

## **ABREVIATIONS**

ANACT Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

CARSAT Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CMP Centre Médico Psychologique

FNATH Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés

MG Médecin Généraliste

MSU Maitre de Stage Universitaire

RPS Risques Psychosociaux

SPT Souffrance Psychique au Travail

TMS Troubles Musculo Squelettiques

## **PLAN**

### **ABREVIATIONS**

### **INTRODUCTION**

### **MATERIEL ET METHODE**

Méthode quantitative

Méthode qualitative

### **RESULTATS**

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Situations diagnostiques et dépistage

Stratégie thérapeutique

Arrêt de travail et suivi

Relations avec le médecin du travail

Recours à un tiers

Difficulté, évaluation de la formation et améliorations

### **DISCUSSION**

Sur la méthode

Sur le concept de souffrance psychique au travail

Sur les données recueillies

### **CONCLUSION**

### **BIBLIOGRAPHIE**

## **INTRODUCTION**

Il existe plusieurs mots, de sens parfois différents, et diverses conceptions de la souffrance psychique au travail : stress, risques psycho sociaux (RPS) ou encore harcèlement moral par exemple. Toutefois, la souffrance psychique au travail (SPT) est un phénomène répandu : 28 % (56 millions) des travailleurs [européens] seraient ‘exposés à au moins un facteur susceptible d’affecter de manière défavorable [leur] bien-être mental’ (1). Des liens ont été établis entre RPS et maladies mentales (2), troubles musculo-squelettiques (TMS) (3) et maladies cardiovasculaires (4).

Le médecin généraliste (MG) est l’interlocuteur privilégié des travailleurs en situation de souffrance : selon l’enquête ANACT 2009, le MG est consulté par 39 % des salariés se disant stressés au travail au cours des douze derniers mois contre 28 % pour le médecin du travail (5). Pourtant il existe peu d’études concernant la prise en charge de la souffrance psychique au travail en soins primaires.

Les médecins sont soumis à l’obligation de formation médicale continue. Cela peut passer par des formations délivrées par des organismes agréés, locaux ou nationaux, ou encore par la lecture de revues médicales. D’après l’enquête INPES 2011 « Médecins généralistes/Médecins du travail : regards croisés », 36 % des médecins généralistes s’estimaient formés en santé au travail (20 % en formation initiale et 24 % en formation continue) et 57 % des médecins non formés « seraient prêts à suivre une formation continue en santé au travail » (6).

L’objectif principal de cette étude était de décrire la prise en charge de la souffrance psychique au travail par les médecins généralistes dans une région de l’ouest de la France. L’objectif secondaire était d’analyser l’influence de la formation sur cette prise en charge.

## **MATERIEL ET METHODE**

Cette étude reposait sur une méthodologie mixte (7) avec un protocole convergent, c’est-à-dire un recueil concomitant des données qualitatives et quantitatives avec analyse séparée puis mise en relation des résultats dans une approche compréhensive. Cette méthode permettait d’ « obtenir une vue plus complète d’un phénomène à partir de deux bases de données » et de « corroborer des résultats issus de différentes méthodes » (7).

## **Méthode quantitative**

Un questionnaire anonyme auto-administré a été réalisé à l'aide de l'analyse de la littérature puis de médecins experts, avant d'être testé auprès de MG. Il explorait plusieurs domaines : connaissances et représentations des MG sur la souffrance psychique au travail (SPT), modes de prise en charge, relations avec les médecins du travail et formation.

Seuls les résultats concernant la prise en charge de la SPT ont été présentés ici.

Ce questionnaire a été diffusé de janvier à mars 2013 aux 590 Maîtres de Stage Universitaires (MSU) des Pays de la Loire (Facultés de médecine d'Angers et de Nantes) par voie informatique, puis postale avec une relance électronique. Le sexe et le département d'exercice des MSU étaient connus.

L'analyse statistique a été réalisée sous SPSS (Version 19.0.0) et sous Biostatgv. Pour les comparaisons entre les groupes de patients, des tests de Khi2 et de Kruskal Wallis ont été utilisés. Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5 %.

## **Méthode qualitative**

Des entretiens individuels semi structurés ont été menés auprès de 10 médecins généralistes non MSU des Pays de la Loire. Les critères de l'échantillonnage comportaient le sexe, l'âge, les conditions et le département géographique d'exercice, et la formation spécifique des interviewés. Le recrutement a été réalisé en « boule de neige », les médecins étant recommandés par des confrères.

Le guide d'entretien explorait les dimensions suivantes : représentations et connaissances de la SPT, pratiques et attentes en matière de prise en charge psychologique, relations inter disciplinaires, prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses. Il a été adapté au cours des premiers entretiens.

Les enregistrements audio des entretiens ont été intégralement retranscrits. Le codage et l'analyse thématique des données ont été réalisés à l'aide du logiciel d'analyse Nvivo (Version 10.0.303.0). L'analyse thématique a été ciblée sur les thèmes du questionnaire. Une analyse croisée avec un autre chercheur a été réalisée sur une partie des entretiens.

Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique du CHU d'Angers (avis 2013/04).

## RESULTATS

Pour chaque thème, les résultats quantitatifs ont d'abord été présentés, puis les résultats qualitatifs.

### Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

#### *Echantillon quantitatif*

314 médecins ont retourné le questionnaire soit un taux de réponse de 53,22 %.

121 médecins (38,5 %) avaient suivi une formation, majoritairement en formation continue, soit en santé au travail (30,3%), soit concernant la souffrance psychique au travail (27,7%), un même médecin pouvant avoir suivi les deux types de formation (Tableau I).

**Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles**

<b>Sexe (n=314)</b>	<b>% (n)</b>
Homme	58,9 (185)
Femme	41,1 (129)
<b>Département (n=314)</b>	
44 - Loire Atlantique	35 (110)
49 - Maine et Loire	29,6 (93)
53 - Mayenne	5,7 (18)
72 - Sarthe	12,7 (40)
85 - Vendée	16,9 (53)
<b>Formation santé au travail (n=314)</b>	<b>30,3 (95)</b>
Formation initiale (n=95)	32,6 (31)
Formation continue (n=95)	81,1 (77)
<b>Formation souffrance psychique au travail (n=314)</b>	<b>27,7 (87)</b>
Formation initiale (n=87)	4,6 (4)
Formation continue (n=87)	98,9 (86)
<b>Formation santé au travail ou souffrance psychique (n=314)</b>	<b>38,5 (121)</b>

Il n'y avait pas de lien entre le fait d'avoir suivi une formation et les autres caractéristiques socio-professionnelles. Les répondants ne différaient pas des non répondants par leur répartition dans les différents départements ( $p= 0,392$ ) mais il y avait plus de femmes parmi les répondants (41,1 % contre 36,3 %,  $p=0.009$ ).

## ***Echantillon qualitatif***

Les entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins concernés (à son domicile pour l'un d'entre eux). La durée moyenne était de 50 minutes (de 30 à 61 minutes). Le tableau II décrit les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins interrogés.

**Tableau II : Echantillonnage des médecins ayant participé aux entretiens semi-dirigés**

	<b>Sexe</b>	<b>Âge</b>	<b>Lieu d'exercice</b>	<b>Type d'exercice</b>	<b>Formation</b>	<b>Département</b>
M1	F	Entre 40 et 49 ans	Urbain	Cabinet Pluridisciplinaire	Oui (FMC)	44
M2	M	Entre 30 et 39 ans	Rural	Cabinet Pluridisciplinaire	Non	44
M3	M	Entre 30 et 39 ans	Urbain	Cabinet Pluridisciplinaire	Oui (Initiale)	49
M4	M	Entre 50 et 59 ans	Rural	Cabinet Pluridisciplinaire	Non	53
M5	F	Entre 30 et 39 ans	Semi rural	Cabinet Pluridisciplinaire	Non	49
M6	H	Entre 40 et 49 ans	Rural	Seul	Oui (FMC)	72
M7	F	Entre 50 et 59 ans	Urbain	Cabinet Médical	Non	72
M8	H	Entre 50 et 59 ans	Rural	Seul	Non	85
M9	F	Entre 50 et 59 ans	Urbain	Cabinet Médical	Non	72
M10	H	Plus de 60 ans	Urbain	Cabinet Médical	Oui (FMC)	49

En outre 3 médecins avaient fait ou faisaient partie d'un groupe Balint (8) et un médecin avait siégé au Conseil de l'Ordre.

## **Situations diagnostiques et dépistage**

La formation des médecins n'influe pas sur les situations diagnostiques et les méthodes de dépistage rapportées (Tableau III).

**Tableau III : Situations diagnostiques et dépistage**

Dans quelle(s) situation(s) suspectez-vous une souffrance psychique au travail ? (n=310)	% (n)
Plainte explicite spontanée du patient	92,9 (288)
Trouble psychiatrique (Dépression, ...)	90,6 (281)
Consultations à répétition	84,2 (261)
Trouble fonctionnel (Douleurs abdominales, ...)	77,1 (239)
Trouble organique (HTA, ...)	25,8 (80)
Consultation pour plainte « banale » (Rhinopharyngite, ...)	14,5 (45)
Autre	6,5 (20)
Sans opinion	0 (0)
Dans votre pratique, comment dépistez-vous la souffrance psychique au travail ? (n=310)	% (n)
Question du type "Comment ça se passe au travail ?"	94,2 (292)
Questionnaire adapté	5,5 (17)
Autre	10,2 (32)
Non concerné	0,6 (2)

Les patients exprimaient souvent spontanément leur souffrance, mais le MG pouvait manquer d'attention : « peut-être que je (ne) suis pas assez attentif, on a parfois des surprises ».

L'expression de symptômes psychiques et physiques, dont les TMS, ou même l'accentuation d'un tabagisme pouvaient amener à évoquer une SPT. Le diagnostic pouvait être évoqué dans de multiples situations : consultations à répétition pour une plainte (psycho)somatique, demande d'arrêt de travail, consultation pour un autre motif ou même consultation concernant un tiers : « la maman qui amène son enfant qui (n') est pas si malade que ça et qui, qui est vraiment très angoissée, qui se met à pleurer... en fait en creusant un peu ça se passe pas très bien au travail ».

Certains médecins exploraient facilement la question du travail, même en l'absence de plainte, en formulant directement : « comment ça va dans votre famille? comment ça va dans votre travail ? ». Poser la question nécessitait alors de prendre le temps, ce qui pouvait en limiter l'utilisation. Ce dépistage pouvait également se faire lors du suivi, sur plusieurs consultations.

## Stratégie thérapeutique

Les médecins ayant suivi une formation utilisaient plus souvent l'écoute, la psychothérapie de soutien et la thérapie comportementale. Il n'y avait pas de différence concernant la prescription des psychotropes et l'utilisation des techniques de relaxation (Tableau IV).

**Tableau IV : Stratégie thérapeutique**

Question	Total % (n)	Formation % (n)	Pas de formation % (n)	P
Qu'utilisez-vous dans votre stratégie thérapeutique dans le cas d'une SPT ?	n=313	n=120	n=193	
Arrêt de travail	98,1 (307)	98,3 (118)	97,9 (189)	ns
Ecoute	93,9 (294)	97,5 (117)	91,7 (177)	0,037
Psychothérapie de soutien	74,1 (232)	81,7 (98)	69,4 (134)	0,016
Psychotropes	56,9 (178)	55,8 (67)	57,5 (111)	ns
Conseil hygiéno-diététiques (Sport, pas de toxiques, ...)	40,3 (126)	35,8 (43)	43 (83)	ns
Méthodes de relaxation	25,2 (79)	25,8 (31)	24,9 (48)	ns
Thérapie comportementale	20,8 (65)	28,3 (34)	16,1 (31)	0,009
Autre	4,8 (15)	5 (6)	4,7 (9)	ns
Sans opinion	0 (0)	0 (0)	0 (0)	na
Prescrivez-vous des psychotropes dans le cas d'une SPT ?	n=305	n=119	n=186	p
Jamais	0,3 (1)	0 (0)	(0,5) 1	
Peu souvent	31,5 (96)	33,6 (40)	30,1 (56)	
Assez souvent	52,8 (161)	52,1 (62)	53,2 (99)	ns
Très souvent	14,4 (44)	13,4 (16)	15,1 (28)	
Toujours	1 (3)	0,8 (1)	1,1 (2)	

Conseillez-vous des techniques de relaxation dans le cas d'une SPT ?	n=304	n=118	n=186	p
Jamais	11,8 (36)	11 (13)	12,4 (23)	
Peu souvent	37,8 (115)	39,8 (47)	36,6 (68)	
Assez souvent	28,3 (86)	30,5 (36)	26,9 (50)	ns
Très souvent	14,8 (45)	11 (13)	17,2 (32)	
Toujours	7,2 (22)	7,6 (9)	7 (13)	

ns : non significatif, na : non applicable

Les médecins formés avaient plus souvent recours aux déclarations en accident du travail et en maladie professionnelle ainsi qu'à la demande d'inaptitude (Tableau V).

**Tableau V : Accident du travail, maladie professionnelle et inaptitude**

Question	Total % (n)	Formation % (n)	Pas de formation % (n)	p
<b>Vous est-il arrivé de déclarer une souffrance psychique en accident de travail ?</b>	n=314	n=121	n=193	
Oui	41,1 (129)	51,2 (62)	34,7 (67)	0,004
Non	58,9 (185)	48,8 (59)	65,3 (126)	
<b>Vous est-il arrivé de déclarer une souffrance psychique en maladie professionnelle ?</b>	n=306	n=119	n=187	
Oui	32,4 (99)	40,3 (48)	27,3 (51)	0,017
Non	67,6 (207)	59,7 (71)	72,7 (136)	
<b>Avez-vous déjà discuté d'une mise en inaptitude au travail avec le médecin du travail dans le cas d'une SPT ?</b>	n=306	n=119	n=187	
Oui	79,4 (243)	87,4 (104)	74,3 (139)	0,006
Non	20,6 (63)	12,6 (15)	25,7 (48)	

Une démarche type, voire une procédure, se dégagait associant selon les cas : écoute, arrêt de travail, recours au médecin du travail et éventuellement à un autre tiers, prescription de psychotropes. La prise en charge pouvait ne pas différer quel que soit le tableau clinique : « c'est un peu toujours la (...) même chose et les mêmes signes (...) au final moi je les traite un peu de la même façon... avec... un petit peu de médicaments mais surtout beaucoup de paroles et... et de l'arrêt si besoin.. ».

La psychothérapie prenait souvent la forme de l'écoute, dès le début de la prise en charge, qui était présentée comme « fondamentale » mais consommatrice de temps. Elle pouvait également comporter des conseils comme « mettre à distance » le travail, de la réassurance ou des encouragements. La légitimité du médecin à mener cette psychothérapie était questionnée jusqu'à se demander s'il s'agissait d'une vraie psychothérapie et un médecin expliquait qu'il ne s'agissait pas d'une « prise en charge très sérieuse, très profonde ».



Les psychotropes pouvaient être prescrits de manière différée, pour des durées courtes, en fonction des symptômes, en fonction des anxiolytiques déjà prescrits ou encore en fonction du risque suicidaire : « moi je les mets effectivement en fonction des symptômes que les gens m'ont présenté, je vais essayer de leur en mettre si je pense (...) qu'ils en ont besoin bon anxiolytiques s'il y a vraiment que l'angoisse, s'il y a des éléments un petit peu plus dépressifs c'est certain que je vais faire intervenir les antidépresseurs ».

