

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2014-2015

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

PAR

SOLER Hélène

NEE LE 06/08/1984 A ROUEN

Présentée et soutenue publiquement le 27 avril 2015

**EVALUATION DE LA CONSULTATION DE
SOUFFRANCE AU TRAVAIL DU CHU DE ROUEN ET
ETUDE DU DEVENIR SOCIOPROFESSIONNEL ET
PSYCHOLOGIQUE DE 60 PATIENTS**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Pr GEHANNO

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Dr ROLLIN

JURY : Monsieur le Pr CAILLARD

Monsieur le Pr GUILLIN

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2014-2015

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

PAR

SOLER Hélène

NEE LE 06/08/1984 A ROUEN

Présentée et soutenue publiquement le 27 avril 2015

**EVALUATION DE LA CONSULTATION DE
SOUFFRANCE AU TRAVAIL DU CHU DE ROUEN ET
ETUDE DU DEVENIR SOCIOPROFESSIONNEL ET
PSYCHOLOGIQUE DE 60 PATIENTS**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Pr GEHANNO

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Dr ROLLIN

JURY : Monsieur le Pr CAILLARD

Monsieur le Pr GUILLIN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
<i>(surnombre)</i>		
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques

Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie

Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie

Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie

Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB de la santé	Législation pharmaceutique et économie
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**

Pharmacie officinale

Mr Jean-François **HOUIVET**

Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**

Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**

Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Parasitologie

Mr François **HALLOUARD**

Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER**

UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**

UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) (UMR 1079)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar) 1079)	Génétique moléculaire humaine (UMR
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Nicolas et nos enfants,

Merci pour votre soutien dans toutes les épreuves, votre amour et tous nos rires.

A mes parents,

Merci d'avoir toujours respecté mes choix et d'avoir encouragé mes projets.

A toute ma famille

Aux membres du jury de cette thèse :

A ma Directrice de thèse, Madame le Docteur Laetitia ROLLIN

Merci de m'avoir transmis l'amour de la médecine du travail, de m'avoir accompagnée avec bienveillance, encouragée et corrigée.

Au président du jury, Monsieur le Professeur Jean-François GEHANNO

Merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse, de l'enseignement que vous avez dispensé pendant mes années d'internat, de votre soutien.

A Monsieur le Professeur Jean-François CAILLARD

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury, de raconter la médecine du travail à travers le monde, de m'avoir accueillie en médecine du travail.

A Monsieur le Professeur Olivier GUILLIN

Merci de me faire l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury, de la qualité de votre enseignement.

Soyez assurés de mon profond respect et de ma profonde gratitude pour tout ce que vous m'avez transmis

Au Docteur Georges JACOB,

Merci pour votre humanisme, vos leçons d'éthique et cette belle consultation de souffrance au travail

A Mary Jan,

Merci pour ton aide précieuse pour les statistiques de cette thèse, ta gentillesse et ta disponibilité

Aux Docteurs Alain Poirier et Catherine Petit,

Merci de mettre en pratique notre belle spécialité avec sérieux, intelligence et génie. Merci de partager vos connaissances.

Aux équipes qui m'ont accueillie durant mon internat,

Merci de votre gentillesse, de m'avoir donné de la rigueur et appris tant de choses

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I. PARTIE THEORIQUE: GENERALITE SUR LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL DANS LE CADRE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS)	3
I.1. HISTORIQUE ET ETYMOLOGIES	3
I.2. MODELES ET APPROCHES THEORIQUES	7
I.2.1. Clinique du travail	7
(i) Psychodynamie/psychopathologie du travail	7
(ii) Clinique de l'activité	8
I.2.2. Modèle du stress (anglo-saxon et psycho-neuro-immunologie)	8
I.3. DEFINITIONS (VOCABULAIRE APPARTENANT AU CHAMP DES RPS)	9
I.3.1. Bien être et mal être au travail	9
I.3.2. Stress	10
I.3.3. Violence	14
I.3.4. Souffrance	14
I.3.5. Harcèlement	15
I.4. CONDITIONS DE TRAVAIL ET ORGANISATION DU TRAVAIL	20
I.4.1. Organisation et nouvelles techniques managériales	21
I.4.2. Perte des collectifs de travail	23
(i) Technologies de l'information et de la communication	23
(ii) Concurrence	26
I.5. CONSEQUENCES	27
I.5.1. Conséquences sur le plan médico-psychologique	28
I.5.2. Conséquences sur le plan professionnel	37
I.5.3. Conséquences pour l'employeur et les entreprises	39
I.5.4. Conséquences socio-économiques	40
I.5.5. Conséquences juridiques	41
I.6. MOYENS DE PREVENTION	42
I.6.1. Des interventions différentes	42
I.6.2. Dispositifs et acteurs de prévention	44
II. PARTIE EXPERIMENTALE : EVALUATION DE LA CONSULTATION DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE « SOUFFRANCE AU TRAVAIL » DU CHU DE ROUEN	46
II.1. Objectifs de l'étude	46
II.2. Méthode	47
II.2.1. Population d'étude	47
II.2.2. Recueil des données lors de la consultation.	47

II.2.3. Recueil des données à distance de la consultation au moyen d'un questionnaire téléphonique.	52
II.2.4. Aspects réglementaires	55
II.2.5. Analyse statistique	56
II.3. Résultats	58
II.3.1. Description sociodémographique et professionnelle des 89 patients lors de la consultation	58
(i) Données sociodémographiques	58
(ii) Données professionnelles	59
II.3.2. Motif de la consultation	64
(i) Médecin ou autre personne à l'origine de la consultation	64
(ii) Demande du patient	65
II.3.3. Contenu de la consultation	67
(i) Contexte de la souffrance au travail	67
(ii) Aides internes et externes	68
(iii) Conséquences médicales et psychologiques	70
(iv) Conséquences professionnelles	71
(v) Conséquences juridiques	73
II.3.4. Orientations et conseils	74
II.3.5. Enquête à distance sur 60 patients	77
(i) Evolution sur le plan professionnel	79
(ii) Evolution sur le plan juridique	88
(iii) Evolution sur le plan médical, psychologique et sur le plan des addictions	88
(iv) Evolution sur le plan familial et de la qualité de vie	93
II.4. Discussion	98
II.4.1. Justification des objectifs de l'étude	98
II.4.2. Justification de la méthode et biais	99
II.4.3. Interprétation et comparaison des résultats	103
(i) Données sociodémographiques	104
(ii) Données professionnelles	105
(iii) Motif et contenu de la consultation	107
(iv) Conséquences psychologiques	109
(v) Conséquences professionnelles	110
(vi) Conséquences juridiques	112
(vii) Orientation et conseils	112
(viii) Evolution sur le plan professionnel	116
(ix) Evolution sur le plan psychologique et des addictions	118
(x) Evaluation de la consultation par les patients	119
II.4.4. Discussion générale et perspectives	120
CONCLUSION	129
LISTE DES ABREVIATIONS	131
BIBLIOGRAPHIE	132
ANNEXES	137
RESUME	153

INTRODUCTION

Le centre de consultations de pathologies professionnelles et environnementales (C.C.P.P.E.) du CHU de Rouen a été créé en 1982. Il est placé sous la responsabilité du Professeur J-F. GEHANNO, Chef du Service de Médecine du Travail et des maladies professionnelles du CHU de Rouen. L'équipe se compose de 9 praticiens, d'internes, d'infirmières, de deux psychologues, de 2 secrétaires, d'une assistante sociale.

Le C.C.P.P.E. assure de multiples missions dans le champ de la santé au travail : dépistage, diagnostic et déclaration de Maladies Professionnelles, estimation de l'incidence régionale des pathologies professionnelles, aide à la détermination de l'aptitude au poste de travail, aide à la mise en œuvre de mesures de prévention collectives et individuelles vis-à-vis des risques, aide au retour à l'emploi, ... En outre, il fait partie du Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles (RNV3P) coordonné par l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation et du Travail (ANSES). En 2013, 766 patients ont été vus en consultation à Rouen et 714 au Havre. En 2014, 900 patients ont été vus à Rouen, 737 au Havre.

Dans le cadre des risques psychosociaux, de plus en plus reconnus et pris en charge depuis les années 2000, une consultation dédiée à la souffrance psychique au travail a été mise en place au CHU de Rouen en 2009. Elle accueille chaque année une cinquantaine de patients dont le motif de consultation est un problème de santé psychique potentiellement en lien avec le travail. Les demandes sont multiples : salariés adressés par les médecins du travail, les médecins généralistes, la DIRECCTE, la CARSAT, salariés venant d'eux-mêmes... Ces demandes concernent la pathologie mentale résultant des conditions de travail, tout en aidant à la prévention de la désinsertion professionnelle. Ceci justifie une approche pluridisciplinaire

en interne au C.C.P.P.E. (médecin du travail formé à la gestion des risques psychosociaux, qui établit un diagnostic de la situation, oriente si nécessaire vers les autres consultants, psychiatre, psychologue, assistante sociale), en travaillant en réseau avec des partenaires extérieurs.

Après plus de 5 ans d'existence, nous avons voulu évaluer le bénéfice de cette consultation pour les patients, en s'intéressant d'une part à l'évaluation de la consultation elle-même par les patients, à ce qu'elle leur a apporté, d'autre part au devenir des patients sur le plan socioprofessionnel, de leur vie familiale et de leur qualité de vie, de leur santé et de leurs éventuels traitements ou addictions, ainsi que sur le plan de leurs éventuelles démarches juridiques. Dans cette optique, nous nous sommes intéressés à tous les patients vus en consultation de souffrance psychologique au travail de début 2013 à mi-2014 au CHU de Rouen.

Cette consultation de souffrance au travail existant depuis quelques années dans d'autres CHU, il nous a également paru intéressant de comparer nos méthodes et résultats à ceux d'autres équipes françaises. Il n'existe en effet pas d'harmonisation au niveau national concernant le contenu et le déroulement précis de cette consultation, ce qui peut occasionner des prises en charge et des résultats variables pour les patients en fonction du professionnel de santé consulté. L'enrichissement mutuel entre les consultations déjà existantes au sujet de leurs différentes pratiques ainsi que l'augmentation et la généralisation de ces consultations est un enjeu de prévention et de santé publique.

I. PARTIE THEORIQUE: GENERALITE SUR LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL DANS LE CADRE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS)

I.1. HISTORIQUE ET ETYMOLOGIES

Le mot latin « tripalis », signifiant « qui a trois échelas », a donné au 12^{ème} siècle en vieux français le mot « trepaliu » (un instrument de torture à trois pieus) puis le mot « travail » (1). On retrouve donc les notions de tourment, de fatigue, de peine, que l'on retrouve également dans le « travail » de l'enfantement, également associé à la douleur. Et si l'on imagine que les travailleurs ont pu de tout temps souffrir, la notion de stress au travail n'apparaît que dans les années 1970, à une période marquée par de nombreux bouleversements de l'organisation du monde du travail (2).

Ainsi dans les années 2000 on voit émerger le concept de risques psychosociaux (RPS), qui désigne à la fois les explications d'origines professionnelles (organisation du travail, condition de travail...) et à la fois les dimensions telles que le stress, la souffrance, le harcèlement, les violences qui sont à l'origine de pathologies mentales et psychosomatiques (troubles thymiques, troubles anxieux, troubles musculo-squelettiques...) (3). Cette imprécision sémantique et la confusion que cela a pu engendrer aussi bien pour les professionnels que pour les travailleurs et le grand public s'explique par l'émergence empirique de ces notions. En 2009-2010 il y a eu notamment une très forte médiatisation de suicides dans le monde du travail (4).

Depuis ces années là, l'augmentation considérable des problèmes de souffrance au travail a non seulement modifié l'exercice de la médecine du travail mais également d'autres

disciplines comme la médecine générale, la psychiatrie, la psychologie, la sociologie ou le droit.

Les préoccupations européennes concernant les conditions de travail étaient cependant bien plus anciennes. En effet, la directive européenne de juin 1989 (89/391/ CEE) énonce les obligations pour l'employeur concernant l'évaluation des risques professionnels et leur prévention. Dans ces risques sont inclus les risques psychosociaux. Le « Manuel d'orientation sur le stress lié au travail, piment de la vie...ou coup fatal ? » est un guide en matière de gestion du stress au travail (5). Publié par les différents états de l'Union Européenne, il sort en 1996. Enfin, en 2007, les états de l'Union Européenne souhaitent mettre en commun et développer ce qui se fait dans chaque état en matière de RPS et développe le projet intitulé « Psychological Risk Management-European Framework » (Prima-EF) (6).

L'OSHA (Occupational Safety and Health Administration), c'est-à-dire l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, donne en 2000 la définition suivante des risques psychosociaux : ce sont des « risques de stress, de violence externe et interne ». En 2002, la thématique prioritaire annuelle de cette instance est : « prévention pratique des risques psychosociaux et du stress au travail ». Entre 2014 et 2015, l'OSHA lance une campagne intitulée « Healthy Workplaces : Manage stress » (7).

Par la suite, d'autres définitions émergent. Les RPS sont « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. La notion de fonctionnement mental est relative aussi bien à des phénomènes cognitifs qu'à des phénomènes psychiques d'une autre nature, si tant est que la séparation ait un sens » (3).

L'enquête d'opinion européenne de l'OSHA menée en 2013 retrouve les chiffres suivants : 49% des travailleurs européens se sentent soumis à un stress fréquent et important. Les

situations de stress au travail étaient très fréquentes pour 16% et assez fréquentes pour 35% des répondants. Les éléments principalement mis en avant dans cette étude sont les restructurations d'entreprise et la peur du chômage (pour 72 %), la durée du temps de travail et la surcharge de travail (pour 66 %), ainsi que les agissements hostiles et les brimades au travail (pour 59%). Concernant la gestion des problèmes de stress en entreprise, un faible pourcentage de répondants la trouvait très bonne (13%), et un nombre plus important de répondants la trouvaient assez bonne (41%) (8).

L'enquête ESENER (European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks - Managing safety and health at work) a quant à elle été menée parmi les managers et les délégués d'entreprises de plus de 10 salariés, par téléphone. Cette enquête retrouvait des problèmes de stress pour 80% des entreprises et de harcèlement pour 40%. A cette époque, en 2010, seulement 30% des entreprises avaient mis en place des procédures contre le harcèlement et 26% contre le stress et le harcèlement (9).

Dans le rapport Gollac, les auteurs parlent d'enjeux majeurs de santé publique à propos des risques psychosociaux, compte-tenu de leur forte prévalence et des risques encourus pour la santé (3).

De 2005 à 2013, la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) mettait en évidence dans son « enquête sur les conditions de travail » une augmentation des salariés qui ne pouvaient effectuer leur travail correctement à cause d'un manque de temps, d'un manque de personnel, de logiciels informatiques inadaptés. Par ailleurs, les travailleurs dont le travail est soumis à au moins 3 contraintes est passé de 6% à 35% en 20 ans (10). En 2010, la DARES a mené une enquête de prévalence de certains facteurs de risques psychosociaux : déséquilibre entre vie privée et publique chez 11 % des actifs, tandis que 7 % des travailleurs seraient exposés à des agressions verbales, injures,

menaces de la part du public et 2 % à des agressions physiques. D'autre part, 6 % des actifs feraient dans leur travail « des choses qu'ils désapprouvent » (vente abusive, réaliser des licenciements, etc.), enfin 23 % travailleraient avec la peur de perdre leur emploi (11).

Les RPS font partie des risques professionnels et entraînent un certain nombre de pathologies psychiatriques et psychosomatiques, par le biais de mécanismes physiologiques et psychologiques.

Les rapports qui peuvent exister entre la santé (« état de bien être à la fois physique [et] psychologique ») et le travail ont souvent été étudiés. Il existe à la fois des recherches des Anglo-Saxons qui étudient les phénomènes psycho-neurophysiologiques lors du stress au travail et leurs répercussions sur la santé, à la fois des recherches héritières de la psychiatrie française d'après guerre et qui forment le champ de la psychodynamie et psychopathologie du travail. Ces recherches étudient la relation subjective qu'a l'individu à son travail et se concentrent sur le vécu du travail. Les notions de travail prescrit et de travail réel ainsi que de souffrance et plaisir apparaissent (12, 13).

Ainsi, dans un premier temps, nous verrons les notions de stress, souffrance, violence et harcèlement qui sont des définitions propres au champ des risques psychosociaux et/ou aux disciplines ayant étudié les rapports entre travail et santé. Puis nous nous intéresserons aux conditions de travail et modes d'organisation reconnus comme délétères sur la santé. Ensuite, nous décrirons les différents courants de pensées et de recherche. Enfin, pour clore la partie théorique, nous traiterons des conséquences psychiques, physiques, socio-économiques et juridiques de la souffrance au travail.

I.2. MODELES ET APPROCHES THEORIQUES

I.2.1. Clinique du travail

(i) Psychodynamie/psychopathologie du travail

Après la deuxième guerre mondiale, la psychiatrie s'est intéressée aux liens qui existaient entre travail et santé mentale. D'une part, comment soigner par le travail, d'autre part, comment le travail peut-il être nocif pour la santé ? Les premières études ne retrouvent pas de maladies spécifiques au travail, les décompensations observées étant fonction de l'individu, et la psychopathologie du travail ne donne pas de résultats consensuels (14).

Dans les années 70, C. Desjours fait de nombreuses recherches sur les liens qui unissent travail et santé mentale. Il s'inspire de la psychanalyse et introduit les concepts de souffrance et plaisir au travail. Il part de l'idée que s'il existe des pathologies au travail, la plupart des individus ne deviennent pas fous au travail et dans ce cas comment font-ils pour rester en bonne santé ? La psychopathologie devient une branche de ce qu'on appelle la psychodynamique du travail.

Elle s'appuie sur les stratégies de défenses inconscientes que les travailleurs individuellement et collectivement mettent en place pour préserver leur santé. Elle tient compte du réel du travail, et de l'écart qui existe entre le travail prescrit et le travail réel, écart où se jouent les notions de savoir faire et de rapport affectif et émotionnel au travail. La psychodynamique du travail s'intéresse donc au vécu subjectif du travail par les travailleurs (7, 15).

La souffrance, quant à elle, est un terme de psychodynamie et résulte du travail. Elle peut être une expérience bénéfique lorsqu'elle est transformée en plaisir. Ce dernier découle forcément d'une souffrance transformée par l'expérience et le savoir faire (16).

(ii) Clinique de l'activité

Il s'agit d'une méthode d'action issue de l'ergonomie afin de changer le travail. Elle vise à redonner de l'autonomie et une possibilité décisionnelle au travailleur. Elle s'est développée dans la continuité de la psychodynamique du travail. Elle est basée sur l'idée que la santé est corrélée au pouvoir d'agir des travailleurs. Ainsi, il n'y a pas obligatoirement de risque du moment que les travailleurs ont pu disputer la qualité du travail. Les contraintes inhérentes à l'activité peuvent être acceptées du moment qu'il y a eu un discours argumenté collectif auparavant (15).

Elle se base sur le travail réel et sur la créativité humaine au travail, la fierté du travail bien fait. Elle prône le développement personnel et l'épanouissement à travers la reconnaissance de soi-même dans le travail accompli. Les actions prônent la dispute au sens de dialogue argumenté. Ainsi pour Y. Clot, il est important de disputer entre collègues et travailleur et hiérarchie des indicateurs de qualité et de ce qu'est le travail « bien fait ». Ainsi, la clinique de l'activité se propose de « soigner le travail plutôt que les individus » (17).

I.2.2. Modèle du stress (anglo-saxon et psycho-neuro-immunologie)

L'approche par le stress est répandue dans le monde du travail. Issue des recherches anglo-saxonnes, elle s'appuie sur les connaissances psycho-neuro-immunologiques et les troubles de l'adaptation au travail. Ces études utilisent le terme de stress et les modèles de stress (16, 18). Cette approche a pour but la prévention des décompensations psychiatriques et le maintien des performances au travail (3, 12).

Les recherches identifient des « stresseurs professionnels » sans pour autant que des actions vis-à-vis de ces stresseurs soient engagées, ce modèle prônant plutôt la prise en charge par des thérapies cognitivo-comportementales, de coaching ou de relaxation. Dans l'idée de performance au travail, on voit émerger les critères de sélection et d'affectation du personnel (7).

Comme on l'a vu, chaque modèle a son vocabulaire propre et est basé sur des idées différentes. Le paragraphe suivant définira certains termes utilisés par ces différentes écoles ainsi que des termes appartenant au champ des risques psychosociaux (7).

I.3. DEFINITIONS (VOCABULAIRE APPARTENANT AU CHAMP DES RPS)

I.3.1. Bien être et mal être au travail

Le réseau PEROSH (partenariat pour la recherche en santé et sécurité : Partnership for european research in occupational safety and health) a tenté de trouver une définition consensuelle au terme « bien-être au travail ». Ce réseau européen a finalement considéré que le bien-être était un état subjectif caractéristique d'un fonctionnement optimal sur le plan social et doit être possible pour les salariés en situation d'inaptitude ou de handicap; il doit permettre la réalisation de soi (19).

Le mal être, quant à lui, est une notion imprécise, une sensation diffuse, qui regroupe différentes entités comme le stress, la souffrance, la violence et qui peut également parfois désigner des états cliniques voire des pathologies comme l'angoisse ou la dépression... (16)

I.3.2. Stress

On a souvent tendance à employer indifféremment et de façon interchangeable les termes de stress, souffrance et mal-être. Le Bureau International du Travail et l'Organisation Mondiale de la Santé parle de stress psychosocial en ce qui concerne la problématique du rapport entre santé et travail.

