

Dépression et emploi: de l'arrêt de travail à la reprise

**Marie-Pierre Guiho-Bailly
Angélique Ragot**

Consultation de Pathologie professionnelle
CHU d'ANGERS

L.E.E.S.T - UA InVS
(Laboratoire d'épidémiologie et d'ergonomie
en santé au travail)

Université d'ANGERS

Congrès du GEPS 24-26 OCTOBRE 2013 – LYON



La médicalisation de la souffrance psychique au travail ?

- Consultations de psychopathologie du travail au CHU d'Angers
- Données quantitatives et qualitatives d'une étude en population générale: **Enquête Santé Itinéraire professionnel (SIP)** Drees/Dares
- **Conditions de reconnaissance des troubles psychiques en maladie professionnelle ou accident du travail** (recommandations Commission des pathologies professionnelles et circulaires de la CNAMTS)

Des crises suicidaires ...juste avant la reprise

Marie, 55 ans, employée administrative

Bertrand, ouvrier de production, 42 ans

Ghislaine, commerciale, 43 ans

Christian, 35 ans, ouvrier BTP,

Gilbert, 54 ans, technicien de maintenance

Dans quelles conditions « l'arrêt maladie » est-il thérapeutique dans les situations de souffrance au travail?

Troubles psychiques imputés au travail: quelques questions pratiques pour le clinicien...

- Médicaliser des « problèmes sociaux » ?
 - Décider d'un arrêt de travail, demandé ou refusé...
 - Comprendre le lien entre santé mentale et travail
 - Déclarer les troubles psychiques en maladie professionnelle ou en accident du travail ?
 - Contacter le médecin du travail ?
 - Préparer le retour au travail et ses modalités
 - Envisager l'inaptitude médicale définitive à tout poste dans l'entreprise
- en évaluant et veillant à prévenir le risque suicidaire.

Un détour... par les personnes que nous ne voyons pas en consultation:

Enquête statistique et post-enquête qualitative
Santé Itinéraire professionnel (SIP)

- **L'enquête statistique SIP (Dares/Dress – CEE – Insee) (2006-2010)**

Enquête rétrospective et prospective en deux phases visant à étudier en population générale (13700 enquêtés)

- L'influence sur la santé des trajets professionnels et conditions de travail
- L'influence de l'état de santé sur le parcours professionnel

- **La post-enquête qualitative « Rapport subjectif au travail: sens des trajets professionnels et construction de la santé » (LEEST 2007-2008)**

- Valider: repérer d'éventuels biais invalidants du questionnaire fermé
- Contribuer à élaborer le questionnaire de deuxième vague 2010 (RPS)
- Etudier la place du rapport subjectif au travail dans la construction de l'itinéraire professionnel et la préservation de la santé.

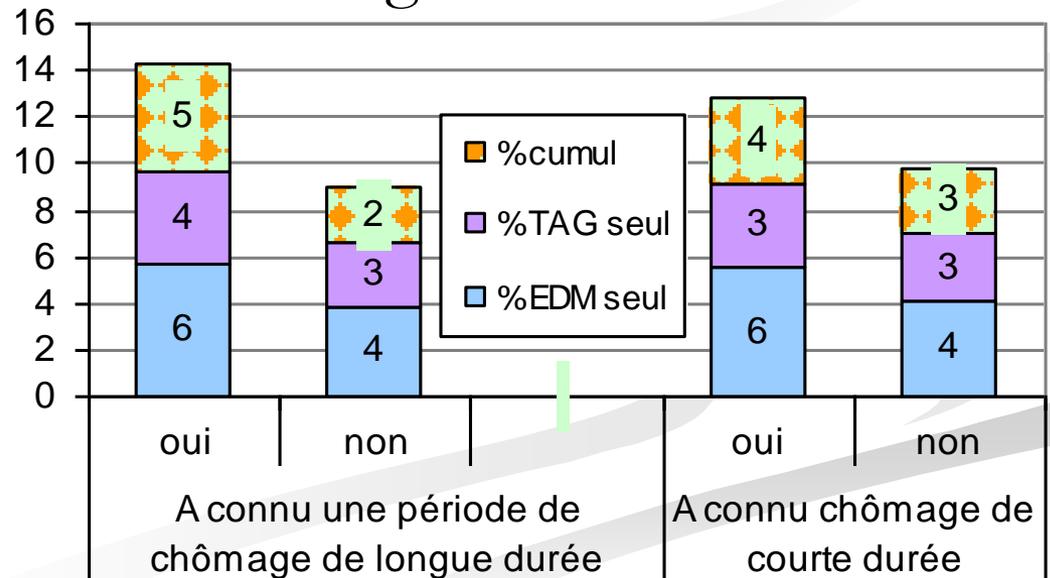
SIP 2007: Typologie d'itinéraires professionnels et principales caractéristiques de santé (1)

