

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011.....

N° 13

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Médecine Générale

par

Émilie FONDIN

née le 16 Mars 1982 à Saint-Nazaire

Présentée et soutenue publiquement le 21 Mars 2011

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.

Président : Monsieur le Professeur Senand

Directeur de thèse : Dr Le Vaillant

TABLE DES MATIERES

I- AVANT-PROPOS	6
II- CONTEXTE.....	7
1 Travail, Santé, Souffrance : définitions, concepts.....	7
1-1 La Santé.....	7
1-2 La Souffrance	7
1-3 Le Travail	7
1-3-1-Bref historique	7
1-3-2-Définitions	8
1-3-2-1- Définition commune du travail.....	8
1-3-2-2- Le travail selon la psychodynamique du travail	8
1-3-3-La place du travail, regard sociologique	8
2 La souffrance psychique au travail	9
2-1 Causes.....	9
2-1-1-Les facteurs organisationnels	9
2-1-1-1-Généraux	9
2-1-1-2-La perte du sens du travail.....	9
2-1-1-3-L'isolement dans le milieu du travail	10
2-1-2-Les risques psychosociaux au travail	10
2-1-2-1-Le stress.....	10
2-1-2-2-Le harcèlement moral.....	10
2-1-2-3-Les violences externes.....	11
2-2-Du symptôme à l'entité clinique : différentes expressions de souffrance au travail	11
2-2-1-Les symptômes	11
2-2-2-Les entités cliniques	12
2-2-2-1-Le burn-out.....	12
2-2-2-2-Le syndrome de stress post-traumatique	12
2-2-2-3-Le syndrome dépressif	12
2-2-2-4-Le suicide	12
2-2-2-5-Les troubles musculo-squelettiques.....	13
2-3-Deux modèles d'évaluation de ce stress au travail.....	13
2-3-1-Le modèle de Karasek	13
2-3-2-Le modèle de Siegrist	14
2-4-La souffrance psychique au travail en chiffre	14
2-4-1-A l'échelle européenne	14
2-4-2-A l'échelle française.....	14
2-4-3-A l'échelle des Pays de la Loire	15
2-5-Les conséquences de cette souffrance psychique au travail	15
2-5-1-Les conséquences économiques	15
2-5-2-Les conséquences législatives	15
3- Deux acteurs médicaux dans la prévention de cette souffrance psychique au travail.....	15
3-1-Le médecin du travail.....	15
3-1-1-Rappel sur le rôle du médecin de santé au travail	16
3-1-2-Son rôle dans la prévention de cette souffrance	16
3-2-Le médecin généraliste.....	17
3-2-1-Son rôle	17
3-2-2-le médecin généraliste face à cette souffrance au travail.....	17

4- A l'échelon local : une campagne de sensibilisation sur le dépistage de la souffrance au travail proposée par l'APS de mai à août 2009	18
4-1-Présentation de l'APS	18
4-2-Réalisation de la campagne	18
4-3-Outils présentés	19
III- JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE LA PROBLEMATIQUE	20
IV- ARTICLE	21
V- CONCLUSION	46
VI- BIBLIOGRAPHIE.....	47
VII-ANNEXES	51
1- Mécanisme physiologique du stress.....	51
2- Le modèle de Karasek et le calcul des scores	52
3- Plaquette de présentation de la campagne menée par l'APS	53
4- Résultats de la campagne menée par l'APS.....	56
5- Deux entretiens	64

TABLE DES MATIERES DES FIGURES

Figure 1 : Echelle illustrant le modèle de Karasek.....	13
Figure 2 : Outils proposés	19
Figure 3 : Grille d'entretien semi-directif utilisée.....	22
Figure 4 : Caractéristiques des médecins interrogés	23
Figure 5 : Abord plus facile de la souffrance psychique depuis la campagne	24
Figure 6 : Symptômes évocateurs de la souffrance psychique au travail.....	26
Figure 7 : La question « Et le travail comment ça va ? »	27
Figure 8 : Fréquence de l'utilisation de l'outil de Karasek depuis un an.	27
Figure 9 : Performance dans le dépistage de la souffrance psychique au travail	30
Figure 10 : Modification de prise en charge depuis la campagne	31

ABREVIATIONS

APS : Association Agir pour la Promotion de la Santé

CMP : Centre Médico Psychologique

FMC : Formation Médicale Continue

GHQ : General Health Questionnaire

HAD : “Hospital Anxiety and Depression scale”, échelle d’évaluation de la dépression.

CHSCT: Comité d’Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail

CNAM : Caisse Nationale d’Assurance Maladie

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

CREDES : Centre de Recherche, d’Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (devenu IRDES)

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SISTEPACA : Système d’Information en Santé, Travail, et Environnement, Provence Alpes Côte d’Azur

TCC : Thérapie Cognitivo-comportementales

TMS : Troubles Musculo-squelettiques

URCAM : Unions Régionales des Caisses d’Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

AVANT-PROPOS

« Je vois, pour la première fois en consultation Mme D. Elle me semble fatiguée. Je lui demande ce qui lui arrive. « Je suis épuisée » me dit-elle, « je vomis tous les matins depuis quinze jours ». Elle se met à pleurer. Je lui laisse quelques secondes. Elle me dit : « Vous savez, c'est difficile... ». Je me raccroche à cette dernière phrase, ne sachant pas comment m'orienter d'emblée devant les symptômes décrits (grossesse non désirée ? Pathologie organique neurologique, endocrinienne, syndrome anxio-dépressif ?). Je lui demande : « Qu'est-ce qui est difficile ? ». « Je ne peux plus aller à mon travail, je suis angoissée, je me sens nulle. J'en suis malade tous les matins. » Elle me raconte alors qu'elle travaille dans une entreprise de décoration depuis 15 ans et que tout se passait bien jusqu'à il y a un an, lorsque le personnel de direction a changé. On lui a changé ses horaires : elle travaille en « coupé » depuis 3 mois, « sans que cela ne soit justifié », dit-elle, « je suis la seule ». Par conséquent ceci est devenu problématique pour la garde des enfants, car elle doit les déposer plus tôt le matin et revient beaucoup plus tard le soir. Elle me raconte que toutes les responsabilités qu'elle avait avant, lui ont été retirées. Sa responsable, qui auparavant était correcte avec elle, lui dit actuellement tout ce qu'elle doit faire, comment elle doit procéder. Mme D. me dit que pourtant elle adorait son travail, qu'elle pensait le faire correctement, et se demande quelle erreur elle a pu faire. Elle s'arrête, et me dit : « je vous embête avec tout cela » ; « Bien sûr que non, je suis là pour vous écouter ». Il est vrai que je ne suis pas beaucoup intervenue jusqu'ici, je ne sais pas quoi lui dire. Elle se remet à pleurer. Elle rajoute : « Avec tout cela, je ne dors plus. Je suis tellement stressée d'y aller ». Que vais-je pouvoir lui proposer ? »

Cet extrait de récit de situation clinique rédigé lors de mon stage chez le praticien, réalisé de mai à novembre 2009, illustre la constatation d'une réalité de terrain : lors de ma première approche de la médecine générale, j'ai été frappée par le nombre de patients verbalisant directement une souffrance en lien avec le travail, ou bien présentant des symptômes qu'on pouvait à posteriori relier au travail. Je n'avais jusque-là appréhendé cette question qu'à travers mon exercice hospitalier, où, certes j'avais pu constater le « burn-out » des soignants, mais où je ne m'attardais pas sur les conditions de travail des patients.

J'ai donc souvent ressenti comme un malaise lors de ces consultations n'ayant pas de base théorique sur laquelle me reposer, ne connaissant pas les rouages de l'entreprise... En tant que médecin, comment se positionner et répondre aux attentes des patients qui viennent souvent chercher une solution dans notre cabinet ? Au-delà de l'aspect pratique du dépistage et de la recherche de solution, c'est tout un univers qu'il me restait à découvrir pour saisir la fonction du travail dans la vie de l'individu.

Cette thèse est le fruit de l'envie de comprendre cette question. C'est ainsi que j'ai rencontré le Dr Le Vaillant qui venait de terminer une campagne sur le dépistage de la souffrance au travail en proposant des outils aux médecins généralistes sous l'égide de l'APS (Association Agir ensemble pour la Promotion de la Santé). Comment ces médecins ont-ils perçu ces outils ? Allaient-ils les réutiliser ? Leurs ont-ils permis de modifier leurs pratiques ? Pour essayer de valider les hypothèses que les outils sont utilisables en médecine générale, et utilisés encore un an après, j'ai réalisé une étude par entretiens semi-directifs auprès de 30 médecins généralistes des Pays de Loire, un an après la campagne. J'ai également tenté d'approcher les pratiques et les représentations des médecins sur ce sujet à travers une analyse qualitative des entretiens.

J'ai choisi de présenter les résultats de cette étude sous forme d'article. Une brève contextualisation du problème m'est apparue nécessaire : tout d'abord, afin d'éclairer le choix de mon titre et l'utilisation du terme de la souffrance psychique au travail j'ai tenu à resituer le sujet à travers des définitions ; ensuite sont évoquées les causalités, les conséquences et les formes d'expression de cette souffrance psychique au travail, et la description de deux acteurs médicaux importants dans ce problème ; enfin, de façon succincte, j'ai souhaité vous présenter l'association Agir ensemble pour la Promotion de la Santé (APS) et décrire la campagne de sensibilisation réalisée.

CONTEXTE

1-Travail, Santé, Souffrance : définitions, concepts

1-1-La Santé

La Santé se définit selon l'OMS par « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » [1].

Toujours selon l'OMS, la Santé mentale, quant à elle, est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté [2]. Elle est une composante essentielle de la santé et un des fondements du bien-être d'un individu et du fonctionnement d'une communauté. Elle a pour déterminants des facteurs sociaux ou contextuels (insertion de l'individu dans son milieu, sa culture et les relations qu'il entretient avec ceux-ci), psychologiques (aspects affectifs, cognitifs et relationnels) et biologiques multiples (génétiques et physiologiques).

1-2-La Souffrance

La souffrance est le fait de souffrir, d'éprouver une douleur physique ou morale. C'est l'état d'une personne qui souffre [3].

La souffrance psychique est plus difficile à définir. Elle peut être définie comme « *visant à rendre compte des difficultés manifestes vécues par certaines personnes sans que pour autant une maladie mentale soit identifiable. Plusieurs dimensions coexistent dans cette souffrance : la traduction d'un état (tensions, douleur intime, symptôme), un mode de communication (expression d'un refus, d'une impossibilité, du caractère insupportable d'une situation) et d'une manière d'agir, de gérer les tensions, de se manifester (éventuellement d'une manière violente). Sont utilisés également les termes de "mal être" et de "façon de ne plus arriver à réaliser le sens de sa vie"* » [4, 5, 6].

En 1945, G. Canguilhem écrivait que la souffrance psychique se situe entre le mal-être, la désespérance, la dépression et les troubles psychiatriques. Elle peut faire basculer le sujet et entraver son insertion sociale. Elle résulte de situations à risque, où le sujet est confronté à des émotions fortes. [7]

1-3-Le Travail

Dans nos sociétés occidentales, travailler est en quelque sorte une norme. Le travail est au fondement de l'ordre social, il détermine la place des individus dans la société. Il est encore le principal moyen de subsistance et occupe une part encore essentielle de la vie des individus. [8,9]

1-3-1-Bref Historique

Au XVIII^{ème} siècle, l'invention du concept « travail » l'inscrit comme « facteur de production ». Il est une unité de mesure qui permet une comparaison des marchandises. Il est assimilé à ce qui produit de la richesse. Il devient alors le fondement de l'ordre et du lien social. Synonyme d'autonomie de l'individu, il n'est encore cependant, en aucun cas valorisé, restant synonyme d'efforts et de sacrifices. [8]

Au XIX^{ème} siècle, le travail, à travers les différents courants politiques et philosophiques, devient une « liberté créatrice » par laquelle l'homme peut transformer le monde, l'aménager et le rendre habitable tout en y posant sa marque. Marx reconnaît le travail comme une activité proprement humaine et fait l'éloge du travail dans sa forme industrielle et de production. Hegel, quant à lui, élargit le concept du travail en pensant que presque toutes les activités humaines (sphères de la vie et de la connaissance), dans certaines conditions, peuvent être considérées comme du travail. Dans l'idéologie marxiste, le travail devient synonyme d'œuvre. « La production, et par conséquent le travail, sont rêvés comme le lieu central où s'opère

l'alchimie du lien social dans une philosophie de l'inter-expression et de la reconnaissance ». [8,9]

Au XXème siècle, le travail est plus assimilé à un système de distribution des revenus. Via le salaire, les richesses devraient se disperser, et un ordre social plus juste et véritablement collectif se mettre en place progressivement. C'est d'abord par le biais de l'augmentation des salaires et de la consommation que le travail devient alors essentiel et central. [8]

A partir des années 1970, des mesures de libéralisation sont prises pour s'adapter à la mondialisation. Les logiques financières deviennent plus importantes que les logiques sociales et industrielles du travail. [9]

La notion de travail, depuis très longtemps, est complexe et oscille dans une dialectique où il est à la fois pourvoyeur de santé et de réalisation personnelle mais aussi de souffrance. Cette tension entre bénéfiques et risques, entre souffrance et bien-être a toujours existé dans la façon d'envisager le travail.

1-3-2-Définitions

1-3-2-1-Définition commune du travail

Action humaine organisée et utile (individuelle ou collective) rémunérée ou non. Activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose [9]. L'origine du mot travail provient du latin « trepalium » qui signifie objet de torture à l'époque romaine [10,11,12].

1-3-2-2-Le travail selon la psychodynamique du travail

Le travail est nécessaire à la construction psychique des individus : il est le lieu de l'apprentissage de la résistance du réel et de la nécessité d'interagir dans le champ social. C'est un effort qui permet de produire un résultat positif. La satisfaction du travail bien fait permet souvent d'oublier rapidement la peine qu'il a pu occasionner. La possibilité de compter sur la solidarité de ses collègues et le plaisir d'être intégré dans une équipe, aident à faire face aux difficultés rencontrées. [13,14,15,16]

Le travail permet de construire son identité [13, 14, 16]. Selon C. Dejours, le travailleur attend une reconnaissance du fait de la contribution qu'il apporte à l'organisation du travail. Cette reconnaissance est fondée sur deux jugements : le jugement d'utilité (sociale, économique ou technique du travail) donné par la hiérarchie, et le jugement de beauté. Ce dernier comprend la conformité du travail par rapport aux règles de métier qui constituent le collectif du travail, et l'originalité du travail, différent de celui des autres. La reconnaissance de la qualité du travail est positive dans la construction de l'identité. Elle subvertit la souffrance et les efforts en plaisir du travail accompli. La vision du travail dans le milieu d'où est issu le sujet a probablement un impact sur ses représentations identitaires.

Le travail se situe dans l'écart entre le prescrit et le réel [13, 14, 16, 17]. Toujours selon C. Dejours, le réel se fait essentiellement connaître dans le travail par le décalage irréductible entre l'organisation prescrite et l'organisation réelle. En effet, la prescription de la tâche par la hiérarchie sous-estime la variabilité de la situation sur le terrain. Le travailleur confronté à la résistance du réel va devoir mobiliser son savoir-faire, son ingéniosité pour réaliser cette tâche. C'est aussi dans cet écart entre le prescrit et le réel que peut se trouver la définition du travail.

1-3-3-La place du travail : regard sociologique

Dans notre société, le travail est la condition d'accès à un revenu. Le travail occupe également une grande place dans la vie de l'individu, en terme de temps, mais aussi comme source principale de

rapports sociaux. Dans un article « L'homme a-t-il besoin du travail ? », la sociologue Marie Jahoda [18], écrit qu'outre sa fonction pécuniaire manifeste, le travail a également cinq fonctions :

- il impose une structure temporelle à la vie
- il crée des contacts sociaux en dehors de la famille
- il donne des buts, dépassant les visées propres
- il définit l'identité sociale
- il force à l'action

Il existe à priori une spécificité française [11,19] au sein des pays européens : les français sont à la fois ceux qui accordent le plus d'importance au travail en terme de réalisation de soi, et ceux qui souhaitent le plus voir la place du travail réduite dans leur vie. Ceci signe plutôt la marque d'un dysfonctionnement dans le milieu du travail, qu'un désir de loisirs ou une inappétence.

Qu'en est-il exactement de ces dysfonctionnements évoluant depuis une vingtaine d'années au niveau de l'organisation du travail, et de leurs conséquences sur la santé ?

2-La souffrance psychique au travail

2-1-Causes

2-1-1-Les facteurs organisationnels

2-1-1-1-Généraux

Les facteurs organisationnels ou psychosociaux évoluent en même temps que le monde du travail. Ils peuvent être regroupés en cinq catégories [12, 20, 21] :

- la situation macro-économique : intensification du travail (pression temporelle ou exigence de productivité) ; instabilité de l'emploi ; importance de la concurrence nationale et internationale ; mauvaise santé économique de l'entreprise.
- les évolutions sociologiques : utilisation croissante des techniques de communication à distance ; individualisation de l'activité professionnelle avec hyper-responsabilisation ; exigence ou agressivité de la clientèle.
- l'organisation du travail et/ou la gestion des ressources humaines : ambiguïté ou conflit de rôles ; imprécision des missions ; surcharge ou sous charge de travail ; inexistence des plans de carrière ; incompatibilité des horaires de travail avec la vie sociale et familiale.
- la qualité des relations de travail : insuffisance de communication ; manque de soutien de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques ; management peu participatif ; manque de reconnaissance du travail ; isolement social et physique.
- l'environnement matériel : bruit et suroccupation des locaux.

Je souhaite également revenir sur deux points essentiels, sur lesquels insiste C. Dejourné, qui me semblent jouer un rôle important dans la genèse de cette souffrance psychique au travail.

2-1-1-2-La perte du sens du travail

Le travailleur doit se sentir reconnu pour être heureux dans son travail [13,14 ,15]. Le sentiment d'accomplir un travail de qualité est également une source de satisfaction. Or la recherche du moindre coût, l'exigence temporelle, peuvent se faire au détriment de la qualité ou du service rendu et donc obliger le travailleur à se contenter d'un travail de moindre qualité [13,14].

Il est important aussi d'évoquer les problèmes éthiques qui sont soulevés aujourd'hui : pour réaliser l'objectif prescrit le salarié va agir suivant des règles non conformes à ses règles de métier, à son éthique personnelle ou réaliser des actes qu'il désapprouve [13].

La perte du sens du geste à l'échelle individuelle, c'est à dire la sous-utilisation du potentiel personnel de créativité est une source fondamentale de déstabilisation de l'économie psychosomatique [13, 14, 16]. Autrement dit, travailler avec des gestes vides de sens façonne une image terne, enlaidie et misérable de soi. Quand le geste n'exprime plus rien, il amène à ne plus penser. Il sert à « tenir ». C'est par exemple le cas de la souffrance de l'ouvrière à la chaîne prise dans une organisation du travail verrouillée qui ne peut donc rien investir de son ressort personnel ni trouver dans le regard d'autrui un jugement narcissique suffisant [16].

2-1-1-3-L'isolement dans le milieu du travail

Les nouvelles formes de travail ont affaibli les collectifs de travail et laissé les individus plus isolés [9, 13, 14, 22]. Le lien social est diminué à travers les recours plus importants à la sous-traitance, à la mobilité des équipes, à l'utilisation des outils numériques et l'affaiblissement des organisations syndicales [13, 14, 20]. Aussi la possibilité de confrontation des expériences, base de la confiance dans un même corps de métier, est perturbée par une organisation du travail axée uniquement sur le rendement faisant la traque aux « temps morts », temps de pause et d'échange [13, 14]. Enfin l'évaluation individualisée des travailleurs provoque une concurrence généralisée associée à un individualisme [22, 23]. Un travailleur en souffrance développe des stratégies de défense, mais sa capacité de résistance est plus faible s'il est isolé que s'il bénéficie du soutien collectif [22, 23].

Tous ces facteurs peuvent entraîner chez les travailleurs une perception de nature subjective des contraintes. En effet, une même contrainte sera perçue différemment par différents salariés mais cela dépend aussi du fait que la contrainte soit unique ou multiple, choisie ou imposée, ponctuelle ou durable [20, 21, 22]. Donc si la souffrance psychique trouve son origine parfois dans les comportements individuels, elle résulte surtout des transformations à l'œuvre dans le travail en terme de méthode managériale et d'organisation.

2-1-2-Les risques psychosociaux au travail

Définis par le Ministère du Travail [12, 24], les risques psychosociaux « *recouvrent en réalité des risques professionnels d'origine et de nature variées, qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés et ont, par conséquent, un impact sur le bon fonctionnement des entreprises. On les appelle « psychosociaux » car ils sont à l'interface de l'individu : le « psycho », et de sa situation de travail : le contact avec les autres (encadrement, collègues, clients...), c'est à dire le social ».*

2-1-2-1-Le stress

Le stress au travail est actuellement défini par l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail [20, 21, 25] comme issu d'un « *déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien être et la productivité de la personne qui y est soumise* ». En somme, le stress n'est pas une maladie, mais une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et causer des problèmes de santé [21, 22].

2-1-2-2-Le harcèlement moral

Les travaux de M.F Hirigoyen ont contribué à mettre en exergue ce phénomène [26, 27, 28]. Il est actuellement défini suite à la loi de modernisation sociale [12, 29, 30] par un « *ensemble d'agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail*

susceptible de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé mentale ou de compromettre son avenir professionnel » (loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002, loi de modernisation sociale). Le harcèlement moral n'est pas l'exclusive d'une relation hiérarchique avec harcèlement du subordonné par le supérieur. Il peut être ascendant ou transversal [27, 31]. La cause des rares cas avérés de harcèlement moral ne se résume le plus souvent pas à une relation interindividuelle perverse. Certaines formes d'organisations sont plus propices à l'émergence de telles situations (absence de circuits de communication...).

2-1-2-3-Les violences externes

D'après la définition de l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, les violences externes sont « *des insultes ou des menaces ou des agressions physiques ou psychologiques exercées contre une personne sur son lieu de travail par des personnes extérieures à l'entreprise, y compris les clients, et qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être* » [12, 32]. La violence peut se manifester selon différents degrés de gravité : incivilité, agressions verbales, actes violents, agressions physiques.

Il existe donc de multiples sources de souffrance qui peuvent trouver à s'exprimer de différentes manières.

2-2- Du symptôme à l'entité clinique : différentes expressions de souffrance au travail

2-2-1-Les symptômes

Hans Selye, endocrinologue [21, 22, 33, 34], a décrit les mécanismes d'adaptation au stress selon trois étapes (Annexe 1) : la réaction d'alarme, la phase de résistance, et la réaction d'épuisement. Cette réaction d'épuisement se définit par le débordement des capacités de l'organisme devant une situation stressante se prolongeant ou s'intensifiant. L'organisme entre dans une phase d'épuisement caractérisée par une hyper stimulation de l'axe corticotrope. Cette hyper activation va entraîner en quelques semaines différents symptômes :

- **symptômes physiques** : douleurs (coliques, céphalées, douleurs musculaires, articulaires), troubles du sommeil, de l'appétit et de la digestion, sensations d'étouffement ou d'oppression, sueurs inhabituelles.
- **symptômes émotionnels** : sensibilité et nervosité accrues, crises de larmes ou de nerfs, angoisse, excitation, tristesse, sensation de mal être.
- **symptômes intellectuels** : perturbation de la concentration nécessaire à la tâche entraînant des erreurs et des oublis, difficultés à prendre des initiatives ou des décisions.
- **symptômes comportementaux** : addictions, modification des conduites alimentaires, comportements violents et agressifs, isolement social.

La fatigue, quant à elle, n'est pas toujours une réponse à un surmenage physique. Elle peut trouver son origine dans l'inactivité, une activité monotone ou dans la répression de l'imagination (soit l'absence de créativité) [15, 16]. On parle dans ce cas de fatigue-usure, du geste vidé de sens qu'il faut accomplir quand même, en réprimant toute activité spontanée des organes moteurs et sensoriels [14, 15, 16].

Souvent ces symptômes ont des répercussions gênantes qui amènent les personnes à recourir à des produits calmants ou excitants.

Si la situation stressante se prolonge dans le temps et/ou si elle devient très intense, l'organisme s'épuise. Les différents symptômes s'aggravent et/ou se prolongent entraînant des altérations de la santé qui peuvent devenir difficilement réversibles. A l'heure actuelle de nombreuses études [35-42] ont fait le lien entre stress et pathologies cardiovasculaires, par exemple.

2-2-2-Les entités cliniques

2-2-2-1-Le burn-out

Il s'agit d'un épuisement physique et mental caractérisé par trois grands symptômes [16, 20, 43, 44, 45] :

- l'épuisement émotionnel (impression de saturation affective et émotionnelle vis à vis de la souffrance d'autrui)
- le désinvestissement de la relation (avec des attitudes et des sentiments négatifs et cyniques envers la clientèle ou les usagers).
- une diminution du sentiment d'accomplissement personnel au travail (tendance à l'auto-évaluation négative en particulier vis à vis de son travail avec les clients ou les patients).

Cette entité est particulièrement décrite chez les soignants ou les travailleurs sociaux.

2-2-2-2-Le syndrome de stress post-traumatique

Il s'agit d'un syndrome de répétition associant reviviscence des scènes traumatiques vécues, cauchemars à thématique professionnelle, évitements phobiques du lieu du travail, ruminations anxieuses sur le travail, hypersensibilité sensorielle et crises d'angoisses aiguës [16, 27, 31, 46]. Ce tableau clinique est bien décrit dans les conséquences du harcèlement moral, mais peut survenir dans toutes circonstances accidentelles sur le lieu du travail faisant violence au sujet [16, 20].

