

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2011

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : PSYCHIATRIE

Par

Angélique RAGOT

Née le 20 mai 1982 à La Ferté-Bernard (72)

Présentée et soutenue publiquement le : 31/05/2011

***PROFIL CLINIQUE ET SOCIODEMOGRAPHIQUE DE 168 SALARIES
ADRESSES POUR SOUFFRANCE MENTALE AU TRAVAIL EN
CONSULTATION PSYCHIATRIQUE DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE
AU CHU D'ANGERS***

Président : Monsieur le Professeur GARRE Jean-Bernard

Directeur : Madame le Docteur GUIHO-BAILLY Marie-Pierre

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. SAINT-ANDRÉ
 Pr. BAUFRETON
 Pr. RICHARD

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER

Professeur Émérite : Pr. GUY

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. CHAUVET, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DENIS, Pr. DESNOS, Pr. EMILE, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ARNAUD Jean-Pierre	Chirurgie générale
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
	AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM	BASLÉ Michel	Cytologie et histologie
	BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOYER Jean	Gastroentérologie ; hépatologie
	CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DELHUMEAU Alain	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUBAS Frédéric	Neurologie
	DUBIN Jacques	Oto-rhino-laryngologie
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
	FOURNIÉ Alain	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie

MM	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GAMELIN Erick	Cancérologie ; radiothérapie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
	MILEA Dan	Ophtalmologie
Mme	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
M.	PARÉ François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	RACINEUX Jean-Louis	Pneumologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénéréologie
	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

M.	ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes	BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
	BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
MM	BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
	BOUYE Philippe	Physiologie
	CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
	CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme	CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM	CRONIER Patrick	Anatomie
	CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme	DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
	EVEILLARD Matthieu	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
	GALLOIS Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
M.	LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes	LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
	LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
	MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	MESLIER Nicole	Physiologie
MM	MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie
	NICOLAS Guillaume	Neurologie
	PAPON Xavier	Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER Isabelle	Pédiatrie
MM	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PUISSANT Hugues	Génétique
Mme	SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM	SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
	SIX Patrick	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
	TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	VERNY Christophe	Neurologie

avril 2011

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur GARRE Jean-Bernard

Directeur de thèse :

Madame le Docteur GUIHO-BAILLY Marie-Pierre

Membres du jury :

Monsieur le Professeur ROQUELAURE Yves

Monsieur le Professeur GARNIER François

Madame le Docteur GUIHO-BAILLY Marie-Pierre

Remerciements

A Monsieur le Professeur GARRE

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.

Nous vous remercions pour la richesse de votre enseignement tout au long de notre internat de psychiatrie et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

A Madame le Docteur GUIHO-BAILLY

Vous me faites l'honneur de diriger cette thèse.

Je tiens à vous remercier chaleureusement pour la confiance que vous m'avez témoignée, la qualité de votre écoute, de votre soutien, pour votre disponibilité et vos précieux conseils tout au long de l'élaboration de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur ROQUELAURE

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Nous vous remercions de nous avoir permis de réaliser ce travail, de l'intérêt que vous lui avez témoigné et de votre disponibilité tout au long de sa réalisation.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur GARNIER

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous témoignez à l'égard de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A mes parents qui m'ont permis de poursuivre ces longues études.

A François pour son amour, son soutien indéfectible tout au long de mon cursus universitaire, sa patience et sa compréhension.

A notre bébé qui arrive en août.

A mon frère Jérôme pour son écoute, son soutien et notre complicité nouvelle et précieuse.

A ma grand-mère Jeanine, un repère et un exemple.

A mes amis de lycée Virginie, Jessica et Guillaume, ma deuxième famille.

A mes amis de fac Leyla, Victor, Agnès, Alexandre et Anaïs.

Plan

Introduction

Matériel et Méthode

Résultats

1- Résultats généraux

2- Résultats par trouble psychiatrique

2-1- Episode dépressif majeur

2-2- Trouble anxieux et dépressif mixte

2-3- Etat de stress post-traumatique

2-4- Autres troubles anxieux

2-5- Epuisement professionnel ou Burn out

2-6- Stress lié à l'emploi

Discussion

A- Caractéristiques socioprofessionnelles

A-a- Age et sexe

A-b- Catégories socioprofessionnelles

A-c- Branches professionnelles et secteurs d'activité

A-d- Mode de début des difficultés professionnelles

A-e- Temps d'exposition et durée des arrêts de travail

A-f- Professionnels de santé de recours

B- Troubles psychiques

B-a- Décompensations psychiques liées au travail et idées suicidaires

B-b- Antécédents psychiatriques

B-c- Avis d'inaptitude et reconnaissance en Maladie à Caractère Professionnelle

Conclusion

Références bibliographiques

Figures

Table des matières

Annexes

Introduction

Depuis les années 1980, les profondes mutations de l'organisation du travail dans les sociétés postindustrielles ont provoqué l'augmentation des contraintes au travail (contrainte de temps, de productivité, de flexibilité, de réactivité), son intensification et une individualisation de l'activité professionnelle [9]. Parallèlement à ces évolutions a émergé un nouveau genre de risque professionnel: les "risques psychosociaux". Ces risques comprennent le stress au travail, les violences internes (agressions verbales et physiques émanant de collègues ou de supérieurs hiérarchiques), les violences externes (agressions émanant de personnes extérieures à l'entreprise ou à l'institution) et la souffrance au travail résultant de conflits enkystés ou de relations pathogènes [1]. Aujourd'hui le lien de causalité entre exposition aux risques psychosociaux au travail et altération de la santé physique et mentale des travailleurs est largement admis [11]. Le stress au travail, défini comme "un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face" [1] est le risque psychosocial le plus fréquent. C'est un problème majeur de santé publique en raison de ses coûts économique et social. Dans l'Union Européenne, 50 à 60% de l'absentéisme au travail est lié directement ou indirectement au stress professionnel, et le coût de celui-ci est estimé à 20 milliards d'euros par an environ [29]. Le stress au travail lorsqu'il est durable peut être responsable de formes cliniques spécifiques de souffrance mentale et physique: pathologies de surcharge (Karoshi, Burn out et troubles musculosquelettiques- TMS), troubles anxieux, états de stress post traumatique, troubles dépressifs, suicides et tentatives de suicide [5], pathologies cardio-vasculaires [40]. Ces troubles sont en constante augmentation. En 2002, les psychopathologies représentent 5% des maladies imputables au travail recensées par l'Observatoire des maladies professionnelles [18]. En 2007 le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) rapporte que les troubles mentaux et du comportement représentent 27% des problèmes de santé au travail d'origine professionnelle, devant les maladies de l'appareil respiratoire (19%) et les maladies de peau (15%) [37].

Ces dix dernières années, plusieurs travaux de recherche ont étudié le profil sociodémographique, le devenir et la symptomatologie de patients adressés en consultation de

pathologie professionnelle pour souffrance psychique liée au travail ou à des faits de harcèlement moral présumé. Certaines études utilisent des questionnaires validés (GHQ-12, HAD) pour quantifier la souffrance psychique et répertorier la symptomatologie psychiatrique [3,14]. D'autres études listent les symptômes sans regroupement syndromique [16] ou classent les troubles psychiatriques sous des termes généraux [18,39]. À notre connaissance, la description des troubles psychiques rencontrés en consultation de pathologie professionnelle selon les critères diagnostics internationaux n'a pas encore fait l'objet de recherche en France.

Cette étude a un double objectif. D'une part elle s'attache à décrire le profil sociodémographique et professionnel des patients adressés en consultation de pathologie professionnelle pour souffrance psychique en lien avec leur travail. D'autre part elle répertorie les troubles psychiatriques rencontrés selon la classification internationale des maladies-10^{ème} version (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé [10].

Matériel et Méthode

Il s'agit d'une étude épidémiologique réalisée à partir de 168 dossiers de salariés évalués consécutivement par le psychiatre du service de pathologie professionnelle du CHU d'Angers entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2009.

Notre population est originaire du Maine-et-Loire (49) et des départements limitrophes: Sarthe (72), Mayenne (53), Loire Atlantique (44). Les salariés sont adressés par leur médecin du travail.

Les dossiers de tous les patients évalués par le psychiatre pendant la période d'inclusion ont été étudiés.

Les données ont été recueillies au moyen d'une grille élaborée à partir des informations transcrites par le psychiatre lors de la consultation et des courriers des médecins du travail (Annexe 1). Cette grille s'inspire de trois études déjà publiées sur le thème de la souffrance psychique en lien avec le travail [2,14,35]. Les parties qui traitent des diagnostics psychiatriques et des conclusions de la consultation ont été construites à partir du document validé par le groupe de travail "psychopathologie du travail" et le comité de pilotage du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) avec l'accord du psychiatre de la consultation membre de ce réseau. Pour chaque personne incluse dans l'étude plusieurs diagnostics psychiatriques sont possibles et correspondent aux diagnostics principaux et secondaires demandés par le RNV3P. Ainsi le pourcentage cumulé des différents troubles répertoriés dans ce travail est supérieur à 100%. Les données ont été recueillies manuellement par la même personne dans le dossier médical de chaque patient inclus.

Les données ont été informatisées sous Microsoft® Excel. Les résultats sont exprimés sous forme de moyenne $\pm$ déviation standard pour les variables quantitatives ou de pourcentage pour les variables qualitatives.

Résultats

168 patients ont été évalués par le psychiatre de la consultation de pathologie professionnelle du CHU d'Angers entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2009. 147 dossiers soit 87.7% relèvent du champ de la psychopathologie du travail. Dans 12,3% des cas la souffrance psychique des salariés n'est pas directement imputable au travail.

1- Résultats généraux.

La population étudiée est majoritairement féminine (65,5%). La moyenne d'âge globale est de 43 ans. Les femmes sont en moyenne plus âgées que les hommes (44 ans contre 41 ans). Les classes d'âge "35-44 ans" et "45-54 ans" sont les plus représentées (32,7% et 29,2% de l'effectif total) (Figure 1). Au moins 55% des salariés vivent en couple, plus souvent les hommes que les femmes (70,5% versus 55,5%). 22% des femmes vivent seules contre 12% des hommes.

Les employés sont majoritaires (67,9%), puis viennent les professions intermédiaires et les professions intellectuelles supérieures (11,3% chacune) et les ouvriers (8,9%) (Figure 2). Les femmes sont pour la plupart employées (76,4%). Elles exercent une profession intermédiaire dans 9,1% des cas, ont le statut de cadre dans 8,2% et sont ouvrières pour 6,4% d'entre elles. Les hommes quant à eux sont employés dans 51,7% des cas, 17,2% sont cadres, 15,5% exercent une profession intermédiaire et 13,8% sont ouvriers.

Les activités professionnelles les plus représentées sont la santé et l'action sociale (17,9%), le commerce (15,5%) et l'industrie manufacturière (11,9%) (Figure 3). 21,8% des femmes travaillent dans le secteur de la santé et de l'action sociale, 15,5% dans le commerce et 10,9% dans l'industrie manufacturière. Les hommes travaillent dans le commerce (15,5%), l'industrie manufacturière (13,8%), l'agriculture (12,1%), mais aussi dans les domaines « santé et action sociale » et « transport et entreposage » (10,3% chacun).

Le secteur tertiaire emploie 75% des salariés de notre échantillon devant les secteurs secondaire (15,5%) et primaire (9,5%) (Figure 4). Le secteur des services emploie 80,9% des femmes (Figure 5) et 63,8% des hommes de l'échantillon (Figure 6).

68,5% des salariés travaillent pour une entreprise privée, 19,6% exercent dans le secteur public et 11,9% au sein d'une association (Figure 7). Les femmes sont salariées dans le privé dans 62,7% des cas, dans le public dans 23,6% des cas et dans une association pour

13,6% d'entre elles (Figure 8). Les hommes exercent dans le privé dans 79,3% des cas, dans le public dans 12,1% des cas et dans une structure associative pour 8,6% d'entre eux (Figure 9). Les entreprises privées, qui emploient la majorité des salariés de cette étude ont une activité de type tertiaire dans 64,3% des cas.

97% des salariés de notre échantillon sont employés en contrat à durée indéterminée.

L'ancienneté dans l'entreprise la plus représentée pour l'ensemble de notre échantillon est comprise entre 2 et 5 ans.

Dans 24,4% des cas le début des difficultés professionnelles est marqué par un changement de direction au sein de l'entreprise. Dans 19% des cas elles sont consécutives à des changements dans l'organisation du travail. Pour 11,3% des salariés les difficultés ont débutées suite à un changement de poste. La dégradation des relations avec la hiérarchie est citée dans 10,12% des cas. Pour 8,93% des salariés les difficultés ont commencées lors de la reprise suite à un arrêt de travail.

Le temps d'exposition moyen, défini comme la durée entre le début des faits à l'origine des difficultés au travail et la consultation de pathologie professionnelle est de 26,93 ($\pm 4,83$) mois avec une médiane à 18 mois.

75% des salariés vus en consultation ne travaillent pas dans la période qui entoure la consultation. Ce taux est équivalent chez les deux sexes (75,5% chez les femmes, 74,1% pour les hommes). Parmi les sujets qui ne travaillent pas, 89,8% sont en arrêt maladie, 5,5% en congé longue maladie et 2,4% sont au chômage. La durée moyenne des arrêts de travail est de 16,37 ($\pm 3,2$) semaines. Pour les femmes cette durée est de 15,23 ($\pm 3,22$) semaines, alors qu'elle est de 18,54 ($\pm 6,95$) chez les hommes. La médiane est à 10 semaines pour les deux sexes.

81,9% des salariés ont sollicité l'aide de leur médecin généraliste depuis le début de leurs difficultés. 98,1% ont eu recours à leur médecin du travail, 28,4% à l'inspecteur du travail et 17,4% à un délégué du personnel de leur entreprise ou à un syndicat.

Sur le plan médical 45,7% des salariés de l'échantillon n'ont aucun antécédent psychiatrique. Les femmes sans antécédent psychiatrique sont 44,6% contre 60,4% des hommes. Lorsqu'existent des antécédents psychiatriques ce sont des syndromes dépressifs dans la majorité des cas (74,7%).

74,4% des salariés de notre étude prennent un traitement psychotrope (76,9% des femmes et 69,6% des hommes). Les classes pharmaceutiques les plus prescrites sont les anxiolytiques (82,3% des salariés sous traitement psychotrope), les antidépresseurs (72,3%)

et les hypnotiques (27,7%). L'association anxiolytique- antidépresseur est la plus fréquente (34,5% des salariés qui prennent un traitement) puis l'association anxiolytique- antidépresseur- hypnotique (19,3%).

31,7% des patients sont suivis par un psychiatre ou un psychologue. Les hommes sont un peu plus suivis que les femmes (33,3% versus 30,9%).

44,8% des patients présentent un épisode dépressif majeur (codage CIM-10 : F32). 51% ont des troubles anxieux, principalement des troubles anxieux et dépressif mixtes (codage CIM-10 : F41.2 ; 18,3%), des troubles anxieux non précisés (codage CIM-10 : F41.9; 15,2%) et des états de stress post traumatique (codage CIM-10 : F43.1 ; 9,15%). 17,7% des patients présentent un état d'épuisement professionnel (codage CIM-10 : Z73.0). Le diagnostic de stress lié à l'emploi (codages CIM-10 : Z73.3 et Z56) est retenu chez 15,5% de l'effectif total (Figure 10).

38% des sujets confient avoir eu des idées suicidaires depuis le début de leurs difficultés professionnelles (50% des hommes et 31,8% des femmes). 14,6% ont encore des idées suicidaires le jour de la consultation (14,3% des hommes et 14,8% des femmes) (Figure 11). Une tentative de suicide en lien avec le travail est retrouvée chez une salariée (0,6%) (Figure 10).

52,5% des patients peuvent prétendre faire reconnaître leur trouble psychique en maladie à caractère professionnel. Un avis d'inaptitude définitive à tout poste dans l'entreprise pour raison médicale a été recommandé pour 41,1% d'entre eux.

2- Résultats par troubles psychiatriques.

2-1- Episode dépressif majeur (F32).

Le jour de la consultation 73 personnes présentent un épisode dépressif majeur (44,8%), d'intensité sévère pour 34 d'entre elles (46,4%) (Figure 10). Ce diagnostic touche 50,9% des hommes et 41,7% des femmes de l'échantillon (Figure 12). Les classes d'âge les plus représentées sont les classes médianes « 35 à 44 ans » (30,1%) et « 45 à 54 ans » (28,8%).

Les catégories socioprofessionnelles les plus touchées par la dépression sont les ouvriers (60%) suivis des cadres et professions intellectuelles supérieures (57,9%) (Figure 13). 42,1% des salariés qui exercent une profession intermédiaire et 38,6% des employés présentent un épisode dépressif majeur. Les branches professionnelles les plus concernées sont l'industrie manufacturière (17,8%) suivie du commerce (17,8%) et la branche « santé et action sociale » (16,4%).

43,8% des salariés du secteur primaire sont déprimés. Ils sont 53,9% dans le secteur de l'industrie et 41,3% dans celui des services.

45,5% des sujets de la fonction publique présentent un épisode dépressif majeur contre 43,5% des salariés du privé et 40% des salariés du milieu associatif.

Le temps d'exposition moyen aux difficultés professionnelles des personnes déprimées est de 27 mois (26.9 ± 8.4) (Figure 14).

Parmi les troubles psychiatriques comorbides au diagnostic d'épisode dépressif majeur on trouve:

- 16,4% d'épuisement professionnel
- 13,7% d'état de stress post-traumatique
- 21,9% de troubles anxieux
- 54,8% des sujets déprimés relatent avoir eu des idées suicidaires depuis le début de leurs difficultés professionnelles (Figure 15)
- 27,4% ont encore des idées suicidaires le jour de la consultation

46,8% des salariés déprimés ont au moins un antécédent psychiatrique, de type dépressif dans la majorité des cas (81,8%).

Parmi ces 73 patients, 83,8% prennent un traitement psychotrope. Parmi ces sujets sous traitement, 82,5% prennent un antidépresseur, en monothérapie dans 7% des cas, associé à un anxiolytique dans 35% des cas et à un anxiolytique plus un hypnotique dans 29,8% des cas. 14% ne sont soignés que par anxiolytique, 1,75% uniquement par un hypnotique. Enfin 16,2% des patients pour lesquels un épisode dépressif majeur est diagnostiqué ne prennent aucun traitement le jour de la consultation.

74% des salariés déprimés n'ont aucun suivi spécialisé psychothérapique. Par contre 78% d'entre eux ont sollicités l'aide de leur médecin généraliste.

84,9% des sujets en dépression majeure ne travaillent pas le jour de la consultation. La durée moyenne de leur dernier arrêt maladie est supérieure à 15 semaines ($15,6 \pm 4,7$) (Figure 16). A l'issue de la consultation de psychopathologie du travail, un avis d'inaptitude définitive à tout poste dans l'entreprise est préconisé dans 56,2% des cas. 62% de ces sujets peuvent prétendre à une reconnaissance en maladie à caractère professionnelle.

Plusieurs nuisances professionnelles peuvent s'associer et provoquer une décompensation psychique de type dépressive. Des facteurs organisationnels pathogènes sont retrouvés dans 71,2% des cas. Parmi ceux-ci sont souvent repérés des facteurs managériaux pathogènes (45,5%) loin devant les difficultés relationnelles au travail (17%) et les facteurs économiques (1,1%).

Les facteurs psychosociaux sont impliqués dans 30,1% des cas de dépression. Parmi ceux-ci on dénombre 95,5% de violences psychiques et 4,5% de souffrance liée au rythme de travail. Ces violences psychiques sont des faits de harcèlement moral présumé dans 85,7% des cas.

Le processus de travail joue un rôle dans la décompensation psychique dans 13,7% des cas de dépression. Une charge mentale trop importante est impliquée dans 50% des cas, une faible influence sur son travail dans 40% des cas.

2-2- Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2).

Ce trouble est diagnostiqué chez 30 salariés (18,3%) avec une prévalence de 17,9% chez les femmes et 3,6% chez les hommes (Figures 10 et 12).

La classe d'âge la plus représentée est celle des « 35 à 44 ans » (36,7%) suivie des « 45-54 ans » (30%) et des plus de 50 ans (23,3%).

Les catégories socioprofessionnelles les plus touchées sont les employés (21%) puis les cadres et professions intellectuelles supérieures (15,8%). 13,3% des ouvriers et 5,3% des salariés exerçant une profession intermédiaire présentent un trouble anxieux et dépressif mixte (Figure 13).