La racine latine du mot stress vient du latin « stringere » qui signifie serrer ou resserrer, qui donna en vieux français « estresse », signifiant étroitesse, oppression. Au 14^{ème} siècle, le mot stress prend pour les Anglo-Saxons le sens d'épreuve ou d'affliction. La première utilisation scientifique du mot remonterait à 1935 par Walter Cannon dans son article « Stresses and strains of homeostasis ». Il s'agit désormais d'un terme universellement connu et employé dans toutes les langues de la planète (20).

Dans le langage courant, le stress est à la fois la cause, c'est-à-dire l'agent stressant, et la réponse de l'organisme à cet agent stressant, d'où la notion de stress en tant que cause ou en tant que mécanisme d'adaptation. On peut d'ailleurs considérer le stress comme une réponse particulière de l'individu face à une situation extérieure, qui entraîne des contraintes pour l'individu qui doit donc mobiliser ses ressources pour accomplir correctement la tâche qui lui est confiée.

En 1956, l'endocrinologue Hans Selyé définissait ainsi le stress comme un syndrome général d'adaptation de l'organisme mobilisant des ressources biologiques, c'est-à-dire la réponse non-spécifique de l'organisme à toute demande qui lui est faite en général après un

traumatisme subi. Il distinguait 3 phases. La première, dite phase d'alarme, est l'exposition à l'agent stressant entraînant la mobilisation des forces de défense. Cette phase correspond au moment où le système sympathique est activé, ce qui entraîne la libération dans l'organisme d'adrénaline et noradrénaline par la partie médullaire des glandes surrénales (21).

La seconde, dite phase de résistance, est la réaction de l'organisme permettant la bonne adaptation à l'agent stressant. Durant cette phase, c'est la partie corticale des glandes surrénales qui est activée, ce qui libère dans la circulation des glucocorticoïdes.

Ces hormones permettent une vasoconstriction, l'augmentation de la tension artérielle et de la fréquence respiratoire. Elles assurent un apport important en glucose aux muscles à des fins de réponses physique au stress (fuite ou combat). Elles augmentent l'immunité et inhibent les fonctions de l'organisme non utiles dans une situation de stress (digestion, reproduction...). Elles permettront de garder en mémoire les informations concernant l'événement stressant, afin de pouvoir ultérieurement réagir très rapidement, sans nécessiter de temps d'analyse de la situation.

La troisième, dite phase d'épuisement, apparaît lorsque les réactions de l'organisme ont échoué à ramener l'état d'équilibre initial, lorsque l'agent stressant est suffisamment puissant et agit suffisamment longtemps, le pouvoir d'adaptation d'un être vivant étant toujours limité (22, 23). Cette dernière phase peut conduire à des conséquences néfastes telles que le « burn-out » ou le « karoshi », l'épuisement ultime des cadres japonais conduisant à la mort.

Durant cette phase, il peut y avoir un excès de glucocorticoïdes et/ou une perturbation des récepteurs cérébraux des glucocorticoïdes.

L'augmentation des glucocorticoïdes pourrait modifier l'activité de certaines régions du cerveau (cortex préfrontal, hippocampe et amygdale), ce qui entraînerait des modifications au niveau comportemental, avec baisse de l'attention, et altération de la mémoire de travail, de la

flexibilité comportementale et de la mémoire spatiale. La plupart de ces modifications sont réversibles. La mémoire de la peur, de l'anxiété et de l'agressivité, notamment en rapport avec l'activation de l'amygdale, peut quant à elle perdurer pendant plusieurs mois malgré l'arrêt des agents stressants, tendant à prouver que le stress pourrait induire des changements neurocomportementaux durables, possiblement provoqués par des changements architecturaux corticaux.

Par ailleurs, les défauts de fonctionnement de certains récepteurs pourraient créer des processus inflammatoires, notamment responsables de diabète, de maladies cardiovasculaires ou encore de troubles psychiatriques.

On peut alors voir apparaître des douleurs non spécifiques, des troubles du sommeil, de l'appétit, une sensibilité accrue avec labilité émotionnelle, des troubles de l'attention et de la concentration...

En cas de stress prolongé, les conséquences sur la santé sont de moins en moins réversibles.

La notion d'adaptation à l'environnement, de « faire-face », a abouti au terme de « coping » introduit par Cohen et Lazarus en 1979 (24). On voit dans ce modèle émerger l'idée que le stress n'est pas forcément négatif, car il est nécessaire à la mobilisation des ressources de l'individu pour faire face aux facteurs stressants, référant par là aux réactions primitives de combat ou de fuite (le fameux « fight or flight ») en cas de danger vital (comme une bête sauvage par exemple). Il s'agit d'un stress d'adaptation, qui sous-entend la notion d'action et de réaction.

Mais l'on doit aussi considérer le stress comme un état, aigu ou le plus souvent chronique, comme résultat des effets générés par le travail lui-même. Il ne s'agit pas de s'adapter, mais juste de subir. Les anglo-saxons ont introduit le terme de « job strain » pour désigner cet état de déséquilibre entre l'exigence psychologique du poste et la marge de manœuvre dont

dispose l'individu pour faire son travail. Le travail en situation de tension oppose une demande psychologique élevée à une latitude décisionnelle et un degré d'autonomie faibles. Lazarus et Folkman précisent en 1984 que si la situation déborde les ressources de l'individu, cela peut mettre en jeu son bien-être (25). Crespy considère même le stress comme une véritable source de maladies. Selon lui, si l'on impose trop souvent à un individu de mobiliser toutes ses ressources face à des agressions environnementales, cela entraîne irrémédiablement usure et dégradation des organes et fonctions concernées (26).

Il a ainsi émergé l'idée populaire d'un « bon » stress et d'un « mauvais » stress, par analogie au cholestérol. Déjà, Selye considérait les termes de « eu-stress » (le « bon » stress), de « a-stress » (absence de stress grâce à la méditation par exemple) et de « dystress » (le « mauvais » stress). Les choses semblent en réalité plus complexes et les concepts ont évolué, ainsi la majorité des spécialistes préfèrent dorénavant les notions de « stress adaptatif » et de « stress nocif ».

Plusieurs modèles de conceptualisation du stress et de ses dimensions ont vu le jour. Les interventions portant sur le stress se basent sur la recherche de facteurs prédictifs du stress et de facteurs de protection de la santé au travail du point de vue de l'organisation. On peut citer les travaux de Karasek et Theorell en 1990 et de Niedhammer en 2007 qui développent un modèle de stress à 2 dimensions, d'une part l'autonomie, d'autre part les exigences (18, 27). Il est basé sur le job strain : le déséquilibre entre la latitude décisionnelle et la demande psychologique (demandée par l'intensité de l'activité).

Le modèle de Siegrist, quant à lui, se focalise sur les relations entre l'effort consenti et la gratification (28). L'impact sur la santé est alors d'autant plus grand que l'investissement de départ était important (surinvestissement).

Le stress, terme médical, est rapidement devenu un terme social voire sociétal. Le stress serait en effet un phénomène de société, en étant la conséquence d'un environnement moderne et urbain dans lequel le travail jouerait un rôle considérable. Ce qui est résumé dans la sentence « métro, boulot, dodo ».

I.3.3. Violence

Les insultes, menaces, agressions sur le lieu du travail par des personnes extérieures au travail constituent ce qu'on appelle les violences externes. Elles peuvent être de nature physique ou psychologique. Elles menacent la santé, la sécurité ou le bien-être du travailleur (29).

Les violences internes sont exercées entre personnes d'une même structure de travail. Ces violences peuvent être de nature physique ou psychologique et sont susceptibles d'altérer la santé du travailleur. Il est fréquent de considérer le harcèlement moral comme faisant partie des violences internes (30).

I.3.4. Souffrance

La souffrance est un concept appartenant à la psychodynamique et psychopathologie du travail. La psychodynamique étudie la normalité au travail, or le travail en lui-même est source de souffrance, dans la mesure où le travailleur se confronte au réel du travail et à ses difficultés qu'il doit résoudre et surmonter. Cette souffrance est liée à l'investissement subjectif et nécessaire que le travailleur doit accepter de « payer » pour que le travail puisse

devenir une fierté, aider à la réalisation de soi et être source d'épanouissement. La souffrance devient alors plaisir. Dans cette transformation de la souffrance vers le plaisir, le collectif de travail joue un rôle soutenant, aidant, structurant. Il permet en effet la mise en place de stratégies défensives collectives contre la souffrance. Par le collectif, il y a reconnaissance, et par le collectif, le travail a un sens. Quand la souffrance n'est plus vectrice de plaisir, elle reste souffrance et donc nocive, on voit alors émerger des pathologies psychosomatiques. La souffrance serait donc un état d'équilibre entre le vécu subjectif du travail de l'individu (notamment avec ses normes éthiques), le réel du travail, le sens du travail et les stratégies de défenses.

I.3.5. Harcèlement

Historiquement, le harcèlement moral est le titre du livre de Marie France Hirigoyen publié en 1998 (31). Ce best seller décrivait l'état de « victimisation » au travail de certains salariés par les auteurs de sévices, ces auteurs étant qualifiés de pervers narcissiques. Cet ouvrage analysait à l'époque les rapports interpersonnels qui pouvaient exister, et ne s'intéressait ni aux évolutions de l'organisation du travail, ni aux transformations profondes des collectifs de travail. Le terme de harcèlement moral repris par les médias a donc connu un flou sémantique, lié sans doute également à la diversité des disciplines et professionnels qui ont été amenés à l'utiliser (sociologie, psychiatrie, médecine du travail, médecine générale, psychologie et droit). Actuellement, le terme de harcèlement moral n'est pas un terme appartenant au champ de la médecine et de la santé, les patients qui se disent harcelés peuvent décrire lors des consultations des « agissements hostiles » ou des « violences psychologiques, verbales, physiques ou sexuelles » (ces actes pouvant avoir un caractère répétitif et abusif). Le

harcèlement moral appartient à présent au champ législatif en ce qui concerne les risques psychosociaux, notamment en matière de droit pénal et de criminologie. Il appartient à la loi de statuer sur l'existence ou non d'un harcèlement. Les professionnels de santé assurant les consultations de souffrance au travail préfèrent ainsi employer le terme de « harcèlement moral présumé », pour bien signifier qu'ils n'ont pas l'intention de se substituer au monde du droit.

L'article 26 de la charte sociale européenne publiée en France par le décret n°2000-110 du 4 février 2000 reconnaît le droit à la dignité des travailleurs. Le harcèlement est considéré comme une discrimination par la directive européenne n° 2000-78 du Conseil du 27 novembre 2000. Le harcèlement moral est introduit en droit français en janvier 2002 par le conseil économique et social. Actuellement, l'article L. 1152-1 du Code du travail stipule qu'« aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet et pour effet une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel » (loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002). Cette définition existe également pour le secteur public et apparaît également sous la même forme dans le droit pénal. Le harcèlement moral n'est donc pas lié à la notion de hiérarchie (harcèlement horizontal et vertical ascendant peuvent aussi avoir lieu, ou impliquant des personnes extérieures à l'entreprise). Les agissements doivent être répétés pour être reconnus, qu'il s'agisse de menaces, d'insultes, d'humiliations, de dénigrement, de mises au placard, d'appels téléphoniques ou de mails incessants ou pendant un arrêt maladie, de retrait des outils de travail... La reconnaissance d'un harcèlement moral nécessitait à l'origine la preuve de l'intentionnalité de nuire, ce qui était un écho à la possibilité d'une réparation en matière de droit pénal. La Cour de Cassation en 2009 a estimé que l'organisation du travail et les techniques managériales pouvaient être suffisantes pour caractériser un harcèlement, donc la

jurisprudence ne retient pas la notion d'intentionnalité, et il n'est pas nécessaire d'observer une « démarche gratuite, inutile et réfléchie destinée à atteindre [un salarié] » (Cass. Soc., 10 nov 2009, 08-41497) pour qualifier un harcèlement. La jurisprudence qualifie également de harcèlement moral « une pression continuelle, des reproches incessants, des ordres et contre-ordres dans l'intention de diviser l'équipe » (Cass. Soc., 10 novembre 2009, 07-45321).

En médecine, on peut suspecter l'existence d'un harcèlement moral. Ainsi, le « leymann inventory of psychological terror » évalue un certain nombre de critères répertoriés en 6 catégories (relation de travail, isolement, tâches professionnelles modifiées comme punition, attaque sur la personne, violence et menace de violence, autres éléments que la personne souhaite citer) en fonction de leur durée et répétitivité (32). On parle alors d'agissements hostiles subis, certains parlent de harcèlement présumé, cependant ce terme est à utiliser avec prudence, puisque, comme on l'a vu, le harcèlement est un terme juridique.

Mais bien qu'étant un terme juridique, le harcèlement moral a pour conséquence un certain nombre de pathologies, telles que des syndromes dépressifs réactionnels au travail, des syndromes confusionnels, des syndromes de persécution ou des troubles psychosomatiques. Cliniquement, l'état des patients peut rappeler celui des patients présentant un syndrome de stress post-traumatique, avec reviviscences, cauchemars, terreurs...

Une étude de Caen sur des travailleurs en situation de harcèlement présumé concluait que dans 92.4% des cas, ces travailleurs perdaient leur emploi suite à cette situation. Ce mauvais pronostic sur le plan socioprofessionnel est le reflet de la gravité de ces situations (33).

On a pu identifier plusieurs types de harcèlement (34, 35).

- Le harcèlement individuel : ce qui est décrit dans le livre de M. F. Hirigoyen avec une victime et un harceleur qualifié de pervers narcissique (une personne sans valeur morale, qui humilie la victime avec un déni total de l'autre, ce comportement permettant de le valoriser).

Dans ce cas, la notion d'intentionnalité est présente. D'autres auteurs ont montré qu'il pouvait s'agir de types de personnalité obsessionnelle ou paranoïaque.

- Le harcèlement transversal ou horizontal : souvent ce type de harcèlement porte sur le travailleur qui dénonce les failles institutionnelles et qui, face au déni des autres travailleurs et à leurs mécanismes de défense, devient à son tour le problème.

- Le harcèlement vertical et vertical ascendant : il s'agit de harcèlement entre la hiérarchie et les travailleurs. Dans le harcèlement vertical, c'est la hiérarchie qui harcèle, dans la hiérarchie verticale ascendante, c'est la hiérarchie qui est harcelée.

- Le harcèlement institutionnel : il est corrélé aux nouvelles techniques de management et d'organisation du travail avec une surcharge de travail, la mise en compétition ou encore des objectifs irréalisables.

- Le harcèlement stratégique : il est le résultat du contexte socio-économique actuel et des nouvelles techniques de management. Il a pour but d'exclure les personnes qui dérangent ou dont l'entreprise n'a plus besoin, parfois dans un contexte économique impliquant des restrictions budgétaires et des restructurations d'entreprise. Il est décrit le recrutement de « killers » pour se charger de ce type de harcèlement.

Il n'existe pas de victime type du harcèlement, et bien souvent le harcèlement n'est pas le fait d'un individu isolé. Dans 80% des cas, le harcèlement est effectué par au moins deux personnes.

La perte des collectifs de travail est un phénomène très étudié en sociologie, du fait du nombre exponentiel de cas de harcèlement au travail. Ainsi, ce harcèlement a toujours existé, mais auparavant, le travailleur en situation de harcèlement, soutenu par le collectif de salariés, ne connaissait de telles répercussions sur sa santé. Ainsi, la perte des collectifs de travail, liée

par exemple à la situation économique et la peur du chômage, laisse les salariés en situation de solitude et laisse bien souvent une sensation de trahison, de lâcheté... On comprend bien que des pathologies de type syndrome dépressif ou des sensations de persécution émergent de telles situations.

Un cas clinique présenté par M Pezé pour l'INRS nous montre les rapports complexes qu'il existe entre les notions de souffrance et de défense, de servitude silencieuse et de harcèlement. Un chef de rayon d'un supermarché décrit son histoire : il a subi une pression énorme de son supérieur avec des cadences infernales, ordres et contre-ordres, violences verbales, vérification incessante de son travail... Cet homme, durant l'entretien, fait l'analyse que ce qu'il a subi, il l'a aussi fait subir à d'autres. Il transférait la pression dont il était l'objet sur son équipe. Le harcelé pouvant ainsi devenir harceleur. Par ailleurs, avant d'avoir subi un harcèlement, nombre de patients décrivent avoir été les témoins muets d'autres collègues harcelés, et n'avoir pas réagi à la souffrance de ces autres travailleurs. Ce consentement par le silence entretient la perte des collectifs de travail.

On voit donc que la notion de harcèlement moral, conjuguée à l'état économique actuel (engendrant la peur du chômage) et à la perte de ces collectifs de travail, ne peut pas toujours refléter uniquement des positions de victimes et de bourreaux. Se dire « harcelé » permet de conserver une position de victime, et permet par une sorte de déni d'être une défense face à la culpabilité. En cas de prise de conscience, comme dans le cas clinique présenté par M. Pezé, apparaît alors une souffrance éthique (36).

I.4. CONDITIONS DE TRAVAIL ET ORGANISATION DU TRAVAIL

Les conditions de travail désignent l'environnement dans lequel évoluent les travailleurs. A l'origine, l'évaluation des conditions de travail s'est focalisée sur les environnements physiques, chimiques... des travailleurs. Puis des facteurs liés aux organisations du travail et aux contraintes temporelles ont été pris en compte.

Les facteurs organisationnels (conditions de travail factuelles) et les contraintes (c'est-à-dire le ressenti subjectif des conditions de travail) sont à l'origine du stress. Les contraintes sont de deux types différents : celles inhérentes à l'activité (par exemple, l'engagement émotionnel des métiers du domaine médicosocial) et celles relevant des conditions de travail ressenties (par exemple, la marge de manœuvre laissée par un supérieur hiérarchique, ou la charge et surcharge de travail).

D'autres contraintes ont vu récemment le jour compte-tenu du contexte socioéconomique actuel, notamment l'insécurité de l'emploi et du salaire, ou la peur de l'injustice...

Si le travailleur a choisi ses contraintes au travail et qu'il possède des marges de manœuvre, il en aura une meilleure perception et donc une meilleure tolérance.

Les facteurs organisationnels objectifs du travail sont regroupés en quatre grandes catégories : le contenu du travail, l'organisation du travail et la gestion des ressources, la qualité des relations de travail et l'environnement physique. Ces facteurs organisationnels peuvent avoir un impact sur la santé. Il est connu que le travail posté ou le travail de nuit n'ont pas les mêmes conséquences pour la santé qu'une activité régulière de jour.

Le collège d'experts du rapport Gollac regroupe les RPS en 6 familles : intensité du travail et temps de travail, exigences émotionnelles, autonomie, rapports sociaux au travail, conflits de

valeur et insécurité de la situation de travail. Ces critères montrent l'importance des conditions et de l'organisation du travail (3).

Les études actuelles, menées par différentes approches théoriques, mettent en rapport l'émergence de pathologies avec certaines formes d'organisation du travail. L'augmentation de certaines pathologies serait ainsi le résultat de l'évolution des méthodes d'organisation et de management.

I.4.1. Organisation et nouvelles techniques managériales

En Suède, une attention particulière est accordée aux conditions de travail. Ainsi, dès 1981, B. Gardell décrivait cinq conditions pour qu'un environnement psychosocial du travail soit favorable au bien-être : tout salarié doit pouvoir influencer la situation, les méthodes et les vitesses d'exécution ; chacun doit avoir une compréhension de l'ensemble des opérations ; chacun doit avoir la possibilité d'utiliser l'ensemble de ses ressources ; promouvoir les contacts humains et la coopération entre les acteurs ; chacun doit avoir du temps pour son épanouissement en dehors du travail (37).

On distingue plusieurs grands types d'organisation du travail qui influencent les états de bien-être et de mal-être au travail, dont nous présentons les plus emblématiques (14, 38).

Historiquement, le Taylorisme dans l'entre-deux guerre représente l'avènement de l'ère industrielle, avec une segmentation des tâches par une division horizontale. Il y a séparation des ordres et de l'exécution, ce qui correspond à une division verticale des tâches. Le salarié

est astreint à d'importantes cadences de travail. Les tâches sont répétitives et monotones. Il y a très peu d'autonomie, le contenu cognitif est faible. Le Fordisme est une extension du Taylorisme, et a donné en pratique le « travail à la chaîne ». Ces modèles occupent constamment hommes et machines avec constitution de stocks de production.

Les effets délétères pour la santé de ces modèles ont été largement décrits, tant pour les troubles physiques (TMS) que pour les troubles psychiques qu'ils engendrent. Ainsi, le travail réel est nié, et le travail prescrit doit être la norme. Les capacités globales de l'être humain sont peu utilisées, surtout en matière de « savoir-faire ».

Dans les années 70, le contexte économique difficile au Japon pousse les entreprises, notamment automobiles, à réfléchir à des solutions à cette situation de crise. On voit émerger un modèle appelé le Toyotisme, basé sur le « just in time », c'est-à-dire que la production est déterminée et ajustée par la demande, il n'y a plus d'avance dans les stocks de production. Ce modèle est vecteur de stress car il ne permet pas l'autonomie et car le travail en flux tendu est la règle. Par ailleurs, dans ce type d'organisation, les performances de chaque ouvrier sont affichées devant les postes de travail.

Bien différente de ces modèles, l'organisation apprenante, basée sur les modèles sociologiques Suédois, permet aux salariés de disposer d'une autonomie, de contrôler eux-mêmes la qualité de leur travail. Ils peuvent développer leurs apprentissages. Les tâches sont complexes et nécessitent souvent un travail en équipe.