2-2-2-3-Le syndrome dépressif

Je ne reviendrai pas sur les définitions mais voudrais apporter quelques précisions sur le fait que comme décrit plus haut, le travail et l'identité restent étroitement liés. Il est donc possible que dans ce cadre, la souffrance psychique se traduise par une perte identitaire et confine à la dépression [9,16]. Selon une étude [47], réalisée en 2004, sur les liens entre violence psychologique et santé mentale, l'exposition à la violence psychologique serait un facteur de risque pour les symptômes dépressifs. Plus l'exposition était fréquente et plus le risque de présenter des symptômes était élevé. La définition de la violence psychologique retenue dans cette étude est celle proposée par Leymann [48] : « une communication hostile et non-éthique d'une ou plusieurs personnes vers une tierce personne qui vise de manière systématique à la placer dans une position sans aide et sans défense ». D'autres études soulignent les liens entre dépressions et stress au travail [49, 50, 51, 52, 53, 54, 55]

2-2-2-4-Le suicide

Les suicides au travail sont une réalité [13, 14, 56, 57]. Ils ont été relativement médiatisés depuis ces 4 dernières années mais ne sont pas nouveaux puisque les médecins du travail en recensent depuis plus de 20 ans [13]. Selon une source [56], 400 suicides par an seraient liés au travail sur les 11 000 suicides annuels en France mais il n'existe pas encore de données épidémiologiques précises [12, 57]. Ils sont souvent caractérisés par leur brutalité : défenestration, pendaison [13, 14]. Pour C. Dejours, les travailleurs qui se suicident ne sont pas en général des sujets « marginalisés », ni sur le plan professionnel, ni social. La plupart d'entre eux n'ont pas d'antécédent psychiatrique, sont plutôt performants dans l'entreprise, et ont souvent un entourage familial et affectif très stable. Pour certains, la décompensation n'existe exclusivement que dans l'acte suicidaire. C. Dejours remet en cause à ce titre l'évaluation individualisée des performances (en terme de mesure quantitative et objective) mais précise qu'un des facteurs déclenchant est souvent la rupture d'un pacte promis par l'entreprise [13, 58]. L'isolement des travailleurs, par la disparition des collectifs de

travail peut également apparaître comme un facteur de risque. D'autres théories ont été élaborées décrivant le passage à l'acte comme une tentative désespérée, pulsionnelle, de faire cesser un stress devenu insupportable [59]. Il s'agit cependant d'une entité complexe. Légeron avait proposé de réaliser des « autopsies psychologiques » de ces suicides, pour établir le lien avec le travail, mais ces investigations n'ont pas été retenues pour l'instant [24, 60].

Une forme particulière de décès au travail a été décrite, essentiellement au Japon : le Karoshi. C'est l'issue fatale du surmenage par mort subite du fait d'un accident vasculaire cérébral ou cardiaque chez un sujet jeune [16, 61, 62].

2-2-2-5-Les troubles musculo-squelettiques (TMS)

Ils sont définis comme des pathologies des muscles et du squelette liées à la cadence, la répétition et la perte du sens du geste [15, 16, 20, 63, 64]. Ils regroupent de nombreuses pathologies des muscles, tendons et nerfs. C'est la maladie professionnelle la plus courante en France et dans les pays développés à l'heure actuelle. En France la plupart des TMS sont reconnus dans le tableau 57 des maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale.

2-3-Deux modèles d'évaluation de ce stress au travail

2-3-1-Le modèle de Karasek

Ce modèle, du nom de son principal initiateur, sociologue et psychologue nord-américain, a été proposé au début des années 1980 [20, 65-68]. Internationalement reconnu, il est aujourd'hui utilisé pour décrire une partie des risques psychosociaux [69-73].

Ce modèle repose sur la notion d'équilibre entre deux dimensions :

- la « **demande psychologique** » qui est associée aux contraintes liées à l'exécution de la tâche (quantité, complexité, contraintes dans le temps, etc.)
- la « **latitude décisionnelle** » qui recouvre l'autonomie dans l'organisation de ces tâches (part de contrôle que l'on a sur son travail et participation aux décisions) et l'utilisation de ses compétences (possibilité d'utiliser ses qualifications, capacité à développer de nouvelles compétences).

Karasek a montré que l'association d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle, ou « **job strain** », représente un risque pour la santé physique et psychique.

Par la suite, ce modèle a été enrichi d'une troisième dimension [20, 69, 74] : **le support social au travail** (soutien socio-émotionnel et technique) par les collègues ou supérieurs hiérarchiques qui représente une interface modulante du rapport « demande psychologique/ latitude décisionnelle ». Exemple : une situation combinant une demande psychologique élevée et une faible latitude décisionnelle est mieux supportée si la personne est soutenue par son entourage professionnel.

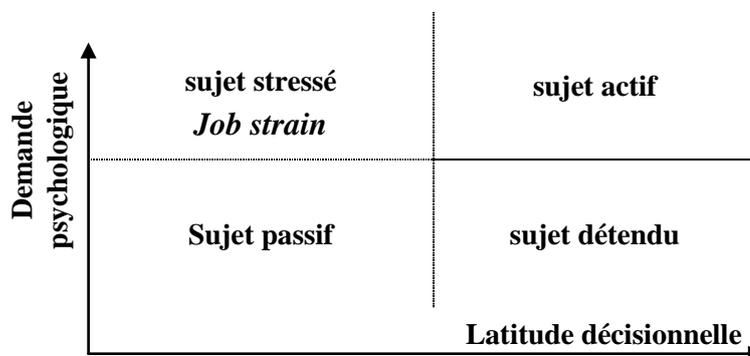


Figure 1 : échelle illustrant le modèle de Karasek

Le questionnaire détaillé comprend 26 questions (annexe 2).

2-3-2-Le modèle de Siegrist

Dans les années 1990, Siegrist a développé le modèle « Déséquilibre Effort/Récompense ». Ce dernier, également bi-dimensionnel, repose sur l'équilibre entre les efforts consentis par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour. Siegrist dans son concept d'effort distingue deux sous-domaines [20, 68, 69, 75-77]:

- *la notion d'effort extrinsèque* qui reprend certains items du concept de « demande » de Karasek (exigences psychologiques du modèle de Karasek) : contraintes de temps, interruptions, responsabilités, heures supplémentaires.
- *la notion d'effort intrinsèque* représente les facettes de la personnalité et l'investissement de l'individu vis-à-vis de ce qui est demandé : incapacité à se distancier du travail, compétitivité et hostilité, besoin d'approbation, impatience et irritabilité. Ceci introduit la notion de surinvestissement au travail.

Le deuxième concept du modèle (récompense) s'intéresse aux gratifications qu'apporte le travail, qu'elles soient monétaires, d'estime, ou liées au statut. Cet aspect permet de prendre en compte non seulement la réalisation et l'organisation immédiate de son travail mais également le contrôle que peut avoir l'individu sur l'ensemble de sa carrière professionnelle.

2-4-La souffrance psychique au travail en chiffre

2-4-1-A l'échelle européenne

D'après la quatrième enquête européenne sur les conditions de travail en 2005 « *22% des salariés européens déclarent leur santé affectée par des problèmes de stress au travail* ». [78]

Dans les 27 pays européens « *28% des travailleurs seraient exposés à au moins un facteur susceptible d'affecter de manière défavorable leur bien être mental, soit 56 millions de personnes* » [79,80].

Les groupes de travailleurs les plus touchés par le stress sont [79] les hommes (23 % contre 20% des femmes) et les travailleurs entre 40 et 54 ans. Les plus concernés par la violence physique sont les femmes (2,1% contre 1,7% des hommes) et les travailleurs de 25 à 39 ans. Enfin, les personnes les plus exposées au harcèlement moral et sexuel sont les femmes (6,2% contre 4,3% des hommes) et les plus jeunes travailleurs.

2-4-2-A l'échelle française

En France, d'après l'enquête SUMER 2003 [69, 81], plus les conditions de travail sont contraintes, plus les risques psychosociaux sont élevés. 17% des salariés déclarent avoir été l'objet d'un comportement systématiquement hostile de la part d'une ou plusieurs personnes dans leur travail. 22% travaillant avec le public déclarent avoir été victimes d'une agression verbale et 2% d'une agression physique au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête.

Quant au « job strain », il concerne 23 % des salariés. Les femmes y sont plus exposées (28%) que les hommes (20%). Les salariés en situation de « job strain » se déclarent en moins bonne santé que les autres et ce d'autant plus que le soutien social au travail est insatisfaisant [69, 81].

Les premiers résultats de l'étude Samotrace [82], dont l'objectif est de décrire les troubles de santé mentale selon les caractéristiques professionnelles, révèlent que la prévalence du mal être est de 24% chez les hommes et de 37% chez les femmes. Le déséquilibre effort/récompense et le surinvestissement au travail sont significativement associés au mal-être quel que soit le sexe. Par ailleurs, le mal être est aussi associé à l'exposition à des violences physiques ou psychologiques au travail et au fait de travailler d'une manière qui heurte la conscience.

En 2006, en région PACA, une enquête auprès des médecins du travail a montré que la souffrance morale au travail était en deuxième position des maladies à caractère professionnel signalées (22%) derrière les TMS (50%) et devant les surdités (9%) [83,84].

2-4-3-A l'échelle des Pays de Loire

25 % des salariés sont en job strain [85].

En 2009, parmi les actifs, 1,1% des hommes et 2,2% des femmes ont présenté une souffrance psychique en lien avec le travail (déclaration de maladies à caractère professionnel) [86].

36% des invalidités pour troubles psychiatriques sont en lien avec le travail (Samotrace 2007-2008) [85]. « Le risque psycho-social » devient le 1^{er} motif de consultation dans les services de pathologies professionnelles de la région (Nantes et Angers) : il représente 27% des demandes de consultation.

2-5-Les conséquences de cette souffrance psychique au travail

C'est un enjeu de santé publique.

2-5-1-Les conséquences économiques

Tout ceci a un coût à la fois pour les entreprises mais aussi pour la santé.

Selon une étude menée par l'INRS [87] en 2009 sur des chiffres de 2007, l'estimation du coût du stress professionnel en France s'élèverait au minimum entre 2 et 3 milliards d'euros (dépenses de soins, dépenses liées à l'absentéisme, aux cessations d'activité, et aux décès prématurés).

D'après un rapport de l'agence européenne, 50 à 60% des journées de travail perdues en Europe ont un lien avec le stress au travail [88].

Les TMS représentent la première cause de déclaration de maladies professionnelles (74% en 2008) et sont en forte augmentation (17% par an depuis 10 ans). En 2008, 36 900 nouveaux cas de TMS ont été indemnisés [89].

2-5-2-Les conséquences législatives

En Janvier 2002, la Loi de modernisation sociale a introduit de nouveaux articles dans le Code du Travail visant le harcèlement moral dans les entreprises (article L.122-49 et L.122-54) et introduit l'extension de la responsabilité de l'employeur dans la prévention de la santé, non seulement physique, mais également mentale des salariés de l'entreprise (article L.230-2-1). Le salarié dispose donc désormais d'une « santé mentale » dans le Code du Travail [20, 21, 29,30].

En Juillet 2008, un accord interprofessionnel européen a été transposé en droit français [12] : la lutte contre les problèmes de stress au travail et la promotion des bonnes pratiques en sont l'objet principal. L'accord précise également que « dès qu'un problème de stress au travail est identifié, une action doit être entreprise pour le prévenir, l'éliminer, ou à défaut, le réduire. La responsabilité de déterminer les mesures incombe à l'employeur ».

Quant à la réforme de la médecine du travail, elle est actuellement en train d'être débattue dans le cadre du nouveau plan santé au travail 2010-2014 [90].

En parallèle de ces cadres législatifs et économiques, la souffrance psychique au travail a un retentissement sur le système de soin à travers le recours aux soignants.

3-Deux acteurs médicaux dans la prévention de cette souffrance psychique au travail

3-1-Le médecin du travail

Actuellement, il y a environ 6 500 médecins du travail en activité, 1 700 devraient prendre leur retraite d'ici 2012 [12] et la moitié d'entre eux (généralement des femmes) exercent à temps partiel. De plus, c'est une spécialité qui n'est pas fortement sollicitée par les étudiants en médecine.

3-1-1 Rappel sur le rôle du médecin de santé au travail

Il a un rôle exclusivement préventif [16, 91, 92] : il consiste à éviter toute dégradation de la santé des salariés du fait de leur travail.

Il conseille dans les domaines suivants : l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ; l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie du corps humain ; la protection des salariés contre l'ensemble des nuisances, notamment contre les risques d'accidents du travail ou l'utilisation de produits dangereux.

Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs.

L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail.

En outre, il assure le suivi médical des salariés qui lui sont confiés :

- soit lors de consultations obligatoires (visite médicale d'embauche, visites médicales périodiques, visite médicale de reprise si l'arrêt de travail excède 21 jours, ou 8 jours en cas d'accident du travail),
- soit lors de consultations facultatives (visites de pré-reprise demandées par le salarié, le médecin traitant ou le médecin conseil ; visites médicales demandées par l'employeur ; visites médicales demandées par le salarié).

Il possède également un rôle d'aménagement du milieu de travail. Il consacre environ un tiers de son temps pour améliorer les conditions de vie et de travail dans l'entreprise et adapter les postes, les techniques, les rythmes de travail des salariés. Cela passe par la visite des entreprises, l'étude des conditions de travail, la mesure de certains risques, des prélèvements, des études ergonomiques.

La médecine du travail s'exerce au sein d'un service de santé au travail actuellement organisé sur le plan financier et matériel par l'employeur. Il est rattaché au ministère du Travail.

3-1-2-Rôle dans la prévention de la souffrance psychique au travail

Le médecin de santé au travail est un acteur fondamental de par son rôle dans la prévention primaire et secondaire [20, 21, 93]. Les plans de prévention se développent [94-99]. Des indicateurs de terrain objectifs lui permettent d'être alerté [20, 21, 94]. Citons, par exemple, dans le cadre des services de santé au travail, l'augmentation du nombre de visites spontanées, du temps nécessaire d'écoute lors des visites médicales, des examens médicaux et des orientations médicales suite aux visites. Il peut s'agir encore du nombre de salariés souffrant de troubles de la santé liés aux conditions de travail, de la fréquence et de la gravité des urgences sur le lieu de travail liées à des incidents conflictuels ou des états de décompensation, et de l'aggravation des indicateurs de santé négatifs (TMS, troubles cardio-vasculaires).

Il va donc dépister les formes d'organisations pathogènes qui peuvent exister dans l'entreprise [20, 21, 94]. Il va agir en amont dans le cadre d'une prévention primaire via les possibilités de conseil qu'il a sur l'employeur et les devoirs qui incombent à ce dernier [100].

En parallèle, il peut être amené à dépister secondairement les symptômes d'alerte ou diagnostiquer les décompensations pathologiques des employés.

Ses moyens d'actions pour protéger l'employé sont : le changement et l'adaptation de poste, la mise en inaptitude temporaire ou définitive. Il peut également orienter vers le médecin généraliste s'il juge qu'une prescription d'arrêt de travail ou de psychotropes est nécessaire.

Sur la base des indicateurs évoqués plus haut, évolutifs en nombre, il peut alerter les membres du CHSCT.

Il peut aussi déclarer des maladies à caractère professionnel. Si le taux d'IPP (Incapacité Permanente et Partielle) de la maladie est supérieure à 25%, il peut faire appel au CRRMP (Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles).

Le médecin du travail a une action dans le dépistage à la fois individuel (visite médicale) et collectif (vision globale de l'entreprise).

Le médecin du travail est imposé au patient par l'entreprise, contrairement au médecin généraliste, qui, lui, est choisi par le patient. De plus il se situe sur le terrain et possède une vue globale de l'entreprise, tandis que le généraliste se retrouve seul face à une description du travail reposant uniquement sur les propos du patient.

3-2-Le médecin généraliste

3-2-1-Son rôle

Je souhaite juste ici rappeler quelques aspects importants de la médecine générale.

Si on se réfère à la définition élaborée par la WONCA, un des aspects de la médecine générale est « *de répondre aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle* » [101]. Il existe en médecine générale deux modèles complémentaires : le modèle biomédical qui procède de l'application de la méthode analytique des sciences exactes [102], et le modèle beaucoup plus actuel, en plein développement, biopsychosocial.

Par ailleurs, le médecin généraliste a un rôle clé dans la politique de prévention et d'éducation en santé. Il est de premiers recours et doit être relativement accessible.

Il a par ailleurs un rôle d'orientation, d'écoute, de diagnostic et de prescription.

3-2-2- Le médecin généraliste face à cette souffrance psychique au travail

Le médecin généraliste de par la connaissance qu'il a de son patient, de l'inscription d'une prise en charge dans la globalité et la durée, est un des premiers acteurs de la prise en charge de la souffrance psychique en général. Selon une étude en 2002 [103, 104], la dépression est prise en charge en France par les médecins généralistes dans 70 % des cas. De plus, sur 100 consultations, 15 portent sur des symptômes tels que : humeur dépressive, réaction à une situation éprouvante, anxiété, insomnie, nervosité, asthénie ou autres. Il n'existe pas d'évaluation chiffrée des souffrances en lien avec le travail spécifiquement.

Dans la littérature, les articles sur le sujet se multiplient. Des articles ont été publiés dans la Revue du Praticien Médecine générale, permettant une orientation du dépistage et de la prise en charge [15, 105-110].

Malgré ce constat, il n'existait pas de recommandation de bonne pratique, de conférence de consensus ou d'outil adapté à une consultation de médecine générale jusqu'ici.

Néanmoins, quelques efforts se font en ce sens :

- ✓ Sur le site du SISTEPACA [83], une étude réalisée en collaboration avec l'observatoire régional de santé de la région PACA et une unité de l'INSERM [111, 112] aboutit à quelques recommandations en termes de dépistage :

« Comme dans toute souffrance morale, les contextes **personnels** et **familiaux** seront explorés. La spécificité du contexte **professionnel** pourra être appréhendée par des questions telles que :

- Et au travail comment ça va ? (quantité, qualité, moyens, exigences, autonomie...)

- Et avec vos collègues ? (confiance, isolement, agressivité, violences...)
- Et avec les responsables ? (reconnaissance, conflit...)
- Y a-t-il eu des changements dans l'entreprise ? (de métier, de chef, financier, etc.)
- Dans quel esprit allez-vous au travail ?
- Quel est votre statut professionnel ? (type de contrat, salarié protégé...)

Il faut également savoir repérer les principales causes de souffrance au travail (liées aux conditions de travail, aux facteurs humains et relationnels, aux méthodes de management actuelles). Des recommandations pratiques sont élaborées également en terme de prise en charge ».

- ✓ A l'échelon local des Pays de la Loire, une campagne de sensibilisation a été réalisée (Annexe 3).

4-A l'échelon local : une campagne de sensibilisation sur le dépistage de la souffrance au travail proposée par l'APS de mai à août 2009.

4-1-Présentation de l'APS

Il s'agit de l'association Agir ensemble pour la Promotion de la Santé, qui a été créée en 2005 selon la loi de 1901 par des médecins libéraux et de santé publique des Pays de la Loire [Annexe 3]. L'association est soutenue par l'URML et financée par l'URCAM. Elle est constituée de 3 membres permanents : un médecin coordonnateur, une chargée de mission, et une comptable. L'objectif est de promouvoir la pratique de prévention, de dépistage avec les médecins généralistes en leur proposant des outils de prévention ou de dépistage performants et validés, et compatibles avec leur exercice. L'association gère le projet « Agir ensemble pour la prévention en exercice libéral », qui consiste à organiser trois campagnes par an. Le thème est défini par le conseil d'administration.

L'APS met à disposition des médecins, des supports explicatifs et des documents d'aide pour effectuer la campagne. A la fin, les médecins participants renvoient une évaluation du déroulement de la campagne et des outils

4-2-Réalisation de la campagne de dépistage sur la souffrance au travail.

Après un travail de recherche documentaire effectué avec la documentaliste du CREDES, c'est le modèle de Karasek qui est choisi et simplifié en 4 grands axes, associés à un axe du modèle de Siegrist.

Objectif et méthode :

Objectif de la campagne : Dépister des patients qui sont en souffrance au travail et les prendre en charge. (Annexe 4)

Cible : Patients présentant des symptômes évocateurs (anxiété, syndrome dépressif, stress, addiction...)

Démarche proposée au médecin généraliste :

- 1- Proposer au patient d'échanger sur le travail en posant la question « Et le travail comment ça va ? ». Pour aider la réponse, une échelle numérique de 0 à 10 est utilisée. Le médecin généraliste peut, de ce fait, dire si le patient exprime ou non une souffrance au travail.
- 2- Explorer les 4 indicateurs de la souffrance au travail (autonomie, soutien social, reconnaissance, charge mentale) à l'aide de phrases où le patient a 4 possibilités de réponses : pas du tout d'accord, plutôt pas d'accord, plutôt d'accord, tout à fait d'accord.
- 3- Proposer des idées de prise en charge.

4-3-Outils proposés

Et au travail comment ça va ?

0  _____  10

↳ Le patient exprime une souffrance au travail Oui Non

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

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

Figure 2 : Outils proposés

Parmi les médecins des Pays de Loire, 331 ont été sollicités pour cette campagne. 57 médecins se sont engagés et 51 ont participé totalement. La période de la campagne s'est étendue de mai à août 2009.

JUSTIFICATION ET OBJECTIF DE L'ETUDE

Le médecin généraliste est un des premiers recours face à l'expression très répandue de la souffrance psychique en lien avec le travail. Or, jusqu'ici, il n'existait pas de recommandation ou d'outil permettant d'aider le généraliste dans le repérage et la prise en charge. A l'échelle locale, une campagne de sensibilisation a été menée par l'APS, proposant un outil de dépistage aux médecins généralistes.

Question de recherche :

Quel est l'apport, un an après la campagne de sensibilisation de l'APS, des outils tels que l'échelle numérique associée à la question « et le travail comment ça va ? », et l'outil de Karasek dans le dépistage de cette souffrance psychique au travail en médecine générale ?

Ces outils sont-ils utilisables par les médecins généralistes ?

Quelles sont les conséquences de leur utilisation ?

Hypothèses :

Ces outils sont utilisables.

Leur utilisation permet d'améliorer le dépistage par le médecin généraliste de la souffrance au travail et de modifier les pratiques de ces derniers.

Objectif

Réaliser grâce à des entretiens semi-directifs une étude sur les pratiques de 30 médecins généralistes qui ont participé à l'APS.

ARTICLE

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 Loire un an après une campagne de prévention réalisée entre mai et août 2009.

RESUME

Contexte : La souffrance psychique au travail est une entité fréquemment rencontrée en pratique clinique. Le généraliste, médecin de premiers recours, ne dispose pas jusqu'ici en pratique courante de moyen pour la dépister. A l'échelon local des Pays de la Loire, l'association Agir ensemble pour Promouvoir la Santé (APS) a proposé des outils pour aider les praticiens : une échelle numérique associée à la question « et le travail comment ça va ? », et un outil issu du modèle de Karasek, validé scientifiquement en médecine du travail. Nous nous sommes intéressés, à travers un regard sur les pratiques, à la place accordée par les généralistes à ces outils, un an après cette initiative.

Méthode : Trente médecins généralistes ont été tirés au sort parmi les médecins ayant participé un an auparavant à cette campagne de l'APS. Ils ont été interrogés par entretiens semi-directifs sur l'utilisation et l'apport des outils proposés, et les éventuelles modifications de pratiques engendrées.

Résultats : Dans 83% des cas, la question « et le travail comment ça va ? » est réutilisée de façon fréquente par les médecins, mais sans l'échelle numérique. Elle est utilisée soit devant des symptômes évocateurs, soit de façon systématique lors de certificats par exemple. L'outil de Karasek est réutilisé par 77% des médecins avec des fréquences variables. Son utilisation n'est pas standardisée. Ses caractéristiques techniques, pédagogiques et son rôle de support à la relation médecin-malade en font un outil adapté à une consultation de médecine générale. Des modifications de pratiques sont observées : 67 % des médecins abordent plus facilement cette souffrance et 57% déclarent avoir modifié leur prise en charge. Les médecins sont cependant demandeurs de formation et d'amélioration des liens entre professionnels de santé.

Conclusion : La simplicité d'emploi de l'outil de Karasek et l'ouverture qu'il permet lors de la consultation en médecine générale en font un outil intéressant à promouvoir. Néanmoins des études comparatives et des études intégrant la perception de l'outil par les patients devraient être envisagées.

Mots clés : souffrance psychique au travail, dépistage, outil de Karasek, médecine générale, pratiques

INTRODUCTION

Le concept de travail, depuis très longtemps, oscille dans une dialectique : il est à la fois pourvoyeur de bien-être, de santé mentale et physique [8,9], à travers la réalisation personnelle, la construction de l'identité [13, 14, 15, 16, 18], et pourvoyeur de souffrances physiques et psychiques. Cependant depuis une vingtaine d'années, le champ du travail se modifie à travers des facteurs organisationnels multiples et nouveaux (intensification du travail, isolement, précarisation...) [12, 20, 21] générant de nombreuses contraintes au travail [20-22]. En parallèle, on voit apparaître des pathologies allant de l'expression de symptômes en lien avec des états de stress chroniques [20-23, 33, 34], à de véritables entités cliniques telles que les dépressions [9, 15, 16, 47,49-55], les suicides [12-14, 24, 56-60], le burn-out [16, 20, 43-45], les pathologies spécifiques liées au harcèlement moral [16, 20, 26-28, 31, 46] et les TMS [15, 16, 20, 63, 64]. La souffrance psychique au travail peut se définir par l'altération de la santé allant du simple mal-être à la pathologie psychiatrique évoluant à l'interface de l'individu et de la configuration du travail [3-7, 12, 24].

Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique, de part la prévalence de cette souffrance (24% des hommes et 37% des femmes ont déclaré un mal être au travail selon les premiers résultats de l'enquête Samotrace [82]) mais aussi en terme de coût médical [83, 84, 87,89], social (arrêts de travail) [88] et législatif puisque depuis 2002, le salarié dispose d'une « santé mentale » dans le Code du Travail [20,21,29,30]. Un travail de prévention a débuté dans le domaine [20, 21, 93-99], mais reste à développer.

