



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-Médecine

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prescription et gestion de l'arrêt de travail pour épuisement
professionnel par les médecins généralistes : étude qualitative
réalisée dans les Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 20 mai à 16 heures
au Pôle Formation

par Manon RAPIN

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs :

Madame le Docteur Alexandra SALEMBIER

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Delphine LEGRAND-DUFOUR



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-Médecine

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prescription et gestion de l'arrêt de travail pour épuisement
professionnel par les médecins généralistes : étude qualitative
réalisée dans les Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 20 mai à 16 heures
au Pôle Formation

par Manon RAPIN

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs :

Madame le Docteur Alexandra SALEMBIER

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Delphine LEGRAND-DUFOUR

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AM	Arrêt Maladie
AT-MP	Accident de Travail – Maladie Professionnelle
HAS	Haute Autorité de Santé
MC	Médecin-Conseil
MCP	Maladies à Caractère Professionnel
MG	Médecin Généraliste
MT	Médecin du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

SOMMAIRE

RÉSUMÉ	03
INTRODUCTION	04
I. LE BURNOUT OU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	04
A. Définition	04
B. Prévalence	04
C. Conséquences du burnout	05
D. La place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'épuisement professionnel	06
II. L'ARRÊT DE TRAVAIL : UN OUTIL THÉRAPEUTIQUE À PART ENTIÈRE	06
A. Définition de l'arrêt de travail	06
B. Place de l'arrêt de travail dans la pratique	07
C. Fonction et durée de l'arrêt maladie pour épuisement professionnel	08
III. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	08
MATÉRIEL ET MÉTHODE	09
I. TYPE D'ÉTUDE	09
II. POPULATION CIBLE ET RECRUTEMENT	09
III. RÉALISATION DES ENTRETIENS ET RECUEIL DES DONNÉES	09
IV. ANALYSE DES DONNÉES	10
V. CADRE LÉGAL ET ÉTHIQUE	11
RÉSULTATS	12
I. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON	12
II. UNE CONSULTATION INITIALE ESSENTIELLE POUR ORIENTER LA PRESCRIPTION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL POUR ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	13
A. Le médecin généraliste : mobiliser ses compétences pour évaluer la situation et prescrire l'arrêt de travail	13
B. Les défis en lien avec la consultation et la prescription initiale de l'arrêt de travail pour épuisement professionnel	18
III. LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU CENTRE DE LA GESTION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL POUR ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	26
A. Se rendre disponible pour accompagner au mieux le patient lors de l'arrêt de travail pour épuisement professionnel	26
B. La relation du médecin généraliste avec les autres intervenants	28
C. Un sentiment d'impuissance	34
D. La relation du médecin généraliste avec le patient	38

IV. UNE VOLONTÉ DE CHANGEMENTS POUR DIMINUER LE NOMBRE D'ARRÊTS MALADIE POUR ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ET FACILITER LA REPRISE DU TRAVAIL	40
A. Vouloir plus d'aide sur le plan médico-social	40
B. Vouloir plus d'aide au global	41
V. MODÉLISATION DES RÉSULTATS	43
DISCUSSION	46
I. ANALYSE DES RÉSULTATS	46
A. Le diagnostic et l'évaluation du burnout pour prescrire l'arrêt maladie	46
B. L'arrêt qui se prolonge : dans quelle mesure est-ce vraiment un problème ?	47
C. Relation avec les autres acteurs de la gestion de l'arrêt de travail dans l'épuisement professionnel	49
D. Des freins au retour du travail d'ordre administratif et professionnel	52
II. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	53
A. Forces de l'étude	53
B. Limites de l'étude	54
CONCLUSION	55
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	57
ANNEXES	60
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	60
ANNEXE 2 : EXEMPLE DE TABLEAU D'ANALYSE DES DONNÉES	61
ANNEXE 3 : GRILLE COREQ	62
ANNEXE 4 : RÉCIPISSE ATTESTATION DE DÉCLARATION	65

RÉSUMÉ

Introduction : le burnout est un phénomène de grande ampleur dont la prévalence est de plus en plus élevée. Les conséquences individuelles et sociétales sont importantes. Le médecin généraliste est en première ligne pour sa prise en charge et en particulier pour la prescription de l'arrêt de travail. L'objectif de l'étude est de s'intéresser au vécu des médecins généralistes et aux enjeux auxquels ils sont confrontés lors de la prescription et la gestion de l'arrêt de travail pour épuisement professionnel.

Méthode : Une étude qualitative a été menée par des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France entre avril 2025 et février 2026. L'analyse a été réalisée par théorisation ancrée avec triangulation des données.

Résultats : Un total de huit entretiens a permis d'atteindre la suffisance des données. Le médecin déploie de nombreuses qualités professionnelles lors de la prescription initiale et la gestion de l'arrêt de travail pour épuisement professionnel. Il fait notamment preuve de disponibilité pour le patient, de capacités d'évaluation et d'adaptation importantes et sait mettre en place des stratégies pour prescrire au mieux l'arrêt de travail. Il réévalue régulièrement la situation et demande de l'aide aux autres professionnels de santé si la situation le nécessite. Les sentiments négatifs les plus exprimés sont l'impuissance, la solitude et la frustration et sont surtout retrouvés lors des arrêts qui se prolongent. Ils sont notamment en lien avec une communication et une coopération jugées non optimales avec les autres intervenants médicaux, une absence de leviers d'action directs sur l'environnement professionnel du patient et les longueurs administratives qui forcent le médecin à poursuivre l'arrêt de travail.

Conclusion : Les médecins généralistes mobilisent leurs compétences professionnelles pour prescrire et gérer l'arrêt de travail pour burnout. Les freins ressentis pour une prise en charge optimale sont surtout relatifs aux contraintes administratives, à l'environnement professionnel du patient et à la collaboration avec les autres intervenants médicaux. Des ajustements à ces différents niveaux pourraient être bénéfiques pour une meilleure gestion de l'arrêt de travail et un retour à l'emploi plus rapide et serein.

INTRODUCTION

I. LE BURNOUT OU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

A. DÉFINITION

Le « burnout » ou syndrome d'épuisement professionnel est connu depuis les années 1970 (1), on doit sa première conceptualisation à la psychologue Christina Maslach. Elle décrit le burnout comme un syndrome psychologique résultant d'une exposition à un stress professionnel chronique et le définit selon trois dimensions :

L'existence d'un épuisement personnel, la dépersonnalisation ou le désengagement vis-à-vis du travail et le manque d'accomplissement personnel (2).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) complète le modèle historique et inscrit la définition du burnout dans la classification internationale des maladies CIM-11 en le décrivant comme « un syndrome résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès » et en reprenant les trois dimensions de Maslach. L'OMS précise qu'il ne s'agit pas d'une maladie mais le considère comme un « facteur influant sur l'état de santé ou motif de recours aux services de santé » (3).

En France, le terme « d'épuisement professionnel » est communément utilisé pour parler du burnout.

B. PRÉVALENCE

La prévalence du burnout est difficile à mesurer de manière précise de par l'hétérogénéité des définitions et des outils diagnostics. La plupart des recherches de prévalence ont été effectuées sur des groupes professionnels particuliers notamment sur les médecins qui s'avèrent être particulièrement à risque de développer un syndrome d'épuisement professionnel (4)(5).

Les études en population générale sont plus rares ; une étude française reprenant les données du système de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) a montré que les souffrances psychiques causées ou aggravées par le travail sont le deuxième groupe d'affections d'origine professionnelle décrit dans la population salariée active française après les troubles locomoteurs (6). En 2019, la prévalence des souffrances psychiques en lien avec le travail était de 6 % chez les femmes dans la population étudiée et d'un peu plus 2 % chez les hommes ; le burnout représentait environ un quart de ces troubles. D'autres études viennent corroborer ces chiffres en population générale : 3.9 % dans l'étude SALVEO en 2015 (7), 4 % pour les burnout considérés comme sévères et jusqu'à 18 % si l'on compte tous les degrés de sévérités et de fatigue émotionnelle d'après une méta-analyse en Suisse en 2022 (8).

On observe que les troubles psychiques en lien avec le travail et le burnout ont doublé chez les salariés vus en visite dans le programme MCP entre 2007 et 2019 (6).

L'évolution récente des méthodes de travail et de gestion du personnel mais aussi les changements sociétaux (précarité de l'emploi notamment) contribuent à augmenter la prévalence de l'épuisement professionnel (9).

C. CONSÉQUENCES DU BURNOUT

Sur le plan individuel, l'exposition au stress professionnel peut engendrer des troubles du sommeil, des conséquences psychologiques avec des troubles anxieux et/ou un syndrome dépressif jusqu'aux idées suicidaires et passage à l'acte (10).

Il peut aussi être responsable de symptômes somatiques non spécifiques et à plus long terme, favorise l'apparition de maladies chroniques notamment cardiovasculaires (10) (11). Les personnes souffrant de burnout décrivent également une altération de leurs capacités cognitives (12).

Sur le plan professionnel, la productivité peut être diminuée à la fois par le présentisme défini comme la présence d'une personne sur son lieu de travail

alors que son état de santé physique ou psychique ne lui permet pas de déployer ses pleines capacités mais également de manière plus évidente par l'absentéisme et l'augmentation des arrêts de travail (10).

L'impact financier est important avec des dépenses multiples de la part du système de sécurité sociale : coût des soins, indemnités journalières, invalidité ; mais aussi des dépenses de l'employeur en rapport avec le présentéisme, l'absentéisme et à plus large échelle, la perte de productivité. En France en 2007, une enquête de l'INRS estimait le coût du stress au travail entre 2 et 3 milliards d'euros par an (13), ce qui est sans doute plus important à l'époque actuelle en considérant la majoration de la prévalence du stress professionnel.

D. LA PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Le médecin généraliste a un rôle central dans la prise en charge de l'épuisement professionnel. En étant le premier recours de soin des patients ; il pose le diagnostic, prescrit si besoin des thérapeutiques médicamenteuses et un arrêt de travail et coordonne les soins. Il a également une position privilégiée pour effectuer de la prévention primaire (prodiguer des conseils pour éviter un épuisement professionnel), secondaire (avertir les patients des signes précoces d'un épuisement professionnel et leur permettre de consulter plus rapidement) et tertiaire (favoriser la reprise et éviter une récurrence) (14).

II. L'ARRÊT DE TRAVAIL : UN OUTIL THÉRAPEUTIQUE À PART ENTIÈRE

A. DÉFINITION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

En France, l'arrêt de travail correspond à une période durant laquelle le contrat de travail est suspendu en raison d'une maladie d'origine professionnelle ou non,

d'un accident de travail ou encore d'une maternité. Il doit être prescrit par un médecin et donne lieu à des indemnités journalières versées par l'assurance maladie (15).

Les modalités de prescription de l'arrêt de travail varient selon la situation : maladie ou accident du travail/maladie professionnelle. Dans ces deux situations, l'arrêt de travail peut être réalisé au format papier sur un formulaire CERFA ou bien directement en ligne via le serveur sécurisé Amelipro (16).

B. PLACE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL DANS LA PRATIQUE

En tant qu'acteur central des soins de premier recours, le médecin généraliste constitue le prescripteur principal d'arrêts de travail parmi les professionnels de santé (17).

L'arrêt maladie occupe une place importante dans le quotidien du médecin généraliste, l'étude ECOGEN menée entre 2011 et 2012 montre que 16.5 % des consultations de médecine générale sur la période aboutissaient à une prescription d'arrêt maladie (18).

Sa prescription se fait après examen du patient où le médecin évalue l'état de santé psychique et physique du patient et la place du travail en tant que facteur protecteur ou non.

Il est difficile d'évaluer la proportion d'arrêts de travail en lien avec un épuisement professionnel car n'étant pas reconnu comme maladie, le médecin se doit de faire un certificat d'arrêt où il décrit les symptômes présentés par le patient sans présumer de l'origine professionnelle des troubles.

Cependant, il est estimé que la part globale des arrêts pour troubles psychiques a augmenté ces dernières années : ceux-ci représentaient 15 % des arrêts en 2020, 17 % en 2021 et 20.5 % en 2022 (19), ils constituent ainsi le deuxième motif en volume d'arrêts de travail prescrits mais le premier en termes de durée et de coût des arrêts de travail (20).

C. FONCTION ET DURÉE DE L'ARRÊT MALADIE POUR ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

L'arrêt maladie a tout d'abord une fonction thérapeutique dans le cadre de l'épuisement professionnel en stoppant l'exposition au stress professionnel et en permettant alors un temps de repos pouvant faciliter la guérison et l'instauration d'un éventuel suivi psychologique ou psychiatrique. Il offre également un temps de réflexion au patient vis-à-vis de sa situation professionnelle.

Concernant la durée initiale, les recommandations sont peu nombreuses et assez évasives ; le guide de bonne pratique de la HAS de 2017 précise seulement qu'un arrêt de travail peut être nécessaire, que la durée doit être adaptée et qu'il peut durer en tout 2 à 3 mois (14). L'Assurance maladie préconise quant à elle un arrêt court de 1 à 2 semaines avec réévaluation à maximum 7 jours ou un arrêt de 1 mois d'emblée avec réévaluations toutes les semaines (20). Toutefois, ces recommandations concernent les syndromes dépressifs et les troubles anxieux, et ne s'appliquent pas spécifiquement à l'épuisement professionnel.

III. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Le burnout s'inscrit de manière croissante dans la pratique courante du médecin généraliste, avec des répercussions majeures sur les plans individuel, sociétal et économique. Dans ce contexte, ce travail a pour objectif d'explorer les pratiques de prescription des arrêts de travail chez les patients présentant un épuisement professionnel en médecine générale. Il vise plus spécifiquement à analyser les déterminants de la décision de prescription, le vécu des médecins généralistes vis-à-vis de cet acte et les enjeux auxquels ils sont confrontés dans ce cadre.