Ce modèle permet souvent un bien-être réel au travail. On voit donc que les notions de qualité du travail et d'autocontrôle sont fondamentales. Cette pensée n'est pas sans rappeler les idées d'Y Clot. Celui-ci propose de traiter le mal-être, la souffrance au travail, non pas par des revendications mais par la notion de « bien faire au travail ». Il propose la « dispute » de ce qu'est un travail de qualité au sein de l'entreprise entre salariés, et entre salariés et hiérarchie.

On retrouve également la notion de travail en équipe. Ces contacts humains et cette coopération dans la construction « d'indicateurs de qualité » permettrait la construction de collectifs de travail (39).

Actuellement, le « lean management » ou « lean production », héritier du toyotisme, est un mode d'organisation largement diffusé. On trouve une polyvalence de l'individu avec une rotation des tâches, un travail en équipe, le respect de normes et de qualités. On y retrouve la notion de flux tendu, une forte pression temporelle et des marges de manœuvre quasi inexistantes (38).

La polyvalence et le travail en équipe promettaient pourtant à l'origine le développement des apprentissages et à fortiori de l'individu au travail.

I.4.2. Perte des collectifs de travail

(i) Technologies de l'information et de la communication

Après un sondage de l'institut français en 2013, 78% des Français de moins de 25 ans se disaient dépendant de leur portable (42% de Français en tout). Il en va de même dans la vie professionnelle. L'usage des technologies de l'information et de la communication dans le cadre du travail s'est massivement développé. Ainsi, un rapport de la DARES révélait que l'usage de l'informatique était toujours en progression, en particulier pour les employés de commerce et de services. L'utilisation des outils informatiques concernait 51% des salariés en 1998, 60% en 2005 et 71% en 2013 (10).

Les technologies de l'information et de la communication (TIC) fédèrent l'ensemble des outils et des ressources qui permettent de recevoir, d'émettre, de stocker, d'échanger et de traiter différentes informations et connaissances entre les individus.

Ces technologies ont pour vocation de transmettre et échanger de l'information, d'optimiser et de coordonner le travail, de gérer des données de stratégies d'entreprise, d'aider à prendre des décisions, résoudre les problèmes, de mettre en place des formations. Sensées seconder l'opérateur, elles ont pour but d'informer et de collaborer avec l'opérateur, voire de pallier ses déficits. Toutes ces aides peuvent se retrouver sur le même support (par exemple, différents logiciels sur un ordinateur).

Conçues comme des aides, ces technologies bouleversent profondément le travail et en changent la nature profonde. Ainsi, le sens du travail peut changer, les liens entre travailleurs se sont modifiés, ainsi que les marges de manœuvre. La mise en place de ces technologies dans l'entreprise génère des mutations, une sorte de restructuration avec nécessité pour les employés de désapprendre ce qu'ils faisaient et d'acquérir de nouvelles compétences et de mettre de nouveau en place un savoir-faire. Le terme de « technostress » est alors apparu, reflétant l'angoisse anticipatoire et les désillusions et frustrations engendrées par la mise en place et l'utilisation de ces technologies. Le temps et l'espace de travail s'en trouvent modifiés. Pour ce qui est de l'espace, le travail s'invite dans le quotidien de la vie privée et familiale avec des technologies comme le Blackberry (objet frontière...). Pour ce qui est du temps, le temps de l'informatique devient celui des travailleurs et l'immédiateté devient la norme. En 2013, environ 14 % des salariés français pratiquaient le télétravail de manière formelle (c'est-à-dire établie par contrat de travail) ou informelle. Evidemment, ce chiffre ne tient pas compte des communications via les smartphones ou les tablettes électroniques qui sont consultées en dehors des temps de travail (40, 41).

L'utilisation de ces technologies permet de séparer géographiquement les hiérarchies des employés. Les conséquences naturelles sont un isolement des travailleurs et un manque de reconnaissance (plus personne n'est présent pour dire que le travail est bien fait). Par ailleurs, ces systèmes peuvent s'avérer des systèmes de surveillance des employés (géo localisation, mails de suivi...). Les conséquences sont l'installation d'une méfiance réciproque entre entreprise et salarié et un désinvestissement du salarié (16, 42).

Le travailleur peut rester connecté à ces technologies 24H/24, 7jours/7 avec un phénomène de FOMO, « fear of missing out », c'est-à-dire la peur de manquer quelque chose, de rater l'information du moment (40).

Outre les cadences soutenues, les messageries et logiciels organisateurs du travail sont des éléments importants dans l'organisation du travail et dans sa désorganisation : la nécessité d'interrompre une tâche pour en effectuer une autre ou ordre et contre ordre. L'individu doit sans cesse s'adapter et redéfinir ses priorités avec des objectifs inchangés voire toujours plus exigeants.

De plus, ces technologies ne donnent pas de marges de manœuvres à l'humain, les savoir-faire s'en trouvent perdus. « Les salariés sont menacés dans leur santé lorsque les contraintes organisationnelles ne leur permettent pas de développer leur activité et leur rapport au monde » (43).

Enfin, les rapports entre les travailleurs sont modifiés : les mails substituent les demandes orales, entraînant non seulement de mauvaises interprétations dans la compréhension de ces mails mais également le risque de perte des collectifs de travaux et de la solidarité entre travailleurs.

Plusieurs études se sont intéressées à l'effet produit par les mails en tant que mode de communication, en soulignant leur caractère impersonnel, direct, et souvent décontextualisé,

ce qui pourrait favoriser une mauvaise interprétation des intentions réelles de l'expéditeur (44). Ainsi, les destinataires peuvent brutalement se sentir remis en question, agressés ou malmenés. Selon l'une de ces études, environ 56 % des mails ne sont pas correctement interprétés par celui qui le reçoit (45).

(ii) Concurrence

Les collectifs de travail ont été étudiés en ergonomie et en psychodynamique du travail. Le collectif de travail a montré son rôle protecteur par le fait des interactions sociales soutenantes. Il constitue un soutien psychologique mais également une sorte de bouclier entre les travailleurs et les pressions organisationnelles. A noter que les collectifs de travail jouent un rôle essentiel dans la mise en place de stratégies de défense. Ainsi, certains métiers, dont les contraintes inhérentes à l'activité sont particulièrement difficiles, mettent en place des consommations d'alcool « collectives » à visée anxiolytique. Ces comportements ont été décrits par exemple dans les métiers du bâtiment.

On comprend cependant que développer la coopération par le biais des technologies de la communication et de l'information tend à détruire ces collectifs. En effet, l'outil informatique n'est pas flexible comme l'humain, il n'est pas coopératif : « Ces outils, qui servent à la communication et à l'échange d'informations, renforcent moins la cohésion des groupes de travail que l'implication individuelle au travail (...). Les salariés coopèrent sans se connaître, sans communiquer, sans échanger sur leurs objectifs ou le sens de leur action (...). L'approche cognitive de l'organisation considère l'entreprise comme une somme d'individus [qu'il s'agit de relier, NDA], elle fait l'impasse sur les acteurs collectifs qui la constituent » (42).

La mise en concurrence des individus, comme dans le toyotisme ou au moyen d'indicateurs de qualité, casse tout esprit coopératif et toute connaissance du travail de l'autre. Le réel du travail n'est pas pris en compte, le temps manque aux travailleurs pour se montrer coopératifs et inventifs. Les indicateurs de qualité ne sont pas mis en place par ceux qui effectuent le travail, et bien souvent ces indicateurs ne sont pas représentatifs du travail effectué et de la spécificité du travail. L'étude de Kunda avait déjà montré que les travailleurs dont les tâches sont surveillées par ordinateur présentent davantage de symptômes en rapport avec le stress que ceux dont les activités ne sont pas aussi strictement surveillées (46).

I.5. CONSEQUENCES

Le travail a été étudié d'un point de vue thérapeutique en psychiatrie, notamment dans les années 1950 où l'on essayait de soigner les psychotiques à l'aide du travail. On l'a ensuite considéré comme nocif, car certaines pathologies peuvent être induites par le travail.

Les Français ont un lien très particulier avec le travail. Plus que d'autres ils s'investissent émotionnellement et ont de grandes attentes en ce qui concerne leur épanouissement et développement personnel par le travail (47). Les Anglo-saxons, en revanche, auraient une vision plus pragmatique et alimentaire du travail : "Love your job but don't love the company, because you may not know when your company stops loving you".

On comprend bien que dans les cas de souffrance au travail, la vision anglo-saxonne de ce qu'est un emploi et de ce qu'est le travail soit plus protectrice que la vision française. Les conséquences de cette souffrance sont multiples, à la fois juridiques, socioéconomiques et bien-sûr médicales.

I.5.1. Conséquences sur le plan médico-psychologique

Les conséquences médico-psychologiques de la souffrance au travail pour l'employé peuvent être distinguées en conséquences psychologiques, psychiatriques et somatiques.

Parmi les conséquences psychologiques, on trouvera le plus souvent le stress, défini précédemment, le burn-out, les troubles du sommeil et les conduites addictives. En fait, le stress est un terme générique qui réfère au processus d'adaptation temporaire accompagné par des symptômes mentaux et physiques, alors que le burn-out correspond au stade final d'une rupture d'adaptation. Ce dernier implique la manifestation d'attitudes et de comportements négatifs, ce qui n'est pas nécessairement le cas du stress. D'autre part, il existe un distinguo consensuel entre le burn-out et la dépression, dans le cas du burn-out les symptômes sont confinés exclusivement, au moins au début, à la sphère professionnelle, permettant la poursuite de l'accomplissement de l'individu sur les autres plans de sa vie (par exemple la vie familiale, les loisirs...), alors que dans la dépression la morosité et la perte de motivation envahissent tous les aspects de la vie de l'individu, tant sur le plan professionnel que sur les autres plans. Les individus souffrant de burn-out peuvent continuer à prendre du plaisir dans certaines circonstances, ils perdent rarement du poids, ils ne présentent que rarement un véritable ralentissement psychomoteur et leurs troubles du sommeil consistent davantage en des difficultés d'endormissement qu'en des réveils précoces (16).

Le burn-out a été défini pour la première fois en 1974 par Freudenbeger comme un syndrome d'épuisement professionnel des ressources physiques, mentales et émotionnelles, lorsqu'un travailleur lutte contre une fatigue professionnelle (48). A l'origine, on pensait que le burn-out était spécifique aux professions dites « aidantes », comme par exemples les soignants et les

travailleurs sociaux. Il est à présent avéré que tous les secteurs d'activité sont concernés, et que 2 à 11% des travailleurs sont en situation d'épuisement professionnel (16). Plusieurs définitions ont par la suite vu le jour, comme dans le modèle tridimensionnel de Maslach et Jackson en 1981 où le burn-out est défini comme un « syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui » (49). Il y eut aussi le modèle de Demerouti, en 2001, qui s'appuie sur la théorie de la préservation des ressources, et qui introduit la notion « d'exigences chroniques du travail », qui conduisent sur la durée à l'épuisement, mais aussi à des « stratégies de protection adoptées par l'individu face aux stressseurs, avec mobilisation du système sympathiques automatique et endocrinien » (50). Un manque de ressources intrinsèques (telles que l'autonomie) et extrinsèques (telles que le salaire) au travail ne permet plus l'accomplissement des buts recherchés dans le travail et entraîne un sentiment de frustration, qui a pour conséquence un désengagement du travail. Selon ce modèle, le burn-out comprend donc deux dimensions : les exigences et le retrait psychologique (16). L'avantage de ce modèle est d'être applicable à toutes les professions, et pas uniquement certains métiers en particulier. Enfin, dans le modèle de Shirom datant de 1989, le burn-out est le résultat d'une fatigue physique, d'un épuisement émotionnel et d'un épuisement cognitif. Ce modèle s'inspire de la théorie de la préservation des ressources, c'est-à-dire tout ce que le travailleur possède : les objets (biens matériels : logement, voiture...), les conditions permettant l'accès à d'autres ressources (par exemple la stabilité de l'emploi), les caractéristiques personnelles (par exemple l'estime de soi), et enfin les énergies dont la valeur provient de leur propriété à être échangées contre d'autres ressources (par exemple l'argent). Le burn-out survient quand il y a perte ou menace de perte des ressources, ou quand aucune ressource nouvelle ne vient compenser celles qui ont été investies et qui sont perdues. On voit

bien que dans ce dernier modèle toutes les dimensions de l'individu sont impliquées, dont la fragilité personnelle d'un point de vue général et vis-à-vis des situations stressantes (51).

Dans les outils de mesure on citera le Maslach Burnout Inventory (MBI) qui est largement le plus utilisé et le plus connu (49).

En conclusion, le burn-out résulte d'un épuisement professionnel des ressources en lien avec la fatigue pour Freudenberg, d'un épuisement multidimensionnel mais propre à certaines professions pour Maslach, d'un déséquilibre entre les exigences et les ressources au travail entraînant frustration et désengagement pour Demerouti, et d'une incapacité à préserver ou à renouveler ses ressources pour Shirom.

Les troubles du sommeil sont fréquents, de 10 à 20% de la population générale (16). Le plus fréquent d'entre eux est l'insomnie, définie comme la difficulté chronique (au moins 3 fois par semaine pendant au moins 1 mois) à trouver le sommeil ou à se rendormir après un éveil nocturne ou un réveil trop précoce le matin, avec dans tous les cas l'existence d'un sommeil non récupérateur. Cela entraîne des conséquences néfastes sur l'activité de la journée du lendemain, en favorisant asthénie, malaise, troubles de l'attention et de la concentration, troubles de la mémoire, troubles du fonctionnement social et/ou scolaire, troubles de l'humeur, irritabilité, somnolence diurne, réduction de la motivation et pragmatisme, et augmentation du risque d'erreurs. Ils peuvent être isolés ou associés à des comorbidités psychiatriques, par exemple plus de 15% des sujets souffrant d'insomnie présentent un trouble psychiatrique associé (52). On sait également que l'insomnie augmente le risque dépressif (53) mais aussi de troubles anxieux et de conduites addictives (54). On retrouve le plus souvent des insomnies d'endormissement, favorisée par les états de stress, de ruminations, voire de véritables troubles anxieux. Les insomnies à type de réveils précoces doivent faire

rechercher un syndrome dépressif associé. Il est intéressant de noter que ces troubles du sommeil peuvent constituer le premier signe de l'état de souffrance au travail. Tout état de stress chronique entraîne une altération de la qualité et de la quantité de sommeil et peut déclencher des insomnies (16). De plus, l'insomnie est associée à une augmentation des accidents de travail, des arrêts de travail et de l'absentéisme (55). Evidemment, certains emplois sont d'autant plus à risque de troubles du sommeil qu'ils ne respectent pas le rythme circadien physiologique, comme dans le travail posté ou le travail de nuit.

Les conduites addictives peuvent être considérées comme des relations de dépendance à une ou des substance(s) psychoactive(s) et/ou des comportements d'assujettissement à une pratique. Il faut insister sur la notion de répétition d'actes susceptibles d'induire du plaisir, ou de soulager un malaise intérieur, sur la notion d'impossibilité répétée de contrôler ce comportement, et enfin sur la persistance de ce comportement malgré la connaissance de ses conséquences négatives (56). La nature de l'addiction peut donc être extrêmement variée, et ne se limite pas qu'à la consommation de substance psychoactives telles que l'alcool ou certains médicaments psychotropes. On peut par exemple considérer les addictions en rapport avec la nourriture, les achats compulsifs, les jeux de hasard (par exemple le poker en ligne ou les jeux de grattage)... Il est établi que ces conduites addictives se développent préférentiellement dans des périodes de fragilité psychologique, secondaires à des changements de repères voire à des bouleversements de l'existence du sujet. On voit ainsi bien comment la souffrance au travail, qui fragilise l'individu notamment dans sa vie professionnelle, peut favoriser une ou plusieurs conduites addictives. D'un point de vue collectif, l'existence de conditions de travail difficiles peut inciter à consommer des substances psychoactives pour apaiser la souffrance (16, 57, 58). Dans certains métiers comportant des risques importants, il est fréquent de voir des consommations de substances

psychoactives pour se « donner du courage », constituant par là ce qu'on pourrait considérer comme des stratégies collectives de défense (59). Par exemple, la consommation d'alcool chez les travailleurs souterrains ou en hauteur, ou la consommation de cocaïne dans les emplois nécessitant un niveau élevé d'autorité et de responsabilités au travail. Le risque semble être d'autant plus important qu'il existe des tâches pénibles, répétitives, des périodes d'inactivité ou d'ennui, un travail isolé, un travail posté, ou encore des horaires longs ou irréguliers (16). On notera enfin que la fréquence de ces conduites addictives, comme pour les troubles du sommeil, est augmentée par l'existence d'un trouble psychiatrique associé. Les addictions sont donc des comportements qui visent à apaiser, à auto-médiquer un état de mal être.

L'addiction au travail, appelée « workaholism », est caractérisée par un surinvestissement colossal des travailleurs dans le travail est a été décrite pour la première fois par W. Oates (1971). Elle a une prévalence accrue parmi les cadres et managers et toucherait 23% de cette population (60).

Parmi les conséquences psychiatriques de la souffrance au travail, on trouve en premier lieu les troubles anxieux et les troubles de l'humeur, notamment les états dépressifs, pouvant parfois aller jusqu'au suicide, mais aussi quelques cas d'épisodes délirants voire de véritables décompensations psychotiques aiguës qui restent cependant anecdotiques.

Les troubles anxieux peuvent être en rapport avec un état de stress aigu ou un état de stress post-traumatique, ou encore un trouble phobique, ou anxiété généralisée, parfois des attaques de panique. L'épuisement des ressources de l'employé face aux contraintes professionnelles provoque un état de stress permanent favorisant le développement de ces troubles anxieux,

qui peuvent aggraver en eux-mêmes la situation au travail et par voie de conséquence la souffrance elle-même.

Les troubles de l'humeur sont principalement constitués de syndromes dépressifs, pouvant aller jusqu'à la mélancolie. Dans les cas d'exposition à ce que les anglo-saxons appellent le « job strain », on pourrait observer deux fois plus de risques de développer un syndrome dépressif, et jusqu'à quatre fois plus en cas de déséquilibre entre les efforts fournis et les récompenses obtenues. Ces troubles dépressifs s'accompagnent parfois d'un risque suicidaire important. La France compte parmi les pays les plus touchés par le suicide, qui constitue la première cause de mortalité chez les adultes de 25 à 45 ans. Plus de 90% des suicidés présentaient une pathologie psychiatrique. Toutefois, il semble difficile de comparer l'impact relatif sur l'humeur des facteurs environnementaux issus de la sphère professionnelle par rapport aux autres facteurs et par rapport aux prédispositions du sujet au risque dépressif (histoire de vie, personnalité...). Attribuer un état dépressif uniquement au travail est un sujet encore débattu et très dépendant du contexte (61).

Il existe peu de documents concernant les données épidémiologiques des suicides liés au travail. Il est souvent admis que le travail salarié protège du suicide (tandis que le taux de suicide est important chez les chômeurs, à cause de la faiblesse des liens sociaux). Si le travail est protecteur vis-à-vis du suicide, que dire sur suicide et risques psychosociaux ?

Certains chiffres semblent alarmants, ainsi un suicide par jour serait dû au travail. Cependant, les analyses actuelles laissent à penser qu'il n'existe pas une cause unique au suicide. Les taux de suicide les plus élevés se retrouvent dans les professions de la santé et chez les agriculteurs. Ce taux est d'autant plus important que le niveau socioéconomique des salariés est élevé. Ainsi on voit d'avantage de suicide chez les cadres que chez les employés ou ouvriers.

Globalement, le taux de suicide a diminué ces quarante dernières années en France et dans la plupart des pays européens. « L'autopsie psychologique » est une technique d'interrogatoire clinique et éthique des proches de la personne. Cet entretien rétrospectif vise à chercher un diagnostic psychiatrique existant avant le suicide. 90% des suicidés présenteraient un trouble psychiatrique avec pour la moitié des syndromes dépressifs, on retrouve également des troubles bipolaires ou des personnes souffrant de schizophrénie, des problèmes d'addiction. Pour les 10% restant bien souvent il existe un tableau clinique incomplet de trouble psychiatrique avec par exemple des personnes particulièrement impulsives (61).

Une étude de 2012 menée à Angers chez des patients ayant fait une tentative de suicide retrouvait un lien avec le travail pour 32% d'entre eux. Cette étude cherchait des facteurs de risque de tentative de suicide lié au travail et retrouvait une forte prévalence chez les cadres et les professions intermédiaires, avec une atteinte majoritairement masculine. Ces patients décrivaient des situations de surcharge de travail, des dérangements fréquents dans leur travail et des conflits au travail. On voit que si le travail ne peut pas être « la » cause d'une tentative de suicide, l'organisation du travail, les rapports sociaux au travail ont leur rôle à jouer (62).