Bien que moins légitime que le médecin du travail dans le dépistage et la prise en charge de ce phénomène, le médecin généraliste de par son rôle de premiers recours, et l'aspect bio-psychosocial de sa pratique définit par la WONCA [101, 102], y est fréquemment confronté [103, 104]. Or, à part

quelques recommandations d'experts [15, 83, 105-112], il n'existe pas de recommandation de bonne pratique ou d'outil pour aider le médecin généraliste à dépister cette souffrance.

Cependant des efforts se font en ce sens : l'association Agir ensemble pour la Promotion de la Santé (APS) y a consacré une campagne de dépistage en proposant l'utilisation d'outils :

- l'échelle numérique associée à la question « et le travail comment ça va ? »
- et l'outil issu du modèle de Karasek, validé scientifiquement [20, 65-68] qui évalue l'équilibre entre la demande psychologique (forte charge de travail incluant quantité, intensité, complexité...) et la latitude décisionnelle (faible marge de manœuvre, et peu de possibilité d'utiliser ou de développer ses compétences). Le soutien social [20, 69,74] vient moduler cet équilibre. Karasek a montré que l'association d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle ou « job strain » représente un risque pour la santé physique et psychique [35-42]. La campagne y ajoute la dimension de la reconnaissance au travail (déséquilibre effort/ récompense) énoncé par Siegrist [20, 68, 69, 75-77].

L'objectif de mon étude est donc de décrire, un an après cette campagne, l'éventuelle réutilisation des outils et les modifications de pratiques associées.

METHODE

Lors de l'envoi des résultats de la campagne de l'APS, les participants ont été prévenus de ma prochaine sollicitation. J'ai donc contacté par téléphone les médecins, pour leur proposer un entretien dans leur cabinet un an après la fin de la campagne. Une présentation de l'objectif de ma thèse était réalisée systématiquement, directement ou via la secrétaire.

Les médecins ont été contactés au hasard sur la liste des 51 praticiens ayant initialement participé à la campagne, le but étant d'obtenir 30 entretiens. Après avoir réalisé une grille d'entretien semi-directif avec l'aide de mon directeur de thèse, j'ai rencontré du 20 mai au 23 septembre 2010, 30 médecins en Pays de la Loire. La durée des entretiens a varié entre 15 et 45 minutes. Les entretiens ont été enregistrés au dictaphone puis retranscrits en intégralité.

Ils ont été analysés selon la méthode qualitative d'analyse thématique. En italique sont intégrés certains extraits d'entretien de manière à illustrer certaines réponses.

- 1- Abordez-vous plus facilement la souffrance au travail chez des patients présentant des symptômes évocateurs ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?
- 2- Quels sont pour vous, spontanément, les symptômes évocateurs de cette souffrance ?
- 3- Qu'en est-il des outils qu'on a pu vous proposer au cours de la campagne sur le dépistage de la souffrance au travail :
 - en ce qui concerne l'échelle numérique associée à la question « et le travail comment ça va ? », la réutilisez-vous, qu'en pensez-vous ?
 - l'outil de Karasek : l'avez-vous réutilisé ? Comment (fréquence et globalité) ?
- 4- En quoi cet outil vous paraît-il adapté à une consultation de médecine générale ?
- 5- En quoi vous sentez-vous plus performant dans le repérage des patients présentant des symptômes évocateurs ?
- 6- En quoi cette campagne de sensibilisation a-t-elle modifié votre manière de prendre en charge ces patients ?
- 7- Avez-vous des idées sur ce qu'il pourrait rester à mettre en place pour aider le médecin généraliste au repérage et/ou à la prise en charge de ces patients ?
- 8- Quels sont la place et le rôle du médecin généraliste par rapport à cette souffrance au travail selon vous ?

Figure 3 : Grille d'entretien semi-directif utilisée

RESULTATS

Caractéristiques des 30 médecins rencontrés

100% des médecins ont été ou sont confrontés à des patients présentant une souffrance psychique au travail.

Les médecins ont été répartis en fonction de leur sexe, âge, lieu d'exercice, durée d'installation, et de la participation à des formations sur le sujet (FMC, congrès).

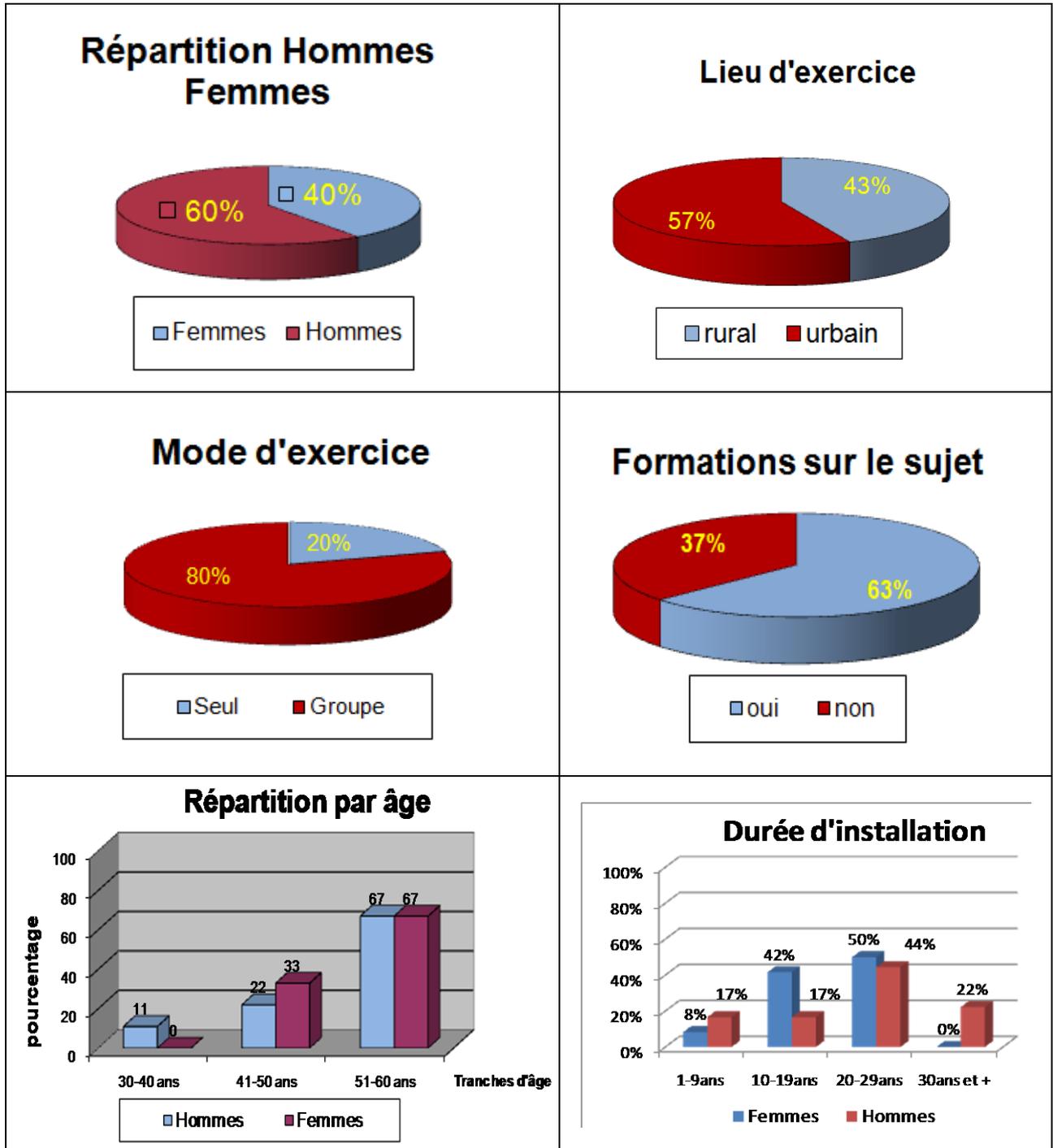


Figure 4- Caractéristiques des médecins interrogés

Résultats des entretiens

Q1- Abordez-vous plus facilement la souffrance au travail chez des patients présentant des symptômes évocateurs ?

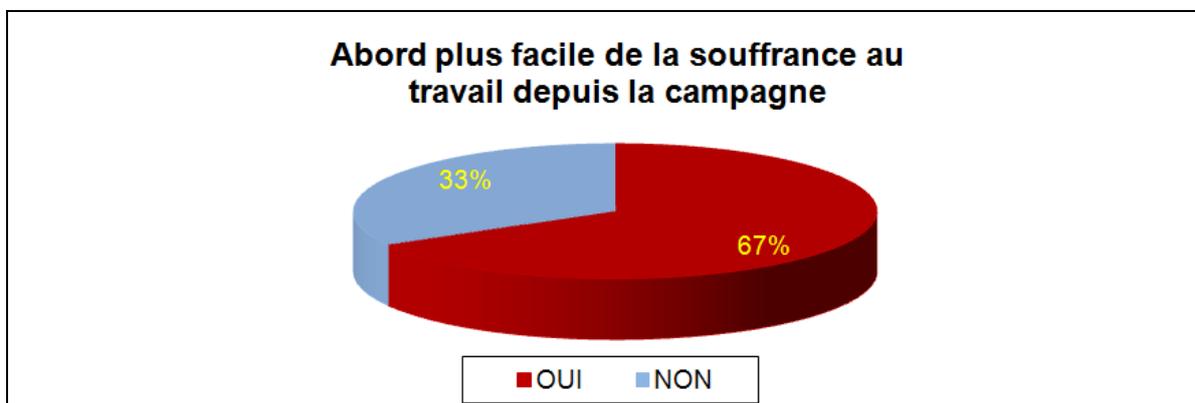


Figure 5 : Abord de la souffrance psychique depuis la campagne

La campagne de sensibilisation a permis à 20 médecins :

- une amélioration des connaissances sur la souffrance au travail (cité 16 fois) :
 - Réactivation des connaissances : « *Cela a réactivé quelques connaissances que j'avais par avance.* »
 - Aide à la définition de la souffrance au travail : « *oui ça m'a aidé sur la définition de la souffrance au travail avec les différents items que l'on nous apportait* »
 - Approfondissement de la question (fonctionnement de l'organisation pathogène ou non du travail) : « *J'ai l'impression que ça a changé des choses, oui, avec la façon de questionner la personne par rapport à son statut au travail* », « *ça m'a donné des pistes de réflexion.* »
 - Etablissement d'un lien plus rapide entre symptômes et souffrance : « *et donc de caractériser les choses, de dire que vous avez ce symptôme et oui, de par l'organisation, les modalités de travail que vous me décrivez, ça peut être en lien avec le travail* »
 - Moins d'appréhension, moins de peur à aborder le sujet du fait d'une meilleure connaissance : « *si on ne connaît pas bien le sujet, on ne va pas en parler, là ça m'a permis une meilleure maîtrise et j'appréhende moins* »
- une approche plus systématique auprès des patients lors des consultations (cité 12 fois) :
 - Orientée devant des symptômes évoquant une souffrance au travail
 - Mais aussi de façon systématique lors de renouvellements, certificats de sport : « *cette question « et le travail comment ça va ? » est plus systématique, j'essaie de la poser aussi en dépistage lors d'un bilan, d'un certificat de sport* »
 - Une attitude d'alerte, une écoute plus grande des patients dans ce domaine
- une évaluation de la situation (cité 3 fois) :
 - Dans le temps, grâce à la répétition des questions
 - Par caractérisation de la souffrance au travail du fait de l'outil
- une démystification de la communication avec le médecin du travail (cité 2 fois)
 - Entre confrères : « *principalement une plus grande facilité à communiquer avec le médecin du travail* »
 - De la part des patients.

La campagne a permis un abord plus facile de la souffrance au travail mais les médecins mentionnent aussi d'autres paramètres :

- une souffrance plus facilement verbalisée par les patients (cité 5 fois) : « oui, c'est assez souvent évoqué, par les patients eux-même, ils en parlent beaucoup plus »
- la médiatisation (cité 3 fois) : « cela fait suite à la médiatisation des suicides à France Télécom »
- la sensibilité personnelle du médecin : « Enfin c'est un problème qui me tient beaucoup à cœur parce qu'il est à la jonction entre les conditions sociales de vie des gens et la santé. »
- le contexte socio-économique (cité 13 fois) :
 - Un problème actuel : « c'est un problème actuel, une réalité de terrain »
 - De plus en plus fréquent : « J'ai l'impression que depuis mon installation, c'est à dire 15 ans, ça va crescendo. »
 - Généralisation à tous les secteurs : « Avant il y avait la restauration, maintenant c'est l'hôpital, les enseignants... »

10 médecins ne l'abordent pas plus facilement :

Les raisons évoquées sont :

- 6 d'entre eux avaient suivi une formation auparavant
- 3 y étaient déjà beaucoup confrontés de par leur lieu géographique d'activité et le type de population soignée : « Oui, parce qu'on est aussi dans une région où il y a une souffrance physique importante au travail, mais la souffrance psychique, c'est une de mes préoccupations depuis 15 ans. »
- Un généraliste avait beaucoup de lien avec des médecins du travail

Q2- Les symptômes évocateurs de souffrance psychique au travail évoqués par les médecins

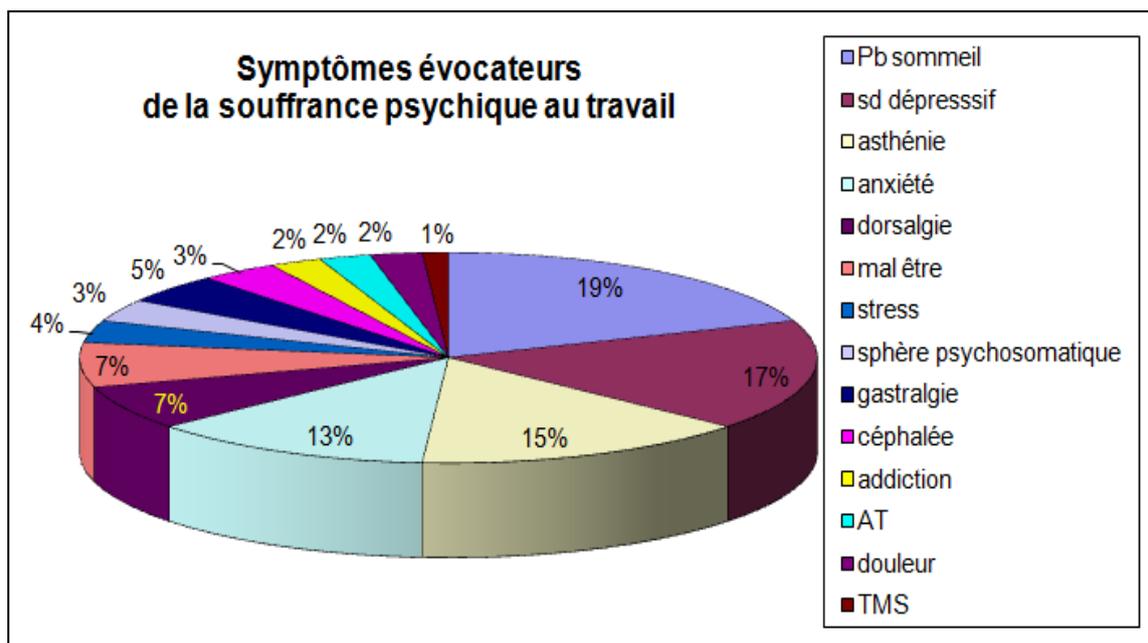


Figure 6: Symptômes évocateurs de souffrance psychique au travail

Les symptômes cités par ordre de fréquence des occurrences (sur 88 citations de symptômes évocateurs) :

Troubles du sommeil (17), Syndrome dépressif (15), Asthénie (13), Anxiété (11), Dorsalgie, lombalgie (6), Mal être (6), Stress(3), Sphère psychosomatique (3), Gastralgie (4), Céphalée (3), Addiction (2), Arrêt de travail à répétition (2), Douleur (2), TMS (1).

Les caractéristiques de ces symptômes évoquées par les médecins sont :

- Répétitivité des plaintes et des symptômes (cité 26 fois)
- Caractère atypique, aspécifique et non systématisé de la clinique
- Plaintes déguisées, motifs cachés de consultation
- Caractère durable des symptômes
- Ils nécessitent un temps de repérage, de diagnostic pour éliminer un autre problème
- Ils sont parfois non spontanément reliés au travail: « *les patients ne font pas forcément le lien entre leurs symptômes et le travail* »

Q3- Les médecins généralistes et les outils proposés

Q3-1- L'échelle numérique et la question « Et le travail comment ça va ? »

Aucun médecin n'a réutilisé l'échelle numérique associée à la question « et le travail comment ça va ? » : « *Le problème des échelles c'est que toujours plaquer une échelle sur une consultation, ça ôte de la spontanéité, ça rend difficile au patient l'expression de sa souffrance.* »

Mais les 30 médecins réutilisent tous la question « et le travail comment ça va ? » sous forme de question ouverte : « *c'est relativement simple comme question, ça fait partie de l'interrogatoire, ça vient naturellement* »

Cinq femmes et six hommes ont augmenté la fréquence de questionnement depuis la campagne. 50% des médecins âgés de 41 à 50 ans et 35% des médecins âgés de 51 à 60 ans ont modifié leur pratique par rapport à cette question.

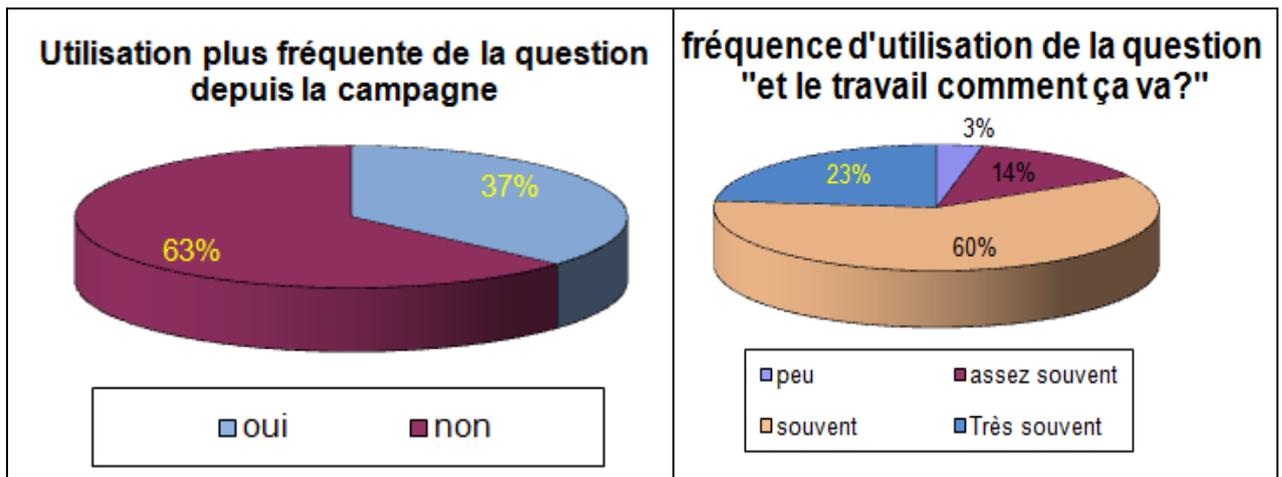


Figure 7 : La question « et le travail comment ça va ? »

L'utilisation de cette question est :

- **Orientée** par des symptômes évocateurs de souffrance au travail pour les 30 médecins : « *la question je la réutilise totalement et fréquemment* »
- **Systematique** lors de bilans annuels, de renouvellements d'ordonnances ou de certificats de sport pour 15 médecins : « *pour un certificat de sport je fais souvent le tour global, alors je demande : et au travail comment ça va ? Quand on voit les gens tous les trois mois pour renouvellement on peut prendre le temps de poser la question.* »

Q-3-2-L'outil de Karasek

Utilisation de l'outil de Karasek depuis la campagne :

- 23 médecins sur 30 ont réutilisé l'outil de Karasek.
- 2 médecins connaissaient le modèle de Karasek avant la campagne.

Le contenu :

La réutilisation de l'outil se fait :

- avec une conservation des 4 axes du modèle de Karasek.
- avec toutefois une réappropriation, une reformulation du contenu des questions (20 médecins).
- avec une reformulation spontanée des quatre axes de l'outil lors des entretiens (20 sur 23).

Le support :

- 3 sur 23 ont réutilisé le support papier.

Fréquence de réutilisation depuis un an :

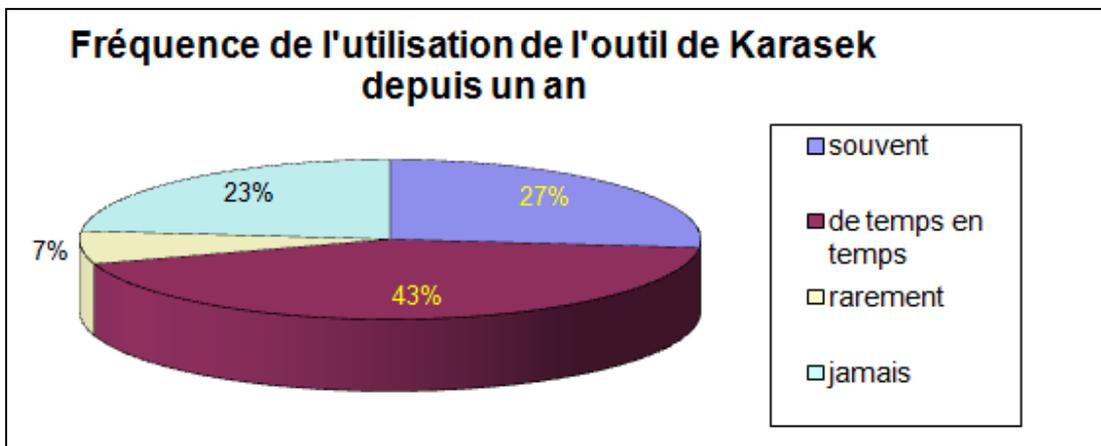


Figure 8 : Fréquence de l'utilisation de l'outil de Karasek depuis un an.

7 médecins sur 30 n'ont pas réutilisé l'outil :

- ils avaient tous plus de 51 ans
- les raisons évoquées sont :
 - la forme :
 - questions peu simples d'utilisation
 - support papier non pratique
 - non intégrable à leur pratique médicale (cité 2 fois)
 - le contenu :
 - questions non pertinentes (cité 2 fois) : « *Ce n'est pas difficile de poser la question, mais, moi, je trouve que quand j'ai en face de moi quelqu'un qui travaille sur une chaîne en emballage dans une entreprise alimentaire, je sais bien qu'il n'a aucune latitude décisionnelle.* »
 - non adapté à toutes les professions (cité 2 fois).
 - ôte de la spontanéité au dialogue (cité 2 fois) : « *je m'intègre dans la médecine de famille, je ne trouve pas cela naturel* »

Q-4-Un outil adapté à une consultation de médecine générale ?

23 médecins sur 30 trouvent que l'outil est adapté à une consultation de médecine générale.

7 médecins pensent qu'il ne l'est pas.

✓ Les facteurs facilitant son utilisation :

• Apport de connaissance pour le médecin :

- Meilleure connaissance de l'organisation du travail (cité 5 fois) : « *Cela nous donne des outils pour pouvoir cibler certains points importants dans l'organisation du travail.* »
- Meilleure connaissance du monde du travail de son patient (cité 2 fois) : « *Je ne sais pas forcément ce que font les gens, la profession est notée mais, ce n'est pas parce que c'est noté « soudeur » que le patient soude tout le temps. Donc c'est aussi un moyen de faire parler les gens de leur travail, parce qu'on pense « soudeur » mais en fait il contrôle les soudures donc il ne soude jamais (...).* »
- Socle théorique de connaissance, permet une formation (cité 4 fois) : « *on a besoin d'un outil théorique de base* »
- Un outil qui s'utilise comme un guide d'entretien (cité 8 fois) : « *pour l'outil de Karasek, je dirais que je l'utilise un petit peu inconsciemment, je pense que je l'ai intégré dans mon schéma de prise en charge pour ces patients (...) cela m'a permis de bien poser les choses et d'avoir une guideline* ».
- Qui introduit une notion intéressante : la reconnaissance au travail (cité 6 fois) : « *Oui, la notion de reconnaissance, je trouve que c'était intéressant, vous avez raison, ce n'est pas un outil que j'ai beaucoup réutilisé, mais c'est vrai que ça m'a interpellé. La notion de quelle est ma place et surtout quelle est ma reconnaissance au travail, est-ce que autour de moi je suis valorisé par ce que je fais, est-ce que je suis pris en considération (...) c'est quelque chose que je ne développais pas beaucoup avant.* »

- **La forme :**

- Questions faciles d'utilisation (cité 4 fois) : *« c'est un canevas intéressant, avec les questions c'est facile à suivre »*
- Relative rapidité d'utilisation (cité 5 fois) : *« on fait le tour de la question assez rapidement en 3, 4 questions, je trouve cela bien », « tandis que là, on a l'impression d'avancer au bout de quatre questions quand même »*
- Qui permet un suivi dans le temps (cité 3 fois) : *« On fait des propositions et l'intérêt c'est de pouvoir en reparler, de le réutiliser lors d'une consultation suivante quand c'est possible. »*
- Automatisation, mémorisation rapide (cité 2 fois) : *« Ce qui est intéressant dans ces campagnes, c'est qu'on se retrouve devant quelque chose de répétitif, donc on a des outils et des conduites à tenir qui sont incrustées(...). C'est sûr que maintenant j'ai des automatismes. »*

- **Un support pour la relation :**

- Permet un travail de définition avec le patient, permet de statuer (cité 5 fois) : *« Ca peut être intéressant d'inciter les médecins à utiliser l'outil quand ils ont un doute sur la souffrance au travail, de faire ce listing de questions en fonction du travail pour déterminer si vraiment la personne est en souffrance. »*
- Permet une ouverture de la consultation, un approfondissement de la discussion (cité 11 fois) : *« Donc justement je crois que depuis c'est plus clair pour moi pour analyser ce qui se passe. Avant j'allais laisser parler la personne. Maintenant je vais questionner un petit peu plus sur les rapports avec les collègues, la reconnaissance. Les gens n' en parlent pas forcément, il faut aller les chercher, surtout s'ils ne sont vraiment pas bien », « Ca m'a donné une autre façon d'interroger le patient, d'approfondir. »*
- Sérieux de l'entretien avec le support papier (cité 1 fois) : *« Les gens ont vraiment l'impression qu'on prend ça au sérieux puisqu'on a des outils écrits, des choses qui sont déjà bien argumentées. »*

- **Un rôle dans la prise en charge :**

- Met en valeur les ressources du patient, les points positifs au travail (cité 3 fois) : *« ça permet de se faire une idée de la situation et puis aussi de mettre en valeur les ressources, les points positifs, de ne pas être que dans la plainte, que dans le négatif », « ça peut être un cadre pour essayer de trouver des pistes pour les faire avancer dans tel ou tel sens. »*
- Permet d'adapter la prise en charge en fonction de la nature du problème (cité 3 fois) : *« lorsqu'il y a à accompagner quelqu'un et à approfondir sur une prise de décision, est-ce qu'il faut envisager une reconversion, ou une psychothérapie ? L'outil permet de mieux comprendre la difficulté, de mieux orienter le patient. », « ça va dans le sens d'une approche solutionniste »*
- Permet d'introduire un auto questionnement chez le patient qui devient acteur (cité 3 fois) : *« donc je me souviens quand je l'ai fait, ils se sentaient un peu plus impliqués ; ça apportait des questionnements, des précisions. », « ça peut permettre pour les patients de faire le point dans leur tête »*

- Déculpabilise le patient (cité 2 fois) : « *Ils se sentent directement culpabilisés, ça permet de remettre un peu les choses à leur place et donc de leur montrer qu'ils ne sont pas forcément coupables là-dedans.* »

- **Pour le patient :**

- Une compréhension facile des questions (cité 3 fois)
- Permet une facilité d'interaction (cité 2 fois)

✓ **Les facteurs limitant son utilisation sont :**

- Le temps (cité 10 fois): « *mais ce qui nous manque c'est le temps, ce sont des consultations longues* »
- Le temps d'adaptation à son utilisation (cité 3 fois) : « *J'ai quand même mis du temps à utiliser l'outil, c'est vrai que je ne connaissais pas grand chose sur le sujet avant.* »
- Les effets cumulatifs des outils de dépistage (cité 9 fois) : « *ça devient difficile, il faut hiérarchiser le dépistage maintenant* »
- La nécessité de rappel pour ne pas oublier (cité 2 fois): « *Je l'utilise, mais il me semble de moins en moins en un an.* »

Q-5- En quoi vous sentez-vous plus performant dans le repérage des patients présentant des symptômes évocateurs d'une souffrance au travail ?