Une meilleure compréhension de ces éléments permettra de mieux situer la place de l'arrêt de travail dans la prise en charge du burnout et d'identifier des axes d'amélioration.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée avec des données issues d'entretiens individuels de type semi-directifs.

II. POPULATION CIBLE ET RECRUTEMENT

La population étudiée concernait les médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France. Pour être éligibles, ils devaient répondre à certains critères : être un médecin généraliste thésé en activité et installé dans les Hauts-de-France. Les médecins de l'étude ont participé sur la base du volontariat.

Le recrutement a été réalisé par « effet boule de neige », ainsi chaque participant à la fin de son entretien orientait vers un ou plusieurs confrères répondant aux critères d'inclusion.

La question de recherche n'était pas connue à l'avance par les participants pour assurer plus de spontanéité lors des entretiens.

III. RÉALISATION DES ENTRETIENS ET RECUEIL DES DONNÉES

Les entretiens ont été conduits d'avril 2025 à février 2026. Le recueil de données a été réalisé à l'aide d'entretiens individuels semi-directifs. Ce choix s'explique principalement par un manque d'expérience, dans le but de maintenir un certain contrôle sur le déroulement des entretiens. Le format individuel a été retenu afin de favoriser l'expression libre des participants.

Le guide d'entretien a été initialement réalisé par le chercheur avec l'aide du directeur de thèse et a légèrement évolué au cours des différents entretiens, afin de s'adapter aux données déjà recueillies et d'optimiser la pertinence du recueil pour les besoins de cette recherche (Annexe 1).

Les entretiens ont tous été réalisés en présentiel dans un lieu choisi par les participants, que ce soit au cabinet ou à leur domicile. Chaque participant a autorisé l'enregistrement, réalisé par dictaphone. Chaque entretien a été retranscrit intégralement quasi-immédiatement et anonymisé par l'investigateur lui-même via le logiciel de traitement de texte OpenOffice®.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire lorsque chaque entretien n'apportait plus de nouvelles propriétés lors du codage.

L'ensemble des données a été géré et sécurisé sur ordinateur personnel, avec une copie dans un espace de stockage en ligne personnel et sur un espace de stockage externe afin de limiter le risque de perte de données.

IV. ANALYSE DES DONNÉES

Après la retranscription, le codage et la création des étiquettes ont été réalisés à l'aide du logiciel OpenOffice®.

Le codage de chaque entretien a été réalisé après son enregistrement et avant l'enregistrement de l'entretien suivant.

Une triangulation des données a été réalisée pour une partie des entretiens entre le chercheur et le directeur de thèse.

Le codage et l'émergence d'étiquettes, de propriétés et de catégories, ont permis la réalisation d'une modélisation des résultats (Annexe 2). Nous avons confronté cette étude aux 32 critères de scientificité de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (Annexe 3).

V. CADRE LÉGAL ET ÉTHIQUE

Avant de débiter les entretiens, il a été obtenu une déclaration de conformité auprès du DPO (Délégué à la Protection des Données)(Annexe 4). Avant d'interroger chaque participant, il a été recueilli le consentement oral concernant l'enregistrement, ainsi que la retranscription. Aucun refus n'a été constaté. Les données ont été anonymisées, et les enregistrements vocaux détruits après avoir été retranscrits.

RÉSULTATS

I. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Au total, 8 médecins généralistes installés dans le Nord ont participé à cette étude, dont 3 femmes et 5 hommes. Tous étaient en activité, même si un des participants se préparait à partir à la retraite et avait réduit son temps de travail.

Les entretiens duraient entre 17 minutes 42 et 28 minutes 14 pour une moyenne de 22 minutes et 40 secondes

PARTICIPANTS	GENRE	EXERCICE	ANNÉES D'INSTALLATION	DURÉE DE L'ENTRETIEN
M1	M	Urbain	15	23 min 52
M2	F	Urbain	12	28 min 14
M3	M	Urbain	15	21 min 13
M4	M	Semi-rural	4	23 min 50
M5	F	Semi-rural	4	18 min 41
M6	F	Semi-rural	2	23 min 55
M7	M	Urbain	33	17 min 42
M8	M	Urbain	15	23 min 52

Tableau descriptif de l'échantillon

II. UNE CONSULTATION INITIALE ESSENTIELLE POUR ORIENTER LA PRESCRIPTION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL POUR ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

A. LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE : MOBILISER SES COMPÉTENCES POUR ÉVALUER LA SITUATION ET PRESCRIRE L'ARRÊT DE TRAVAIL

1. Être disponible

Être à l'écoute

La première phase des consultations pour épuisement professionnel consistait pour l'ensemble des médecins à laisser au patient l'espace et le temps nécessaire pour qu'il puisse exprimer les difficultés qu'il traversait.

M2 : « Pour la première fois, souvent tu le laisses quand même plus parler parce qu'il a besoin de décharger »

M7 : « Voilà, je suis dans la discussion et dans la disponibilité »

M8 : « Alors, d'abord bien sûr, on laisse parler le patient et puis une fois qu'on... Voilà qu'il a... Euh souvent ils le font bien, ils font déjà une synthèse euh des choses, des symptômes qui les gênent »

S'intéresser à son patient

Les participants ne se limitaient pas aux soucis professionnels évoqués par les patients, ils faisaient une anamnèse complète et cherchaient à avoir des informations sur la situation globale du patient. Ils faisaient aussi un examen clinique et parfois des examens complémentaires pour ne pas passer à côté d'une pathologie associée qui pourrait participer à un état de fatigue physique et psychologique.

M6 : « J'essaie d'explorer vraiment les 3 sphères : la maison euh fin le couple en gros et les enfants, le travail et l'argent »

Il existait souvent une souffrance d'origine multifactorielle avec une intrication entre le professionnel et le personnel ce qui pouvait compliquer l'évaluation et incitait à interroger le patient en détail pour avoir une image précise de la situation et du retentissement.

M1 : « *Enfin beaucoup de choses vont se cristalliser sur ce mal-être euh...
Un mal-être professionnel et parfois aussi des événements personnels* »

M8 : « *On a parfois des choses euh des épuisements qui sont multifactoriels euh
notamment des burnout maternels* »

De même, les médecins étaient attentifs quand les patients se présentaient pour une fatigue ou des symptômes physiques peu spécifiques pour ne pas méconnaître un motif d'épuisement professionnel caché.

M7 : « *Il y a des profils de personnes qu'on voit à répétition pour des troubles euh
psychosomatiques on va dire ça comme ça* »

M4 : « *Systématiquement quand les gens me disent qu'ils sont fatigués
et qu'ils sont stressés bah on demande dans la vie personnelle comment
ça se passe et puis professionnelle également* »

M5 : « *Et c'est vrai qu'on en a de plus en plus, même pour des motifs qui peuvent
être très variés, euh parfois ça peut être une douleur thoracique, des palpitations
ou autre, on en vient très souvent maintenant à parler du travail* »

2. Savoir évaluer

Certains participants organisaient leur consultation de manière précise :

M4 : « *[...] d'abord c'est euh pourquoi ils viennent, ensuite euh j'essaie
de comprendre ce qui s'est passé et si c'est plutôt du pro ou du perso et ensuite
savoir euh comment je peux au mieux les aider* »

M2 : « *Généralement je structure de cette façon là, une première partie où j'essaie
de voir où il en est, s'il y a des signes de gravité ou pas et la deuxième partie voir
un petit peu ce qui a été fait au sein du travail* »

D'autres au contraire ne suivaient pas de schéma clair et semblaient adapter leur approche en fonction de la situation.

M1 : « *J'ai pas vraiment un schéma... Un schéma préconçu.*

En fait je me laisse un petit peu guider et je fais ça au feeling selon euh, selon ce que les patients évoquent »

M5 : « *Alors j'ai pas vraiment de structure type euh... Tout dépend déjà du contact avec le patient, si je le connais ou pas. »*

M7 : « *J'ai pas de conduite à tenir standardisée, moi j'aime pas être dans les cases, je suis un petit peu rebelle, j'ai toujours été »*

Evaluer le retentissement psychologique

La recherche de symptômes anxio-dépressifs était systématique et prioritaire pour les médecins lors de cette consultation initiale. Elle s'associait à la recherche de signes de gravité avec notamment une évaluation du risque suicidaire.

En fonction du retentissement psychologique, les médecins pouvaient décider de prescrire ou non un traitement anti-dépresseur et/ou anxiolytique lors de la consultation initiale.

M2 : « *J'analyse aussi s'il y a un syndrome anxio-dépressif et s'il y a un besoin de prise en charge thérapeutique. On va dire que le truc initial c'est d'abord s'il y a un syndrome anxio dépressif sous jacent »*

M3 : « *J'essaie déjà de faire un état des lieux plus du stade de l'épuisement pour voir s'il y a des signes de gravité ou pas »*

M7 : « *Je recherche des signes de la lignée dépressive »*

Evaluer la situation professionnelle

Tous les participants interrogeaient sur les causes de l'épuisement professionnel et sur les conditions de travail du patient.

M6 : « *S'il commence direct par m'aborder le travail je demande direct "bah voilà, qu'est-ce qui se passe, pourquoi ça va pas etc, qu'est-ce qui pose vraiment problème ?" »*

Les médecins cherchaient aussi à savoir si le patient avait déjà entamé des démarches professionnelles pour essayer d'améliorer sa souffrance.

M3 : « [...] essayer de mettre le doigt sur la cause de l'épuisement professionnel, voir s'il y a des raisons particulières qui peuvent être prises en charge euh... Savoir s'il a interpellé ses supérieurs, sa hiérarchie, s'il a interpellé la médecine du travail, aussi voir s'il y avait des choses à mettre en place au sein du travail pour améliorer la situation »

Certains essayaient d'identifier dès le début si le patient aimait encore son travail et avait pour projet de rester à son poste actuel ou non pour ensuite pouvoir orienter la prise en charge.

M6 : « Je leur dis d'emblée "est-ce que vous aimez encore votre travail ?" »

Evaluer l'intérêt de l'arrêt de travail

La prescription de l'arrêt maladie n'était pas obligatoire mais l'évaluation psychologique et professionnelle décrite précédemment permettait au médecin d'en apprécier la nécessité. Si le patient présentait des symptômes anxio-dépressifs importants, il semblait nécessaire de lui proposer l'arrêt de travail.

La prescription de thérapeutiques associée à la prescription de l'arrêt n'était pas systématique, la plupart n'en prescrivait d'ailleurs pas initialement sauf si le retentissement psychologique était majeur.

M3 : « [...] ça dépend à quel stade ils arrivent quand ils viennent en consultation, voir voilà s'il faut les extraire de la sphère professionnelle pour pouvoir les aider pendant un temps »

M6 : « Euh bah de toute façon si psychologiquement ils sont pas bien, c'est tout, pour moi que ça soit le travail ou autre chose, ça justifie un arrêt »

La décision de prescrire l'arrêt de travail initial semblait facile à prendre si les médecins estimaient que l'arrêt était médicalement justifié avec un retentissement psychologique

important. Ils considéraient sa prescription comme un élément thérapeutique permettant au patient de se soigner.

M4 : « *Mais non j'ai pas forcément d'état d'âme à mettre en arrêt de travail quand c'est justifié* »

M7 : « *Euh bah je vois quelqu'un qui est en difficulté, qui a besoin de soin et l'arrêt de travail c'est un élément de soin oui. J'ai aucun problème là dessus* »

3. Collaborer avec le patient

Certains médecins demandaient directement aux patients s'ils jugeaient pouvoir rester en activité ou s'ils pensaient qu'une pause était nécessaire pour améliorer leur état, la décision de mise en arrêt était donc prise en collaboration avec le patient.

M1 : « *Je mets les pieds dans le plat rapidement et je dis "voilà euh... comment vous définissez votre aptitude ; avec bien sûr voilà euh les mots qui sont adaptés à chaque situation, mais comment vous définissez votre aptitude à poursuivre votre activité ?"* »

M5 : « *Moi je le dis de plus en plus souvent aux patients en consultation : "est ce que pour vous l'arrêt de travail, ça vous semble être quelque chose qui pourrait vous aider ou pas ?" et du coup c'est une décision qui est prise conjointement* »

4. S'adapter

La durée de l'arrêt initial était souvent évaluée en fonction de la situation de chaque patient. Aussi, l'expérience du médecin lui permettait de pouvoir adapter la prise en charge et la durée de l'arrêt initial en fonction de sa connaissance du patient.

M1 : « *à chaque fois c'est adapté au profil du patient. Je fais au feeling parce que j'ai... Je me sers aussi de mon expérience. C'est des patients que je suis maintenant depuis plus de quinze ans, donc j'ai partagé beaucoup de choses avec eux, leur vécu, je sais un petit peu comment ils fonctionnent* »

M7 : « *C'est fonction euh, c'est fonction de, de pleins de paramètres, et puis ce sont des patients que je suis depuis 40 ans bientôt* »

B. LES DÉFIS EN LIEN AVEC LA CONSULTATION ET LA PRESCRIPTION INITIALE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL POUR ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

1. L'augmentation de l'épuisement professionnel

L'impact sur les consultations pour burnout

Tous les médecins interrogés sans exception rapportaient une hausse des consultations pour épuisement professionnel. Même les médecins installés depuis moins de 5 ans estimaient qu'il existait une différence par rapport au début de leur activité.