Le suicide au travail ne veut pas dire suicide à cause du travail et il ressort des études l'idée plutôt structurante et protectrice du travail. En cas de souffrance, de mal-être au travail et de stress dans une situation de travail, il peut y avoir « décompensation » d'un trouble psychiatrique, le travail peut ainsi être le facteur déclencheur d'un suicide ou d'une tentative de suicide et jouer un rôle dans la crise suicidaire. La crise suicidaire est définie par un état de crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Il s'agit d'un moment de la vie d'une personne où celle-ci se sent dans une impasse et confrontée à une telle souffrance que la mort apparaît progressivement comme le seul moyen de trouver une issue à cet état de crise. Cet état, caractérisé par des idées suicidaires de plus en plus envahissantes, resterait toutefois temporaire et réversible (63). Ainsi, pour certains suicides au travail sans contexte

d'antécédents psychiatriques, les études montrent que souvent il s'agit de travailleurs particulièrement appliqués au travail. Ces travailleurs très investis peuvent s'effondrer suite à une injustice ressentie, une erreur, un sentiment d'inutilité, une disgrâce. La psychopathologie parle d'effondrement mélancolique réactionnel qui s'accompagne d'une sensation d'indignité, de responsabilité, de culpabilité, de honte. C'est durant ce moment que le travailleur est particulièrement vulnérable et que peut survenir la crise suicidaire.

Ceci dit, quel que soit le nombre de suicides au travail ou quel que soit le lien existant entre suicide et travail, tout suicide au travail est la preuve d'une situation sociale de travail très dégradée où les collectifs ne sont plus présents, où les conditions de travail sont détériorées. Il est prouvé que des liens sociaux diversifiés sont une prévention du suicide en général, le suicide au travail ou/et à cause du travail reflète la pauvreté de des rapports sociaux au travail.

Sur un autre plan, la survenue de crises clastiques, avec parfois hétéroagressivité, sur le lieu de travail, est de plus en plus fréquente depuis une dizaine d'années, avec parfois des conséquences dramatiques sur le plan de l'ambiance de travail, de l'image de l'entreprise et des répercussions pour l'employé qui peut ensuite difficilement réintégrer une équipe, toute confiance ayant disparu. Il a été incriminé dans la genèse de ces crises les nouvelles techniques managériales qui tendent à détruire les collectifs de travail et amènent à une perte de contact avec la réalité du travail et donc du sens du travail (16, 61).

Enfin, on peut conclure en insistant sur le rôle fondamental dans la survenue de troubles psychiatriques du rapport subjectif que l'employé a avec son travail. On peut aisément admettre que deux personnes différentes ne réagiront pas de la même manière dans les mêmes conditions de stress au même poste de travail.

Les conséquences somatiques de la souffrance au travail sont très variées. Par exemple, des situations de burn-out ont été reconnues comme responsables de diabète de type 2, de troubles musculo-squelettiques, de problèmes cardio-vasculaires, de troubles cognitifs (difficultés de concentration, pensées intrusives...) et un sentiment de fatigue chronique. Une diminution des défenses immunitaires, augmentant la vulnérabilité aux infections virales, ainsi qu'un taux de cortisol plus élevé pendant les journées de travail, ont aussi été attribués au burn-out (16), de même que des troubles endocriniens, des allergies, des cancers ou encore des pathologies gastro-intestinales ou dermatologiques (64). On sait par ailleurs que les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de décès dans les pays industrialisés, notamment par le biais de l'hypertension, de l'hypercholestérolémie, du diabète, favorisant notamment les cardiopathies ischémiques mais aussi les accidents vasculaires cérébraux. Or le rôle du stress chronique dans la survenue et l'entretien des cas facteurs de risque cardio-vasculaires sont connues depuis la fin des années 1950. Le stress au travail augmenterait d'environ 23% le risque d'accident cardio-vasculaire (16, 64). D'autre part, il paraît important de signaler que les troubles musculo-squelettiques ne sont pas uniquement secondaires à un geste ample, fatigant et répétitif, il faut aussi que ce geste soit non-naturel, ou en tout cas différent du geste que l'employé aurait spontanément effectué. On retrouve la notion de contrariété du geste naturel, et de geste contraint, ce qui provoquerait des souffrances physiques, à l'image de la contrariété émotionnelle qui elle provoquerait une souffrance psychique (38).

Face à ces difficultés d'ordre psychologique, psychiatrique ou somatique, les différents recours possibles pour le travailleur en souffrance sont le médecin du travail, un psychologue, un psychiatre, le médecin traitant, voire dans certains cas un médecin d'une autre spécialité en fonction des symptômes présentés. On peut parfois observer des cas d'errance médicale, avec répétition de consultations ou d'examens complémentaires inutiles, la souffrance au travail se

trouvant masquée par la multiplication de plaintes somatiques diverses. Seul un interrogatoire orienté permettra de trouver l'étiologie des troubles.

I.5.2. Conséquences sur le plan professionnel

Sur le plan professionnel, les conséquences pour l'employé sont de plusieurs ordres, en premier lieu les éventuels changements professionnels en cas de maintien dans l'entreprise, en deuxième lieu les modalités de départ de l'entreprise, et enfin la possibilité de reconnaissance du préjudice en accident du travail ou en maladie professionnelle.

Parmi les employés en souffrance, certains vont rester au même poste, parfois pendant de nombreuses années. Dans d'autres cas, les démarches effectuées par l'employé en souffrance, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'entreprise, peuvent aboutir à un changement de poste de l'employé qui peut subir une mutation, avec la notion de maintien du statut, donc de la rémunération, ou bien un reclassement, le nouveau poste étant en général d'un statut inférieur et donc d'une rémunération moindre. C'est l'employeur qui propose la mutation ou le reclassement, mais dans ce dernier cas un certificat d'aptitude rédigé par un médecin du travail est nécessaire. Evidemment, dans certaines situations l'employeur ne propose pas l'une ou l'autre de ces solutions, et dans tous les cas l'employé est libre de refuser la proposition.

Si l'employé ne peut ou ne veut rester dans l'entreprise dans laquelle il souffre, plusieurs options sont possibles, dont la démission, la rupture conventionnelle, le licenciement pour inaptitude, le licenciement pour faute grave, le licenciement économique, et parfois la préretraite ou la retraite.

L'accident du travail (AT) est défini comme « une lésion soudaine et brutale, quelle qu'en soit la cause, survenue par le fait ou à l'occasion du travail dont est victime une personne salariée, ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs et chefs d'entreprise » (article L.411-1 du code de la Sécurité Sociale). Il existe une distinction entre l'accident de travail au sens strict et l'accident de trajet ou l'accident de mission. Cependant, l'accident du travail au sens strict ne concerne pas uniquement une lésion physique causée par le travail, la lésion peut aussi être psychique. L'expérience par la jurisprudence a montré que des accidents, notamment lorsqu'il s'agissait de dommages psychiques, pouvaient être reconnus comme accidents de travail. Par exemple, la Cour d'Appel de Pau (chambre sociale, 25 janvier 1994, N°317-394) a qualifié d'accident du travail un « choc émotionnel ne laissant pas de trace extérieures », et un arrêt de la chambre sociale de la Cour de Cassation (1 juillet 2003, N°02-30.576) a qualifié d'accident du travail une « dépression soudaine ». La notion de fait accidentel a été nuancée par un arrêt de la chambre sociale de la Cour de Cassation (2 avril 2003, N°00-21.778), ce fait accidentel pouvant être constitué d'une « série d'événements survenus à des dates certaines par le fait ou à l'occasion du travail ». Au final, peut être reconnue comme accident du travail toute lésion physique ou psychique imputable à un fait accidentel en relation avec le travail sous la subordination de l'employeur. Le fait accidentel doit être défini dans l'espace et dans le temps, qu'il s'agisse d'un événement unique ou de plusieurs événements (16, 65).

A noter que les situations de mal-être au travail sont en elles-mêmes des facteurs de risque d'AT. Le stress et la fatigue favorisent l'apparition de troubles de l'attention, et l'on sait que le risque d'AT est augmenté dans les situations de demande psychologique importante. Enfin, une charge de travail élevée ainsi qu'un nombre d'heures de travail élevé sont également des facteurs de risque d'AT.

Dans les faits, on note néanmoins que peu de demandes de reconnaissance en AT dans des situations de souffrance au travail sont au final reconnues.

Les maladies psychiques peuvent faire l'objet d'une demande de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie. Il n'existe pas de tableau de maladies professionnelles pour les troubles psychiques liés au travail et c'est donc le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles qui statue sur l'imputabilité d'une pathologie au travail lorsqu'il n'existe pas de tableau de maladie professionnelle. Le taux d'incapacité permanente partielle fixée par la sécurité sociale doit être supérieur à 25% (alinéa 4 de l'article L. 461-1) (66).

I.5.3. Conséquences pour l'employeur et les entreprises

On a vu que les conséquences médico-psychologiques de la souffrance au travail peuvent entraîner un arrêt de travail de l'employé en souffrance. L'absentéisme qui en découle a obligatoirement des répercussions sur le fonctionnement et la productivité de l'entreprise, et donc des conséquences économiques, sans oublier la possible baisse de motivation des autres employés, eux-mêmes parfois soumis à des conditions de travail pouvant aussi entraîner une souffrance psychique.

Il existe d'autre part des coûts indirects liés au désengagement de l'employé, qui vient travailler, d'où le terme de présentéisme, mais dont la productivité diminue de 33% dans une étude de 2004 (67). Ce coût peut représenter de 18 à 60% de la dépense totale de l'entreprise en rapport avec les problèmes de santé des salariés (4).

Les conséquences pour l'entreprise peuvent dans certains cas inclure les effets négatifs de la médiatisation, entraînant une dégradation de l'image de l'entreprise plus seulement au niveau

des employés et de leurs proches mais à une échelle beaucoup plus larges. On se souvient tous de la médiatisation de la vague de suicides dans une grande entreprise française en 2009. La mauvaise réputation qui en découle peut entraîner des difficultés de recrutement, voire des départs d'employés, et peut aussi se répercuter sur les relations économiques auprès des partenaires commerciaux et sur la part de marché de l'entreprise, suite au départ de certains clients.

I.5.4. Conséquences socio-économiques

Les coûts liés à la souffrance au travail dans le cadre des risques psychosociaux sont considérables et se répercutent sur la performance des entreprises et sur l'économie en général. Par an, le stress professionnel au sens large serait responsable d'une dépense de 20 milliards d'euros en Europe (estimation de 2002) (68). A l'échelle européenne le cout global (absentéisme, soins, perte de productivité...) des dépressions liées au travail représenterait 4 fois le budget de l'Europe. En France, ce coût est estimé à 2 ou 3 milliards d'euros (20% des dépenses de la branche AT/MP de la sécurité sociale) (69). Environ 50% du temps d'absentéisme serait consécutif au stress (70), ce qui représenterait environ 3.5 millions de journées d'arrêt de travail (71), entraînant des coûts faramineux pour la société. En France, 350 000 travailleurs sont touchés par une pathologie liée au stress (d'après les demandes en reconnaissance de maladie professionnelle ou à caractère professionnelle), soit 1.5% de la population active (4). Cependant, le nombre de demandes de reconnaissance en maladie professionnelle sous-évalue probablement le nombre de pathologies liées à une souffrance au travail, car seules les pathologies en lien direct et essentiel avec ce qui a été identifié comme

risques psychosociaux peuvent être reconnues en CRRMP (par exemple une maladie cardiovasculaire ou une dépression...).

I.5.5. Conséquences juridiques

La réglementation actuelle française considère que les risques psychosociaux sont des risques professionnels à part entière exigeant une prévention. L'article L. 4121-1 du Code du travail définit l'obligation de prévention et l'obligation de moyens de résultats de l'employeur (16).

Les conséquences juridiques sont de degré variable selon les acteurs impliqués, tant pour l'employé, qui recourt souvent aux prud'hommes, et parfois engage des procédures civiles voire pénales, que pour l'entreprise ou encore le médecin du travail. Il a été rapporté plusieurs cas d'engagement de la responsabilité pénale d'une entreprise, notamment dans des cas de harcèlement moral, avec au final gain de cause pour l'employé. De plus en plus de cas de jurisprudence statuent en faveur d'une condamnation pénale pour l'employeur, sa responsabilité pouvant être engagée même si des mesures de prévention existaient dans l'entreprise (Cass. Soc. 3 février 2010, n° 08-40.144). En cas de suspicion de harcèlement c'est l'employeur qui doit apporter la preuve de non harcèlement. (Cass. Soc. 25 janvier 2011, n° 09-42.766) (72).

En cas de demande de reconnaissance en accident de travail ou en maladie professionnelle par la caisse d'assurance maladie, il est toujours possible à l'employeur ou au salarié de contester la décision de la caisse d'assurance maladie. L'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale détermine les situations dans lesquelles peut porter le litige. Dans le cadre de la souffrance au travail, les désaccords peuvent porter notamment sur la date de consolidation ou de

stabilisation de l'état, la reconnaissance ou non de l'imputabilité au travail, le diagnostic ou la caractérisation de la pathologie reconnue... Le délai de recours est fixé à 1 mois à dater de la décision. Les conflits administratifs sont gérés par le tribunal des affaires de la sécurité sociale. Les conflits d'ordres techniques sont gérés par le tribunal du contentieux de l'incapacité (notamment sur le taux d'incapacité permanente partielle octroyée). En cas de nouveau désaccord, l'affaire sera traitée par la chambre sociale de la cour de cassation. Les désaccords liés aux décisions du CRRMP sont pris en charge au titre du contentieux général de la sécurité social (66).

I.6. MOYENS DE PREVENTION

I.6.1. Des interventions différentes

Dès les années 70 aux Etats unis, les grandes entreprises ont mis en place des plans de prévention assurant une prise en charge individuelle en ce qui concerne la gestion du stress. (7).

Actuellement, les démarches de prévention sont centrées sur l'organisation du travail et prennent en charge les différents facteurs de risque reconnus.

Il est à noter que dernièrement, la prévention des risques psychosociaux en entreprise est souvent intégrée dans l'entité « qualité de vie au travail ». Définie par l'ARS, la qualité de vie au travail « a comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise. Elle fait valoir que la perception qu'ont les salariés de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. Elle met en avant le rôle des salariés et de

leurs représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, de l'encadrement et des experts. En cela, c'est un objet à part entière des relations sociales dans l'entreprise » (73).

La prévention des risques psychosociaux est nécessaire à la notion de qualité de vie au travail. Cette notion de qualité de vie au travail relève d'autres enjeux : performance, santé publique et hygiène de vie... et l'analyse des conditions de travail et modes d'organisations est souvent laissée de côté (74).

Les démarches de prévention peuvent être de différents types : primaire, secondaire ou tertiaire. Elles peuvent être globales ou individuelles et seront différentes en fonction du modèle théorique sur lequel elles s'appuient et de l'objectif visé : les risques psychosociaux ou la qualité de vie au travail (16).

Avant la prévention primaire, certains parlent de prévention primordiale. Certaines mesures peuvent viser à éviter l'apparition des contraintes organisationnelles et des dégradations des conditions de travail.

La prévention primaire consiste à réduire l'impact des contraintes inhérentes à l'activité et à diminuer les contraintes organisationnelles, avant même l'apparition d'employés en souffrance.

La prévention secondaire intervient quand le stress, la souffrance ou les situations de violences ou de harcèlement existent, le but des mesures de prévention est alors de diminuer et de contenir l'apparition des maladies qui en découlent.

Enfin, la prévention tertiaire concerne les cas dans lesquels les pathologies sont déjà présentes, le but de cette prévention est alors d'en stopper l'évolution.

Finalement, on retiendra quatre catégories en matière de prévention du stress au travail :

- Action sur les conditions de travail (augmentation des marges de manœuvres, implication des employés dans les décisions...)
- Actions sur les conditions de travail des salariés présentant des pathologies ou signes de stress (adaptation des horaires de travail)
- Actions de formations, surtout des managers (debriefing, coaching, defusing...)
- Actions médicales, psychothérapeutiques, les numéros « verts », les programmes d'aide au retour au travail et la gestion individuelle du stress (augmentation des ressources de la personne, thérapies cognitivo-comportementales...)

Selon l'enquête ESENER, la prise en charge des risques psychosociaux a concrètement permis la mise en place de formations dans 58% des cas, la prise en compte du mode d'organisation du travail dans 40% des cas, la re-conception de l'espace du travail dans 38 %, l'instauration d' une aide personnelles aux salariés dans 32% des cas, la modifications d'horaires de travail dans 30% des cas, la nécessité de résolutions de conflits dans 22% des cas (9).

I.6.2. Dispositifs et acteurs de prévention

Pour les employés en souffrance, il existe plusieurs recours possible pour exprimer et faire prendre en charge leur souffrance (7).

Les consultations de souffrance au travail prennent en charge les patients d'un point de vue psychodynamique et psychopathologie du travail. Notamment utilisées par les médecins du

travail, elles reposent habituellement sur un fonctionnement pluridisciplinaire (psychologues clinicien et du travail, médecin du travail, psychologues, psychiatre...) (7).

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), obligatoire dans les entreprises de plus de 50 salariés, a le droit d'intervenir sur les situations de souffrance au travail (investigation, recherche de risque, de causes...). Il est un acteur essentiel dans l'analyse des conditions de travail et de l'organisation du travail et doit être interpellé sur les situations de souffrance au travail. Pour s'aider, le CHSCT a le droit de faire appel à une aide extérieure.

Que ce soit dans les services autonomes ou dans les services interentreprises, le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire sont les premiers professionnels du travail que les travailleurs en situation de souffrance peuvent rencontrer. Souvent, le médecin des services autonomes aura une connaissance précise des situations de travail dégradées et une plus grande influence par son analyse de la situation, il pourra alors aider les travailleurs. Néanmoins, de par sa position au sein de l'entreprise, il n'est pas rare de voir des travailleurs avoir d'avantage de mal à se confier qu'avec les médecins des services interentreprises, ces derniers restants indépendants des situations de conflit dans l'entreprise.

A noter que d'autres organismes tels que l'ANACT ou l'ARACT, la DIRRECTE... mènent aussi de nombreuses actions de prévention dans le cadre du mal-être au travail.

II. PARTIE EXPERIMENTALE : EVALUATION DE LA CONSULTATION DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE « SOUFFRANCE AU TRAVAIL » DU CHU DE ROUEN

II.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était dans un premier temps de décrire les caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et médico-psychologiques des patients vus en consultation de souffrance au travail dans le C.C.P.P.E (Pr Gehanno) du CHU de Rouen entre le 01/01/2013 et le 30/06/2014, et dans un deuxième temps d'évaluer le devenir de ces patients, sur le plan psychologique, socioprofessionnel et juridique.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'évaluer cette consultation en recherchant à distance le bénéfice ressenti par les patients, ainsi que leurs suggestions afin d'adapter au mieux la consultation aux besoins des patients.
- de chercher à déterminer les facteurs influençant le maintien dans l'emploi et le devenir psychologique.
- de comparer les modalités et les éléments de la consultation de souffrance au travail ainsi que le profil et le devenir des patients dans différents CHU de France (Rouen, Garches, Clermont-Ferrand, Créteil, Angers, Nancy).

II.2. Méthode

II.2.1. Population d'étude

Les critères d'inclusion des patients étaient les suivants :

- Age > 18 ans et < 65 ans
- Francophone
- Consultation de souffrance psychologique au travail réalisée entre le 01/01/2013 et le 30/06/2014 au CHU de Rouen.

Les critères d'exclusion :

- Non réponse au questionnaire téléphonique (Annexe 1).

II.2.2. Recueil des données lors de la consultation.

L'équipe de la consultation de souffrance psychologique au travail du CHU de Rouen a évolué au cours du temps. A l'origine en 2009 elle était effectuée par deux médecins du travail qui avaient également une formation de psychologue. Sur la période de l'étude il restait un seul des deux médecins pour assurer cette consultation. Les patients étaient adressés par différents intervenants, médicaux ou non, ou prenaient parfois rendez-vous eux-mêmes. Le délai moyen de rendez-vous était de 3 à 4 mois, au maximum 6 mois sur la période du 01/01/2013 au 01/06/2014.

Lors de la consultation, d'une durée moyenne de 3 heures, les données suivantes étaient recueillies : le motif de la consultation, le cursus laboris du patient, l'histoire de l'entreprise

où l'épisode de souffrance a eu lieu, l'histoire du patient au sein de cette entreprise avant et après la souffrance, les conséquences médicales de cette souffrance. Ces informations, fondées sur les témoignages subjectifs des patients, permettaient de faire une analyse de la situation puis de proposer une prise en charge et des orientations (conseils sur les démarches à faire dans un but de restauration de la santé).

Un soin particulier est donné à l'accueil du patient lors de cette consultation qui se veut chaleureuse, le patient pouvant prendre son temps, sans être limité à un créneau habituel de consultation, ce qui lui permet de revenir plus en détail sur son histoire et ainsi d'exprimer davantage « sa vérité » (ce qui pourrait peut-être en soi déjà avoir une part thérapeutique).

Après la consultation un compte rendu de plusieurs pages (souvent au moins 4) le plus précis possible regroupant ces différents éléments était remis au patient et uniquement au patient. Il était précisé, à l'oral lors de la consultation puis à l'écrit dans le compte rendu, que l'analyse de la situation ne se base que sur les propos du patient et qu'il existe toujours une part de subjectivité dans le rapport au travail.

Enfin une unique consultation de souffrance au travail est proposée aux patients et ils en sont avertis lorsqu'ils prennent leur rendez vous. Cette consultation a pour vocation d'être le point de départ d'une prise en charge globale.