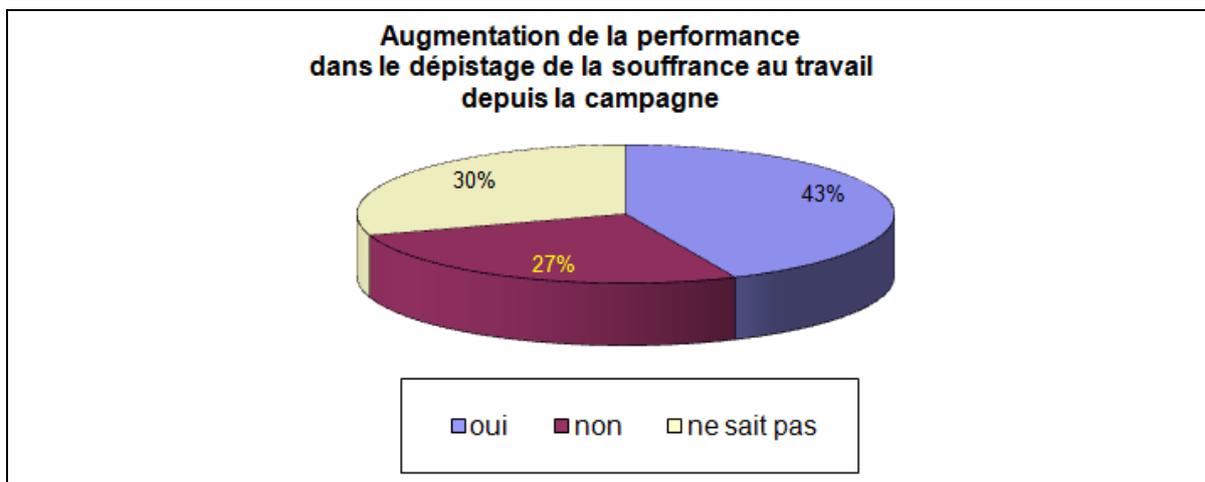


Figure 9 : Performance dans le dépistage de la souffrance psychique au travail

✓ 13 médecins sur 30 se sentent plus performants, les raisons évoquées sont :

- le fait d'être systématique (cité 5 fois)
- un enrichissement des connaissances (cité 5 fois)
- intégration d'une démarche plus naturelle dans l'interrogatoire, meilleure aisance dans l'abord du problème (cité 3 fois)
- une sensibilisation au sujet (cité 2 fois)
- un sentiment de se sentir conforté dans ses acquis (cité 3 fois)
- un temps d'écoute augmenté (cité 2 fois)

- ✓ 8 médecins sur 30 ne se sentent pas plus performants. Les raisons évoquées sont :
 - un sentiment d'impuissance (cité 2 fois) : « *Ce n'est pas parce qu'on a mis le doigt sur quelque chose que ça va solutionner le problème : le repérage et après ?* »
 - l'existence d'une antériorité : le faisait déjà avant (cité 2 fois)
 - multiplication des tâches de prévention (cité 4 fois) : « *Il y a tellement de choses dans la prévention qu'on est finalement un peu obligé de hiérarchiser toutes les questions mais c'est sûr que des fois on oublie certaines questions, et donc je trouve que ça devient difficile. C'est notre travail, mais ça devient difficile.* »
- ✓ 9 médecins sur 30 ne se prononcent pas.

Q-6- Modifications de la prise en charge depuis la campagne de sensibilisation

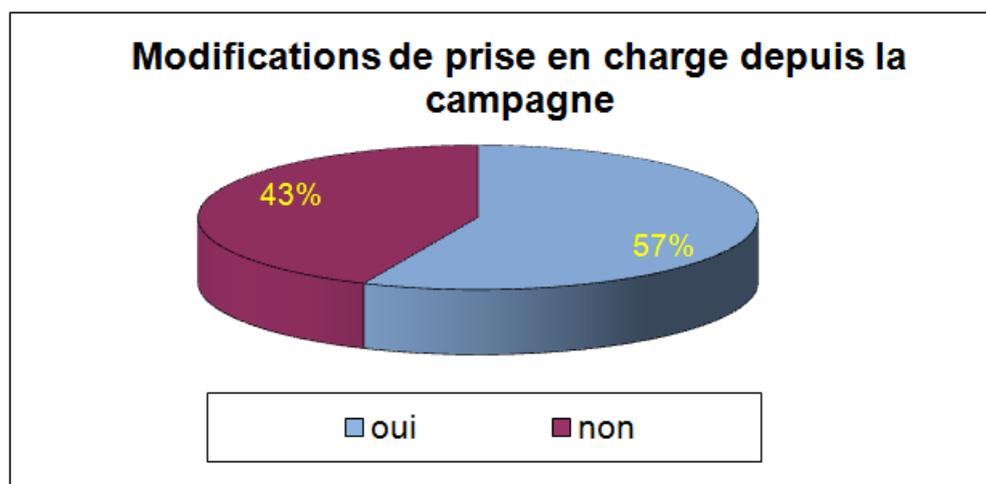


Figure 10 : Modifications de prise en charge depuis la campagne

- ✓ Les modifications de prise en charge depuis la campagne évoquées par les 17 médecins sont :
 - un contact plus fréquent avec le médecin du travail (cité 12 fois) : « *Dans les différentes solutions il y avait : téléphoner au médecin du travail. Ça, c'est quelque chose que je faisais peu avant la campagne et ça m'est arrivé plus souvent depuis.* »
 - plus d'incitation à aller consulter le médecin du travail, avec explication de son rôle (cité 8 fois) : « *Je dis à mes patients : il faut que vous alliez voir le médecin du travail c'est très important. J'essaie de plus insister qu'avant.* », « *J'explique plus aux patients l'intérêt de prendre contact avec le médecin du travail, parce qu'ils sont assez méfiants. Donc, ça a vraiment fait avancer les choses.* »
 - une orientation plus facile vers les consultations de pathologies professionnelles (cité 2 fois) : « *Depuis dans certains cas, je les adresse en consultation de pathologie professionnelle à l'hôpital.* »
 - un travail plus direct avec le psychiatre (cité 3 fois) : « *j'adresse plus facilement au psychiatre* »
 - un contact plus direct avec le médecin conseil (cité 3 fois) : « *ça m'arrive de solliciter plus souvent le médecin conseil aussi* »
 - un essai de travailler plus en réseau, de créer du lien (cité 2 fois) : « *Voir avec quels intervenants je peux travailler et comment se concerter. Avant je ne voyais pas les choses comme ça.* »
 - la possibilité de recours aux aides extérieures (syndicats, associations) (cité 4 fois) « *j'ai moins de complexe à leur parler des syndicats* »

- la possibilité de donner des conseils plus pratiques (cité 3 fois) : *« depuis, je suis plus capable de donner des conseils pratiques aux patients ; je ne suis plus uniquement dans la théorie »*
 - déclaration en accident du travail dans certains contextes (cité 2 fois) : *« la déclaration d'accident du travail dans certains cas, c'est majeur. Ça fait 28 ans que j'exerce, jamais avant je n'aurais fait ça ! »*
 - la modification des intitulés sur les arrêts de travail (cité 1 fois) : *« et puis surtout maintenant je mets souffrance au travail sur les arrêts de travail »*
 - une écoute plus approfondie, un accompagnement et des réévaluations plus systématiques (cité 2 fois) : *« peut-être de plus proposer de revoir le patient pour en reparler, pour instaurer un suivi à ce niveau là »*
- ✓ Aucun entretien ne contient le champ lexical des thérapies médicamenteuses.
- ✓ Pour les 13 médecins dont la prise en charge n'a pas été modifiée, les raisons évoquées sont :
- un lien déjà bien établi auparavant avec les médecins du travail (cité 11 fois) : *« Je travaillais déjà pas mal avec les médecins du travail. La campagne n'a pas modifié cela. »*
 - un sentiment de limitation d'action des acteurs extérieurs (cité 3 fois) : *« Avec la sécurité sociale c'est douche chaude, douche froide. On vient nous voir en disant qu'il faut extraire le salarié pour le protéger et ensuite on nous dit qu'on prescrit trop d'arrêt de travail. »*
 - un sentiment persistant d'impuissance (cité 4 fois) : lenteur d'avancée des dossiers : *« dans la souffrance au travail, on s'aperçoit que c'est très difficile de faire avancer les choses », « on est toujours démuni sur l'après dépistage pour ces patients(...) Je trouve que c'est frustrant, ça ne change pas les choses. »*
 - une difficulté persistante émanant des patients (cité 5 fois) : *« les patients ont énormément de difficulté à accepter d'en parler au médecin du travail », « des fois ce sont les patients qui sont un peu réticents »*
 - une difficulté persistante à faire la part des choses entre une possible intrication de la souffrance personnelle et professionnelle (cité 2 fois) : *« Enfin moi je ne suis pas apte à juger ce qui est en lien avec la souffrance au travail. J'ai quelqu'un devant moi qui va mal : est-ce que c'est lié au travail ou à autre chose ? Je ne sais pas c'est pour ça que j'adresse au médecin du travail, mais je pense qu'il y a une grande intrication entre les souffrances personnelles et les souffrances au travail. »*
 - le monde du travail à changer, plutôt qu'une prise en charge médicale à modifier (cité 2 fois) : *« nous, on n'a pas tellement de prises pour améliorer leur travail. Ce qu'il faudrait c'est changer les conditions de travail. »*
 - une prise en charge qui incombe uniquement au médecin du travail (cité 1 fois) : *« je ne suis pas sûr que le médecin généraliste soit obligé de tout faire dans tous les domaines et c'est peut-être au médecin du travail de dépister et de prendre en charge la souffrance au travail »*

Q-7- Idées proposées par les médecins généralistes sur ce qu'il pourrait rester à mettre en place dans le repérage et/ou à la prise en charge des patients présentant des symptômes évocateurs de souffrance au travail.

- ✓ **A propos de l'outil de Karasek :**
- A développer dans les FMC, les revues, la formation des étudiants (cité 3 fois) : *« je suis allée à des formations et on ne nous l'avait pas présenté. Donc ça serait bien qu'on nous le présente plus souvent, ou dans les revues, ça permettrait en plus de mieux l'intégrer »*

- Intégration de cet outil dans un logiciel médical (cité 2 fois) : *« pouvoir intégrer les échelles, les questionnaires dans un logiciel médical »*
- Poursuivre la sensibilisation dans ce domaine (cité 8 fois) : *« Je pense qu'il faut continuer la sensibilisation sur ce thème, ça me paraît évident. »*
- Rester systématique et faire des rappels (cité 6 fois) : *« je dirais que déjà c'est à nous de rester bien systématique dans le repérage au long cours »*

✓ **A propos du monde du travail :**

- Une demande de formation (cité 4 fois) : *« une formation sur la législation du travail, ça serait intéressant », « moi, je pense qu'il y a des lacunes énormes au niveau de la formation initiale et continue, donc je pense qu'il faut vraiment continuer la formation dans ce domaine »*
- Savoir rester modeste et ne pas vouloir tout solutionner (cité 2 fois) : *« il n'y a pas de solution à tout et en tant que médecin généraliste on ne peut tout solutionner dans ce domaine »*
- Continuer la sensibilisation des étudiants et jeunes médecins généralistes sur ce thème (cité 4 fois) : *« C'est important de continuer à sensibiliser les médecins dans ce rôle de repérage de la souffrance psychique au travail mais aussi des TMS. »*
- Codifier les prises en charge (cité 4 fois) : *« Souvent je suis perdu dans la possibilité de prise en charge, de reclassement par exemple, et leurs droits. Il faudrait que ce soit plus codifié. »*
- Revenir à l'origine du problème : rétablir de meilleures conditions de travail et plus d'humanité (Cité 4 fois) : *« Je pense que c'est important de voir les choses de façon plus globale et que c'est important de reconsidérer les conditions de travail, il faut revenir au départ, aux causes, et je pense que ce n'est pas assez abordé. », « Le problème c'est le manque d'humanité aujourd'hui dans le travail, c'est peut-être ça qu'il faudrait faire évoluer. »*

✓ **A propos du temps :**

- Avoir plus de temps pour ce type de consultation (cité 8 fois) : *« je crois que c'est avoir plus de temps, de disponibilité, c'est une des principales difficultés en médecine générale »*
- Faciliter les procédures pour gagner du temps (cité 2 fois) : *« (...) par exemple dans les arcanes des déclarations comme pour les collectivités territoriales qui sont compliquées (...) où on perd beaucoup de temps et d'énergie. Il faudrait simplifier les choses »*
- Journées à forfaits médico-sociaux (cité 2 fois) : *« De faire, comme on l'avait envisagé il y a quelques années, des journées à forfaits medicopsychosociaux, c'est à dire sur une journée, ne pas consulter à l'acte mais s'occuper de tous ces problèmes sans contrainte de temps. »*

✓ **A propos des médecins du travail :**

- Reconsidérer l'image du médecin du travail auprès des patients (cité 10 fois) : *« Il faut que l'on essaie de valoriser et favoriser l'image du médecin du travail, que les patients aient plus confiance en leur médecin du travail. », « enfin, la seule chose, c'est que les patients n'imaginent pas que le médecin du travail puisse les aider. Ils n'imaginent pas qu'il puisse être un interlocuteur qui peut leur permettre de résoudre leur problème : c'est étonnant »*
- Reconsidérer le problème des patients qui n'ont aucun lien avec la médecine du travail (cité 2 fois)
- Améliorer et simplifier les relations entre médecins du travail et généralistes (cité 12 fois) : *« Améliorer et faciliter les relations entre médecin du travail et médecin généraliste, que ce soit plus simple, par exemple les gens ne connaissent pas toujours le nom de leur médecin du travail. », « il faudrait qu'on communique plus les uns avec les autres »*

✓ **A propos de la souffrance psychique :**

- Augmenter l'accès aux consultations psychiatriques par la limitation du temps d'attente, du coût financier, et de la répartition géographique. (cité 6 fois) : « *il existe parfois des délais de 2-3 mois pour avoir un rendez-vous* »
- Faciliter le travail avec le psychiatre et valoriser ce travail (cité 5 fois)
- Création de structures telles que des CMP spécialisés en souffrance au travail (1 fois): « *et si on avait dans le cadre des CMP des consultations auprès de psychologues formés à la médecine du travail, ça serait un super recours* »
- Remboursement des consultations chez le psychologue (cité 2 fois) : « *les psychologues ne sont pas remboursés et dans le quartier c'est inconcevable d'envoyer les gens à des psychologues de ville* »
- Instaurer des psychologues dans le cadre des entreprises (2 fois) : « *L'outil psychologique ça fait du bien au patient, le problème c'est qu'on n'est pas forcément bien formé et on n'a pas toujours le temps. Les psychologues en ville, la barrière c'est que ce n'est pas remboursé, alors pourquoi pas des psychologues dans les entreprises.* »
- Favoriser et améliorer la formation en psychiatrie et psychologie des médecins généralistes (cité 2 fois) : « *je pense que tous les internes devraient avoir une formation obligatoire en psychiatrie* »

✓ **A propos de la sécurité sociale**

- Poursuivre les déclarations en accident du travail si nécessaire (cité 1 fois) : « *et bien je reprends la même idée, mais si il y a besoin alors faire des déclarations en accident du travail* »
- Bien préciser comme motif « *souffrance en lien avec le travail* », pour faire avancer la législation (cité 2 fois) : « *si nous on fait de plus en plus de déclarations, avec le motif souffrance au travail, ça fera peut-être évoluer la législation* »
- Incohérence entre le nombre de souffrance au travail et les injonctions par rapport au nombre trop important d'arrêt de travail. (cité 3 fois) : « *J'ai vu un conseiller qui est venu me parler de la durée des arrêts de travail : pour les TMS ils disent 15 jours d'arrêt !* », « *Le nombre de souffrance au travail augmente, la situation est de plus en plus précaire au niveau du travail mais on est montré du doigt par la sécurité sociale parce qu'on prescrit trop d'arrêts : enfin c'est un serpent qui se mord la queue.*»

✓ **A propos de la création de réseaux de santé dédiés à la souffrance au travail :**

Intérêt d'une concertation pluridisciplinaire pour aider le patient (cité 6 fois) : « *pour la reprise du travail, le fait de travailler avec un réseau prédéfini ce serait un plus* », « *il faudrait développer un réseau codifié sur ce sujet* »

✓ **A propos du patient :**

- Poursuivre la médiatisation (cité 1 fois)
- Actions à mettre en place dans les entreprises (cité 4 fois) : « *je pense qu'il faut en parler dans les entreprises directement* »
- Sensibiliser dans les salles d'attente (cité 1 fois) : « *je mets l'affiche en salle d'attente, je la laisse après* »

Q-8- Place et rôle du médecin généraliste dans le dépistage et/ou la prise en charge de cette souffrance au travail.

- Essentielle et de premier recours (cité 15 fois) : « *c'est vraiment une place de premier recours, car très souvent les gens qui sont en souffrance au travail n'en n'ont pas parlé à leur médecin du travail* »
- Rôle de repérage puis d'accompagnement et d'écoute (cité 10 fois) : « *de voir ce que le patient fait de bien, de lui proposer un accompagnement, on ne solutionne pas tout mais on peut accompagner* »
- Rôle d'orientation, de pivot vers les différents acteurs (cité 8 fois) : « *on peut rarement proposer de solutions, mais on se doit d'orienter le patient* »
- Une place privilégiée du fait de la connaissance du patient, approche globale (cité 4 fois) : « *Quand on connaît bien son patient, qu'il a toujours été en bonne santé, qu'on connaît la famille et que brutalement, il présente un syndrome dépressif et qu'il nous dit qu'au travail ça ne va pas, on est alors quasi sûr que ça vient de là.* »
- L'observateur d'une société évolutive (cité 8 fois) : « *on est le témoin de l'évolution d'une société* », « *on a le rôle d'interpeller sur ce qui ne va pas dans la société* »
- Sollicitation de façon croissante, ce qui nécessite énergie, responsabilité et temps (cité 4 fois) : « *C'est vrai que c'est de plus en plus fréquent et la souffrance psychologique ça nous demande beaucoup d'énergie.* », « *on est là pour éponger la souffrance des patients* »
- Un rôle limité par les possibilités de prise en charge (cité 4 fois) : « *ce n'est pas un problème facile, car on ne peut pas trop intervenir dessus* »
- Un rôle qui n'incombe pas au médecin généraliste mais au médecin du travail (cité 2 fois) : « *C'est peut-être plus au médecin du travail de dépister cela (...) on ne peut pas nous demander de tout faire.* »

DISCUSSION

Biais méthodologiques

Tout d'abord, la méthode par entretien semi-directif au cabinet n'a pas permis la réalisation d'un nombre important d'entretiens du fait des contraintes matérielles (distance, organisation) et temporelles. Cependant, elle a peut-être permis d'être plus dans une réalité de terrain et dans une restitution spontanée des faits.

✓ Critères de sélection

Les participants aux entretiens sont des médecins participants déjà à l'APS, ils sont donc probablement déjà plus sensibilisés, ou portent peut-être plus un intérêt à la prévention et au dépistage dans leurs activités que la population générale des médecins des Pays de la Loire. Il existe, aussi, un biais d'auto sélection par non-réponse : malgré un souci de représentativité par la constitution d'un échantillon aléatoire, il y a eu des non-répondants chez les médecins sollicités. Je peux donc présumer que des réponses divergentes auraient été apportées par les 21 médecins non vus en entretien. Il aurait été également intéressant de constituer initialement deux groupes (un participant à l'APS et un non participant) pour réaliser une étude comparative sur l'apport efficient ou non de la campagne et de l'utilisation des outils sur la pratique des généralistes. Ceci pourrait faire l'objet d'une autre étude.

✓ Critères sur le questionnaire

Les questionnaires ont été réalisés au cabinet du praticien donc sur le temps de travail. Quelques réponses ont pu être appauvries par le manque de temps, le téléphone. Le fait de réaliser un questionnaire avec des questions ouvertes et fermées est aussi relativement difficile. Introduire certaines questions fermées a peut-être amputé l'apport qualitatif tandis que le nombre de médecins interrogés sur ce type de questions est insuffisant pour un traitement statistique significatif. Le contenu des questions peut être, bien évidemment, sujet à discussion.

✓ Critères démographiques

La population étudiée est non représentative de celle des médecins des Pays de la Loire, bien qu'elle semble s'en rapprocher par les tranches d'âge. Selon l'Observatoire Régional de la Santé [113], il y avait 2 800 médecins généralistes libéraux installés fin 2008 avec une répartition de 26% de femmes pour 74 % d'hommes. 64% d'entre eux avaient une activité en cabinet de groupe et un âge moyen de 52 ans pour les hommes et de 46 ans pour les femmes. La tranche d'âge la plus importante étant celle des 50-59 ans pour les hommes et 40-49 ans pour les femmes.

De plus, l'échantillon étudié est de petite taille ce qui ne permet pas de tirer de conclusions formelles en terme statistique. Il s'agit donc plus d'une photographie à moyen terme de l'utilisation des outils et de la pratique des généralistes dans ce domaine. Il convient de rester humble sur la valeur des hypothèses qui vont ici être formulées.

Discussion sur les résultats

1-Les médecins et les outils proposés

L'échelle numérique et la question « comment ça va ? » : l'ouverture du dialogue

Cette question a donc été utilisée par les médecins (61% des médecins déclarent l'avoir utilisée « souvent », 23% « très souvent », soit un usage fréquent pour 84 % des médecins interrogés). Le fait de sensibiliser les médecins sur un temps donné via la campagne, semble permettre une augmentation de la fréquence d'utilisation et cela sur le moyen terme.

Dans quelques articles de la Revue du Praticien [105, 110], il est rappelé au médecin traitant de penser à dépister de façon routinière les problèmes de souffrance au travail en introduisant la question « Et au travail, comment ça va ? » lors des consultations. Dans une thèse soutenue à Brest en 2009 [114], 74% des médecins déclarent demander aux patients si la cause de la souffrance psychique vient du travail. Dans une autre thèse soutenue en 2006 [115], 84 % des médecins déclarent aborder le domaine du travail avec leurs patients, même si cette dimension ne semble pas les affecter au premier abord.

L'assimilation de cette question est donc satisfaisante, et a peut-être été potentialisée par l'institution d'un cadre répétitif pendant un temps donné via la campagne de l'APS.

Sa fonction première semble être d'ouvrir le dialogue sur le sujet. De par la fréquence d'utilisation déclarée, elle semble relativement facile à intégrer dans une consultation. Mais son usage doit-il être envisagé lors de consultations systématiques (renouvellement, certificat de sport), ce qui aurait valeur de prévention d'un stress au travail, ou, seulement lors d'apparition de symptômes pouvant évoquer une souffrance au travail, ayant alors valeur de dépistage ?

Dans ce regard sur les pratiques, les 30 médecins l'utilisent de façon orientée devant des symptômes évocateurs, et pour la moitié d'entre eux également de façon systématique lors de consultation de suivi.

Cette question utilisée en terme de prévention doit-elle cibler une population précise ?

Dans mon étude, je ne détermine pas le profil des patients les plus exposés. Ce qui ressort des entretiens globalement est que pour les médecins interrogés, la souffrance au travail se généralise à tous les secteurs d'activités. Quelles peuvent être les caractéristiques de cette population ?