Les branches professionnelles les plus représentées sont:

- le commerce (20%)
- le secteur de la santé et de l'action sociale (13,3%)
- l'industrie manufacturière (10%)
- la production et la distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné (10%)
- l'information et la communication (10%)

18,7% des salariés du secteur primaire vus en consultation présentent un trouble anxieux et dépressif mixte. Ils sont 15,4% dans le secteur de l'industrie et 18,2% dans celui des services.

18,2% des salariés du secteur public vus en consultation présentent un trouble anxieux et dépressif mixte. Ils sont 19,1% dans le secteur privé et 10% dans le secteur associatif.

Le temps d'exposition moyen aux difficultés professionnelles est supérieur à 28 mois ($28,3 \pm 7,3$) (Figure 14). Seuls 23,3% travaillent dans la période où a lieu la consultation, 70% sont en arrêt de travail. La durée moyenne de ces arrêts est de 12 semaines ($12 \pm 6,6$) (Figure 16).

Les troubles anxieux et dépressifs mixtes sont souvent des diagnostics isolés puisque n'y est associé qu'un syndrome de stress post-traumatique. 33,3% des sujets ont eu des idées suicidaires depuis le début de leurs difficultés professionnelles et 6,7% en ont toujours le jour de la consultation (Figure 15).

90% des sujets anxieux et déprimés prennent un traitement psychotrope. Quand les salariés prennent un traitement, il s'agit le plus souvent de l'association d'un anxiolytique et d'un antidépresseur (40,7%), puis un anxiolytique en monothérapie (29,6%), un antidépresseur (11,1%) et une association anxiolytique-antidépresseur-hypnotique (7,4%).

Seuls 23,3% des sujets bénéficient d'un suivi psychothérapique.

53,3% ont au moins un antécédent psychiatrique. Pour la majorité d'entre eux il s'agit de syndrome dépressif (81,3% des cas).

80% ont eu recours à leur médecin généraliste.

Un avis d'inaptitude définitive à tout poste dans l'entreprise a été prononcé dans 40% des cas. De même une reconnaissance en maladie à caractère professionnelle peut être demandée dans 40% des cas.

Plusieurs nuisances professionnelles peuvent s'associer et provoquer une décompensation psychique mixte anxieuse et dépressive.

Des facteurs organisationnels pathogènes dans l'entreprise sont repérés dans 66,7% des cas. Parmi ceux-ci les facteurs managériaux pathogènes sont les plus fréquents (77,3%) loin devant les difficultés relationnelles au travail (31,8%) et les facteurs économiques (4,5%).

Les facteurs psychosociaux sont impliqués dans 18,2% des cas. Tous sont des violences psychiques. Ils correspondent à des agissements pouvant relever du harcèlement moral présumé dans 83,3% des cas.

2-3- Etat de stress post-traumatique (Z43.1).

Le diagnostic d'état de stress post-traumatique est posé chez 15 personnes (9,15%) avec une prévalence de 7,3% chez les femmes et 12% pour les hommes (Figures 10 et 12). Les moins de 35 ans sont les plus touchés (46,7%) alors que les plus de 55 ans semblent relativement épargnés (6,7%).

La catégorie socioprofessionnelle la plus touchée est celle des ouvriers (20%), suivis par les employés (8,8%), les professions intermédiaires et les cadres (5,7% pour chacune) (Figure 13).

Les branches professionnelles les plus concernées sont:

- L'agriculture (26,7%)
- Le commerce (26,7%)
- L'industrie manufacturière (13,3%)
- Les activités financières et d'assurance (13,3%)

12,2% des salariés du secteur privé présentent un état de stress post-traumatique contre 5% de ceux qui travaillent dans une association. Aucun salarié du secteur public ne présente de stress post-traumatique.

25% des salariés du secteur primaire vus en consultation présentent un état de stress post-traumatique. Ils sont 11,5% dans le secteur de l'industrie et 6,4% dans celui des services.

Le temps d'exposition moyen est supérieur à 18 mois ($18,5 \pm 7$) (Figure 14).

Parmi les troubles psychiatriques associés à ces états de stress post-traumatique sont retrouvés:

- Un épisode dépressif majeur dans 66,7% des cas
- Un trouble anxieux non précisé dans 26,7% des cas
- Un trouble anxieux et dépressif mixte dans 6,7% des cas
- Un trouble anxiété généralisée dans 6,7% des cas

40% des patients déclarent avoir eu des idées suicidaires depuis le traumatisme et 26,7% en ont encore le jour de la consultation (Figure 15).

Seuls 20% des sujets ont au moins un antécédent psychiatrique. 40% d'entre eux ont un suivi spécialisé psychothérapique. 73,3% des patients prennent un traitement psychotrope. 36,4% des salariés sous traitement sont sous anxiolytique en monothérapie, une même proportion prend un anxiolytique et un antidépresseur et 18,2% prend une association antidépresseur-anxiolytique-hypnotique. 80% d'entre eux ont sollicités l'aide de leur médecin traitant.

86,7% des salariés atteint de stress post-traumatique ne travaillent pas dans la période qui entoure la consultation. La durée moyenne des arrêts de travail est supérieure à 16 semaines ($16,3 \pm 9,9$) (Figure 16).

Un avis d'inaptitude définitive à tout poste dans l'entreprise a été prononcé dans 80% des cas. 66,7% des salariés peuvent prétendre faire reconnaître leur trouble en maladie à caractère professionnel.

Plusieurs nuisances professionnelles peuvent s'associer et provoquer un état de stress post-traumatique. Des facteurs organisationnels pathogènes dans l'entreprise sont mentionnés dans 44,4% des cas et sont exclusivement des facteurs managériaux pathogènes. Les facteurs psychosociaux sont impliqués dans 44,4% des cas et correspondent à des violences psychiques pouvant relever de harcèlement moral présumé dans 87,5% des cas. Le processus de travail a un rôle dans la décompensation psychique dans 11,1% des cas.

2-4- Autres troubles anxieux (F40.9; F41.0; F41.1; F41.9; F42; F43.2).

Outre les troubles anxieux et dépressifs mixtes et les syndromes de stress post-traumatique sont retrouvés:

- 5 troubles anxieux phobiques non précisés (F40.9)
- 6 troubles paniques (F41.0)
- 2 troubles anxieux généralisés (F41.1)
- 25 troubles anxieux non précisés (F41.9)
- 2 troubles obsessionnels compulsifs (F42)
- 1 trouble de l'adaptation (F43.2)

Un patient peut être atteint de plusieurs troubles anxieux. Ainsi deux sujets présentent le double diagnostic "trouble anxieux phobique non précisé" et "trouble panique", un troisième "trouble anxiété généralisée" et « trouble obsessionnel compulsif ».

Le diagnostic "autre trouble anxieux" a été posé chez 38 patients (22,6%), 16 hommes et 22 femmes soit une prévalence de 27,6% pour les hommes et 20% pour les femmes (Figures 10 et 12). Les classes d'âge les plus concernées sont les moins de 35 ans (31,6%) puis les « 35-44 ans » (28,9%) et les « 45-54 ans » (26,3%).

Les catégories socioprofessionnelles les plus touchées sont les professions intermédiaires (47,4%), suivis des ouvriers (33,3%), des cadres et professions intellectuelles supérieures (21%), et des employés (17,5%) (Figure 13).

Les branches professionnelles les plus concernées par les troubles anxieux sont:

- l'industrie manufacturière (15,8%)
- le commerce (15,8%)
- la santé et l'action sociale (13,2%)
- l'agriculture, la sylviculture et la pêche (10,5%)
- les activités financières et d'assurance (10,5%)
- l'administration publique (7,9%)
- les transports et l'entreposage (7,9%)

24,4% des patients qui travaillent pour une entreprise privée sont anxieux. Ils sont 21,2% dans l'administration et 15% dans le secteur associatif.

25% des salariés du secteur primaire vus en consultation présentent un trouble anxieux. Ils sont 26,9% dans le secteur de l'industrie et 21,4% dans celui des services.

Le temps d'exposition moyen est supérieur à 21 mois ($21,1 \pm 5,3$) (Figure 14). Seuls 13,2% des salariés diagnostiqués anxieux travaillent au moment de la consultation, 86,8% sont en arrêt de travail. La durée moyenne de ces arrêts dépasse 11 semaines ($11,8 \pm 3,4$) (Figure 16).

Parmi les troubles psychiatriques associés aux troubles anxieux sont retrouvés:

- Un épisode dépressif majeur dans 55,3% des cas
- Un syndrome de stress post-traumatique dans 13,2% des cas
- Un épuisement professionnel (7,9%)
- Un stress lié à l'emploi (7,9%)
- 36,8% des sujets ont eu des idées suicidaires depuis le début des difficultés professionnelles (Figure 15)
- 18,4% des sujets en ont encore le jour de la consultation

65,8% patients prennent un traitement psychotrope. La majorité prend un antidépresseur et un anxiolytique (36%). 28% prennent une association antidépresseur-anxiolytique-hypnotique et 20% sont sous anxiolytique en monothérapie. 42,1% des salariés anxieux ont un suivi spécialisé psychothérapique et 81,6% d'entre eux ont confié leurs difficultés à leur médecin traitant.

Seul un tiers de ces patients a au moins un antécédent psychiatrique (33,3%). Le plus souvent cet antécédent est un syndrome dépressif (58,3% des cas). Dans 25% des cas il s'agit de troubles anxieux.

Un avis d'inaptitude définitive à tout poste dans l'entreprise a été conseillé dans 55,3% des cas et pour 52,6% des salariés une reconnaissance en maladie à caractère professionnel peut être demandée.

Plusieurs nuisances professionnelles peuvent s'associer et provoquer des troubles anxieux. Des facteurs organisationnels pathogènes dans l'entreprise sont retrouvés dans l'histoire professionnelle de 58,5% des salariés anxieux. Les facteurs managériaux pathogènes représentent 71% de ces facteurs organisationnels alors que les difficultés relationnelles au travail n'en représentent que 25,8% et les facteurs économiques 3,2%.

Les facteurs psychosociaux sont impliqués chez 32% des salariés et correspondent à des violences psychiques dans 88,2% des cas. Ces violences psychiques renvoient à des faits de harcèlement moral présumé dans 66,7% des cas.

Le processus de travail a un rôle dans la décompensation psychique dans 9,4% des cas. Une charge mentale importante et une faible influence sur son travail sont imputables dans 20% des cas.

2-5- Épuisement professionnel ou Burn out (Z73).

Le diagnostic d'épuisement professionnel a été posé chez 17,3% des patients avec une prévalence sensiblement égale pour les deux sexes : 17,2% pour les hommes et 17,3% pour les femmes (Figures 10 et 12). Les classes d'âge supérieures "45 à 54 ans" et "55 ans et plus" sont les plus représentées, avec respectivement 34,5% et 31% des sujets atteints.

Les catégories socioprofessionnelles les plus touchées sont les cadres et les professions intellectuelles supérieures (36,8%), loin devant les professions intermédiaires (15,8%), les employés (14%) et les ouvriers (13,3%) (Figure 13).

Les branches professionnelles les plus concernées par l'épuisement professionnel sont:

- la santé et l'action sociale (41,4%)
- l'industrie manufacturière (10,3%)

40% des salariés d'une association sont en état d'épuisement professionnel, alors qu'ils sont 21,2% dans le secteur public et 12,2% dans le secteur privé.

12,5% des salariés du secteur primaire vus en consultation présentent un épuisement professionnel. Ils sont 15,4% dans le secteur de l'industrie et 18,25% dans celui des services.

Le temps d'exposition moyen est de 37 mois ($37 \pm 13,95$) (Figure 14).

Parmi les troubles psychiatriques associés au Burn out, sont retrouvés:

- Un épisode dépressif majeur dans 41,4% des cas
- Un trouble anxieux non précisé (10,3%)
- Un trouble anxieux et dépressif mixte (3,4%)

37,9% des sujets déclarent avoir eu des idées suicidaires depuis le début des difficultés professionnelles et 13,8% en ont encore le jour de la consultation (Figure 15).

Seuls 31% de ces patients ont un suivi spécialisé psychothérapique. 52,9% ont au moins un antécédent psychiatrique. Le plus souvent cet antécédent est un syndrome dépressif (60%). Des antécédents de troubles anxieux sont retrouvés chez 20% des patients. 58,6% d'entre eux suivent un traitement psychotrope. La majorité prend un antidépresseur et un anxiolytique (47%). 23,5% sont sous antidépresseur seul, 17,6% prennent une association antidépresseur-

anxiolytique-hypnotique. 62% des salariés en état de Burn out ont sollicité leur médecin généraliste.

44,8% patients travaillent encore au moment de la consultation et 55,2% sont en arrêt de travail avec une durée moyenne de ces arrêts supérieure à 7 semaines ($7,4 \pm 3,3$) (Figure 16).

Un avis d'inaptitude définitive à tout poste dans l'entreprise a été donné dans 34,5%. Pour 72,4% des sujets une reconnaissance en maladie à caractère professionnel peut être demandée.

Plusieurs nuisances professionnelles peuvent s'associer et provoquer un épuisement professionnel. Des facteurs organisationnels pathogènes dans l'entreprise sont mentionnés dans 71,8% des cas de Burn out. Parmi ceux-ci les facteurs managériaux pathogènes sont incriminés dans 78,6% des cas, les facteurs économiques dans 17,8% des cas. Les facteurs psychosociaux sont impliqués dans 5,1% des cas et ne renvoient pas à des faits de harcèlement moral présumé. Le processus de travail a un rôle dans la décompensation psychique dans 23% des cas. Dans plus de la moitié des cas, il correspond à une charge mentale importante (55,6%).

2-6- Stress lié à l'emploi (Z73.3+ Z56)

Ce diagnostic est posé chez des sujets présentant des difficultés dans leur travail avec un vécu de tension psychique sans qu'une réelle décompensation de type dépressive, anxieuse, psychotraumatique ou Burn out ait pu être repérée pendant l'entretien clinique.

Le diagnostic de stress a été posé chez 26 salariés soit 15,5% des personnes évaluées en consultation, avec une prévalence équivalente chez les deux sexes (15,4% pour les femmes et 15,5% pour les hommes) (Figure 10 et 12). La classe d'âge la plus représentée est la classe "35 à 44 ans" (38,5%), suivie par les "45 -54 ans" (26,9%) et les "moins de 35 ans" (23,1%). Les « plus de 55 ans » sont moins concernés par ce diagnostic (11,5%).

Les catégories socioprofessionnelles les plus touchées sont les employés (16,7%) puis les salariés exerçant une profession intermédiaire (15,8%). 13,3% des ouvriers et 10,5% des cadres et professions intellectuelles supérieures sont stressés par leur emploi (Figure 13).

Les branches professionnelles les plus concernées sont:

- la santé et de l'action sociale (19,2%)
- le commerce (15,4%)
- les activités immobilières (11,5%)

Mais ce diagnostic est retrouvé dans toutes les branches socioprofessionnelles.

18,7% des salariés du secteur primaire vus en consultation sont stressés. Ils sont 7,7% dans le secteur de l'industrie et 16,7% dans celui des services.

9% des salariés du secteur public sont stressés. Ils sont 16,5% dans le secteur privé et 20% dans le secteur associatif.

Le temps d'exposition moyen est supérieur à 20 mois ($20 \pm 5,2$) (Figure 14).

Parmi les troubles psychiques associés au stress sont retrouvés:

- un épisode dépressif majeur (11,5%)
- un trouble anxieux sans précision (7,6%)
- un trouble anxieux phobique sans précision (3,8%)

19,2% des patients stressés déclarent avoir eu des idées suicidaires depuis le début de leurs difficultés professionnelles et 3,8% en présentent encore le jour de la consultation (Figure 15).

52% des sujets stressés prennent un traitement psychotrope. 23% des sujets sous traitement prennent une association antidépresseur- anxiolytique et 30,8% sont traités par anxiolytique, antidépresseur et hypnotique. Seules 19,2% ont un suivi psychothérapique. Dans 42,9% des cas les sujets n'ont aucun antécédent psychiatrique. Lorsqu'il existe un antécédent de ce genre, il s'agit de syndrome dépressif dans la majorité des cas (75%). 76,9% des patients ont eu recours à leur médecin généraliste.

61,5% des sujets stressés sont en arrêt de travail au moment de la consultation. La durée moyenne de ces arrêts est de 11 semaines ($11 \pm 8,3$) (Figure 16).

Un avis d'inaptitude définitive à tout poste dans l'entreprise a été conseillé dans 12% des cas. 25% des sujets stressés par leur emploi peuvent demander une reconnaissance de leur trouble en maladie à caractère professionnel.

Plusieurs nuisances professionnelles peuvent s'associer et provoquer un état de stress. Des facteurs organisationnels pathogènes dans l'entreprise sont retrouvés dans 73,9% des cas. Parmi ceux-ci les facteurs managériaux pathogènes sont imputables dans 82,3% des cas et les difficultés relationnelles au travail dans 17,6% des cas. Les facteurs psychosociaux sont impliqués chez 17,4% des sujets stressés. Tous sont des violences psychiques et dans la moitié des cas elles correspondent à des agissements répétés vécus de façon persécutive (dont le harcèlement moral présumé).

Discussion

Cette étude a permis de montrer que les troubles psychiatriques rencontrés en consultation de pathologie professionnelle, principalement dépressifs et anxieux, sont sévères et parfois associés à des idées suicidaires. Ils touchent des salariés sans antécédent psychiatrique dans près de la moitié des cas. La période d'exposition aux difficultés professionnelles est longue avec pour conséquence un absentéisme fréquent et durable. Un avis d'inaptitude définitive pour raison médicale est recommandé dans 41% des cas et plus de la moitié des patients peut prétendre à une reconnaissance en maladie à caractère professionnel.

Cette étude présente certaines limites, notamment l'existence d'un double biais de recrutement car les patients sont adressés exclusivement par les services de médecine du travail. Ces patients sont ceux chez qui la problématique professionnelle et ses conséquences psychiques sont les plus lourdes et les plus complexes. La population étudiée n'est donc pas représentative de l'ensemble des situations de souffrance au travail rencontrées chez les salariés de la région Pays de la Loire.

Notre population est salariée. Le cas des exploitants agricoles, des artisans, chefs d'entreprise et des professions libérales n'est pas étudié dans ce travail. Les résultats ne sont donc pas généralisables à l'ensemble de la population active française.

Il peut exister un biais de classement des troubles psychiatriques. En effet les patients sont évalués cliniquement par un seul psychiatre sans recours à des échelles d'évaluation validées. Les diagnostics sont posés à partir des classifications internationalement reconnues qui attestent de leur fiabilité. La cohérence de ce travail est satisfaisante puisqu'un seul psychiatre expérimenté a évalué les troubles pour tous les patients de l'étude, ce qui prémunit d'une fluctuation dans les diagnostics et les codages CIM-10 retenus.

Sur les plans sociodémographiques et professionnels nos résultats concordent avec ceux des études portant sur le même thème [2, 3, 7, 8, 13, 14, 16, 18, 20, 24, 31, 35, 41]. Cette souffrance psychique touche les salariés d'âge moyen, plus souvent les femmes. Schématiquement les employés du secteur tertiaire, du commerce et du domaine de la santé et de l'action sociale qui travaillent pour une entreprise privée semblent particulièrement exposés. Les difficultés psychiques d'origine professionnelle débutent souvent après un changement dans l'organisation du travail consécutif ou non à un changement de direction. Le

temps d'exposition à ces difficultés est long, parfois plusieurs années et engendre un absentéisme de plusieurs mois.

A- Caractéristiques socioprofessionnelles.

A-a- Age et sexe

Notre population est majoritairement féminine (65,5%). Cette prédominance est retrouvée dans toutes les études qui traitent de la souffrance mentale au travail et du harcèlement moral présumé [2, 8, 14, 18, 20, 24, 31, 35, 41]. La proportion des femmes dans ces travaux varie de 61,38% [24] à 73,21% [7]. En 2008 le pourcentage de femme active en France était de 47,55% [25]. Cette surreprésentation pourrait être liée à une exposition à la souffrance au travail plus fréquente chez les femmes ou au fait qu'elles sollicitent plus facilement l'aide médicale que les hommes.

L'âge moyen des salariés, 43 ans, est comparable aux moyennes des autres études qui vont de 39 à 45,8 ans [18,35]. Les classes d'âges "35-44 ans" et "45-54 ans" sont surreprésentées comme dans d'autres travaux [24,31] (Figure 1). Concernant la situation familiale des personnes, plus de la moitié vit en couple comme dans les travaux de De Gasparo et Grenier-Pezé (57,5%) [16] et de Guinchard (61,9%) [24].

A-b- Catégories socioprofessionnelles.