Pour certains médecins, les règles hygiéno-diététiques ne semblaient pas efficaces et les patients ne semblaient pas y adhérer.

### Arrêt de travail et suivi

Les médecins ayant suivi une formation prescrivaient plus souvent un arrêt de travail que les autres, choisissaient plus souvent les troubles psychiatriques comme motif d'arrêt de travail, revoyaient plus souvent leurs patients en consultation avant la reprise et prescrivaient plus souvent pour une durée totale de plus de 30 jours (Tableau VI).

**Tableau VI : Fréquence et motif de prescription d'arrêt de travail, suivi**

Question	Total % (n)	Formation % (n)	Pas de formation % (n)	p
Prescrivez-vous un arrêt de travail dans le cas d'une SPT ?	n=306	n=119	n=187	
Jamais	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Peu souvent	2,9 (9)	0,8 (1)	4,3 (8)	
Assez souvent	38,9 (119)	28,6 (34)	45,5 (85)	< 0,005
Très souvent	46,7 (143)	55,5 (66)	41,2 (77)	
Toujours	11,4 (35)	15,1 (18)	9,1 (17)	
Dans quelles circonstances prescrivez-vous un arrêt de travail dans le cas d'une SPT ?	n=306	n=119	n=187	
Trouble psychiatrique (Dépression, syndrome anxio-dépressif, burn out)	96,7 (296)	100 (119)	94,7 (177)	0,008
Mise en danger du patient (Violences subies par le patient, idées suicidaires, ...)	85,6 (262)	87,4 (104)	84,5 (158)	ns
Autre	8,2 (25)	10,1 (12)	7 (13)	ns
Sans opinion	0 (0)	0 (0)	0 (0)	na
Revoyez-vous un patient en arrêt pour SPT avant sa reprise du travail ?	n=303	n=119	n=184	
Jamais	1 (3)	0 (0)	1,6 (3)	
Peu souvent	3,3 (10)	1,7 (2)	4,3 (8)	
Assez souvent	13,2 (40)	9,2 (11)	15,8 (29)	0,035
Très souvent	26,1 (79)	26,9 (32)	25,5 (47)	
Toujours	56,4 (171)	62,2 (74)	52,7 (97)	

Revoyez-vous systématiquement un patient en arrêt pour SPT après sa reprise du travail ?	n=303	n=119	n=184	
Jamais	3 (9)	1,7 (2)	3,8 (7)	
Peu souvent	17,5 (53)	16,8 (20)	17,9 (33)	
Assez souvent	32,7 (99)	30,3 (36)	34,2 (63)	ns
Très souvent	24,8 (75)	25,2 (30)	24,5 (45)	
Toujours	22,1 (67)	26,1 (31)	19,6 (36)	
En général, pour quelle durée prescrivez-vous l'arrêt de travail initial dans le cas d'une SPT ?	n=303	n=118	n=185	
Moins de 8 jours	14,5 (44)	13,6 (16)	15,1 (28)	
Entre 8 et 14 jours	64,4 (195)	61,9 (73)	65,9 (122)	ns
Entre 15 et 30 jours	19,5 (59)	21,2 (25)	18,4 (34)	
Plus de 30 jours	1,7 (5)	3,4 (4)	0,5 (1)	
En général, pour quelle durée totale prescrivez-vous un arrêt de travail dans le cas d'une SPT ?	n=293	n=114	n=179	
Moins de 8 jours	1 (3)	0 (0)	1,7 (3)	
Entre 8 et 14 jours	11,3 (33)	6,1 (7)	14,5 (26)	<0,005
Entre 15 et 30 jours	39,2 (115)	32,5 (37)	43,6 (78)	
Plus de 30 jours	48,5 (142)	61,4 (70)	40,2 (72)	

ns : non significatif

### ***Circonstances, motifs et objectifs de prescription de l'arrêt de travail***

L'arrêt de travail était présenté comme le premier traitement, le refuser pouvait aggraver la situation et il fallait d'ailleurs parfois « imposer presque l'arrêt ». L'arrêt de travail était prescrit en fonction de l'intensité de la souffrance et du retentissement. Il s'agissait pour le patient de mettre à distance son travail, de « faire le point », d'« affronter la situation (...) avec un peu de recul » ou de s'interroger sur son travail ou sur son orientation. L'arrêt de travail pouvait être également l'occasion pour le patient de contacter le médecin du travail ou l'employeur et de faire des démarches administratives. Cocher la case « sorties libres » permettait aux patients de profiter de leur arrêt pour favoriser le lien social ou familial, sans poser de problème avec l'organisme payeur: « je leur mets des sorties libres (...) parce j'ai envie qu'ils fassent autre chose (...) et en général ça se passe vraiment très bien enfin au niveau de (...) la sécurité sociale ». Concernant la rédaction de l'arrêt de travail, un médecin écrivait sur l'arrêt les symptômes constatés « sans jamais le(s) lier au travail » alors qu'un autre marquait « souffrance au travail » mais certains soulignaient qu'il ne fallait pas noter « harcèlement au travail ».

## ***Difficultés de prescription de l'arrêt de travail***

Les médecins exprimaient des difficultés liées à la nécessité de devoir « faire confiance au patient » tout en ne maîtrisant pas ce qui se passait au niveau du travail : « au bout d'un moment après plusieurs arrêts (...) je ne sais pas...je ne maîtrise plus puisque je ne peux pas agir sur le...bah le côté travail ». Le patient pouvait rechercher des bénéfices secondaires : « il peut y avoir des plaintes qui sont excessives, des gens qui cherchent des bénéfices secondaires », avoir des difficultés à prendre une décision quant à la poursuite de ce travail, ou avoir des angoisses d'anticipation à la reprise avec la notion de « cercle vicieux » : « moins on en fait, moins on a envie d'en faire ». Plusieurs médecins évoquaient la difficulté des prolongations d'arrêt de travail à répétition avec le risque de chronicisation : « on voit quand même les effets néfastes des arrêts de travail à répétition, les gens (...) se mettent dans une situation euh soit enfin ouais de on va dire de sinistrose ». Il pouvait y avoir des pressions du patron sur le salarié. Le risque d'être convoqué par la sécurité sociale était évoqué alors qu'un des médecins prescrivait des arrêts de travail sans s'en soucier. Le médecin pouvait se servir de la réglementation en vigueur concernant les indemnités journalières pour faciliter la reprise et leur diminution pouvait conduire à la reprise.

## **Relations avec le médecin du travail**

Les médecins ayant suivi une formation contactaient plus souvent le médecin du travail. (Tableau VII). La formation n'influait pas la satisfaction des contacts et les motifs de recours. Concernant les freins aux contacts avec le médecin du travail, le refus du patient est plus souvent choisi par les médecins déclarant être formés (Tableau VII).

**Tableau VII : Fréquence, motifs et freins aux contacts avec le médecin du travail**

Question	Total % (n)	Formation % (n)	Pas de formation % (n)	P
Avez-vous des contacts avec le médecin du travail dans une situation de SPT ?	n=314	n=121	n=193	
Jamais	5,1 (16)	2,5 (3)	6,7 (13)	
Peu souvent	36,9 (116)	28,1 (34)	42,5 (82)	
Assez souvent	35,4 (111)	38,8 (47)	33,2 (64)	<0,005
Très souvent	16,6 (52)	20,7 (25)	14 (27)	
Toujours	6,1 (19)	9,9 (12)	3,6 (7)	
Estimez-vous avoir des contacts suffisants avec le médecin du travail dans une situation de SPT ?	n=314	n=121	n=193	
Oui	41,4 (129)	47,9 (58)	36,8 (71)	
Non	58,9 (185)	52,1 (63)	63,2 (122)	ns

Pour quelle raison contactez-vous le médecin du travail dans le cadre d'un patient en situation de SPT ?	n=297	n=118	n=179	
Discuter de la prise en charge du patient	79,1 (235)	83,9 (99)	76 (136)	ns
Lui demander d'agir sur les facteurs professionnels	67,3 (200)	69,5 (82)	65,9 (118)	ns
Avoir son opinion sur l'entreprise	41,8 (124)	45,8 (54)	39,1 (70)	ns
Avoir son opinion sur la situation du patient	38 (113)	41,5 (49)	35,8 (64)	ns
Autre	5,1 (15)	4,2 (5)	5,6 (10)	ns
Quels sont, selon vous, les freins aux échanges avec le médecin du travail ?	n=313	n=121	n=192	
Difficulté à le joindre	64,2 (201)	39,7 (48)	33,3 (64)	ns
Manque de temps	52,1 (163)	56,2 (68)	49,5 (95)	ns
Manque d'efficacité du médecin du travail	24,6 (77)	26,4 (32)	23,4 (45)	ns
Refus du patient	20,8 (65)	26,4 (32)	17,2 (33)	0,049
Manque de confiance vis-à-vis de l'indépendance du médecin	15,7 (49)	17,4 (21)	14,6 (28)	ns
Peur des conséquences professionnelles pour le patient	13,4 (42)	10,7 (13)	15,1 (29)	ns
Secret Médical	9,9 (31)	9,9 (12)	9,9 (19)	ns
Autre	8,6 (27)	9,9 (12)	7,8 (15)	ns
Sans opinion	2,9 (9)	2,5 (3)	3,1 (6)	ns

ns : non significatif

Les contacts pouvaient se faire dans les deux sens, aussi bien directement par courrier ou par téléphone que par l'intermédiaire du patient. Plusieurs médecins expliquaient au patient qu'avec son accord, le médecin du travail pouvait les contacter. Le contact avec le médecin du travail pouvait se faire en cas de prolongation de la situation ou de l'arrêt de travail ou au contraire en cas de reprise.

Le médecin du travail pouvait agir sur le patient en lui fournissant des conseils, et sur le travail en obtenant une adaptation du poste ou un changement de poste. Un médecin expliquait que le médecin du travail avait plus d'importance que lui en cas de stress au travail car il avait un impact sur l'employeur et les conditions de travail. Il était décrit comme l'interlocuteur avec l'employeur mais un médecin se demandait s'il avait réellement du poids. Le généraliste pouvait lui fournir des informations sur une situation ou au contraire s'appuyer sur la connaissance de l'entreprise du médecin du travail afin d'objectiver la situation : « c'est de savoir si (...) il connaît l'entreprise en question s'il a déjà un recul... enfin je veux dire des cas analogues.. ».

Les freins décrits étaient le manque d'indépendance des médecins du travail vis-à-vis de l'employeur, leur manque d'efficacité, et aussi le manque de connaissance de l'organisation de la médecine du travail : « je (ne) sais pas très bien comment ça s'organise (...) la médecine du travail (...) je sais pas qui appeler ». Un médecin expliquait ne pas avoir de difficulté car il connaissait les médecins du travail, peu nombreux sur son territoire.

Un médecin expliquait avoir appris récemment, au cours d'une formation, que le secret s'appliquait au médecin du travail, ce qui l'avait « agacé » et il était donc désormais « sur la réserve ». Il pensait même avoir dérogé au secret et se demandait si ses contacts n'étaient pas trop fréquents au regard du secret médical.

## Recours à un tiers

8,3 % des médecins avaient recours à un tiers « très souvent » ou « toujours » sans qu'il y ait de différence significative entre ceux qui avaient suivi une formation et les autres. Ceux qui avaient suivi une formation avaient plus souvent recours à la consultation de pathologie professionnelle, au représentant du personnel, au travailleur social et choisissaient plus souvent la réponse « autre » (Tableau VIII). Les réponses « autre » concernaient les prud'hommes, les syndicats, un groupe de parole ou encore un psychiatre spécialisé.

**Tableau VIII : Recours à un tiers**

Question	Total % (n)	Formation % (n)	Pas de formation % (n)	p
Adressez-vous ces patients à un tiers (autre que médecin du travail) pour avis ou suivi ?	n=311	n=118	n=193	
Jamais	3,5 (11)	3,4 (4)	3,6 (7)	
Peu souvent	42,4 (132)	39,8 (47)	44 (85)	
Assez souvent	45,7 (142)	50,8 (60)	42,5 (82)	ns
Très souvent	7,7 (24)	4,2 (5)	9,8 (19)	
Toujours	0,6 (2)	1,7 (2)	0 (0)	
Vers qui adressez-vous (autre que le médecin du travail) ou orientez-vous ces patients ?	n=309	n=117	n=186	
Psychologue	70,6 (214)	69,2 (81)	71,5 (133)	ns
Psychiatre	57,4 (174)	58,1 (68)	57 (106)	ns
Inspection du travail	47,2 (143)	51,3 (60)	44,6 (83)	ns
Représentant du personnel	38,9 (118)	46,2 (54)	34,4 (64)	0,041
Consultation de pathologie professionnelle	28,7 (87)	38,5 (45)	22,6 (42)	0,003
Conseil juridique, avocat	20,5 (62)	23,9 (28)	18,3 (34)	ns
Médecin conseil de la sécurité sociale	19,1 (58)	23,1 (27)	16,7 (31)	ns
Responsable du personnel (DRH)	16,2 (49)	17,9 (21)	15,1 (28)	ns
Travailleur social	13,5 (41)	18,8 (22)	10,2 (19)	0,033
Autre	6,3 (19)	10,3 (12)	3,8 (7)	0,023
Sans opinion	0,7 (2)	0 (0)	1,1 (2)	ns

ns : non significatif

Certains médecins adressaient au psychiatre en cas de symptômes importants, comme un état dépressif. Un médecin contactait le psychiatre « souvent à l'issue de l'arrêt de travail en général...quand ça dure plus longtemps ». Un autre avait adressé un patient au psychiatre car

le psychologue était mis en échec et qu'il ne s'agissait pas que d'un problème lié au travail : « je l'ai adressé là parce que c'est au travail (...) qu'il se sent bah que les difficultés sont les plus importantes mais son problème n'est pas que pas que professionnel parce que dans sa vie dans sa vie familiale, sa vie de couple il est pas bien et là je l'ai adressé à un psychiatre euh...pour essayer (...) de préciser un peu les choses et puis essayer de l'aider ». Certains patients pouvaient refuser de voir le psychiatre, le mot psychiatre faisant peur, d'autres ne trouvant pas le temps, d'autres encore redoutant d'être face à quelqu'un de passif. Le « psy » pouvait permettre une psychothérapie différente de celle conduite par le médecin généraliste ou d'éviter la prescription de psychotropes.

Le psychologue permettait de savoir s'il y avait un problème autre que professionnel : « le ou la psychologue sont capables de me dire si véritablement pour eux s'il y a un autre souci que le seul souci au niveau professionnel ». Un médecin expliquait que dans le cas d'une souffrance psychique au travail, la cause étant le travail, cela n'apportait pas grand-chose et le patient n'adhérait pas à la prise en charge : « on est un peu limité parce que, de toute façon, dans ce genre de situation si vous ne résolvez pas le problème vous pouvez proposer tout ce que vous voulez...aller voir un psychiatre un psychologue ça (ne) va pas lui apporter grand chose ».