*Marlène Babu, Catherine Mermilliod (Drees)
Thomas Coutrot, Camille Peugny, Corinne Rouxel (Dares)*

Santé mentale

■ Dans la population d'étude, 10 % des personnes présentent un trouble de santé mentale, avec cumulé éventuel troubles dépressifs et anxiété généralisée

■ Les parcours sécurisés sont moins exposés aux problèmes de santé mentale



SIP 2007: Typologie d'itinéraires professionnels et principales caractéristiques de santé (2)

*Thomas Coutrot, Corinne Rouxel, Marlène Babu,
JB Herbet, Catherine Mermilliod (Dares - Drees)*

Premières Synthèses – n°1 - Janvier 2010

Prévalence dans la population SIP 2007
(10% des femmes et 4% des hommes)

MINI : EDM actuel = 7%

TYPOLOGIE PARCOURS PROFESSIONNEL	PREVALENCE	ODD RATIO
■ Stables très qualifiés	4%	ref
■ Ascendants continus.....	5%	ns
■ Stables d'indépendants.....	7%	ns
■ Durablement peu qualifiés.....	6%	ns
■ Interrompus.....	8%	1,5
■ Pénibles et hachés.....	8%	1,7
■ Descendants.....	11%	1,9
■ Pénibles précaires.....	11%	1,7

Risques psychosociaux au travail

Données SIP 2007

(6 catégories d'indicateurs du collège d'expertise sur le suivi statistique des RPS au travail – Michel Gollac)

Thomas Coutrot- Catherine Mermilliod -DARES Analyses Dec 2010 n°81

■ Exigence du travail

Quantité de travail (23% excessif Toujours ou Souvent)

Complexité du travail (45% penser à trop de choses à la fois T ou S)

Difficulté de conciliation vie professionnelle/vie privée (11% T ou S)

■ Exigences émotionnelles

Contact avec le public (11% tensions T ou S)

Devoir cacher ses émotions (42% T ou S)

Peur au travail (8 % T ou S)

■ Autonomie et marges de manoeuvres

Peu de liberté pour décider comment faire son travail (20% T ou S)

Pouvoir employer ses compétences (13% jamais ou parfois seulement)

■ Rapports sociaux: Soutien social et reconnaissance au travail

Reconnu pour son travail (jamais ou parfois seulement 33%)

■ Conflits de valeurs (souffrance éthique)(6% T ou S et jusqu'à 33% parfois)

■ Insécurité Socio économique (peur de perdre leur emploi : 23% T ou S)

La post-enquête qualitative SIP du LEEEST (1)

- **Trente entretiens individuels semi-directifs**
 - auprès d'enquêtés volontaires, tirés au sort par l'INSEE, dans 3 groupes selon déclarations SIP (aucun pb santé; pb santé non lié travail; pb santé avec lien travail)
 - réalisés par des chercheurs du LEEEST formés en psychodynamique du travail, (binôme psychiatre - médecin du travail)
- **Comparaison a posteriori des données qualitatives avec les fiches synthèses des réponses au questionnaire SIP** rédigées par DREES/DARES(+ détail des réponses pour 72 questions)
- **Analyse comparative des 30 monographies et revue littérature**