Notre effectif est exclusivement salarié. Les employés sont majoritaires (68%) alors qu'ils ne représentent que 16,4% des actifs français en 2009 [26] (Figure 2). Cette surreprésentation, retrouvée dans plusieurs études [8,24] est due à un biais de recrutement. Ce même biais peut expliquer la sous-représentation de la catégorie des ouvriers (9% contre 12,8% à l'échelle nationale [26]). Il est également possible qu'il y ait plus de décompensations de type musculosquelettiques que de décompensations psychiques chez les salariés de cette catégorie socioprofessionnelle. Les chiffres des catégories des cadres- professions intellectuelles supérieures et des professions intermédiaires (11,3% chacune) ne sont pas non plus superposables aux chiffres nationaux (8,8% pour les cadres, 13,2% pour les professions

intermédiaires [26]) mais les écarts sont moindres comparés aux autres catégories socioprofessionnelles.

Notre étude indique que certains types de décompensations psychiques sont plus fréquents dans certaines catégories socioprofessionnelles (Figure 13). Ainsi la catégorie des cadres est celle où le pourcentage d'épuisement professionnel est le plus élevé (36,8%) et la catégorie des ouvriers est celle au plus fort taux d'état de stress post-traumatique (20%). De plus chez ces deux catégories le taux d'épisode dépressif majeur est supérieur aux autres catégories socioprofessionnelles : 57,9% chez les cadres et 60% chez les ouvriers contre 42,1% et 38,6% pour les professions intermédiaires et les employés.

Il nous semble que la forte proportion d'épuisement professionnel et de dépression chez les cadres peut s'expliquer par la nature de leur poste, leurs conditions de travail et ses évolutions. Ces salariés fréquemment soumis à une surcharge objective de travail, se situent dans une position hiérarchique délicate où ils doivent faire le pont entre une hiérarchie qui prescrit le travail et fixe des objectifs d'après des indicateurs chiffrés et les salariés de leur équipe qui réalisent le travail réel, avec tous les aléas que le réel implique et qui font l'essence même du travail (contretemps, problèmes non-envisagés dans la prescription, conflits interpersonnels, etc.). La grande latitude décisionnelle qui caractérise normalement leur fonction et leur permet de palier ces problèmes est souvent réduite par un manque de moyens (humains, financiers, temporels) qui accroît leur difficulté pour atteindre les objectifs attendus par leurs supérieurs envers lesquels ils ont une obligation de résultat. S'ajoutent à ces contraintes l'effacement de la frontière travail-vie privée par l'introduction des nouvelles technologies de l'information et de la Communication (N.T.I.C. : internet, Smartphones) et le télétravail qui font qu'un cadre peut travailler n'importe où et n'importe quand. En favorisant la communication à distance et les échanges virtuels, les N.T.I.C. tendent à isoler le salarié-cadre, à dissoudre les collectifs de travail et à diminuer le soutien social. Ainsi la forte demande psychologique à laquelle les cadres sont soumis et leur latitude décisionnelle contrariée par l'organisation du travail peut mener à une situation de « job-strain » ou « tension au travail » comme l'a décrite Karasek dans son modèle de risques psychosociaux « demande- autonomie- soutien au travail » [30]. Cette situation est particulièrement pathogène sur le plan de la santé mentale [44]. En effet il a été démontré que le job-strain est associé à la dépression et à l'épuisement professionnel [4,38]. En outre une forte demande psychologique associée à une latitude décisionnelle ou à un soutien social faible est associée à des symptômes dépressifs de manière indépendante des traits de personnalité ou des

problèmes psychiatriques antérieurs du sujet [36], ce qui indique que l'on peut tomber psychiquement malade uniquement à cause de ses conditions de travail.

Les ouvriers quant à eux sont particulièrement exposés à la dépression et au stress post-traumatique (Figure 13). Comme pour les cadres mais pour des raisons différentes, ce fort taux de dépression (60%) est lié à la forte demande psychologique qui s'exerce sur les ouvriers (obligation de rendement, nécessité de respecter des délais déjà trop courts, menace du licenciement dans un contexte de chômage de masse) dans des secteurs industriels en crise (industries automobile, textile) ou très concurrentiels (secteur du B.T.P : Bâtiments- Travaux Publics). Associé à une latitude décisionnelle souvent faible, en particulier lorsque ces ouvriers ne sont pas qualifiés, on retrouve les situations de « tension au travail » de Karasek propices à l'émergence de troubles dépressifs.

Le fort taux de syndrome de stress post-traumatique peut s'expliquer quant à lui par les conditions de travail des ouvriers, qui les exposent de manière plus fréquente aux accidents du travail violents et graves en temps que victime ou témoin (accident de chantier dans le BTP, avec l'outil de travail dans les usines). De tels accidents ébranlent les mécanismes de défenses individuels et collectifs mis en place pour lutter contre la peur inhérente aux risques du métier et pour permettre de continuer le travail malgré ces risques [15]. Les témoins d'accidents du travail peuvent développer d'authentiques syndromes de stress post-traumatique, en particulier lorsque l'accident n'est pas analysé au décours par le collectif de travail. Une telle reprise médiatisée par des intervenants expérimentés permet de mettre du sens sur ce qui s'est passé et permet aux mécanismes de défense individuels et aux stratégies collectives de défenses de reprendre leurs fonctions protectrices contre la peur de retourner travailler [23]. Une reprise du travail sans ce temps d'élaboration collective, « comme si rien ne s'était passé », est à haut risque de décompensation psychotraumatique pour les victimes et les témoins directs d'un accident du travail.

A-c- Branches professionnelles et secteurs d'activité.

Les branches professionnelles de la santé et de l'action sociale, du commerce et de l'industrie manufacturière sont les plus concernées par la souffrance au travail (Figure 3). Ces trois branches sont fréquemment retrouvées en tête de liste dans les études portant sur la souffrance psychique au travail [14, 20, 24, 31] en particulier les secteurs de la santé et du commerce [2, 8, 13, 14, 16, 18, 20, 24, 31, 35, 41]. Les autres branches professionnelles sont

représentées dans une moindre mesure, à l'exception de l'industrie extractive, de la production et de la distribution d'eau, des activités de ménage en temps qu'employeurs et des activités extraterritoriales qui ne sont pas représentées dans cette étude.

Le secteur des services est celui qui emploie le plus de salariés de notre échantillon (75%), comme dans la population active générale (74,2% en 2008) [27] (Figure 4). Le secteur primaire est surreprésenté avec 9,5% des salariés. Ce chiffre est supérieur à l'échelle nationale (4,1% en 2006) et régionale (5,3% en 2006) [28]. Un biais de recrutement peut expliquer cette surreprésentation. Le secteur de l'industrie est quant à lui légèrement sous-représenté (15,5%) par rapport aux chiffres nationaux (16,9%) et régionaux (19,5%) [28].

Le secteur privé emploie 68,5% des salariés de notre échantillon (Figure 7). Ce taux varie entre les études selon qu'elles aient considéré le secteur associatif comme indépendant ou non des secteurs privé et public. Ainsi il varie de 54,5% pour Guinchard [24] à 90% pour Soula [41]. Les études qui traitent de la souffrance mentale au travail s'accordent pour dire que les entreprises privées en sont les plus pourvoyeuses. Cependant il convient de rappeler que le secteur privé emploie 78% des salariés en France en 2005 [14]. Il est donc difficile de conclure sur une plus grande prévalence de la souffrance au travail dans le secteur privé par rapport au secteur public.

A-d- Mode de début des difficultés professionnelles.

Les difficultés professionnelles ont le plus souvent débuté suite à un changement de direction dans l'entreprise ou à un changement dans l'organisation du travail. En pratique, un changement de direction débouche souvent sur des modifications de l'organisation du travail et sur l'instauration de nouvelles techniques de management. En 1996, une étude française a montré que certains événements comme un changement important dans l'organisation du travail pouvaient causer ou précipiter des troubles anxieux et/ou dépressifs [6]. Certaines techniques de management, comme le management par le stress, sont de plus en plus incriminées dans la survenue de la souffrance psychologique au travail [13].

A-e- Temps d'exposition et durée des arrêts de travail.

Le temps d'exposition moyen aux difficultés professionnelles est long (27 mois). Il est du même ordre de grandeur dans les autres travaux sur le sujet, dans lesquels il oscille entre 19,1 mois [2] et 35,8 mois [31]. Bensefa [2] dans son étude sur le harcèlement moral présumé a démontré qu'une courte durée d'exposition au harcèlement permet une évolution significativement plus favorable sur le plan professionnel. Plus largement il nous semble qu'une plus longue durée d'exposition aux difficultés professionnelles confère un moins bon pronostic en termes de temps nécessaire à la restructuration psychique des salariés et de retour à l'emploi.

Le jour de la consultation trois quarts des salariés ne travaillent pas. Ce taux est supérieur à ceux des autres études: 57% pour Bensefa et Sandret [2], 60,6% pour De Gasparo et Grenier-Pezé [16], 63,3% pour Kasbi [31] et 69,7% dans celle de Gingembre [20]. La quasi-totalité des patients sont en arrêt de travail pour maladie. La durée moyenne de ces arrêts est longue, supérieure à 16 semaines. Paolillo [35] dans son étude de 2006 sur le harcèlement moral présumé retrouvait une durée moyenne des arrêts de travail de 44 semaines. Il est intéressant de noter que la durée moyenne des arrêts de travail est supérieure chez les hommes (18,5 semaines contre 15,2 chez les femmes). La souffrance psychique d'origine professionnelle est responsable de longues périodes d'absentéisme, coûteuses pour la collectivité et les entreprises. En 1990 une étude anglaise estimait que 14% de l'absentéisme au travail était dû à des troubles psychiques et que l'absentéisme lié aux troubles anxieux et dépressifs occasionnait un coût de deux milliards de livres Sterling (environ 2,4 milliards d'euros) [12].

A-f- Professionnels de santé de recours.

Les résultats mentionnent que plus de 98% des salariés ont eu recours à leur médecin du travail depuis le début de leurs difficultés professionnelles. Ce chiffre très élevé est la conséquence d'un biais d'adressage puisqu'il est nécessaire d'être adressé par son médecin du travail pour accéder à la consultation. Mais force est de constater qu'en consultation de psychopathologie du travail, une proportion bien moindre de salariés avoue avoir sollicité spontanément leur médecin du travail pour évoquer les difficultés rencontrées dans l'entreprise. Son recours reste sous-utilisé par les salariés par méfiance peut-être, par

méconnaissance de son rôle et de ses possibilités d'action certainement. Par contre, plus de huit salariés sur dix ont sollicité leur médecin traitant ce qui confirme que les médecins généralistes demeurent les interlocuteurs de première ligne, et souvent les seuls interlocuteurs, face à la souffrance psychique liée à l'activité professionnelle. Concernant la prise en charge de ces sujets et malgré la présence de troubles psychiatriques avérés, seuls un tiers des patients bénéficient d'un suivi spécialisé psychothérapique. A contrario, trois quarts des patients prennent un traitement psychotrope. Ce faible taux de soins spécialisés et cette forte consommation de psychotropes trouvent une explication dans le recours en première et souvent en seule intention aux médecins généralistes en cas de difficultés au travail.

B- Troubles psychiques.

Le diagnostic d'épisode dépressif majeur (codage CIM-10 : F32) est posé chez 45% des patients et des troubles anxieux sont présents chez plus de la moitié d'entre eux (Figure 10). Parmi ceux-ci, on trouve 18,3% de troubles anxieux et dépressifs mixtes (codage CIM-10 : F41.2), 15,2% de troubles anxieux non précisés (codage CIM-10 : F41.9), 9,15% d'états de stress post traumatique (codage CIM-10 : F43.1). Parmi les autres troubles psychiques sont retrouvés 17,3% d'épuisement professionnel ou Burn out (codage CIM-10 : Z73) et 15,5% d'états de stress liés à l'emploi (codage CIM-10 : Z73.3+Z56). Dans la plupart des études sur la souffrance psychique au travail, les troubles dépressifs, anxieux et les idées suicidaires sont les principaux troubles recherchés. Cependant la grande variabilité des modes de recueil des données (échelle d'évaluation validée [3, 14] ou questionnaire [7, 8, 16, 24, 39] ou encore recueil rétrospectif des données [2, 16]) mène à des résultats hétérogènes. Cette variabilité des méthodologies ne permet pas de comparer sur le plan quantitatif nos résultats avec ceux des autres études.

B-a- Décompensations psychiques liées au travail et idées suicidaires.

38% des patients confient avoir eu des idées suicidaires depuis le début des difficultés professionnelles et près de 15% en ont encore le jour de la consultation (Figure 11). Il nous semble que dans un certain nombre de cas, l'apparition d'idées suicidaires constitue un signal d'alerte subjectif pour les patients. L'émergence de telles idées semble décider nombre d'entre eux à recourir à l'arrêt maladie pour s'éloigner de l'environnement de travail délétère alors

même qu'ils endurent cet environnement depuis plusieurs mois. Plus que le travail, ces patients semblent fuir leur auto agressivité potentielle et la menace de l'aliénation engendrées par des conditions de travail devenues invivables. La diminution de plus de la moitié des idées suicidaires avec l'arrêt de travail et la mise à distance du milieu professionnel semblent corroborer cette hypothèse (Figure 10). En outre, il est possible que la médiatisation récente des suicides imputables aux conditions de travail ait sensibilisé l'opinion publique et qu'elle facilite le recours au soin en participant à la levée du silence autour du phénomène suicidaire au travail.

Lorsque l'on s'intéresse à la fréquence des idées suicidaires depuis le début des difficultés professionnelles en fonction du sexe des patients, on remarque qu'elles sont beaucoup plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes (50% contre 31,8%) puis ces chiffres tendent à se rejoindre lorsque l'on considère la persistance des idées suicidaires le jour de la consultation (14,3% chez les hommes et 14,8% chez les femmes) (Figure 11). Nous voyons une double explication pour comprendre ce fort taux d'idéations suicidaires chez les hommes. D'une part le travail reste pour les hommes le principal socle de construction de l'identité contrairement aux femmes pour qui la construction identitaire s'appuie sur le travail mais également sur la maternité et l'éducation des enfants [21]. D'autre part l'existence et l'expression de difficultés psychiques de la part d'un homme sont difficilement acceptées par le collectif de travail tout particulièrement dans les milieux professionnels masculins (B.T.P., armée, etc.). Ce rejet est dû aux mécanismes de défense collectifs qui exaltent la virilité pour contrer symboliquement la peur et la souffrance au travail. Celui qui souffre devient une menace pour le collectif, est désigné comme un « faible » et doit se taire ou partir [34]. Ainsi l'exclusion du collectif et l'ébranlement identitaire peuvent expliquer le plus fort taux d'idéations suicidaires chez les hommes en cas de difficultés professionnelles par rapport aux femmes.

Les épisodes dépressifs majeurs, les syndromes de stress post-traumatique et le Burn out sont les trois troubles psychiques les plus pourvoyeurs d'idéations suicidaires depuis le début des difficultés professionnelles (respectivement 54,8%, 40% et 37,9%) (Figure 15). Ce chiffre élevé n'est pas surprenant concernant les épisodes dépressifs majeurs puisqu'on sait que l'existence d'un trouble de l'humeur multiplie par 30 le risque de suicide par rapport à la population générale [32]. Les idées suicidaires persistent chez plus d'un quart des patients déprimés le jour de la consultation. Nous pensons que le faible recours au suivi spécialisé (seuls 26% des sujets déprimés sont suivis en psychothérapie) et la mauvaise adaptation des

traitements antidépresseurs voire leur absence (16,2% des sujets en dépression ne prennent aucun traitement) explique la persistance des idées suicidaires et met en lumière les carences dans la prise en charge de ces patients.

Le syndrome de stress post-traumatique (ou posttraumatic stress disorder : PTSD) est le second trouble pourvoyeur d'idées suicidaires en fréquence après l'épisode dépressif majeur depuis le début des difficultés professionnelles (40%) mais aussi le jour de la consultation (26,7%) (Figure 15). Une décompensation psychotraumatique peut survenir suite à la confrontation par le sujet sur son lieu de travail soit à un évènement catastrophique unique (agression, accident du travail, suicide d'un collègue), soit à des micro-évènements répétés aboutissant à une érosion psychique progressive (cas du harcèlement moral). Dans cette dernière situation, la décompensation psychotraumatique est brutale et découle soit de l'apparition dans la relation pathogène de menaces sur l'intégrité mentale ou physique du sujet soit elle est consécutive d'un évènement « de trop », telle une goutte d'eau qui tombe toujours au même endroit d'une feuille de papier et qui finit par la percer [23]. A sa phase d'état le syndrome de stress post-traumatique se caractérise par le trépied symptomatique associant un syndrome de répétition (reviviscences mentales intrusives et obsédantes du traumatisme, cauchemars répétitifs), un syndrome d'hyperveil (état d'alerte permanent, troubles du sommeil et manifestations neurovégétatives d'angoisse - sueurs, boule œsophagienne -) et un syndrome d'évitement « en tâche d'huile » (d'abord évitement du lieu où s'est produit le traumatisme, puis de l'entreprise puis du quartier où se situe l'entreprise etc.). Le syndrome de stress post-traumatique est une affection très invalidante qui se complique souvent de troubles de l'humeur [32]. Notre étude montre que deux tiers des patients atteints de PTSD présentent un épisode dépressif majeur comorbide. Cette cooccurrence peut expliquer le fort taux d'idées suicidaires associées au PTSD et leur persistance. Notre étude montre que les sujets atteints d'un syndrome de stress post-traumatique sont ceux qui ont la plus « courte » durée d'exposition (18 mois) (Figure 14) et la plus longue durée d'arrêt de travail (16 semaines) (Figure 16), ce qui témoigne de leur incapacité à retourner sur le lieu du traumatisme et à reprendre leur travail. Dans 80% des cas un avis d'incapacité totale et définitive à tout poste dans l'entreprise est donné ce qui illustre bien la gravité de ces tableaux cliniques.

L'épuisement professionnel (codage CIM-10 : Z73.0) ou Burn out, touche 17,7% des patients (Figure 10) et est associé à un taux important d'idées suicidaires depuis le début des

difficultés professionnelles (37,9%) (Figure 15). La fréquence de ces idées décroît de manière importante avec l'arrêt de travail (13,8% le jour de la consultation). L'apparition d'idées suicidaires chez les sujets en état d'épuisement professionnel est un critère de gravité qui doit mener à l'arrêt immédiat du travail et à l'hospitalisation [22] car les passages à l'acte sont souvent le fait de raptus anxieux imprévisibles pour la victime et son entourage. Il n'est pas surprenant que les patients en Burn out aient la plus longue durée d'exposition (37 mois) (Figure 14) et la plus courte durée d'arrêt de travail (7 semaines) (Figure 16). En effet l'état d'épuisement professionnel s'associe classiquement à un déni du surmenage et de la surcharge de travail et à une augmentation de l'implication du salarié dans son travail alors même que son efficience est réduite menant au phénomène de « présentéisme » [22]. Le burn out, étudié par Freudenberg en 1974 [19] chez des professionnels en contact avec autrui dans une relation d'aide (soignants, bénévoles d'association) est "un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail". Le Burn out constitue une réponse au stress émotionnel chronique et comporte trois dimensions selon Maslach et Jackson [33] : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (dans le sens d'une déshumanisation d'autrui) et la réduction de l'accomplissement personnel. L'épuisement professionnel se rencontre dans toutes les branches professionnelles, même dépourvues d'activité relationnelle [42].

B-b- Antécédents psychiatriques.

Près de la moitié des patients n'ont aucun antécédent psychiatrique. Cela permet d'affirmer que les troubles mentaux imputables aux mauvaises conditions de travail sont susceptibles de survenir chez tout salarié et non pas uniquement chez les individus « fragiles ».

B-c- Avis d'incapacité et reconnaissance en maladie à caractère professionnel.

Plus de la moitié de ces troubles sont suffisamment sévères pour pouvoir prétendre à une reconnaissance en maladie à caractère professionnel (MCP). Une MCP est définie comme toute maladie susceptible d'être d'origine professionnelle mais qui n'entre pas dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles indemnifiables (MPI). Cette notion de MCP a été

introduite dans un but de prévention des maladies professionnelles, de production de statistiques et d'évolution des tableaux de réparation. Elle n'ouvre pas le droit à une indemnisation. En 2006, la souffrance psychique était le deuxième trouble signalé au titre de maladie à caractère professionnel (21% des cas) derrière les affections de l'appareil locomoteur (59%) [43].