M2 : « *Alors j'ai l'impression que ça augmente même si j'ai pas de chiffres* »

M5 : « *On a de plus en plus de consultations avec ce motif* »

M6 : « *C'est vrai qu'il y en a de plus en plus... Alors burnout c'est un grand mot hein, mais effectivement il y en a de plus en plus* »

Beaucoup relataient également une augmentation plus marquée depuis le COVID.

M2 : « *On a vraiment l'impression quand on en parle d'avoir vraiment une augmentation de la souffrance au travail après COVID* »

M3 : « *Clairement depuis le COVID, il y a une majoration des consultations pour un mal être au travail* »

M4 : « *Bah je te dirai que déjà il y a peut être eu un avant et après COVID je trouve et euh là je trouve que ça s'accélère encore* »

Les consultations pour épuisement professionnel étaient plus longues que la moyenne.

M2 : « *[...] et ça nous prend quand même du temps, du volume horaire* »

M3 : « *Ce sont des consultations qui sont quand même chronophages* »

M8 : « *La première fois que le patient vient c'est vrai que ça peut prendre plus qu'un temps de consultation habituel donc euh ça impacte souvent un peu l'agenda derrière* »

Les participants relevaient aussi que les consultations étaient plus compliquées à gérer pour eux car elles nécessitaient de déployer de l'énergie supplémentaire afin de pouvoir écouter au mieux le patient et faire preuve d'empathie.

M2 : « *Je crois que ça nous prend... Enfin je ne sais pas si ça nous prend plus d'énergie, mais peut être que si en terme d'empathie et d'écoute, ça nous prend plus d'énergie* »

M3 : « *Je trouve que ça impacte aussi au niveau psychologique pour nous en tant que professionnels... C'est pas des consultations qui sont forcément évidentes à faire, où les gens ont quand même tendance à pas mal décharger* »

L'impact sur les arrêts de travail

Les médecins interrogés s'accordaient tous à dire que l'augmentation des consultations pour épuisement professionnel débouchait aussi sur la hausse de leur prescription d'arrêts maladie.

M7 : « *C'est clair que je fais beaucoup plus d'arrêts de travail par rapport au début quoi* »

M8 : « *[...] de manière générale on fait plus d'arrêts* »

Les arrêts maladies dans un contexte d'épuisement professionnel étaient souvent décrits comme longs avec une difficulté pour le patient à reprendre le travail.

M2 : « *[...] on est obligé de les revoir quand même hyper souvent et on galère à les remettre au travail avec des arrêts de travail qui tombent tous les mois* »

M8 : « *Mais on part souvent sur plusieurs mois d'arrêt de travail, c'est rare d'avoir moins de trois mois quand même sur les vrais épuisement* »

2. Faire accepter l'arrêt de travail au patient

Pour certains participants, il n'était pas toujours facile de convaincre initialement le patient de la nécessité de l'arrêt ce qui pouvait retarder la prise en charge.

M2 : « *Bien souvent ils refusent quand même dans un premier temps* »

D'autres disaient que les patients ne demandaient pas toujours frontalement un arrêt mais semblaient consulter dans l'attente d'une prescription ce qui rendait l'acceptation de l'arrêt forcément plus aisée.

M4 : « [...] *mais je pense que oui, ils viennent insidieusement pour ça, pour se reposer donc globalement ils acceptent facilement l'arrêt* »

Faire face au déni du patient

Certains patients ne semblaient pas avoir pris conscience de leur état ou ne le reliaient pas à une cause professionnelle ce qui pouvait participer au refus de l'arrêt.

M2 : « *Au début ils sont quand même dans un frein ou un déni même des fois par rapport au fait que ce soit le travail à l'origine du problème* »

M8 : « *Moi j'ai été surpris de voir plusieurs patients qui étaient complètement éberlués quand je leur ai dit "bah voilà vous êtes en épuisement, vous avez tous les symptômes de l'épuisement"* »

Faire face à la culpabilité du patient

Des patients éprouvaient de la culpabilité par rapport à leur travail et ne souhaitaient pas se mettre en arrêt car ils avaient peur des conséquences professionnelles que cela pourrait engendrer.

M2 : « *Il y a souvent une culpabilité liée au travail donc j'essaie quand même de les dédouaner de la culpabilité* »

M8 : « [...] *parfois ils veulent pas d'arrêt de travail ou ils veulent pas d'arrêt de travail trop long euh parce qu'ils culpabilisent* »

Cette culpabilité semblait plus fréquente chez des patients présentant des traits de personnalité perfectionnistes.

M7 : « [...] au départ elle en voulait très très peu, à la limite elle en voulait pas, elle était à fond dans sa mission entre guillemet et au bout d'un moment on s'est rendu compte que c'était plus une mission, c'était un sacrifice permanent. Elle ramenait même du boulot à la maison le week end pour pouvoir terminer ce qu'elle avait à faire etc »

M8 : « On ne peut pas mettre d'arrêt de travail trop longs euh parce qu'ils culpabilisent... C'est souvent un peu les même profils un peu perfectionnistes un peu "on va se mettre la barre assez haut" euh à ramener du travail chez eux, à finir le week end »

Composer avec les problématiques financières et familiales des patients

Certains patients encore avaient du mal à accepter l'arrêt par rapport à des soucis financiers ou familiaux qui les contraignaient à poursuivre le travail pour ne pas avoir de perte de salaire.

M6 : « Les gens qui sont dans une situation financière compliquée des fois bah ils veulent pas s'arrêter parce que justement ils sont dans une situation financière compliquée »

M5 : « [...] voir eux sur leur vie personnelle si un arrêt de travail ne peut pas impacter surtout au niveau financier et du coup occasionner plus de soucis que de continuer quand même au poste »

3. Ressentir un abus de la part du patient

Il arrivait parfois que les médecins ressentent un bénéfice secondaire lors de la demande de l'arrêt notamment parce que les demandes étaient répétées.

M4 : « Après y a des gens que tu commences à connaître un peu et que tu vois que c'est un peu redondant et là tu te dis euh... Y a des gens c'est hyper justifié et d'autres un petit peu moins justifié »

Aussi, certains praticiens estimaient que des situations de souffrance professionnelle étaient parfois assimilées à tort à un épuisement professionnel par les patients.

M6 : « Alors des fois ça s'entend, des fois j'ai aussi l'impression que chez notamment les très très jeunes, dès qu'on leur fait une réflexion etc c'est pas possible, je sais pas... Y a une incompréhension dès qu'on leur fait une remarque et du coup tout de suite c'est facilement l'arrêt de travail "je suis en burn out" enfin en burn out pour pas grand chose des fois j'ai l'impression »

M7 : « Et puis effectivement après y a incompréhension quelques fois parce qu'effectivement, y a souffrance au travail et souffrance au travail »

4. Craindre d'éventuelles conséquences à la prescription initiale d'arrêt maladie

La peur des arrêts longs et de la difficulté de reprise du travail

Les médecins appréhendaient le risque d'évolution vers des arrêts prolongés, souvent associés à une reprise du travail complexe avec une anxiété de reprise importante de la part du patient.

M1 : « J'en ai toujours au moins un qui est en arrêt depuis 3-4 mois »

M2 : « [...] parce que plus l'arrêt est long, plus tu as une angoisse de reprise qui est importante quoi »

M4 : « la reprise du travail elle va être galère dans tous les cas quoi... »

Craindre la Sécurité sociale

Quelques participants évoquaient une pression de la part de la sécurité sociale, susceptible d'influencer leurs pratiques de prescription d'arrêt de travail, avec en fond la peur d'être puni s'ils prescrivaient trop d'arrêts ou que les arrêts se prolongeaient.

M4 : « Après je me dis toujours - vu qu'il y en a tellement - est-ce que j'ai raison de me dire que la sécu elle va finir par un jour me dire quelque chose ? Je ne sais pas. Est-ce que j'ai raison de penser ce genre de chose ? Je ne sais pas... Bah je me dis que quand même pour le moment ils m'ont jamais rien dit mais euh... J'ai des amis qui ont été convoqués par la sécu pour leur nombre d'arrêts et qui doivent maintenant tout justifier et rendre des comptes donc bah ils sont un peu fliqués et dans la peur de prescrire même quand ils estiment que c'est justifié quoi... Donc bah j'ai pas envie que ça m'arrive ! »

M5 : « On se rend bien compte que quand on initie un arrêt de travail pour épuisement professionnel on sait qu'on va faire face à un arrêt qui peut être très long, du coup on freine un peu vu qu'on se fait taper sur les doigts par la CPAM pour nos arrêts. On se dit "Mince, encore quelqu'un qu'on va mettre en arrêt et qui du coup va avoir besoin d'un arrêt prolongé" »

M7 : « Après c'est vrai qu'on fait tout pour nous culpabiliser parce que c'est nous les méchants, c'est nous qui prescrivons, c'est nous qui coûtons cher »

5. Mettre en place des stratégies pour répondre aux différentes problématiques

Vouloir faire accepter l'arrêt de travail au patient

Les médecins mettaient en œuvre des stratégies visant à améliorer l'acceptation de l'arrêt de travail.

Par exemple, un des médecins décrivait qu'il utilisait des échelles qu'il faisait remplir au patient quand celui-ci semblait dans le déni et que cela permettait au patient de mieux réaliser sa situation.

M8 : « Alors quand ils ont du mal à y croire, on leur fait remplir des échelles d'Hamilton, de Maslach, tout ce qu'on veut et puis là ils se disent "ah oui, quand même je suis en épuisement" »

Un autre expliquait que s'il mettait en avant la fonction thérapeutique de l'arrêt au même titre qu'un médicament, cela permettait une meilleure acceptation de l'arrêt.

M2 : « Je leur explique que l'arrêt de travail est la prescription thérapeutique initiale, c'est à dire que c'est l'équivalent du médicament. Ça leur fait souvent plus facilement accepter le truc »

Prescrire des arrêts de travail initiaux courts

Tous les participants ont déclaré faire des arrêts initiaux courts dont la durée maximale était de quinze jours.

M1 : « Je mets généralement la même durée de 15 jours. Alors bon, parfois ça peut être juste une semaine, même dans des cas isolés ça peut être 2-3 jours s'ils me disent "bon voilà, j'ai besoin de me poser juste un petit peu" »

M2 : « Et souvent bah je mets plutôt court pour voir si l'arrêt a un effet bénéfique entre une ou deux semaines et puis on réévalue et on voit »

M3 : « J'aurais tendance si l'état de santé du patient le nécessite, à mettre un arrêt que j'essaie le plus court possible dans un premier temps euh une quinzaine de jours maximum »

Un arrêt court permettait de réévaluer rapidement l'évolution du patient d'autant plus en cas de prescription de traitement.

M7 : « J'aime bien les revoir à 8/15 jours ça dépend des cas, parce que des fois on initie en même temps un traitement donc j'aime bien un point de retour rapide »

Cela rendait aussi l'acceptation de l'arrêt de travail plus facile chez les patients qui éprouvaient de la culpabilité de s'arrêter.

M8 : « Le premier arrêt de travail toujours de 15 jours en général en leur expliquant que probablement on va prolonger, d'une part ça permet de les revoir rapidement, mais aussi de faire accepter l'arrêt, parce que parfois ils veulent pas d'arrêt de travail ou ils veulent pas d'arrêt de travail trop long euh parce qu'ils culpabilisent »

Pour certains patients dont l'état n'était pas jugé grave, quinze jours d'arrêt pouvaient être suffisants pour retrouver un état compatible avec une reprise.

M2 : « [...] et s'ils sont pas trop à bout, si l'arrêt initial est pas trop long, peut-être qu'ils vont réussir à reprendre aussi »

M4 : « Des fois il y a des gens ils prennent 15 jours, ça leur fait du bien 15 jours et ils reviennent pas forcément te voir »

M6 : « [...] parce que y'en a pour qui par exemple 15 jours ça leur a permis de souffler et puis ils reprennent et puis ça permet de mieux faire accepter l'arrêt »

Expliquer que l'arrêt de travail seul n'est pas suffisant pour aller mieux

L'expérience des médecins leur permettait de repérer et d'appréhender un peu mieux les situations qui pouvaient se prolonger et ils essayaient alors dès le début de l'arrêt de faire avancer le patient en insistant sur le fait que l'arrêt de travail, à lui seul, ne suffisait pas et devait s'inscrire dans une démarche thérapeutique globale.

M6 : « Je leur explique bien que l'arrêt c'est pas la solution, qu'il va falloir essayer de mettre en place des choses pour essayer d'aller mieux. Mais du coup voilà je pose le fait que : "ok là, on met un arrêt de travail, mais on va se revoir et il va falloir essayer de mettre en place des choses" »

III. LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU CENTRE DE LA GESTION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL POUR ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

A. SE RENDRE DISPONIBLE POUR ACCOMPAGNER AU MIEUX LE PATIENT LORS DE L'ARRÊT DE TRAVAIL POUR ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

1. Réévaluer régulièrement

Les médecins généralistes revoyaient souvent les patients en arrêt de travail pour épuisement professionnel et faisaient majoritairement des prolongations courtes d'une quinzaine de jours.

M5 : « Souvent, après le premier arrêt quand je revois les patients au bout d'une semaine ou deux, je continue à faire des petits arrêts euh d'une semaine ou deux en prolongation pour euh continuer à suivre les gens »

M7 : « Mais généralement sur les premières semaines je les vois si pas de façon hebdomadaire au moins tous les 15 jours »

Un des participants cependant estimait que les prolongations devaient être un peu plus longues afin de limiter l'anticipation anxieuse de la reprise, susceptible d'altérer les bénéfices de l'arrêt.