La post-enquête qualitative SIP (2)

- **sous déclaration dans la carte des *maladies des problèmes de santé mentale passés ou actuels*** (alors que *symptômes* retrouvés dans les réponses au MINI – « Mini International Neuropsychiatric Interview »).
- **sous-déclaration des *changements IP* mis en lien avec le souhait de *préserver sa santé psychique*.**
 - **Divers types de changements** (démission, refus CDI, mutation, licenciement « attendu », retraite anticipée, reconversion)
 - **Prise de risques:** création d'entreprise, démission, réorientation professionnelle
 - **Absence de médicalisation du changement** (pas de recours à la médecine du travail)
 - **Absence d'approche collective des facteurs de risques en interne à l'entreprise**

« Partir avant de tomber malade »

L'importance des stratégies individuelles de mobilité professionnelle

- « si on pouvait partir quand ça ne va pas, ça irait »
- « je saurai m'arrêter à temps pour ne pas tomber malade du travail »
- « quand on n'est pas bien dans son travail, il faut changer avant que ce ne soit trop tard pour la santé... »
- « c'était la dépression ou la démission »
- « si on n'est pas bien au travail, on n'est pas bien dans sa tête , mieux vaut s'en aller »
- « Qu'est ce que je vais devenir? Et si je ne peux plus ni partir ni supporter? Alors , l'arrêt maladie? Il faut peut-être devoir aller jusque là »

**: Peu de situations de passivité face à la souffrance au travail
(Si impasse : Echec des tentatives de changements plus que passivité ...et facteur de risque de décompensation)**

« En arriver à l'arrêt de travail »

Données issues de la consultation
de pathologie professionnelle du CHU d'Angers
(A.Ragot -Etude faite sur 168 dossiers de 2007 à 2009)

- 75% en AT au moment de la CS de Pathologie professionnelle
 - 45% EDM ; 51,5% troubles anxieux (TAG, TP, anx-dep.,PTSD-9%)
+ « Burn out » en diagnostic principal ou associé : 17,5% (cadres: 36,8 %)
 - Idées suicidaires chez 38% des consultants
(50%H; 31,8%F) surtout EDM, PTSD et burn-out
 - L'apparition des idées suicidaires >démarche d'Arrêt de Travail
 - Idées TS: encore au moment de la CS pour 14,6 % (27,4% EDM – id. H/F)
 - durée entre début problèmes de travail et date CS : 27 mois
 - durée moyenne A.T : 16 semaines au moment CS , mais variable selon diagnostic:
 - PTSD : 18 mois exposition – 16 sem. AT (Sd évitement)
 - Burn-out : 37 mois exposition – 7 sem. AT (présentéisme,déni)
- : risque suicidaire : rôle protecteur de l'arrêt de travail (mise à distance de la situation professionnelle pathogène) même sans suivi spécialisé

Décider d'un arrêt de travail (1)

critères de décision

- Les idées suicidaires
- L'épuisement (EDM, *burn-out* : *svt refusé*)
- L'existence de **Sympt. psycho-traumatiques** non traités
- L'intensité de l'**envahissement anxieux** (risque raptus)
- La sévérité du **retentissement** sur l'aptitude au travail –plan cognitif et/ou émotionnel- , sur la vie personnelle, familiale ou sociale (désinvestissement, conflits, repli)
- L'apparition ou l'aggravation de **conduites addictives**
- L'**absence de marges de manœuvres** dans le milieu de travail pour espérer un changement rapide.