Pour notre étude certains éléments ont été relevés rétrospectivement à partir des comptes rendus de la consultation :

- L'âge (en années puis réparti selon, comme dans d'autres études sur le même sujet, les catégories suivantes : inférieur à 30 ans, de 30 à 39 ans, de 40 à 49 ans et supérieur à 50 ans)
- Le sexe
- Le niveau d'études (en années à partir du CP, soit 12 ans d'études par exemple pour le niveau Bac, nous avons aussi créé de manière arbitraire, n'ayant trouvé aucun consensus dans la littérature, la catégorisation suivante : niveau inférieur au Bac, niveau Bac, niveau Bac +2, niveau supérieur à Bac +2)
- L'ancienneté dans l'entreprise (en années, si les salariés travaillaient depuis moins d'un an, il était compté un an d'ancienneté. Il a été créé des subdivisions arbitraires : ancienneté inférieure à 1 an, de 1 à 9 ans, de 10 à 19 ans, de 20 à 29 ans, et supérieure à 30 ans).
- La taille de l'entreprise (<10, 10 à 50, 50 à 200, 200 à 500, > 500 employés, cette répartition étant choisie car déjà employée dans plusieurs autres études sur le même thème, bien que d'autres études aient utilisé d'autres subdivisions)
- Le statut de l'entreprise du patient (public/privé) et du contrat du patient (CDD/CDI)
- La catégorie socioprofessionnelle codée selon la classification de l'INSEE (agriculteur, ouvrier, employé, profession intermédiaire, cadre et profession intellectuelle supérieure, artisan commerçant)
- La branche de l'entreprise codée selon la classification de l'INSEE (voir figure 6 page 63)
- Par qui le patient est adressé (inspection du travail, avocat, médecin du travail, patient venu de lui-même...)

- La demande principale du patient (aide à la compréhension de la consultation, soutien psychologique, reconnaissance en accident de travail...). La demande du patient était très variable, mais souvent assez explicite dans le compte rendu de consultation. Les demandes étaient toutes notées puis regroupées si possible. Nous n'avions pas déterminé a priori de catégories de demandes ni de grille pré-remplie. Pour plus de simplicité, il n'était retenu qu'une seule demande par patient, celle jugée comme étant la principale (dans les quelques cas où l'on aurait pu en retenir plusieurs).
- Le contexte de la souffrance au travail, en particulier les risques psycho-sociaux. La consultation étant réalisée par le même médecin, nous avons choisi de conserver le vocabulaire employé dans les compte rendus de la consultation et n'avons pas utilisé de thésaurus car le vocabulaire employé était toujours le même. Changer les termes aurait pu majorer le risque d'une perte d'information ou d'avoir des informations erronées. Nous avons à l'aide de ces termes créé des catégories a priori : notion de restructuration d'entreprise, d'agissements hostiles, de violence (en subdivisant interne physique, interne psychique, externe physique, externe psychique), de perte du sens, de harcèlement moral présumé, ou d'injonction paradoxale
- De quelles aides le patient a bénéficiées : aides internes et externes. Nous avons recensé plusieurs réponses possibles, mais toutes les réponses étaient prises en compte)
- Les antécédents médicaux et psychiatriques
- L'évaluation clinique de l'état thymique lors de la consultation (présence d'un burn out, d'un syndrome anxio-dépressif)
- Le traitement habituel, en particulier psychotrope (en précisant antidépresseur, benzodiazépine, neuroleptique, thymorégulateur, hypnotique, sans les posologies car nous ne disposions pas de cette information dans les dossiers)

- Le suivi psychologique, en précisant par qui (psychologue, psychiatre, médecin traitant, médecin du travail)
- Les addictions (alcool, tabac, achats compulsifs, jeux pathologiques, troubles du comportement alimentaire)
- La situation professionnelle au moment de la consultation : travaille, en arrêt maladie, demandeur d'emploi, retraite ou préretraite. Le cas échéant, il était précisé le mode de rupture du contrat de travail : licenciement pour inaptitude, économique, pour faute, rupture conventionnelle, démission, préretraite ou retraite.
- L'existence d'arrêts de travail par le passé, attribués à la souffrance au travail, leur nombre, leur durée (en semaines)
- L'existence au moment de la consultation d'une invalidité, de déclarations d'accidents du travail ou de maladies professionnelles
- L'existence d'un conseil juridique, de démarches juridiques, le type de démarches (prud'hommes, tribunal administratif, tribunal des affaires de la sécurité sociale, procédure civile, procédure pénale)
- L'orientation et les conseils donnés au patient.

Ces informations ont permis de répondre au premier objectif de l'étude : décrire les caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et médico-psychologiques des patients vus en consultation de souffrance au travail dans de Rouen entre le 01/01/2013 et le 30/06/2014.

II.2.3. Recueil des données à distance de la consultation au moyen d'un questionnaire téléphonique.

Afin d'évaluer le devenir de ces patients, sur le plan psychologique, socioprofessionnel et juridique, et d'évaluer cette consultation en recherchant à distance le bénéfice ressenti par les patients, ainsi que leurs suggestions afin d'adapter au mieux la consultation aux besoins des patients, nous avons créé un questionnaire téléphonique que nous avons rempli en contactant les patients entre le 01/01/2015 et le 31/03/2015.

Nous avons créé un questionnaire avec les données concernant le devenir psychologique et professionnel des patients (Annexe 1). Le questionnaire a été réajusté une première fois grâce aux commentaires du médecin de la consultation, du psychologue et du médecin du travail qui au moment du questionnaire avaient rejoint la consultation. Un second réajustement a été effectué après un test auprès de 2 patients. L'ordre des questions a été notamment réajusté pour permettre un entretien téléphonique plus fluide et plus logique dans son déroulement.

Entre janvier et mars 2015, soit dans un délai de 7 à 25 mois après la consultation, jusqu'à 5 tentatives de contact téléphonique étaient réalisées pour chaque patient, y compris le soir et le samedi. Pour les numéros dont nous ne disposions pas, une recherche était effectuée sur les pages blanches.

Aucun message téléphonique n'était laissé en cas de non réponse dans un souci de secret professionnel.

En cas de réponse, il était expliqué au patient le principe et l'intérêt de cette démarche, à savoir répondre à un questionnaire afin d'évaluer les bénéfices à distance de la consultation de

souffrance au travail qu'ils avaient effectuée quelques mois plus tôt. On leur expliquait également que les données seraient traitées de façon anonyme, qu'ils avaient bien sûr le choix de répondre ou non et que ce choix n'entraînerait pas de conséquence pour la suite de leur suivi. Il fallait environ 20 minutes pour répondre au questionnaire.

Le questionnaire (Annexe 1) comportait :

- Le délai (en jours) entre la consultation et le questionnaire
- La réalisation ou non des conseils donnés
- La situation professionnelle (travaille actuellement (si oui, même entreprise ou non, même poste ou non), en arrêt maladie, demandeur d'emploi, préretraite ou retraite, et le cas échéant le motif de fin de contrat)
- Le fait d'être maintenu dans l'emploi, défini par les patients qui travaillent lors de la consultation et à distance dans la même entreprise, ainsi que par les patients en arrêt maladie lors de la consultation mais qui ont repris leur travail dans la même entreprise. Les patients qui travaillent à distance dans une autre entreprise ne sont donc pas considérés comme « maintenus dans l'emploi ».
- Pour les patients qui travaillent, le ressenti de l'utilité et de l'investissement au travail en choisissant parmi 3 réponses : moins utile, utile de manière identique, plus utile ; même principe pour l'investissement).
- L'évolution sur le plan juridique : démarches terminées ou non, si oui : gain de cause ou pas, enquête menée au sein de l'entreprise ou non.
- L'auto-évaluation par le patient de plusieurs critères, à l'aide dans chaque cas d'une échelle numérique cotée de 0 à 10, 10 étant le maximum (adaptée de l'échelle d'évaluation du stress de Chamoux et Simard cotée de 0 à 100) (75) : le stress lors de

la période de la consultation, la souffrance lors de la consultation, la souffrance actuelle, le retentissement de la souffrance sur la qualité de vie lors de la consultation et à distance.

- La prise d'un traitement psychotrope à distance et son évolution entre les 2 évaluations
- Les addictions à distance et leur évolution entre les 2 évaluations
- L'épisode de souffrance a-t-il été une opportunité
- La souffrance a-t-elle eu un impact sur la vie de famille lors de la consultation et actuellement
- L'évaluation de la consultation par le patient : satisfait ou non pour le délai de rendez-vous, la durée de la consultation, l'accueil et l'écoute, la quantité de renseignements, une seule consultation suffit ou non, consultation utile ou non, consultation a-t-elle permis soutien psychologique, compréhension de la situation, une aide dans les démarches juridiques, compréhension de la notion d'aptitude/inaptitude, aide au maintien au poste de travail, consultation a-t-elle eu un impact positif sur leur santé et sur leur vie de famille
- Les suggestions des patients, toutes recueillies puis regroupées si possible.

Il était ensuite effectué un questionnaire HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) (Annexe 2) visant à évaluer l'état d'anxiété et l'état thymique des patients.

Il était obtenu pour chaque patient un score d' « anxiété » et un score de « dépression », allant dans chaque cas de 0 à 21.

Pour la partie anxiété, un score strictement supérieur à 10 permettait de faire le diagnostic de syndrome anxieux, un score strictement inférieur à 8 traduisait l'absence d'anxiété, un score 8 et 10 correspondait à un état d'anxiété douteux.

Pour la partie dépression, un score strictement supérieur à 10 permettait de faire le diagnostic de syndrome dépressif, un score strictement inférieur à 8 montrait un état euthymique, un score entre 8 et 10 correspondait à un état dépressif douteux.

Les patients ont pu être classés en 3 catégories : euthymique (les 2 scores strictement inférieurs à 8), douteux (1 ou 2 scores entre 8 et 10, mais aucun score supérieur à 10), anxieux et/ou dépressif (au moins un score strictement supérieur à 10).

II.2.4. Aspects réglementaires

Cette étude, réalisée chez des volontaires, sans bénéfice individuel direct et sans risque pour leur santé, était conforme aux bonnes pratiques cliniques, à la loi du 20 décembre 1988 dite Loi Huriet-Sérusclat et aux principes de la Déclaration d'Helsinki (76).

II.2.5. Analyse statistique

Les données issues de la consultation de souffrance au travail ainsi que celles du questionnaire téléphonique réalisé à distance ont été saisies sur tableur Excel (Microsoft Excel 2010).

Nous avons dans un premier temps effectué, pour les patients vus en consultation entre le 01/01/2013 et le 30/06/2014, les statistiques descriptives usuelles concernant les données sociodémographiques (sexe, âge, niveau d'études) et professionnelles (statut, effectif et branche de l'entreprise, catégorie socioprofessionnelle, ancienneté) des patients, puis concernant les données mêmes de la consultation (personne à l'origine de la consultation, demande du patient, contexte de la souffrance, aides internes et externes, conséquences médicales et psychologiques, conséquences professionnelles et juridiques). Les données INSEE 2013 ont été utilisées pour comparer la répartition des catégories socioprofessionnelles et de la branche des entreprises entre les patients vus en consultation et les actifs hauts-normands, en se calquant sur le modèle de l'INSEE (77).

Dans un deuxième temps, nous avons vérifié la comparabilité des deux groupes de patients ayant ou n'ayant pas répondu au questionnaire téléphonique en termes de données sociodémographiques (sexe, âge, niveau d'études), professionnelles (catégorie socioprofessionnelle, taille de l'entreprise, statut public/privé, ancienneté), de conséquences psychologiques (notion d'agissements hostiles, de harcèlement moral présumé, de burn out, existence d'aides internes ou externes, d'un syndrome anxio-dépressif lors de la consultation, d'un suivi psychologique, de traitement psychotrope).

Dans un troisième temps, nous avons effectué les statistiques descriptives usuelles concernant les données des patients ayant répondu au questionnaire, notamment portant sur l'évolution professionnelle, médicale et psychologique, familiale, juridique ainsi que l'évaluation de la consultation par les patients et les scores de l'échelle HAD.

Nous avons enfin cherché à déterminer les facteurs statistiquement associés au maintien dans l'emploi et à une évolution thymique favorable, ainsi qu'une analyse de l'évolution des scores de souffrance et de retentissement sur la qualité de vie recueillis lors de l'évaluation à distance.

Les comparaisons de variables continues indépendantes entre deux groupes ont été réalisées grâce au test t de Student (notamment concernant l'âge, le niveau d'études et l'ancienneté). Les comparaisons de variables continues chez un même patient ont été effectuées grâce au test t de Student pour séries appariées (notamment les comparaisons entre les deux évaluations des scores de souffrance et de retentissement sur la qualité de vie). Les comparaisons de variables catégorielles indépendantes ont été effectuées grâce au test du Khi² de Pearson ou au test exact de Fisher si nécessaire (pour toutes les autres variables que celles citées précédemment dans ce paragraphe).

Pour l'ensemble de ces tests statistiques, le seuil de significativité p retenu était de 0.05.

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel STATISTICA, v7.1 (<http://www.statsoft.com>), et à l'aide gracieuse d'une biostatisticienne du CHU de Rouen.

II.3. Résultats

II.3.1. Description sociodémographique et professionnelle des 89 patients lors de la consultation

Entre le 01/01/2013 et le 30/06/2014, 89 patients ont été vus en consultation de souffrance au travail dans le C.C.P.P.E du CHU de Rouen. Tous ces patients répondaient aux autres critères d'inclusion. Sur ces 89 patients, 61 (69%) ont pu être joints par téléphone, dont 60 (67%) ont accepté de répondre au questionnaire. On peut retrouver un exemple de compte-rendu de consultation de souffrance au travail en Annexe 3.

(i) Données sociodémographiques

- Sexe : Sur les 89 patients vus en consultation de souffrance au travail, on notait 52 femmes pour 37 hommes, soit une prédominance féminine à 59%.

- Age : L'âge moyen des patients au moment de la consultation était de 46 ans, pour des extrêmes allant de 22 à 63 ans. Comme indiqué sur la figure 1, 6% des patients (n=5) ont strictement moins de 30 ans, 20% ont entre 30 et 39 ans (n=18), 30% entre 40 et 49 ans (n=27) et enfin 44% des patients ont 50 ans et plus (n=39), cette dernière classe d'âge étant la plus représentée.

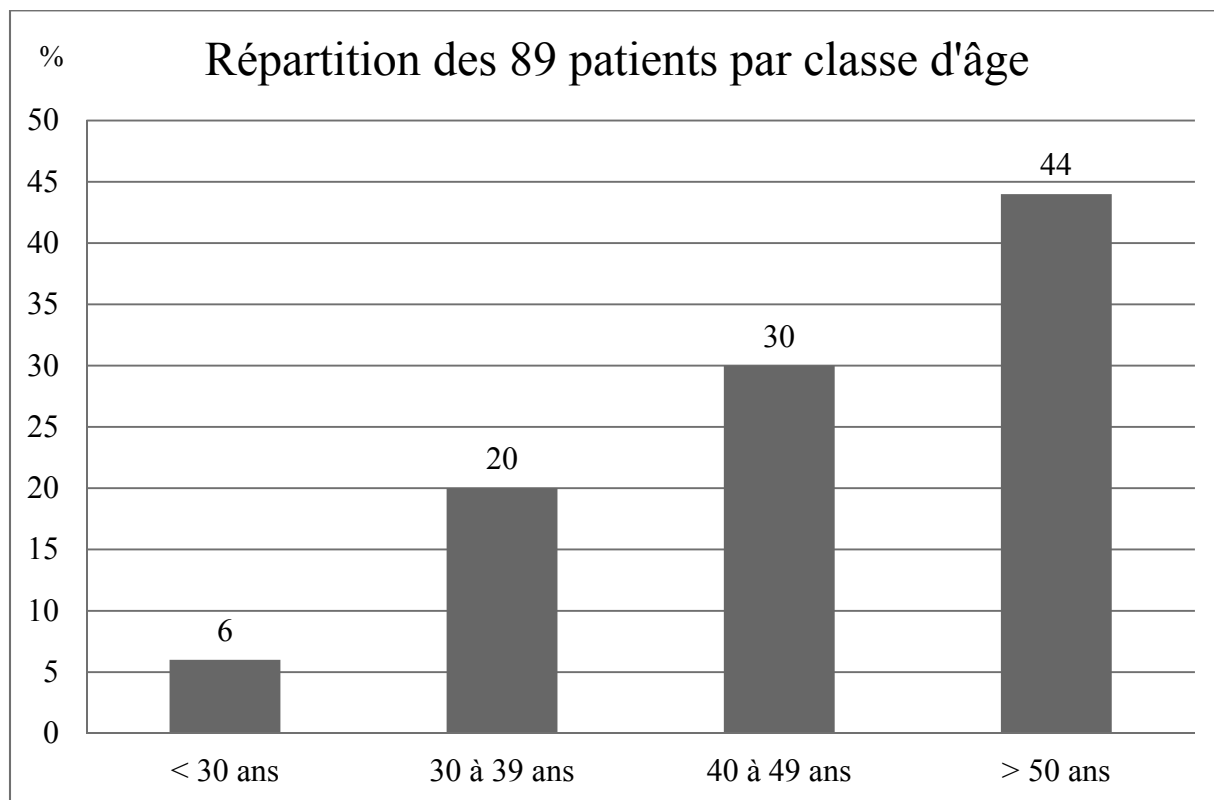


Figure 1. Répartition des patients par classe d'âge, en % (n=89).

- Niveau d'études : Comme indiqué dans la figure 2, on peut voir que presque un tiers de patients ont un niveau inférieur au Bac (32%, n=28), 20% ont un niveau Bac (n=18), 23% un niveau Bac +2 (n=20) et enfin 26% ont fait des études supérieures (n=23). Ainsi, 69% des patients ont au moins un niveau Bac (n=61).

(ii) Données professionnelles

- Statut : 63% des patients (n=56) travaillent dans le secteur privé lors de la consultation, et 37% (n=33) dans le secteur public, versus 80.5% et 19.5% respectivement au niveau national. Environ 99% des patients (n=88) sont en contrat à durée indéterminée, seul 1 patient est en

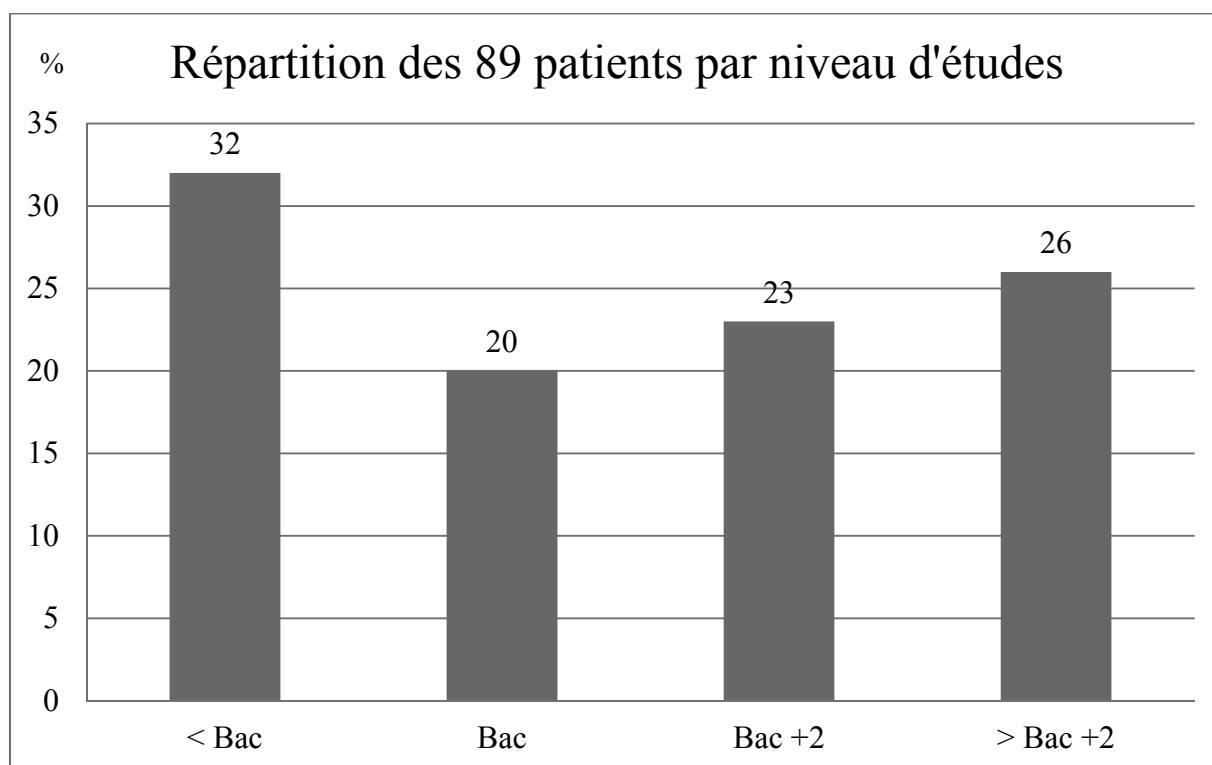


Figure 2. Répartition des patients par niveau d'études, en % (n=89).

contrat à durée déterminée. Au niveau national, on estime 76.8% de CDI, 12% de CDD et 11.2% de non salariés (INSEE 2013).

- Ancienneté : Au moment de la consultation, les patients sont depuis en moyenne 13.4 ans dans leur entreprise, avec des extrêmes allant de 4 mois à 39 ans. Comme indiqué sur la figure 3, environ 43% des patients (n=38) sont employés depuis 1 à 9 ans, et seulement 3.4% (n=3) depuis moins d'un an.

- Effectif de l'entreprise : Concernant la répartition de l'effectif des entreprises, représentée sur la figure 4, 39% des patients (n=35) travaillent dans une entreprise d'au moins 500 salariés, alors que 45% (n=40) travaillent dans des entreprises de moins de 50 salariés.