M8 : « [...] ils sont déjà dans l'appréhension de reprendre et là on perd le bénéfice de l'arrêt de travail ou du moins on perd quelques jours de bénéfice parce qu'ils sont déjà en train d'angoisser à l'idée de reprendre, le sommeil se re-perturbe etc. Et donc en général je leur dis "bah là, il faut repartir sur un arrêt d'un mois, on peut pas se revoir tous les 15 jours vous allez stresser à chaque fois qu'on va se revoir" »

Dans un premier temps, les médecins analysaient l'amélioration ou non de l'état psychologique du patient surtout si celui-ci était sous traitement médicamenteux. Les médecins s'accordaient à dire que la prolongation d'arrêt de travail était justifiée tant que l'état psychologique du patient n'était pas stable.

M3 : « [...] j'arrive sur un syndrome dépressif où j'ai une introduction de thérapeutique bon forcément ça va me paraître logique de prolonger jusqu'à temps que je sois consolidé sur la phase d'introduction de traitement et adaptation de la posologie. »

2. Aider à la réflexion du patient

Les médecins accompagnaient le patient dans sa réflexion concernant la reprise professionnelle ; la plupart des participants attendaient au moins la première réévaluation, après que le patient ait pu prendre un peu de recul, pour le faire réfléchir à la suite et envisager de reprendre le travail que ce soit à son poste actuel ou ailleurs. Aborder précocement les perspectives professionnelles permettait de dynamiser la prise en charge et d'orienter vers des solutions adaptées.

M1 : « Quand on arrive voilà à quinze jours et qu'on reprojette à nouveau... Euh... Assez rapidement voilà, je suggère de quand même commencer à réfléchir à la suite. Est-ce qu'il y a un projet de retourner au travail ? Parce que parfois les gens le disent quand même assez rapidement que bah non, ils n'y retourneront pas. Donc auquel cas, voilà, j'incite quand même à trouver une solution »

M2 : « [...] enfin s'ils se rendent compte que ce sera sans solution, bah les coacher entre guillemet pour qu'ils fassent le deuil de ce travail là, pour se réorienter sur autre chose quoi »

M4 : « Il y a des gens qui me disent franchement qu'ils ne se sentent pas la force, qu'ils ne reprendront pas et, dans ces cas là, t'envisages la suite : est-ce que ça sera une rupture conventionnelle ? Voir la médecine du travail pour voir comment on peut faire ? Donc voilà, je l'aborde »

3. Autonomiser le patient

Il était important pour les participants de faire comprendre que leur rôle consistait à gérer la partie médicale et à aider à la réflexion du patient mais qu'ils ne pouvaient pas agir sur la partie professionnelle et sociale du problème. Les médecins expliquaient donc que les démarches administratives (notamment si le patient souhaitait

partir de son travail actuel) et, pour la plupart, la prise de contact avec les autres intervenants médicaux devaient être réalisées par le patient dans l'optique de faire avancer la situation.

M2 : « [...] après sur les fois qui suivent bah, je sais pas dire dans quel délai mais quand ça va être lié au travail, je vais essayer de savoir s'ils peuvent avoir un impact sur leur souffrance au travail. L'arrêt de travail les a extirpés pour moi initialement de la situation anxiogène et après s'ils veulent s'en sortir sur le long terme bah c'est eux qui vont sortir de leur lien professionnel avec ce travail, ça c'est eux qui doivent le faire, c'est pas moi »

B. LA RELATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AVEC LES AUTRES INTERVENANTS

1. Collaborer quand la situation se prolonge

Tous les participants avaient recours à d'autres intervenants médicaux soit directement soit en conseillant au patient de prendre contact quand la situation semblait se prolonger dans le but d'aider à la reprise.

Les médecins voyaient souvent la collaboration comme une organisation triangulaire avec une demande d'aide initiale à la médecine du travail puis, dans un second temps, à la Sécurité sociale.

M1 : « Et après je les oriente vers des partenaires : la médecine du travail voire le médecin-conseil pour essayer un petit peu de voilà, d'anticiper un peu plutôt que de jouer la montre pendant 2 ans »

M3 : « [...] dans ces cas là où je vais prolonger, c'est que j'ai souvent déjà mis la médecine du travail dans la boucle et je vais mettre l'assistante sociale de la Sécurité sociale dans la boucle aussi pour essayer de trouver une solution »

M8 : « [...] euh qu'est-ce qu'on a comme outils pour essayer de les faire reprendre plus vite ? Ça va être euh de s'aider d'autres professionnels de santé, d'être une équipe euh pour les booster »

Certains avaient une démarche assez organisée et contactaient la médecine du travail et la sécurité sociale au bout d'un temps prédéfini.

M1 : « *Au bout de... On va dire six à huit semaines - quand ça commence à durer - je sollicite la médecine du travail pour faire un petit peu le point. [...] dès trois mois en général - alors voilà là je parle vraiment d'un arrêt dit de longue durée - à trois mois je demande une évaluation socio-professionnelle par le service social plus le médecin-conseil de la caisse »*

2. Une aide supplémentaire parfois jugée insuffisante

Médecine du travail

La majeure partie des participants rapportaient que le recours à la médecine du travail était perçu comme facilitant la reprise, notamment via le maintien du lien professionnel.

M1 : « *[...] je sollicite la médecine du travail pour faire un petit peu le point. Puis ça permet aussi au salarié de garder contact un minimum avec le monde du travail »*

Par ailleurs, cela pouvait aboutir à une adaptation de poste ou à une reprise à mi-temps thérapeutique qui permettaient de faire reprendre le patient plus facilement.

M1 : « *[...] on a l'impression qu'il y a quand même une possibilité voilà euh.. en faisant appel à la médecine du travail de pouvoir adapter le poste »*

M7 : « *C'est très bien, on travaille main dans la main et puis on essaie de voir des possibilités de reprise à temps partiel »*

Quelques participants cependant estimaient que la médecine du travail fournissait peu de solutions pour accélérer la reprise.

M6 : « *Envoyer au médecin du travail euh oui... Alors c'est pas très contributif souvent euh, en tout cas c'est une des stratégies mais c'est vraiment une problématique »*

Sécurité sociale et médecin-conseil

Certains médecins se sentaient épaulés par la Sécurité sociale quand ils prenaient contact pour demander de l'aide pour un patient notamment pour communiquer de manière plus efficace avec la médecine du travail et apporter un soutien au patient sur le plan social.

M1 : « *Après le médecin-conseil peut lui de son côté appuyer la médecine du travail enfin voilà, je le vois vraiment comme une triangulaire quoi* »

M2 : « *Moi je pense que la Sécurité sociale a quand même développé pas mal d'outils qui peuvent nous aider, en tout cas moi je me sens plus épaulée qu'au début de mon installation. Le service social est hyper réactif et ils essaient de trouver des solutions avec la médecine du travail* »

Beaucoup soulignaient cependant une impression que l'aide apportée était limitée et que l'arrêt restait en général en place sans modification de la prise en charge.

M4 : « [...] *ils voient le médecin de caisse et la plupart du temps ils disent "bon bah c'est tout c'est justifié euh... on change rien"* »

M6 : « *Bah t'façon la sécu, j'ai l'impression qu'à chaque fois ils disent aux gens de continuer les arrêts "oui c'est justifié". Fin voilà, il y a de bonnes intentions mais en pratique on n'est pas aidé donc c'est compliqué* »

Il était aussi rapporté des divergences d'évaluation avec la sécurité sociale

M1 : « *Après comme je le disais voilà, j'ai voulu à plusieurs reprises passer la main au médecin-conseil mais il me disait "arrêt de travail justifié", donc c'est tout, alors que bon ça aurait pu...* »

M6 : « *Le pire c'est les fins de carrière. Alors là c'est une catastrophe parce que tu les remets jamais au travail et quand tu les envoies à la sécu, la sécu te dit "Bah oui mais du coup là il est trop proche de la retraite donc c'est tout, du coup on le met pas en invalidité". Donc c'est tout, j'en ai deux comme ça et ils m'ont dit de continuer l'arrêt donc c'est pas très logique mais bon* »

Psychologue et psychiatre

Les médecins conseillaient souvent un soutien psychologique au minimum.

L'accès au psychiatre était surtout requis si le patient ne présentait pas d'amélioration significative de son état psychologique sous traitement anti-dépresseur.

M3 : « *Si c'est un problème au travail j'essaie de dire au patient de voir avec la médecine du travail s'ils ont un psychologue du travail parce qu'il y a des structures où ils en ont et où ça marche plutôt bien. Sinon voilà euh je les oriente vers le dispositif mon psy en sachant que voilà... Ou un psychologue privé. Je conseille un suivi psychologique si besoin et psychiatre que si j'en ressens le besoin sur le plan médical mais je le fais rarement* »

M7 : « *Bien souvent je tente d'orienter auprès de confrères psychiatres, le CMP de X est très bien pour ça à divers niveau parce que d'abord le patient est accueilli par une infirmière ou infirmier psy ensuite psychologue si besoin et ensuite le psychiatre si nécessaire et à partir de là c'est dans un cadre, et dans un cadre qui me soutient* »

3. Un sentiment de solitude sous-tendu par des difficultés de communication avec les intervenants

Les médecins généralistes étaient les piliers centraux de la collaboration avec médecine du travail et sécurité sociale, cependant, ils déploraient une communication bancal avec des échanges souvent unilatéraux.

Les difficultés de communication avec la médecine du travail

Les médecins généralistes communiquaient avec la médecine du travail directement par écrit ou indirectement en conseillant au patient de prendre rendez-vous de manière

autonome sans adressage par courrier. Quasiment tous les participants ont évoqué qu'ils n'avaient jamais de retours écrits de la médecine du travail et donc qu'ils ne connaissaient pas le contenu des consultations en dehors des résumés oraux que le patient pouvait faire.

M3 : « *Nous quand on fait un courrier, ils nous répondent pas forcément, je dirais même que dans 90 % des cas on n'a pas de réponse, on n'a pas de courrier écrit en tout cas. Ils disent aux patients "bah vous direz à votre médecin généraliste euh le compte rendu de votre consultation" »*

M4 : « *Alors médecine du travail alors moi, bah peut être que mes collègues les ont un peu plus au téléphone, mais moi je les ai jamais eus au téléphone, et déjà j'ai jamais eu de courrier. En général c'est les patients qui viennent me voir en disant que c'est la médecine du travail qui leur a dit qu'il fallait qu'ils restent en arrêt ou autre »*

M6 : « *On n'a pas trop d'échanges euh fin c'est... Je ne fais pas de courrier au médecin du travail sauf exception que je remets au patient bien sûr pour qu'il lui donne »*

Ils expliquaient la difficulté de les avoir au téléphone car le secret médical obligeait l'accord du patient et qu'il n'était pas aisé de trouver les coordonnées de la médecine du travail dont dépendait leur patient.

M5 : « *Enfin à la fac on nous a dit qu'il faut pas contacter la médecine du travail si on n'a pas l'accord du patient et on peut pas le contacter si on n'a pas le patient en face de soi, donc c'est vrai que j'ai jamais encore osé appeler »*

M6 : « *Et puis on a toujours le secret médical donc on peut pas non plus appeler le médecin du travail sans l'accord du patient »*

Les difficultés de communication avec la sécurité sociale

La messagerie sécurisée en ligne via laquelle les médecins généralistes peuvent contacter directement la sécurité sociale sur la plateforme Amelipro ne faisait pas l'unanimité. Certains trouvaient son utilisation fastidieuse, d'autres déploraient le fait de ne pas pouvoir contacter directement un médecin-conseil par téléphone.

M6 : « Les médecins-conseils ils sont injoignables par téléphone, j'ai voulu le faire là récemment pour un patient où je sentais l'arrêt long et j'en pouvais plus et ils répondent pas donc comme ça c'est réglé, ils m'ont dit de contacter via la messagerie sécurisée et j'ai toujours pas de réponse »

M8 : « Avec la Sécu on a des échanges médicaux sécurisés comme on appelle euh ... Qui sont ce qu'ils sont, qui sont ce qu'il faut, qui sont moins bien qu'avant pour rien qu'un côté pratique on va dire tout bête, sur leur nouveau site, on peut plus accéder directement aux échanges médicaux sécurisés euh avant on avait un accès direct, on cliquait tac, on avait les messages de la caisse »

Quelques-uns des participants trouvaient au contraire que la messagerie en ligne était pratique et rendait les échanges plus aisés.

M1 : « Pour le médecin-conseil c'est assez facile parce que par le biais du portail Amelipro on a une messagerie. Encore aujourd'hui j'ai eu recours à cette messagerie pour un patient et ça permet d'être recontacté »

Les échanges étaient souvent initiés directement avec les patients, sans retour vers le médecin généraliste.

M2 : « Les patients ils sont souvent contactés par la CPAM. Ça m'est déjà arrivé d'avoir des contacts via la messagerie mais c'est vraiment à la marge on va dire »

M4 : « En général soit ils sont convoqués par la Sécu et la Sécu dit euh... Enfin j'ai pas de courrier non plus donc les gens me disent que soit il y a une assistante de la Sécu ou une infirmière qui a réévalué ou des fois ils voient le médecin de caisse »

La crainte de la Sécurité sociale pouvait aussi être un frein supplémentaire à la communication. Un des médecins interrogés expliquait notamment qu'il ne se sentait pas libre d'envoyer des messages à la Sécurité sociale car il avait peur que l'issue soit une reprise forcée et qu'il se sente par conséquent déloyal envers son patient.