Enfin, dans plus de 60% des cas, les troubles ont conduit à un avis d'inaptitude pour raison médicale, définitive pour deux tiers d'entre eux. L'avis d'inaptitude définitive pour raison de santé signifie que l'état psychique d'une personne est incompatible avec la poursuite de son activité au sein de son entreprise et que la reprise du travail au même poste constituerait une menace sérieuse pour sa santé et son intégrité psychique. Il ne s'agit pas d'une inaptitude définitive au travail. Le patient conserve ses droits aux indemnités de licenciement, aux allocations chômage et à la formation professionnelle. Néanmoins, il perd son emploi et les données de la littérature sont convergentes pour dire que le devenir professionnel des sujets mis en inaptitude définitive est sombre. En 2003 Soula rapporte que sur 62 patients mis en inaptitude, un tiers seulement avait retrouvé un travail après un an. Les autres étaient au chômage ou en arrêt longue maladie [17].

Conclusion

L'étude de 168 salariés adressés à la consultation psychiatrique de pathologie professionnelle du CHU d'Angers entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2009 a permis de relever les caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et les troubles psychiatriques de cette population confrontée à des difficultés psychiques en lien avec le travail.

Les troubles dépressifs et anxieux de ces salariés sont sévères et parfois accompagnés d'idées suicidaires. L'arrêt de travail, par la mise à distance du milieu professionnel apparaît comme un facteur protecteur du passage à l'acte suicidaire, bien que cette hypothèse reste à confirmer.

Nombre de salariés n'ont aucun antécédent psychiatrique et pour beaucoup les difficultés professionnelles à l'origine de la décompensation psychique semblent avoir annihilé le rapport subjectif au travail qu'ils entretenaient et grâce auquel ils s'étaient construits et s'accomplissaient en temps que sujet.

Les conséquences des troubles mentaux imputables au travail sont lourdes sur les plans humain et sociétal. Parmi celles-ci notre étude a permis de mettre en évidence des périodes d'exposition et d'absentéisme longues et un fort taux d'inaptitude définitive pour raison médicale.

Ce travail permet d'ouvrir une réflexion à plusieurs niveaux sur l'état actuel de la prise en charge des salariés en souffrance au travail. Tout d'abord, force est de constater qu'il existe un retard dans la prise en charge de ces patients tant au niveau diagnostic que thérapeutique. Nous pensons que ce retard peut être attribué d'une part au manque de sensibilisation et de formation des différents acteurs de soins (médecins du travail et généralistes, psychiatres) dans le dépistage et le traitement des décompensations psychiques liées au travail. D'autre part il nous semble que l'inexistence de réseaux de soins opérationnels et spécifiques à la problématique « santé mentale et travail » favorise l'errance thérapeutique des patients et mène à l'enkystement délétère des troubles tant sur le plan psychique que professionnel. La mise en place de tels réseaux nous semble indispensable pour répondre de façon cohérente et coordonnée à la demande croissante d'aide des salariés en souffrance.

Il nous paraît également indispensable que le retour à l'emploi des salariés ayant connu des difficultés psychiques du fait de leur travail soit très encadré par les services de

médecine du travail au moyen de consultations régulières sur une période suffisante. Une consultation mensuelle pendant une année après la reprise du travail nous semble adaptée.

De même il semble nécessaire que les patients évalués en consultation de psychopathologie du travail puissent être réévalués à moyen terme afin de juger de l'évolution de la symptomatologie psychique et de la situation de travail. Ce recul fait défaut à la consultation dans sa forme actuelle. Cette seconde évaluation permettrait en outre de réévaluer les prises en charge et d'appuyer les actions des médecins du travail.

Enfin il nous semble indispensable que les salariés eux même prennent connaissance de leurs droits et des obligations de l'entreprise vis-à-vis de leur santé et de leur sécurité (Annexe 2 : articles L230-2 à 5 du Code du Travail) afin de recommencer à se mobiliser collectivement contre les organisations du travail pathogènes. Il est également nécessaire qu'ils accordent une plus grande confiance aux services de santé au travail.

La sensibilisation des salariés, la formation des professionnels de santé, la mise en commun des connaissances et le développement de réseaux de soins efficaces ne résoudront sans doute pas le problème majeur de la souffrance psychique au travail mais constitueront des bases solides pour tenter de faire évoluer les mentalités au sein des entreprises et pour interpellier les politiques sur la nécessité d'une réflexion sur les conditions de travail dans nos sociétés postmodernes, sociétés qui font souvent passer l'être humain après la rentabilité marchande et les intérêts financiers.

Références bibliographiques

- [1]Agence européenne de la sécurité et de la santé au travail. How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work,2002:127p. In Chouanière D. Stress et risques psychosociaux: concepts et prévention. Documents pour le médecin du Travail. INRS, n°106 2ème trimestre, 2006.
- [2]Bensefa L., Sandret N., De Clavière C., D'Escatha A. *et al.* Harcèlement moral et pronostic professionnel chez 126 patients d'une consultation de pathologie professionnelle. Arch Mal Prof, 2004;65:387-395.
- [3]Boisson C., Fontana L., Brousse D., *et al.* Etude descriptive d'une population de salariés consultants pour faits de harcèlement moral au travail (HMT).Arch Mal Prof Env, 2006; 67(3):p.535.
- [4]Borritz M., Bultmann U., Rugulies R., et al. Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: finding from 3-year follow-up of the PUMA. In Vézina M. Les dimensions pathogènes de l'organisation du travail : au-delà des chiffres et du questionnaire. Arch Mal Prof 2008 ; 69 :189-194.
- [5]Bressol E. Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés. Rapport du conseil économique et social. Paris, Editions des Journaux officiels;2004:200p. Consultable en ligne: [http://www.conseil-economique-et-social.fr/rapport /doclon /04041410.PDF](http://www.conseil-economique-et-social.fr/rapport/doclon/04041410.PDF)
- [6]Chevalier A., Bonenfant S., Picot C. *et al.* Occupational Factors of Anxiety and Depressive Disorders in the French National Electricity and Gas Company. JOEM, 1996; 38:1098-1107.
- [7]Chiaroni J. Le harcèlement moral au travail. Etude auprès des médecins du travail de la région PACA. Arch Mal Prof, 2001;62:410-411
- [8]Chiaroni J., Chiaroni P. Données épidémiologiques des situations de mobbing au travail d'après une enquête effectuée auprès des médecins du travail de la région PACA. Arch Mal Prof, 2001;62:96-107.
- [9]Chouanière D. Stress et risques psychosociaux: concepts et prévention. Documents pour le médecin du Travail. INRS, n°106 2ème trimestre, 2006.
- [10]Classification internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement 10^{ème} édition (CIM-10).Organisation mondiale de la Santé, Editions Masson, 1996. 305p.

- [11]Cohidon C., Imbernon E. Santé mentale et travail, de la connaissance à la surveillance. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°25-26, InVS, 9 juin 2009, pp259-261.
- [12]Conti D.J., Burton W.W. The economic impact of depression in the workplace. In Chevalier A., Bonenfant S., Picot C. *et al.* Occupational Factors of Anxiety and Depressive Disorders in the French National Electricity and Gas Company. JOEM, 1996;38:1098-1107.
- [13]De Clavière C., Bensefa L., Leker L., *et al.* Profil des patients adressés pour souffrance psychologique au travail dans une consultation de pathologie professionnelle. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2004 ;65(2):p151.
- [14]De Clavière C., Kasbi-Benassouli V., Paollilo A.G., *et al.* Devenir médical et socioprofessionnel des patients pris en charge pour souffrance psychologique au travail au sein d'une consultation de pathologie professionnelle. Arch Mal Prof Env, 2008, 69: 24-30.
- [15]Dejours C. Travail, usure mentale. 4^{ème} édition. Paris, Editions Bayard, 2008, 299p.
- [16]De Gasparo C., Grenier-Pezé M. Etude d'une cohorte clinique de patients harcelés : une approche sociologique quantitative. Documents pour le Médecin du Travail 2003 ;95:307-331.
- [17]Duhamel C. Faire reconnaître l'origine professionnelle des dépressions. Santé et Travail, 2003; 44:50-52.
- [18]Egreteau F., Marguet G. Souffrance mentale au travail en Franche-Comté. Analyse de 121 cas de psychopathologies au travail en Franche-Comté de janvier 1997 à juillet 2001. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2002 ; 63:512-515
- [19]Freudenberger H.J., Staff Burnout. In Truchot D. Epuisement professionnel et burn out: Concepts, modèles, interventions. Paris, Editions Dunod, 2004, 265p.
- [20]Gingembre L. Psychopathologie d'origine professionnelle: caractérisation des différents profils de patients adressés en consultation de pathologie professionnelle entre 2003 et 2007 au CHU de Nancy. Thèse pour le doctorat de médecine, Nancy, 2010. Consultable en ligne: http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2010_GINGEMBRE_LORENE.pdf
- [21]Grenier-Pezé M. Les athlètes de la quantité. Revue française de psychosomatique, 2009/2, n°36 : 69-85.
- [22]Guiho-Bailly M.-P. Burn-out syndrome d'épuisement professionnel. Consultable en ligne: <http://med.univ-angers.fr/fmc/seminaires/Journee%20FMC%2013%20janvier%202011/burnoutchu.pdf>
- [23]Guiho-Bailly M.-P., Guillet D. Existe-t-il des situations d'urgence en psychopathologie du travail ? Travailler, 2003/2, n°10 : 57-75.

- [24]Guinchard P. Devenir médical et socioprofessionnel des patients reçus pour souffrance mentale au travail de 2004 à 2006 à la consultation de pathologie professionnelle de Lyon. Thèse pour le doctorat de médecine, Lyon, 2008.
- [25]Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Population active et taux d'activité selon le sexe dans l'Union Européenne en 2008. Consultable en ligne: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=CMPPFPS03138®_id=98
- [26]Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2009. Consultable en ligne: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF02135®_id=0
- [27]Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Répartition des actifs ayant un emploi par secteur d'activité économique en 2008. Consultable en ligne: <http://www.statapprendre.education.fr/insee/emploi/secteurs/secteursrepartitionsecteur.htm>
- [28]Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). L'économie des Pays de la Loire : de nombreux atouts mais quelques faiblesses structurelles. Consultable en ligne:http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=3&ref_id=14298&page=etudes/etudes75/etudes75_graph.htm#graph4
- [29]Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (INTEFP). Souffrance mentale au travail. Les cahiers de l'INTEFP, 2006.
www.institutformation.travail.gouv.fr/.../FicParu%5C2007_01%5C2005_souffrance_mentale_au_travail.pdf
- [30]Karasek R.-A.. Job demand, job decision latitude, and mental strain : implication for job redesign. In DARES. Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003.Premières synthèses, mai 2008- n°22.1.
- [31]Kasbi-Benassouli V. Etude du devenir médical et socioprofessionnel des patients adressés pour souffrance psychologique au travail à une consultation de pathologie professionnelle. Thèse pour le doctorat de médecine, Créteil, 2006. Consultable en ligne: <http://doxa.scd.univ-paris12.fr/theses/th0247835.pdf>
- [32]Lempérière T., Féline A., Adès J., et al. Psychiatrie de l'adulte. Paris, Editions Masson, 2^{ème} édition, 2006, 555p.
- [33]Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout. In Truchot D. Epuisement professionnel et burn out: Concepts, modèles, interventions. Paris, Editions Dunod, 2004, 265p.

- [34]Molinier P. Les enjeux psychiques du travail. Paris, Editions Petite Bibliothèque Payot, 2007, 336p.
- [35]Paolillo A.G., Haubold B., Leproust H., *et al.* Devenir socioprofessionnel de patients en situation de harcèlement moral présumé. Documents pour le Médecin du Travail, 2006 ; 105 : 49-59.
- [36]Paterniti S., Niedhammer I., Lang T., *et al.* Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL study. In Vézina M. Les dimensions pathogènes de l'organisation du travail : au-delà des chiffres et du questionnaire. Arch Mal Prof 2008 ; 69 :189-194.
- [37]Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles (RNV3P). Rapport d'activité 2007. 108pages. http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/134298974270279948121014187573/RNV3P_rapport_activite_2007.pdf
- [38]Rugulies R., Bultmann U., Aust B., *et al.* Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms : prospective findings from a 5-years follow-up of the danish work environment cohort study. In Vézina M. Les dimensions pathogènes de l'organisation du travail : au-delà des chiffres et du questionnaire. Arch Mal Prof 2008 ; 69 :189-194.
- [39]Seiler Van Daal B., Litzenberger M., Drida M., *et al.* Résultats d'une enquête sur le harcèlement moral. Archives des Maladies Professionnelles 2001 ; 62:574-575.
- [40]Siegrist J. Communication orale. Contraintes psychologiques et organisationnelles et maladies cardio-vasculaires. 28^{ème} congrès national de médecine et santé au travail; 8-11 juin 2004, pp 76-77.
- [41]Soula M.C., Paolillo A.G., Rondey S. *et al.* Devenir socioprofessionnel d'une cohorte de 151 patients adressés dans une consultation de pathologie professionnelle pour harcèlement moral présumé. Arch Mal Prof 2003;64:397.
- [42]Truchot D. Epuisement professionnel et burn out: Concepts, modèles, interventions. Paris, Editions Dunod, 2004, 265p.
- [43]Valenty M., Chevalier A., Homère J. *et al.* Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°32, 26 Août 2008:281-288.
- [44]Vézina M. Les dimensions pathogènes de l'organisation du travail : au-delà des chiffres et du questionnaire. Arch Mal Prof 2008 ; 69 :189-194.

Figures

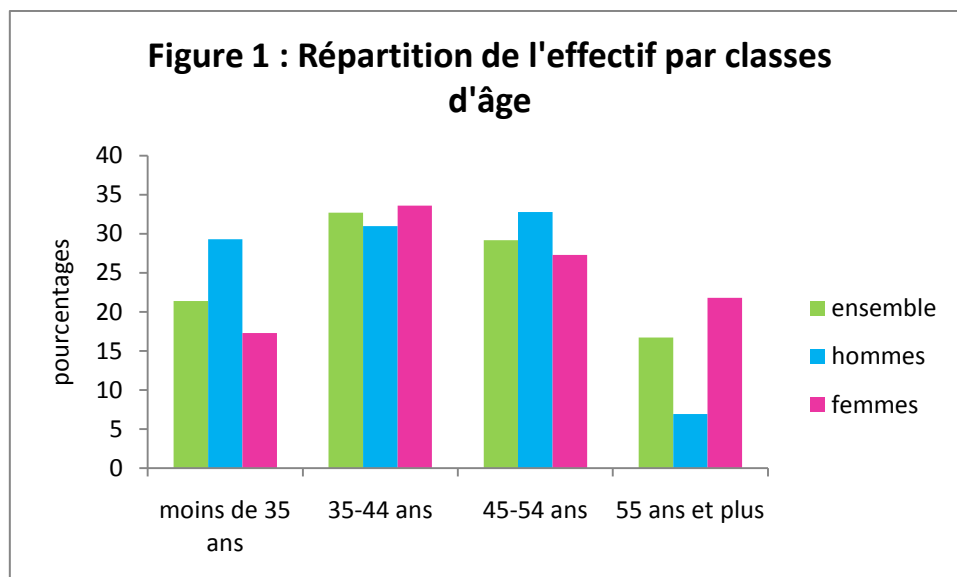


Figure 2 : Répartition de l'effectif par catégories socioprofessionnelles

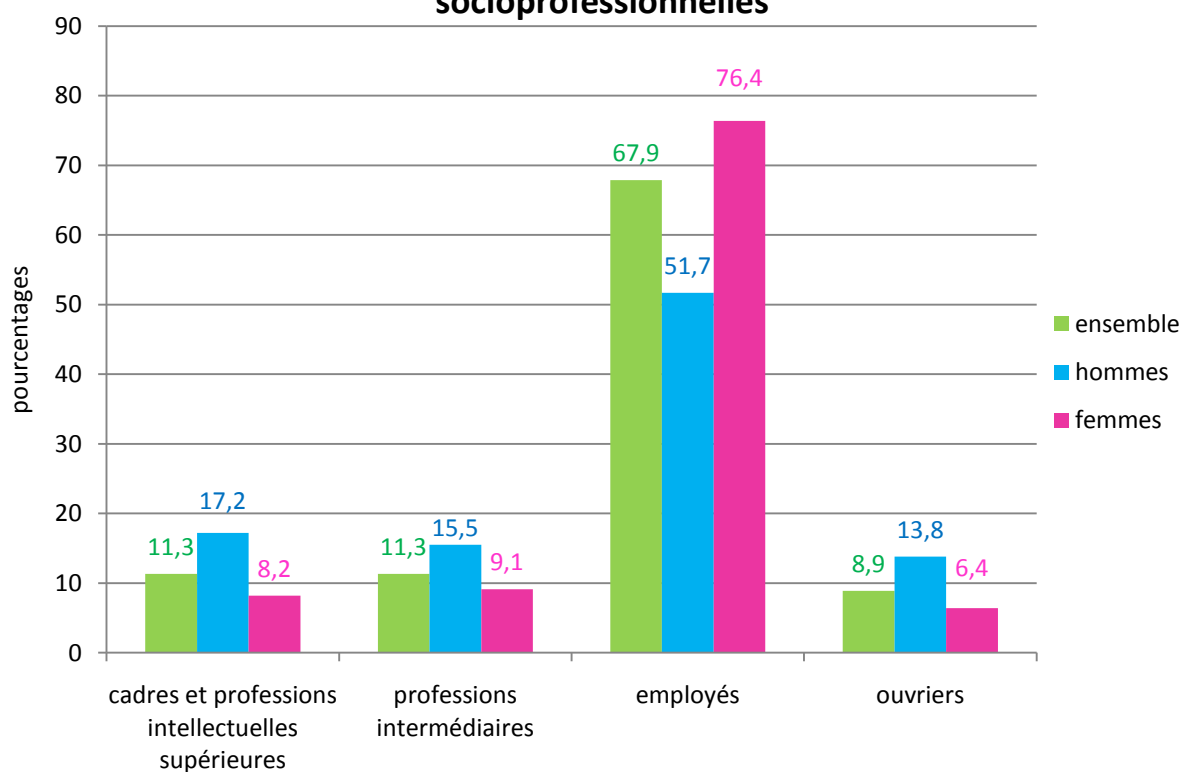
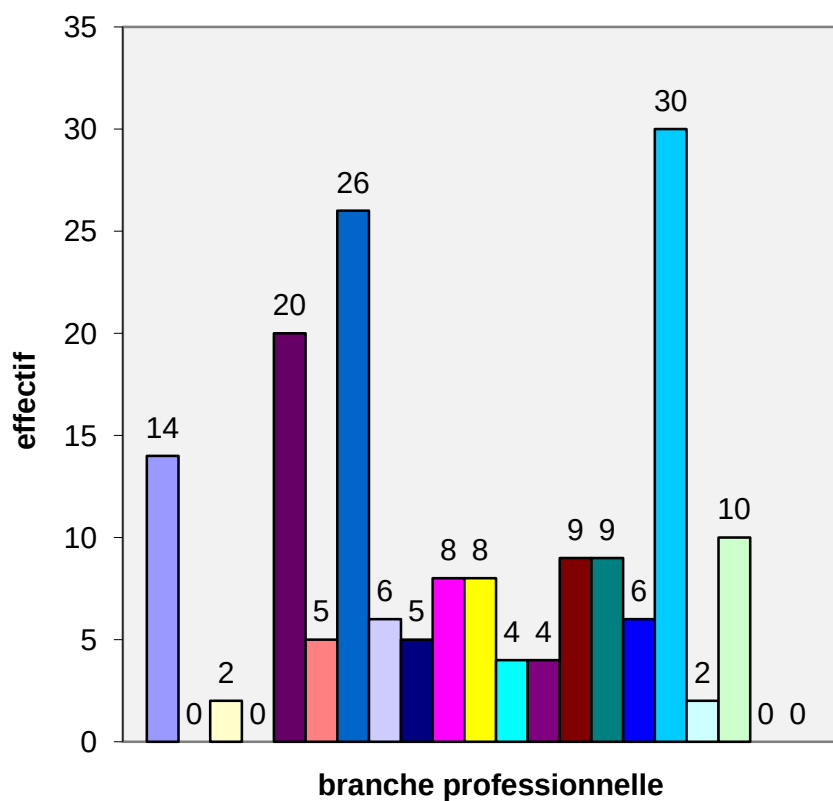


Figure 3 : Répartition de l'effectif par branches professionnelles



- Agriculture, sylviculture et pêche
- Industries extractives
- Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné
- Production et distribution d'eau; assainissement, gestion des déchets et dépollution
- Industrie manufacturière
- Construction
- Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles
- Transports et entreposage
- Hébergement et restauration
- Information et communication
- Activités financières et d'assurance
- Activités immobilières
- Activités spécialisées, scientifiques et techniques
- Activités de services administratifs et de soutien
- Administration publique
- Enseignement
- Santé humaine et action sociale
- Arts, spectacles et activités récréatives
- Autres activités de services
- Activités des ménages en tant qu'employeurs ; activités indifférenciées des ménages en tant que producteurs de biens et services pour usage propre
- Activités extra-territoriales