Dans la littérature [69], on note assez souvent que les femmes sont plus exposées à la souffrance psychique, au « job strain » que les hommes, en France. L'âge ne semble pas avoir d'incidence sur la santé psychique des salariés. Les employés et ouvriers sont aussi plus touchés par le « job strain » que les professions qualifiées, ce qui ne veut pas dire que ces derniers ne se déclarent pas stressés par leur travail. Enfin les personnes les plus exposées au harcèlement moral et sexuel sont les femmes et les plus jeunes travailleurs. Il peut être utile pour le généraliste de se référer aux études Summer 2003 [69,81] et Samotrace [82,116] pour avoir une idée des catégories socio-professionnelles les plus à risque. Si les cadres sont particulièrement exposés, c'est en raison de la surcharge de travail. Les ouvriers et les employés souffrent, quant à eux, plus en raison du manque de choix dans la façon de procéder. Une forte demande psychologique est surtout retrouvée dans les secteurs de la production et de la distribution d'électricité, de gaz et d'eau, le commerce, la réparation automobile et les articles domestiques. Chez les hommes, les employés administratifs et commerciaux des entreprises sont affectés. Chez les femmes il s'agit plus de l'immobilier, de la location et des services aux entreprises ainsi que les catégories intermédiaires de la Fonction Publique. Les secteurs les plus touchés sont ceux des activités financières, de l'administration publique et du secteur de l'hôtellerie pour les deux sexes. Les troubles musculo-squelettiques sont plus invalidants chez les sujets insuffisamment entourés et émotionnellement épuisés.

En dehors des facteurs organisationnels sur le lieu du travail qui sont décrits comme primordiaux, le médecin généraliste, grâce à la connaissance globale qu'il a de son patient, peut-il être à même de déterminer des profils de personnalité, des facteurs de risques, ou des terrains propices à la souffrance au travail ?

La classification en comportement de type A dans la théorie psychosomatique [9], peut éventuellement être une aide à cet égard. Cette classification montre que ces sujets se caractérisent par des comportements traduisant leur lutte permanente non seulement contre le temps, mais aussi contre les autres (compétitivité importante, ambition sociale élevée) et par des états émotionnels hostiles fréquents en situation sociale (colère, agressivité exprimée ou retenue).

L'outil de Karasek : un outil utilisé mais non standardisé

23 médecins sur 30 ont déclarés avoir réutilisé l'outil de Karasek, soit 76% des médecins interrogés. Avant la campagne, seuls 2 médecins connaissaient cet outil. Le facteur le plus significatif ayant influencé sa non réutilisation a semblé être l'âge (tranche d'âge des 51-60 ans).

Dans la littérature, il est difficile de retrouver des études permettant de comparer l'utilisation de cet outil en médecine générale : il s'agit d'un travail original. Cet outil est donc effectivement utilisé.

A la fin de la campagne réalisée par l'APS, les intentions de pratique des médecins étaient les suivantes : allaient continuer à utiliser l'outil (53 %), ne pensaient pas le réutiliser (31%), ne savaient pas (16%) [Annexe 4]. L'observation paraît être en accord avec ces résultats : l'outil semble avoir été intégré pour une majorité d'entre eux. Ils l'ont même utilisé plus qu'ils ne le pensaient initialement. Certaines thèses [114, 115] utilisant des méthodologies différentes et donc non comparables ont montré un questionnement plus fréquent sur les causes organisationnelles pourvoyeuses de souffrance.

L'utilisation de l'outil au cours de l'année a été assez fréquente : 27% l'ont réutilisé « souvent », 43% « de temps en temps ». Dans une démarche d'utilisation de l'outil en prévention secondaire, à quelle fréquence doit-on répéter son utilisation pour réévaluer la situation? Dans l'étude, seuls 3 médecins évoquent son utilisation pour un suivi. Dans la littérature, cet outil est utilisé en prévention primaire ou en épidémiologie [20, 21, 50, 68, 69, 71, 72] : ceci n'est pas réalisable et n'a pas lieu d'être en médecine générale, il me semble.

Le support papier a été très peu utilisé (3 médecins sur 30 le réutilisent : supports qu'ils avaient à disposition lors de l'entretien). Je pense que cette spontanéité est intéressante mais cela suggère que les réponses attendues sont totalement libres. Une hypothèse de départ aurait pu être d'établir une complémentarité entre les deux outils : on utiliserait l'outil de Karasek qu'à partir d'un certain seuil sur l'échelle numérique. Mais on constate que l'évaluation chiffrée ne correspond pas à la pratique de la médecine générale. Cela soulève également la question du degré d'approximation acceptable et socialement acceptée dans l'approche des relations entre stress, souffrance et travail. Toutefois l'outil de Karasek a été plus facilement utilisé car on a donné aux médecins une question d'appel qui permet d'introduire l'outil.

En outre son utilisation n'est pas standardisée. En effet, si les 23 médecins ont conservé les 4 grands axes du modèle de Karasek et les ont restitués spontanément, il y a une réappropriation des questions. De plus, peut-il exister un biais de passation et d'interprétation puisque chaque médecin a son système de valeur propre par rapport au travail ?

Il m'a été difficile de savoir si, finalement, les médecins pensaient repérer plus fréquemment une souffrance au travail. Cette réponse, je l'attendais lors de la question sur la performance. Alors que 67% des médecins abordent plus facilement la souffrance au travail (grâce au mode de réalisation de la campagne et aux outils), seulement 43 % des médecins se sentent plus performants dans le repérage, 30% ne savent pas et 27 % ont déclaré ne pas être plus performants. L'amélioration des performances a semblé être une question difficile pour les médecins généralistes au cours des entre-

tiens. Les propos étaient toujours pondérés : modestie, gêne ? Existe-t-il une absence de repère pour l'auto évaluation ? Néanmoins ils étaient conscients des paramètres extérieurs qui peuvent également jouer sur l'augmentation du dépistage de ce stress au travail (médiatisation, libération de la parole du patient, contexte socio-économique).

Existe-t-il des effets délétères à se servir de l'outil de Karasek ? Pour ma part je ne pense pas. Lors des entretiens la notion de « trop dépister une souffrance au travail » ou « de rendre le travail responsable de souffrances plus complexes » n'a pas été évoquée.

Le contenu de l'outil est-il complet ? Globalement, je pense que l'outil doit pouvoir prendre en compte les relations entre les capacités individuelles, les sollicitations individuelles et le contexte environnemental au travail. Le modèle de Karasek, comme celui de Siegrist ou le questionnaire nordique [117, 118] explorent donc le côté environnemental et les facteurs organisationnels du stress, mais peu le côté individuel de la personne. Le modèle de Siegrist [20, 68, 69], fondé sur le concept du modèle de la récompense, a inspiré la question sur la reconnaissance. En dehors de ces modèles, il existe aussi d'autres schémas explicatifs du stress [50, 68, 117-119]. En effet, d'autres questionnaires évaluent la perception de ce stress au travail comme l'adaptation aux différentes contraintes extérieures via le test de stress perçu de Cohen, le MSP, ou bien encore la perception, le vécu et/ou le retentissement sur la santé physique et psychique par le test du dépistage du burn out, l'échelle HAD ou le GHQ. N'aurait-on pas pu ajouter à cet outil la notion d'effort intrinsèque, issue du modèle de Siegrist évaluant l'investissement de l'individu au travail ?

Seulement trois professionnels soulèvent la notion d'intrication entre souffrance personnelle, familiale et au travail. Le stress au travail a-t-il des retentissements sur la vie familiale par exemple ou est-ce l'inverse ? Dans la littérature [22, 50] les facteurs organisationnels ont un rôle certain dans le déclenchement de pathologies chez l'individu, mais l'intrication avec le stress personnel n'est pas exclue. D'où un vécu du stress professionnel et un retentissement différent entre homme et femme ?

Deux médecins ont évoqué la non adéquation, la non pertinence du test à toutes les professions. Dans le BEH de juin 2009[68], il est mentionné que choisir parmi les échelles d'évaluation des contraintes au travail, celle qui est la plus adaptée à la situation de travail, est une clé importante d'un bon dépistage. Par exemple, le recours à l'échelle de Karasek en milieu hospitalier n'est souvent pas adéquat car le manque de latitude décisionnelle est rarement évoqué par les soignants. Cependant, sur le terrain de la médecine générale, il apparaît compliqué de multiplier les outils sur un même thème.

Un outil adapté à une consultation de médecine générale:

Il est un repère en terme de connaissance pour le médecin. L'outil a une valeur pédagogique car il permet de synthétiser les différents paramètres déterminant la souffrance au travail. Cela renvoie peut-être à la cause de la création de cet outil ? Finalement a-t-il été conçu pour améliorer la sensibilité du dépistage ou rassurer les médecins en leur donnant des repères ?

Il est maniable. Il est décrit comme rapide et facile d'utilisation par quelques médecins, c'est un argument important de terrain.

C'est également un support aidant à la relation médecin-patient. Pour quasiment un tiers des médecins, cet outil a été aussi un support pour la relation, en permettant d'approfondir la discussion, en donnant un peu plus de « sérieux » à l'entretien et un caractère ouvert à la consultation. Pour quelques uns d'entre eux il a permis un travail de définition avec le patient, une mise en mots, avec un possible effet thérapeutique. Cet outil de dépistage a eu également pour certains d'entre eux (notions qui revient 10 fois) une valeur de guide d'entretien. Il permet d'accompagner la consultation.

Il aurait un rôle dans la prise en charge. Un résultat étonnant a été l'usage détourné, réorienté de l'outil de Karasek à la fois, en permettant en quelque sorte un dialogue sur cette souffrance, mais aussi d'accompagner un début de prise en charge. Quelques médecins ont semblé attachés à la mise en évidence des points positifs dans le travail du patient, ce qui permettrait de le faire travailler sur ses ressources. Aussi l'outil a permis quelquefois d'orienter la nature de la prise en charge en fonction du problème identifié et de la globalité du patient.

Perception de l'outil par le patient : un champ à explorer

C'est un champ peu décrit lors des entretiens. Il a été caractérisé comme permettant une facilité d'interaction, avec une compréhension facile des questions (cité 2 fois). Il serait donc probablement intéressant d'étudier l'intérêt que portent les patients à cet outil, de montrer si cet outil a un apport direct auprès des patients, ceci pouvant faire l'objet d'une autre étude.

Les causes de non-réutilisation :

Le frein principal à la non utilisation de l'outil pour 7 médecins semble être essentiellement la façon de pratiquer la médecine, leur habitude, ce qui peut trouver une résonance dans le fait que les non réutilisateurs font partie des plus âgés. La forme est parfois un obstacle ainsi que le contenu (questions peu pertinentes).

2-Modifications des pratiques dans ce domaine un an après la campagne menée par l'APS :

Les médecins insistent sur le fait que les limitations du dépistage proviennent en partie des difficultés et des limites actuelles de la prise en charge dans ce domaine.

2-1-Les facteurs limitant les modifications de pratique

✓ *le temps*

Lors des entretiens, le facteur temps a été décrit comme le temps nécessaire à l'acquisition de l'outil pour 3 médecins (augmenté probablement par le manque de connaissances dans le domaine) et le temps futur nécessaire à l'entretien de ce nouvel outil (fait évoqué par 2 médecins sur 30). Les consultations ont été décrites pour 1/3 des médecins comme chronophages dans ce domaine. La complexité de ce problème, le temps d'écoute et le temps des prises en charge semblent être un frein au repérage, à la prévention.

Dans la littérature [120,121], selon une étude auprès des médecins généralistes, le manque de temps a été décrit comme un frein à la prévention dans 29,7% des cas, en 2^{ème} position derrière la résistance des patients.

Même si l'outil de Karasek peut permettre de gagner du temps de par son côté didactique, cadrant et orientant cela apparaît comme insuffisant. Les journées à forfaits médico-psycho-sociaux ne seraient-elles pas à promouvoir pour favoriser ce type de prise en charge ?

✓ *les effets cumulatifs des missions de dépistage pour le généraliste*

9 médecins sur 30 ont évoqué l'accumulation des multiples tâches de dépistage, imposant une hiérarchisation. Mais dans quel ordre, dans un contexte où la peur de ne pas être exhaustif, d'oublier un thème sont des arguments rapportés dans les entretiens. Ceci peut éventuellement expliquer un point avec lequel je ne suis pas d'accord : deux médecins ont déclaré que finalement le rôle de dépistage de cette souffrance au travail incombe au médecin du travail uniquement. Comment limiter ce sentiment de cumul pour favoriser ce rôle de prévention qui est un des rôles essentiels du généraliste ? Répartir dans l'année les différentes évaluations?

Pour cela, dans la littérature [120,121], l'informatique semble contributive, via des modules spécifiques de dépistage comme le logiciel EsPeR (Estimation Personnalisée des Risque), outil interactif

d'aide à la décision en matière de prévention, permettant de définir des facteurs de risque et un plan de prévention personnalisé. Y inclure l'item travail, si cela est possible, pourrait être pertinent.

✓ *les patients :*

La résistance de certains patients a été également évoquée à travers la difficulté de verbalisation de la souffrance, mais surtout du fait de la réticence secondaire dans la prise en charge à avoir recours au médecin du travail.

Dans la littérature [120,121], la résistance des patients est le premier frein à la prévention, elle représente 40,1%.

Alors il s'agirait donc de faire tomber les résistances des patients ? La communication et l'explication des pratiques apparaissent comme des solutions.

✓ *le médecin lui-même :*

Quatre médecins ont rapporté la notion de coût d'énergie dans ce type de consultation. Les notions d'isolement et d'impuissance font également partie du champ lexical. Aussi l'APS, à travers cette campagne, a été décrite par quelques médecins comme apportant un soutien, donnant un cadre, une certaine forme de réassurance. L'implication dans le soin, associée au manque de retour sur les mesures mise en œuvre et des effets positifs visibles seulement sur le long terme sont-ils aussi des facteurs d'épuisement ?

Dans la littérature [120, 121], l'absence de valorisation de l'activité de prévention et l'impression d'inefficacité représentent respectivement 1% et 2,9% dans les freins aux démarches de prévention. La souffrance du patient qui renvoie le médecin généraliste à sa propre souffrance est un concept connu. Dans un milieu où le burn-out et le suicide sont fréquents [43-45, 122], il est important de promouvoir une meilleure maîtrise de l'implication affective inhérente à l'accompagnement des patients souffrants. Quel est l'impact des groupes de pairs sur l'activité de prévention des médecins y participant ?

Finalement l'APS, même s'il ne s'agit pas de son rôle premier, semble être une bonne réponse à tous ces facteurs limitants de part le gain de temps par la préparation des outils, des supports, le rôle encadrant des médecins, l'apport de connaissance...

2-2-Le manque de formation sur le monde du travail : des concepts à se réapproprier

L'amélioration des connaissances sur la souffrance au travail apportée par la campagne de l'APS est l'argument majeur d'un abord plus facile de cette dernière lors des consultations. Le champ lexical de l'apport de connaissance est très présent dans les entretiens soit directement appliqué à l'outil de Karasek soit à la campagne en général ou bien encore dans les propositions faites par les médecins généralistes pour améliorer le dépistage et/ou la prise en charge.

Les formations initiales et secondaires sont-elles insuffisantes ? Dans le rapport du Sénat sur le mal-être au travail de juillet 2010 [12], il est mentionné qu'« *il serait souhaitable, pour cette raison, de sensibiliser davantage les médecins de ville, au cours de leur formation initiale et continue, aux questions de santé au travail, afin qu'ils fassent plus facilement le lien entre pathologies et les conditions de travail* ». En pratique, à la faculté de médecine de Nantes, jusqu'en fin de sixième année, l'organisation potentiellement pathogène du travail en terme de santé mentale est-elle suffisamment abordée ? En revanche, un séminaire d'une journée est mis en place depuis 2 ans sur la souffrance au travail par le département de médecine générale. Les internes en médecine du travail de Nantes peuvent également bénéficier d'un DU à Angers d'ergonomie et de santé au travail. Quelques FMC traitent de la souffrance au travail quand elles abordent les pathologies professionnelles.

Donc une première solution serait d'intégrer ou d'augmenter le nombre de formations (initiale et continue) sur la santé au travail, avec l'approche de ce qu'est une entreprise, les différentes organisations de travail et leurs éventuels pouvoirs pathogènes sur la santé et enfin la psychopathologie du travail.

La formation théorique est certes indispensable mais l'application pratique reste de rigueur. Ne peut-on pas imaginer également un apprentissage pratique de la médecine du travail lors de l'externat ou de l'internat des médecins généralistes ? A l'échelon local nantais, lors du stage chez le praticien, une formation sur le terrain de deux jours est proposée en médecine du travail. Selon un article américain [123], le fait de réaliser un stage de plusieurs mois en médecine du travail a des résultats satisfaisants sur l'amélioration des connaissances et sur l'expérience pratique au contact du patient.

L'APS n'a pas pour but premier de former, mais de sensibiliser et de réaliser des campagnes de dépistage sur certains thèmes. Or cette campagne a été décrite pour beaucoup comme source de formation.

Une meilleure formation rendrait plus facile l'appréhension et la description de cette souffrance.

2-3-Les médecins généralistes face à cette souffrance psychique

Dans le cadre de la souffrance psychique au travail, les symptômes qui ont été identifiés comme les plus évocateurs sont les troubles du sommeil (20%), les syndromes dépressifs (17%), l'asthénie (15%), l'anxiété (13%). Les symptômes cités correspondent bien à la définition des conséquences du stress chronique [21, 22, 33, 34]. On se situe également dans la définition de la souffrance psychique en général [4-7]. Le lien apparaîtrait bien assimilé.

En fréquence, les expressions somatiques, physiques ont été peu citées : les dorsalgies, lombalgies sont en tête (7%), puis viennent les gastralgies (3%) et les céphalées (2%). Les TMS n'ont été cités qu'une seule fois. Les médecins font-ils moins le lien entre expression de symptômes physiques avec une éventuelle souffrance au travail ? Le lien entre TMS, stress et pathologie de surcharge est pourtant bien décrit [15, 16, 20, 63].

Bien qu'il ne s'agisse pas de symptômes en tant que tels, je trouve important de notifier qu'aucune entité cardiovasculaire (HTA par exemple) n'a été évoquée malgré le lien validé scientifiquement avec le stress au travail [35-42]. Ceci sous-entend-il une méconnaissance de l'impact sur le long terme d'un stress chronique sur les pathologies cardiovasculaires ou en physiologie du stress ?

Par ailleurs, je m'interroge également sur le peu de lien qui a été fait entre souffrance psychique au travail et addiction surtout dans une région où la consommation d'alcool est relativement importante.

Les médecins ont repéré également que souvent la souffrance psychique au travail est un motif de consultation difficile à cerner, qu'elle peut prendre l'aspect de plaintes déguisées. Ce qui caractérise ces symptômes, c'est la répétitivité, l'inscription dans la durée ainsi que des expressions floues, une inadéquation entre l'intensité de la plainte et son expression clinique. La demande d'arrêt de travail à répétition a été peu citée (2 fois). Pourrait-on alors définir des symptômes spécifiques d'une souffrance psychique au travail, différents d'une souffrance psychique plus générale ? Les entités cliniques comme, par exemple, la dépression ont-elles des caractéristiques particulières lorsqu'elles sont en lien avec le travail ?

Je voudrais également faire le lien entre deux résultats : lors des entretiens, il a été surprenant de remarquer qu'aucune réponse n'a intégré le champ lexical des thérapies médicamenteuses, des médicaments. La notion de formation obligatoire en psychiatrie des internes en médecine générale n'a été évoquée que deux fois. Or pourtant en France, une enquête en 2003 faite par la CNAM rapporte que les psychotropes arrivent en tête des médicaments consommés, juste derrière les antalgiques. Les anxiolytiques représentent 17,4%, les antidépresseurs 9,7%, les hypnotiques 8,8% et les

neuroleptiques 2,7% en terme de remboursement par la CNAM cette année là [124]. En termes de volume, les médecins généralistes sont notamment à l'origine de la prescription de 86 % des tranquillisants, 84 % des hypnotiques, 68 % des antidépresseurs. Les psychotropes sont la classe la plus prescrite après les hypotenseurs et ils représentent 13 % du volume des prescriptions et 7,5 % des dépenses de santé [104,124]. En 2001 [125], la fréquence des troubles liés au stress atteignait 15% des patients consultant en médecine générale dont 10% souffraient d'un trouble de l'adaptation avec anxiété. Selon l'observatoire de médecine générale [126], les motifs de consultation chez le médecin généraliste, exprimés en nombre d'actes pour tous les patients pour l'année 2007 pour les patients âgés de 40 à 49 ans sont classés selon 50 motifs différents et comprennent: les lombalgies(4), les dépressions (5), les réactions à une situation éprouvante (7), les humeurs dépressives (11), les problèmes avec l'alcool (13), l'angoisse, l'anxiété (14), l'insomnie (18). Les chiffres varient bien évidemment en fonction des tranches d'âge.

Alors comment expliquer ce résultat ? Est-ce dû à un biais lors de l'entretien ? Ou alors l'utilisation des psychotropes était sous-entendue, comme une évidence ? Ou est-ce le témoin pour les médecins généralistes que la prise en charge de cette entité doit passer par un travail de lien avec les autres professionnels de santé, fait qui ne semble encore pas gagné ?

Ou alors le statut de la souffrance au travail est perçu différemment, comme moins inéluctable car celle-ci peut être supprimée par la mise en arrêt de travail ?

S'agit-il d'une conscience qu'il est inutile de "surmédiquer" une souffrance dont la cause est plutôt sociale ? Existe-t-il une tendance actuelle pour une prise en charge via des techniques plus psychothérapeutiques ?

L'autre résultat surprenant a été de constater que l'outil a été détourné de son sens premier de dépistage par les médecins généralistes : au delà de son rôle de guide d'entretien, il a été utilisé pour presque un tiers d'entre eux comme un support thérapeutique, voir psychothérapeutique. Il permet différentes orientations en fonction des réponses des patients mais également et surtout de valoriser les ressources du patient. Les médecins ont-ils adapté cet outil à leurs besoins ? A travers cette adaptation d'outil, les médecins n'évoquent-ils pas un certain besoin d'apport de technique de communication, de technique de TCC, de gestion du stress, la volonté d'une approche plus positive de cette souffrance ? En effet, celle-ci peut parfois être ressentie comme difficile à gérer, comme en attestent les entretiens. La psychothérapie de soutien est une activité, que le généraliste habitué à écouter connaît, mais est-elle suffisante en la matière ?

Dans une étude réalisée par le CNRS et l'INSERM, sur la représentation de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes[103], ces derniers disent cruellement manquer de « techniques », d'outils d'analyse et de prise en charge, ce qui traduit le besoin de formation complémentaire en psychothérapie. Selon une autre étude [125], les médecins généralistes ne prescrivent qu'une psychothérapie que pour 15 % des patients qu'ils suivent pour des troubles anxieux. Les apports des différentes techniques de TCC (coping cognitif et comportemental) sont bien décrits par certains auteurs [9, 22, 127] dans le cadre où certaines formes de souffrance au travail peuvent s'inscrire comme trouble de l'adaptation.

La formation en psychologie et en stratégies de coping (résolution de problème) lors des études médicales ne seraient-elles pas pertinentes à initier ou à renforcer ? Ou bien n'est-ce pas adapté au médecin généraliste ? Une meilleure connaissance de ces techniques orienterait-elle plus facilement alors vers des spécialistes en thérapie ? Le problème reste le coût et l'accessibilité à ce type de prise en charge. Envisager le remboursement de quelques séances ? Le coût pour la société est à interpréter en rapport avec celui de la consommation des psychotropes et des arrêts de travail.

Cependant, face à certaines entités retrouvées dans la souffrance au travail, le médecin généraliste ne peut rester seul et le recours au psychiatre devient indispensable.

Les médecins ont mentionné à 6 reprises l'importance d'améliorer la prise en charge de la souffrance psychique par le fait de favoriser le travail avec le psychiatre et de valoriser ce travail (accessibilité des psychiatres).

Dans la littérature, quelques études montrent effectivement ce manque de communication entre les deux spécialités pour la prise en charge des pathologies psychiatriques, et la nécessité de trouver des moyens pour y remédier. [128]

Quelle serait la pertinence de CMP dédiés à la souffrance au travail ? La communication serait-elle améliorée entre médecins généralistes et psychiatres soit par la création d'un annuaire répertoriant ces différents professionnels, soit par la formation d'un réseau transversal pluridisciplinaire incluant les médecins du travail ?

2-4- Les relations médecins généralistes, médecins du travail, patients

La pratique des médecins généralistes, suite à la campagne de l'APS, a semblé être un peu modifiée: 12 médecins sur les 17 ayant changé leur pratique, contactent plus facilement le médecin du travail, expliquent son rôle au patient et incitent ces derniers à les rencontrer.

Suite à la campagne, on décrit donc quelques modifications de pratique mais les champs lexicaux du sentiment d'impuissance, de la difficulté, de la complexité et de l'isolement dans la prise en charge de cette souffrance psychique au travail restent prégnants.

En effet, lors de la campagne menée par l'APS en 2009 (annexe 4), une constatation avait été faite : le médecin du travail n'avait été contacté que pour seulement 20% des patients en souffrance au travail. Dans la littérature, on trouve d'autres chiffres : 89% des médecins ont répondu, via Internet, qu'ils pensaient qu'il était nécessaire de contacter le médecin du travail lorsqu'ils détectaient des conditions anormalement stressantes pour un patient et 65% ont déclaré le faire [115]. Dans une autre thèse [114], les médecins ont déclaré avoir orienté dans 58% des cas leur patient en souffrance au travail vers le médecin du travail, mais seulement 17% ont déclaré avoir délivré un courrier médical et 92% déclarent ne pas avoir téléphoné au médecin du travail dans la prise en charge de leur patient. Dans un article étranger [112], 50% des généralistes déclaraient avoir moins d'un contact mensuel avec les médecins du travail et 22 % déclaraient avoir un contact hebdomadaire par téléphone avec ces derniers.

Quels sont alors les facteurs limitant les mécanismes de résistance à cette collaboration entre ces deux protagonistes et entre patients et médecins du travail ? Quelles sont les causes d'une appréhension importante des patients à consulter le médecin du travail ? Quelle est la représentation du médecin du travail par le généraliste et le patient ?