D'autres intervenants étaient cités : les Centres Médico Psychologiques, la consultation de pathologie professionnelle, l'inspection du travail, le médecin conseil, l'employeur, les prud'hommes, les syndicats, la FNATH (Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés), la CARSAT (Caisse d'assurance Retraite et de la Santé au Travail), les associations de patients, des médecines manuelles ou non conventionnelles, le sophrologue, le médiateur, un membre de l'entreprise pouvant également faire office d'interlocuteur ou encore l'hospitalisation.

### **Difficulté, évaluation de la formation et améliorations**

24 % se sentaient en difficulté « très souvent » ou « toujours » sans différence en fonction du fait d'avoir suivi ou non une formation. Les médecins ayant suivi une formation se sentaient d'avantage suffisamment formés, proposaient plus souvent la mise en place d'outils de prise en charge et choisissaient moins souvent la réponse « sans opinion » (Tableau IX).

**Tableau IX : Difficulté, évaluation de la formation et améliorations**

Question	Total % (n)	Formation % (n)	Pas de formation % (n)	P
Considérez-vous que ces situations de SPT vous posent particulièrement problème ?	n=309	n=118	n=191	
Jamais	0,3 (1)	0 (0)	0,5 (1)	
Peu souvent	15,2 (47)	14,4 (17)	15,7 (30)	
Assez souvent	61,5 (190)	59,3 (70)	62,8 (120)	ns
Très souvent	20,7 (64)	24,6 (29)	18,3 (35)	
Toujours	2,3 (7)	1,7 (2)	2,6 (5)	
Vous estimez-vous suffisamment formés à la prise en charge de la SPT ?	n=314	n=121	n=193	
Oui	30,3 (95)	41,3 (50)	23,3 (45)	0,001
Non	69,7 (219)	58,7 (71)	76,7 (148)	
Quelles sont, selon vous, les pistes pour améliorer la prise en charge de la SPT en médecine générale ?	n=314	n=121	n=193	
Améliorer les relations avec les médecins du travail	66,6 (209)	67,8 (82)	65,8 (127)	ns
Formation des médecins généralistes	60,5 (190)	64,5 (78)	58 (112)	ns
Mise en place d'un réseau spécialisé	42,7 (134)	48,8 (59)	38,9 (75)	ns
Mise en place d'outils de prise en charge	36,6 (115)	43,8 (53)	32,1 (62)	0,037
Mise en place d'outils diagnostiques (questionnaires, ...)	29,3 (92)	24,8 (30)	32,1 (62)	ns
Autre	10,8 (34)	11,6 (14)	10,4 (20)	ns
Sans opinion	4,8 (15)	0,8 (1)	7,3 (14)	0,009

ns : non significatif

### ***Formation***

Avoir suivi une formation avait permis de se sentir à l'aise notamment dans la prescription d'un arrêt de travail, de comprendre qu'il s'agissait d'une « vraie souffrance » à prendre en charge, d'apprendre qu'il ne fallait pas faire référence au travail sur le formulaire d'arrêt de travail, que le médecin du travail était un allié malgré le secret médical, ... Parmi les freins à suivre une formation étaient cités le manque de temps ou le fait que ce serait moins intéressant qu'une formation sur une pathologie comme « la prise en charge du trauma de l'épaule ». Le mode de formation était évoqué: « je pense que ça peut être sous la forme de formation médicale continue que ça peut être intéressant parce qu'on cible en fait ce dont on a besoin ». Un médecin expliquait que participer à un groupe Balint l'aidait dans la prise en charge de souffrances psychiques mais pas seulement au travail.

### ***Difficultés de prise en charge***

La position du médecin généraliste posait problème à plusieurs niveaux : sentiment de partialité n'ayant que la vision du salarié, nécessité de manier à la fois la « carotte » (l'arrêt de travail) et le « bâton » (reprise), et d'impuissance puisque n'ayant pas de poids sur le

travail. Le fait de bien connaître ses patients semblait à la fois un avantage en permettant d'identifier les patients « fragiles », ou ceux qui ne « perd(ent pas) pied comme ça », ou encore de connaître le « contexte familial et social », et un inconvénient car pouvant provoquer « des biais d'interprétation ». La subjectivité du médecin pouvait l'amener à minimiser une plainte en la relativisant par rapport à sa propre situation alors qu'au contraire sa propre souffrance pouvait l'amener à éviter de poser trop de questions : « on est humain y a des fois on sait que quelqu'un va pas forcément bien et qu'il suffirait qu'on pose une question pour que ça déclenche tout, mais on n'est pas en capacité de répondre à l'attente de la personne.. ».

Le contexte économique pouvait avoir un impact sur la prise en charge « parce que les gens se disent qu'ils ont un boulot et qu'ils ont déjà de la chance d'avoir un boulot ». Un médecin expliquait que c'était plus difficile en cas de « problème de personnes » qu'en cas de « surmenage ». La difficulté de prise en charge pouvait venir d'une difficulté de reclassement quand le salarié était peu qualifié ou quand la perte de l'emploi engendrait des difficultés financières.

## **DISCUSSION**

Les médecins généralistes prenaient en charge leurs patients en situation de souffrance psychique au travail à l'aide d'arrêts de travail, d'écoute, de psychotropes et d'un recours au médecin du travail. Les médecins déclarant avoir suivi une formation, qu'elle soit en santé au travail en général ou concernant la souffrance psychique en particulier, prescrivaient plus souvent des arrêts de travail, utilisaient d'avantage leur capacité d'écoute et contactaient plus souvent le médecin du travail.

### **Sur la méthode**

Deux enquêtes, quantitative et qualitative, ont été menées en parallèle : cette démarche originale permet de mieux comprendre et d'enrichir les résultats de chacune des deux études. Néanmoins mener les deux études de manière séquentielle aurait pu permettre de construire l'enquête quantitative à partir des résultats qualitatifs afin de pondérer les hypothèses émises au cours du travail qualitatif (7).

Les répondants comprenaient d'avantage de femmes que les non répondants, et ne différaient pas statistiquement en matière de répartition départementale ; la répartition en classes d'âges



des non répondants n'était pas connue. Le recours aux MSU pose la question de leur représentativité aussi bien sur le versant de leurs caractéristiques sociodémographiques que de leur pratique professionnelle et de leur formation. Dans une enquête de 2011, les MSU de la faculté d'Angers avaient des caractéristiques sociodémographiques proches des MG nationaux avec néanmoins une surreprésentation des femmes et une sous-représentation des 45-54 ans (9). Concernant leur exercice professionnel ils avaient un « profil proche de la population nationale » mais ils exerçaient plus souvent en cabinet de groupe et avaient plus souvent des diplômes complémentaires. Ils avaient plus souvent eu recours à une Formation Médicale Continue sans que cela soit significatif mais le recours à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles était significativement plus fréquent (9).

Le mode de recrutement (en boule de neige) de l'enquête qualitative a permis d'explorer un échantillon de MG en variation maximale sur les critères de département, de zone et de mode d'exercice, de formation, de sexe et d'âge. D'autres caractéristiques auraient pu être recherchées comme la participation à des groupes de pairs. Par ailleurs, le contenu précis de leur formation initiale n'a pas été exploré.

Il n'y a pas eu de double codage mais les entretiens ont été relus par un autre chercheur permettant une triangulation des données dans l'analyse. Il semble que la saturation des données n'ait pas été atteinte car de nouvelles données sont apparues au cours des derniers entretiens ce qui peut s'expliquer notamment par le nombre de sujets abordés dans le guide d'entretien.

### **Sur le concept de souffrance psychique au travail**

L'étude de la perception de la souffrance psychique au travail de leurs patients par les MG, utilisant les mêmes données que l'étude présentée ici, a montré que les médecins généralistes évoquaient la SPT à la fois avec des termes généraux, des symptômes isolés ou correspondant à des syndromes, ou encore en terme de cause ou de retentissement (10). Ils utilisaient des termes et des concepts intrinsèquement liés au travail (burn-out et harcèlement moral) mais aussi des termes faisant partie du champ de la dépression. Il n'y avait néanmoins pas de vision unanime avec des représentations plus ou moins extensives de la souffrance au travail.

L'expression « souffrance psychique au travail » semble donc être un concept opérationnel pouvant être défini comme « toute plainte exprimée par le patient et reliée, par lui ou le médecin, au travail », mais ne s'agissant pas d'une entité nosographique précise elle peut

correspondre à des situations cliniques très différentes. La prise en charge peut donc varier avec par exemple le recours plus fréquent à un tiers ou au psychiatre en cas de symptômes intenses (10).

### **Sur les données recueillies**

Le médecin généraliste face à un patient présentant une SPT dispose d'un nombre limité d'outils lui permettant de répondre à une double difficulté : il s'agit d'une plainte pouvant être difficile à authentifier et dont la cause directe échappe à son action.

Dans trois enquêtes ayant un taux de réponse important, utilisant des méthodes parfois différentes, l'arrêt de travail est l'outil le plus utilisé, puis viennent, dans des proportions similaires, le recours au médecin du travail et la prescription de psychotropes (11–13). Dans deux études, le psychiatre est un recours plus fréquent que le psychologue, alors que c'était le contraire dans notre travail. Le taux de formation des médecins de l'étude Souville est similaire à celui de notre échantillon (environ 30 %) (13). Deux études, avec de petits échantillons et de faibles taux de réponse, se sont intéressées au point de vue du patient et à la réalité des consultations : les psychotropes étaient en réalité plus souvent prescrits que l'arrêt de travail et le médecin du travail était contacté dans 15 % des cas. (14,15)

### ***Objectiver la souffrance et son lien avec le travail***

Afin de dépister ou de diagnostiquer la SPT les généralistes utilisaient majoritairement des questions directes. Un outil de dépistage simple, en 4 questions, utilisable en pratique courante, a été proposé (16). Selon Dejours (17), le généraliste doit identifier le travail comme pouvant être la cause des plaintes, car le lien n'était pas évident, y compris pour le patient lui-même. Saliba et al. mettent en évidence la difficulté à relier la souffrance avec le travail notamment en raison de la subjectivité de cette souffrance et de l'absence de tableau de Maladie Professionnelle (18). C'est ainsi que le médecin du travail, qui connaît l'entreprise, peut aider le médecin généraliste par exemple en lui révélant l'existence de plusieurs cas similaires dans l'entreprise. Le psychiatre ou le psychologue pouvaient quant à eux, dans cette étude, aider le généraliste à mettre en évidence des causes extra-professionnelles. Dans la partie de l'enquête sur la perception de la SPT par les médecins généralistes, concernant les causes, les MG semblaient mettre en avant l'organisation et les conditions de travail mais prenaient également en compte les facteurs personnels, les « fragilités », des travailleurs (10). Cette opposition entre facteurs personnels et professionnels se retrouve dans la société. En

témoigne le fait que les accords d'entreprises en 2009 et 2010 sur le stress au travail comprennent essentiellement des mesures individuelles (19), alors que l'accord national signé auparavant par les syndicats et les représentants des employeurs mettait en cause l'organisation du travail (20). Il semble que la prise en compte par le médecin généraliste à la fois des facteurs personnels et des facteurs professionnels est déterminée par la prise en charge globale intrinsèque à sa pratique. Mais le MG intègre également un principe de réalité : le généraliste n'a de prise directe que sur les facteurs personnels.

### ***Mettre le travail à distance***

L'arrêt de travail était l'outil le plus utilisé par le médecin généraliste et avait pour objectif de mettre le travail à distance. Sa prescription pour une cause psychique et donc subjective, dans un contexte de déficit de la sécurité sociale et de lutte contre la fraude sociale (21), semble amener le généraliste à se demander si l'arrêt était justifié. Au-delà de cette question c'est celle de la gestion de la durée de l'arrêt de travail et le risque de s'enfermer dans le cercle vicieux de la chronicisation qui préoccupe le médecin généraliste. L'arrêt de travail ne suffit souvent pas à résoudre les conflits ou les problèmes d'organisation au travail ; il doit parfois être prolongé jusqu'à un changement de poste, voire une démission ou un licenciement. Ces difficultés ont été retrouvées par une revue systématique de la littérature : difficulté à évaluer le patient en l'absence d'éléments cliniques objectifs, difficulté d'être à la fois l'avocat du patient et l'expert de la sécurité sociale, manque de communication avec les médecins du travail et manque d'adaptation des conditions de travail. Les auteurs proposent donc d'améliorer l'évaluation fonctionnelle des patients et la coopération interprofessionnelle (22).

### ***Contacteur le médecin du travail pour qu'il agisse sur le travail***

Le médecin généraliste n'a pas de prise sur les conditions de travail au contraire du médecin du travail qui devrait donc être le recours naturel devant une situation de souffrance psychique au travail. Pourtant cette étude tend à montrer que ce n'est pas le cas pour l'ensemble des médecins puisque seuls 25 % d'entre eux le contactaient fréquemment. Il faut néanmoins pondérer ce résultat : il semblerait que les médecins généralistes incitent leurs patients à consulter le médecin du travail, parfois en lui remettant un courrier, même s'ils ne le contactent pas directement. Les freins mentionnés par les médecins, liés à des problèmes logistiques mais également à leurs représentations des médecins du travail, correspondaient à ceux retrouvés dans la littérature. D'après plusieurs études françaises le principal frein déclaré par les médecins généralistes est lié au fait de ne pas connaître ou de ne pas identifier le

médecin du travail (23–25). Par ailleurs dans l'enquête INPES 2011, 57 % des généralistes se disent confiants dans l'efficacité des médecins du travail, mais 58 % sont méfiants à l'égard de leur indépendance (6). Un autre obstacle semble être lié à des conceptions différentes de la souffrance au travail : d'après Anema et al, les médecins généralistes estiment que le retour au travail est compromis par des problèmes privés, alors que les médecins du travail mettent en cause des conflits au travail (26).

### *Agir sur le patient à défaut d'agir sur le travail*

Face à la souffrance au travail il existe deux voies d'action : sur l'organisation du travail ou sur le patient. Il n'existe pas de preuves de la supériorité d'une démarche sur l'autre : selon la revue de littérature de Van Der Hek et al, ce sont les programmes centrés sur l'organisation du travail qui seraient les plus efficaces (27) alors que selon Van Der Klink, les techniques de relaxation ont un faible effet, les techniques cognitivo-comportementales un effet modéré et les techniques centrées sur l'organisation n'ont pas d'effet significatif (28).

Le médecin généraliste n'a, quant à lui, pas de prise directe sur le travail mais il peut agir directement sur le patient et dispose pour cela de plusieurs outils : les psychotropes et la psychothérapie.

Les MG de l'enquête privilégiaient l'écoute à la psychothérapie de soutien et citaient moins souvent les thérapies cognitivo-comportementales. La notion d'écoute fait référence à une attitude empathique. La psychothérapie de soutien n'est pas structurée comme les thérapies cognitivo-comportementales ; elle diffère de l'écoute car « le thérapeute est conscient de la nature des moyens psychologiques mis en œuvre et exerce un contrôle sur leur déroulement et leurs effets » (29).

Cette notion d'écoute était très présente dans les entretiens : les médecins expliquaient en effet ne pas avoir de compétence pour une psychothérapie plus structurée et préféraient donc adresser à un psychothérapeute qui disposerait d'outils différents. Dans une étude sur la prise en charge psychothérapeutique de la dépression par le médecin généraliste, la majorité des médecins déclarent mener une psychothérapie eux-mêmes mais parlent de « psychothérapie entre guillemets » ou s'interrogent sur sa valeur : « une vraie psychothérapie ». Les auteurs parlent d'« approche psychothérapeutique de premier recours qui n'ose pas dire son nom, ressentie comme balbutiante, artisanale et parfois illégitime » (30). Louis Velluet parle quant à lui de « psychothérapie spécifique du médecin de famille » (31).