Figure 4 : Répartition de l'effectif par secteurs d'activité économique

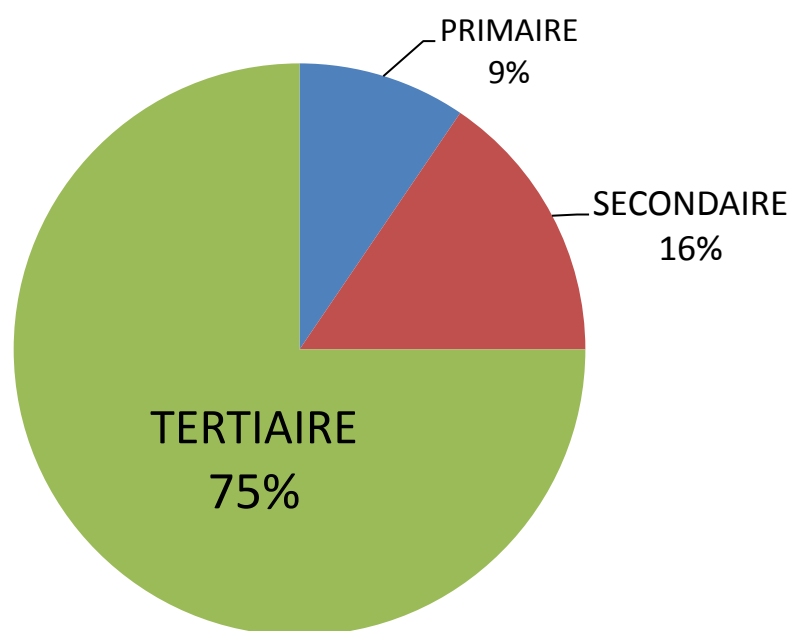


Figure 5 : Répartition des femmes par secteurs d'activité économique

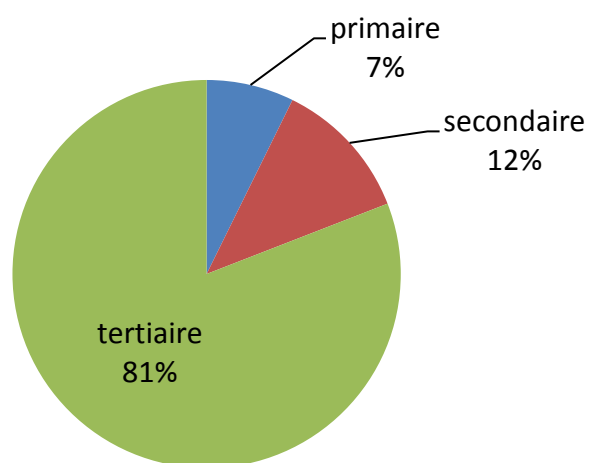


Figure 6 : Répartition des hommes par secteurs d'activité économique

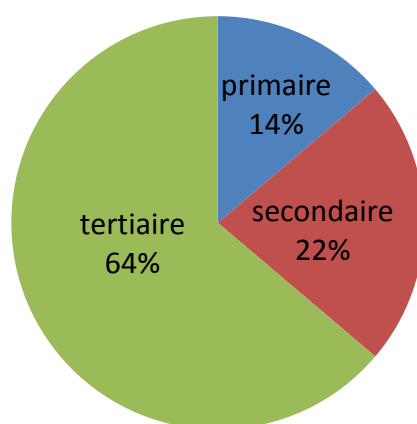


Figure 7 : Répartition de l'effectif en fonction du type d'entreprise

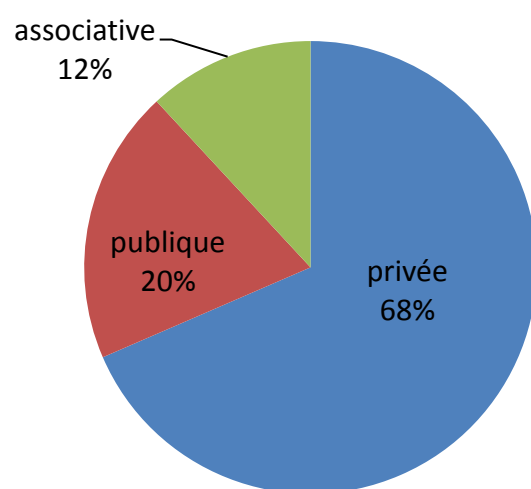


Figure 8 : Répartition des femmes en fonction du type d'entreprise

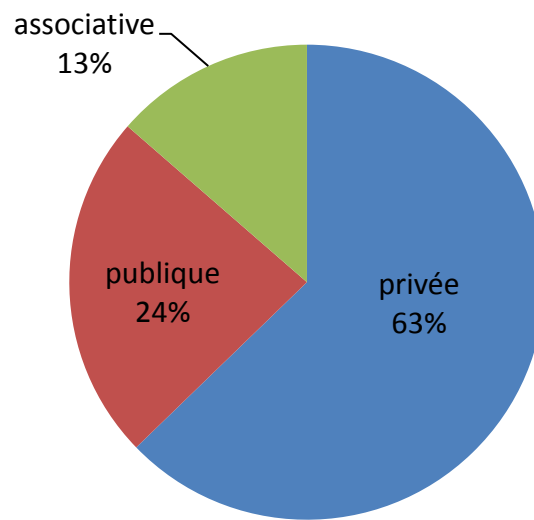
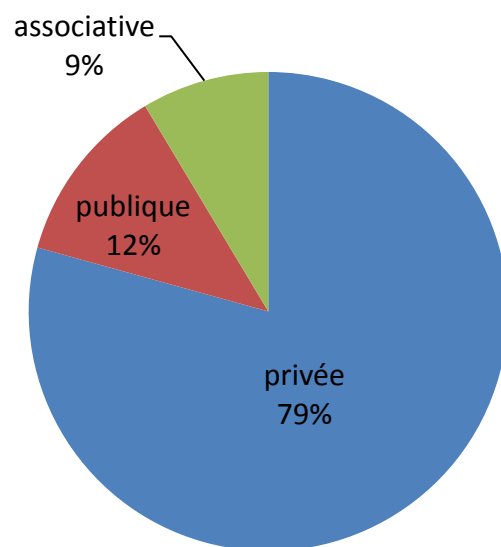


Figure 9 : Répartition des hommes en fonction du type d'entreprise



**Figure 10 : Prévalence des troubles
psychiatriques**

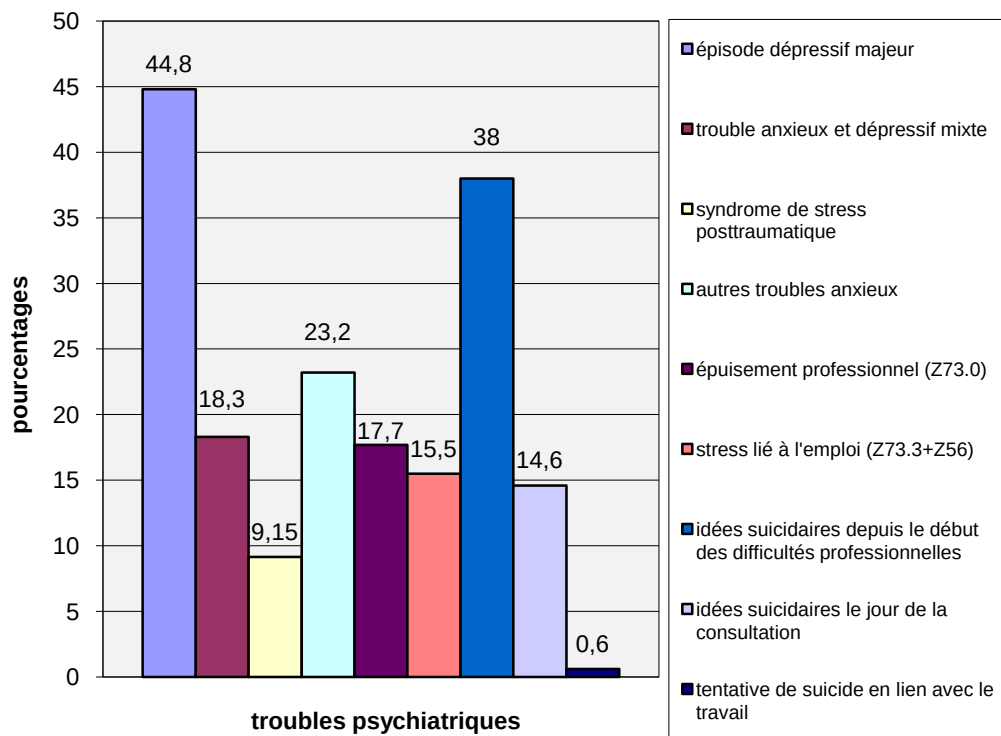


Figure 11 : Fréquence des idées suicidaires en fonction du sexe

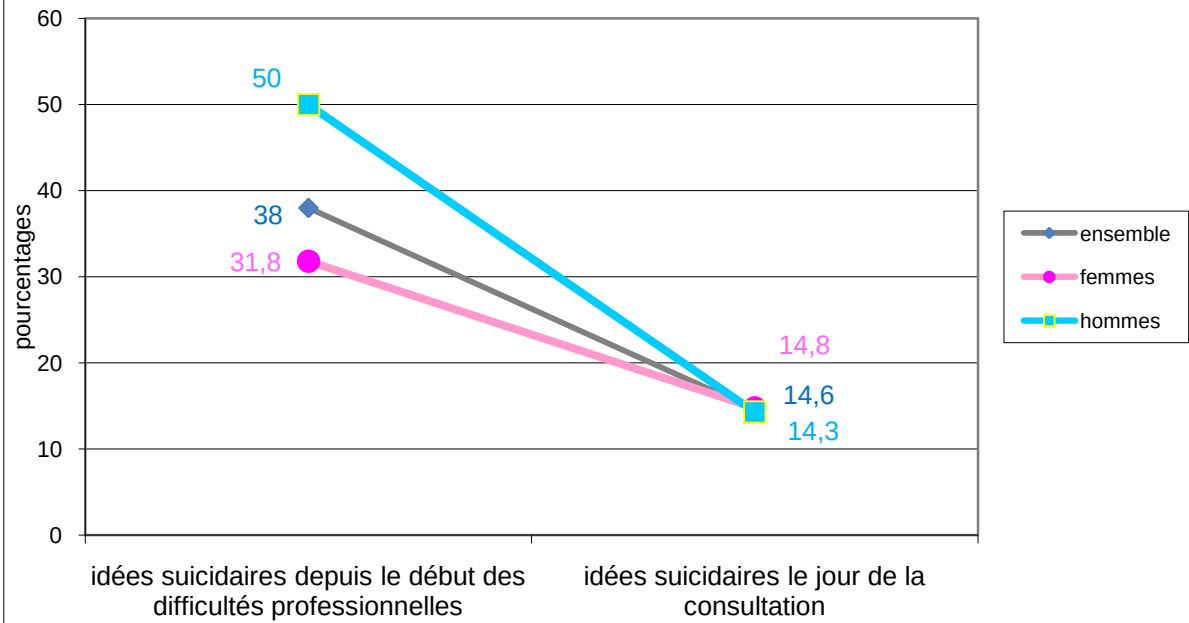


Figure 12 : Pourcentage des troubles psychiatriques en fonction du sexe

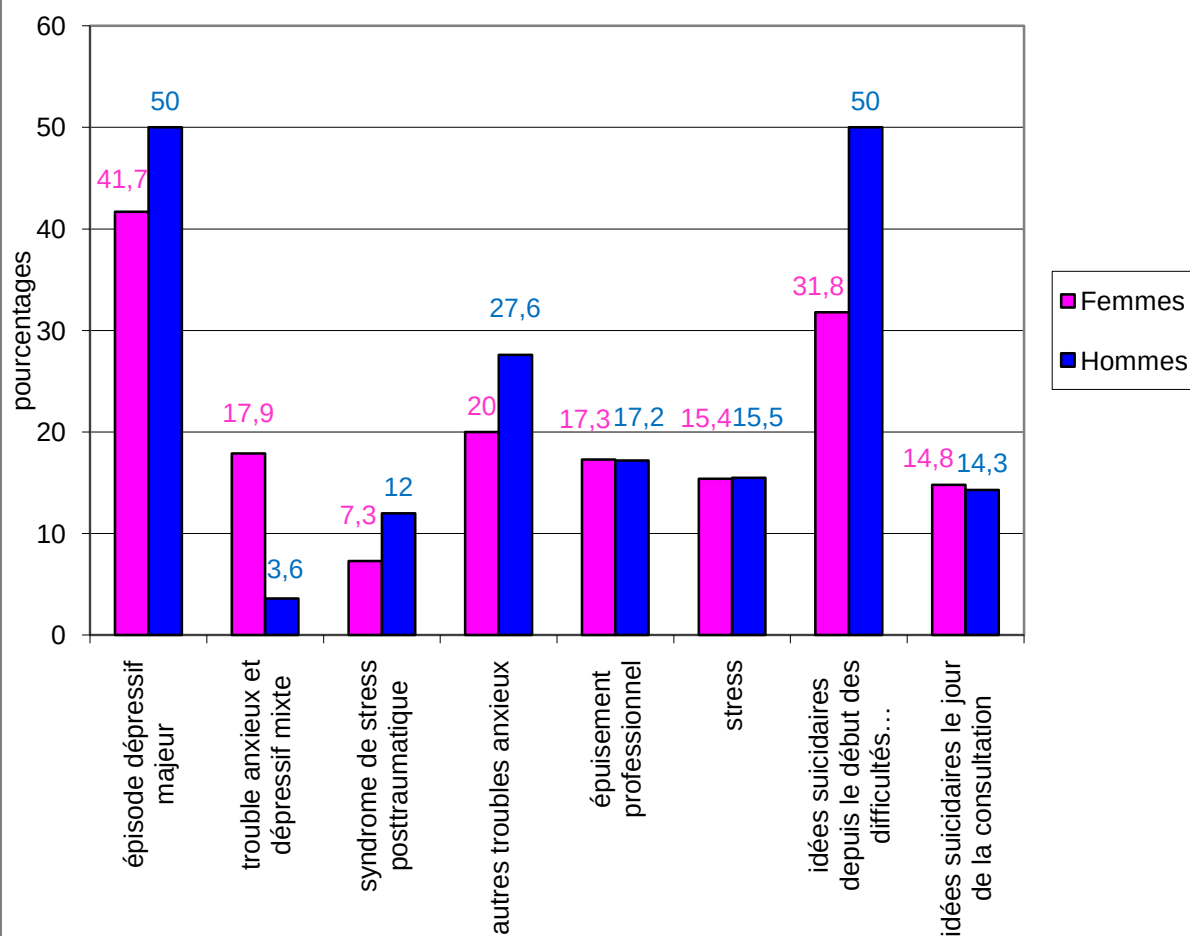
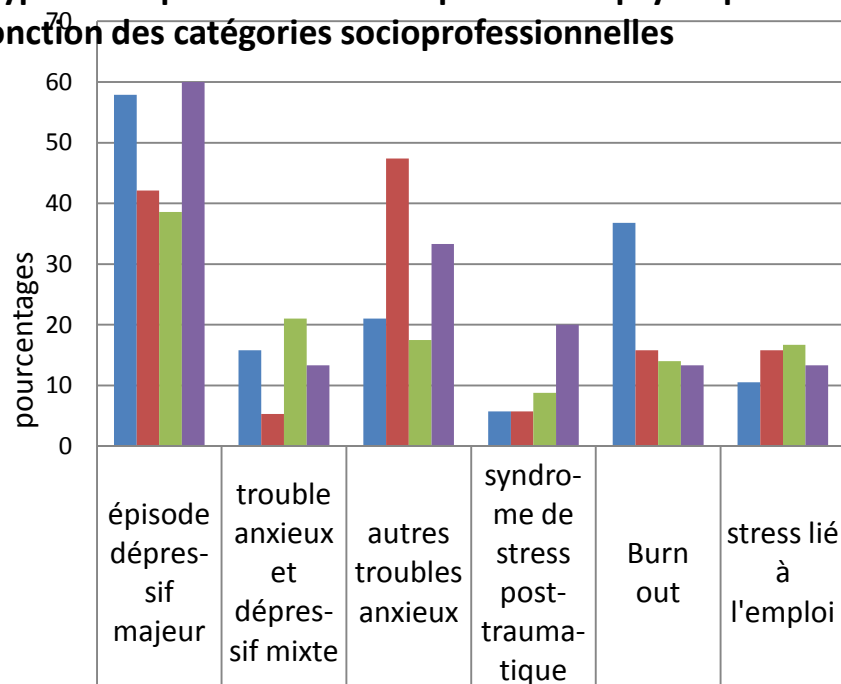


Figure 13 : Type et fréquence des décompensations psychiques en fonction des catégories socioprofessionnelles



■ cadres et professions intellectuelles supérieures	57,9	15,8	21	5,7	36,8	10,5
■ professions intermédiaires	42,1	5,3	47,4	5,7	15,8	15,8
■ employés	38,6	21	17,5	8,8	14	16,7
■ ouvriers	60	13,3	33,3	20	13,3	13,3

Figure 14 : Temps d'exposition moyen aux difficultés professionnelles en fonction du type de décompensation psychique