Lors des entretiens, un tiers des médecins ont souhaité qu'il faille reconsidérer l'image du médecin du travail auprès des patients, ce qui sous-entend donc encore des appréhensions, des méconnaissances entre patients et médecin du travail. 8 médecins ont modifié leur pratique en expliquant le rôle du médecin du travail au patient, en les incitant à le rencontrer, tandis que 5 médecins évoquent encore des résistances de la part du patient.

Dans la littérature [12, 129, 130], la relation de confiance entre salariés et médecins du travail ne semble pas toujours établie. La médecine du travail pâtit encore d'une image de marque dégradée. Les salariés ne comprennent pas toujours l'intérêt des visites obligatoires et hésitent parfois à consulter le médecin du travail en cas de problème, de peur qu'il émette un avis d'inaptitude, synonyme pour eux de licenciement. La médecine du travail serait perçue par certains salariés comme la médecine de l'employeur. Il apparaît également qu'en dépit de leur protection statutaire, l'indépendance de la médecine du travail vis-à-vis de l'employeur n'est pas toujours parfaitement assurée.

D'après un rapport [12], les deux orientations essentielles sont de revaloriser la médecine du travail et de conforter l'indépendance des médecins du travail. La réforme en cours de la médecine du travail va-t-elle répondre à ces attentes ?

50 % des médecins ont proposé l'idée de valoriser et de favoriser la coopération, de simplifier l'échange avec les médecins du travail, ce qui sous-entend l'existence de difficultés de résistance dans ses relations. 7 médecins sur 30 n'ont pas modifié leur pratique car ils avaient un lien déjà bien établi avec le médecin du travail.

Dans la littérature [129-132], les facteurs limitant la collaboration sont le plus souvent : la méconnaissance des rôles et des contraintes de chacun ; l'ignorance de l'identité et les difficultés de contact ; la sous-estimation du "curriculum laboris" ; le manque de confiance ; la méfiance du médecin généraliste quant à l'utilisation des informations qu'il pourrait fournir au médecin du travail ; la non indépendance des médecins du travail. Un éclairage sociologique permet également de comprendre par déduction les mécanismes qui peuvent limiter les liens entre ces deux professionnels de santé via les modèles de collaboration, de coopération, d'instrumentalisation et de négation [133]. Que penser du fait que dans les nouvelles recommandations du Dossier Médical de Santé au Travail [134], le nom et l'adresse du médecin traitant sont à caractère "souhaitable" et non "recommandé" ?

26% des médecins ont évoqué la possibilité de la création de réseaux de santé dans ce domaine, et l'intérêt de la concertation pluridisciplinaire pour aider le patient. Le recours aux consultations de pathologies professionnelles est peu cité (2 fois chez des médecins qui pratiquaient ce recours déjà auparavant).

Pourtant, l'intérêt de cet échange, entre médecin généraliste et médecin du travail semble évident en raison de leur complémentarité dans le dépistage et la prise en charge et de par l'impact sur l'économie de la santé et de l'entreprise et sur la santé publique (anticipation plus facile des reprises au travail, par exemple, quand elles sont possibles).

Dans la littérature [132], une meilleure communication est effectivement source d'une meilleure connaissance de la situation du patient pour les deux médecins, d'une diminution de la durée des arrêts de travail, d'une meilleure réhabilitation du patient au travail mais aussi d'une meilleure réorientation professionnelle si besoin. La réduction des avis contradictoires et une meilleure coordination sont également citées.

Proposer un cadre, soumettre des idées de prise en charge, comme à travers la campagne de l'APS permet-il aux médecins de réaliser ce qu'ils n'osent pas faire, ou ne prennent pas le temps de faire ? Dans la littérature [130, 131], des idées telles que de mettre à disposition des médecins généralistes des moyens d'identifier le médecin du travail, d'établir des documents de liaison entre médecin généraliste et médecin du travail (avec accord du patient) sont proposés. Des expériences de formation communes [112, 129, 132, 135], sembleraient donner une meilleure collaboration, avec une augmentation des échanges entre les deux protagonistes, soit un changement de comportement.

Alors pourquoi ne pas promouvoir une campagne sur la médecine du travail et ses missions auprès des médecins généralistes et des patients, sous forme de plaquettes remises à ces derniers avec par exemple les coordonnées des médecins locaux ?

CONCLUSION

L'utilisation très satisfaisante de la question « et le travail comment ça va ? », de façon systématique ou orientée en fonction des symptômes, permet l'ouverture du dialogue sur le sujet lors des consultations et permet d'introduire l'outil de Karasek. Ce dernier est réutilisé, de façon non standardisée, à moyen terme après la campagne menée par l'APS.

Il a même été plus réutilisé que ce qui était prévu initialement. Ceci trouve peut-être son origine dans le fait qu'il sert de support à la relation médecin-malade, qu'il est un repère en terme de connaissance des facteurs organisationnels du stress au travail et permet quelques fois une facilité dans la prise en charge.

Ces outils apparaissent donc pertinents en pratique clinique et par conséquent appellent d'autres études incluant la perception de l'outil par les patients mais aussi des études comparatives (groupes témoins, comparaison à d'autres outils d'évaluation du stress au travail).

Des changements de pratiques sont effectifs à travers un abord plus facile de cette souffrance au travail, et à travers des modifications de prise en charge. La performance dans le dépistage, quant à elle, est difficile à évaluer.

Les limites au dépistage, selon les médecins interrogés, sont les conditions d'exercice en médecine générale, la faiblesse des liens entre généralistes et médecins du travail., le manque de formation, et le manque d'outil thérapeutique concernant la souffrance psychique en générale.

Au terme de ce travail, nous proposons des campagnes de sensibilisation sur les rôles de la médecine du travail ; la prise en compte des besoins en formation sur la souffrance psychique et sur les concepts et l'organisation du travail. L'outil de Karasek, issu d'un modèle validé scientifiquement, mérite sans doute d'être plus largement diffusé en médecine générale.

Le rôle de chacun dans ce domaine doit bien évidemment être respecté. Celui du médecin généraliste s'inscrit dans la prévention secondaire et dans l'orientation vers les différents intervenants. Son rôle d'écoute n'est bien sûr pas à sous estimer. La fonction du médecin du travail est primordiale et mérite d'être mise d'avantage en valeur. Il a un rôle dans la prévention primaire et secondaire, mais également de coordination.

Aussi, les médecins généralistes dans leurs évaluations des patients tiennent compte des conditions socio-économiques. Ils se placent parfois en observateur de la société. L'exemple de la souffrance psychique au travail n'est-elle pas l'illustration de la complémentarité des sciences humaines (anthropologie et sociologie) et de la médecine générale ? Comprendre ce qui sous-tend la transformation d'une plainte, d'une douleur en souffrance psychique au travail peut probablement aider le médecin généraliste dans la prise en charge de ses patients. En parallèle, jusqu'où le social, la société doivent-ils s'immiscer dans une consultation de médecine générale ? Jusqu'où et comment la médecine générale peut-elle et doit-elle réparer ce qui incombe à une cause organisationnelle, sociale ? Quelles sont les risques d'une médicalisation à l'excès de ces problèmes ? Le fait de souffrir est-il synonyme de maladie ?

De nombreuses questions peuvent être posées : les réponses sont à envisager dans une relation de proximité entre le médecin généraliste et le sociologue. Ne peut-on pas l'imaginer dans le cadre de FMC ? Aussi, la recherche, à la conjonction de ces deux terrains d'investigation est actuellement au début de son développement, et doit-être encouragée.

BIBLIOGRAPHIE :

- [1] OMS. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 : www.who.int
- [2] OMS. La santé mentale : renforcer notre action. Aide mémoire n° 220-octobre 2010 : www.who.int
- [3] Souffrance www.larousse.fr/dictionnaires/francais
- [4] Thurin JM. Groupe de travail relatif à « l'évolution des métiers en santé mentale: recommandations relatives aux modalités de la prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mentale caractérisé ».DGS 2002, www.psydoc.fr.inserm.f
- [5] Ferrand I, Guillet P, Haut comité de santé publique. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Rennes : Edition ENSP, 2000 : 116p.
- [6] Haxaire C, Richard E, Bail P et al. L'entité souffrance psychique en médecine générale: nommer la discordance et après? Colloque des enseignants de SHS. Lyon : Fév 2006.
- [7] Canguilhem G. Le normal et le pathologique, 11^{ème} édition, Paris : Edition Quadrige, 2009 : 3-157
- [8] Méda D. Le travail. 4^{ème} Ed. Paris : Ed Presse universitaire de France ,2004 : 3-122
- [9] Ferreri M, Légeron P. Travail, stress et adaptation, L'adaptation au travail : contrainte ou fait humain ?. Paris :Edition Elsevier, 2002 : 13-107
- [10] Travail. www.larousse.fr/dictionnaire/francais
- [11] Clot Y. Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris : Edition La découverte, 2010 : 5-188
- [12] Godefroy J-P, Dériot G. Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action. Rapport d'information du Sénat. Paris : Ed. Espace librairie du Sénat, 2010 : 5-91
- [13] Dejours C. Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale, 2^{ème} édition, Paris : Ed. du Seuil, 2009 : 1-218
- [14] Dejours C. Travail : usure mentale, 4^{ème} édition, Paris : Ed. Bayard, 2008 : 3-300
- [15] Pezé M, Soula MC, Sandret N. Souffrance au travail, Stress, épuisement, Harcèlement. Le Concours médical 2008 ; 130(4) : 201-218
- [16] Pezé M. Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés, Journal de la consultation « Souffrance et Travail » Paris : Ed. Pearson Education France, 2008 : 3-214
- [17] Carré J-M., J'ai très mal au travail. Les films Grains de Sable, Edition montparnasse, 120 mn, 2009
- [18] Jahoba M. L'homme a-t-il besoin de travail ?, 1984 in F. Niess, Leben wir zum arbeiten? Die Arbeitswelt im Umbruch, Köln, 1984
- [19] Davoine L. et Méda D., Place et sens du travail en Europe. Une singularité française ?, document de travail pour le centre d'étude de l'emploi, n°96-1, février 2008
- [20] Chouanière D. Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. INRS, Documents pour le Médecin du travail 2006 ; 106 : 169-185.
- [21] INRS. Le stress au travail. www.inrs.fr : 19p.
- [22] Légeron P. Le Stress au travail, 2^{ème} édition, Paris : Ed Odile Jacob, 2009 : 13-376
- [23] Dejours C., L'évaluation du travail à l'épreuve du réel, critique des fondements de l'évaluation, Paris : INRA Editions, 2003 : 3-78
- [24] Nasse P, Légeron P. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Rapport remis à Xavier Bertrand, Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité le mercredi 12 mars 2008. Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000156/>
- [25] Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Manuel d'orientation sur le stress lié au travail. Piment de la vie...ou coup fatal ? Luxembourg, Commission européenne, 2000 : 156p.
- [26] Hirigoyen M.F. Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien, 2^{ème} édition, Paris : Ed. La découverte et Syros, 2008 : 7-243
- [27] Hirigoyen M.F. Le harcèlement moral dans la vie professionnelle, Démêler le vrai du faux, Paris : Ed. La découverte et Syros, 2008 : 7-437
- [28] Hirigoyen MF. Harcèlement moral, une forme particulière de souffrance au travail. La revue du praticien de médecine générale 2007 ; 21(758 /759) : 169-171
- [29] Debout M. Le harcèlement moral au travail. Avis et rapports du Conseil économique et social 41101- 0007. Paris : Conseil économique et social ; 2001 :120p.
- [30] Loi de modernisation sociale. loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002, Code du travail. www.legifrance.gouv.fr
- [31] Charazac V, Davezies P, Choulet P, Lhuillier D, Torrente J, Hirigoyen MF. Le harcèlement moral au travail. Santé mentale, Septembre 2006 ; 110 :26-78
- [32] Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress; 2002 :127p.
- [33] Selye H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. J Clin Endocrinol 1946; 6:117-20
- [34] Selye H. Le stress de la vie. Paris : Edition Gallimard 1956 .
- [35] Brunner EJ, Hemingway H, Walker BR., Page M et al. Adrenocortical, autonomic and inflammatory causes of the metabolic syndrome: nested-case-control study. Circulation . 2002; 106 (21): 2259-65
- [36] Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. BMJ 2006; 332(7540):521-25
- [37] Schnall P, Belkic K, Landsbergis P, Baker D. The workplace and cardiovascular disease. Occup Med: State of the art reviews. 2000; 15(1): 1-334
- [38] Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. BMJ 2002; 325(7377): 1386

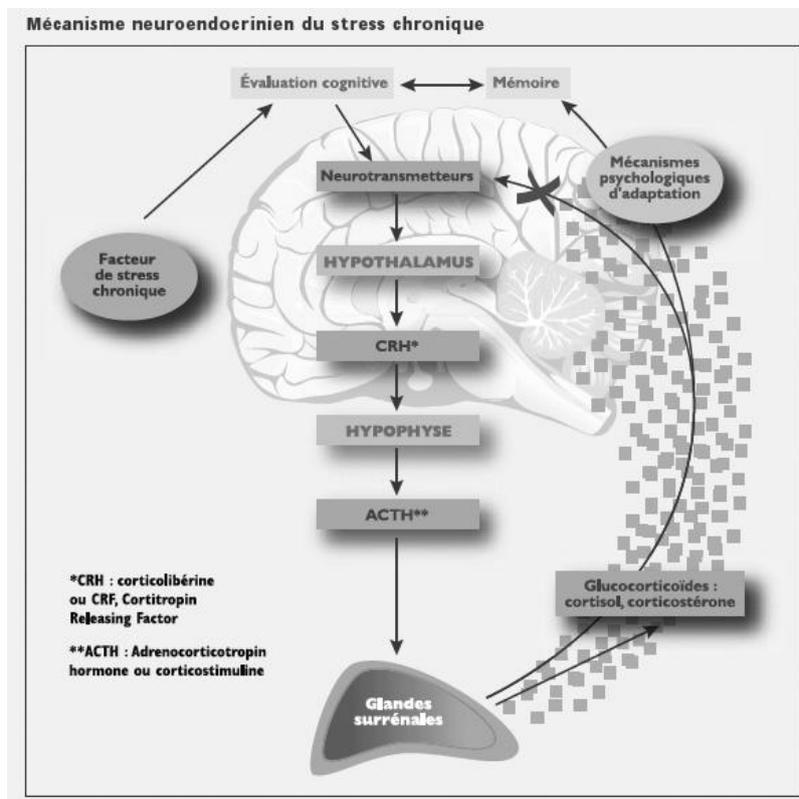
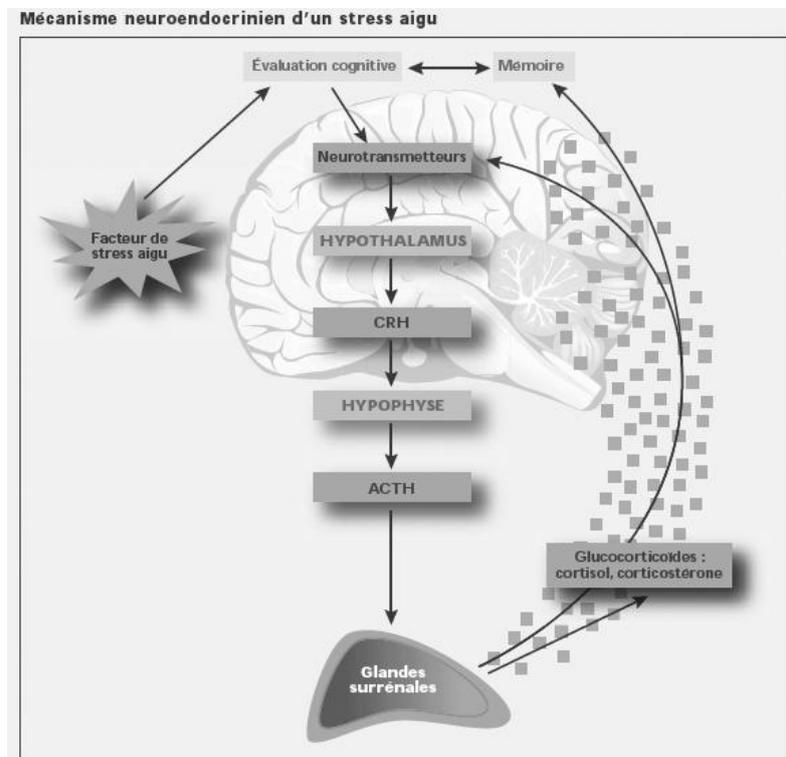
- [39] Niedhammer I, Golberg M, Leclerc A, David S, Bugel I, Landre MF. Psychosocial work environment and cardiovascular risk factors in an occupational cohort in France. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52(2): 93-100
- [40] Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease : prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health* 1981, 71 : 694-705.
- [41] Belkicck KL, Landsbergis PA, Schnall PL, BaKer D. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk ? *Scan J Work Environ Health* 2004; (30)2: 85-128
- [42] Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Jarvinen L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Med.* 2003; 60:779-83.
- [43] Bauman F. Burn out, quand le travail rend malade. Paris : Edition J. Lyon, 2006: 308p
- [44] Pezet-Langevin V. Le burnout, conséquence possible du stress au travail. In NEBOIT M., VEZINA M, Santé au travail et santé psychique. Collection travail et activité humaine. Toulouse : Ocyarès Edition. 2002 : 99-109.
- [45] Truchot D. Epuïsmement professionnel et burnout, concepts, modèles, interventions. Paris : Ed. Bunod, 2004 : 265p
- [46] Mini-DSM-IV-TR, Critères diagnostiques. Paris : Edition Masson 2004 : p 215
- [47] Niedhammer I. Violence psychologique au travail et santé mentale : résultats d'une enquête transversale en population salariée en région Paca, France, 2004. *INVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Juin 2009 ; 25-26 : 271-275
- [48] -Niedhammer I, David S, Degioannis S. Développement et validation de la version française du « Leymann Inventory of Psychological Terror ». *Revue Epidémiologique et de Santé publique* 2006 ; 54, 3 : 245-262
- [49] Niedhammer I, Golberg M., Leclerc A., Buger I. Et AL. Psychological factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel Cohort. *Scan J WORK Environ Health* 1998; 24(3):197-205.
- [50] Cohidon C, Imbernon E. Santé mentale et travail, de la connaissance à la surveillance. *INVS, Bulletin Epidémiologique hebdomadaire*, Juin 2009 ; 25-26: 259-261
- [51] Santin G, Cohidon C, Golberg M, Imbernon E. Emploi atypique et troubles dépressifs en France à partir de l'enquête décennale santé 2003. *INVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Février 2010 ; 7 : 57-60
- [52] Netterstrøm B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R, Stansfeld S. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol Rev.* 2008;30:118-32.
- [53] Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med.* 2008;65(7):438-45.
- [54] Siegrist J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 2008 [Suppl 5]:115-9.
- [55] Dragano N, He Y, Meobus S, Jöckel KH, Erbel R, Siegrist J for the Heinz Nixdorf Recall Study. Two models of job stress and depressive symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008; 43:72-8.
- [56] Gournay M, Laniece F, Kryvenac I. Etudes des suicides liés au travail en Basse-Normandie. *Travailler* 2004 ;12.
- [57] Santin G, Cohidon C, Geoffroy-Perez B. Suicides et activités professionnelles en France : premier état des lieux à partir du baromètre 2005 de l'Inpes et du programme Cosmop de l'Invs. *INVS, Santé mentale et Travail* 2009 : p6
- [58] Dejours C. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation.
- [59] AUBERT N. Perte de sens, perte de soi : Souffrance extrême et suicides au travail", in GIUST-DESPRAIRIES F., DE GAULEJAC V. (eds), *La subjectivité à l'épreuve du social : Hommage à Jacqueline Barus-Michel*, Changement social, L'Harmattan 2009 : 159-171.
- [60] Jehel L, Domont A, Rouillon F. L'autopsie psychologique, un outil d'analyse des facteurs de compréhension du suicide en milieu de travail, un projet pilote dans la fonction publique d'Etat. *INVS, Santé mentale et Travail* 2009 : p7
- [61] Uehata T. Long working hours and occupational stress-related cardiovascular attacks among middle-aged workers in Japan. *Hum Ergol*, Tokyo medline, 1991.
- [62] Park J, Cho S, Yi Kh. Unexpected natural death among Korean workers. *Journal of Occupational health* 1999; 41(4): 238-243
- [63] INRS. Les troubles musculo-squelettiques. www.inrs.fr
- [64] Hoogendoorn WE, Van Poppel M.N, Bongers P.M, Koes B.W et AL. Systematic review of psychosocial factors for back pain. *Spine* 2000; 25 (16): 2214-25
- [65] Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implication for job redesign. *Administrative Science Quaterly*, 1979: 285-308
- [66] Karasek R, Theorell T, Schwartz JE, Schnall PL, Pieper CF, Michela JL. Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). *American Journal of Public Health* 1988 ; 78 : 910-918.
- [67] Questionnaire de Karasek, version française validée. <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Qsumer021.pdf>
- [68] Chouanière D. Dépister ou diagnostiquer les risques psychosociaux : quels outils ? . *INVS, Bulletin Epidémiologique hebdomadaire*, Juin 2009 ; 25-26 :261-264
- [69] Guignon N, Niedhammer I, Sandret N. Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. *Documents pour le médecin du travail* 2008 ; 115(3) : 389-398
- [70] Niedhammer I. Psychometric properties of the french version of the KARASEK Job Content Questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support and physical demands in the Gazel Cohort. *Int Arch Occup Environ Health* 2002 ;75(3) : 129-44.
- [71] Niedhammer I, Chastang JF, Gendrey L, David S et AL. Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « job strain ». *Questionnaire de Karasek : résultats de l'enquête nationale Sumer. Santé Publique* 2006 : 3(18) : 413-427
- [72] Niedhammer I, Chastang JF, Levy D, David S, Degioanni S. Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer. *Travailler* 2007;17:47-70.

- [73] Sultan-Taïeb H, Lejeune C, Niedhammer I. Fractions attribuables aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek : tentative d'évaluation pour des pathologies mentales et physiques en France en 2003. INVS, Santé mentale et Travail 2009 ;p 5
- [74] Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease : a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. American Journal of Public Health 1988;78:1336-1342.
- [75] Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology 1996; 1: 27-41
- [76] Niedhammer I., Siegrist J., Landre M.F., Golberg M. Et al. Etudes des qualités psychométriques de la version française du modèle de déséquilibre de Efforts/Récompenses. Rev Epidémiol. Santé Publ. 2000 ;48(5) :419-37.
- [77] Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Soc Sci Med. 2004;58:1483-99.
- [78] Buschak, Résultats de la quatrième enquête européenne sur les conditions de travail, réalisée fin 2005, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, 27-06-06
- [79] Eurostats, statistics in focus, 2009.
- [80] EUROGIP. Risques psychosociaux au travail : une problématique européenne. www.eurogip.fr, 2010 3ième trimestre; 47-F : 1-20
- [81] Ministère chargé du Travail auprès de la population active. Enquêtes SUMER 2003 et « conditions de travail » 2005.www.travail.gouv.fr.
- [82] Cohidon C, Arnaudo B, Murcia M, et le comité de pilotage Centre. Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France. INVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Juin 2009 ;25-26 :265-269
- [83]www.sistepaca.org- système d'information en santé, travail et environnement Provence-Alpes-Cotes d'Azur- Conduite à tenir devant une souffrance morale au travail.
- [84]Valenty M, Chevalier A, Homere J, Le Naour C, Mevel M, Touranchet A, Imbernon E, et le réseau MCP. Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France. Bull Epidemiol Hebd. 2008;32;281-4.
- [85] Pezè M, Dubré JY, Guiho-BaillyMP, Cuignet P, Le Gurudec A, Daubas-Letourneux V. Synthèse de la table ronde « Souffrance psychique au travail ». Conférence régionale de la Santé des Pays de la Loire, vendredi 27 Novembre 2009, Nantes ; 6p
- [86] Sérazin C, Chiron E, Touranchet A, Tassy V, Valenty M. Les maladies à caractère professionnel (MCP) dans les Pays de la Loire – Résultats 2007 et évolution depuis 2003. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, avril 2010, 6 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr
- [87] Trontin C, Lassagne M, Boini S, Rinat S. Le coût du stress professionnel en France en 2007. www.inrs.fr ,2010 : 6p.
- [88] Milczarek M, Schneider E, Rial González E. OSH in figures: stress at work- facts and figures. European Agency for Safety and Health at work 2010; ISSN 830-5946: 143p
- [89] Dériot G. Rapport Sénat n° 90, tome 6, fait au nom de la commission des affaires sociales, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. www.Risquesprofessionnels.ameli.fr
- [90] Plan Santé au Travail 2010-2014 www.santé.gouv
- [91] www.atouSante.com/ la santé au travail/missions du médecin du travail
- [92] www.travail-emploi-sante.gouv.fr/informations pratiques/fiches pratiques/sante/conditions de travail
- [93] Chouanière D, Langevin V, Guibert A. Stress au travail. Les étapes d'une démarche de prévention. 2^{ème} Ed: INRS. 2009 :34p.
- [94] INRS. Dépister les risques psychosociaux. Des indicateurs pour vous guider. INRS, ED 6012. Paris : INRS, 2010;47 p.
- [95] INRS. Stress au travail. Les étapes d'une démarche de prévention. Repères pour le préventeur. INRS, ED 6011. Paris : INRS, 2007;31p.
- [96] Bondéelle A, Chouanière D, Brasseur G, Delemotte H.Dossier. Face au stress : les préventeurs se mobilisent. Travail Sécurité. 2004 ; 640 : 20-39
- [97] Vézina M, Bourbonnais R, Brisson C, Trudel L. La mise en visibilité des problèmes de santé liés à l'organisation du travail. In : Brun JP et Fournier P S (Eds). La santé et la sécurité du travail : problématiques en émergence et stratégies d'intervention. Collection santé et sécurité du travail. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2008 ; pp 11-26.
- [98] Bayeux-Dunglas MC, Ganem Y, Lafon D, Siano B. Le stress au travail, une réalité. Quelle prévention, quels acteurs, quels outils ?. Hygiène et sécurité du Travail, Cahiers de notes documentaire 2007 ; 207(12) : 20p
- [99] Brun JP, Biron C, Saint-Hilaire F. Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail. Chaire de gestion de la Santé et de la sécurité du travail ; www.irsst. 2009 : 76p
- [100] www.legifrance.gouv.fr/code_du_travail/ ArticleL.230-2
- [101] Société européenne de Médecine générale- Médecine de famille(WONCA). La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille, 2002 : 52p, www.woncaeurope.org
- [102] Vannotti M. Modèle bio-médical et modèle bio-psycho-social, cerfasy cours-on-line : 8p
- [103] Haxaire C, Richard E, Dumitru- Lahaye C.Représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes (Bretagne Occidentale). Programme sciences bio-médicale santé et société CNRS- INSERM-MIRE-DRESS, 2006,
- [104] Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, Souffrance psychique et médecine générale. Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris :Ed. Scientifiques et médicales Elsevier 2002 : 37-956-A20 : 6p
- [105] Grenier-Pezè M, Sandret N. Souffrance au travail, que faire ? Rev Prat MG 2007 ;21 :1037-38