### *Influence de la formation*

Environ 30 % des médecins répondant se déclaraient formés, que ce soit en santé au travail en général ou plus particulièrement sur la souffrance psychique, ce qui rejoint les résultats de Souville pour qui 70,8 % sont non formés et 72,6% intéressés par une formation (13).

Les médecins formés déclaraient contacter plus souvent le médecin du travail. Ils déclaraient d'avantage utiliser l'écoute et la psychothérapie de soutien. Ils avaient plus souvent déclaré en accident du travail, en maladie professionnelle et demandé une inaptitude. Ils prescrivaient plus souvent un arrêt de travail, de durée plus longue et renvoyaient d'avantage les patients en consultation avant la reprise.

Le fait d'avoir suivi une formation est donc associé à une modification des pratiques. Une méta-analyse Cochrane a montré que des rencontres de formation peuvent modifier les comportements et améliorer la santé des patients, particulièrement les formations à la fois didactiques et interactives (32).

En l'absence de recommandations sur la prise en charge globale de la SPT en soins primaires il est difficile de dire si le fait d'être formé est associé à de meilleures pratiques. Il existe des recommandations néerlandaises concernant la gestion des troubles d'adaptation en médecine du travail et en soins primaires mais elles n'abordent que la prise en charge psychothérapeutique en s'appuyant sur des principes cognitivo-comportementaux (33). D'autres recommandations également néerlandaises insistent quant à elles sur le lien avec le médecin du travail (34). Le système d'information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur propose entre autres de recourir au médecin du travail afin d'obtenir un diagnostic fiable et d'évaluer avantages et inconvénients de l'arrêt de travail (35).

Les entretiens qualitatifs conduisent à émettre l'hypothèse qu'une formation permet d'être sensibilisé au sujet, de mieux appréhender le phénomène et de comprendre qu'il s'agit d'une réelle souffrance pour de nombreux salariés.

## CONCLUSION

La prise en charge de la SPT doit être globale, ciblant à la fois le patient et son travail, associant le médecin généraliste et le médecin du travail dont les compétences sont complémentaires. Mais la prévention primaire reste dans ce domaine de la responsabilité des entreprises et des décideurs politiques. Afin d'améliorer cette compréhension de la prise en charge de la souffrance psychique au travail, de nouvelles études sont en cours concernant les relations avec le médecin du travail ainsi que sur la perception des patients de leur parcours de soin.



## BIBLIOGRAPHIE

1. Gollac M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser - Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. 2011.
2. Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med.* mai 1999;56(5):302-7.
3. Theorell T, Harms-Ringdahl K, Ahlberg-Hultén G, Westin B. Psychosocial job factors and symptoms from the locomotor system--a multicausal analysis. *Scand J Rehabil Med.* 1991;23(3):165-73.
4. Belkic KL, Landsbergis PA, Schnall PL, Baker D. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health.* avr 2004;30(2):85-128.
5. ANACT. Le stress au travail - Rapport d'analyse. 2009.
6. Verger P, Menard C, Richard J-B, Viau A. Médecins généralistes et médecins du travail : regards croisés. Inpes;
7. Guével M-R, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique.* 1 avr 2012;24(1):23-38.
8. Société Médicale Balint France [Internet]. [cité 5 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.balint-smb-france.org/>
9. Leroy O. Activités et pratiques professionnelles des maîtres de stage ambulatoire de la Faculté d'Angers [Thèse d'exercice]. [Angers]; 2011.
10. Begue C. Souffrance psychique au travail - Perception des médecins généralistes. 2013.
11. 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]. 2005.
12. Cavrois Virely V (1978-). *Medecine générale et souffrance au travail : à propos d'une*

enquête auprès de 169 médecins généralistes du département de la Loire [thèse d'exercice]. [Saint-Etienne]: Faculté de médecine; 2009.

13. 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.

14. Gallezot-Girardeau D. Le Médecin généraliste face aux patients souffrant de stress professionnel : étude de 101 consultations pratiquées par 52 médecins généralistes du département du Rhône [Thèse d'exercice]. [Lyon]; 2006.

15. Vignola E. La souffrance mentale au travail en médecine générale : enquête auprès de 77 patients en Franche-Comté suivis par 21 médecins [Thèse d'exercice]. Université de Franche Comté; 2011.

16. Fondin É (1982-). 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 août 2009 [Thèse d'exercice]. [Nantes]; 2011.

17. Dejours C. Souffrance au travail, Nouvelles pathologies et nouvelles réponses. *Concours Méd.* 29 mars 2006;128(12):518-20.

18. Saliba M-L, Iarmarcovai G, Souville M, Viau A, Arnaud S, Verger P. [Physicians and occupational health: a qualitative study in south-eastern France]. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* oct 2007;55(5):376-81.

19. Analyse des accords signés dans les entreprises dans les entreprises de plus de 1000 salariés - Prévention des Risques psychosociaux. Direction Générale du Travail; 2011 avr.

20. Accord-cadre sur le stress au travail [Internet]. mai 27, 2004. Disponible sur: [http://resourcecentre.etuc.org/linked\\_files/documents/Framework%20agreement%20-%20work%20related%20stress%20FR.pdf](http://resourcecentre.etuc.org/linked_files/documents/Framework%20agreement%20-%20work%20related%20stress%20FR.pdf)

21. Helfter C. Contrepoint – L'avènement de la fraude. *Inf Soc.* 1 août 2013;178(4):128-128.

22. Letrilliart L, Barrau A. Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review. *Eur J Gen Pract.* déc 2012;18(4):219-28.



23. Laurent P, Bernadac G, Carraut H, Raoux C, Ruiz JF, Vallier F. Photographie des pratiques relationnelles entre les médecins généralistes et les médecins du travail. Arch Mal Prof Environ. 15 févr 2008;60(2):124.
24. Kirstetter P. La communication entre le médecin généraliste et le médecin du travail [Thèse d'exercice]. [Strasbourg]; 2010.
25. Doussin F (1977-). Relations entre les médecins généralistes et les médecins du travail : reprise d'une enquête de 1997 réalisée par des médecins de la Mutualité Sociale Agricole : évolution des pratiques et évaluation des solutions pour améliorer la santé au travail des patients. 2009.
26. Anema JR, Jettinghoff K, Houtman I, Schoemaker CG, Buijs PC, Berg R. Medical Care of Employees Long-Term Sick Listed Due to Mental Health Problems: A Cohort Study to Describe and Compare the Care of the Occupational Physician and the General Practitioner. J Occup Rehabil. mai 2006;16(1):38-49.
27. Van der Hek H, Plomp HN. Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. Occup Med. 1 avr 1997;47(3):133-41.
28. Van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related stress. Am J Public Health. févr 2001;91(2):270-6.
29. Druais P-L. La dépression en médecine générale, une approche spécifique. L'Encéphale. 30 sept 2013;29(1HS):10-4.
30. Moreau A, Le Goaziou M-F. Place de la psychothérapie dans la prise en charge de la dépression en médecine générale. Exercer. févr 2003;(66):11-4.
31. Velluet L. Devenir « médecin de famille ». Santé Conjug. oct 2008;(46):52-4.
32. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf FM, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd; 1996.
33. Van der Klink JJJ, van Dijk FJH. Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. Scand J Work Environ Health. déc 2003;29(6):478-87.

34. Buijs PC, van Dijk FJH, Evers M, vd Klink JJJ, Anema H. Managing work-related psychological complaints by general practitioners, in coordination with occupational physicians: a pilot study. *Ind Health*. janv 2007;45(1):37-43.
35. SISTE - Souffrance liée au travail [Internet]. [cité 4 mars 2012]. Disponible sur: <http://sistepaca.org/01c-souffrance.htm>

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles.....	12
Tableau II : Echantillonnage des médecins ayant participé aux entretiens semi-dirigés.....	13
Tableau III : Situations diagnostiques et dépistage.....	13
Tableau IV : Stratégie thérapeutique .....	14
Tableau V : Accident du travail, maladie professionnelle et inaptitude .....	15
Tableau VI : Fréquence et motif de prescription d'arrêt de travail, suivi .....	16
Tableau VII : Fréquence, motifs et freins aux contacts avec le médecin du travail .....	18
Tableau VIII : Recours à un tiers .....	20
Tableau IX : Difficulté, évaluation de la formation et améliorations .....	22

## **TABLE DES MATIERES**

<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>10</b>
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>10</b>
Méthode quantitative .....	11
Méthode qualitative .....	11
<b>RESULTATS.....</b>	<b>12</b>
Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles .....	12
Echantillon quantitatif.....	12
Echantillon qualitatif.....	13
Situations diagnostiques et dépistage.....	13
Stratégie thérapeutique.....	14
Arrêt de travail et suivi .....	16
Circonstances, motifs et objectifs de prescription de l'arrêt de travail.....	17
Difficultés de prescription de l'arrêt de travail .....	18
Relations avec le médecin du travail .....	18
Recours à un tiers.....	20
Difficulté, évaluation de la formation et améliorations .....	21
Formation.....	22
Difficultés de prise en charge .....	22
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>23</b>
Sur la méthode .....	23

Sur le concept de souffrance psychique au travail.....	24
Sur les données recueillies .....	25
Objectiver la souffrance et son lien avec le travail .....	25
Mettre le travail à distance.....	26
Contacter le médecin du travail pour qu'il agisse sur le travail.....	26
Agir sur le patient à défaut d'agir sur le travail .....	27
Influence de la formation .....	28
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>29</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>30</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>34</b>
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	37
Annexe 2 : Questionnaire.....	40
Annexe 3 : Avis comité d'éthique .....	45
Annexe 4 : Exemple d'entretien .....	46
Annexe 5 : Codage.....	59

# Annexe 1 : Guide d'entretien

## Prise en charge de la souffrance psychique au travail par les médecins généralistes

### Guide d'entretien

#### 1) Introduction

##### *Présentation globale de l'objet de la recherche :*

Prise en charge de la souffrance psychique au travail par les médecins généralistes

##### *Présentation de l'intervieweur :*

Interne en médecine générale réalisant une étude dans le cadre d'un Master 2 ; travail en collaboration avec les DMG et le LEEST à l'université d'Angers

##### *Présentation du cadre de l'entretien :*

Durée environ 1h

Entretien enregistré avec un magnétophone, si accord. Possibilité de ne pas répondre à certaines questions, de suspendre l'enregistrement à tout moment si le souhaite.

Anonymisation de l'enregistrement. Pas de transmission des données enregistrées.

Signature d'un consentement après avoir répondu à d'éventuelles questions.

#### 2) Axes de questionnement

« Racontez moi votre dernière consultation avec un patient ayant une souffrance psychique au travail »

##### *Représentations et connaissances de la souffrance psychique au travail*

*A aborder en premier si difficulté pour le médecin de raconter une consultation, si non, à la fin*

« Qu'est ce que pour vous que la souffrance psychique au travail ? »

« Quand pensez-vous à une souffrance psychique au travail ? »

Ajout : « Qui cela touche selon vous ? »

« Pour vous quelle sont les causes de cette souffrance psychique au travail ? »

« Est ce pour vous une difficulté de prise en charge ? »

« Dépistez-vous la souffrance psychique au travail ? »

« Par quels moyens ? »

« Dans quelles situations ? »

### **Prévention**

*A aborder en premier si difficulté pour le médecin de raconter une consultation, si non, à la fin*

- « Une prévention est-elle possible ? »
- « Par quels moyens ? »
- « Quelle est la place du médecin généraliste dans la prévention ? »

*Les éléments suivant pourront être détaillés à la fois concernant la dernière consultation et en général dans leur pratique*

### **Prise en charge psychologique et prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses**

*Laisser au maximum le médecin évoquer lui même les différentes options de prise en charge et leurs modalités.*

- « Que proposez-vous, quelle prise en charge instaurez-vous devant un patient souffrant psychologiquement au travail ? »

#### Prise en charge psychologique

- « Que proposez vous comme prise en charge psychologique ? »
- « Comment réalisez vous cette prise en charge ? »
- « A quel moment de la prise en charge ? »

#### Arrêt de travail

- « Dans quels cas prescrivez vous un arrêt de travail ? »
- « Dans quel but ? »
- « Quel suivi effectuez vous pendant et après un arrêt de travail ? »
- « Rencontrez-vous des difficultés dans la prescription des arrêts de travail ? »
- « Sur quels critères décidez -vous de la reprise du travail ? »

#### Psychotropes

- « Prescrivez vous des psychotropes ? »
- « Quel type de psychotropes : antidépresseurs, benzodiazépines, autres anxiolytiques, somnifères ? »
- « Dans quel but ? »
- « Pour quelle durée ? »
- « Si non, pourquoi ? »

#### Autres prises en charges

- « Conseillez vous des règles hygièno diététiques ? »

« Lesquelles ? »

« Si non, pourquoi ? »

« Conseillez vous des méthodes de relaxation ? »

« Lesquels ? »

« Si non, pourquoi ? »

« Proposer vous d'autres pistes de prise en charge ? »

### ***Relations inter disciplinaire***

« A quel(s) professionnel adressez vous ces patients ? »

« Dans quels cas ? »

« Dans quel but ? »

« Quelles sont les difficultés rencontrées ? »

« Prenez vous contact systématiquement avec le médecin du travail ? »

« Si oui, dans quel objectif ? »

« Si non, pourquoi ? »

« Quels sont les freins aux contacts avec le médecin du travail ? »

### ***Amélioration de la prise en charge***

« Quels sont les freins à une prise en charge optimale ? »

« Que peux-t-on faire selon vous pour améliorer cette prise en charge ? »

### **3) Compléments d'information si non abordé au cours de l'entretien**

Age / sexe

Type d'exercice

Lieu d'exercice

Formation en santé en travail ? Prise en charge souffrance psychique ?

Ajout : « Si oui, dans quel cadre, et qu'est ce que cela vous a apporté ? »

### **4) Conclusion**

Proposer d'ajouter des éléments supplémentaires ou de faire des commentaires

Remercier

Proposer de transmettre les résultats de ce travail, en prenant les coordonnées de l'enquêté



## Annexe 2 : Questionnaire

### Prise en charge de la souffrance psychique au travail par les médecins généralistes

Dans le cadre d'un Master 2 recherche, je réalise une étude sur la prise en charge de la souffrance psychique au travail par les médecins généralistes.

Afin d'étudier vos représentations, connaissances et pratiques, je vous propose de répondre à ce questionnaire, ce qui vous prendra moins de 10 minutes.

Celui-ci sera suivi d'entretiens individuels auprès d'un échantillon de médecins généralistes des Pays de la Loire.

En vous remerciant pour votre collaboration.

Cyril BEGUE

#### Données socio-démographiques et professionnelles

**1. Vous êtes :**

- Un homme
- Une femme

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

**2. Vous avez :**

- Moins de 30 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Entre 50 et 59 ans
- 60 ans ou plus

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

**3. Vous exercez :**

- Seul
- Dans un cabinet médical de plusieurs généralistes
- Dans un cabinet pluridisciplinaire
- Dans une institution (vacation)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.  
La réponse est obligatoire.