M4 : « [...] mais que ça soit fait de manière euh... innocente sans forcément avoir l'impression que je trahis le patient en envoyant un message au médecin de caisse et puis en disant au médecin de caisse : "bah voilà, moi je plafonne mais c'est mon patient donc c'est difficile de casser l'arrêt et j'ai besoin de vous sur ce coup là" »

Enfin, le manque de temps pouvait aussi expliquer que certains médecins ne rentrent pas en contact avec les médecins-conseils.

M7 : « Alors on a inventé une messagerie électronique que j'utilise jamais parce que j'ai jamais le temps donc ouais j'ai aucun contact on va dire, et téléphonique, oui bah pareil »

C. UN SENTIMENT D'IMPUISSANCE

1. Se sentir en difficulté lors des longs arrêts de travail

Les médecins pouvaient se sentir enlisé dans des situations d'arrêts prolongés sans perspective de reprise malgré l'aide demandée, ce qui renforçait aussi le sentiment de solitude.

M1 : « Je me suis retrouvé dans des situations qui durent et où je suis complètement bloqué et où le problème dure, dure, dure... Puis au final voilà, quand on bouchonne c'est toujours nous hein... On prolonge, on prolonge, on prolonge »

2. Avoir un rôle limité

Les médecins insistaient sur le fait que leur métier consistait à gérer la partie médicale mais que tout ce qui était d'ordre professionnel ou social était hors de leurs compétences.

M7 : « Je fais qu'un boulot moi hein je soigne les gens, je sais pas faire autre chose. Moi le social, ça fait pas partie de mes attributions ou bien il faudrait me mettre quelqu'un à côté de moi qui soit assistante sociale et qui donne les orientations »

Ils pouvaient parfois ressentir de la frustration lorsqu'ils estimaient que de l'aide supplémentaire pouvait être apportée mais qu'ils n'avaient pas la possibilité de déclencher cette aide.

M1 : « *Mon pouvoir d'action est limité, je veux dire à part la traiter et lui prescrire un arrêt de travail, je n'ai pas d'autres leviers pour faire bouger les choses, alors que parfois ces leviers ils existent, mais ils sont pas entre mes mains* »

3. Être dépendant de l'administratif

La problématique financière

Un nombre important de patients qui venaient pour une problématique initiale d'épuisement souhaitaient à terme quitter leur poste voire se réorienter, ce qui posait ensuite souvent le problème de la négociation du départ avec l'employeur.

En effet, les patients souhaitant partir de leur poste ne voulaient pour la plupart pas démissionner car cela impliquait de ne pas avoir d'indemnités chômage ce qui n'était pas envisageable financièrement.

M1 : « [...] *mais voilà elle était un peu coincée parce que si elle démissionnait forcément elle perdait tout, c'est une jeune maman d'une famille monoparentale avec une petite fille de 4 ans donc elle avait pas la possibilité de pouvoir démissionner sans avoir d'indemnités par France Travail* »

La rupture conventionnelle

Dans les situations où le patient ne voulait pas revenir à son poste, il était très rare qu'il lui soit accordé une rupture conventionnelle. L'arrêt était souvent prolongé jusqu'à ce que la médecine du travail statue sur une inaptitude.

Tout cela demandait beaucoup de temps et les médecins généralistes devaient alors prolonger l'arrêt en attendant que les différents échanges aient lieu.

M2 : « Après l'administratif c'est des fois tellement galère enfin j'ai l'impression en tout cas, après j'sais pas je suis pas au téléphone avec les employeurs, mais souvent t'as un peu le jeu de la demande de rupture conventionnelle mais c'est refusé et du coup après le médecin du travail il rentre là dedans pour dire s'il fait une inaptitude temporaire, un licenciement pour inaptitude.

Des fois c'est long juste pour ces échanges là quoi »

M3 : « Moi ça m'est déjà arrivé de me retrouver avec des arrêts maladie qui sont prolongés faute de trouver une solution avec l'employeur avec des ruptures conventionnelles qui ne sont pas acceptées »

M8 : « [...] euh mais bon on sent bien qu'il y a des patients qui retourneront jamais et si effectivement l'employeur veut pas faire de rupture conventionnelle, euh si le médecin du travail attend un peu pour faire l'inaptitude, c'est vrai que ça peut durer un moment »

Différentes émotions s'entremêlaient par rapport à ces situations : certains exprimaient de la frustration de devoir prolonger l'arrêt alors qu'ils estimaient que cela n'était plus d'ordre médical, d'autres se sentaient prisonnier de cet engrenage administratif ; enfin il existait aussi le sentiment d'avoir raté la prise en charge des patients qui finissaient en inaptitude.

M3 : « Voilà parfois on est un peu pris en otage dans une situation. C'est compliqué de renvoyer des gens au travail s'ils sont dans un mal-être, mais je pense, enfin en tout cas j'ai en tête plusieurs situations où c'était des ruptures conventionnelles qui n'étaient pas acceptées »

M6 : « Parce qu'en fait souvent, fin c'est même quasiment tout le temps, y a un moment c'est plus d'ordre médical et c'est même d'ordre professionnel et en fait du coup l'arrêt bah pfff on est là à faire un papier pour juste quelqu'un qui n'aime plus son boulot et qui ne le quitte pas parce que bah il a des crédits à payer »

M8 : « [...] après voilà on se doute bien que ça va se terminer en...
Bon alors rupture conventionnelle on n'y croit pas mais en inaptitude par le médecin du travail mais c'est un peu des échecs quand même en soit »

4. Manquer de moyens et de personnel médical

Quelques médecins évoquaient aussi un retard de prise en charge des patients dû à des délais importants de consultation avec la médecine du travail.

M5 : « C'est vrai qu'on est confronté à des patients qui disent
"bah non, y a pas de médecin du travail ou j'arrive pas à avoir de rendez-vous" »

Un des participants parlait plus en détail du manque de médecins du travail qui pouvait expliquer à la fois les longs délais de consultation mais aussi un possible épuisement de la part de ces médecins et donc une moins bonne prise en charge du patient.

M8 : « [...] et puis d'autres confrères qui sont certainement débordés et qui sont peut-être eux-mêmes en épuisement hum... J'en parle parce que c'est le cas d'une patiente qui m'a dit y a pas longtemps "je suis allée voir le médecin du travail mais il avait l'air débordé et au final il m'a rien apporté comme solution et il avait l'air épuisé aussi". Bref, tout ça pour dire que oui, comme il en manque aussi des médecins du travail »

Il était aussi mentionné à plusieurs reprises le manque de recours psychologiques et psychiatriques qui pouvait être à l'origine de l'augmentation du nombre de consultations pour épuisement professionnel chez le médecin généraliste d'une part mais aussi un retard dans la prise en charge des patients qui avaient besoin de ces consultations pour pouvoir améliorer leur état psychologique et envisager de reprendre le travail dans de bonnes conditions.

M2 : « Je pense qu'il y a une moins bonne prise en charge psychologique euh enfin une dégradation du système psychiatrique public aussi, enfin il y a peut être moins de gens qui sont pris en charge qui l'étaient peut-être avant »

M8 : « C'est vrai qu'en fait raccourcir une durée de prise en charge d'un patient ça veut dire mieux le soigner hein tout simplement donc là au jour d'aujourd'hui où il manque des médecins, il manque des psychiatres, des psychologues y en a mais des fois on va dire aller les bons psychologues sont quand même difficiles aussi à toucher »

Un autre frein à la prise en charge psychologique relevé par les participants était le prix des consultations.

M8 : « Et puis il y a le prix bien sûr, le prix d'un psychologue au jour d'aujourd'hui euh on a une dame ici à X qui travaille très très bien mais bon c'est quasiment entre 80 et 100 euros la séance, c'est pas tout le monde qui peut effectivement se payer la consultation. Et les psychologues qui sont conventionnés avec le système "monparcourspsy" là, c'est des psychologues qui prennent moins le temps forcément, y a rien de parfait quoi »

D. LA RELATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AVEC LE PATIENT

1. Avoir peur d'abîmer la relation avec le patient

Les médecins étaient parfois tiraillés entre vouloir faire avancer la situation et vouloir conserver une relation thérapeutique privilégiée avec le patient.

Il a déjà été mentionné qu'il pouvait exister la crainte de trahir son patient en expliquant sa situation à la Sécurité sociale.

En dehors de cela, mettre fin à l'arrêt pouvait être source de culpabilité de la part du médecin généraliste même s'il estimait qu'il n'existait plus de raison de poursuivre cet arrêt.

M4 : « Je suppose qu'il y a des médecins, ils ont pas d'état d'âme et ils disent "oh bah c'est tout, c'est plus justifié, on arrête". Moi des fois je me dis, c'est pas si facile de les remettre au travail, de leur dire "bon bah c'est tout, je trouve que c'est plus justifié" »

2. Se sentir utilisé par le patient

Plusieurs participants ressentait un bénéfice secondaire chez des patients pour lesquels l'arrêt se prolongeait ou avaient l'impression à posteriori d'avoir été trompés sur la situation du patient. Ces situations, bien que rares, pouvaient générer un sentiment d'instrumentalisation.

M4 : « Des fois tu te demandes si les gens ils se complaisent pas un peu dans leur arrêt de travail »

M5 : « Comme les patients qui sont proches de la retraite et on les met en arrêt, on prolonge on prolonge et au final on les voit plus... Et on les revoit 6 mois après et ils disent "Oh bah non en fait euh bah je suis en retraite" et ça avait pas forcément été mentionné »

Un des participants relatait la difficulté de la prise en charge dans ces cas là car il se sentait dans l'obligation de prolonger même s'il n'avait pas l'impression que l'arrêt était justifié par peur d'engager sa responsabilité en cas de problème lors de la reprise du travail.

M6 : « Finalement même si au fond de nous des fois on est persuadés qu'il se fout de nous - parce qu'il y en a clairement qui profitent - le problème c'est que quand il vient en face de toi au cabinet, qu'il te dit que là, dès qu'il va au travail, il a des angoisses et il a envie de se tirer une balle, comment tu peux justifier de dire "bah non, il faut que vous repreniez le boulot quoi" et que le lendemain il aille se tirer une balle et niveau responsabilité qui va être accusé, là clairement, ça sera toi »

IV. UNE VOLONTÉ DE CHANGEMENTS POUR DIMINUER LE NOMBRE D'ARRÊTS MALADIE POUR ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ET FACILITER LA REPRISE DU TRAVAIL

A. VOULOIR PLUS D'AIDE SUR LE PLAN MÉDICO-SOCIAL

1. Travailler la communication entre les intervenants médicaux

La communication avec les autres intervenants médicaux constituait l'axe d'amélioration principal évoqué par les participants et apparaissait comme l'un des points les plus facilement perfectibles.

Un des médecins évoquait notamment une nouvelle plateforme qui était en cours de développement et qui permettrait d'avoir plus facilement les contacts des différents médecins du travail. Un autre soumettait l'idée d'une plateforme unique de communication entre les différents professionnels de santé pour centraliser tous les échanges.

M3 : « *Moi je dirais aujourd'hui ce qui nous bloque peut-être plus c'est le contact avec la médecine du travail* »

M5 : « *[...] mais il y a un médecin généraliste qui est en train de mettre en place une plateforme sur laquelle sera répertoriés tous les médecins du travail. On pourra en fait se connecter avec l'accord du patient avec la carte vitale et on pourra accéder avec ses coordonnées à la médecine du travail et on pourra échanger également avec la médecine du travail à terme* »

M8 : « *Le problème c'est que maintenant y a presque trop de messageries et du coup personne qui est sur une messagerie unique de santé qui permettrait peut-être de regrouper les échanges et faciliter les échanges. Ça, ça aurait été quelque chose qui aurait dû être mis en place, statué plutôt que voilà faire messagerie de santé sécurisée d'apicrypt, du doctolib, du voilà... On se dit finalement une seule messagerie pour que tout le monde puisse échanger les informations ça serait peut être aussi mieux* »

Certains médecins parlaient de leur volonté d'échanges directs par téléphone avec la Sécurité sociale afin d'améliorer la prise en charge.

M4 : « [...] mais c'est vrai que des fois ça serait peut-être bien d'être plus en lien par téléphone avec les médecins de caisse et de réévaluer ce qu'on fait d'un arrêt »

M6 : « [...] déjà avoir une ligne directe avec la sécurité sociale pour qu'on puisse les contacter et euh éventuellement aboutir vraiment à "on arrête les prolongations etc" »

2. Instaurer un suivi obligatoire avec les autres intervenants

Les médecins souhaitaient que le patient soit plus entouré par les autres intervenants ; certains proposaient des convocations systématiques après une durée définie d'arrêt de travail auprès de la médecine du travail et de la Sécurité sociale ce qui pourrait permettre une meilleure coordination des soins et faciliterait la reprise du travail.

M5 : « Moi ce que je trouverais top c'est qu'il y ait au moins une convocation auprès de la médecine du travail et que ça soit obligatoire après une certaine durée d'arrêt de travail et auprès du médecin de la sécu »

Lorsque l'arrêt était prescrit, un des participants estimait qu'un suivi social rapide et obligatoire pourrait limiter le risque de chronicisation des arrêts.

M7 : « Contrairement au Canada où au bout de 8 jours d'arrêt de travail, il y a une assistante sociale qui se déplace au domicile du patient, qui essaie de comprendre ce qui se passe pour éviter la chronicité, nous on lâche un petit peu trop vite le lest »

B. VOULOIR PLUS D'AIDE AU GLOBAL

1. Plus de prévention

Certains médecins soumettaient l'idée d'augmenter la prévention au travail pour permettre au patient d'être informé à la fois des mesures à mettre en place pour éviter au maximum l'épuisement professionnel mais aussi des premiers symptômes pour pouvoir consulter plus rapidement.

