanges, il y a la formation médicale continue, il y a les contacts avec les confrères. **Je crois que c'est le meilleur remède contre le burn-out. Ne pas rester seul.** »*

Important : certains médecins ont choisi dès leur installation de mettre en place une organisation évitant l'épuisement professionnel.

« *Alors, dès le départ, avec mon associé, on s'est dit, quand **on a repris la grosse clientèle d'un médecin qui faisait du 7h-21h tous les jours, du lundi au samedi compris, que ça ne nous intéressait pas et on a scindé la patientèle en deux** et tout de suite travaillé avec un secrétariat »*

« Je me souviens, quand je me suis installé en 80, **mon prédécesseur m'avait dit : "Prends-toi déjà une après-midi dans la semaine où tu ne travailles pas.** - Ah oui, pourquoi ? – Parce que tu vas voir !" »

« Moi, depuis 2005, j'ai une maladie chronique, je suis assez régulièrement malade, hospitalisée, etc., c'était à la fin de mon externat à l'époque, et en connaissant toutes ces personnes qui se sont soit suicidées, soit arrêtées, soit finies en psychiatrie, hospitalisées ou autre, j'avais décidé de finir mes études mais de ne pas trop m'investir physiquement et de me préserver pour aller le plus loin possible. [...] quand j'ai voulu m'installer, j'ai décidé que ce serait **un cabinet de groupe**. Un grand cabinet pour qu'il y ait assez de médecins pour pouvoir gérer quand je ne suis pas là. Et dès le départ, **dès mon installation, au bout de 6 mois j'ai pris un remplaçant**. Il me remplace un jour et demi dans la semaine pour pouvoir me donner ce temps-là. »

## V. Quelques citations...

« La règle numéro un quand on a identifié l'origine professionnelle du souci, c'est une négociation avec le patient. »

« Et je mets souvent sur le premier arrêt "avec l'accord du patient". Quand on met "avec l'accord du patient" [...] ça permet de marquer le terrain et d'acter que ce n'est pas pour une entorse ou autre chose qu'on arrête le patient, mais que c'est.... Alors, c'est un peu compliqué parce que je ne peux pas mettre « souffrance au travail » et je ne sais pas quoi mettre en fait ! »

« Ça me revient maintenant, mais il y en a qui ne veulent pas se faire arrêter parce que : "Je ne voudrais pas que vous ayez des ennuis Docteur." »

« J'aurais aimé être plus formée à ça pendant mes études »

« En fait, **on a des tas de souffrances qu'on gère de façon relativement simple** au quotidien en tant que MG. On n'a pas toujours besoin de plein d'aides. [...] Et puis, **il reste les autres, les cas complexes**, et c'est peut-être là-dessus qu'on est **le plus démunis et qui nous pose le plus de problèmes**. En fait, j'ai mis deux mots qu'on entend, qui sont très à la mode, c'est le « guichet unique » ou la « plateforme d'appui », vous appelez ça comme vous voulez, mais effectivement, une fois qu'on a géré notre quotidien, **il y a des cas pour lesquels on a besoin d'aide**. Et dans ce contexte de souffrance psychique au travail, c'est assez compliqué parce que là on n'a pas notre réseau habituel. Donc c'est un peu plus compliqué. Et là j'ai retenu des trucs, et certaines fois ce sont les patients qui me les ont apportés. Mais ça serait pas mal que ce soit structuré quelque part. »

« Les formations, il y en a certaines que je fais au fur et à mesure, mais je pense qu'effectivement il y a un manque en formation initiale, je pense que c'est un point important. »

« La "consultation spécifique ", [...] mais pourquoi pas ? Mais on voit bien que la problématique, ce n'est pas une problématique de psychiatre, de psychologue, **c'est une problématique globale où il y a la notion de ressource**. La ressource, elle est sociale. Ça peut être la sécurité, le médecin conseil, le médecin expert, enfin tout un tas de gens qui sont là pour pouvoir résoudre le problème de l'individu. Mais souvent le problème de l'individu, c'est en fait le problème d'une catégorie d'individus qui sont exposés à un stress. Et donc, les outils, à mon avis, c'est déjà des outils de communication et de réélaboration. Il faut déconstruire cette notion-là et **ne pas entrer dans le piège de la médicalisation**. C'est un vrai piège. »

« Nous, **on est les sentinelles des dysfonctionnements qui se trouvent dans la société**. Alors parfois il y a des problématiques individuelles, quand même, mais quand c'est une épidémie, c'est qu'il y a une problématique populationnelle. »

« **Des confrères qui se sont suicidés, j'en connais**, ainsi que des confrères en difficulté. Donc je suis sensible à ça. Personnellement, avec l'expérience, je me rends bien compte que la médecine telle qu'on me l'a enseignée ne me permet pas de répondre correctement. J'ai compris que, **plus je me formais bien pour répondre mieux à un problème et moins en retour j'avais de récompense. Donc j'ai arrêté et je me suis tourné vers des pratiques comme l'hypnose** qui me permet d'apporter une qualité de soins et qui me permet de sortir du cadre. »

« En rapport avec cette notion de délits statistiques et de **médecins qui sont poursuivis** [...] parce qu'ils sont dans des zones avec des patients en souffrance et qu'ils font beaucoup d'arrêts parce qu'il n'y a qu'eux. [...] Et donc là on se retrouve face à **des médecins qui ne comprennent pas ce qu'il leur arrive**. »