**4. Votre cabinet se situe dans une commune :**

- Rurale (Moins de 5 000 habitants)
- Semi rurale (Entre 5 000 et 15 000 habitants)
- Urbaine (Plus de 15 000 habitants)

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

**5. Dans quel département exercez-vous ? :**

- 44 - Loire Atlantique
- 49 - Maine et Loire
- 53 - Mayenne
- 72 - Sarthe
- 85 - Vendée

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

**6. Avez-vous déjà suivi une formation en santé au travail (en général) ? :**

- Non
- Oui

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

**7. Si oui :**

- En formation initiale (Lors de vos études de médecine)
- En formation continue

Vous pouvez cocher plusieurs cases.  
La réponse est obligatoire.

**8. Avez-vous déjà suivi une formation concernant la souffrance psychique au travail ? :**

- Non
- Oui

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

**9. Si oui :**

- En formation initiale (Lors de vos études de médecine)
- En formation continue

Vous pouvez cocher plusieurs cases.  
La réponse est obligatoire.

## Définition

10. Comment définiriez-vous, en quelques mots, la souffrance psychique au travail ? :

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

11. Selon vous, la souffrance psychique au travail, cela peut être :

- Addiction(s) au travail
- Épuisement professionnel (Burn Out)
- État dépressif majeur
- Harcèlement moral
- Psychose
- Stress
- Syndrome de Stress Post-Traumatique
- Troubles anxieux
- Troubles du sommeil
- Sans opinion
- Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (10 au maximum).  
La réponse est obligatoire.

12. Si 'Autre', précisez :

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

13. Selon votre expérience, quelle est pour vous, parmi les réponses proposées, la première cause de souffrance au travail ? :

- Évènement de vie intercurrent (Décès, maladie)
- Fragilité psychique du patient
- Organisation du travail (Horaires, charge de travail, ...)
- Précarité de l'emploi
- Problèmes familiaux
- Relations avec les collègues ou la hiérarchie
- Sans opinion

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

14. Selon votre expérience, quelle est pour vous, parmi les réponses proposées, la seconde cause de souffrance au travail ? :

- Évènement de vie intercurrent (décès, maladie)
- Fragilité psychique du patient
- Organisation du travail (horaires, charge de travail, ...)
- Précarité de l'emploi
- Problèmes familiaux
- Relations avec les collègues ou la hiérarchie
- Sans opinion

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

## Dépistage

15. Dans quelle(s) situation(s) suspectez-vous une souffrance psychique au travail ? :

- Consultation pour plainte "banale" (Rhinopharyngite, ...)
- Consultations à répétition
- Plainte explicite spontanée du patient
- Trouble organique (HTA, ...)
- Trouble fonctionnel (Douleurs abdominales, ...)
- Trouble psychiatrique (Dépression, ...)
- Sans opinion
- Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (7 au maximum).  
La réponse est obligatoire.

16. Si 'Autre', précisez :

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

17. Dans votre pratique, comment dépistez-vous la souffrance psychique au travail ? :

- Questionnaire adapté
- Question du type "Comment ça se passe au travail ?"
- Non concerné
- Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).  
La réponse est obligatoire.

18. Si 'Autre', précisez :

La réponse est obligatoire.

19. A combien estimez-vous, en pourcentage, vos patients actifs en situation de souffrance psychique au travail ? :

Réponse en % La réponse est obligatoire.

20. Considérez-vous que ces situations de souffrance psychique au travail vous posent particulièrement problème ? :

- Jamais
- Peu souvent
- Assez souvent
- Très souvent
- Toujours
- Sans opinion

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

## Relation avec médecin du travail

21. Avez-vous des contacts avec le médecin du travail dans une situation de souffrance psychique au travail ? :

- Jamais
- Peu souvent
- Assez souvent
- Très souvent
- Toujours
- Sans opinion

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

22. Pour quelle raison contactez-vous le médecin du travail dans le cadre d'un patient en situation de souffrance psychique au travail ? :

- Avoir son opinion sur la situation du patient
- Avoir son opinion sur la situation de l'entreprise
- Discuter de la prise en charge du patient
- Lui demander d'agir sur les facteurs professionnels
- Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.  
La réponse est obligatoire.

23. Si 'Autre', précisez :

La réponse est obligatoire.

24. Estimez-vous avoir des contacts suffisants avec le médecin du travail dans une situation de souffrance psychique au travail ? :

- Non
- Oui

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

25. Quels sont, selon vous, les freins aux échanges avec le médecin du travail ? :

- Difficulté à le joindre
- Manque de confiance vis-à-vis de l'indépendance du médecin
- Manque de connaissance du rôle du médecin traitant
- Manque d'efficacité du médecin du travail
- Manque de temps
- Peur des conséquences professionnelles pour le patient
- Refus du patient
- Secret médical
- Sans opinion
- Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.  
La réponse est obligatoire.

26. Si 'Autre', précisez :

La réponse est obligatoire.

## Stratégie thérapeutique et prise en charge

27. Qu'utilisez-vous dans votre stratégie thérapeutique dans le cas d'une souffrance psychique au travail ? :

- Arrêt de travail
- Conseils hygiéno-diététiques (Sport, pas de toxiques, ...)
- Ecoute
- Méthodes de relaxation
- Psychotropes
- Psychothérapie de soutien
- Thérapie comportementale
- Sans opinion
- Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (8 au maximum).  
La réponse est obligatoire.

28. Si 'Autre', précisez :

La réponse est obligatoire.

29. Adressez-vous ces patients à un tiers (autre que médecin du travail) pour avis ou suivi ? :

- Jamais
- Peu souvent
- Assez souvent
- Très souvent
- Toujours
- Sans opinion

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

30. Vers qui adressez-vous (autre que le médecin du travail) ou orientez-vous ces patients ? :

- Consultation de pathologie professionnelle
- Conseil juridique, avocat
- Médecin conseil de la Sécurité sociale
- Inspection du travail
- Psychiatre
- Psychologue
- Représentant du personnel
- Responsable du personnel (DRH)
- Travailleur social
- Sans opinion
- Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.  
La réponse est obligatoire.

31. Si 'Autre', précisez :

La réponse est obligatoire.

32. Vous est-il arrivé de déclarer une souffrance psychique en accident de travail ? :

- Non
- Oui

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

33. Vous est-il arrivé de déclarer une souffrance psychique en maladie professionnelle ? :

- Non
- Oui

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

34. Avez-vous déjà discuté d'une mise en inaptitude au travail avec le médecin du travail dans le cas d'un souffrance psychique au travail ? :

- Non
- Oui

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

### Arrêt de travail

35. Prescrivez-vous un arrêt de travail dans le cas d'une souffrance psychique au travail ? :

- Jamais
- Peu souvent
- Assez souvent
- Très souvent
- Toujours
- Sans opinion

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

36. Dans quelles circonstances prescrivez-vous un arrêt de travail dans le cas d'une souffrance psychique au travail ? :

- Mise en danger du patient (Violences subies par le patient, idées suicidaires, ...)
- Trouble psychiatrique (Dépression, syndrome anxio-dépressif, burn out, ..)
- Sans opinion
- Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.  
La réponse est obligatoire.

37. Si 'Autre', précisez :

La réponse est obligatoire.

38. En général, pour quelle durée prescrivez-vous l'arrêt de travail initial dans le cas d'une souffrance psychique au travail ? :

- Moins de 8 jours
- Entre 8 jours et 14 jours
- Entre 15 et 30 jours
- Plus de 30 jours
- Sans opinion

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

39. En général, pour quelle durée totale (y compris prolongation) prescrivez vous un arrêt de travail dans le cas d'une souffrance psychique au travail ? :

- Moins de 8 jours
- Entre 8 jours et 14 jours
- Entre 15 et 30 jours
- Plus de 30 jours
- Sans opinion

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

40. Revoquez-vous un patient en arrêt pour souffrance psychique au travail avant sa reprise du travail ? :

- Jamais
- Peu souvent
- Assez souvent
- Très souvent
- Toujours
- Sans opinion

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

41. Revoquez-vous systématiquement un patient en arrêt pour souffrance psychique au travail après sa reprise du travail ? :

- Jamais
- Peu souvent
- Assez souvent
- Très souvent
- Toujours
- Sans opinion

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

### Autres prises en charge

42. Prescrivez-vous des psychotropes dans le cas d'une souffrance psychique au travail ? :

- Jamais
- Peu souvent
- Assez souvent
- Très souvent
- Toujours
- Sans opinion

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

43. Conseillez-vous des techniques de relaxation dans le cas d'une souffrance psychique au travail ? :

- Jamais
- Peu souvent
- Assez souvent
- Très souvent
- Toujours
- Sans opinion

Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.

## Conclusion

44. Vous estimez-vous suffisamment formés à la prise en charge de la souffrance psychique au travail ? :

- Non  
 Oui

*Une seule réponse possible. La réponse est obligatoire.*

45. Quelles sont, selon vous, les pistes pour améliorer la prise en charge de la souffrance psychique au travail en médecine générale ? :

- Améliorer les relations avec les médecins du travail  
 Formation des médecins généralistes  
 Mise en place d'outils diagnostiques (questionnaires, ...)  
 Mise en place d'outils de prise en charge  
 Mise en place d'un réseau spécialisé  
 Sans opinion  
 Autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (6 au maximum).  
La réponse est obligatoire.*

46. Si 'Autre', précisez :

*La réponse est obligatoire.*

47. Avez-vous des commentaires sur le sujet, sur le questionnaire, etc... ?

## Annexe 3 : Avis comité d'éthique

FACULTE DE MEDECINE  
ANGERS

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE  
ANGERS

### COMITE D'ETHIQUE

\* \* \* \* \*

**Le Président**  
**Docteur Jean-Paul JACOB**

M Cyril BEGUE  
LEEST  
Faculté de médecine Angers  
49045 Angers cedex 01

Angers, le jeudi 24 Janvier 2013

Monsieur,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du **7 janvier 2013** votre projet enregistré au comité sous le numéro **2013/04** et intitulé : **Prise en charge de la souffrance psychique au travail, dans le cadre d'un master 2** (*travail en collaboration avec le DMG et le LEEST université d'Angers*).

Il s'agit d'un travail original pour lequel il y a peu de publications. La souffrance au travail difficile à prendre en compte par le médecin généraliste qui ne connaît pas les conditions de travail de ses patients, les risques éventuels. Il n'y a que rarement un lien avec le médecin du travail. L'étude comprend une enquête adressée sous forme de formulaire à 500 médecins, maitres de stage (a priori permettant d'espérer un taux de réponse important tout en étant représentatifs). Seront également réalisés des entretiens semi directifs (enregistrés) avec des correspondants choisis. Enfin un focus group complètera l'étude.

Ce projet ne soulève aucune interrogation éthique et le comité émet un avis favorable.

Je vous prie de croire, Monsieur, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Docteur Jean-Paul JACOB

Anesthésie-réanimation chirurgicale A  
CHU Angers – 49933 Angers Cedex 9  
Email : jpjacob@chu-angers.fr

#### **Annexe 4 : Exemple d'entretien**

Intervieweur : Est ce que vous pouvez me raconter votre dernière consultation avec un patient ayant une souffrance psychique au travail ?

Médecin : Euh...oui oui une patiente une jeune patiente là qui a des problèmes avec son son chef, donc euh...bah elle...elle est mise un peu à l'écart hein...elle a des problèmes avec son fils ce qui lui entraine des problèmes d'horaires...qu'elle respecte pas si bien qu'elle est complètement déconsidérée au travail et euh ça la ça la stress complètement et euh...et oui ça la perturbe énormément quoi...et elle sait pas trop comment elle va se tirer de l'affaire quoi...hein...donc voilà la réponse elle est pas facile, je lui ai demandé de voir son médecin du travail mais...je sais pas ce qu'elle va pouvoir obtenir avec ça quoi voilà donc c'est un harcèlement qui est...qui est masqué...je veux dire le chef a bien compris les choses qu'il pouvait dire les choses et qu'il pouvait pas dire...donc...de plus les témoignages elle pourrait en avoir mais les gens...les gens sont un peu craintifs donc voilà quoi...donc voilà la situation.

I : qu'est ce que vous avez pu...alors vous lui avez proposé le médecin du travail, est ce que vous lui avez proposé d'autres choses ?

M : Dans un premier temps je lui ai proposé, je lui ai proposé un médecin du travail et un arrêt de travail parce que là elle était vraiment à bout à bout euh en lui disant que de toute façon il fallait résoudre le problème quoi mais bah on a pas beaucoup on a pas beaucoup de poids la dessus nous...discuter avec son chef elle l'avait déjà fait donc après...après nous on est un petit peu bloqué par rapport à la situation on a pas...on a pas une grande...de grandes possibilités de manoeuvre hein

I : est ce qu'il y a d'autres outils dans la prise en charge que vous avez fait intervenir ?

M : d'autres outils c'est à dire ?

I : est ce que vous avez fait autre...autre chose ? Là vous m'avez dit médecin du travail, arrêt de travail, euh est ce que vous avez fait d'autres choses

M : je me demande si je lui ai pas proposé d'aller...d'aller voir un syndicat mais j'en suis pas sûr je me rappelle plus..

I : d'accord, d'une manière générale, au delà de cette patiente en particulier donc là éventuellement orienter vers un syndicat, le médecin du travail, l'arrêt de travail, qu'est ce que vous...qu'est-ce que vous avez dans votre panoplie de prise en charge pour ces patients qui souffrent au travail ?

M : on n'a pas grand chose hein...on est un peu limité hein...on est un peu limité parce que de toute façon dans ce genre de situation si vous ne résolvez pas le problème vous pouvez proposer tout ce que vous voulez...aller voir un psychiatre un psychologue ça va pas lui apporter grand chose...bah...ça peut lui apporter quelque chose mais elle elle je suis sûr que non ça lui apportera rien quoi...elle elle n'adhérera pas à cette solution quoi.

I : on va reprendre un petit peu la prise en charge alors vous pouvez, avec cette patiente mais aussi d'une manière globale, dans ce vous pouvez puiser éventuellement en illustrant avec un cas ou un autre. Le médecin du travail a une place importante si je comprends bien, dans cette prise en charge, est-ce que vous le contactez, enfin comment vous le faites intervenir, dans quel objectif ?

M : moi je le fais pas intervenir je demande au patient de le contacter parce que les rapports avec le médecin du travail sont...on on a pas un grand choix, on peut le faire ça peut arriver, mais enfin souvent si le patient le fait ça suffit quoi...donc oui c'était quoi la question ?

I : quand vous proposez ça vous c'est plutôt vous demandez au patient d'aller le voir si je comprends bien

M : oui, de la contacter oui

I : quand vous faites ça c'est dans quel objectif quel

M : et ben c'est que le...c'est que le...

I : qu'est ce que vous en attendez ?

M : bah pas toujours grand chose, mais au moins, au moins on essaie c'est-à-dire que le médecin du travail prenne contact avec l'entreprise et puis voit un peu le le les le problème et les possibilités d'arrangement quoi...le médecin du travail, il est un petit peu l'interlocuteur entre l...l'employé et le le chef, le patron quoi donc...mais après changement de poste éventuellement, mais la plupart du temps on est...on est un petit peu coincé parce que là



changement de poste c'est pas possible c'est une petite entreprise et...changement de poste elle sera toujours soumis au même chef donc voilà quoi..