Décider d'un arrêt de travail (2)

Evaluer le risque suicidaire : un vécu subjectif et des situations à risque

■ Un vécu de solitude insoutenable et d'impasse

- dans un système devenu sans repères (changements) ni appuis (disparition des solidarités),
- dans un travail qui n'est plus maîtrisé (obsolescence des savoirs et savoir-faire, surcharge)
- qui a perdu son sens (valeurs, sublimation, identité)
- Absence d'issue perçue en terme de mobilité (statut, emploi, qualification, âge)

■ Un évènement professionnel précipitant

- Reprise du travail après vacances ou fin arrêt maladie,
- Échéances : évaluation individuelle ++, formation imposée,...
- Changements imposés : responsable, poste, équipe, site, technologies, procédures, valeurs de métier, nouvelles responsabilités, restructurations-fusion,...
- Harcèlement moral non traité (vertical - descendant ou ascendant-, horizontal, individuel, collectif)

Décider d'un arrêt de travail (3)

la durée de l'arrêt maladie

- L'inutilité des petits arrêts répétés
 - ...voire... « l'effet rebond » des fins de périodes d'arrêt maladie (...avant la prolongation) et la culpabilité vis-à-vis des pairs (remplacement non assuré)
- Si décompensation caractérisée sévère :
 - AT en terme de **MOIS, temps nécessaire**
 - à l'élaboration psychique des troubles,
 - à l'analyse de la situation de travail et des issues possibles,
 - à l'éventuel accompagnement vers une reconversion professionnelle
 - ...et la mise en visibilité du problème au niveau de l'entreprise

Décider d'un arrêt de travail (4)

le contenu de l'arrêt maladie

- **Si simple éviction du milieu professionnel** = risque de chronicité, de repli social, d'addictions, de TS à la veille de la reprise ...et de perte d'emploi à terme
- **La nécessité de co-thérapies:**
 - Comprendre : approche psychodynamique du rapport subjectif au travail (personnalité/travail; place du travail dans la construction identitaire)
 - La place des TCC (PTSD; troubles anxieux -phobies, conduites compulsives)
 - Un suivi par le service de santé au travail
- **L'information sur les droits du travail** (MP/AT; loi 2002 harcèlement; droits CIF, reconnaissance T.H, PI, ...):
Insp. du travail, A.Soc., syndicats

Déclarer en maladie professionnelle ?

■ L'obligation de déclaration faite à tout médecin (CMI)

Article L 461-6 CSS : En vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux, **est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de** tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