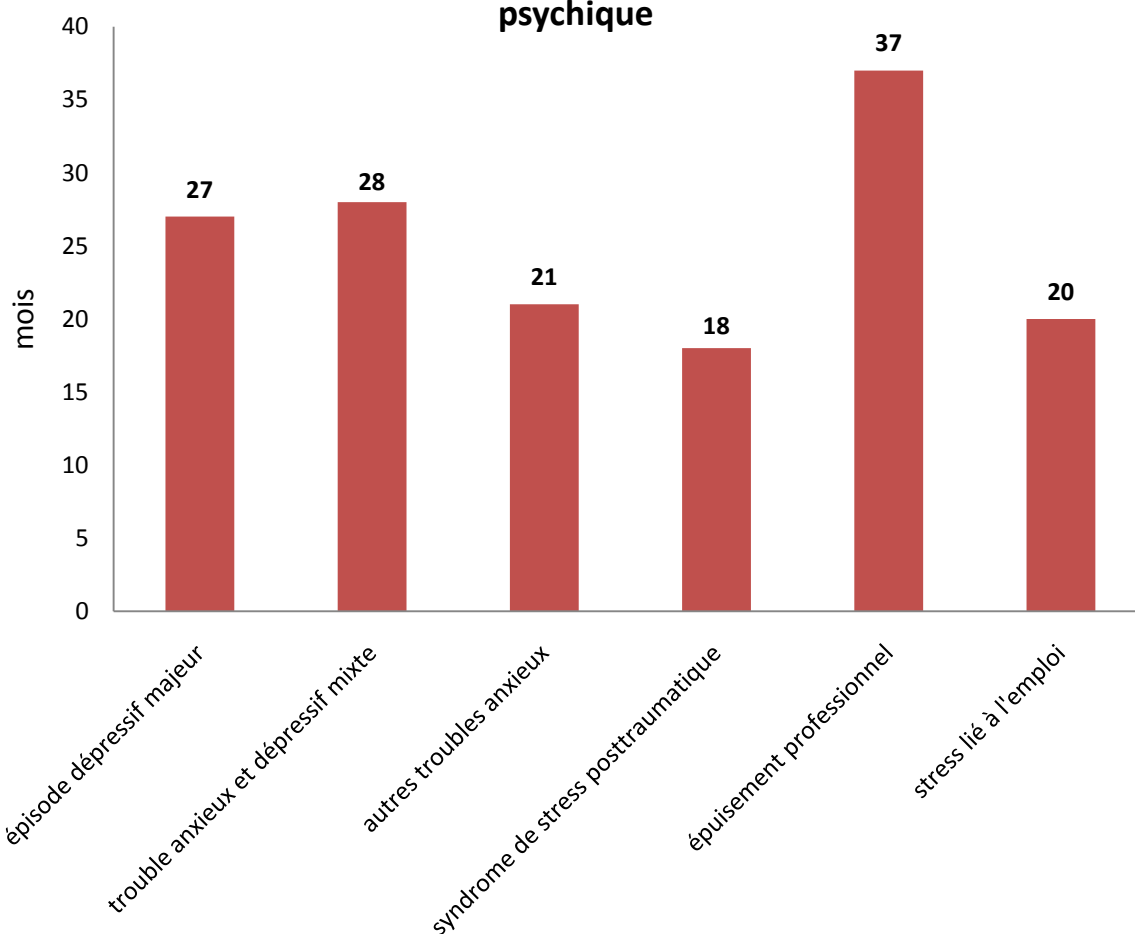
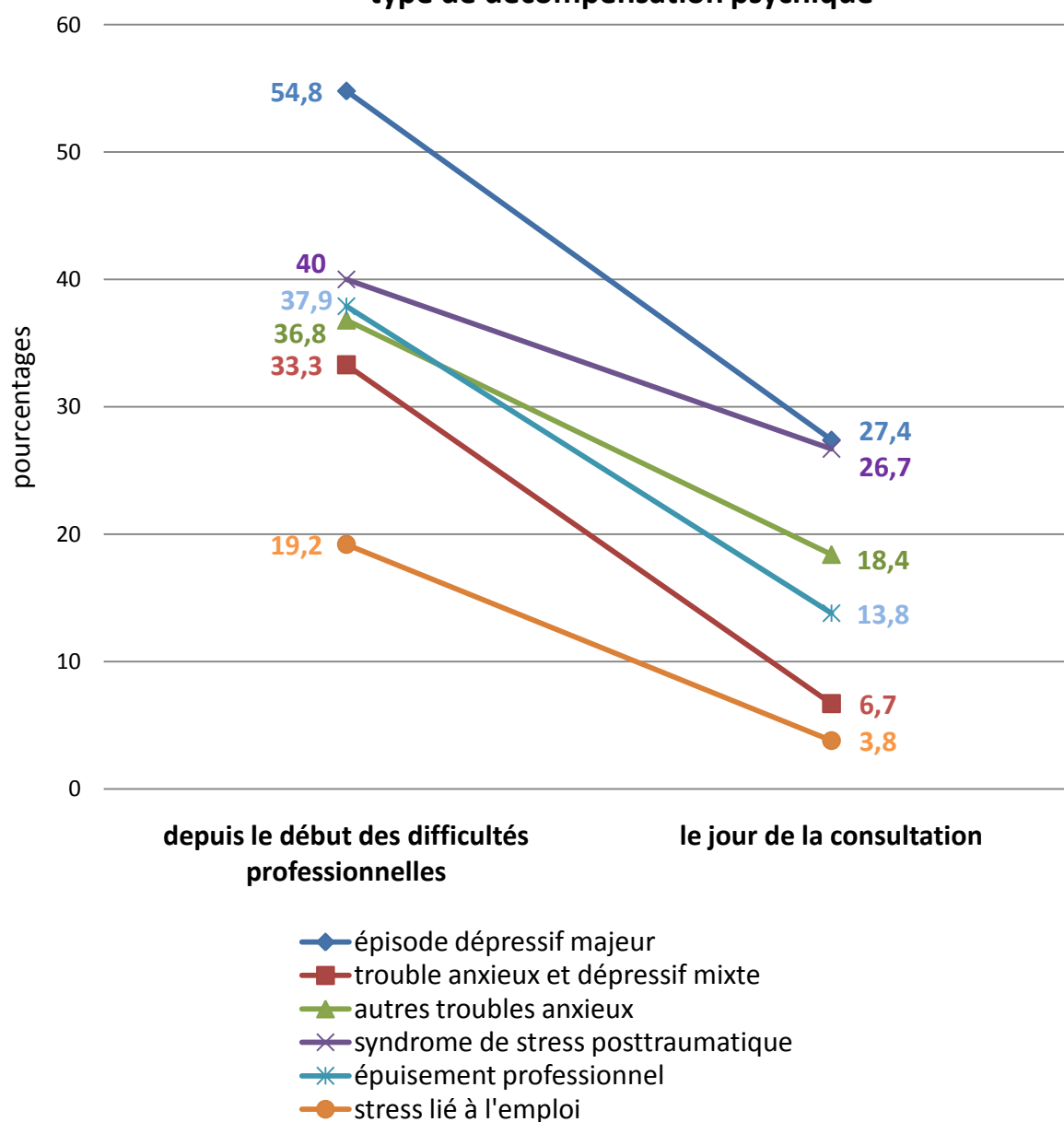


Figure 15 : Fréquence des idées suicidaires en fonction du type de décompensation psychique



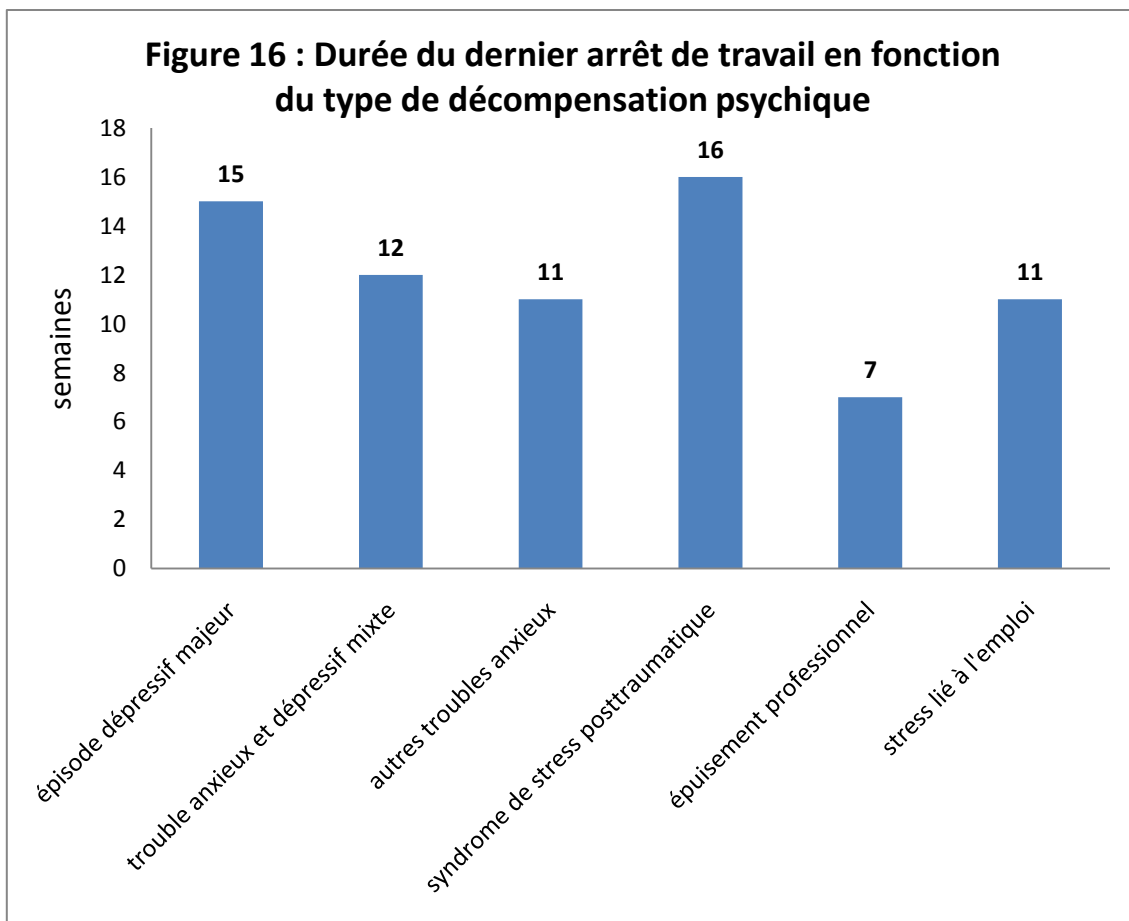


Table des matières

Page de couverture.....	1
Liste des enseignants de la faculté de médecine d'Angers.....	2
Composition du jury.....	5
Remerciements.....	6
Plan.....	8
Introduction.....	9
Matériel et Méthode.....	11
Résultats.....	12
1- Résultats généraux.....	12
2- Résultats par trouble psychiatrique.....	15
2-1- Episode dépressif majeur.....	15
2-2- Trouble anxieux et dépressif mixte.....	17
2-3- Etat de stress post-traumatique.....	19
2-4- Autres troubles anxieux.....	21
2-5- Epuisement professionnel ou Burn out.....	24
2-6- Stress lié à l'emploi.....	26
Discussion.....	28
A- Caractéristiques socioprofessionnelles.....	29
A-a- Age et sexe.....	29
A-b- Catégories socioprofessionnelles.....	29
A-c- Branches professionnelles et secteurs d'activité.....	31
A-d- Mode de début des difficultés professionnelles.....	32
A-e- Temps d'exposition et durée des arrêts de travail.....	33
A-f- Professionnels de santé de recours.....	33
B- Troubles psychiques.....	34
B-a- Décompensations psychiques liées au travail et idées suicidaires.....	34
B-b- Antécédents psychiatriques.....	37
B-c- Avis d'incapacité et reconnaissance en Maladie à Caractère Professionnelle.....	37
Conclusion.....	39
Références bibliographiques.....	41

Figures.....	45
Figure 1 : Répartition de l'effectif par classes d'âge.....	45
Figure 2 : Répartition de l'effectif par catégories socioprofessionnelles.....	46
Figure 3 : Répartition de l'effectif par branches professionnelles.....	47
Figure 4 : Répartition de l'effectif par secteurs d'activité économique.....	48
Figure 5 : Répartition des femmes par secteurs d'activité économique.....	49
Figure 6 : Répartition des hommes par secteurs d'activité économique.....	50
Figure 7 : Répartition de l'effectif en fonction du type d'entreprise.....	51
Figure 8 : Répartition des femmes en fonction du type d'entreprise.....	52
Figure 9 : Répartition des hommes en fonction du type d'entreprise.....	53
Figure 10 : Prévalence des troubles psychiatriques.....	54
Figure 11 : Fréquence des idées suicidaires en fonction du sexe.....	55
Figure 12 : Pourcentage des troubles psychiatriques en fonction du sexe.....	56
Figure 13 : Type et fréquence des décompensations psychiques en fonction des catégories socioprofessionnelles.....	57
Figure 14 : Temps d'exposition moyen aux difficultés professionnelles en fonction du type de décompensation psychique.....	58
Figure 15 : Fréquence des idées suicidaires en fonction du type de décompensation psychique.....	59
Figure 16 : Durée du dernier arrêt de travail en fonction du type de décompensation psychique.....	60
Table des matières.....	61
Annexes.....	63
Annexe 1 : Grille de recueil de données.....	63
Annexe 2 : Articles L230-2 à 5 du Code du Travail.....	71
Annexe 3 : Article soumis à la revue « L'Encéphale ».....	73
Annexe 4 : Serment d'Hippocrate.....	89
Permis d'imprimer.....	90
Résumé et mots-clés.....	92

Annexes

Annexe 1 : Grille de recueil de données

Numéro d'inclusion:

Nom:

Prénom:

date de naissance:

département:

psychopathologie du travail :

- ☐ oui
- ☐ Non

1- données sociodémographiques :

- 1-1- sexe:
- ☐ Masculin
 - ☐ Féminin

- 1-2- âge:
-ans
- ☐ moins de 35 ans
 - ☐ 35 à 44 ans
 - ☐ 45 à 54 ans
 - ☐ plus de 54 ans

- 1-3- diplôme le plus élevé obtenu:
- ☐ pas de diplôme
 - ☐ certificat d'étude, diplôme de fin d'étude obligatoire (DFEO)
 - ☐ BEPC
 - ☐ CAP, BEP
 - ☐ Bac général, technique ou professionnel
 - ☐ Bac +2
 - ☐ Diplôme supérieur à Bac +2
 - ☐ non renseigné

- 1-4- situation maritale:
- ☐ seul(e)
 - ☐ en couple
 - ☐ non renseigné

1-5- enfant(s) à charge: ☐ oui nombre:
 ☐ non
 ☐ non renseigné

2- situation professionnelle :

2-1- catégorie socioprofessionnelle:

- ☐ 1) Agriculteurs exploitants
- ☐ 2) Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- ☐ 3) Cadres et professions intellectuelles supérieures
- ☐ 4) Professions Intermédiaires
- ☐ 5) Employés
- ☐ 6) Ouvriers
- ☐ 7) Retraités
- ☐ 8) Autres personnes sans activité professionnelle

2-2- branche professionnelle:

- ☐ 1) Agriculture, sylviculture et pêche
- ☐ 2) Industries extractives
- ☐ 3) Industrie manufacturière
- ☐ 4) Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné
- ☐ 5) Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution
- ☐ 6) Construction
- ☐ 7) Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles
- ☐ 8) Transports et entreposage
- ☐ 9) Hébergement et restauration
- ☐ 10) Information et communication
- ☐ 11) Activités financières et d'assurance
- ☐ 12) Activités immobilières
- ☐ 13) Activités spécialisées, scientifiques et techniques
- ☐ 14) Activités de services administratifs et de soutien
- ☐ 15) Administration publique
- ☐ 16) Enseignement
- ☐ 17) Santé humaine et action sociale
- ☐ 18) Arts, spectacles et activités récréatives
- ☐ 19) Autres activités de services
- ☐ 20) Activités des ménages en tant qu'employeurs ; activités indifférenciées des ménages en tant que producteurs de biens et services pour usage propre
- ☐ 21) Activités extra-territoriales

2-3- secteur d'activité: ☐ public et assimilé
 ☐ privé

- ☐ associatif
- ☐ primaire
- ☐ secondaire
- ☐ tertiaire

2-4- taille de l'entreprise:

- ☐ 1 à 9 salariés
- ☐ 10 à 49 salariés
- ☐ 50 à 199 salariés
- ☐ 200 salariés et plus
- ☐ non renseigné

2-5- ancienneté dans l'entreprise:

- ☐ moins de 2 ans
- ☐ 2 ans à 5 ans
- ☐ 6 à 10 ans
- ☐ 11 à 20 ans
- ☐ plus de 21 ans
- ☐ non renseigné

2-6- statut particulier:

- ☐ oui
 - ☐ 1) délégué du personnel
 - ☐ 2) membre CHSCT
 - ☐ 3) syndicaliste
 - ☐ 4) reconnaissance travailleur handicapé
 - ☐ 5) membre du comité d'entreprise
- ☐ non

2-7- temps d'exposition (mois):

2-8- situation professionnelle:

- ☐ 1) travaille
 - ☐ a) temps plein
 - ☐ b) temps partiel:
 - ☐ c) temps partiel thérapeutique
- ☐ 2) ne travaille pas
 - ☐ a) chômage
 - ☐ b) arrêt maladie
 - ☐ c) invalidité
 - ☐ d) congé longue maladie
 - ☐ e) autre

2-9- type de contrat:

- ☐ CDI ou Fonctionnaire titulaire
- ☐ CDD ou Autre statut de la fonction publique
- ☐ intérim
- ☐ apprentissage
- ☐ contrat aidé
- ☐ autre

- ☐ non renseigné

2-10- judiciarisation du conflit:

- ☐ oui:
 - ☐ 1) action auprès des Prudhommes
 - ☐ 2) action pénale
 - ☐ 3) dépôt de plainte
 - ☐ 4) autre procédure
- ☐ non

2-11- acteurs institutionnels et médicaux de recours avant la consultation:

- ☐ 1) médecin traitant
- ☐ 2) médecin du travail
- ☐ 3) infirmière d'entreprise
- ☐ 4) délégué du personnel/ syndicat
- ☐ 5) membre CHSCT
- ☐ 6) inspecteur du travail
- ☐ 7) médecin conseil
- ☐ 8) psychiatre, psychologue
- ☐ 9) avocat
- ☐ 10) assistante sociale d'entreprise
- ☐ 11) autre

2-12- itinéraire professionnel antérieur à l'emploi actuel:

- ☐ emplois stables
- ☐ emplois précaires
- ☐ aucun emploi
- ☐ non renseigné

3- Eléments médicaux :

3-1- durée arrêt maladie (semaines):

3-2- début des troubles:

- ☐ changement de poste
- ☐ changement de direction
- ☐ changement de collègue
- ☐ mutation géographique
- ☐ reprise après arrêt de travail pour:
 - ☐ maladie
 - ☐ accident du travail
 - ☐ maladie professionnelle
 - ☐ maternité
- ☐ changement dans l'organisation du travail:
 - ☐ réduction d'effectifs

- ☐ restructuration
- ☐ nouvelles technologies
- ☐ changement d'horaires de travail
- ☐ autre
- ☐ non renseigné

3-3- suivi psychologique à J0:

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ non renseigné

3-4- traitements en cours:

- ☐ oui
 - ☐ antidépresseur
 - ☐ anxiolytique
 - ☐ hypnotique
 - ☐ neuroleptique
 - ☐ thymorégulateur
 - ☐ autre
- ☐ non
- ☐ non renseigné

3-5- antécédents psychiatriques:

- ☐ oui
 - ☐ syndrome dépressif
 - ☐ trouble de l'adaptation
 - ☐ trouble anxieux
 - ☐ tentative de suicide
 - ☐ trouble psychotique
 - ☐ trouble addictif
- ☐ non
- ☐ non renseigné

3-6- consommation de toxiques:

- ☐ oui
 - ☐ tabac
 - ☐ alcool
 - ☐ cannabis
 - ☐ opiacés
 - ☐ cocaïne
 - ☐ autre
- ☐ non
- ☐ non renseigné

3-7- Pathologie médicale associée:

- ☐ troubles cardio-vasculaires
- ☐ céphalées, migraines
- ☐ dermatose (psoriasis, eczéma)
- ☐ Trouble ostéo-articulaire et musculaire
- ☐ dysthyroïdie
- ☐ troubles digestifs
- ☐ vertiges, acouphènes
- ☐ pathologie gynécologique

- ☐ troubles sexuels
- ☐ non renseigné

4- Conclusions de la consultation :

4-1- Déclaration en accident du travail:

- ☐ oui
- ☐ non

4-2- Reconnaissance en maladie à caractère professionnelle:

- ☐ oui
- ☐ non

4-3- Avis d'aptitude préconisé:

- ☐ apte
- ☐ apte avec réserve
- ☐ inaptitude temporaire
- ☐ inaptitude définitive
- ☐ invalidité

4-5- Mesures préventives conseillées:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ☐ oui ☐ non | <ul style="list-style-type: none"> ☐ aménagement de poste ☐ changement de poste ☐ EPI (équipements de protection individuelle) ☐ surveillance médicale par la médecine du travail ☐ prolongation de l'arrêt de travail |
|--|--|

4-6- Diagnostic psychiatrique:

4-6-1- Episode dépressif majeur (F32):

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ☐ oui ☐ non | Intensité <ul style="list-style-type: none"> ☐ F32.0 légère ☐ F32.1 modérée ☐ F32.2 sévère |
|--|--|

4-6-2- idéations suicidaires présentes:

Depuis le début des difficultés professionnelles ☐ oui ☐ non

Le jour de la consultation ☐ oui ☐ non

4-6-3- troubles anxieux:

- ☐ attaque de panique
- ☐ F40.0 agoraphobie
- ☐ F40.1 phobie sociale
- ☐ F40.2 phobie spécifique
- ☐ F40.9 trouble anxieux phobique sans précision
- ☐ F41.0 trouble panique
- ☐ F41.1 anxiété généralisée
- ☐ F41.2 trouble anxieux et dépressif mixte
- ☐ F41.9 trouble anxieux sans précision
- ☐ F42 TOC
- ☐ F43.0 Etat de stress aigu
- ☐ F43.1 Etat de stress post-traumatique
- ☐ F43.2 trouble de l'adaptation
- ☐ absence

4-6-4- troubles somatoformes (F45):

- ☐ F45.0 somatisation
- ☐ F45.1 trouble somatoforme isolé
- ☐ F45.2 trouble hypochondriaque
- ☐ F45.3 dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme
- ☐ F45.4 syndrome douloureux somatoforme persistant
- ☐ absence

4-6-5- épuisement professionnel (Z73.0):

- ☐ oui ☐ non

4-6-6- modification durable de la personnalité (F62.0):

- ☐ oui ☐ non

4-6-7- autres diagnostics :

4-7- Nuisance:

4A000-traumatismes physiques

- ☐ 4A100-chocs répétitifs
- ☐ 4A400-microtraumatismes
- ☐ 4A500-violence physique
- ☐ 4AZ00-autre traumatisme

4B000-facteurs psychosociaux

- ☐ 4B100-rythme de travail
- ☐ 4B200-horaire de travail
 - ☐ 4B210-travail posté
 - ☐ 4B220-travail de nuit
 - ☐ 4B230-travail de garde
 - ☐ 4B240-heures supplémentaires
 - ☐ 4B250-travail à temps partiel
 - ☐ 4B260-travail temporaire
 - ☐ 4B2Z0-autre horaire de travail

- ☐ 4B300-violences psychiques:
 - ☐ 4B310 violence ou agression verbale
 - ☐ 4B320 agissements répétés d'ordre sexuel (dont harcèlement sexuel)
 - ☐ 4B330 agissements répétés vécus de façon persécutive (dont harcèlement moral)
 - ☐ 4B340 autres violences au travail

4E000-facteurs organisationnels de l'entreprise:

- ☐ 4 E100 facteurs économiques
- ☐ 4 E200 facteurs managériaux
- ☐ 4 E300 contacts sociaux, relation au travail

46000-processus de travail:

- ☐ 46100 travail répétitif
- ☐ 46200 charge mentale
- ☐ 46300 tâches visuelles
- ☐ 46400 travail de précision
- ☐ 46500 travail de responsabilité
- ☐ 46700 travail sédentaire
- ☐ 46800 (faible) influence sur son propre travail
- ☐ 46Z00 autre nuisance liée à un processus de travail

4-8-imputabilité :

- ☐ pas de relation
- ☐ faible ou douteux
- ☐ possible ou directe mais pas essentielle
- ☐ directe et essentielle

4-9- Interlocuteurs:

- ☐ médecin du travail
- ☐ médecin traitant
- ☐ inspecteur du travail
- ☐ autre

CODE DU TRAVAIL

Art. L. 230-2.-

• Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé (*L. n° 2002-73, 17 janv. 2002*) «physique et mentale» des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

(Al. supprimé par L. n° 2003-699, 30 juill. 2003, art. 8, I, 1°.