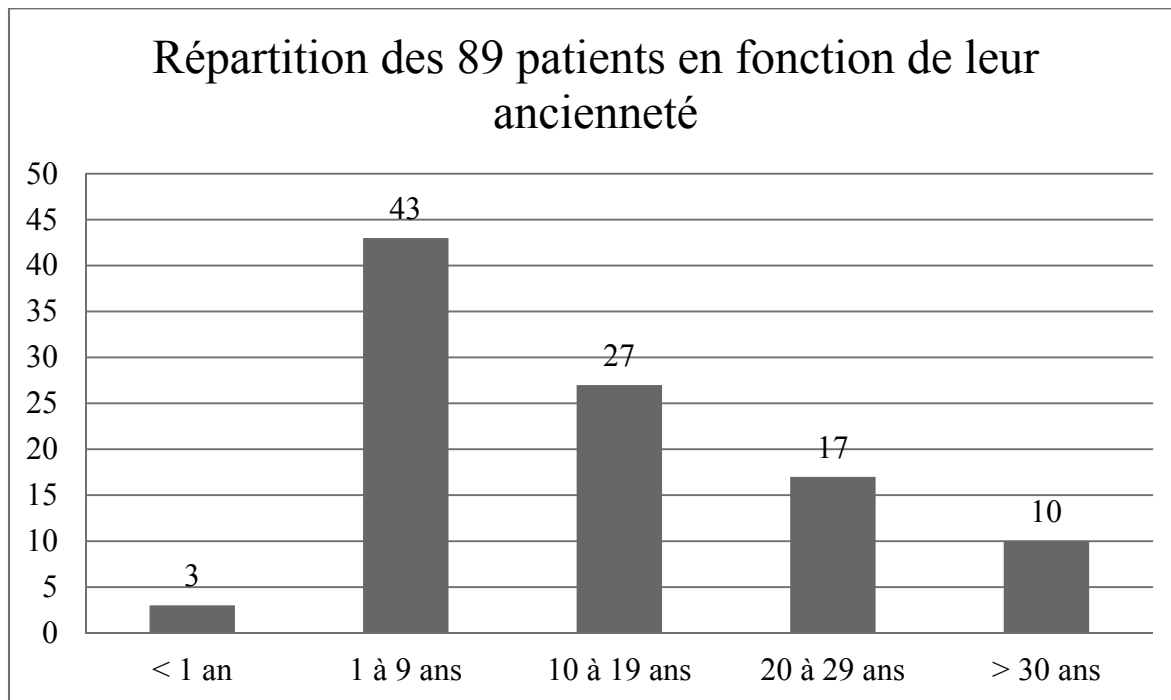


Figure 3. Répartition des patients en fonction de leur ancienneté, en % (n=89).

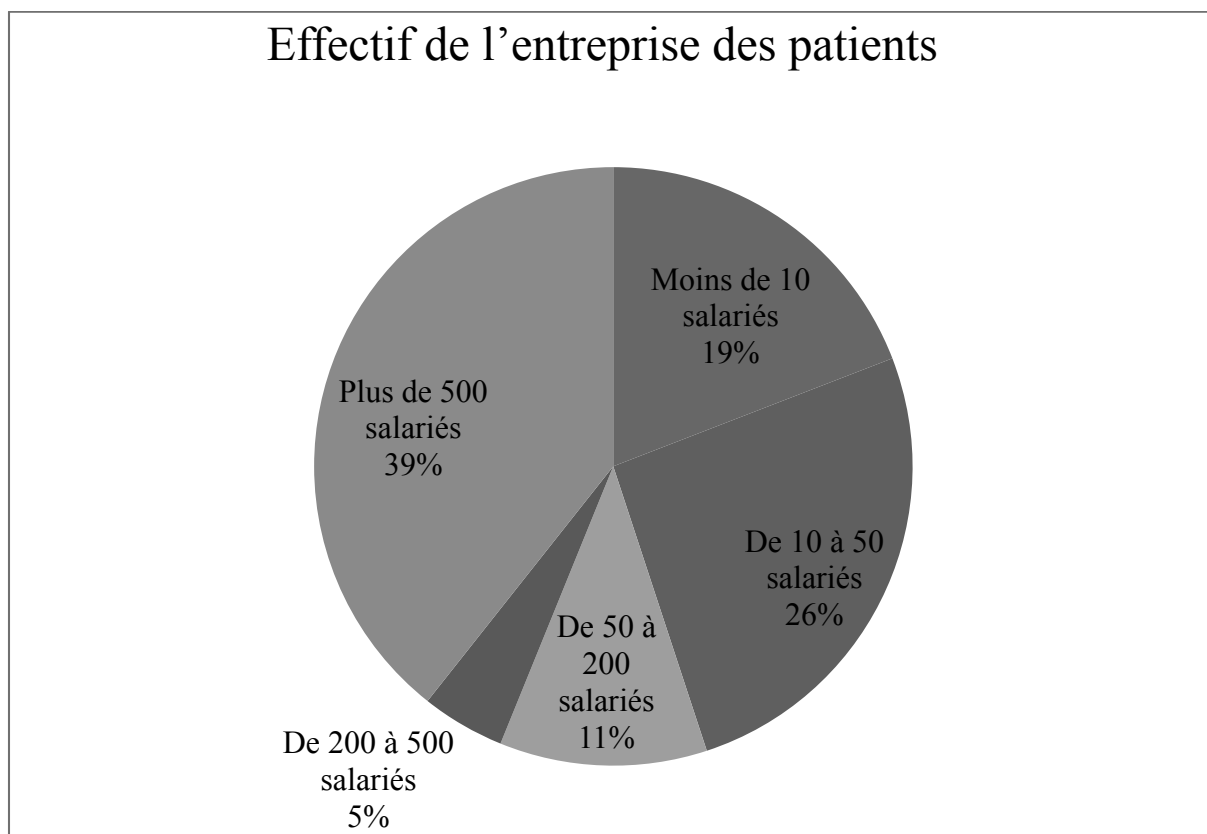


Figure 4. Effectif de l'entreprise des patients, en % (n=89).

- Catégorie socioprofessionnelle : Notre population d'étude comporte une majorité d'employés, puis de professions intermédiaires, comme dans la population active française (voir figure 5). Mais on remarquera des disparités concernant les ouvriers, qui sont deux fois moins représentés (n=9) que dans la population générale (10% versus 22%), tandis que les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (n=11) le sont deux fois plus (12% versus 6%).

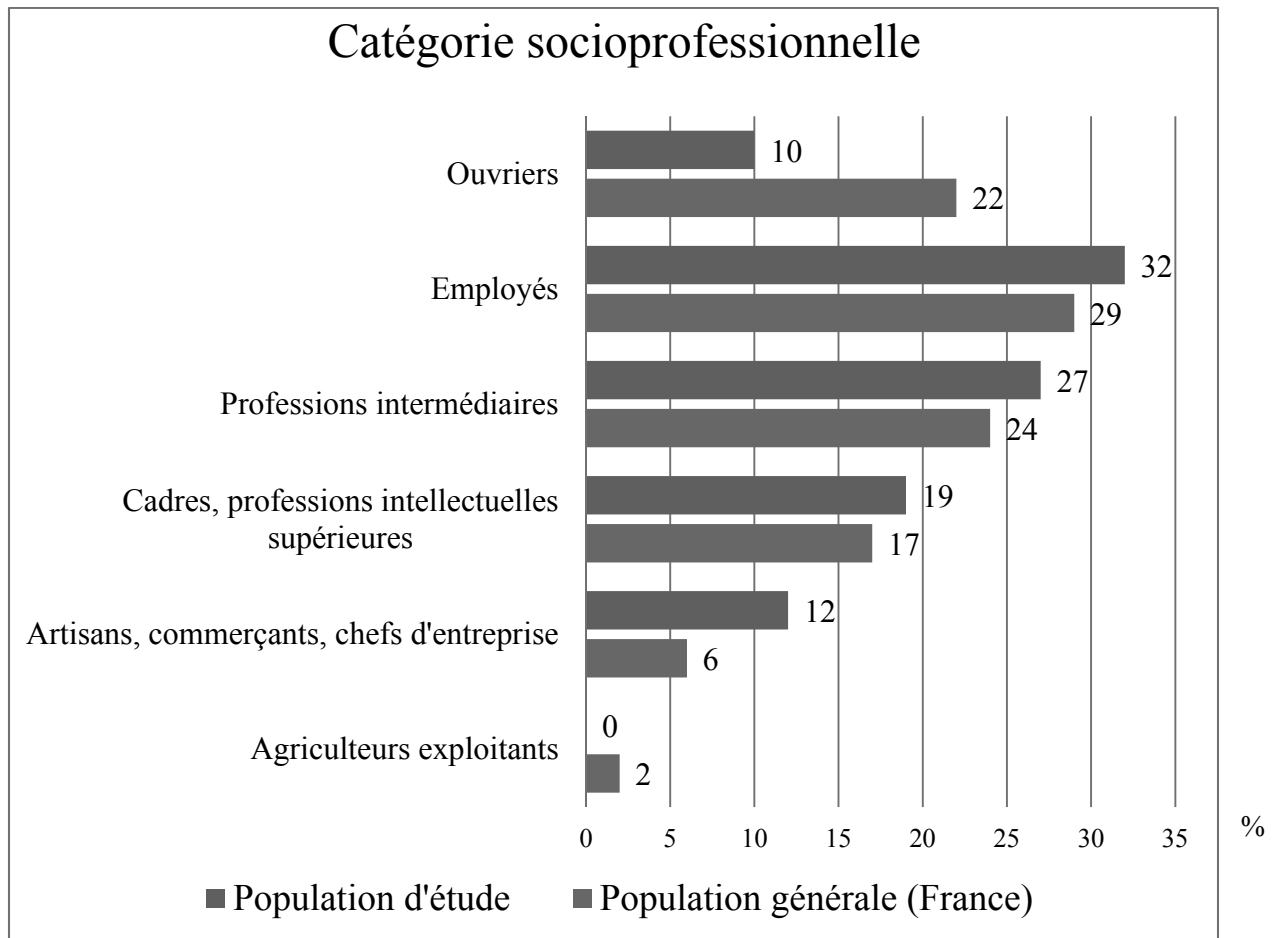


Figure 5. Catégorie socioprofessionnelle des patients, en % (et données INSEE 2013) (n=89).

- Branche de l'entreprise : Parmi les 89 patients, 28 travaillent dans le domaine médico-social, soit 31% de la population d'étude, constituant de loin le principal domaine d'activité, deux fois plus représenté que dans la population active haut-normande (14.2%) (INSEE 2013). Il y a moins de disparités concernant les autres branches d'activité (voir figure 6). Il faut pourtant interpréter ces résultats avec précaution compte-tenu du faible effectif dans chaque catégorie.

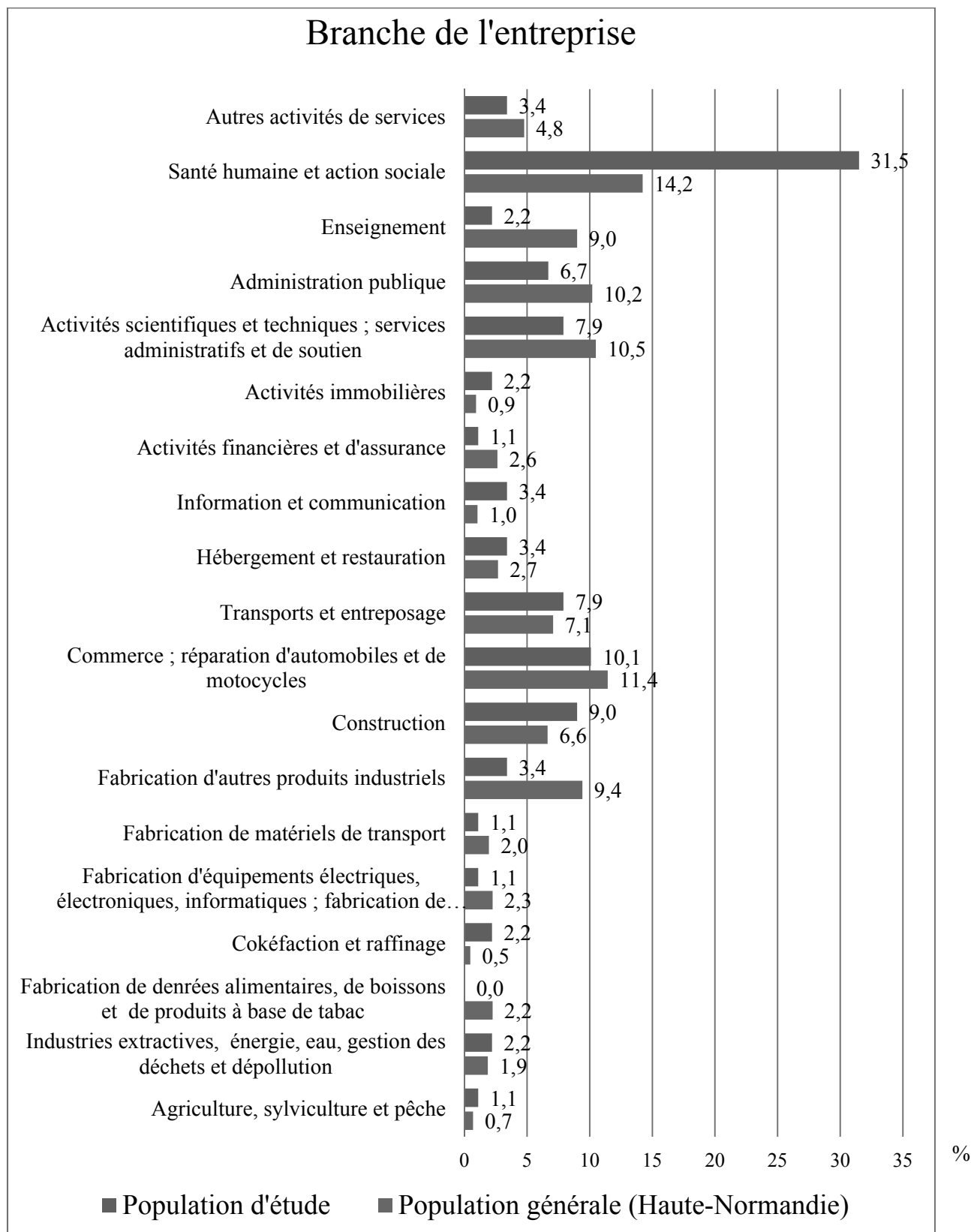


Figure 6. Branche de l'entreprise, en % (et données INSEE 2013) (n=89).

II.3.2. Motif de la consultation

(i) Médecin ou autre personne à l'origine de la consultation

La figure 7 permet de visualiser la personne à l'origine de la consultation. Dans 41% des cas (n=37), il s'agit d'un médecin, en majorité des médecins du travail, puis des médecins traitants et des psychiatres.

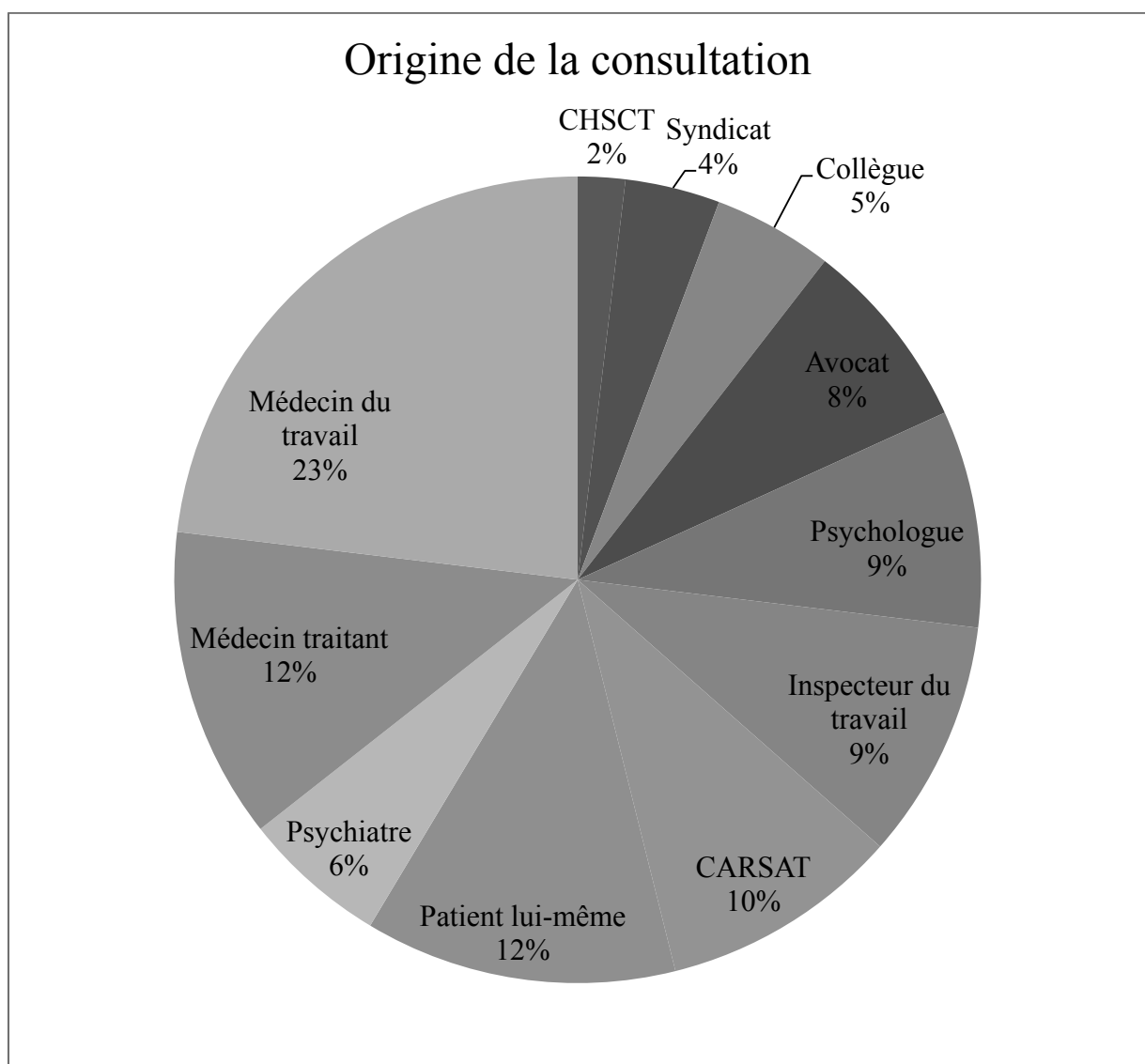


Figure 7. Représentation de la personne à l'origine de la consultation (en %) (n=89).

Les patients consultent d'eux-mêmes dans 12% des cas (n=11), sur les conseils de la CARSAT dans 10% (n=9), de l'inspecteur du travail dans 9% (n=8), de la psychologue 9% (n=8) également, et sur les conseils d'un avocat dans 8% des cas (n=7).

(ii) Demande du patient

Les demandes des patients lors du début de la consultation, les raisons pour lesquelles ils consultent, sont évidemment très variées, allant de la demande de soutien ou de compréhension de la situation à des démarches à visée juridique par exemple.

La figure 8 tente d'illustrer cette diversité de demandes, et permet de distinguer que la demande de loin la plus fréquente, à 64% (n=57), est une demande de compréhension de la situation et de recherche de conseils.

D'autres patients viennent avec un objectif précis comme une demande d'aide à la reconnaissance en accident de travail ou en maladie professionnelle (dans les deux cas, n=5, soit 6%).

D'autres patients recherchent une consultation avec un compte rendu utilisable pour leurs démarches juridiques en cours (n=6, soit 7%).

Dans 7 cas (8%), il s'agit d'une demande d'aptitude.