- [106] Pezè M, Soula MC. Harcèlement au travail : l'interrompre en urgence. Rev Prat MG 2001 ;15 :973-78.
- [107] Ferrey G. Le harcèlement moral au travail . Concours Méd. 2004 ; 126(18) : 1025-28
- [108] Grenier Peze M, Soula MC, Bouaziz P., La Maltraitance dans les relations de travail. Concours Méd. 2001 ; 123(30) : 2013-16
- [109] Le Bigot S., Le médecin et le harcèlement moral. Concours Méd. 2005 ; 127(15) : 848-50
- [110] Mercier P. Le généraliste face à la souffrance morale au travail. La Revue du Praticien, médecine générale 2003 ; 17(626) : 1255-1256
- [111] INSERM. Prise en charge de la souffrance morale au travail : les généralistes en première ligne. La lettre INSERM des médecins généralistes ,Octobre 2009, www.lettremedecinsgeneralistes.inserm.fr
- [112] Souville M, Cabut S, Viau A, Iarmarcovai G, Arnaud S, Verger P. General practitioners and patients with psychological stress at work. J Occup Rehabil 2009 Sep;19(3):256-263
- [113] ORS. La santé observée en Pays de la Loire, médecins généralistes libéraux, 2010 ; 3p
- [114] Peuziat S., Prise en charge de la souffrance psychique au travail par les médecins généralistes : enquête auprès de 105 médecins généralistes du Finistère., in thèse de médecine. 2009, Université de Brest-Bretagne occidentale.
- [115] Habert M. Aspect spécifique de la souffrance morale liée aux conditions de travail :enquête en vue d'une réflexion sur une prise en charge par le médecin généraliste., in thèse de médecine. 2006, Université Paris VI Pierre et Marie Curie, UFR Saint- Antoine.
- [116] Torres C. Epidémiologie et clinique médicale du travail : le pari du programme Samotrace, France. INVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Juin 2009 ; 25-26 : 269-271
- [117] Dômont A. Questionnement sur l'évaluation des relations santé et travail, a propos du stress au travail. Santé publique- Santé au travail, Université René Descartes Paris V 2009 ; 25p.
- [118] www.udimec.fr, les différents types de questionnaires
- [119] Tabanelli MC, Depolo M, Cooke RMT, Sarchielli G, Bonfiglioli R, Mattioli S, Violante F. Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment. Int Arch Occup Environ Health. 2008;82:1-12.
- [120] Bataillon R, Samzun JL, Levasseur G. Comment améliorer la prévention en médecine générale ?. La Revue du Praticien Médecine générale 2006 ; 20(750/751) : 1313-1316
- [121] Postel-Vinay N, Peytour P, Bourez T. Mission prévention : Quels moyens pour le médecin généraliste ?. Atelier 4, Congrès national de la médecine générale, Tour 2008.
- [122] Despres P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Drees Etudes et résultats, 2010; 731 : 8p
- [123] Jamil H, Campbell-Voytal K, Arnetz J. Perceptions of training in Occupational and Environmental Medicine Among Family Medicine Residents. JOEM 2010; 52(2): 202-206
- [124] Lecadet J, Vidal P, Boris P, Valliet N, Fender P, Alemand A.. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Revue médicale de l'Assurance Maladie 2003 ; 34 n°4 : 1-20
- [125] Semaan W, Hergueta T, Bloch J, Charpak Y, Duburcq A, Leguern ME, Alquier C, RouillonF. Etude transversale de la prévalence du trouble de l'adaptation avec anxiété en médecine générale. L'Encéphale 2001 ; XXIV : 238-44
- [126] www.omg.sfmfg.org
- [127] Torrente J. Le psychiatre et le travailleur. Rueil-Malmaison : Doin,2004.
- [128] Bohn I. L'évaluation de la collaboration psychiatre / médecin traitant.. Rev Prat Med Gen 2007;21:511-4.
- [129] Beaumont DG. The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: a Delphi study. Occupational Medicine 2003; 53: 249-253
- [130] Farr P, De Brouwer C, Thimpont J. Les relations entre le médecin du travail et le médecin généraliste. Rev Med Brux 2009 Sep;30(4):304-308
- [131] Buijs P, Van Amstel R, Van Dijk. Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. Occup. Environ. Med. 1999 ;56 : 709-713
- [132] Buijs P, Weel A, Nauta N, Anema H, Schoonheim P, Helsloot SM. Teaching general practitioners and occupational physicians to cooperate: Joint training to provide better care for European workers. European Journal of General Practice, 2009; 15: 125-127
- [133] Duhot D. Sociologie et anthropologie, quels apports pour la médecine générale. SFMG, 2007 ; 64 :5-47
- [134] HAS. Le dossier médical en santé au travail. Synthèse des recommandations, www.has.fr, 2009 : 4p
- [135] Nauta N, Weel A, Overzier P, Von Grumbkow J. The effects of a joint vocational training programme for general practitioner and occupational health trainees. Medical Education 2006; 40: 980-986

ANNEXES :

1- Mécanismes physiologique du stress



Documents issus de « Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention » [20].

2-Le modèle de Karasek et le calcul des scores

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

QUANTITÉ - RAPIDITÉ

- ♦ Q10 - Mon travail me demande de travailler très vite
- ♦ Q12 - On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive
- ♦ Q13 - Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail

COMPLEXITÉ - INTENSITÉ

- ♦ Q14 - Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes
- ♦ Q11 - Mon travail me demande de travailler intensément
- ♦ Q15 - Mon travail demande de longues périodes de concentration intense

MORCELLEMENT - PRÉVISIBILITÉ

- ♦ Q16 - Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard
- ♦ Q17 - Mon travail est très bousculé
- ♦ Q18 - Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail

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

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

LATITUDE OU MARGES DE MANŒUVRE

- ♦ Q4 - Mon travail me permet de prendre souvent des décisions moi-même
- ♦ Q6 - Dans ma tâche j'ai très peu de libertés pour décider comment je fais mon travail
- ♦ Q8 - J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail

UTILISATION ACTUELLE DES COMPÉTENCES

- ♦ Q2 - Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives
- ♦ Q5 - Mon travail demande un haut niveau de compétence
- ♦ Q7 - Dans mon travail, j'ai des activités variées

DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

- ♦ Q1 - Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles
- ♦ Q3 - Mon travail me demande d'être créatif
- ♦ Q9 - J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles

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

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

LE SOUTIEN PROFESSIONNEL

- par les supérieurs:

- ♦ Q22 - Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés
 - ♦ Q21 - Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien
- par les collègues:*
- ♦ Q23 - Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents
 - ♦ Q26 - Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien

LE SOUTIEN ÉMOTIONNEL

- par les supérieurs:

- ♦ Q20 - Mon supérieur prête attention à ce que je dis
- ♦ Q19 - Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés

- par les collègues:

- ♦ Q25 - Les collègues avec qui je travaille sont amicaux
- ♦ Q24 - Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt

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

«Job strain» et «isostrain»

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

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

Une étude a évalué les qualités psychométriques de cette version française du questionnaire et l'a validée d'un point de vue statistique [6]. L'enquête Sumer permet donc de disposer d'une base de données pertinentes sur les facteurs psychosociaux en France, permettant des comparaisons y compris au niveau international.

Une étude statistique transversale comme Sumer ne peut pas répondre à la question de savoir si des «difficultés psychologiques» altéreraient la perception de certains salariés sur leurs charges psychologiques et sur leurs marges de manœuvre au travail.

Par contre, des études longitudinales apportent des réponses à cette question. Si on entend par «difficultés psychologiques» des traits de personnalité, des études épidémiologiques ont montré qu'en prenant en compte des facteurs relatifs à la personnalité, les associations entre facteurs psychosociaux au travail et les indicateurs de santé étaient inchangés [7].

Des études prospectives ont montré les effets prédictifs des facteurs psychosociaux au travail sur le développement d'une symptomatologie anxio-dépressive chez des salariés qui y sont exposés [8].

D'après « Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003 » [69].

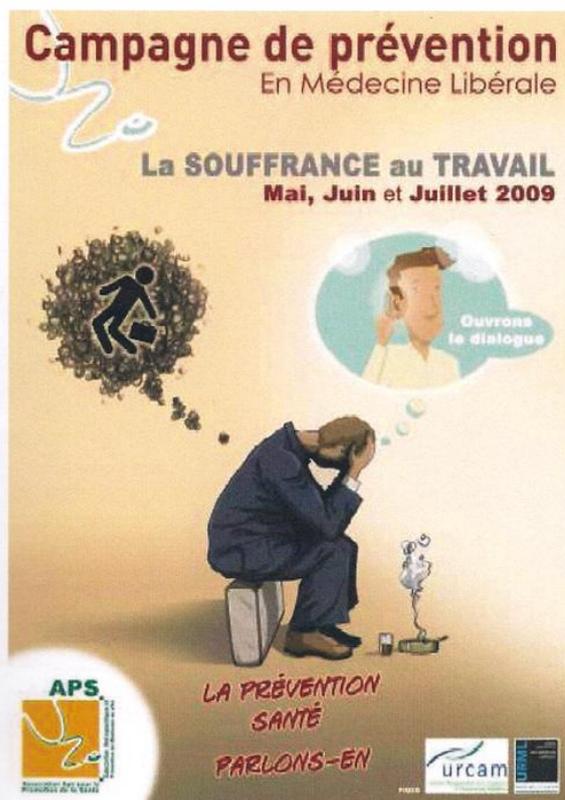
3- Plaquette de présentation de la campagne menée par l'APS



Nom du médecin :

Courriel :

Campagne de dépistage de la souffrance au travail Mai, juin et juillet 2009



CAHIER A SOUCHES

-  Mode d'emploi
-  Précisions (*page dépliant*)
-  Dépistage
-  Questionnaire de satisfaction
-  Références bibliographiques

APS -7 bis rue Bergère – 44000 NANTES - Tel : 02 40 99 22 34

Pour cela, vous avez à votre disposition, les documents suivants :

- Ce document qui sert de mode d'emploi à la campagne
- Deux affiches thématiques pour la salle d'attente
- Un cahier à souches

Contacts :

Agir pour la Promotion de la Santé (APS)
Patrick Le Vaillant, médecin généraliste coordinateur de l'association
Sabrina Lechevallier, chargée de mission de APS
Tel : 02 40 99 22 34 / Fax : 02 40 99 22 24
Courriel : aps-info@wanadoo.fr

Vous serez destinataire...
d'une synthèse de l'évaluation de la campagne

Vous avez signé la charte

« Agir ensemble en prévention en exercice libéral »

Mode d'emploi

Campagne de dépistage de la souffrance au travail

Selon le modèle de Karasek*

Mai, juin et juillet 2009



Job strain model » Karasek 1979

... NOUS VOUS PROPOSONS...

de préparer votre salle d'attente

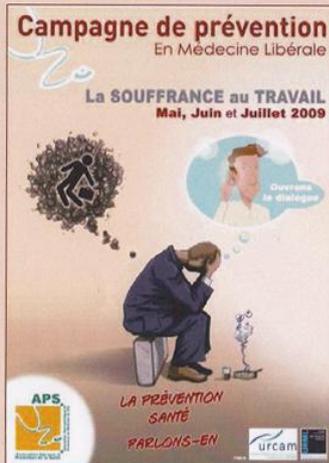
de poursuivre votre action

→ Juste avant le début de la campagne

20 min

En posant l'affiche thématique sur votre mur

10 min



1- Proposer au patient d'échanger sur le travail en posant une question du type :

« Et le travail comment ça va ? »

☞ S'aider d'une échelle analogique de 0 à 10.

2- Explorer les 4 indicateurs de la souffrance au travail (cf document ci-joint) : Autonomie/Soutien social/Reconnaissance/Charge mentale à l'aide de propositions à réponse binaire (oui ou non).

3- Décider la prise en charge à effectuer (en cochant les solutions choisies)

de terminer par l'évaluation...

→ Juste après les trois mois...

20 min

1- Remplir le questionnaire de satisfaction et le renvoyer à APS au plus tard le

3 août 2009

Public ciblé : Patients ayant des symptômes d'états dépressifs, d'anxiété ou de stress...



Âge :
Sexe :

Cible : Patients symptomatiques
Document 1 sur page dépliante

☞ **Et au travail comment ça va ?**



↳ Le patient exprime une souffrance au travail Oui Non

☞ **4 éléments pour aller plus loin** (cf doc2 sur page dépliante)

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



Souffrance au travail
Prise(s) en charge

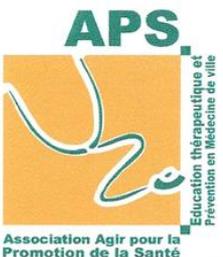
Merci de cocher la ou les prises en charge que vous allez décider avec le patient :

- Contacter le médecin du travail +++ avec l'accord du patient
- Ecouter le patient, c'est agir
- Proposer de le revoir
- Rechercher avec le patient, les soutiens social, familial, professionnel, syndical..
- Prescrire un arrêt de travail (**Proscrire le mot « harcèlement » sur un certificat**)
- Prise en charge médicale
- Autres :

☞ Lesquelles ?

Des choses à dire :

4-Résultats de la campagne menée par l'APS

  	AGIR ENSEMBLE POUR LA PROMOTION DE LA SANTE
	APS 7 bis rue Bergère - 44000 Nantes Tel : 02 40 99 22 34 – Fax : 02 40 99 22 24 aps-info@wanadoo.fr

RESULTATS ET COMMENTAIRES DE LA CAMPAGNE DE DEPISTAGE DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL MAI à AOUT 2009

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. L'OUTIL DE DEPISTAGE.....	3
1.1 Le modèle de Karasek	3
1.2 Méthode	3
2. RESULTATS	5
2.1 Les patients.....	5
2.1.1 Analyse par tranche d'âge.....	5
2.1.2 Les 4 items de Karasek.....	5
2.2 Les médecins.....	6
2.2.1 Prises en charge retenues par les médecins.....	6
2.2.2 Questionnaire de satisfaction.....	6
2.2.2.1 Partie 1 : Appréciation de la campagne (échelle de 1 à 4).....	7
2.2.2.2 Partie 2 : Comment améliorer la campagne ?	7
2.2.2.3 Les points positifs de la campagne cités par les médecins.....	8
2.2.2.4 Les points négatifs de la campagne cités par les médecins.....	8
2.2.2.5 Note sur 20 donnée par chaque médecin.....	8
2.2.2.6 Si j'avais su que c'était cela, et si c'était à refaire.....	9
2.2.2.7 Utilisation de l'outil après la campagne.....	9
CONCLUSION.....	9

(Patrick Le Vaillant, Sabrina Lechevallier, Nathalie Grossard)



Agir ensemble pour la Promotion de la Santé

Campagne de dépistage de la souffrance au travail
Mai à août 2009

1. L'OUTIL DE DEPISTAGE

1.1 Le modèle de Karasek

Objectif de la campagne : Dépister des patients (50 fiches patient mises à disposition) qui sont en souffrance au travail et les prendre en charge.

Cible : Patients ayant des symptômes d'états dépressifs, d'anxiété ou de stress.

Démarche proposée au médecin généraliste :

1. Proposer au patient d'échanger sur le travail en posant la question : « *Et au travail comment ça va ?* ». Pour aider à la réponse, nous avons proposé une échelle de 0 à 10. Le médecin généraliste peut de ce fait dire si le patient exprime ou non une souffrance au travail.
2. Explorer les 4 indicateurs de la souffrance au travail (Autonomie/Soutien social/Reconnaissance/Charge mentale) à l'aide de phrases où le patient a 4 possibilités de réponse : je ne suis pas du tout d'accord / Je suis plutôt pas d'accord / Je suis plutôt d'accord / Je suis tout à fait d'accord.
3. Proposer une prise en charge.

1.2 Méthode

Pour cette campagne, nous avons contacté **331 médecins généralistes** installés essentiellement en Loire Atlantique, en Vendée mais aussi dans le Maine et Loire.

Dans un premier temps, nous vous avons adressé les documents suivants :

- Une plaquette générale, intitulée « **Soutenir l'action des professionnels de santé souhaitant enrichir leurs pratiques de prévention** » (seulement pour ceux n'ayant participé à aucune campagne).
- Le mode d'emploi de la campagne
- Une lettre récapitulant les raisons du choix du thème et la procédure à suivre.
- Une charte à nous renvoyer signée, en cas d'accord pour participer à cette démarche.

57 médecins ont signé la charte d'engagement soit 17% des médecins contactés.

51 médecins ont renvoyé leur cahier à souches. Le dernier nous est parvenu début octobre.

Cette onzième campagne s'est déroulée sur les mois de mai à août 2009 avec la possibilité d'extension d'un mois suite au retour de vacances. La date limite étant finalement fixée au 1^{er} octobre.



Agir ensemble pour la Promotion de la Santé

Campagne de dépistage de la souffrance au travail Mai à août 2009

Les résultats découlent du remplissage d'un **cahier à souches** par chaque médecin concerné par la campagne de prévention.

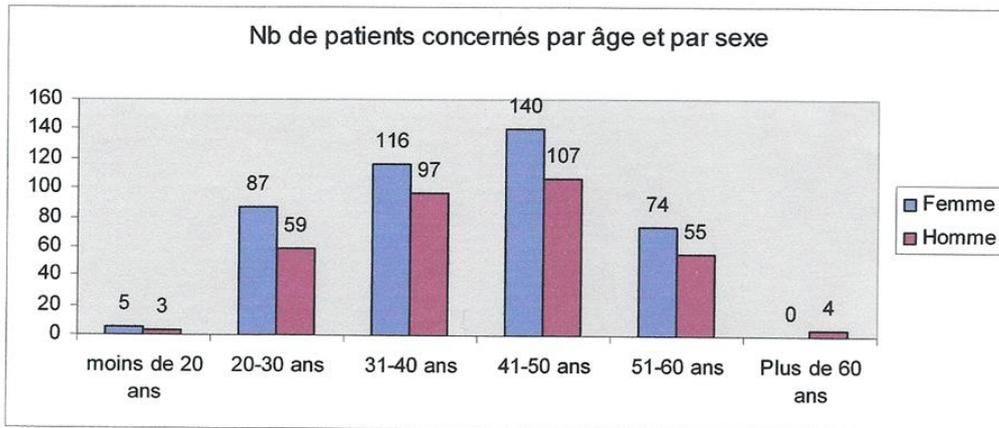
Le cahier à souches est le document de référence que le soignant doit remplir et renvoyer à l'association APS en fin de campagne.

Il est organisé en **5 parties** :

- * Mode d'emploi de la campagne
- * Précisions pour la campagne
- * Le dépistage à l'aide de fiches patient
- * Un questionnaire de satisfaction à remplir
- * Des références bibliographiques

☛ **756 patients** ont répondu au test.

☛ La répartition des patients en fonction de leur âge et de leur sexe se dessine comme suit :



Sur 9 fiches patients, le sexe n'était pas renseigné.

Remarque : Dans les résultats qui suivent, les moins de 20 ans et les plus de 60 ans ne seront pas pris en compte en raison du nombre très faible de patients concernés.



Agir ensemble pour la Promotion de la Santé

Campagne de dépistage de la souffrance au travail
Mai à août 2009

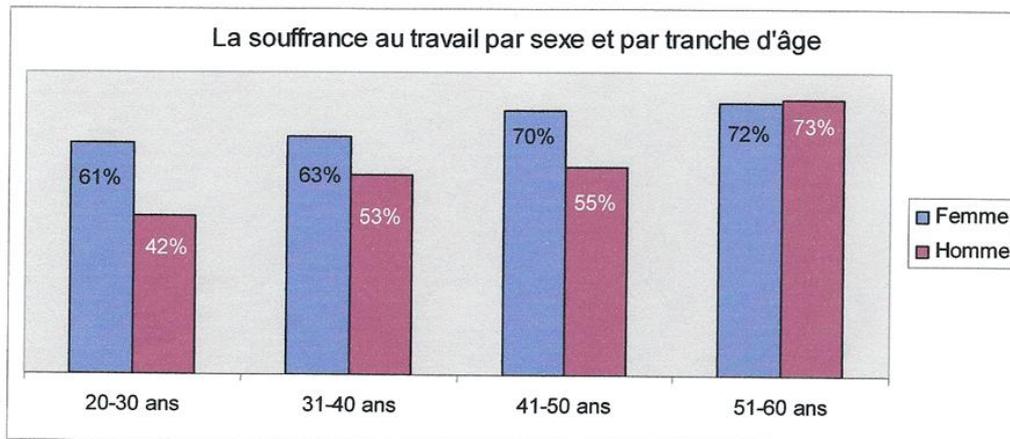
2. RESULTATS

2.1 Les patients

A la question « Et au travail, comment ça va ? » (Réponse donnée sur une échelle de 0 à 10), le curseur a été placé en moyenne sur **3,9** (4 pour les femmes et 3,8 pour les hommes) par les patients souffrant au travail.

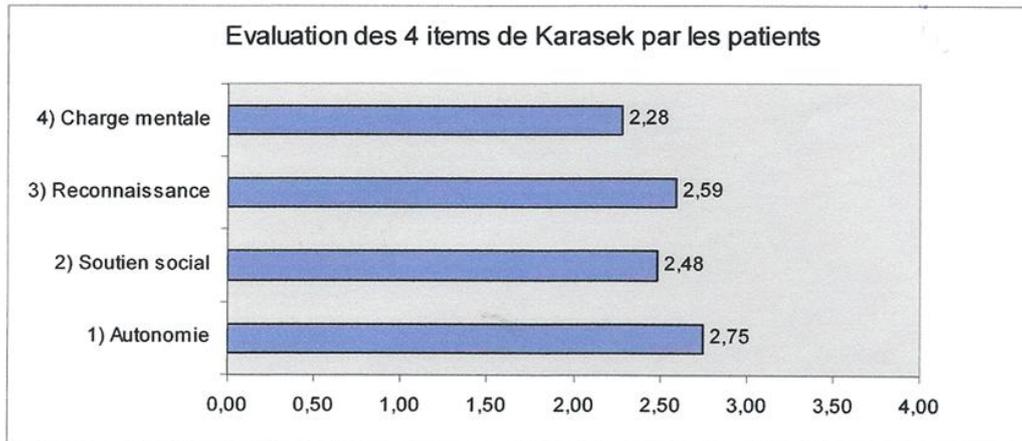
Il y a souffrance au travail pour **62% des patients symptomatiques d'un « mal être »** (**67 % des femmes** et **55 % des hommes**).

2.1.1 Analyse par tranche d'âge



2.1.2 Les 4 items de Karasek

Pour chacun des items, le patient avait 4 choix possibles : être pas du tout d'accord / être plutôt pas d'accord / être plutôt d'accord / être tout à fait d'accord. L'abord de ces questions étant destiné à faciliter l'expression du patient sur le vécu de son travail, à reconnaître et prendre en compte sa souffrance par le médecin.



2.2 Les médecins

756 tests ont été réalisés par **51 médecins**.

En moyenne, **16 tests** sur 50, ont été remplis.

Nous avons bien précisé que le but de cette campagne n'était pas de remplir absolument les 50 fiches mais de les utiliser lorsque l'occasion se présentait de façon à évaluer si ce modèle pouvait être un outil de consultation utile. Tout en prenant conscience que l'appropriation d'un outil nécessite un apprentissage minimum.

2.2.1 Prises en charge retenues par les médecins

	Patients concernés
Contacter le médecin du travail	20%
Ecouter le patient, c'est agir	58%
Proposer de le revoir	40%
Rechercher avec le patient, les soutiens (social, familial, professionnel, syndical..)	30%
Prescrire un arrêt de travail	22%
Prendre en charge médicalement	27%

2.2.2 Questionnaire de satisfaction

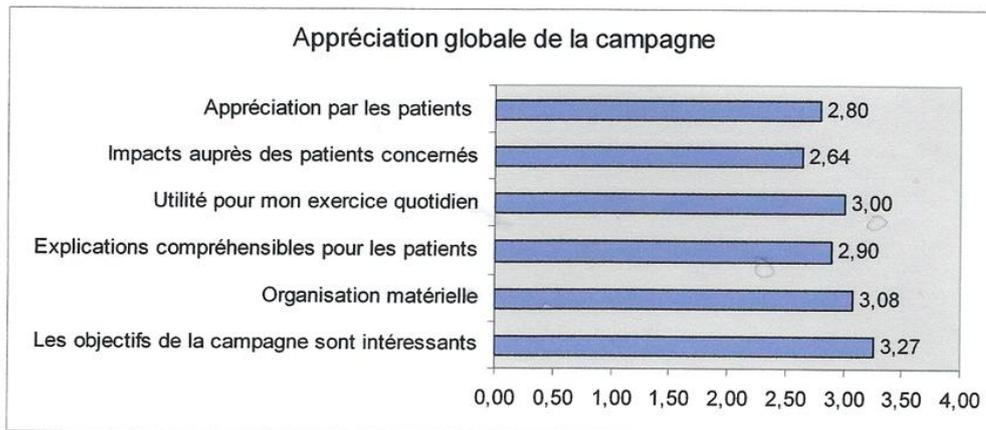
Tous les médecins ont rempli le questionnaire de satisfaction.