M8 : « *Et puis après que les gens soient aussi peut-être informés un peu plus du risque d'épuisement, du risque de burnout, est-ce qu'il y a suffisamment d'informations dans les différents corps de métiers pour sensibiliser les gens à l'épuisement ?* »

Un des participants rapportait l'existence d'ateliers proposés par la Sécurité sociale visant à améliorer l'estime de soi et à favoriser la reprise professionnelle, perçus comme bénéfiques.

M2 : « *Après pour le reste moi directement pas forcément mais les patients ils sont souvent contactés par la CPAM quoi, des fois ils proposent même des ateliers pour favoriser la reprise du travail. Bah les fois où il y avait les ateliers là, tu les arrêtais pour souffrance au travail et ils allaient à ces ateliers, je voyais que ça les aidait, j'avoue que eux, ils avaient l'air d'aller plus vite mieux et potentiellement tu les remettais au travail plus vite.*

2. Un changement professionnel et administratif

Les médecins espéraient voir des changements au niveau du monde du travail mais aussi en rapport avec les modalités administratives bien qu'ils aient conscience que cela semblait difficile et hors de leur champ d'action.

La question de la rupture conventionnelle

Un accès facilité à la rupture conventionnelle pourrait selon les participants limiter certains arrêts longs.

M3 : « *Enfin ça c'est pas à notre niveau mais peut être revoir les facilités sur les ruptures conventionnelles parce que parfois les gens ne cherchent pas forcément à rester mais ils ne veulent pas faire une démission qui va impliquer plein d'autres problèmes alors qu'une rupture conventionnelle c'est beaucoup plus simple* »

L'organisation professionnelle

Les techniques actuelles de gestion du personnel en entreprise étaient perçues comme responsables d'une grande partie des burnout et les médecins pensaient qu'un changement à ce niveau participerait à réduire le nombre d'épuisements.

M8 : « *C'est vrai qu'à la base il faut un management plus empathique et pas à l'américaine où c'est toujours plus et puis quand vous êtes cuit, on vous change donc si on veut améliorer les choses, il faudrait déjà plus d'humanité dans le boulot, plus de reconnaissance aussi plutôt que du "toujours plus, toujours plus"»*

V. MODÉLISATION DES RÉSULTATS

(À retrouver sur les pages suivantes)

Figure 1 : Arrêt Initial

Figure 2 : Gestion de l'arrêt

ARRÊT INITIAL

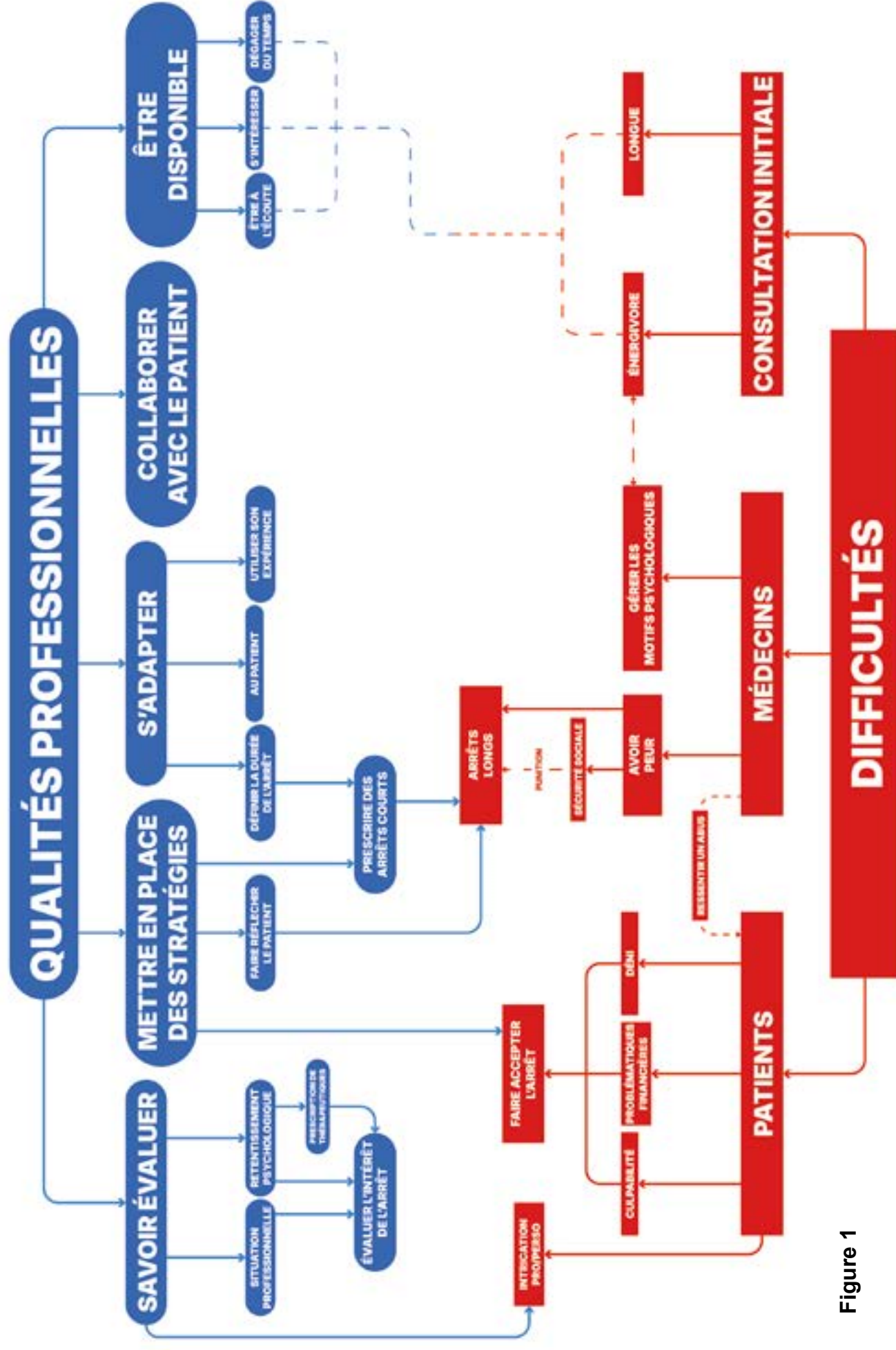


Figure 1



LÉGENDE :

DISCUSSION

I. ANALYSE DES RÉSULTATS

A. LE DIAGNOSTIC ET L'ÉVALUATION DU BURNOUT POUR PRESCRIRE L'ARRÊT MALADIE

1. La consultation initiale pour burnout

Dans la littérature, le diagnostic précis du burnout semble poser problème car il n'existe pas de critères diagnostiques consensuels ni de définition clinique unique (21).

De plus, le chevauchement avec des troubles comme la dépression ou les troubles anxieux complique la distinction clinique (22) (23) .

La principale difficulté diagnostique rapportée par les médecins généralistes de l'étude concernait les consultations pour des motifs non spécifiques (fatigue, troubles du sommeil, plaintes somatiques) chez des patients ne verbalisant pas spontanément un lien avec le travail. Ce constat est retrouvé dans la littérature : les pathologies en lien avec l'exposition à un stress s'expriment fréquemment par des symptômes aspécifiques, rendant leur repérage difficile en soins primaires (24).

En France, les recommandations de la HAS insistent sur une évaluation globale, centrée sur le contexte professionnel et les symptômes, sans proposer d'outil diagnostique de référence ni de seuil formel permettant de poser un diagnostic de burnout (14). Elles précisent que l'utilisation d'échelles est possible mais qu'aucune n'a été validées pour le diagnostic et qu'elles servent plus précisément à évaluer la sévérité du trouble (25) (26).

Il semble assez difficile de réussir à uniformiser les prises en charge cliniques devant une entité qui n'est pas considérée en tant que maladie et qui est à la croisée de facteurs individuels, organisationnels et psychosociaux.

En dehors des éventuelles difficultés diagnostiques évoquées, les médecins généralistes (MG) de l'étude consacraient du temps à l'écoute et réalisaient un interrogatoire approfondi portant sur l'environnement professionnel et le retentissement sur l'état de santé du patient. Tout comme les praticiens participants, les études montrent que pendant la consultation initiale, les MG font preuve de ressources professionnelles et ont une vue holistique lors de l'évaluation du patient et de ses capacités à poursuivre ou non son activité professionnelle (27).

2. La prescription de l'arrêt de travail initial

Les plaintes difficilement objectivables et l'absence de standardisation des pratiques sont des difficultés largement évoquées dans les études scientifiques par les médecins généralistes lors du processus de prescription d'arrêts maladie (28) (29).

Malgré l'absence de recommandations, les MG de l'étude avaient une pratique assez homogène en prescrivant des AM initiaux courts de maximum 15 jours avec des réévaluations fréquentes. Ils s'adaptaient aux différentes situations et mettaient en place des stratégies pour faire accepter l'arrêt de travail.

Certains médecins rapportaient une tension entre leur rôle de défenseur du patient et leur responsabilité vis-à-vis de la société et des institutions de régulation.

Des travaux issus notamment des pays nordiques et du Royaume-Uni soulignent que les praticiens peuvent ressentir une pression implicite à limiter les prescriptions d'arrêts de travail, ce qui entre en conflit avec leur volonté de répondre à la souffrance exprimée par le patient (30) (31).

B. L'ARRÊT QUI SE PROLONGE : DANS QUELLE MESURE EST-CE VRAIMENT UN PROBLÈME ?

1. La durée des arrêts maladie pour épuisement professionnel

Il est difficile d'estimer en France la durée moyenne d'interruption de travail pour burnout car il n'est pas précisé l'origine professionnelle de l'AM sur le certificat. De

plus, peu de troubles psychiques en lien avec le travail sont déclarés et reconnus en accident de travail/maladie professionnelle (AT/MP); ceux-ci n'étant pas inscrits sur la liste des maladies professionnelles. Cependant, ils peuvent être reconnus en AT/MP après enquête s'il est établi que la pathologie est essentiellement et directement causée par le travail et qu'elle a entraîné une incapacité permanente partielle égale ou supérieure à 25 % (32).

Si l'on regarde la littérature européenne, une étude allemande incluant plus de 50 000 patients atteints de burnout entre 2020 et 2022 a estimé que la durée moyenne de leur AM était de 36,2 jours (33); les recherches montrent en outre que les patients souffrant d'épuisement professionnel sont plus à risque d'AM de longue durée (34).

Plusieurs études montrent que le degré de burnout est associé à la durée des arrêts maladie, suggérant une relation dose-effet entre sévérité des symptômes et désinsertion professionnelle (35) (36).

2. Conséquences de l'arrêt de travail long

Le lien entre arrêt de travail de longue durée et désinsertion professionnelle est maintenant bien connu; dans un rapport de 2015 de la DREES, il est estimé qu'après seulement un mois d'arrêt de travail, 15,1 % des femmes et 11,4 % des hommes sont au chômage l'année suivante (versus 7 % et 4 % pour les salariés n'ayant pas eu d'arrêt de travail) (37). Ceci augmente proportionnellement avec la durée de l'arrêt de travail (18,9 % des femmes et 14,2 % des hommes après deux mois d'arrêt de travail) (37).

Les conséquences financières sont aussi importantes, les arrêts longs de plus de six mois représentent seulement 7 % des arrêts, mais 45 % de la dépense d'indemnités journalières maladie (38).

Les médecins de l'étude avaient conscience de ces enjeux et faisaient en sorte, dès la première consultation ou assez tôt lors des premières réévaluations, de lutter

contre l'arrêt de travail long en cherchant rapidement à savoir ce qui était envisagé sur le plan professionnel par le patient et en expliquant qu'il était important de mettre en place des mesures complémentaires lors de l'AM pour espérer un retour à l'emploi plus rapide et serein. Ils orientaient facilement vers un suivi psychologique et sollicitaient de l'aide supplémentaire auprès des autres intervenants médicaux.

Malgré tout cela, les situations d'arrêts prolongés semblaient fréquentes et faisaient ressortir beaucoup d'impuissance et de solitude chez le MG.

C. RELATION AVEC LES AUTRES ACTEURS DE LA GESTION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL DANS L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

1. Médecine du travail

Si le MG évalue la situation et aide à l'amélioration de l'état de santé du patient avec différents outils thérapeutiques, le médecin du travail quant à lui possède une connaissance fine du poste, des contraintes professionnelles et des possibilités d'aménagement. Une collaboration entre médecin du travail (MT) et MG paraît essentielle car le retour au travail dépend moins de la seule amélioration médicale que de l'adéquation entre capacités fonctionnelles et exigences du poste.

Cependant, une des difficultés principales rapportées par les médecins de l'étude lors de la gestion de l'arrêt de travail pour épuisement professionnel était la communication entre les différents intervenants médicaux en particulier avec la médecine du travail. Les données de la littérature sur le sujet mettent depuis longtemps l'accent sur ces difficultés d'échange d'informations notamment pendant les arrêts de travail (39) (40).

Parmi les facteurs limitants la communication, on retrouve une méconnaissance des fonctions du MT, des priorités différentes entre les 2 professions, et le manque de temps notamment (41).

En France, le patient est l'intermédiaire entre MG et MT ; le MT n'étant pas considéré comme faisant partie « de l'équipe de soin » du patient comme définit par l'article L.1110-12 du code de la santé publique (42). Un échange direct des informations de la part du MG au MT ou inversement peut donc avoir des implications légales si le patient décide de porter plainte par la suite ce qui peut s'avérer être un frein à la transmission d'informations.