I : vous avez l'impression que même...si je comprends bien que même le médecin du travail est assez limité ?

M : qu'est-ce que vous en pensez vous ? (rires)

I : moi c'est autre chose

M : oui oui il est assez limité, oui je pense qu'il est assez limité oui, d'autant plus dans la situation économique actuelle, je pense que les employeurs sont quand même assez...assez puissants je veux dire c'est clair quoi ils se cassent pas trop la tête hein...en ce moment c'est un peu facile pour eux quoi...enfin je trouve, les employés sont un peu pris en otage hein..

I : ces...cette relation...même par le biais du médecin...par le biais du patient avec le médecin du travail c'est quelque chose qui se fait bien ou vous trouvez que c'est compliqué est ce que vous identifiez des freins est ce que ?

M : ça dépend, ça dépend des, ça dépend des médecins du travail et ça dépend des entreprises aussi je pense quoi hein...mais ça bon c'est au cas par cas...oui ça dépend des entreprises les petites entreprises c'est toujours un petit peu plus difficile hein..

I : dans...comme autre professionnel, de santé ou non...ça peut vous arriver d'adresser aux syndicats c'est ça ? Qu'est ce que...qu'est ce que vous dites à votre patient quand vous...c'est pourquoi et dans quel objectif ? Qu'est ce que vous en attendez de ce recours ?

M : bah c'est pour...pour orienter le la personne, et puis surtout pour ses droits quoi, par rapport à ses droits les plaintes qu'elle peut, qu'elle peut envoyer à son employeur, je pense que c'est une aide, c'est une aide technique qui est pas négligeable quoi hein, et puis les...et puis les gens se sentent soutenus un petit peu quoi...parce que c'est vrai que dans ce genre de situation il y a un isolement terrible quoi, les gens ils sont ouais, ils sont très isolés et ils sont complètement démunis la plupart du temps, ils savent pas ce qu'il faut faire, la preuve c'est qu'ils viennent vous voir pour avoir une solution quoi, la solution c'est pas forcément l'arrêt c'est...y a un tel un tel désarroi que...ils ne savent pas vraiment comment faire quoi hein...donc plutôt qu'ils fassent des abandons de poste comme ça peut se produire hein, donc là ça peut leur permettre de de de maintenir le cap et de de les maintenir dans le poste avec

effectivement un arrêt de travail parfois, mais c'est vrai que ça résous pas le problème quoi, alors parfois on est obligé de prolonger les arrêts de travail quand la situation elle...elle est compliquée mais la plupart du temps moi je préconise quand même un arrêt court pour que les gens ne craquent pas et puis...que les gens essaient de trouver des solutions au conflit quoi

I : pendant cet arrêt c'est là que vous leur demandez de voir le médecin du travail

M : éventuellement mais pas forcément parce qu'ils en sont pas capables parfois, et en plus ils ont pas forcément, les délais les délais sont parfois assez longs, et ils ont pas forcément l'occasion d'aller les voir pendant cet ..ce temps mais on peut s'arranger de toute façon quoi

I : quel suivi vous effectuez pendant et après cet arrêt de travail ? Vous les revoyez avant la reprise, après la reprise, comment ?

M : oui on peut les voir avant la reprise bon ça c'est euh...c'est un petit peu...euh...chaque cas particuliers..

I : d'accord il y a pas de..

M : non il n'y a pas de règles, si les gens se sentent capables de reprendre, ils reprennent, s'ils se sentent pas capables, ils reviennent, on en discute mais bon..

I : est ce que cette gestion de l'arrêt de travail elle est différente pour quelqu'un qui souffre au travail ou quelqu'un qui aurait une souffrance psychique autre, liée à un autre élément que le travail ?

M : est ce que la prise en charge de l'arrêt de travail est différente ?

I : voilà est ce que la gestion de l'arrêt de travail est différente ?

M : oui elle est un petit peu différente parce que...c'est quelque chose de très subjectif le harcèlement donc...oui on va on va faire attention à ce qu'on fait et on va pas se précipiter vers l'arrêt de travail long...c'est vrai que c'est pas simple, c'est pas simple à gérer c'est pour ça que moi je fais intervenir le médecin du travail dans la plupart des cas pour que, lui, ait une vue objective des choses parce que nous on est...on est...on est là derrière le bureau et on sait pas du tout ce qui se passe hein...il peut y a voir des plaintes qui sont excessives, des gens qui cherchent des bénéfices secondaires, c'est pas simple, c'est pour ça que travailler avec le médecin du travail ça peut être intéressant quoi

I : ça vous pose difficulté par rapport à d'autre type de souffrance psychique, dans la prescription de cet arrêt de travail, y a des difficultés ?

M : c'est toujours un petit peu difficile bien évidemment mais pas seulement dans le harcèlement, dans la souffrance au travail (I : oui) d'une manière générale c'est vrai que c'est pas simple et c'est très...oui c'est très personnel et très subjectif la souffrance au travail hein y a des gens qui vont supporter des situations et d'autres pas du tout quoi donc c'est vrai c'est difficile de faire la balance quoi..

I : d'accord la reprise justement de...la reprise du travail comment elle se gère, quand est-ce que vous prenez cette décision, comment ?

M : bah, bah tout ça c'est, ouais, c'est une question de discussion avec le patient, est ce qu'effectivement il a fait les démarches, c'est vrai que c'est un peu suspect s'il les fait pas, on peut se poser des questions et puis...bah voir un petit peu comment globalement il a bénéficié de son...de son repos, qu'est ce que ça lui a permis de faire, moi je vois dans ce cas là c'est pas la première fois qu'elle me sollicite, elle a pas trouvé de solutions pour l'instant quoi..

I : vous vous posez quoi comme question si les démarches elles sont pas faites ?

M : Bah on demande pourquoi, on demande pourquoi mais bon on a pas les réponses forcément hein...si les réponses on les a mais c'est pas des vraies réponses, les réponses c'est bon les gens ils ont pas forcément envie peut-être ils ont peur je sais pas, je sais pas, la première fois je sais pas si je lui avait proposé à elle elle, alors elle c'est un double problème parce que son...son harcèlement viendrait du fait que elle ait...elle ait des problèmes d'horaires à cause de son fils oui donc elle a un double problème donc c'est un petit peu compliqué quoi, elle a un fils qui l'inquiète qui est caractériel, qui l'inquiète et donc elle a ce problème qui en découle et euh...bon c'est vrai que c'est pas simple parce qu'il faut régler les deux problèmes en même temps quoi

I : c'est souvent ce cas là dans la souffrance psychique au travail ? Un...un lien entre des problèmes personnels et..

M : non non pas forcément, non pas forcément vous savez, dans les petits chefs vous avez des ...des pervers un peu hein, avec des manipulateurs bon...bien sûr on ne prend pas position bien évidemment mais quand on entend les choses c'est vrai que y a des gens qui ont besoin de de s'affirmer en...en...en profitant de la faiblesse des autres ça c'est sûr.

I : vous m'avez parlé tout à l'heure du...que le psychologue, le psychiatre pouvaient être un recours pour certains, pas pour...pas pour cette patiente là par exemple quand est ce que...quand est-ce vous orientez vers l'un ou vers l'autre ?

M : bah quand on sent que que il va pouvoir y avoir une réflexion et un changement d'attitude qui va être, qui va être...qui va être pris mais...c'est c'est un peu du feeling on sent les choses ou pas et en plus c'est la volonté des gens, ce que les gens veulent réellement, mais...mais parfois oui on est obligé de le proposer parce que les gens ils sont tellement au bord du gouffre que il faut faire quelque chose quoi parce que les médicaments bien sûr ça on peut...on en donne hein, dans ce cas je lui en ai donné mais c'est pareil c'est des temps courts quoi parce que c'est pas une solution bien évidemment quoi

I : quel type de médicaments vous donnez ?

M : oh des anxiolytiques la plupart du temps sauf si sauf si ça entraîne des...des états dépressifs réactionnels, ce qui.. ce qui se voit aussi y a des gens qui sont complètement démunis devant ce genre de situations hein tout ça ça dépend de l'entourage aussi, l'entourage l'entourage familial amicaux...amical et s'ils sont pas soutenus dans leur famille en plus ou s'ils ont des soucis comme celle là, comme cette personne là, bon son son ami la la soutient mais il est pas très présent c'est vrai que ça peut vite dégénérer quand même donc je crois que oui les...certains chefs ne se rendent pas compte des situations, c'est vrai qu'on est pas du tout, on est pas du tout placé de la même façon, les les chefs ou les employeurs n'ont pas l'empathie qu'on peut avoir hein...mais on a pas les mêmes intérêts non plus hein..

I : est ce que vous propos...parfois vous ad...vous adressez au psychologue...le reste du temps la prise en charge psychologique c'est vous qui la réalisez ? De quelle manière ? Euh...est ce qu'il y en a une ?

M : oui bah on en fait toujours plus ou moins dans ce genre de situations mais c'est pas...c'est pas des entretiens psychologiques très très poussés hein, on fait ce qu'on peut on on discute avec les gens et on essaie de trouver des solutions mais on a pas, on a pas un poids, et puis en plus je sais pas si c'est, si c'est au médecin traitant de le faire je pense qu'il faut que ce soit

plutôt quelqu'un de...d'étranger à la à la relation, moi je trouve que c'est pas mal, donc nous on fait, bien sur qu'on en fait de la psychologie tous les jours hein, euh...on a pas une prise en charge très sérieuse très profonde et en plus on est pris par le temps la plupart du temps quoi..

I : donc le fait de connaître le patient ça peut être une difficulté pour faire une prise en charge psychologique plus approfondie ?

M : complètement oui complètement oui

I : est ce qu'y a d'autres choses dans la prise en charge ? Donc on a parlé de la prise en charge psychologique, de l'arrêt de travail, le psychotrope, les les référents est ce qu'il y a d'autres choses par exemple (M : je vois pas comme ça) est ce que par exemple vous pouvez conseiller des règles hygiéno diététiques, des méthodes de relaxation ?

M : oui ça peut, ça peut

I : c'est des choses que vous faites intervenir dans la souffrance psychique au travail ?

M : oui complètement on peut le faire tout en sachant que...c'est quand même un peu compliqué quoi, je vous dis dans le cas de cette personne vous pouvez lui parler de relaxation elle va rigoler déjà parce qu'il faut être...faut être ouvert à ce genre de choses, il faut avoir le temps et puis euh.. oui c'est pas des choses...c'est pas si simple que ça

I : c'est pas forcément bien reçu par les patients ?

M : pas forcément bien reçu non, ils ont peut être l'impression que vous vous moquez d'eux parce que vous...ils ont pas l'impression de cette façon là que vous ne prenez pas bien en compte leur désarroi, c'est vrai qu'elle, quand elle vient me voir elle pleure, elle pleure à chaque fois et si je lui dit ma petite dame vous allez...vous allez vous relaxer ça va aller mieux c'est pas forcément ça qu'elle attend

I : ils ont l'impression que c'est en décalage par rapport à la gravité que eux ils...ils ressentent de leur situation ?

M : ouais ouais je pense ouais je pense...ils veulent des des choses fortes quoi...bon c'est vrai que généralement ça marche bien quand on leur propose le médecin du travail parce qu'ils n'y ont pas forcément pensé, parce que le médecin du travail c'est pas forcément fait pour ça, euh...et donc...et puis l'appui d'un syndicat ou de de de l'inspection du travail ça ça fait

sérieux quoi, ça ça les rassure un petit peu, elle elle est y allée alors le médecin du travail je sais pas si elle l'a vu mais elle est allée à l'inspection du travail oui

I : ils a...ils acceptent bien l...d'aller au médecin du travail...vous n'avez pas de...refus...

M : ils n'y pensent pas forcément mais ils acceptent oui oui

I : quand vous proposez ?

M : oui oui tout à fait Moi je les laisse je les laisse faire, j'appelle pas le médecin du travail, si le médecin du travail a besoin de m'appeler il m'appelle, mais je les appelle pas parce que je pense que la démarche il faut qu'elle soit faite par le patient aussi ça me paraît ça me paraît être important quoi plutôt que de...que de prendre tout en charge, y a des situations où on prend les choses en charge mais dans ce genre de situations j'aime bien que les gens soient acteurs un peu de leur problème quoi, parce que de toute façon vous le résoudrez pas vous, et vous le résoudrez pas en prenant en prenant les choses en main il faut un peu qu'ils se bougent quoi...donc voilà

I : Vous venez de me parler de l'inspection du travail qui a un rôle un petit peu différent du médecin du travail, enfin qui ?

M : Ça va leur donner des conseils je pense plutôt, plutôt...et puis aussi ça peut les rassurer parce que des fois ils apprennent que bah ils sont pas les seuls dans le cas quoi, le médecin du travail aussi ça ça peut être important quoi

I : on va aborder des choses un petit peu théorique entre guillemets si je vous demandais de me donner une définition de la souffrance psychique au travail

M : pffff...(rires)...une définition ?

I : pour vous...qu'est ce que...voilà...qu'est ce que c'est...là je vous ai...je vous ai demandé le dernier cas de souffrance psychique au travail...qu'est ce que c'est pour vous quoi ? Une définition c'est peut-être un grand mot mais...M : alors c'est pas forcément par rapport au harcèlement ?

I : non non moi c'est vraiment la souffrance psychique au travail alors on va en reparler parce que...on peut commencer...euh...d'après...si je comprends bien c'est une part de la souffrance psychique au travail le harcèlement, qu'est ce que vous y mettez derrière ? Et puis est ce qu'il y a que le harcèlement pour vous ?

M : dans la souffrance psychique ? Non je pense pas, je pense pas, je ne me suis pas vraiment posé la question, mais je pense qu'y a, y a oui d'autres raisons, les cadences, le la mauvaise considération qui est pas forcément du harcèlement, le ouais la répétition du travail et puis, et puis les la comment dirais je...le fait que là il y a une précarité au niveau du travail ça ça entraîne une souffrance c'est sûr..

I : le harcèlement, qu'est ce que, qu'est ce que c'est exactement, qu'est ce que vous mettez derrière les mots harcèlement ?

M : le harcèlement ? Qu'est ce que je met derrière le mot harcèlement ? Bah c'est c'est c'est comment dirais je une...une situation...c'est c'est un rapport de force, c'est un rapport de force entre entre l'employeur ou les les ou les chefs, et le le l'employé...qui est pas forcément utilisé à bon escient quoi, c'est un un rapport de force pour pour obtenir soit un départ parce que ça se voit, hein les gens souvent y a du harcèlement oui effectivement parce on est...on est...on a pas envie de licencier la personne donc on aimerait bien qu'elle s'en aille d'elle même quoi donc...ouais c'est ça c'est un rapport de force soit pour obtenir quelque chose, soit par plaisir et ça ça arrive aussi hein effectivement les manipulateurs pervers ils ont pas forcément d'objectifs pour licencier des personnes c'est un plaisir quoi ils sont comme ça dans leur vie professionnelle, ils sont comme ça dans leur vie personnelle voilà

I : quand est ce que vous y pensez à une souffrance psychique au travail chez vos patients ?