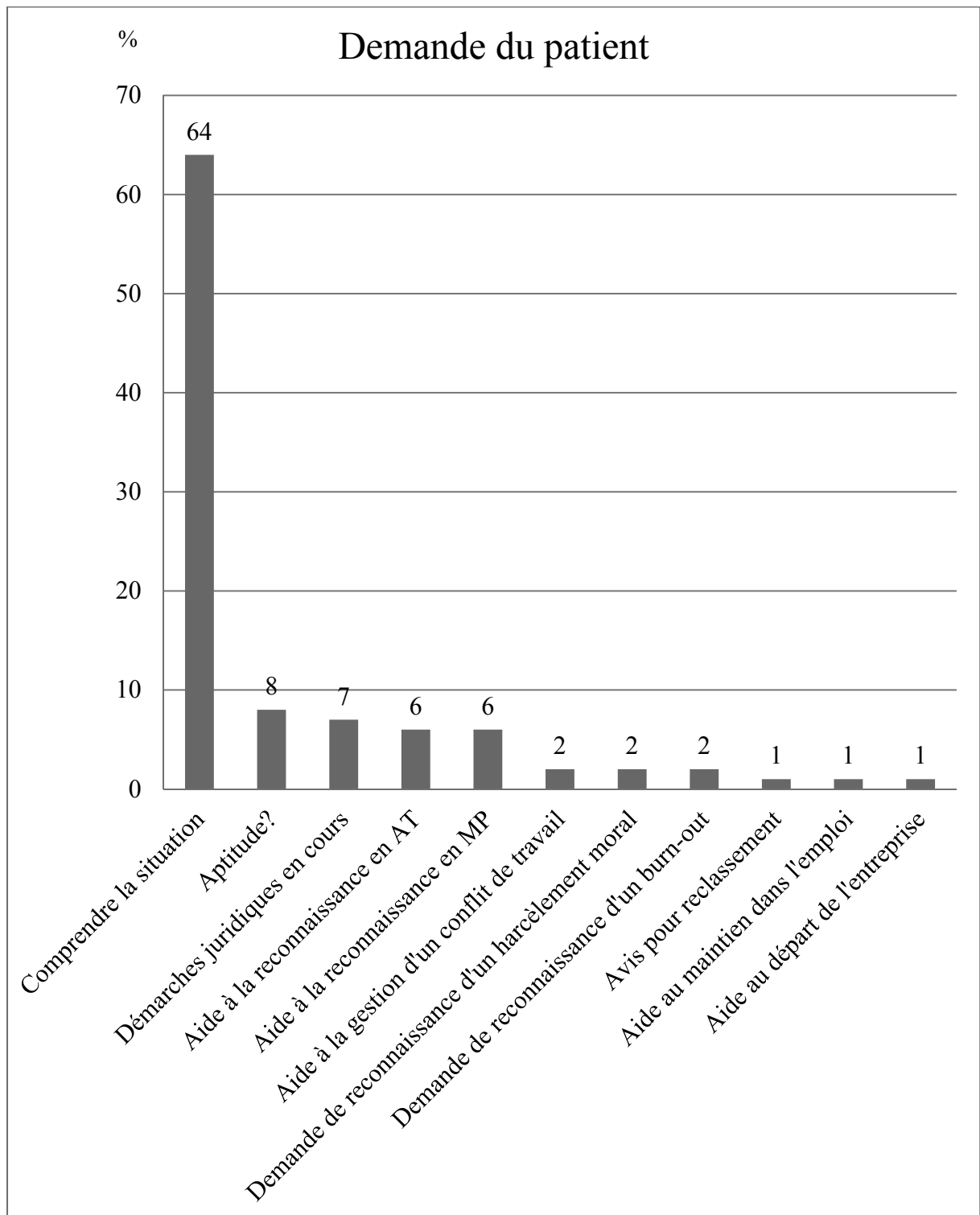


Figure 8. Représentation de la demande des patients lors de la consultation (en %). AT = Accident de travail. MP = Maladie professionnelle.

II.3.3. Contenu de la consultation

(i) Contexte de la souffrance au travail

On retrouve, pour plus de 75% de nos patients en souffrance (n=67), l'existence d'un contexte de restructuration d'entreprise (voir figure 9). Dans près de trois quarts des cas également, on retrouve la notion d'agissements hostiles et/ou de violence interne psychologique. Plus de 41% des patients (n=37) se plaignent d'une perte du sens de leur travail et 33% du phénomène d'injonction paradoxale (n=30). Environ 10% des patients (n=9) rapportent des violences internes physiques. Enfin, 37% des patients rapportent la notion de harcèlement moral.

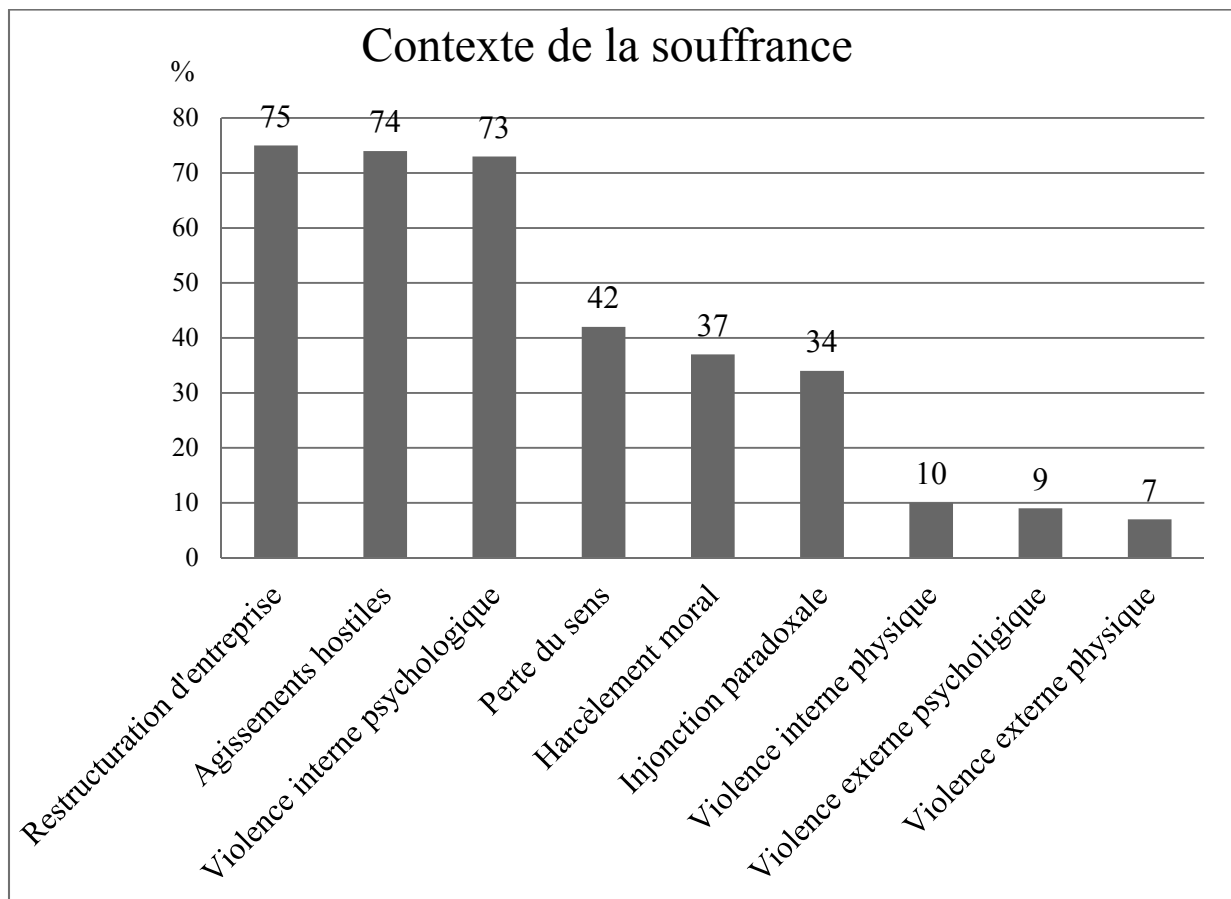


Figure 9. Représentation du contexte et des causes de la souffrance au travail (en %).

(ii) Aides internes et externes

En tout, 23 patients, soit 26% de notre population d'étude, ont reçu une aide interne à l'entreprise. La répartition de cette aide interne, lorsqu'elle existait, est représentée sur la figure 10. Plus d'un tiers de l'aide venait des collègues, et un quart des syndicats.

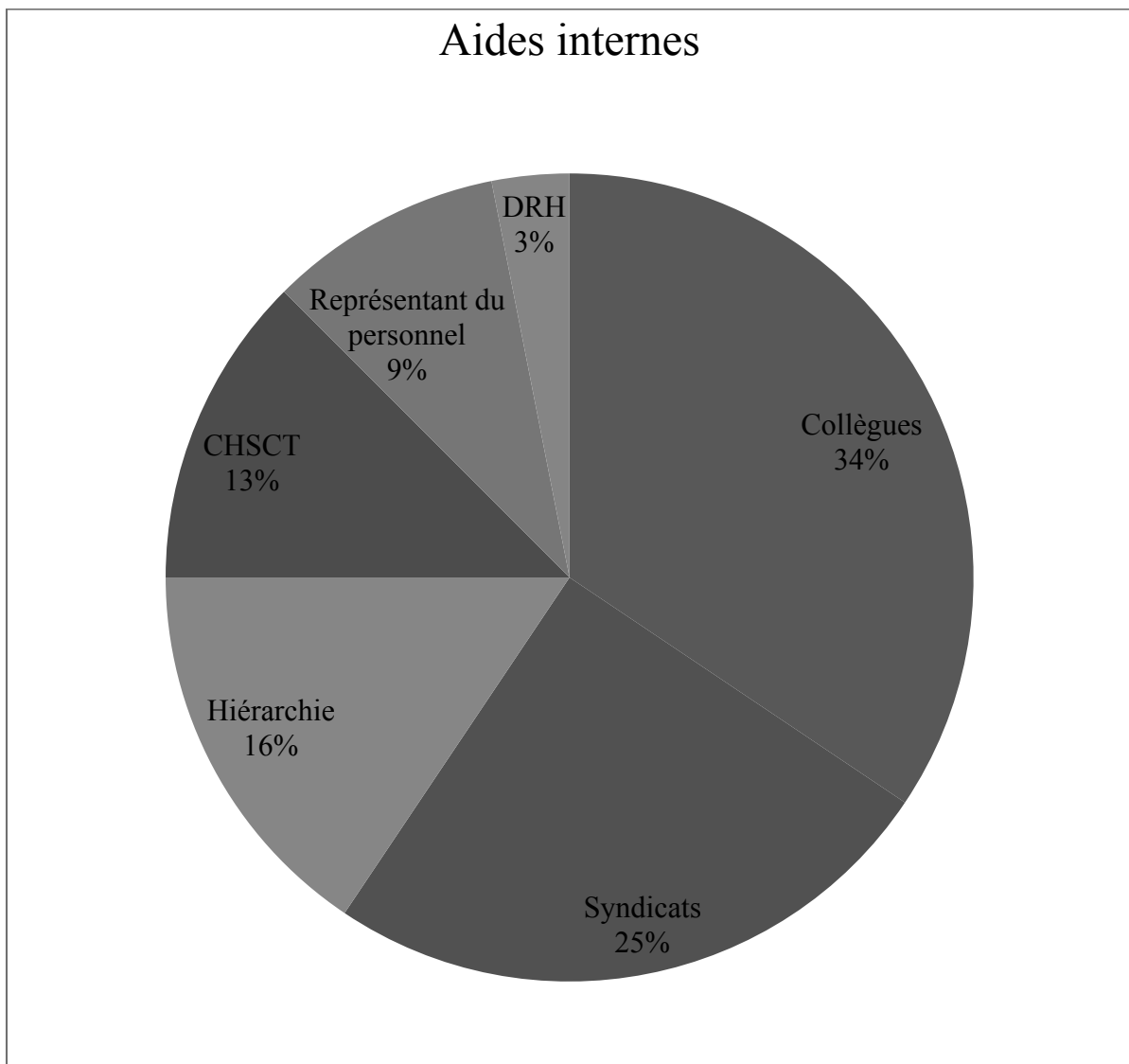


Figure 10. Répartition de l'aide reçue interne à l'entreprise(en %).

En parallèle, 82 patients sur 89, soit 92% de notre population, avaient reçu de l'aide à l'extérieur de l'entreprise. Considérant la répartition de l'ensemble des aides reçues (parfois plusieurs aides par patient), cette aide provenait essentiellement des professionnels de santé, à plus de 80%, en premier lieu le médecin traitant (26%) et le médecin du travail (21%), puis le psychiatre (17%) et le psychologue (16%), comme représenté sur la figure 11. Plusieurs patients ont également été aidés par l'inspecteur du travail (13%). Les autres aides extérieures restaient anecdotiques (CARSAT, ARACT, associations, assistante sociale, médecin conseil).

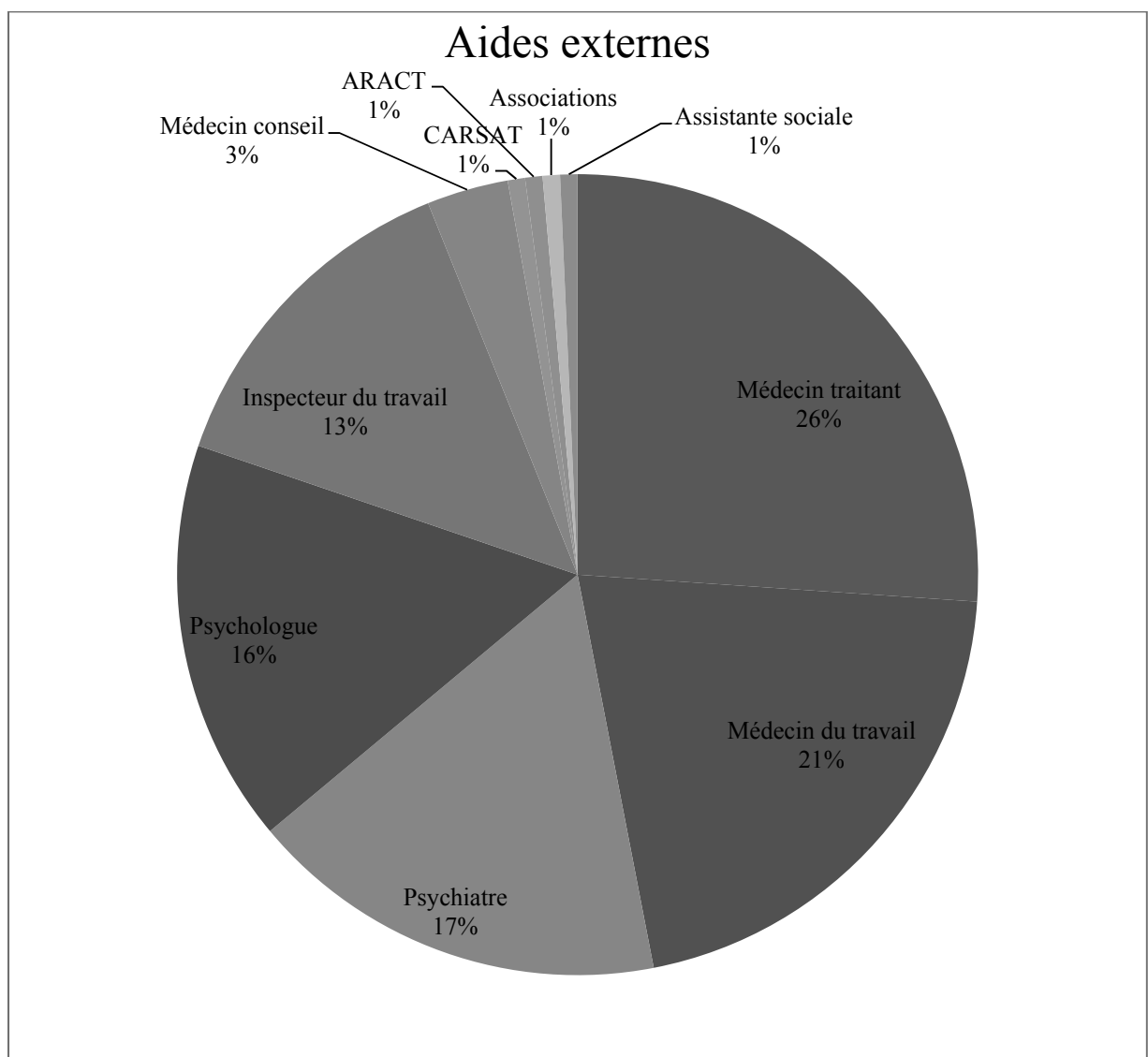


Figure 11. Répartition de l'aide reçue externe à l'entreprise (en %).

(iii) Conséquences médicales et psychologiques

Lors de la consultation, 42% des patients (n=37) ont été diagnostiqués comme souffrant d'un état de burn-out, tandis que 87% des patients (n=77) présentaient des symptômes compatibles avec un syndrome anxio-dépressif, le plus souvent étiqueté comme réactionnel aux conditions ou événements de travail. Il n'y avait qu'exceptionnellement la notion d'éléments anxio-dépressif antérieurs à l'épisode de souffrance (n=3). Sur les 89 patients, on comptait au moment de la consultation 2 patients ayant déjà fait une tentative de suicide (une par pendaison à domicile, la seconde par ingestion médicamenteuse volontaire sur le lieu de travail).

Cinquante six patients sur 89, soit 63%, prenaient au moment de la consultation un ou plusieurs traitement(s) psychotrope(s). Parmi ces patients, 88% des patients (n=49) prenaient un traitement antidépresseur, 61% (n=34) un traitement par benzodiazépine, 38% (n=21) un hypnotique, 13% (n=7) un neuroleptique et 2% un thymorégulateur (n=1). Ce traitement était toujours pris sur prescription médicale, et dans 95% des cas en lien avec des symptômes que les patients estimaient provoqués par l'épisode de souffrance au travail (n=53). Seuls 3 patients (5%) prenaient un traitement psychotrope avant l'épisode de souffrance.

Sur les 89 patients, 57% étaient déjà suivis (n=51), au moment de la consultation, sur le plan psychologique. Environ 88% de ces patients suivis l'étaient par un psychologue (n=45), 78% par le médecin traitant (n=40), 78% par un psychiatre (n=40), tandis que dans 26% des cas (n=13), le médecin du travail était aussi impliqué.

Sur le plan des addictions, au moment de la consultation, 10 des 60 patients (17%) pensaient avoir modifié leur consommation de tabac suite à leur épisode de souffrance, 17% d'alcool (n=10), et 27% des patients souffraient d'achats compulsifs (n=16). On comptait également 5 cas de jeux pathologiques (8%). Enfin, 82% des patients (n=49) estimaient que leur souffrance avait eu des conséquences sur leur consommation de nourriture.

Environ 45% des patients (n=40) avaient des pathologies somatiques associées, dominées par les troubles musculo-squelettiques (n=16, soit 18%), l'HTA (n=6, 7%), les dysthyroïdies (n=6, 7%), les douleurs abdominales (n=5, 6%), des affections cardio-vasculaires (n=4, 4%), des céphalées (n=3, 3%) et des vertiges (n=3, 3%).

(iv) Conséquences professionnelles

Au moment de la consultation, on compte 61% de patients en cours d'arrêt maladie (n=54), dont 6% (n=5) en congé longue maladie (voir figure 12). Un patient a pris sa retraite, et 22% des patients travaillent (n=20), pour 95% d'entre eux dans la même entreprise. Parmi eux, on compte un cas de mutation et deux cas de reclassement. Seul un patient a démissionné et retrouvé un emploi en moins d'un mois dans une entreprise concurrente. Enfin, 16% des patients (n=14) sont à la recherche d'un emploi, et 9% ont déjà effectué un bilan de compétences.

Le contrat de travail a pris fin pour 16 patients sur 89, pour cause de licenciement pour faute (44% des cas, n=7), licenciement pour inaptitude (25%, n=4), rupture conventionnelle (19%, n=3) ou démission (12%, n=2), comme indiqué sur la figure 13.

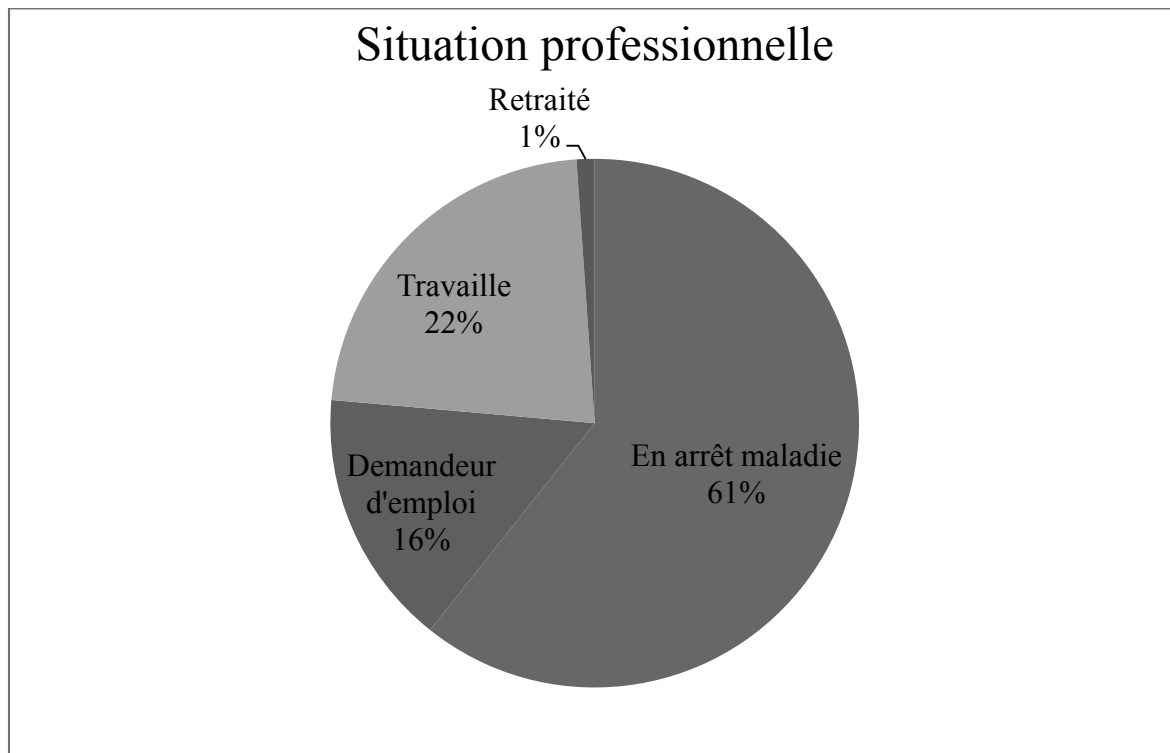


Figure 12. Situation professionnelle des patients au moment de la consultation (en %) (n=89).