Sans préjudice des autres dispositions du présent code, lorsque dans un même lieu de travail les travailleurs de plusieurs entreprises sont présents, les employeurs doivent coopérer à la mise en oeuvre des dispositions relatives à la sécurité, à l'hygiène et à la santé selon des conditions et des modalités définies par décret en Conseil d'État.

• Le chef d'établissement met en oeuvre les mesures prévues au I ci-dessus sur la base des principes généraux de prévention suivants :

- a. Éviter les risques ;
- b. Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- c. Combattre les risques à la source ;
- d. Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- e. Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- f. Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- g. Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants (*L. n° 2002-73, 17 janv. 2002*) «,notamment en ce qui concerne les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L. 122-49» ;
- h. Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- i. Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

• Sans préjudice des autres dispositions du présent code, le chef d'établissement doit, compte tenu de la nature des activités de l'établissement :

- a. Évaluer les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs, y compris dans le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations et dans la définition des postes de travail ; à la suite de cette évaluation et en tant que de besoin, les actions de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production mises en oeuvre par l'employeur doivent

garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs et être intégrées dans l'ensemble des activités de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement ;

b. Lorsqu'il confie des tâches à un travailleur, prendre en considération les capacités de l'intéressé à mettre en oeuvre les précautions nécessaires pour la sécurité et la santé ;

c. (Ord. n° 2001-175, 22 févr. 2001) Consulter les travailleurs ou leurs représentants sur le projet d'introduction et l'introduction de nouvelles technologies mentionnées à l'article L. 432-2, en ce qui concerne leurs conséquences sur la sécurité et la santé des travailleurs.

• (L. n° 2003-699, 30 juill. 2003, art. 8, I, 2°) Sans préjudice des autres dispositions du présent code, lorsque dans un même lieu de travail les travailleurs de plusieurs entreprises sont présents, les employeurs doivent coopérer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la sécurité, à l'hygiène et à la santé selon des conditions et des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

En outre, dans les établissements comprenant au moins une installation figurant sur la liste prévue au IV de l'article L. 515-8 du code de l'environnement ou visée à l'article 3-1 du code minier, lorsqu'un salarié ou le chef d'une entreprise extérieure ou un travailleur indépendant est appelé à réaliser une intervention pouvant présenter des risques particuliers en raison de sa nature ou de la proximité de cette installation, le chef d'établissement de l'entreprise utilisatrice et le chef de l'entreprise extérieure définissent conjointement les mesures prévues aux I, II et III. Le chef d'établissement de l'entreprise utilisatrice veille au respect par l'entreprise extérieure des mesures que celle-ci a la responsabilité d'appliquer, compte tenu de la spécificité de l'établissement, préalablement à l'exécution de l'opération, durant son déroulement et à son issue.

Art. L. 230-3.-

Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur ou le chef d'établissement, dans les conditions prévues, pour les entreprises assujetties à l'article L. 122-33 du présent code, au règlement intérieur, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa sécurité, et de sa santé ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail.

Art. L. 230-4.-

Les dispositions de l'article L. 230-3 n'affectent pas le principe de la responsabilité des employeurs ou chefs d'établissement.

Art. L. 230-5.-

Le directeur départemental du travail et de l'emploi, sur le rapport de l'inspecteur du travail constatant une situation dangereuse résultant d'un non-respect des dispositions de l'article L. 230-2, peut mettre en demeure les chefs d'établissement de prendre toutes mesures utiles pour y remédier. Cette mise en demeure est faite par écrit, datée et signée et fixe un délai d'exécution tenant compte des difficultés de réalisation. Si, à l'expiration de ce délai, l'inspecteur du travail constate que la situation dangereuse n'a pas cessé, il peut dresser procès-verbal au chef d'établissement, qui est alors puni d'une peine de police.

Annexe 3 : Article soumis à la revue « L'Encéphale »

"Profil clinique et sociodémographique des patients adressés pour souffrance mentale au travail à la consultation psychiatrique de pathologie professionnelle du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers: résultats préliminaires."

Ragot A.^{a*}, Guiho-Bailly M.P.^a, Tanguy M.^c, Denes D.^b, Gohier B.^b, Garré J.B.^b, Roquelaure Y.^a

^a Laboratoire d'Epidémiologie et d'Ergonomie en Santé au Travail (LEEST), Médecine E, centre hospitalier universitaire, 4 rue Larrey, 49933 Angers, France

^b Département de psychiatrie et de psychologie médicale, centre hospitalier universitaire, 4 rue Larrey, 49933 Angers, France

^c Centre de Recherche Clinique, centre hospitalier universitaire, 4 rue Larrey, 49933 Angers, France

* auteur correspondant.

Résumé

Cette étude épidémiologique a été menée à partir de 168 dossiers de salariés évalués consécutivement par le psychiatre du service de pathologie professionnelle du CHU d'Angers entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2009. Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles ont été relevées, les troubles psychiatriques répertoriés selon la classification internationale des maladies de l'OMS. En accord avec la littérature, les femmes employées du secteur privé et qui travaillent dans les services semblent particulièrement exposées. Les troubles psychiatriques, principalement dépressifs et anxieux, sont sévères avec parfois des idées suicidaires. Ils touchent des salariés sans antécédent psychiatrique dans presque la moitié des cas. La période d'exposition est longue, l'absentéisme fréquent et durable. Un avis d'inaptitude définitive pour raison médicale est recommandé chez deux patients sur cinq et plus de la moitié peut prétendre à une reconnaissance en maladie à caractère professionnel. Les conséquences des troubles psychiques imputables au travail sont coûteuses. Il est indispensable de dépister précocement les travailleurs en souffrance, de poursuivre la sensibilisation sur les risques psychosociaux et d'interroger les causes systémiques de l'accroissement constant de la souffrance mentale au travail.

Mots-clés: Souffrance mentale, travail, risques psychosociaux, diagnostic psychiatrique, CIM-10.

Abstract

"Clinical and sociodemographic profile of patients sent to psychiatric consultation from professional disease department in French university hospital of Angers: first results."

Background: The purposes of this study were to describe sociodemographic and professional characteristics salaried employees who consulted for psychic suffering of professional origin, and to list mental disorders according to World Health Organization International Statistical Classification of Disease and Related Health problems 10th Revision.

Methods: This epidemiologic study was led from 168 salaried employees' files that were assessed by psychiatrist from professional disease department in university hospital of Angers between January 1st 2007 and December 31st 2009. Sociodemographic, professional and medical characteristics were listed. Psychiatric diagnoses are those were passed on the French national vigilance and prevention of professional disease network (RNV3P).

Results: Sociodemographic and professional characteristics are agreed with French literature data. Our population is mainly feminine (65.5 percent). The average age is of 43 years. Employees who work in the tertiary sector and for a private firm seem to be more exposed. Difficulties often began after a change in work organization. The time of exposure is very high (27 months) and leads to long absenteeism at work (more than 4 months). Psychological disorders are severe. They are depressive and anxious disorders and they can be associated with suicidal ideas. Burn out and posttraumatic stress disorders are also found. Almost half of patients have no psychiatric history. Forty percent were declared in definitive inaptitude for work because of their health problems and almost half can declare its trouble as a disease with character professional.

Conclusion: Mental disorders of professional origin have heavy consequences on human plan and are expensive for society and firms. It's necessary to perform the screening of suffering at work in order to reduce time of exposure, to continue sensitization of salaried employees, employers, physicians and politicians on psychosocial risks and to ask systemic reasons why suffering at work problem is still increasing.

Key words: mental suffering, work, psychosocial factors, psychiatric diagnosis, ICD-10.

Introduction

Depuis les années 1980, les profondes mutations de l'organisation du travail dans les sociétés postindustrielles ont provoqué l'augmentation des contraintes (de temps, de productivité, de flexibilité, de réactivité), l'intensification et l'individualisation de l'activité professionnelle [9]. Parallèlement à ces évolutions a émergé un nouveau genre de risque professionnel, les risques psychosociaux. Ces risques comprennent le stress au travail, les violences internes [9] (agressions verbales et physiques émanant de collègues ou de supérieurs hiérarchiques), les violences externes [1] (agressions émanant de personnes extérieures à l'entreprise) et la souffrance au travail résultant de conflits enkystés ou de relations pathogènes [9]. Aujourd'hui le lien de causalité entre exposition aux risques psychosociaux au travail et altération de la santé des travailleurs est largement admis [11].

Le stress au travail, "déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face" [9] est le risque psychosocial le plus fréquent. C'est un problème majeur de santé publique en raison de ses coûts économique et social. Dans l'Union Européenne, 50 à 60% de l'absentéisme au travail est lié directement ou indirectement au stress professionnel. Son coût est estimé à 20 milliards d'euros par an environ [25]. Le stress au travail chronique peut être responsable de formes cliniques spécifiques de souffrance mentale et physique : pathologies de surcharge (Karoshi, burn out et TMS -troubles musculosquelettiques), troubles anxieux, états de stress post traumatique, syndromes dépressifs, suicides et tentatives de suicide [5], pathologies cardio-vasculaires [31]. Ces troubles sont en constante augmentation. En 2007, le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) rapporte que les troubles mentaux et du comportement représentent 27% des problèmes de santé au travail d'origine professionnelle vus en consultation de pathologie professionnelle, devant les maladies de l'appareil respiratoire (19%) et les maladies de peau (15%) [29].

Plusieurs travaux ont étudié le profil sociodémographique, le devenir et la symptomatologie de patients adressés en consultation de pathologie professionnelle pour souffrance psychique liée au travail ou à des faits de harcèlement moral présumé. Certaines études utilisent des questionnaires validés (General Health Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale) pour quantifier la souffrance psychique et répertorier la symptomatologie psychiatrique [4, 14]. D'autres listent les symptômes sans regroupement syndromique [15] ou classent les troubles psychiatriques sous des termes généraux [17, 30]. À

notre connaissance, la description des troubles psychiques rencontrés en consultation de pathologie professionnelle selon les critères diagnostiques internationaux n'a pas encore fait l'objet de recherche en France.

Les objectifs de cette étude sont de décrire le profil sociodémographique et professionnel des patients ayant consulté pour souffrance psychique d'origine professionnelle, et de répertorier les troubles psychiatriques rencontrés selon la classification internationale des maladies-10^{ème} version (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) [10].

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude épidémiologique réalisée à partir de 168 dossiers de patients évalués consécutivement par le psychiatre du service de pathologie professionnelle du CHU d'Angers entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2009. Notre population de salariés est originaire du Maine-et-Loire (49), de Sarthe (72), de Mayenne (53) et de Loire Atlantique (44) et est adressée par les services de médecine du travail. Les patients évalués entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2009 sont inclus. Une grille de recueil de données est renseignée à partir des correspondances médicales et des observations psychiatriques. Cette grille s'inspire de trois études publiées sur le thème de la souffrance psychique en lien avec le travail [14, 3, 28]. Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des patients, les éléments médicaux (antécédents, suivi, traitement) sont renseignés. Les conclusions et les codages CIM-10 sont ceux communiqués au RNV3P avec l'accord du psychiatre membre de ce réseau. Les données sont recueillies manuellement par la même personne dans les 168 dossiers. Les données sont informatisées sous Microsoft® Excel, les analyses statistiques réalisées avec Epi Info™ 3.5.1. Le seuil de significativité est 0,05. Les tests sont bilatéraux, les résultats sont exprimés sous forme de moyenne $\pm$ déviation standard pour les variables quantitatives ou de pourcentage pour les variables qualitatives.

Résultats

L'étude porte sur 168 patients évalués consécutivement par le psychiatre de la consultation de pathologies professionnelles du CHU d'Angers entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2009.

87,7% des cas de souffrance psychique relèvent de la psychopathologie du travail. Dans 12,3% des cas cette souffrance n'était pas directement imputable au travail. La population étudiée est majoritairement féminine (65,5%). La moyenne d'âge globale est de 43 ans (42.97 ± 1.47). Les femmes sont en moyenne plus âgées que les hommes (44 ± 1.82 versus 41 ± 2.42). Les classes d'âge "35-44 ans" et "45-54 ans" sont les plus représentées (32,7% et 29,2% de l'effectif total).

Les employés sont majoritaires (68%), puis viennent les professions intermédiaires et les professions intellectuelles supérieures (11,3% chacune) et les ouvriers (9%). Les activités professionnelles les plus représentées sont la santé et l'action sociale (18%), le commerce (15,5%) et l'industrie manufacturière (12%). Le secteur tertiaire emploie 75% des salariés de notre échantillon devant les secteurs secondaire (15,5%) et primaire (9,5%). Le secteur tertiaire emploie 81% des femmes et 64% des hommes de l'échantillon. 68,5% des salariés travaillent pour une entreprise privée, 19,5% dans le secteur public et 12% au sein d'une association. 97% des salariés de notre échantillon sont employés en contrat à durée indéterminée. Dans près de 25% des cas le début des difficultés professionnelles est marqué par un changement de direction au sein de l'entreprise. Dans 19% des cas, elles sont consécutives de changements dans l'organisation du travail.

Le temps d'exposition moyen, défini comme la durée entre le début des faits à l'origine des difficultés psychiques et la consultation de pathologie professionnelle, est de $26,93 \pm 4.83$ mois. 75% des salariés vus en consultation ne travaillent pas dans la période qui entoure la consultation. Ce taux est équivalent chez les deux sexes. Parmi les sujets qui ne travaillent pas, 90% sont en arrêt maladie, 5,5% en congé longue maladie et 2,4% sont au chômage. La durée moyenne des arrêts de travail est de $16,37 \pm 3,2$ semaines.

Sur le plan médical 46% des patients n'ont aucun antécédent psychiatrique. 74% prennent un traitement psychotrope. Les classes pharmaceutiques les plus prescrites sont les anxiolytiques, les antidépresseurs et les hypnotiques. L'association anxiolytique-antidépresseurs est la plus fréquente. 32% des patients sont suivis par un psychiatre ou un psychologue.

45% des patients présentent un épisode dépressif majeur (codage CIM-10 : F32) (Figure 1). 51% ont des troubles anxieux, principalement des troubles anxieux et dépressif mixte (codage CIM-10 : F41.2 ; 18,3%), des troubles anxieux non précisés (codage CIM-10 : F41.9 ; 15,2%) et des états de stress post traumatique (codage CIM-10 : F43.1 ; 9,15%). 17,7% des patients présentent un état d'épuisement professionnel (codage CIM-10 : Z73.0). Le diagnostic de stress lié à l'emploi (codages CIM-10 : Z73.3 et Z56) est retenu chez 15,5% de l'effectif total. 38% des sujets confient avoir eu des idées suicidaires depuis le début des difficultés professionnelles. 14,5% ont encore des idées suicidaires le jour de la consultation. Une tentative de suicide en lien avec le travail est retrouvée chez une patiente (0,6%) (Figure 1).

52,5% des patients peuvent prétendre faire reconnaître leur trouble psychique en maladie à caractère professionnel. Un avis d'inaptitude définitive à tout poste dans l'entreprise pour raison médicale a été recommandé pour 41% d'entre eux.

Discussion

Cette étude a permis de montrer que les troubles psychiatriques rencontrés en consultation de pathologie professionnelle, principalement dépressifs et anxieux, sont sévères et parfois associés à des idées suicidaires. Ils touchent des salariés sans antécédent psychiatrique dans presque la moitié des cas. La période d'exposition aux difficultés professionnelles est longue avec pour conséquence un absentéisme fréquent et durable. Un avis d'inaptitude définitive pour raison médicale est recommandé dans 41% des cas et plus de la moitié des patients peut prétendre à une reconnaissance en maladie à caractère professionnel.

Notre étude présente certaines limites, notamment l'existence d'un double biais de recrutement car les patients sont adressés exclusivement par la médecine du travail. Ces patients sont ceux dont la problématique professionnelle et ses conséquences psychiques sont les plus lourdes et complexes. La population étudiée n'est donc pas représentative de l'ensemble des situations de souffrance au travail rencontrées chez les salariés de la région Pays de la Loire.

Notre population est salariée. Le cas des exploitants agricoles, des artisans, chefs d'entreprise et des professions libérales n'est pas étudié dans ce travail.

Il peut exister un biais de classement des troubles psychiatriques. En effet les patients sont évalués cliniquement par un seul psychiatre sans recours à des échelles d'évaluation validées. Les diagnostics sont posés à partir des classifications internationalement reconnues qui attestent de leur fiabilité. La cohérence de ce travail est satisfaisante puisqu'un seul psychiatre expérimenté a évalué les troubles pour tous les patients de l'étude, ce qui prémunit d'une fluctuation dans les diagnostics et le codage CIM-10 retenu.

Sur les plans sociodémographiques et professionnels nos résultats concordent avec ceux des études sur le même thème [3, 4, 7, 8, 13-15, 17, 19, 20, 26, 28, 32]. Cette souffrance psychique touche les salariés d'âge moyen, plus souvent les femmes. Schématiquement, les employés du secteur tertiaire, du commerce et du domaine de la santé et de l'action sociale qui travaillent pour une entreprise privée semblent particulièrement exposés. Les difficultés psychiques d'origine professionnelle débutent souvent après un changement dans l'organisation du travail consécutif ou non à un changement de direction. Le temps d'exposition à ces difficultés est long, parfois plusieurs années et engendre un absentéisme de plusieurs mois.

Notre population est majoritairement féminine (65,5%). Cette prédominance est retrouvée dans toutes les études qui traitent de la souffrance mentale au travail et du harcèlement moral présumé [3, 7, 8, 14, 17, 19, 20, 26, 28, 32]. La proportion des femmes dans ces travaux varie de 61,38% [20] à 73,21% [8]. En 2008 le pourcentage de femme active en France était de 47,55% [21]. Cette surreprésentation pourrait être liée à une exposition à la souffrance au travail plus fréquente chez les femmes ou au fait qu'elles sollicitent plus facilement l'aide médicale que les hommes.

L'âge moyen des salariés, 43 ans, est comparable aux moyennes des autres études qui vont de 39 à 45,8 ans [17, 28]. Les classes d'âges "35-44 ans" et "45-54 ans" sont surreprésentées comme dans d'autres travaux [19, 20, 26].

Notre effectif est exclusivement salarié. Les employés sont majoritaires (68%) alors qu'ils ne représentent que 16,4% des actifs français en 2009 [22]. Cette surreprésentation, retrouvée dans plusieurs études [8, 20] est due à un biais de recrutement. Ce même biais peut expliquer la sous représentation de la catégorie des ouvriers (9% contre 12,8% à l'échelle nationale [22]). Il est également possible qu'il y ait plus de décompensations de type musculosquelettique que de décompensations psychiques dans cette catégorie socioprofessionnelle. Les chiffres des catégories des cadres- professions intellectuelles supérieures et des professions intermédiaires (11,3% chacune) ne sont pas non plus

superposables aux chiffres nationaux (8,8% pour les cadres, 13,2% pour les professions intermédiaires [22]) mais les écarts sont moindres comparés aux autres catégories professionnelles.

Les branches professionnelles de la santé et de l'action sociale, du commerce et de l'industrie manufacturière sont les plus concernées. Ces trois branches sont fréquemment retrouvées en tête de liste dans les études portant sur la souffrance psychique au travail [14, 19, 20, 26] en particulier les secteurs de la santé et du commerce [3, 8, 13-15, 17, 19, 20, 26, 28, 32]. Le secteur des services est celui qui emploie le plus de salariés de notre échantillon (75%), comme dans la population active générale (74,2% en 2008) [23].