M : euh...oh je pense que les choses sont assez claires quand même, bon bah, les gens masquent pas trop quand même, masquent pas trop on peut creuser...les gens qui sont fatigués, qui ont du mal à aller au boulot euh on peut on peut creuser de ce côté là mais enfin souvent les gens ils viennent vous voir pour ça mais s'ils le disent pas moi j'ai une patiente qui a une surcharge de travail alors donc là c'est pas du harcèlement mais enfin on pourrait presque le penser, qui a une surcharge de travail c'est dans l'administratif, elle dort mal elle est fatiguée tout le temps euh donc elle le dit pas forcément mais bon rapidement on voit on voit d'où ça vient quoi quand elle vous dit qu'elle a un éventail horaire important donc euh elle dit pas qu'elle souffre de de de son de son travail mais on s'en rend compte assez rapidement la plupart du temps quand même les gens verbalisent les choses

I : Qui cela touche selon vous ?

M : tout le monde, tout le monde, les les ce type de harcèlement plus les employés fragiles et...et faciles à manipuler mais les cadres aussi ils sont...ils souffrent au travail de par leur

situation qui est très compliquée avec une surcharge de travail et une déconsidération terrible donc là mais c'est pas du harcèlement c'est c'est une souffrance autre effectivement quoi mais je pense que tout le monde souffre oui oui

I : et est ce que vous identifiez dans votre patientèle des individus qui sont plus à risque que d'autres de souffrir au travail ?

M : ...non pas forcément pas forcément non c'est pas c'est c'est pas simple, oh les gens fragiles oui bien sûr et il y a des gens qui sont très forts et qui craquent hein...ça arrive non pas forcément

I : qu'est ce que vous entendez par fragile ?

M : fragiles dans la vie de tous les jours, qui sont plutôt faibles et qui ne prennent, qui ne prennent pas les choses en main qui se laissent marcher sur les pieds et qui au travail peuvent...peuvent avoir des difficultés effectivement dans la relation avec le supérieur

I : comment vous identifiez ces patients fragiles, pendant vos consultations ?

M : oh parce qu'on les connaît un peu la plupart du temps quand même bon quand c'est des nouveaux patients, oh vous savez notre qualité première c'est l'observation quand même hein, et quand un patient entre dans le cabinet vous savez à peu près comment le situer c'est...euh je sais pas si vous avez l'habitude mais nous on voit bien...c'est on voit les gens qui sont qui sont fragiles et leur façon de se présenter de parler et tout...c'est pareil c'est du feeling c'est pas...y a pas réellement de...oui de choses qui...oui c'est du feeling on les connaît et puis donc voilà quoi...oui ?

I : Le harcèlement c'est quand même, c'est une part importante de la souffrance, vous l'avez cité plusieurs fois, c'est une part importante de la souffrance psychique au travail ?

M : ah je pense, oui ouais je pense oui oui dans les dans les administrations en ce moment là où il y a des restrictions et tout ça je pense que oui oui c'est une part importante mais y a pas que ça hein effectivement la surcharge de travail, je vois les gens de la sécu par exemple qui souffrent pas mal là c'est pas du harcèlement forcément mais y en a qui souffrent du fait qu'il y a une...y a un changement dans leur activité qui fait qu'ils ont du mal quoi...alors qu'à une époque la sécu c'est facile par exemple mais pas que la sécu alors que maintenant euh y a eu du dégraissage et les gens ont une surcharge de travail avec des demandes de plus en plus importante c'est là c'est ouais c'est difficile pour eux



I : ça vous l'assimilez à du harcèlement une surcharge de travail avec des demandes ?

M : non pas du harcèlement mais de la souffrance là c'est de la souffrance par rapport aux conditions de travail qui ont changé euh quand vous voyez les gens de pôle emploi par exemple, là y a de la souffrance au travail mais qui est pas forcément du harcèlement enfin si ils en ont du harcèlement mais euh, c'est du harcèlement qui peut être dû dû aux supérieurs mais aussi dû aux gens qui viennent les voir et les les non réponses à ce qu'on leur demande enfin...les possibilités qui sont restreintes de trouver des emplois..

I : leur possibilité d'action à eux ?

M : leur possibilité d'action à eux je pense que pour les gens qui sont un peu sensibles ça doit pas être facile ça c'est sur

I : est ce que c'est pour...est-ce que c'est pour vous une difficulté de prise en charge ces patients ?

M : oh oui c'est pas facile oui c'est pas facile oui c'est pas facile parce parce que d'abord les gens les gens souffrent et qu'on aime pas voir les gens souffrir, et que la prise en charge elle est pas simple quoi, elle est pas simple hein, ça c'est vrai quoi, et elle est de moins en moins simple ça c'est évident quoi, donc ouais non c'est pas une prise en charge facile oui oui

I : l'économie a un rôle important dans.. vous avez dit plusieurs fois au début

M : oh je pense oui je pense que les que les conditions de travail ont énormément changé et qu'on demande de plus en plus aux gens et que les gens craquent parce que ils sont on leur demande de plus en plus et ils sont pas considérés quoi

I : vous voyez une évolution, une aggravation de la situation, une fréquence de plus en plus importante ou pas de ? De souffrance ?

M : de harcèlement ? De souffrance oui je pense de souffrance oui oui je pense oui oui je...oui oui c'est vrai que la situation dans le monde du travail a énormément changé quoi ça c'est sur, avec la la peur de perdre leur emploi les gens ils sont...il y a pas mal d'entreprise où c'est chaud quand même...j'entendais je sais plus comment il s'appelle xavier je sais plus comment...le syndicaliste des conti là qui...qui disait qu'il s'était bien fait avoir, on leur avait promis mont et merveilles en leur disant vous travaillerez plus et vous garderez vos emplois et six mois après ils étaient tous virés c'est vrai que je pense que les mecs, ça doit pas les amuser

trop quoi et c'est vrai que comment c'est pas facile à prendre en charge ces gens là je veux quand ils viennent vous voir en disant moi je vais sans doute être licencié à la fin de l'année, vous allez pas rigoler quoi hein donc c'est pas facile et puis vous avez pas de solutions pour eux quoi hein c'est évident oui non je pense je pense qu'il y a une dégradation dans le monde du travail mais pas seulement en France partout je pense on demande de plus en plus aux gens ouais et puis c'est ça avec des compensations qui sont, qui sont pas si évidentes et puis aussi avec des inégalités je pense que les gens se posent des réelles questions

I : est ce que vous pensez qu'on peut améliorer cette prise en charge par le médecin généraliste ou même d'une manière générale qu'est ce qu'on pourrait faire ?

M : dans les entreprises ils ont les, ils ont les ressources humaines donc (rires) bah ils savent très bien quand même qu'il faut essayer de de de faire attention à leurs employés il y a des entreprises qui font plus attention que d'autres mais c'est vrai que les ressources humaines c'est un petit peu c'est un petit peu ça aussi c'est adoucir les choses c'est c'est permettre euh à l'employé de sentir bien dans l'entreprise par diverses...diverses façons le rôle du médecin traitant je sais pas moi je crois qu'il faut qu'il soit à l'écoute mais je vous dis à part les petits conseils qu'il peut donner je sais pas s'il a une grande latitude de de solutions c'est je trouve qu'on en a pas beaucoup hein..

I : vous parliez des ressources humaines tout à l'heure des employeurs vous trouvez qu'ils font pas ce qu'il faut à l'heure actuelle

M : ça dépend ça dépend des entreprises mais je pense que c'est plus facile dans les grosses entreprises que dans les petites les petites et moyennes entreprises je pense que c'est, c'est plus difficile mais dans les grosses entreprises ils font attention oui je pense mais n'empêche qu'il peut y avoir des soucis mais oui oui ils font attention

I : est ce que vous pensez qu'il y a une prévention qui est possible ? De cette souffrance psychique et puis si oui quelle serait la place du médecin généraliste ? Votre place ?

M : alors là je sais pas je pense que oui il y a il y a une possi...il y a une possibilité la preuve c'est qu'il y a des entreprises où ça se passe bien euh mais la place du médecin généraliste je sais pas, je sais pas du tout comment, le le médecin du travail oui il a une place le médecin généraliste je sais pas s'il peut avoir une place sur la prise en charge de de la souffrance au travail je sais pas

I : est ce que vous avez déjà eu une formation en santé au travail d'une manière générale y compris dans votre formation initiale y a pas eu de de formation en santé au travail

M : si on a du avoir ça mais ça a du être abordé de façon très superficielle et puis moi ça fait longtemps (rires) je me rappelle plus

I : et sur la prise en charge de la souffrance psychique au travail est ce que vous avez déjà eu une formation médicale continue euh...

M : non je crois pas non...sur la souffrance...si si peut être peut être l'année dernière avec ma FMC oui oui peut être

I : alors si vous essayez de vous...de vous remémorer est ce que ça vous a apporté quelque chose ? Est ce que ?

M : c'était sur le burn out c'est ça oui donc entre autre est ce que m'a apporté des solutions non non

I : ça n'a pas modifié votre prise en charge ?

M : non non pas du tout non

I : est ce qu'il y a des choses que vous voulez rajouter ? Des commentaires ?

M : non

I : je vous remercie

M : c'est tout

## Annexe 5 : Codage

Nom	Sources	Références
<b>Amélioration de la prise en charge</b>	8	24
Améliorer accès structures actuelles	2	3
Améliorer accès CMP	1	1
Consultations spécialisées de proximité	1	2
Consultation plus précoce	1	1
Consultation psycho au sein des entreprises	1	1
<b>Formations</b>	2	3
Formation à l'écoute	1	1
Groupe Balint	1	1
Ne dépend pas des médecins	1	1
<b>Nouvelles structures</b>	2	3
Structure aidant patient en cas de harcèlement moral	1	1
Structure d'enquête	1	1
Structure pour prendre du recul	1	1
<b>Relation interprofessionnelles</b>	2	6
Réseau	1	5
<b>Temps</b>	2	4
Permettrait plus d'écoute	1	2
<b>Arrêt de travail</b>	10	228
<b>Circonstances et motifs de prescription des arrêts de travail</b>	10	49
<b>Circonstances et motifs</b>	8	16
Agressivité du patient	1	1
Autre cause sur-ajoutée	1	1
Burn out	1	1
Intensité de la souffrance	7	9
Pendant procédure inaptitude	1	1
Pleurs	1	1
Symptômes	1	1
Tension basse	1	1
<b>Objectif</b>	8	29
Attente de médiation	1	1
Consulter un tiers	1	1
Contacteur médecin du travail	1	1
Dédramatiser	1	1
Démarches administratives	1	1
En profiter pour se divertir	1	1
Evaluer tolérance traitement	2	2
Eviter prescription psychotropes	1	1
Faire le point	3	4
Mise à distance du travail	6	13
Questionnement sur son travail	1	1
Recul pour mieux affronter la situation	1	1
Repos	1	1
Premier recours	2	2
Recommandations	1	1
Refus de l'arrêt peut majorer la souffrance	1	1
<b>Difficulté prescription arrêt de travail</b>	10	47
Confiance	3	3
Gestion durée arrêt de travail	3	4
Identifier facteurs de prolongation arrêt de travail	1	1
<b>Liée à la pathologie</b>	2	6
Absence de pathologie organique	1	1
Subjectivité	1	2
Vraie souffrance	1	3

Liées au patient	6	13
Peur du patient d'être fiché	1	1
Pression employeur pour reprendre	1	1
Problèmes financiers	2	4
Recherche de bénéfices secondaires	2	2
Refus de l'arrêt par patient	2	5
Ne maîtrise pas ce qu'il se passe au niveau du travail	1	1
Ne prescrit pas beaucoup d'arrêt de travail	1	1
Ne résoud pas le problème	1	1
Notion d'incapacité psychique au poste	1	1
Pas de difficulté de prescription d'arrêt de travail	3	4
Prescription assez facile d'arrêt de travail	1	1
Prolongation à répétition	3	10
Convocation sécu	1	2
Risque de sinistrose	2	3
Visite de pré reprise pas toujours possible	1	1
Durée des arrêts de travail	8	14
Arrêt jusqu'au licenciement ou démission ou changement de poste	2	2
Arrêt total court	2	3
Un arrêt de deux semaines	2	2
Un arrêt d'une semaine	5	6
Modalités de prescription arrêt de travail	8	33
Anticiper avenir	2	6
Certificat d'arrêt de travail	4	13
Différer arrêt en attente échéance	1	1
Imposer l'arrêt de travail	1	1
Pas de refus d'arrêt de travail	1	1
Pas de reprise le lundi	1	1
Prévenir que l'arrêt va être relativement court	2	2
Variabilité	5	8
Reprise du travail	10	49
Critères de reprise	9	28
A la demande du patient	1	2
En fonction consultation médecine du travail	1	1
En fonction de comment s'est passé l'arrêt et de ce qu'à fait le patient	1	1
En fonction de la profession	1	1
Reprise dépend de la cause	1	4
Reprise si amélioration	6	8
Reprise si solutions mises en place	4	8
Reprise sur demande du patient	3	3
Permettre la reprise	5	15
Angoisse d'anticipation à la reprise majorée par durée	2	3
Diminution IJ favorise la reprise	1	1
Dynamique de reprise	1	1
Mi-temps thérapeutique	1	3
Pousser le patient à prendre une décision	2	2
Préparation à la reprise	2	4
Se servir réglementation IJ pour favoriser la reprise	1	1
Prolongation	3	6
Eventuelle prolongation à la fin de l'arrêt	3	5
Suivi avant et après la reprise du travail	10	32
Après reprise	4	9
Consultation à la reprise	1	1
Pas de consultation systématique après reprise	1	3
Reste disponible en cas de problème après reprise	2	2

Suivi après reprise si traitement	2	3
<b>Avant reprise</b>	10	16
Consultation à la fin de l'arrêt	9	12
Demande au patient de lui téléphoner avant la reprise	1	1
Pas de suivi avant reprise	1	1
Patient consulte à la fin de l'arrêt	2	2
Différent d'un problème physique	1	1
Suivi même en l'absence d'arrêt de travail	1	1
Suivi rapproché	3	4
<b>Biais méthodologie qualitative</b>	2	5
Biais mémoire	1	1
Consultation ne se passe pas forcément comme cela	1	1
Je sais pas	1	3
<b>Diagnostic et dépistage</b>	10	82
<b>Dépistage</b>	6	14
Fait identifier une cause au patient sans en suggérer	1	1
Pas de dépistage	1	2
Prend du temps	1	1
Question directe	3	3
Recherche à chaque consultation	2	3
S'intéresse aux conditions de vie pro et perso	2	2
Suivi longitudinal	1	2
<b>Difficultés de diagnostic</b>	4	13
Diagnostic d'élimination	1	2
Patients ne consultant pas car ne peuvent pas démissionner	1	1
Résistance du patient	2	8
Se livre facilement	2	2
<b>Situations de diagnostic</b>	10	55
Changement de poste très différent	1	1
<b>Demande autre</b>	5	10
Arrêt de travail	1	2
Consultation pour un autre motif	2	2
Consultation rhinopharyngite de l'enfant	1	1
Consultations à répétition	2	2
Demande de biologie	1	1
N'importe quelle consultation	1	1
Prescription de kiné	1	1
<b>Plainte spontanée du patient</b>	9	18
Angoisse de retourner au travail	1	1
Demande entourage	1	1
Intensité différente selon plainte spontanée ou non	1	2
Par forcément reliée au travail	2	2
Plaintes bizarroïdes	1	1
Se demande s'il est assez attentif	1	1
Suite d'un accident de travail	1	1
<b>Symptôme ou pathologie</b>	8	25
Consommation de tabac	1	1
Dépression	3	3
Fatigue	3	6
Récidive de douleurs anciennes	1	1
Symptôme inhabituel pour l'âge	1	1
Symptôme physique	4	7
TMS	1	2
Troubles du sommeil	3	4
<b>Difficulté de prise en charge</b>	10	82