Agir ensemble pour la Promotion de la Santé

Campagne de dépistage de la souffrance au travail Mai à août 2009

2.2.2.1 Partie 1 : Appréciation de la campagne (échelle de 1 à 4)



2.2.2.2 Partie 2 : Comment améliorer la campagne ?

2.2.2.2.1 Commentaires sur le thème de la campagne et les outils utilisés

2.2.2.2.1.1 Sur le thème et l'outil

Les items de Karasek sont plutôt longs, pas très pratiques et pas toujours faciles à utiliser (**cité 6 fois**)

Allonger la durée de la campagne (période de vacances) (**cité 2 fois**)

Cité 1 fois :

- Rencontre de groupe avant le démarrage de la campagne
- Patient peu sensibilisé car période de vacances
- Rendre l'outil plus compréhensible par les patients
- Faire une différence entre les salariés et les autres
- Imprécision du thème « soutien social »
- On connaît déjà ceux qui souffrent et on sait pourquoi
- Thème à la mode mais l'outil paraît peu adapté

2.2.2.2.1.2 Sur les supports

Donner un support au patient ou mettre des dépliants en libre service dans la salle d'attente pour en discuter ensuite avec le patient (**cité 4 fois**)

Eviter les erreurs de frappe (**cité 2 fois**)

Trop de fiches patient dans le cahier à souches (**cité 1 fois**)



Agir ensemble pour la Promotion de la Santé

Campagne de dépistage de la souffrance au travail
Mai à août 2009

2.2.2.3 Les points positifs de la campagne cités par les médecins

Aborder la souffrance au travail (de manière systématique) (cité 14 fois)

Faire parler le patient sur son travail et l'écouter (cité 6 fois)

Outil intéressant pour décortiquer la souffrance au travail (cité 5 fois)

Facilité du test (cité 4 fois)

Met en évidence le rôle du travail dans la genèse de nombreuses pathologies (cité 3 fois)

Cité 2 fois :

- Echelle visuelle de satisfaction
- Permet de mieux analyser la place du patient dans son milieu professionnel

Cité 1 fois :

- Appels de l'APS pour recadrer
- Dépistage de la souffrance au travail chez des personnes anxieuses non soupçonnées par elle-même (surtout charge mentale)
- Le patient comprend qu'il y a un lien entre son médecin généraliste et le médecin du travail
- Impliquer le médecin du travail dans la prise en charge

2.2.2.4 Les points négatifs de la campagne cités par les médecins

Chronophage (cité 5 fois)

Période pas la plus propice (cité 4 fois)

Questions peu compréhensibles par les patients (cité 3 fois)

Cité 2 fois :

- Concerne peu de patients
- Difficile à proposer une solution voire même une ébauche de solution en cas de réel problème au travail Pas de suivi, ni d'évaluation
- Réticence des patients à prendre contact avec le médecin du travail
- Peu de patient en parle

Cité 1 fois :

- Le questionnaire ne permet pas toujours d'objectiver l'intensité de la souffrance au travail
- Praticien pas assez stimulé et soutenu lors de la campagne

2.2.2.5 Note sur 20 donnée par chaque médecin

La moyenne des notes est de 13/20

La moins bonne note est de 4/20

La meilleure note est de 20 /20

	Agir ensemble pour la Promotion de la Santé
	Campagne de dépistage de la souffrance au travail Mai à août 2009

2.2.2.6 Si j'avais su que c'était cela, et si c'était à refaire...

- **33 (65%)** referaient la campagne sans problème.
- **10 (19%)** demandent à réfléchir.
- **4 (8%)** ne feraient pas la campagne
- **4 (8%)** ne se prononcent pas

2.2.2.7 Utilisation de l'outil après la campagne

- **27 (53%)** continueront d'utiliser l'outil dans leur pratique
- **16 (31%)** ne continueront pas
- **8 (16%)** ne se prononcent pas

CONCLUSION

L'organisation de cette campagne était une réponse à une demande de certains d'entre vous. La souffrance au travail est une réalité ancienne, particulièrement médiatisée actuellement pour les raisons que vous connaissez tous. Cela peut être une bonne chose si elle débouche sur une prise de conscience durable du problème par tous les acteurs concernés. Les médecins généralistes en font partie. Cette campagne, si elle n'a pas valeur d'étude, est une photographie de ce qui se passe chez des médecins traitants sur une période donnée.

62% des patients consultant pour des signes de « mal être » les mettent sur le compte d'une souffrance au travail. Ce résultat est en conformité avec le rapport européen de 2000 sur les conditions de travail en Europe qui révélait que 60% des travailleurs estiment que leur travail affecte leur santé.

Les médecins traitants n'ont pas, seuls, la solution au problème de la souffrance au travail mais se donner les moyens de la repérer et de la prendre en compte est une compétence du généraliste. Le modèle de Karasek semble être un outil intéressant pour atteindre cet objectif.

Quant à la prise en charge, je livre à votre réflexion la constatation que dans 80% des cas, le médecin du travail n'est pas contacté quand il est constaté qu'un patient souffre au travail.

Ps : Nous joignons à ce courrier les références bibliographiques et le modèle de Karasek à ceux qui ne les ont pas gardés. A toutes fins utiles.

5-Exemple de 2 entretiens.

Femme, milieu d'exercice urbain, cabinet de groupe, âge entre 40 et 50ans, formation sur le sujet.

Q1- C'est bien car je n'ai pas du tout réfléchi à la question. Alors, oui ça m'a aidé sur la définition de la souffrance au travail avec les différents items qu'on avait. Je ne les connais pas par cœur mais je reprends ça effectivement lors d'une consultation. Ça permet, je trouve : un de les rechercher, deux, aux personnes qui se posent la question, qui sont toujours dans la culpabilité, de leur dire que, oui, il y a telles choses et telles choses qui ne vont pas dans leur travail et donc que c'est normal qu'ils soient en souffrance

D'accord...

Et donc de caractériser les choses, comme on leur dit « vous avez une gorge rouge », ou « vous avez des amygdales gonflées », c'est une angine. Là on peut leur dire, vous avez ça, et donc ça peut correspondre à une souffrance au travail. C'est moins flou dans leur tête que, « je vais mal, c'est de ma faute, je ne suis pas efficace à mon travail ». Donc ça permet de statuer les choses et moi ça m'a aidée effectivement, je pense, à définir quels étaient les critères de risque de souffrance dans l'organisation du travail, par rapport au supérieur hiérarchique, ou par rapport à la surcharge de travail.

Q2 - Alors il y a des gens qui viennent en disant « je suis harcelé au travail », alors là ...mais sinon c'est la fatigue, et en fait les gens viennent souvent en disant « je suis fatigué », c'est vraiment « je suis fatigué, je dois manquer de fer » ou « j'ai une tension qui est basse, je suis fatigué ». Voilà, c'est plus ça que « Je suis déprimé par rapport au travail. » Souvent ce sont des plaintes qui durent.

Q3- Alors, le travail comment ça va ?, euh, bonne question ...est-ce que c'est...alors je pense effectivement que dans le tiroir « je ne vais pas bien », on commence d'ailleurs, peut-être, déjà par là : c'est peut-être plus facile : « Et comment ça va au travail, et avec votre famille, sur le plan personnel ... » et donc effectivement ça rentre dans cette case là. Est-ce que c'est plus souvent qu'avant, je suis incapable, (rire), de vous dire. Effectivement dans le « je ne vais pas bien », on essaie de savoir dans quel domaine il y a une souffrance, et cette question arrive, je dirai, quand même en première ligne ; bon à moins qu'il déballe : j'ai un problème avec mon conjoint, ça arrive assez facilement car ce n'est pas leur vie intime au départ mais sociale. Oui, je ne vais pas la poser pour quelqu'un qui vient pour une rhinopharyngite, mais effectivement, je dirais que je la pose fréquemment, dans le « je suis fatigué, je ne vais pas bien », ça va rentrer dans la conversation. Peut être que j'y pense plus, je suis plus systématique.

L'outil de Karasek, je ne l'ai pas en tête en permanence mais c'est important de le retenir. Je l'ai réutilisé de temps en temps. Je pense qu'on ne peut pas rentrer forcément dans le détail de l'organisation du travail mais ça nous donne des outils pour pouvoir cibler certains points importants dans cette organisation qui font qu'il y a des choses qui peuvent entraîner une souffrance au travail (cherche en même temps le support).

Q4- Pour le repérage, je pense que je suis plus précise dans « comment cela se passe au travail » donc « comment ça se passe avec vos collègues ? », « comment ça se passe avec votre supérieur hiérarchique ? », « comment ça se passe par rapport à la charge de travail ? », « est-ce que vous pouvez organiser votre travail ? ». C'est vrai que j'étais plus dans le relationnel et là c'est vrai que je suis plus dans l'organisation.

Q5- Sur la prise en charge, dans les différentes solutions, il y avait « téléphoner au médecin du travail ». Ça c'est quelque chose que j'avais peu fait jusqu'à maintenant, et ça m'est arrivé un peu plus souvent. En tout cas, soit de renvoyer vers le médecin du travail, soit de téléphoner, de dire « est-ce que je peux téléphoner en donnant certaines indications aux médecins du travail ? » c'est quelque chose que je fais plus systématiquement. Ou alors je leur dit, c'est très important, il faut que vous alliez voir le médecin du travail, j'essaie de pousser les patients, même des gens qui disent « mais ça sert à rien, je l'ai déjà vu, il va rien faire ». Ils ont peur par rapport à leur employeur, ça c'est sûr. Des fois ils ne savent pas, ils disent « ah bon, j'ai droit d'aller le voir. Quelque fois, ils l'ont déjà vu, ils ont déjà raconté des choses et ça n'a, effectivement, servi à rien, et donc là c'est difficile de les réadresser... Alors effectivement, j'oriente plus, je pose aussi la question des syndicats, voir comment ils peuvent se faire aider autour, en dehors du médecin.

Q7- J'ai trouvé que ce type de questions était vraiment... Enfin c'est quelque chose qui était un peu flou dans ma tête et ça m'a aidé à bien préciser les choses et je pense que cela devrait être appréhendé ou distribué, enfin c'est pas juste le donner au médecin car après il faut s'approprier l'outil, c'est...alors voilà j'ai été à des séminaires de formation pas sur juste sur la souffrance au travail mais sur les accidents du travail, donc forcément, il y avait un petit temps sur la souffrance au travail ; c'est un outil qu'on ne nous avait pas forcément donné. Bon c'est que le fait d'avoir des outils qu'on va avoir dans plusieurs formations différentes va permettre qu'on l'imprègne un peu plus quoi, comme le Fagerström ; bon, c'est un truc qu'on a vu et revu, bon et bien c'est vrai que ça ne pose aucun problème de poser la question, on le connaît presque par cœur, alors, que effectivement quand il y a des choses différentes d'une formation à une autre euh, qu'on comprend bien,

parce que forcément c'est pas universel, c'est vrai que pour nous les choses se multiplient et le fait d'avoir plusieurs outils fait qu'on ne peut en utiliser aucun ou alors mélanger ...

Q8- C'est une chose sur laquelle je suis assez sensible, parce que je ne trouve pas cela normal qu'on soit malade par le travail (intonation) et puis j'ai vu un film qui s'appelle « ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés » qui m'a pas mal touchée et puis effectivement autour de moi il y a eu des, j'ai des amis qui ont souffert de burn-out, etc., oui c'est quelque chose qui m'interpelle peut-être plus...ça c'est possible. On se doit d'orienter nos patients, ce qui est difficile ce sont tous les changements de société...

Homme, milieu d'exercice rural, cabinet de groupe, âge entre 40et 50ans, pas de formation

Q1-Alors concrètement, je pense que ce qui a pu changer c'est que euh, ça fait parti un peu de mes questions systématiques, quand je vois quelqu'un qui vient pour un bilan, il y a dans mes questions « comment ça va au travail ? » Donc cette question là est plus systématique, j'essaie de la poser plus systématiquement soit en dépistage chez quelqu'un qui vient faire un bilan ou soit quand je ne comprends pas, un symptôme qui traîne, quand j'ai des signes de souffrance morale systématiquement je pose cette question. Quelqu'un qui a des signes d'insomnies, d'anxiété, j'aborde la question du travail.

Q2- Tous les signes de souffrance morale, l'anxiété, asthénie chronique, euh, signes de dépression et puis donc c'est ça, systématiquement j'aborde le travail et puis après quand quelqu'un vient pour un bilan systématique de dépistage on prend le temps, j'aborde ça d'une part pour mieux le connaître et deuxièmement pour voir s'il y a un soutien ou une difficulté particulière.

Q3- Alors concrètement non, je ne l'ai pas réutilisé. Je n'ai pas utilisé le support. Euh, je ne l'ai pas utilisé formellement, après j'ai réutilisé des notions qui étaient dedans par rapport à la charge de travail, par rapport à la responsabilité, par rapport à l'autonomie, donc ça me permet d'affiner un petit peu quand je parle du travail mais je ne l'utilise pas en tant que tel.

Q4-Alors en médecine générale, euh très souvent quand on aborde la question du travail très souvent spontanément, les gens vont dire des choses et je n'ai pas envie de trop cadrer ce qu'il dise, j'ai envie de les laisser pouvoir parler librement et euh, je trouve que très souvent en les écoutant correctement on arrive à avoir des informations et puis, après, on arrive à se passer de ce guide-là. Quelque part la première chose, c'est vraiment de lancer la question parce que très souvent on arrive à avoir une réponse et après j'ai l'impression qu'on en n'a moins besoin. Mais après, sans doute ce serait utile de mieux analyser notamment quand il y a réellement après, en gros, pour faire du dépistage y'en a pas besoin, par contre lorsqu'il y a à accompagner quelqu'un et à approfondir sur une prise de décision, l'orienter vers le médecin du travail, est-ce qu'il faut envisager une reconversion, alors ça serait bien que je le reprenne à ce moment-là, car je pense que cela me permettra de mieux comprendre la difficulté, de mieux l'aider... donc en deuxième intention sur l'orientation

Q5- Alors j'y suis plus sensible parce que ça m'a sensibilisé à cela, après, pour des raisons personnelles j'ai aussi été sensibilisé à cela parce que j'ai eu plus ou moins des difficultés dans un contexte professionnel à l'hôpital, au travail, donc j'ai été soumis à ces difficultés-là, donc ça m'a aussi sensibilisé, donc il y a plusieurs choses qui m'ont sensibilisé à cela ...

Oui...

Et actuellement je trouve que je suis plus attentif que depuis, que avant la campagne et pour différentes raisons, à la fois personnelle et au test.

Q6- Alors euh, on va dire,, généralement dans ma prise en charge j'ai pas mal privilégié l'écoute et la prise en charge psychologique, donc c'est quelque chose qui a toujours été dans ma pratique et ces derniers temps, à la fois avec les tests, à la fois avec la crise, il y avait différents éléments qui me disaient attention là il va y avoir dans mon public des difficultés par rapport à cela, donc euh, le, le, test après c'est une question qui n'était pas neutre, c'est à dire que j'essayais d'avoir une réponse c'est à dire que comment ça se passe au travail, qu'est ce que vous fêtez actuellement ; c'est quoi votre charge de travail, donc au-delà de dépister un mal être au travail j'ai, ce qui m'a changé c'est que j'ai approfondi pour essayer de voir ma personne au travail, c'est imaginer ce qu'elle fait comme poste, qu'est-ce qu'elle fait notamment sur l'épreuve de tendinopathie chronique, notamment sur l'épreuve du dos, et bien j'essaie, de les voir en mouvement, dans leur travail pour voir la réalité de leur poste et de voir la réalité de leur relation avec la hiérarchie, comme si il y avait quelque chose de plus dynamique ; avant je me contentais de quel est votre métier, j'avais juste « voilà je suis ouvrier » et là on m'en dit plus pour savoir concrètement « quelle est votre charge de travail ? », « comment ça se passe ? », « comment vous le vivez ? » et « quelle est votre relation avec ... » donc c'est quand même, j'ai approfondi cette connaissance des patients dans leur travail.

D'accord...et dans le contact avec le médecin du travail :

Alors ça n'a pas changé parce qu'en fait je les contactais régulièrement avant et je continue de les contacter quand c'est nécessaire et je ne pense pas que cela ait modifié mon rapport à eux. Après ce que je pense, c'est

que de temps en temps, il y a des histoires individuelles particulières, il y a eu des moments où c'était sur des situations particulières de patient, là j'en ai eu un tout petit peu moins, donc j'ai moins contacté le médecin du travail car ça ne s'y prêtait pas. Et puis je n'ai jamais orienté vers une consultation de pathologie professionnelle. Pour les patients, il y a plusieurs situations en fonction des différentes entreprises, euh y'a pas mal d'entreprises où quelque part le médecin du travail est considéré comme n'étant pas très disponible, connaissant pas bien, ou étant trop proche, on va dire des employeurs, et donc il y a une certaine résistance, réticence à en parler au médecin du travail, ils ont l'impression qu'ils ne vont pas être écoutés ou compris, après il y a des situations au contraire où le médecin du travail est bien identifié comme une personne ressource. Mais, j'ai aussi des notions que je n'avais pas avant, comme le médecin du travail qui est extrêmement débordé dans le sens où il va travailler sur plusieurs entreprises en même temps, que pour le voir ce n'est pas facile, que pour avoir un rendez-vous c'est long et donc il y a des difficultés plus importantes, enfin certains patients ne voient pas le médecin du travail.

Voilà, après, je sais moi, que les médecins du travail me contactent assez facilement, je trouve qu'actuellement c'est assez facile de travailler dans les deux sens, mais c'est vraiment très différent d'une entreprise à l'autre, d'une culture industrielle à l'autre. Il y a des endroits où c'est un peu tabou et on ne parle pas de médecine du travail, et il y en a d'autre au contraire c'est systématique, les gens sont bien surveillés, il y a une bonne surveillance des vaccins et le médecin me contacte facilement.

Q7- Je pense qu'on va dire que c'est un rôle fondamental du médecin généraliste, que c'est vraiment le premier recours, car très très souvent les gens qui sont en souffrance au travail n'en n'ont pas parlé à leur médecin du travail, donc c'est quelque part en en parlant au médecin qu'ils peuvent être entendus et après avoir un processus de changement au niveau du poste comme pour les pathologies des tendinites et etc.. donc très souvent ça été sous diagnostiqué, donc c'est important de sensibiliser les médecins à ce rôle là, euh, quelque part c'est fait et il faut continuer à le faire après ; il y a une difficulté, au delà de la médecine du travail, sur la prise en charge de la souffrance psychique dans notre secteur, et très souvent des gens qui auraient besoin, qui vont avoir le travail comme un facteur déclenchant et qui ont une souffrance morale, il va y avoir une difficulté d'accès au psychiatre, parce que les délais d'attente sont longs et moralité c'est difficile d'avoir une concertation psychiatre-médecin du travail-médecin généraliste, parce que très souvent il faudrait presque cette concertation-là pour, on va dire, repermettre, notamment, pour les personnes dépressives, comme il n'y a pas cette concertation-là, la reprise du travail elle n'est pas évidente. Actuellement on souffre un peu d'une difficulté d'accès aux soins psychiatriques, parce que, alors souvent les personnes qui ont une souffrance morale auraient besoin d'un suivi psychologique, et pas forcément psychiatrique, mais ce n'est pas remboursé correctement. Et si on avait dans le cadre des CMP, des consultations plus facilement psychologiques, avec éventuellement des psychologues formés à la médecine du travail, ça ce serait un super recours, parce que à la fois une écoute et après un lien entre la médecine du travail et la psychologie parce que très souvent il nous manque du temps pour analyser en profondeur cette souffrance psychique, et très souvent le psychiatre n'est pas forcément la personne ressource par rapport à ça, donc nous ça va nous prendre beaucoup de temps et on n'est pas forcément bien formé, et je pense que, euh, il y a plein de psychologues formés qui n'ont pas accès à ces patients-là. Il pourrait y avoir soit des psychologues, dans le cadre des entreprises avec un médecin du travail qui orienterait vers le psychologue, ou alors faciliter l'accessibilité des psychologues, et éventuellement des psychologues dédiés à cela. Parce qu'après ce serait travailler en réseau et ça serait, enfin que notamment ça ne soit financièrement pas un coût de se faire aider, car de plus en plus, plein de patients qui ont des souffrances au travail, pour des développements ou des psychothérapies je les envoie voir des psychologues et ils paient de leur poche.

Alors parfois, il peut y avoir certaines entreprises qui donnent un peu d'argent, alors la prise en charge psychothérapeutique est facilitée parce qu'il y a financièrement quelque chose, donc il y a une bourse, mais cette bourse elle est compliquée à avoir et les psychologues ne la connaissent pas bien, les patients non plus et nous non plus. Donc quelque part, sans doute à améliorer ce dispositif-là, il y a besoin d'informer. J'ai une patiente qui a pu en bénéficier mais ça a pu être vraiment au bout de 3mois, donc ça veut dire que pendant 3 mois elle a avancé d'elle même, après avec l'incertitude de est-ce que je vais être remboursé ou pas ...

Q8- Alors ça interpelle beaucoup sur le rôle du médecin dans la société, euh parce que nous ce qu'on constate à tous les niveaux c'est une augmentation de la productivité dans tous les secteurs et que ça a des conséquences à la fois physique, à la fois morale et que quelque part on sent que ça s'accroît, et on sent qu'il y a à la fois beaucoup d'inquiétude chez les gens, et on se sent un peu démunis nous, car on ne se sent pas acteur de ça, et on ne se sent pas forcément écouté là-dessus, c'est à dire qu'il y a pas mal de médecins, et il y a notamment une revue qui s'appelle PRATIQUES, qui a fait tout un numéro qui est passionnant sur la souffrance au travail, qui montre qu'actuellement c'est un problème qui est de plus en plus important, que les réponses sont collectives et que quelque part il y a une souffrance psychique croissante qui est mal prise en

compte, et que quelque part c'est comme ci il y avait un iceberg, avec le haut de la glace, ce sont les suicides, comme les suicides à France Télécom, mais en amont de ça il y a tout une souffrance non visible, non dépis-tée, et quelque part, je pense avec une insuffisance de médecin du travail et une insuffisance de prise en compte des témoignage de médecine générale alors, sans doute il y aurait pour nous médecins généralistes à avoir un rôle d'alerte, d'écrire plus, de pouvoir témoigner, mais ce n'est pas facile parce qu'il faut du temps ...donc moi je sais que quelque part, je pense que ça fait parti de mes missions, mais je n'ai pas réussi à le faire. J'ai des situations qui m'ont alerté mais je n'ai pas témoigné ou écrit, alors la revue PRATIQUE quelque part le fait, mais en même temps j'ai l'impression qu'elle n'est pas forcément écoutée, entendue, et qu'actuellement, c'est une problématique qui ne va pas en s'améliorant et au contraire qui s'aggrave, et je pense que c'est essentiellement lié à l'évolution des conditions de travail et que la crise accentue ça, et qu'il y a aussi un manque d'écoute des pouvoirs publiques par rapport à ça et des pouvoirs économiques et poli-tiques. Enfin j'ai l'impression qu'avant, il y avait des syndicats qui jouaient ce rôle là, de transmission et qu'il y a un peu de morcellement des syndicats et qu'actuellement, ce relais vers les syndicats qui peut se faire parfois dans certaine situations est plus difficile. Il y a sans doute, on va dire, quelque part un pouvoir intermédiaire qui serait le syndicat qui pourrait être le relais pour faire émerger des choses comme cela et j'ai l'impression que c'est quelque chose, qui actuellement, ne fonctionne pas suffisamment bien. Et que nous, on a une sensation d'impuissance avec quelque chose qu'on n'arrive pas à modifier. On en est le témoin et...

NOM : FONDIN PRENOM : EMILIE

DEPISTAGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE AU TRAVAIL EN MEDECINE GENERALE : INTERET 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.

RESUME

Contexte : La souffrance psychique au travail est une entité fréquemment rencontrée en pratique clinique. Le généraliste, médecin de premiers recours, ne dispose pas jusqu'ici en pratique courante de moyen pour la dépister. A l'échelon local des Pays de la Loire, l'association Agir ensemble pour Promouvoir la Santé (APS) a proposé des outils pour aider les praticiens : une échelle numérique associée à la question « et le travail comment ça va ? », et un outil issu du modèle de Karasek, validé scientifiquement en médecine du travail. Nous nous sommes intéressés, à travers un regard sur les pratiques, à la place accordée par les généralistes à ces outils, un an après cette initiative.

Méthode : 30 médecins généralistes ont été tirés au sort parmi les médecins ayant participé un an auparavant à cette campagne de l'APS. Ils ont été interrogés par entretiens semi-directifs sur l'utilisation et l'apport des outils proposés, et les éventuelles modifications de pratiques engendrées.

Résultats : Dans 83% des cas, la question « et le travail comment ça va ? » est réutilisée de façon fréquente par les médecins, mais sans l'échelle numérique. Elle est utilisée soit devant des symptômes évocateurs, soit de façon systématique lors de certificats par exemple. L'outil de Karasek est réutilisé par 77% des médecins avec des fréquences variables. Son utilisation n'est pas standardisée. Ses caractéristiques techniques, pédagogiques et son rôle de support à la relation médecin-malade en font un outil adapté à une consultation de médecine générale. Des modifications de pratiques sont observées : 67 % des médecins abordent plus facilement cette souffrance et 57% déclarent avoir modifié leur prise en charge. Les médecins sont cependant demandeurs de formation et d'amélioration des liens entre professionnels de santé.

Conclusion : La simplicité d'emploi de l'outil de Karasek et l'ouverture qu'il permet lors de la consultation en médecine générale en font un outil intéressant à promouvoir. Néanmoins des études comparatives et des études intégrant la perception de l'outil par les patients devraient être envisagées.

MOTS-CLES

souffrance psychique au travail, dépistage, outil de Karasek, médecine générale, pratiques