Les MG de l'étude étaient en faveur d'une meilleure qualité d'échanges ce qui va dans le sens des données de la littérature. Une recherche anglaise de 2012 montre que 99.5 % des MG interrogés étaient favorables à avoir plus d'informations de la part des médecins du travail et que 92 % souhaitaient une communication par courriers systématiques (43).

Une communication via courriers remis au patient de manière systématique pourrait être un premier objectif pour améliorer les échanges entre ces deux spécialités.

2. Médecins-conseils

Certains médecins généralistes soulignaient une augmentation de l'aide apportée de la part de la Sécurité sociale depuis plusieurs années pour la prise en charge du patient en arrêt de travail pour burnout ; à contrario, certains ressentaient une contribution minime des médecins-conseils (MC) dans ce processus mais aussi une peur d'être puni par rapport à leur prescription d'arrêts de travail.

La littérature retrouve une collaboration non optimale et une difficulté d'échanges avec les MC lors des arrêts de travail (44). Il n'existe pas à notre connaissance de recherche française sur le sujet en dehors de travaux de thèse, il serait intéressant de creuser le sujet surtout lorsque l'on connaît la singularité du système d'Assurance maladie français.

3. Décentraliser la position du médecin généraliste

Les médecins généralistes de l'étude ne souhaitent plus être les seuls acteurs « non négociables » de la gestion des AM pour épuisement professionnel et insistent sur l'instauration d'un suivi obligatoire pour les patients à la fois par les services sociaux et par la médecine du travail.

Concernant le suivi par la médecine du travail pendant l'arrêt de travail, la loi française relative à la santé au travail du 2 août 2021 (45) a renforcé le recours à la visite de pré-reprise auprès de la médecine du travail. Cette consultation peut être sollicitée par le salarié, le médecin traitant, le médecin-conseil de l'assurance maladie ou le médecin du travail lui-même. Elle peut être proposée dès 30 jours d'arrêt de travail et constitue un dispositif non obligatoire, visant à anticiper les conditions de reprise et à faciliter le retour au travail dans des conditions adaptées.

Son effet sur un retour au travail plus rapide et dans de meilleures conditions n'a pas spécialement été étudié, il apparaît cependant que la plupart des mesures discutées lors de la visite de pré-reprise sont effectivement mises en place lors de la visite de reprise au retour à l'emploi du patient (46).

Il semble difficile d'imposer une visite obligatoire de pré-reprise après un certain temps d'AM pour tous les patients (cancer en cours de traitement par exemple) notamment dans un contexte de pénurie de MT, mais la promotion de la visite de pré-reprise actuelle par les MG pourrait être améliorée (47).

Le suivi social par le service social de l'Assurance maladie n'est pas non plus obligatoire lors d'un arrêt de travail et se fait sur demande du patient en appelant le 3646 ou en ligne via le compte Ameli (48). Aucune étude n'a été retrouvée identifiant l'impact du suivi social sur le retour à l'emploi dans un contexte de burnout.

D. DES FREINS AU RETOUR DU TRAVAIL D'ORDRE ADMINISTRATIF ET PROFESSIONNEL

1. Les longueurs administratives

Les MG relataient qu'une partie des AM pour épuisement professionnel était poursuivie car le poste actuel étant la cause du mal-être des patients ; beaucoup ne souhaitaient pas reprendre le travail sous les mêmes conditions qu'auparavant ou voulaient totalement changer de lieu de travail. Cela impliquait alors de longues discussions entre patient/employeur/médecin du travail pour trouver un accord sur les conditions de reprise ou de départ du poste. Le MG n'était pas acteur de ces discussions et servait alors de « garde administratif » qui renouvelait l'AM en attendant l'issue.

Ces longueurs administratives sont aussi relevées comme des difficultés dans la littérature explorant le processus de prescription d'AM tout comme les délais d'attente pour les consultations avec les autres intervenants médicaux (49).

2. L'environnement professionnel

Les médecins de l'étude ont bien soulevé que la base du souci était professionnelle et dépendait fortement des techniques de gestion du personnel au travail et de l'évolution sociétale observée depuis plusieurs dizaines d'années. Sur ce point, ils exprimaient leur manque de pouvoir d'action et déploraient que ces problèmes soient médicalisés de cette manière avec comme « solution » la prescription d'arrêt maladie pour palier à des manquements professionnels et sociétaux.

Il est aussi décrit dans la littérature que l'environnement professionnel est un facteur essentiel pour un retour au travail plus rapide et dans des conditions optimales (50) (51) ; environnement sur lequel le MG n'a pas d'influence.

II. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

A. FORCES DE L'ÉTUDE

La force principale de cette étude réside dans le fait qu'il s'agit de la première étude qui cible spécifiquement la prescription et la gestion de l'arrêt de travail par les MG dans un contexte de burnout. La plupart des travaux de recherche sur l'épuisement professionnel en médecine générale se focalisent sur le diagnostic ou alors sur la prise en charge globale de l'épuisement professionnel.

L'échantillon est diversifié mais reste pour autant homogène avec 8 médecins généralistes et nous a permis d'atteindre la suffisance des données, essentielle pour la validité de notre étude.

Tous les entretiens ont été réalisés en présentiel ce qui a permis une plus grande spontanéité et fluidité lors des échanges mais aussi l'analyse du langage corporel des participants.

La totalité des entretiens a été enregistré avec un double dispositif d'enregistrement pour éviter toute perte de données.

L'analyse des données a été réalisée de manière itérative, c'est-à-dire que chaque entretien a été codé après son enregistrement et avant l'entretien suivant, ce qui a permis de modifier au fur et à mesure le guide d'entretien pour plus de pertinence

Les données ont ensuite été triangulées pour la plupart des entretiens entre le chercheur et la directrice de thèse.

Nous avons confronté cette étude aux 32 critères de scientificité de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (Annexe 3).

B. LIMITES DE L'ÉTUDE

La principale limite de cette étude tient au manque d'expérience du chercheur, pour qui il s'agissait d'un premier travail de recherche, malgré une formation universitaire préalable. Cette situation a notamment conduit à maintenir un certain degré de contrôle lors des entretiens. Ainsi, bien qu'une approche inspirée de la théorisation ancrée privilégie des entretiens ouverts, ceux-ci ont été réalisés de manière semi-directive à l'aide d'un guide, afin d'assurer un cadre à la fois structurant et sécurisant.

Par ailleurs, le recours à un recrutement par « effet boule de neige » constitue une limite importante. En favorisant la participation de personnes issues d'un même réseau relationnel ou professionnel, cette méthode peut restreindre la diversité des points de vue, diminuer la représentativité de l'échantillon et entraîner une relative homogénéité des données recueillies. De plus, ce mode de recrutement peut compromettre l'anonymisation, certains participants étant susceptibles de se reconnaître à travers les propos ou les caractéristiques mentionnés. Afin de renforcer la confidentialité, il a donc été choisi de masquer systématiquement les noms de villes évoqués lors des entretiens.

Enfin, le nombre d'entretiens, limité à huit, peut également être considéré comme une limite. Toutefois, ceux-ci ont permis d'atteindre une certaine suffisance des données, les principales thématiques émergeant de manière récurrente au fil des échanges.

CONCLUSION

Ce travail a permis de mettre en lumière le vécu des médecins généralistes lors de la prescription et de la gestion de l'arrêt de travail pour épuisement professionnel et les enjeux auxquels ils sont confrontés.

La singularité de l'épuisement professionnel entremêlant des facteurs à la fois individuels et psychosociaux et sa non-reconnaissance comme entité nosographique représentent une difficulté pour standardiser la prise en charge de l'arrêt de travail.

Les médecins généralistes font preuve, dans ce contexte, de professionnalisme en associant compétences théoriques, expérience et savoir-être pour juger de la nécessité de l'arrêt maladie, le prescrire si besoin et pour accompagner au mieux le patient dans ce processus.

Les personnes souffrant de burnout sont plus à risque d'avoir un arrêt de travail qui se prolonge, ce qui peut devenir particulièrement éprouvant pour le médecin. Même en continuant de mobiliser ses ressources professionnelles, il peut se sentir enlisé dans des situations dont les leviers d'action ne reposent plus vraiment sur lui ; le retour au travail, dans ce contexte, étant très dépendant de l'environnement professionnel du patient.

De plus, les sentiments négatifs comme l'impuissance, la solitude et la frustration ressentis lors des arrêts de travail longs sont particulièrement liés, d'une part à des contraintes administratives et d'autre part à des problèmes de communication et de coordination avec les autres acteurs du système de soins.

Cette étude souligne le sérieux et le professionnalisme des médecins généralistes lors du processus d'arrêt de travail pour burnout, même s'ils déplorent les conséquences et la médicalisation d'un problème d'origine socio-professionnel dont la gestion leur revient en grande partie.

En dehors de changements de grande ampleur dans le monde du travail et dans la société, à l'échelle médicale, une amélioration des échanges et de la collaboration avec les autres professionnels médicaux serait une première piste pour aider les médecins généralistes dans cette prise en charge.

RÉFÉRENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J Soc Issues. janv 1974;30(1):159-65. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- 2 Maslach C, Jackson S. The Measurement of Experienced Burnout. J Organ Behav. 1 avr 1981;2:99-113. doi:10.1002/job.4030020205
- 3 Burn-out an « occupational phenomenon »: International Classification of Diseases [Internet]. [cité 27 août 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- 4 Dutheil F, Parreira LM, Eismann J, Lesage FX, Balayssac D, Lambert C, et al. Burnout in French General Practitioners: A Nationwide Prospective Study. Int J Environ Res Public Health. 16 nov 2021;18(22):12044. doi:10.3390/ijerph182212044 PubMed PMID: 34831796; PubMed Central PMCID: PMC8624683.
- 5 Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 1 mars 2019;246:132-47. doi:10.1016/j.jad.2018.12.056 PubMed PMID: 30580199.
- 6 SPF. La souffrance psychique en lien avec le travail à partir du Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel : résultats des enquêtes transversales 2013 à 2019 et évolution depuis 2007 [Internet]. [cité 16 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-souffrance-psychique-en-lien-avec-le-travail-a-partir-du-programme-de-surveillance-des-maladies-a-caractere-professionnel-resultats-des-enquet>
- 7 Marchand A, Blanc ME, Durand P. Genre, âge, catégorie professionnelle, secteur économique et santé mentale en milieu de travail: les résultats de l'étude SALVEO. Can J Public Health Rev Can Santé Publique. mai 2015;106(4):e223-9. doi:10.17269/cjph.106.4672 PubMed PMID: 26285194; PubMed Central PMCID: PMC6972278.
- 8 Al-Gobari M, Shoman Y, Blanc S, Canu IG. Point prevalence of burnout in Switzerland: a systematic review and meta-analysis. Swiss Med Wkly. 12 sept 2022;152:w30229. doi:10.4414/smw.2022.w30229 PubMed PMID: 36201232
- 9 Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun JP, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser.
- 10 Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM de. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. PLOS ONE. 4 oct 2017;12(10):e0185781. doi:10.1371/journal.pone.0185781
- 11 Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. Lancet. 27 oct 2012;380(9852):1491-7. doi:10.1016/S0140-6736(12)60994-5 PubMed PMID: 22981903; PubMed Central PMCID: PMC3486012
- 12 Gavelin HM, Domellöf ME, Åström E, Nelson A, Launder NH, Neely AS, et al. Cognitive function in clinical burnout: A systematic review and meta-analysis. Work Stress. 2 janv 2022;36(1):86-104. doi:10.1080/02678373.2021.2002972
- 13 Trontin C, Lassagne M, Boini S, Rinal S. Le coût du stress professionnel en France en 2007
- 14 Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 16 mars 2026]. Burnout – Repérage et prise en charge. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974265/en/burnout-reperage-et-prise-en-charge
- 15 Article L321-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 10 avr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000053283616
- 16 Avis d'arrêt de travail [Internet]. [cité 10 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/R1458>
- 17 194000183.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/>