Fréquent	1	1
Lié à l'emploi	4	8
Difficultés de reclassement	3	4
Incertitude du patient vis-à-vis de l'avenir	1	1
Plus difficile en cas de problème relationnel	1	1
Refus licenciement à l'amiable	1	1
Travail uniquement alimentaire	1	1
Lié au contexte sociétal	3	10
Administratif	1	1
Arrêt IJ	1	4
Certificat harcèlement	2	4
Contexte économique	1	1
Lié au médecin	8	36
Avoir uniquement la vision du patient	5	7
Contacteur l'employeur	2	3
Difficulté être empathique tout en essayant de remettre au travail	1	1
Etre nouveau médecin	1	2
Limites du médecin	3	8
Pas de poids sur le travail	2	4
Minimisation d'une plainte qui paraît dérisoire au médecin	1	1
MT a Peu de marge de manoeuvre	1	1
Ne connais pas de structure pouvant aider le patient en cas de Harcèlement	1	1
Pas de consensus	1	1
Passer à côté d'une cause organique	1	1
Résistance du médecin	1	1
Sentiment de ne pas bien les prendre en charge	1	1
Souffrance du médecin	1	4
Trop connaître le patient	2	4
Liée au patient	5	23
Angoisse d'anticipation à la reprise majorée par durée	1	1
Besoin du travail pour vivre	1	3
Contexte psychologique	1	2
Difficulté à démissionner et retrouver un nouvel emploi	1	2
Difficulté d'accepter un problème psychique	1	1
Difficultés financières pour consultations à répétition	1	1
Entourage non aidant	2	4
Patients ont des informations différentes	1	1
Prêt à faire réflexion sur orientation	1	2
Problème psychique	1	1
Résistance du patient d'avoir un problème psychique	1	1
Risque de chronicisation	1	1
Risque suicidaire	1	1
Subjectivité	2	2
Moins difficile qu'avant	1	1
Pas de difficulté	1	1
Eléments influençant la prise en charge	5	32
En fonction de ce qui se fait au niveau de l'entreprise	1	1
Lié au médecin	5	22
Connaitre patient	2	8
Empathie	4	5
Expérience du médecin	1	1
Feeling	2	3
Neutralité	2	3
Rôle du médecin	1	2
Liés au patient	1	9

Contexte personnel	1	2
Patient qui gère bien	1	2
Ressources intellectuelles du patient	1	1
S'il s'agit d'un manque d'intérêt pour son travail	1	2
Soutien de l'entourage	1	2
<b>Formation</b>	6	12
<b>Apport de la formation</b>	3	8
Médecin du travail est un allié	1	1
Vraie souffrance	1	1
Manque de temps	1	1
Moins intéressante que problème biomédical	1	1
<b>Hors catégorie</b>	8	19
Changement de poste dépend de la volonté de la hiérarchie	1	1
Efficacité du MG	1	1
Pas le rôle du MG de parler de harcèlement	1	2
Procédure	7	14
Vision du médecin n'est peut-être pas la bonne	1	1
<b>Prévention</b>	9	28
Adaptation ou rotation de poste	1	1
Au niveau de l'entreprise	1	1
Bonne orientation	1	1
Compréhension de l'entreprise	1	1
Conseils	2	2
Lutte contre chômage	1	1
Médiation ou groupes de paroles	1	1
<b>Passe par le dépistage</b>	2	3
Ecoute	1	1
Prévenir le surmenage	1	2
Prévention à destination de la hiérarchie	1	2
Prévention consiste à faire prendre du recul par rapport au travail	1	1
<b>Rôles</b>	6	8
Est ce le rôle du MG	2	2
Prévention plutôt du rôle du MT	4	5
Relève des politiques	1	1
<b>Recours à un tiers autre que médecin du travail</b>	10	169
Acupuncteur	1	1
Associations de patients	1	1
CARSAT	1	2
<b>CMP</b>	4	20
CMP en cas de difficultés financières	2	4
Délai du CMP	3	3
En cas de crise	1	1
Proximité de patients psychotiques	1	3
Toutes les semaines si traitement	1	1
Tri infirmier psychologue psychiatre	2	4
<b>Consultation de pathologie professionnelle</b>	3	7
Chronique	1	1
<b>Difficultés générales recours à un tiers</b>	3	6
Manque de contact de correspondants spécialisés	1	1
Non remboursement	2	2
Problème de la distance	2	3
Employeur	2	3
<b>Fnath</b>	2	5
Administratif et juridique	1	2
Hospitalisation	1	1



Inspection du travail	3	6
Action décevante	1	1
Informations sur ses droits	1	1
Kiné	1	1
Médecin conseil	3	8
Absence MT	1	1
En cas de difficulté de reprise	1	1
Ne fonctionne pas	1	1
Oralement et non par écrit	1	1
Rassuré quand patient est volontaire	1	1
Médecine non conventionnelle	1	1
Médiateur interne ou externe	2	2
Ne cite pas spontanément d'autres correspondants	1	1
Ne sais pas vers qui se tourner	1	1
Ostéopathe	1	1
Patients consultent eux-même autre tiers	1	3
Déconseille si mauvais échos	1	1
PEC multi disciplinaire	1	2
Prud'hommes	2	4
Non adressé par MG	1	1
Psychiatre	8	35
Difficultés recours au psychiatre	6	15
Lié au MG	1	1
Lié au patient	4	8
Lié au psychiatre	4	6
Modalités recours psychiatre	2	3
Psychiatre différent en fonction des pathologies	1	1
Remboursé	1	1
Travaille souvent avec psychiatre	1	1
Motifs recours au psychiatre	7	14
A l'issue de l'arrêt de travail	1	1
Echec psychologue	1	1
Intensité symptômes	2	2
Nécessité hospitalisation	1	1
Pas de psychiatre si uniquement travail en cause	1	1
Prolongation arrêt de travail	1	1
Psy en cas de dépression et ou d'antidépresseurs	3	4
Psychiatre pour psychothérapie de soutien	1	1
Risque de chronicisation	1	1
Remboursé	1	1
Psychologue	10	42
Difficultés recours psychologue	5	9
N'apporte pas grand chose	1	2
Proximité du psychologue	1	1
Psychologue non remboursé	3	5
Refus patient	1	1
idem souffrance autre	1	1
La plupart du temps	1	2
Motifs recours psychologue	9	19
A la place du psychiatre	1	1
A l'issue de l'arrêt de travail	1	1
Apporter des solutions au niveau professionnel	1	1
Ecoute	1	1
Faire part des choses entre pro et perso	1	1
Intensité souffrance	1	1

Orientation vers psy pour éviter psychotropes	1	1
Plus actif que le psychiatre	1	1
Psychologue spécialisé	1	1
Psychothérapeute ont d'autres outils	4	6
psychothérapie plus longue	1	1
Savoir tout vient de l'autre personne en cause	1	1
Si psychothérapie MG insuffisante	1	1
Si réflexion possible	1	1
Neutre	1	1
Plutôt que psychiatre	1	1
Proposé plusieurs fois avant acceptation	1	1
Sophrologue	5	7
Sophrologie pour éviter psychotropes	1	1
Sophrologie plus facile à mettre en place	1	2
Syndicat	3	9
Connaitre ses droits	2	2
Risque d'impact négatif	1	1
Relations avec le médecin du travail	10	181
Critique sa relation avec MT	3	8
Apprécier l'intervention du MT	1	1
Peu de contacts	2	2
Freins et éléments facilitants contact avec le médecin du travail	10	46
Éléments facilitants	3	9
Accord	1	1
Connaitre les MT	1	3
Logistique	2	3
MW aurait plus d'importance que MG	1	1
S'intéresse au patient	1	1
Freins	10	37
Lié à la relation	3	9
Desaccord	1	1
Secret médical	3	8
Lié au MG	3	5
Méconnaissance rôle MT	1	1
MG a une mauvaise image du MT	1	3
Ne sait pas comment s'organise la médecine du travail	1	1
Lié au MT	8	17
Absence de médecine du travail	3	5
Accessibilité	0	0
Efficacité MT	4	6
MT changent souvent	2	2
MT connait peu l'entreprise	1	1
MT ne connait pas le patient	1	1
Peu d'efficacité si souffrance non liée au travail	1	1
Rôle plus clair en cas de problème physique	1	1
Lié au patient	4	6
Mauvaise image du MT par le patient	1	1
Patient accepte bien	1	1
Patient non capable	1	1
Patient pense que le MT est du côté de l'employeur	2	2
Peur d'être licencié	1	1
Fréquence des contacts avec le médecin du travail	5	10
Contact quasiment systématique avec médecin du travail	2	2
Contact trop fréquent au regard du secret médical	1	1
De plus en plus fréquent	1	1

Moins fréquent pour problème psychique	2	6
Modalités contact avec MT	7	43
Comment	7	26
A l'initiative du MT	2	4
Par l'intermédiaire du patient	5	16
Retour du médecin du travail	1	2
Se rend disponible si MT veut le contacter	3	4
Par quel moyen technique	4	8
Courrier	2	2
Téléphone	4	6
Quand	2	3
Dès le départ	2	3
Service de santé du travail	1	1
Variabilité	2	5
Relation entre MT et employeur	1	1
Statut du MT	1	1
Variable selon entreprises	1	2
Variable selon MT	1	1
Raison du contact avec le médecin du travail	10	74
Action sur patient	4	9
Conseils	2	3
Déculpabilisation	1	2
Envisager prud'hommes	1	1
Lutter contre sentiment d'isolement	1	1
Rè assurance du patient	1	1
Redonner avenir au patient	1	1
Action sur travail	10	32
Action au niveau du poste ou de l'entreprise	3	6
Adaptation du poste	4	5
Changement de poste ou de service	3	4
Faciliter une évolution de carrière	1	1
Inaptitude	4	13
Médiation avec employeur	2	2
Reclassement	1	1
Comme pour TMS	1	1
Expliciter la situation au MT	4	5
Cas d'une patiente ayant une présentation particulière	1	1
Clarifier la situation	2	2
Pour officialiser la situation	2	2
Favoriser la reprise	1	1
Harcèlement	1	1
Harmonisation des pratiques	1	1
MG ne se sent pas gérer seul la situation	1	1
Obtenir information du MT	4	11
Connaissance de l'entreprise par MT	3	6
Objectiver la souffrance au travail	2	3
Savoir s'il y a d'autres cas	2	2
Problème relationnel	1	1
Prolongation arrêt de travail	4	5
Reprise	1	1
Souffrance liée au poste	1	1
Trouver des solutions	3	4
Rôle MG	2	6
Lier souffrance au travail sur l'arrêt de travail	1	1
Prise en compte du patient	1	1

S'occuper souffrance	1	1
Social	1	1
Sortir de son rôle de médecin allopathique	1	1
<b>Stratégie thérapeutique</b>	<b>10</b>	<b>218</b>
Bilan sanguin	1	2
Déclaration en accident du travail	2	3
Diffère peu selon tableau clinique	1	1
<b>Examen clinique</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
Ciblé sur éventuel point d'appel	1	1
Explication de la pathologie au patient	1	1
<b>Psychothérapies</b>	<b>10</b>	<b>71</b>
<b>Contenu psychothérapie</b>	<b>5</b>	<b>15</b>
Antécédents	1	1
Compartmenter vie pro et vie perso	1	1
Conseils	2	3
Evaluation de l'évolution	1	1
Faire en sorte que la patient prenne sur lui	1	1
Faire le deuil emploi	1	1
Optimisme	1	1
Prise de traitement	1	1
Problèmes personnels	1	2
Réassurance	1	1
Reformulation	1	1
Retentissement	1	1
<b>Modalités</b>	<b>8</b>	<b>29</b>
Au début de la PEC	1	1
Connait trop les patients	3	5
Conseils	1	1
En cas de fragilité ou problème personnel	2	2
Encouragement	1	1
Manque de temps	2	4
Mieux que psychotropes	1	1
Psychothérapie par le MG	6	12
Suivi rapproché	1	1
Superficielle	1	1
Résistance du patient	1	1
<b>Type</b>	<b>7</b>	<b>20</b>
Ecoute	7	17
Psychanalyse	1	2
Psychothérapie de soutien	1	1
Responsabiliser le patient	1	4
<b>RHD et relaxation</b>	<b>9</b>	<b>41</b>
<b>Règles hygiéno diététiques</b>	<b>8</b>	<b>22</b>
Difficultés RHD	3	5
Pas efficace	1	1
Patient n'adhère pas aux RHD	3	4
<b>Modalités</b>	<b>6</b>	<b>13</b>
Alimentation	1	1
Conseils	0	0
Pas différent que pour autre souffrance	1	1
Se socialiser	2	2
Sport	4	5
Tabac et alcool	1	1
Troubles du sommeil	3	3
<b>Techniques de relaxation</b>	<b>6</b>	<b>19</b>

CDs de relaxation	1	3
Exercices	1	1
Gestion stress et angoisse	1	2
Ne se voit pas proposer relaxation	1	4
Pour autre type de souffrance	2	2
Prise de conscience de ses difficultés	1	1
Suite à une psychothérapie par psychologue	1	1
Souffrance autre	2	3
En cas de problème conjugal peut interroger conjoint	1	1
Suivi rapproché	3	4
Traitements	10	83
Antalgiques en cas de souffrance physique	1	1
Psychotropes	10	82
Antidépresseurs	10	27
Antidépresseurs en cas de dépression	7	9
Arrêt antidépresseur car n'a plus de suivi psy	1	1
Arrêt si solution au niveau du travail	1	1
Contexte perso	1	1
Jusqu'à la reprise du travail	1	1
Jusqu'au licenciement	1	1
Pas à la première consultation	1	1
Pas d'antidépresseurs	1	1
Peu de prescription d'antidépresseurs	1	1
Prévient que cela ne résout pas tout	1	1
Questionne utilité antidépresseurs	1	2
Souvent si psychiatre	1	1
Anxiolytiques	9	22
Anxiolytique non benzo	2	3
Anxiolytiques pour passer le cap	1	1
Benzodiazépines	3	4
Durée court car problème résolu	1	1
Durée courte d'anxiolytiques	3	4
Modalités prescription psychotropes	9	24
Car suivi par psychologue CMP	1	1
Différée	1	1
Durée courte	1	1
En cas d'insomnie	3	3
En fonction des anxiolytiques déjà prescrits	1	1
En fonction des symptômes	2	2
Evaluation risque suicidaire	1	2
Evite prescription psychotropes	2	2
Idem si souffrance autre	2	5
Ne constitue pas une solution	1	1
Pas de psychotropes au début pour éviter iatrogénie	1	1
Révaluation	1	1
Regarde si patient a eu beaucoup de psychotropes	1	1
Second temps après écoute	1	1
Réticence patient aux psychotropes	3	3
Somnifères	5	6
Trouver des solutions	1	1
Variable en fonction patient	1	1