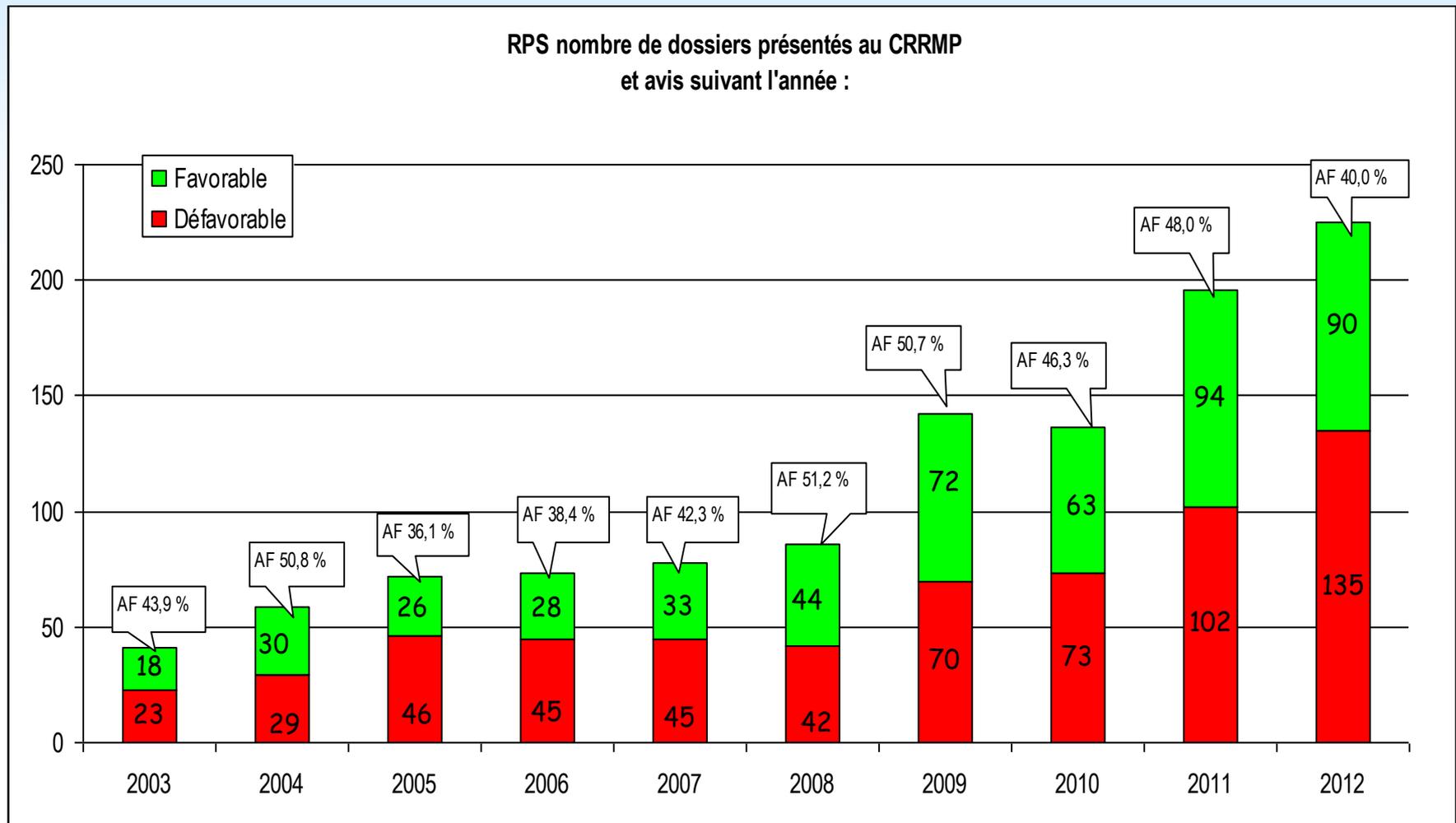
Il doit également déclarer **tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel.**

■ Le droit du salarié pour les « maladies hors liste » : article L.461-1-4° alinea du Code SS

■ Le sens et l'impact thérapeutique de la déclaration : reconnaissance et réparation

Synthèse nationale des rapports d'activité des CRRMP pour l'année 2012

ALINEAS 4 : AFFECTIONS PSYCHIQUES – 2003 A 2012



Reconnaître en maladie professionnelle (1)

Les recommandations du groupe de travail de la commission des pathologies professionnelles du COCT (conseil d'orientation sur les conditions de travail du Ministère du Travail)

1. Un tableau clinique caractérisé (CIM 10, DSMIV):
EDM – TAG – PTSD type 2
(exclusion : « Burn out » - troubles adaptation)

2. Un tableau d'intensité sévère : Incapacité permanente prévisible > ou = 25%

- plus de notion de stabilisation préalable
- Durée des troubles 6 mois
- AT (nombre, durée), hospit. éventuelles, TS éventuelles
- TT psychotrope, suivi spécialisé
- Troubles cognitifs, sommeil, souvenirs répétitifs, envahissants,
- Détresse, autodépréciation, absence projection,
- Perte intérêt activités investis, entourage, repli
- Retentissement vie professionnelle, privée, sociale
- Antécédents, état psychique préexistant

Si 2 critères réunis: dossier transmis par le médecin conseil à la CRRMP (commission régionale de reconnaissance des maladies professionnelles)

Reconnaître en maladie professionnelle (2)

Les recommandations du groupe de travail de la commission
des pathologies professionnelles du COCT
(conseil d'orientation sur les conditions de travail du Ministère du Travail)