Le secteur privé emploie 68,5% des salariés de notre échantillon. Ce taux varie entre les études selon qu'elles aient considéré le secteur associatif comme indépendant ou non des secteurs privé et public. Ainsi il varie de 54,5% pour Guinchard [20] à 90% pour Soula [32]. Les études qui traitent de la souffrance mentale au travail s'accordent pour dire que les entreprises privées en sont les plus pourvoyeuses. Cependant il convient de rappeler que le secteur privé emploie 78% des salariés en France en 2005 [14]. Il est donc difficile de conclure sur une plus grande prévalence de la souffrance au travail dans le secteur privé par rapport au secteur public.

Le temps d'exposition moyen aux difficultés professionnelles est long (27 mois). Il est du même ordre de grandeur dans les autres travaux sur le sujet, où il oscille entre 19,1 mois [3] et 35,8 mois [26]. Bensefa [3] dans son étude sur le harcèlement moral présumé a démontré qu'une courte durée d'exposition au harcèlement permet une évolution significativement plus favorable sur le plan professionnel. Il nous semble qu'il en est de même pour les troubles psychiques.

Le jour de la consultation trois quarts des salariés ne travaillent pas. Ce taux est supérieur à ceux des autres études: 57% pour Bensefa et Sandret [3], 60,6% pour De Gasparo et Grenier-Pezé [15], 63,3% pour Kasbi [26] et 69,7% dans celle de Gingembre [19]. La quasi-totalité des patients sont en arrêt de travail pour maladie. La durée moyenne de ces arrêts est longue, supérieure à 12 semaines. Paolillo [28] dans son étude de 2006 sur le harcèlement moral présumé retrouvait une durée moyenne des arrêts de travail de 44 semaines. La souffrance psychique d'origine professionnelle est responsable de longues périodes d'absentéisme, coûteuses pour la collectivité et les entreprises. En 1990 une étude anglaise estimait que 14% de l'absentéisme au travail était dû à des troubles psychiques et que l'absentéisme lié aux troubles anxieux et dépressifs occasionnait un coût de deux milliards de livres Sterling (environ 2.4 milliards d'euros) [12].

Les difficultés professionnelles ont le plus souvent débuté suite à un changement de direction dans l'entreprise ou à un changement dans l'organisation du travail. En pratique, un changement de direction débouche souvent sur des modifications de l'organisation du travail et sur l'instauration de nouvelles techniques de management. En 1996, une étude française a montré que certains événements comme un changement important dans l'organisation du travail pouvaient causer ou précipiter des troubles anxieux et/ou dépressifs [6]. Certaines techniques managériales sont de plus en plus incriminées dans la survenue de la souffrance psychologique au travail [13].

Le diagnostic d'épisode dépressif majeur (codage CIM-10 : F32) est posé chez 45% des patients et des troubles anxieux sont présents chez plus de la moitié d'entre eux. Parmi ceux-ci, on trouve 18,3% de troubles anxieux et dépressifs mixtes (codage CIM-10 : F41.2), 15,2% de troubles anxieux non précisés (codage CIM-10 : F41.9), 9,15% d'états de stress post traumatique (codage CIM-10 : F43.1). Dans la plupart des études sur la souffrance psychique au travail, les troubles dépressifs, anxieux et les idées suicidaires sont les principaux troubles recherchés. Cependant la grande variabilité des modes de recueil des données (échelle d'évaluation validée [4, 14] ou questionnaire [7, 8, 15, 20, 30] ou encore recueil rétrospectif des données [3, 15]) mène à des résultats hétérogènes. Cette variabilité des méthodologies ne permet pas de comparer sur le plan quantitatif nos résultats avec ceux des autres études.

Concernant les idées suicidaires, 38% des patients confient en avoir eu depuis le début des difficultés professionnelles et près de 15% en ont encore le jour de la consultation. Il nous semble que dans un certain nombre de cas, l'apparition d'idées suicidaires constitue un signal d'alerte subjectif pour les patients. L'émergence de telles idées semble décider nombre d'entre eux à recourir à l'arrêt maladie pour s'éloigner de l'environnement de travail délétère alors même qu'ils endurent cet environnement depuis plusieurs mois. Plus que le travail, ces patients semblent fuir leur auto agressivité potentielle et la menace de l'aliénation, engendrées par des conditions de travail devenues invivables. La diminution de plus de la moitié des idées suicidaires avec l'arrêt de travail et la mise à distance du milieu professionnel semblent corroborer cette hypothèse. En outre, il est possible que la médiatisation récente des suicides imputables aux conditions de travail ait sensibilisé l'opinion publique et qu'elle facilite le recours au soin en participant à la levée du silence autour du phénomène suicidaire au travail.

L'épuisement professionnel (codage CIM-10 : Z73.0) ou burn out, touche 17,7% des patients. Cet état, étudié par Freudenberg en 1974 [18] chez des professionnels en contact avec autrui dans une relation d'aide (soignants, bénévoles d'association) est "un état de fatigue

chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail". Le burn out constitue une réponse au stress émotionnel chronique et comporte trois dimensions selon Maslach et Jackson [27] : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel. L'épuisement professionnel se rencontre dans toutes les branches professionnelles, même dépourvues d'activité relationnelle [33].

Concernant la prise en charge des sujets et malgré la présence de troubles psychiatriques avérés, seuls un tiers des patients ont un suivi spécialisé psychothérapique. A contrario, trois quarts des patients prennent un traitement psychotrope. Ce faible taux de soins spécialisés et cette forte consommation de psychotropes trouvent une explication dans le recours en première et souvent en seule intention aux médecins généralistes en cas de difficultés au travail.

Près de la moitié des patients n'ont aucun antécédent psychiatrique. Cela permet d'affirmer que les troubles mentaux imputables aux mauvaises conditions de travail sont susceptibles de survenir chez tout travailleur et non pas uniquement chez les individus « fragiles ».

Plus de la moitié de ces troubles sont suffisamment sévères pour pouvoir prétendre à une reconnaissance en maladie à caractère professionnel (MCP). Une MCP est définie comme toute maladie susceptible d'être d'origine professionnelle mais qui n'entre pas dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles indemnissables (MPI). Cette notion de MCP a été introduite dans un but de prévention des maladies professionnelles, de production de statistiques et d'évolution des tableaux de réparation. Elle n'ouvre pas le droit à une indemnisation. En 2006, la souffrance psychique était le deuxième trouble signalé au titre de maladie à caractère professionnel (21% des cas) derrière les affections de l'appareil locomoteur (59%) [34].

Enfin, dans plus de 60% des cas, les troubles ont conduit à un avis d'incapacité pour raison médicale, définitive pour deux tiers d'entre eux. L'avis d'incapacité définitive pour raison de santé signifie que l'état psychique d'une personne est incompatible avec la poursuite de son activité au sein de son entreprise et que la reprise du travail au même poste constituerait une menace sérieuse pour sa santé et son intégrité psychique. Il ne s'agit pas d'une incapacité définitive au travail. Le patient conserve ses droits aux indemnités de licenciement, aux allocations chômage et à la formation professionnelle. Néanmoins, il perd son emploi et les données de la littérature convergent pour dire que le devenir professionnel

des sujets mis en inaptitude définitive est sombre. En 2003 Soula [16] rapporte que sur 62 patients mis en inaptitude, un tiers seulement avait retrouvé un travail après un an. Les autres étaient au chômage ou en arrêt longue maladie.

Conclusion

L'étude de 168 salariés adressés à la consultation psychiatrique de pathologie professionnelle du CHU d'Angers entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2009 a permis de relever les caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et les troubles psychiatriques de cette population confrontée à des difficultés psychiques en lien avec le travail.

Les troubles dépressifs et anxieux de ces salariés sont sévères et parfois accompagnés d'idées suicidaires. L'arrêt de travail, par la mise à distance du milieu professionnel apparaît comme un facteur protecteur du passage à l'acte suicidaire, mais cette hypothèse reste à confirmer.

Nombre de salariés n'ont aucun antécédent psychiatrique et pour beaucoup les difficultés professionnelles à l'origine de la décompensation psychique semblent avoir annihilé le rapport subjectif au travail qu'ils entretenaient et grâce auquel ils s'étaient construits et s'accomplissaient en temps que sujet.

Les conséquences des troubles mentaux imputables au travail sont lourdes sur les plans humain et sociétal. Parmi celles-ci notre étude a permis de mettre en évidence des périodes d'exposition et d'absentéisme longues et un fort taux d'inaptitude définitive pour raison médicale. Ce temps d'exposition long pourrait être diminué par un meilleur dépistage.

Enfin, il est indispensable de poursuivre la sensibilisation sur les risques psychosociaux et leurs conséquences à tous les niveaux (médecins, employeurs, salariés, politiques), mais aussi d'interroger les causes de ce mal-être centrifuge dans le monde du travail qui tend à privilégier le facteur financier et la rentabilité marchande au détriment du facteur humain.

Conflit d'intérêt : aucun.

Références bibliographiques

- [1]Agence européenne de la sécurité et de la santé au travail. How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work,2002:127p. In Chouanière D. Stress et risques psychosociaux: concepts et prévention. Documents pour le médecin du Travail. INRS, n°106 2ème trimestre, 2006.
- [2]Bensefa L. Harcèlement moral et pronostic socioprofessionnel chez 126 patients adressés à une consultation de pathologie professionnelle. In Paolillo A.G., Haubold B., Leproust H., *et al.* Devenir socioprofessionnel de patients en situation de harcèlement moral présumé. Documents pour le Médecin du Travail 2006;105:49-59.
- [3]Bensefa L., Sandret N., De Clavière C., D'Escatha A. *et al.* Harcèlement moral et pronostic professionnel chez 126 patients d'une consultation de pathologie professionnelle. Arch Mal Prof, 2004;65:387-395.
- [4]Boisson C., Fontana L., Brousse D., *et al.* Etude descriptive d'une population de salariés consultants pour faits de harcèlement moral au travail (HMT).Arch Mal Prof Env, 2006; 67(3):p.535.
- [5]Bressol E. Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés. Rapport du conseil économique et social. Paris, Editions des Journaux officiels;2004:200p. Consultable en ligne: [http://www.conseil-economique-et-social.fr/rapport /doclon /04041410.PDF](http://www.conseil-economique-et-social.fr/rapport/doclon/04041410.PDF)
- [6]Chevalier A., Bonenfant S., Picot C. *et al.* Occupational Factors of Anxiety and Depressive Disorders in the French National Electricity and Gas Company. JOEM, 1996; 38:1098-1107.
- [7]Chiaroni J. Le harcèlement moral au travail. Etude auprès des médecins du travail de la région PACA. Arch Mal Prof, 2001;62:410-411
- [8]Chiaroni J., Chiaroni P. Données épidémiologiques des situations de mobbing au travail d'après une enquête effectuée auprès des médecins du travail de la région PACA. Arch Mal Prof, 2001;62:96-107.
- [9]Chouanière D. Stress et risques psychosociaux: concepts et prévention. Documents pour le médecin du Travail. INRS, n°106 2ème trimestre, 2006.
- [10]Classification internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement 10^{ème} édition (CIM-10).Organisation mondiale de la Santé, Editions Masson, 1996. 305p.
- [11]Cohidon C., Imbernon E. Santé mentale et travail, de la connaissance à la surveillance. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°25-26, InVS, 9 juin 2009, pp259-261.

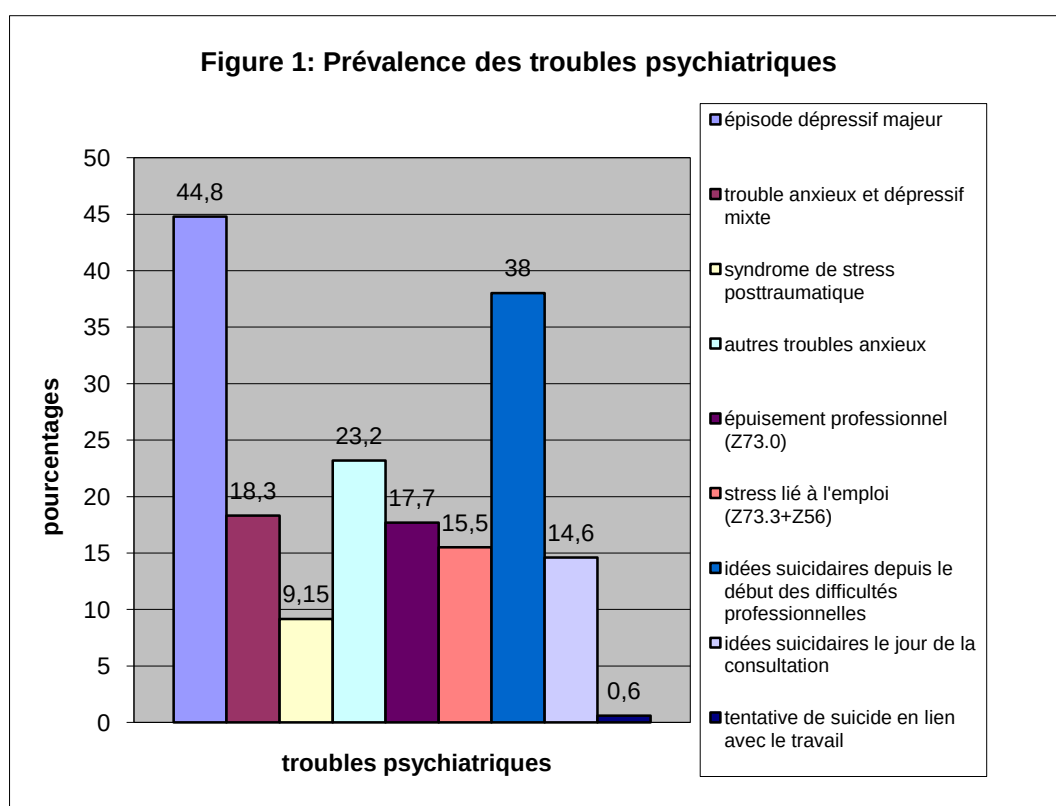
- [12]Conti D.J., Burton W.W. The economic impact of depression in the workplace. In Chevalier A., Bonenfant S., Picot C. *et al.* Occupational Factors of Anxiety and Depressive Disorders in the French National Electricity and Gas Company. JOEM, 1996;38:1098-1107.
- [13]De Clavière C., Bensefa L., Leker L., *et al.* Profil des patients adressés pour souffrance psychologique au travail dans une consultation de pathologie professionnelle. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2004 ;65(2):p151.
- [14]De Clavière C., Kasbi-Benassouli V., Paollilo A.G., *et al.* Devenir médical et socioprofessionnel des patients pris en charge pour souffrance psychologique au travail au sein d'une consultation de pathologie professionnelle. Arch Mal Prof Env, 2008, 69: 24-30.
- [15]De Gasparo C., Grenier-Pezé M. Etude d'une cohorte clinique de patients harcelés : une approche sociologique quantitative. Documents pour le Médecin du Travail 2003 ;95:307-331.
- [16]Duhamel C. Faire reconnaître l'origine professionnelle des dépressions. Santé et Travail, 2003; 44:50-52.
- [17]Egreteau F., Marguet G. Souffrance mentale au travail en Franche-Comté. Analyse de 121 cas de psychopathologies au travail en Franche-Comté de janvier 1997 à juillet 2001. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2002 ; 63:512-515
- [18]Freudenberger H.J., Staff Burnout. In Truchot D. Epuisement professionnel et burn out: Concepts, modèles, interventions. Paris, Editions Dunod, 2004, 265p.
- [19]Gingembre L. Psychopathologie d'origine professionnelle: caractérisation des différents profils de patients adressés en consultation de pathologie professionnelle entre 2003 et 2007 au CHU de Nancy. Thèse pour le doctorat de médecine, Nancy, 2010. Consultable en ligne: http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2010_GINGEMBRE_LORENE.pdf
- [20]Guinchard P. Devenir médical et socioprofessionnel des patients reçus pour souffrance mentale au travail de 2004 à 2006 à la consultation de pathologie professionnelle de Lyon. Thèse pour le doctorat de médecine, Lyon, 2008.
- [21]Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Population active et taux d'activité selon le sexe dans l'Union Européenne en 2008. Consultable en ligne: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=CMPFPS03138®_id=98
- [22]Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2009. Consultable en ligne: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF02135®_id=0

- [23]Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Répartition des actifs ayant un emploi par secteur d'activité économique en 2008. Consultable en ligne: <http://www.statapprendre.education.fr/insee/emploi/secteurs/secteursrepartitionsecteur.htm>
- [24]Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). L'économie des Pays de la Loire : de nombreux atouts mais quelques faiblesses structurelles. Consultable en ligne:http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=3&ref_id=14298&page=etudes/etudes75/etudes75_graph.htm#graph4
- [25]Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (INTEFP). Souffrance mentale au travail. Les cahiers de l'INTEFP, 2006. Consultable en ligne: www.institutformation.travail.gouv.fr/.../FicParu%5C2007_01%5C2005_souffrance_mentale_au_travail.pdf
- [26]Kasbi-Benassouli V. Etude du devenir médical et socioprofessionnel des patients adressés pour souffrance psychologique au travail à une consultation de pathologie professionnelle. Thèse pour le doctorat de médecine, Créteil, 2006. Consultable en ligne: <http://doxa.scd.univ-paris12.fr/theses/th0247835.pdf>
- [27]Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout. In Truchot D. Epuisement professionnel et burn out: Concepts, modèles, interventions. Paris, Editions Dunod, 2004, 265p.
- [28]Paolillo A.G., Haubold B., Leproust H., *et al.* Devenir socioprofessionnel de patients en situation de harcèlement moral présumé. Documents pour le Médecin du Travail, 2006 ; 105 : 49-59.
- [29]Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles (RNV3P). Rapport d'activité 2007. 108pages. Consultable en ligne : http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/134298974270279948121014187573/RNV3P_rapport_activite_2007.pdf
- [30]Seiler Van Daal B., Litzenberger M., Drida M., *et al.* Résultats d'une enquête sur le harcèlement moral. Archives des Maladies Professionnelles 2001 ; 62:574-575.
- [31]Siegrist J. Communication orale. Contraintes psychologiques et organisationnelles et maladies cardio-vasculaires. 28^{ème} congrès national de médecine et santé au travail; 8-11 juin 2004, pp 76-77.
- [32]Soula M.C., Paolillo A.G., Rondey S. *et al.* Devenir socioprofessionnel d'une cohorte de 151 patients adressés dans une consultation de pathologie professionnelle pour harcèlement moral présumé. Arch Mal Prof 2003;64:397.

[33]Truchot D. Epuisement professionnel et burn out: Concepts, modèles, interventions. Paris, Editions Dunod, 2004, 265p.

[34]Valenty M., Chevalier A., Homère J. et al. Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°32, 26 Août 2008:281-288.

Figure



SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque ».

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Mademoiselle RAGOT Angélique

Vu, le Directeur de thèse



Vu, le Président du jury de thèse



Professeur J.B. CARRÉ
SERVICE DE PSYCHIATRIE
CHU - 40000 ANGERS cedex 9
Tél. 02 41 35 92 43 - 02 41 35 92 44

Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS



Professeur J.P. SAINT-ANDRE

Vu et permis d'imprimer



14 PERMIS permis imprimé 0001

RAGOT Angélique

Profil clinique et sociodémographique de 168 salariés adressés pour souffrance mentale au travail en consultation psychiatrique de pathologie professionnelle au CHU d'Angers.

RÉSUMÉ

Cette étude épidémiologique a été menée à partir de 168 dossiers de salariés évalués consécutivement par le psychiatre du service de pathologie professionnelle du CHU d'Angers entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2009. Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles ont été relevées, les troubles psychiatriques répertoriés selon la classification internationale des maladies de l'OMS. En accord avec la littérature, les femmes employées du secteur privé et qui travaillent dans les services semblent particulièrement exposées. Les troubles psychiatriques, principalement dépressifs et anxieux, sont sévères avec parfois des idées suicidaires. Ils touchent des salariés sans antécédent psychiatrique dans presque la moitié des cas. La période d'exposition est longue, l'absentéisme fréquent et durable. Un avis d'inaptitude définitive pour raison médicale est recommandé chez deux patients sur cinq et plus de la moitié peut prétendre à une reconnaissance en maladie à caractère professionnel. Les conséquences des troubles psychiques imputables au travail sont coûteuses. Il est indispensable de dépister précocement les travailleurs en souffrance, de poursuivre la sensibilisation sur les risques psychosociaux et d'interroger les causes systémiques de l'accroissement constant de la souffrance mentale au travail.

MOTS-CLÉS

Souffrance mentale	Travail
Risques psychosociaux	C.I.M-10

FORMAT

☐ **Mémoire**

☒ **Article**¹ : ☐ à soumettre ☒ soumis ☐ accepté pour publication ☐ publié
suivi par : Madame le Docteur Guiho-Bailly

¹ statut au moment de la soutenance