pdf/194000183.pdf

- 18 Bègue C, Peurois M, Orvain C, Roquelaure Y, Petit A, Ramond-Roquin A. Sick leave prescriptions in general medicine: results from the ECOGEN study. *BMC Prim Care*. 14 avr 2025;26:108. doi:10.1186/s12875-025-02712-5 PubMed PMID: 40229692; PubMed Central PMCID: PMC11995497.
- 19 63175f86a443b660d3072f7d [Internet]. [cité 26 mars 2026]. Disponible sur: <https://newsroom.malakoffhumanis.com/download-pdf/63175f86a443b660d3072f7d>
- 20 Place de l'arrêt de travail dans le trouble anxiodépressif et la dépression [Internet]. [cité 21 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/arret-de-travail/arret-travail-trouble-anxiodepressif-depression>
- 21 Canu IG, Marca SC, Dell'Oro F, Balázs Á, Bergamaschi E, Besse C, et al. Harmonized definition of occupational burnout: A systematic review, semantic analysis, and Delphi consensus in 29 countries. *Scand J Work Environ Health*. 1 mars 2021;47(2):95-107. doi:10.5271/sjweh.3935 PubMed PMID: 33258478; PubMed Central PMCID: PMC8114565.
- 22 Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev*. mars 2015;36:28-41. doi:10.1016/j.cpr.2015.01.004 PubMed PMID: 25638755.
- 23 Koutsimani P, Montgomery A, Georganta K. The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol*. 2019;10:284. doi:10.3389/fpsyg.2019.00284 PubMed PMID: 30918490; PubMed Central PMCID: PMC6424886
- 24 Adamsson A, Bernhardsson S. Symptoms that may be stress-related and lead to exhaustion disorder: a retrospective medical chart review in Swedish primary care. *BMC Fam Pract*. 30 oct 2018;19(1):172. doi:10.1186/s12875-018-0858-7 PubMed PMID: 30376811; PubMed Central PMCID: PMC6208049
- 25 Shoman Y, Marca SC, Bianchi R, Godderis L, van der Molen HF, Guseva Canu I. Psychometric properties of burnout measures: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 13 janv 2021;30:e8. doi:10.1017/S2045796020001134 PubMed PMID: 33436137; PubMed Central PMCID: PMC8057391
- 26 Schaufeli WB, Desart S, De Witte H. Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, Validity, and Reliability. *Int J Environ Res Public Health*. déc 2020;17(24):9495. doi:10.3390/ijerph17249495 PubMed PMID: 33352940; PubMed Central PMCID: PMC7766078
- 27 Nordling P, Priebe G, Björkelund C, Hensing G. Assessing work capacity - reviewing the what and how of physicians' clinical practice. *BMC Fam Pract*. 27 avr 2020;21(1):72. doi:10.1186/s12875-020-01134-9 PubMed PMID: 32340611; PubMed Central PMCID: PMC7187489
- 28 Maeland S, Werner EL, Rosendal M, Jonsdottir IH, Magnussen LH, Lie SA, et al. Sick-leave decisions for patients with severe subjective health complaints presenting in primary care: a cross-sectional study in Norway, Sweden, and Denmark. *Scand J Prim Health Care*. déc 2013;31(4):227-34. doi:10.3109/02813432.2013.844412 PubMed PMID: 24164371; PubMed Central PMCID: PMC3860299
- 29 Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. Sickness certification and the GP: what really happens in practice? *Fam Pract*. juin 2010;27(3):344-50. doi:10.1093/fampra/cmp096 PubMed PMID: 20034995
- 30 Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28(2):67-75. doi:10.3109/02813431003696189 PubMed PMID: 20334576; PubMed Central PMCID: PMC3442320
- 31 Swartling M, Peterson S, Wahlström R. Views on sick-listing practice among Swedish General Practitioners – a phenomenographic study. *BMC Fam Pract*. 30 juill 2007;8(1):44. doi:10.1186/1471-2296-8-44
- 32 Article L461-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 9 avr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036393217
- 33 Kostev K, Oswald S, Frajerman A, Haro JM, Jacob L. Trends in burnout and related sick leave duration in working-age adults followed in general practices in Germany between 2012 and 2022. *J Psychiatr Res*. avr 2024;172:52-8. doi:10.1016/j.jpsychires.2024.02.023 PubMed PMID: 38359618
- 34 Borritz M, Christensen KB, Bültmann U, Rugulies R, Lund T, Andersen I, et al. Impact of burnout and psychosocial work characteristics on future long-term sickness absence. Prospective results of the Danish PUMA Study among human service workers. *J Occup Environ Med*. oct 2010;52(10):964-70. doi:10.1097/JOM.0b013e3181f12f95 PubMed PMID: 20881631

- 35 Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, de Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*. 4 oct 2017;12(10):e0185781. doi:10.1371/journal.pone.0185781 PubMed PMID: 28977041; PubMed Central PMCID: PMC5627926.
- 36 Ahola K, Kivimäki M, Honkonen T, Virtanen M, Koskinen S, Vahtera J, et al. Occupational burnout and medically certified sickness absence: a population-based study of Finnish employees. *J Psychosom Res*. févr 2008;64(2):185-93. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.06.022 PubMed PMID: 18222132
- 37 Barnay T, Favrot J, Pollak C. Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles. 2015.
- 38 Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 9 avr 2026]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/241211_ER_Arrêts-Maladie
- 39 Letrilliart L, Barrau A. Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: A systematic review. *Eur J Gen Pract*. 1 déc 2012;18(4):219-28. doi:10.3109/13814788.2012.727795 PubMed PMID: 23205966
- 40 Foley M, Thorley K, Von Hout MC. Sickness certification difficulties in Ireland—a GP focus group study. *Occup Med*. 1 juill 2013;63(5):369-72. doi:10.1093/occmed/kqt056
- 41 Poulsen AG, van Meerkerk I, Nielsen CP, Rolving N, Jensen LG. Facilitators and Barriers to Collaboration Between General Practice and Sickness Benefits Office in Return to Work Processes—A Scoping Review. *J Occup Rehabil*. 1 nov 2025. doi:10.1007/s10926-025-10340-0
- 42 Article L1110-12 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 7 avr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031919050
- 43 Stern AF, Madan I. Optimal communication from occupational physicians to GPs: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. déc 2012;62(605):e833-9. doi:10.3399/bjgp12X659312 PubMed PMID: 23211264; PubMed Central PMCID: PMC3505417
- 44 Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care*. 1 janv 2010;28(2):67-75. doi:10.3109/02813431003696189 PubMed PMID: 20334576
- 45 LOI n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail (1). 2021-1018. 2 août 2021.
- 46 Mayet A, Fantoni S. Évolution des conclusions médicales entre visite de pré-reprise et visite de reprise : une étude observationnelle rétrospective. *Arch Mal Prof Environ*. 1 avr 2026;87(2):103032. doi:10.1016/j.admp.2026.103032
- 47 Bègue C, Desmidt L, Bellanger W, Tessier-Cazeneuve C, Petit A, Couturier AL. Pre-return to work consultation and therapeutic part-time work: Cross-sectional study on level of knowledge and use by general practitioners in France. *Eur J Gen Pract*. déc 2021;27(1):158-65. doi:10.1080/13814788.2021.1948007 PubMed PMID: 34259583; PubMed Central PMCID: PMC8281089
- 48 2026-01_lesessentiel-2024-sante-securite-au-travail_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2026]. Disponible sur: https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2026-01_lesessentiel-2024-sante-securite-au-travail_assurance-maladie.pdf
- 49 Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Löfgren A, Skånér Y, Lindholm C, et al. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scand J Prim Health Care*. 1 déc 2011;29(4):227-33. doi:10.3109/02813432.2011.628235 PubMed PMID: 22126222
- 50 Rooman C, Sterkens P, Schelfhout S, Van Royen A, Baert S, Deros E. Successful return to work after burnout: an evaluation of job, person- and private-related burnout determinants as determinants of return-to-work quality after sick leave for burnout. *Disabil Rehabil*. 6 nov 2022;44(23):7106-15. doi:10.1080/09638288.2021.1982025 PubMed PMID: 34607496
- 51 Kärkkäinen R, Saaranen T, Hiltunen S, Ryyänen OP, Räsänen K. Systematic review: Factors associated with return to work in burnout. *Occup Med*. 1 août 2017;67(6):461-8. doi:10.1093/occmed/kqx093 PubMed PMID: 28898968

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

1/ Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

2/ Mon sujet porte sur l'épuisement professionnel, avec un nombre en augmentation d'années en années, cela vous impacte-t'il dans votre pratique courante et comment ressentez-vous cela ?

3/ Pouvez-vous me décrire le déroulement d'une consultation lors d'un épuisement professionnel et les déterminants de cette consultation ?

4/ Vous m'avez parlé d'un arrêt de travail, j'aimerais que vous me donniez un peu plus votre ressenti par rapport à cela ? (ou : En ce qui concerne les arrêts de travail : j'aimerais que vous me donniez votre ressenti par rapport à cela ?)

5/ Quelle est votre relation avec d'autres intervenants lors des prescriptions d'arrêt de travail ?

+ à rajouter si réponse précédente peu développée : Que mettez-vous en place quand l'arrêt se prolonge ?

6/ Est-ce que vous pouvez me raconter un moment marquant en rapport avec la prescription d'un arrêt de travail lors d'un burnout ?

7/ Avez-vous des attentes ou des suggestions supplémentaires par rapport à la prescription d'arrêt de travail dans ce cadre ?

ANNEXE 2 : EXEMPLE DE TABLEAU D'ANALYSE DES DONNÉES

VERBATIM	ÉTIQUETTES EXPÉRIENTIELLE	PROPRIÉTÉ	CONCEPT
<i>En fait je me laisse un petit peu guider et je fais ça au feeling selon euh, selon ce que les patients euh... Evoquent</i>	Je suis attentif aux propos des patients	Etre à l'écoute	Qualités professionnelles
<i>là j'essaie d'explorer vraiment les 3 sphères : la maison euh fin le couple en gros, les enfants, le travail et l'argent</i>	Je m'intéresse à mon patient dans sa globalité en enquêtant sur toutes ses problématiques	S'intéresser à son patient	
<i>Dès 6 mois je savais qu'elle ne retournerait pas au travail mais voilà c'est une situation ou malheureusement on était dans l'impasse de tous les côtés.</i>	Je ne vois parfois pas d'autres alternatives que de poursuivre l'arrêt	Se sentir impuissant	Difficultés
<i>Donc l'employeur a fait lambiner la situation pendant quand même plus de neuf mois ; à chaque fois voilà c'était réévalué, il va voir il va voir</i>	Il arrive qu'une situation bloque par rapport à l'employeur de mon patient	Etre dépendant de l'administratif	
<i>Alors je leur fais en général des courriers mais du coup c'est très compliqué d'avoir des retours</i>	J'ai du mal à communiquer avec la médecine du travail	Avoir des difficultés de communication	

ANNEXE 3 : GRILLE COREQ

Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la revue 2015;15(157) :5054.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
(1) Manon Rapin	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont)mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
(2) Validation du 2ème cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple: PhD, MD
(3) Adjointe en médecine générale	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
(4) Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
(5) Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
(6) Connaissances et inconnus	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
(7) Adjointe réalisant sa thèse de fin d'études	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple: objectifs personnels,motifs de la recherche
(8) Adjointe en médecine générale réalisant sa thèse de fin d'études	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur? Par exemple : biais,hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
(9) Analyse par théorisation ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple :théorie ancrée, analyse du

		discours, ethnographie,phénoménologie, analyse de contenu
Sélection des participants		
(10) Échantillonnage raisonné homogène	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif
(11) Face-à-face,téléphone	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier,courriel
(12) Huit participants	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude?
(13) Aucun	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?Raisons? Contexte
(14) Lieu de travail ou domicile des participants selon leur choix.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile,clinique, lieu de travail
(15) Non	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes,outre les participants et les chercheurs ?
(16) Genre, Age, type et durée d'exercice	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date
Recueil des données		
(17) Oui. Guide d'entretien testé au préalable par un entretien exploratoire (médecin généraliste)	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
(18) Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois
(19) Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
(20) Oui	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant

		et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
(21) Durée moyenne : 22 min 40 sec	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
(22) Oui (suffisance)	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
(23) Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
(24) Deux. L'auteur et la directrice de thèse	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
(25) Oui	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
(26) Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
(27) OpenOffice	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
Rédaction		
(29) Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
(30) Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
(31) Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
(32) Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

ANNEXE 4 : RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 59000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Les déterminants de la prescription d'un arrêt de travail par les médecins généralistes des Hauts-de- France interrogés entre 2023 et 2024 lors d'une souffrance au travail : étude qualitative
Référence Registre DPO : 2024-139
Responsable scientifique : Mme Delphine LEGRAND DUFOUR Interlocuteur (s) : Mme Manon RAPIN

Fait à Lille,

Le 22 août 2024

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

AUTEUR(E) : Nom : Rapin

Prénom : Manon

Date de soutenance : 20 mai 2026

Titre de la thèse : Prescription et gestion de l'arrêt de travail pour épuisement professionnel par les médecins généralistes : étude qualitative réalisée dans les Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Médecin généraliste, arrêt de travail, épuisement professionnel, étude qualitative , médecine du travail

Résumé :

Introduction : le burnout est un phénomène de grande ampleur dont la prévalence est de plus en plus élevée. Les conséquences individuelles et sociétales sont importantes. Le médecin généraliste est en première ligne pour sa prise en charge et en particulier pour la prescription de l'arrêt de travail. L'objectif de l'étude est de s'intéresser au vécu des médecins généralistes et aux enjeux auxquels ils sont confrontés lors de la prescription et la gestion de l'arrêt de travail pour épuisement professionnel.

Méthode : Une étude qualitative a été menée par des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France entre avril 2025 et février 2026. L'analyse a été réalisée par théorisation ancrée avec triangulation des données.

Résultats : Un total de huit entretiens a permis d'atteindre la suffisance des données. Le médecin déploie de nombreuses qualités professionnelles lors de la prescription initiale et la gestion de l'arrêt de travail pour épuisement professionnel. Il fait notamment preuve de disponibilité pour le patient, de capacités d'évaluation et d'adaptation importantes et sait mettre en place des stratégies pour prescrire au mieux l'arrêt de travail. Il réévalue régulièrement la situation et demande de l'aide aux autres professionnels de santé si la situation le nécessite. Les sentiments négatifs les plus exprimés sont l'impuissance, la solitude et la frustration et sont surtout retrouvés lors des arrêts qui se prolongent. Ils sont notamment en lien avec une communication et une coopération jugées non optimales avec les autres intervenants médicaux, une absence de leviers d'action directs sur l'environnement professionnel du patient et les longueurs administratives qui forcent le médecin à poursuivre l'arrêt de travail.

Conclusion : Les médecins généralistes mobilisent leurs compétences professionnelles pour prescrire et gérer l'arrêt de travail pour burnout. Les freins ressentis pour une prise en charge optimale sont surtout relatifs aux contraintes administratives, à l'environnement professionnel du patient et à la collaboration avec les autres intervenants médicaux. Des ajustements à ces différents niveaux pourraient être bénéfiques pour une meilleure gestion de l'arrêt de travail et un retour à l'emploi plus rapide et serein.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Florence Richard

Assesseurs : Madame le Docteur Alexandra Salembier, Monsieur le Docteur Jan Baran

Directeur de thèse : Madame le Docteur Delphine Legrand-Dufour