3. Un lien direct et essentiel avec le travail

- Principal enjeu de la reconnaissance MP hors tableau
- évalué en CRRMP sur dossier service risques professionnels caisse
- Facteurs de risques reconnus
 - ✓ Évènements traumatiques de type 2 (dont « harcèlement »)
 - ✓ Violences subies sous toutes formes
 - ✓ Demande élevée (pression temporelle, charge, moyens, injonctions paradoxales)
 - ✓ Faible latitude décisionnelle
 - ✓ Soutien social faible
 - ✓ Conflits éthiques, qualité empêchée.
- Importance de l'avis motivé du médecin du travail et notion d'alertes (CHSCT, fiche entreprise RPS)

Reconnaître un trouble psychique en accident du travail

Recommandations de la CNAMTS aux Caisses
(Lettre réseau LR/DRP/16/2011)

- Un événement causal daté et précis, survenu sur les lieux et dans les temps du travail, « anormal » dans le cadre d'une relation de travail ou d'une situation de travail
- **PTSD , TS, mais aussi EDM, troubles anxieux durables,**
- DAT par employeur et/ou victime + CMI
- Si besoin : enquête service risques professionnels caisse
- Imputabilité des « lésions » évaluée par médecin conseil
- si relève plutôt MP: réorientation demande reconnaissance CRRMP
- Si plusieurs déclarations simultanées AT de plusieurs employés même entreprise: signalement de l'entreprise au service prévention de la CARSAT de rattachement.

Préparer le retour au travail

- Contact thérapeute/médecin du travail
- Visite de pré – reprise avec le médecin du travail
- Temps partiel thérapeutique, Aménagement ou changement de poste, Restriction d'aptitude , reconnaissance trav.hand., PI 1°,...
- Contact préalable avec les « personnes de confiance » (collègues, responsable, IDE ou AS du travail, ...)
- Visite préalable sur le lieu de travail (nouv. affect.)
- Suivi régulier et conjoint (psychiatrie et santé au travail) au moins un an après la reprise
- Cs pathologie professionnelle: C2 à six mois
- Exemple dispositif MSA++

Envisager et accompagner l'inaptitude médicale définitive à tout poste dans l'entreprise

- CS Patho pro 2007/2009 : 41,1% IMDTP
- Absence de marges de manœuvres en interne (TPE, harcèlement, management, restructuration)
- **Nécessité de reconversion professionnelle** (désinvestissement ou « phobie » du métier, burn-out, PTSD)
- **Stabilisation psychique...mais risque chômage longue durée** (MC Soula, 2003: 1/3)
- **Suivi psychothérapique** : crise identitaire; rapport subjectif au travail et au métier. Parfois: A.T
- **Accompagnement social** : droits, formation (DIF), recherche emploi , reconnaissance TH,PI,..

Conclusion

L'arrêt de travail, souvent nécessaire – en particulier comme outil de prévention du risque suicidaire –

doit être **un temps actif**

- de soins spécialisés (formation des psys à PPT!...)
- d'élaboration du rapport subjectif au travail, au métier, à l'entreprise,...
- d'information sur les droits du travail
- de recherche via le service de santé au travail des possibilités de maintien dans l'emploi

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Bibliographie indicative

- Dejours C., Bègue F., Suicide et Travail : Que faire , PUF, 2009 (130 p).
- Dejours C., Gernet I., Psychopathologie du travail, Elsevier-Masson, 2012
- Ragot A et al., Troubles psychiatriques rencontrés en consultations de psychopathologie du travail au CHU d'Angers , Santé Publique (à paraître)
- Bahu M, Coutrot T, Herbert JB, Mermilliod C, Rouxel C, Parcours professionnels et état de santé, Drees /Dares, Dossiers Solidarité et Santé, n°14, 2010.
- Guiho-Bailly MP, Bertin C., Dubré JY, Lancien N, Machefer J, Parent D, 2009, Rapport subjectif au travail : sens des trajets professionnels et construction de la santé. Rapport final. Post-enquête qualitative SIP. Drees, Document de travail, série Etudes et recherches, n°95.
- Commission des pathologies professionnelles - Groupe de travail sur les pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle, 1^o partie : pathologies psychiques. Rapport final, Décembre 2012, « travailler-mieux.gouv.fr ».