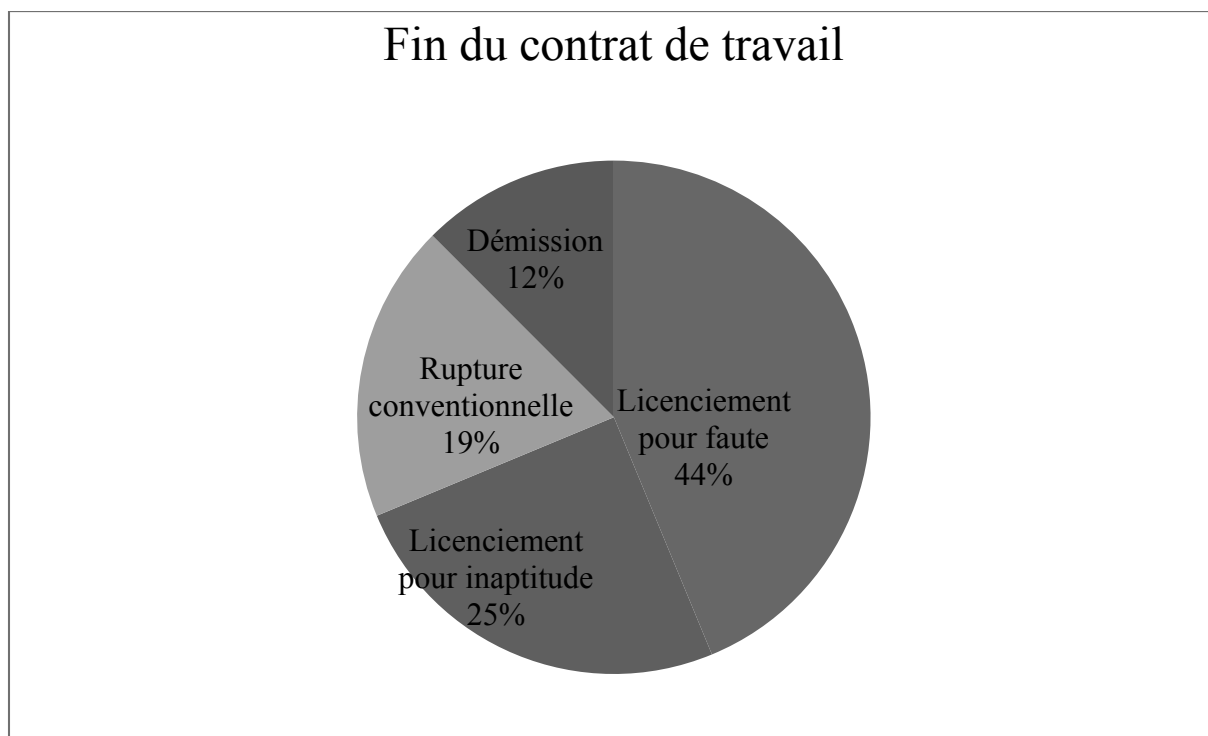


Figure 13. Répartition des procédures de fin du contrat de travail (en %) (n=16/89).

Environ 63% des patients (n=56) ont eu au moins un arrêt de travail en lien avec l'épisode de souffrance au travail, et la plupart du temps le sont toujours au moment de la consultation. On compte en moyenne 1.3 arrêt maladie par patient. Certains cumulent jusqu'à 5 arrêts. La durée totale des arrêts des 77 patients concernés s'élève à 4108 semaines (79 ans), soit 53.4 semaines en moyenne par patient, donc plus d'un an.

On compte 2 patients (2%) en invalidité au moment de la consultation, de catégorie 2. Environ 17% des patients (n=15) ont déclaré un accident de travail en rapport avec un traumatisme psychologique survenu sur le lieu de travail, qui aurait entraîné une souffrance psychologique à l'origine le plus souvent d'un arrêt de travail. Au moment de la consultation, aucune de ces demandes n'a encore abouti, même si certaines sont encore en attente. Enfin, 5 patients (6%) ont été reconnus comme souffrant d'une maladie professionnelle, de nature psychiatrique et jugée après expertise comme secondaire aux conditions de travail.

(v) Conséquences juridiques

Au moment de la consultation, plus de la moitié des patients (51%, n=45) ont déjà consulté un avocat ou un conseil juridique.

En tout, 42% des patients (n=37) ont entamé des démarches juridiques, dans 62% des cas aux prud'hommes (n=23), dans 16% des cas au tribunal administratif (n=6), dans 11% au tribunal des affaires de la sécurité sociale (n=4). Dans 3 cas (8%), une procédure pénale est en cours, et on compte 1 procédure civile (voir figure 14).

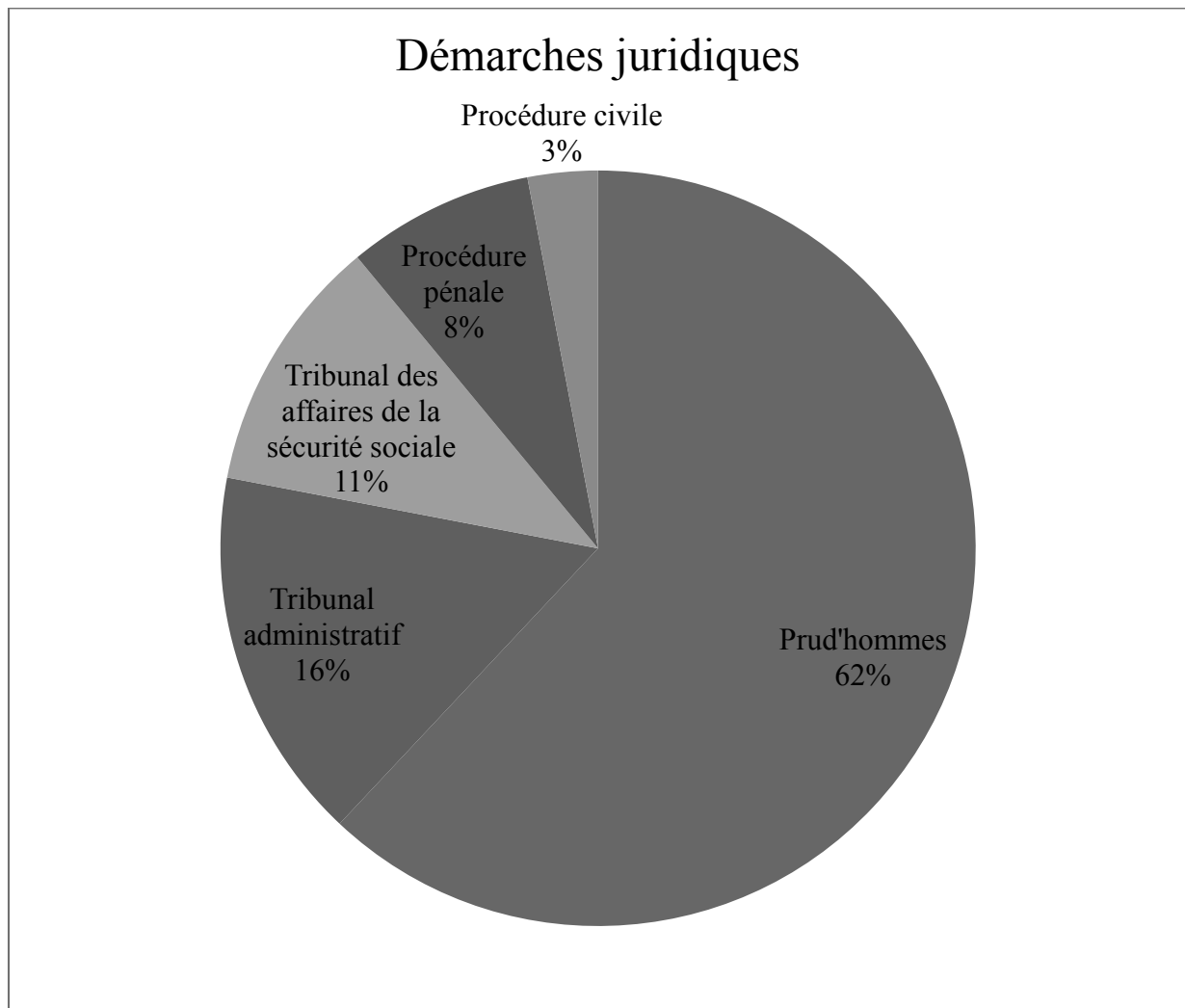


Figure 14. Répartition des démarches juridiques au moment de la consultation (en %) (n=37).

II.3.4. Orientations et conseils

La figure 15 représente la répartition des conseils donnés par le médecin lors de la consultation. On remarque que dans plus de la moitié des cas (53%) il s'agit de la poursuite d'un suivi spécialisé (n=47), le plus souvent avec un psychiatre ou une psychologue, et dans 29% des cas l'initiation d'un suivi spécialisé (n=26), qui semble nécessaire au vu de l'état psychique du patient lors de la consultation.

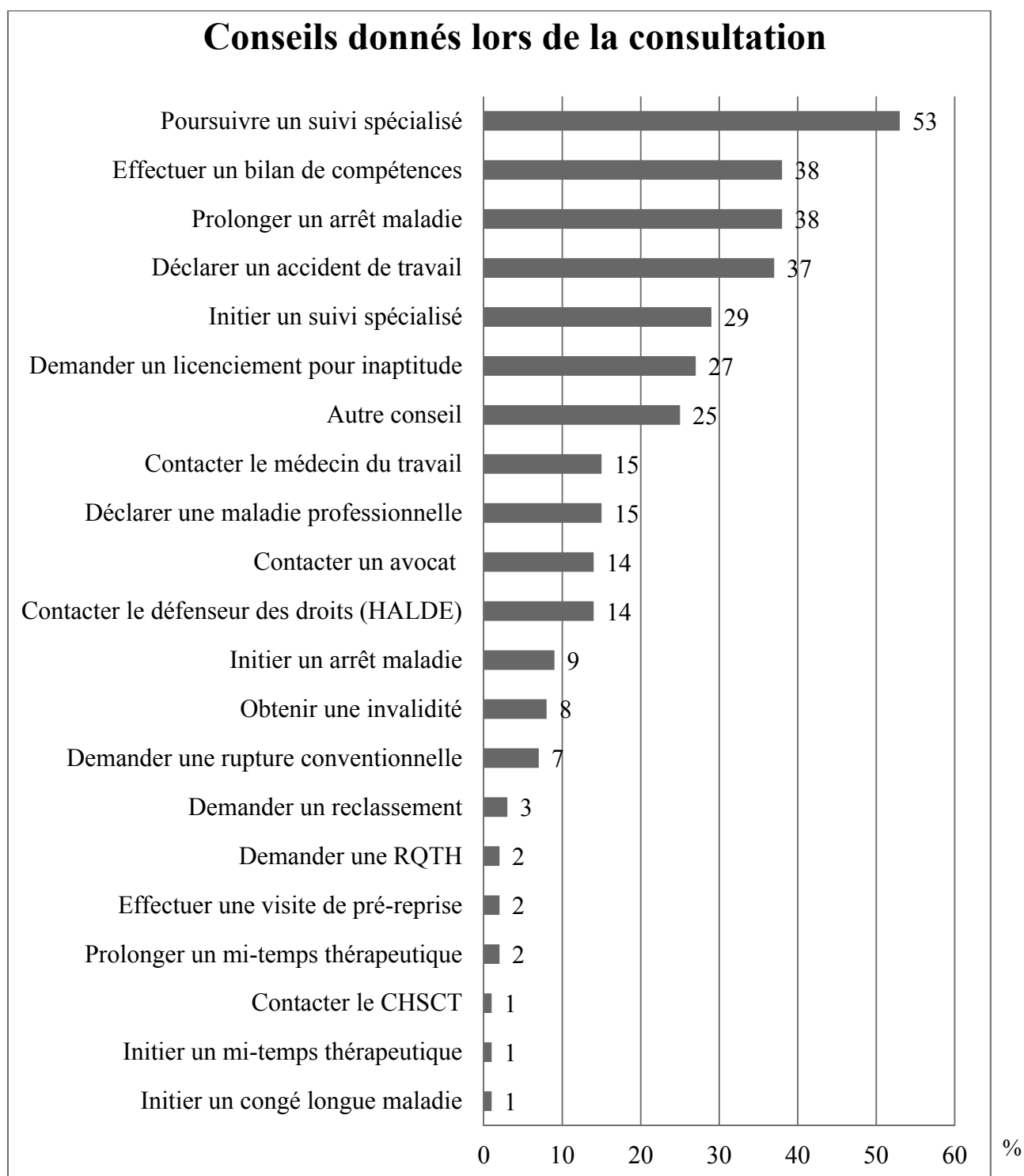


Figure 15. Répartition des conseils donnés lors de la consultation (en %).

Un bilan de compétences a été conseillé dans 38% des cas (n=34).

Dans 9% des cas (n=8), on a conseillé l'initiation d'un arrêt maladie, et dans 38% des cas (n=34), la prolongation d'un arrêt maladie déjà en cours, pour maintenir à distance le patient de son environnement de travail délétère.

Dans 27% des cas (n=24), on a conseillé un licenciement pour inaptitude, et dans 7% des cas une rupture conventionnelle (n=6).

Il était donné des conseils en vue de la déclaration ou de la redéclaration d'un accident de travail dans 37% des cas (n=33), d'une maladie professionnelle dans 15% des cas (n=13).

Dans 14% des cas (n=12), on a conseillé de contacter un avocat ou le défenseur des droits (HALDE).

Dans le groupe des « autres conseils », on trouve par exemple contacter une assistante sociale ou la CARSAT, ou bien faire pratiquer des tests neuropsychologiques, des séances de sophrologie, et dans un cas on a même conseillé au patient d'écrire son histoire).

II.3.5. Enquête à distance sur 60 patients

Sur les 89 patients vus en consultation de souffrance au travail entre le 01/01/2013 et le 30/06/2014, 61 ont pu être joints par téléphone (69%) entre le 20/01/2015 et le 24/03/2015, dont un a refusé de répondre au questionnaire, ce qui porte à 60 patients (67%) le nombre de patients répondants. Les autres patients n'ont pas pu être joints au téléphone, et pour trois d'entre eux, les numéros ne figuraient pas à la consultation et ces patients n'ont pu être retrouvés sur les pages blanches.

La comparaison des données entre les 60 patients ayant répondu au questionnaire et les 29 n'ayant pas répondu ne retrouve aucune différence significative concernant le sexe, l'âge, le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle, la taille de l'entreprise, le statut public/privé, l'ancienneté, la notion d'agissements hostiles, de harcèlement moral présumé, de burn out, l'existence d'aides internes ou externes, d'un syndrome anxio-dépressif lors de la consultation, d'un suivi psychologique ou encore la prise d'un traitement psychotrope.

Le délai moyen entre la consultation et le questionnaire téléphonique à distance était de 539 jours, soit 77 semaines, soit environ 1 an et demi. Le délai minimum était de 269 jours (38 semaines), et le délai maximum de 754 jours (108 semaines).

La figure 16 représente la répartition des conseils donnés lors de la consultation aux 60 patients qui ont répondu au questionnaire à distance, ainsi que leur taux d'application ou mise en pratique.

Conseils donnés et mis en pratique

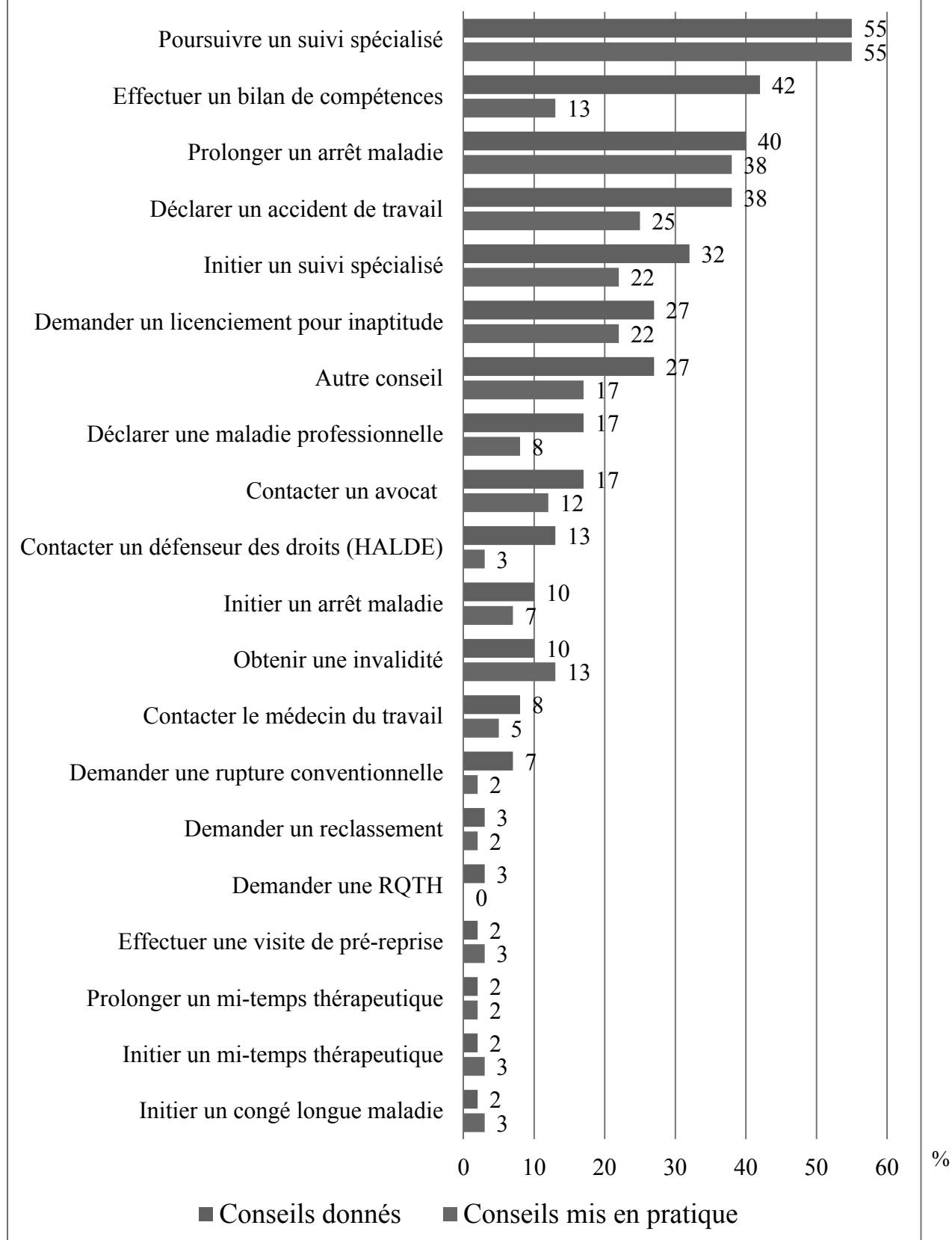


Figure 16. Répartition des conseils donnés lors de la consultation et mis en pratique (en %).

Concernant le taux de démarche et/ou conseil effectivement mis en place, on voit que l'ensemble des patients ont poursuivi leur suivi spécialisé comme conseillé, tandis que, lorsqu'on leur avait conseillé d'en mettre un en place, plus des 2 tiers l'avaient effectivement fait à distance. Prolonger un arrêt maladie était quasiment tout le temps réalisé, demander un licenciement pour inaptitude médicale très souvent.

En revanche, si 15 patients sur 23 (65%) ont finalement déclaré un accident de travail en lien avec un événement traumatisant sur le plan psychique survenu au travail, seulement 2 (soit 13% des patients ayant déclaré) ont eu effectivement une reconnaissance de leur accident de travail.

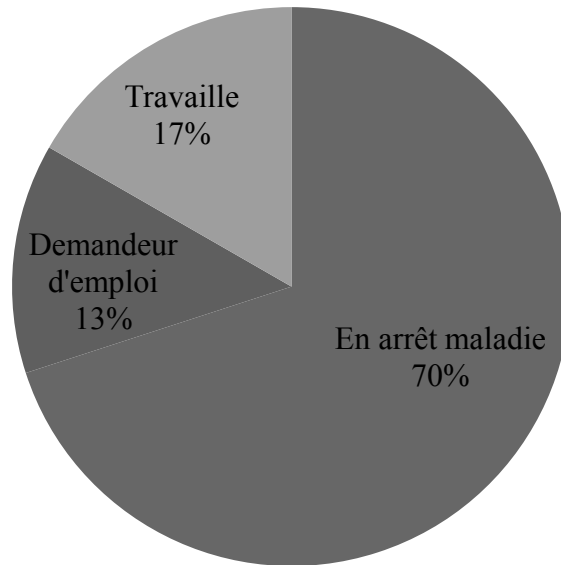
Par ailleurs, seuls 32% des patients à qui l'on avait conseillé de réaliser un bilan de compétences l'ont finalement réalisé.

Enfin, environ 13% (n=8/60) des patients avaient obtenu au moment du questionnaire téléphonique une invalidité, de catégorie 2 pour 7 patients et de catégorie 1 pour le dernier.

(i) Evolution sur le plan professionnel

La figure 17 indique la répartition de l'activité professionnelle des 60 patients lors de la consultation et lors du questionnaire à distance. On remarque beaucoup moins d'arrêts maladie à distance, environ la moitié, et même si on compte un peu plus de demandeurs d'emploi (+10%), c'est le taux de travailleurs actifs qui a le plus augmenté (+21%), traduisant une évolution favorable sur le plan professionnel chez plus de 20% des patients qui ont retrouvé un emploi.

Situation professionnelle lors de la consultation



Situation professionnelle à distance

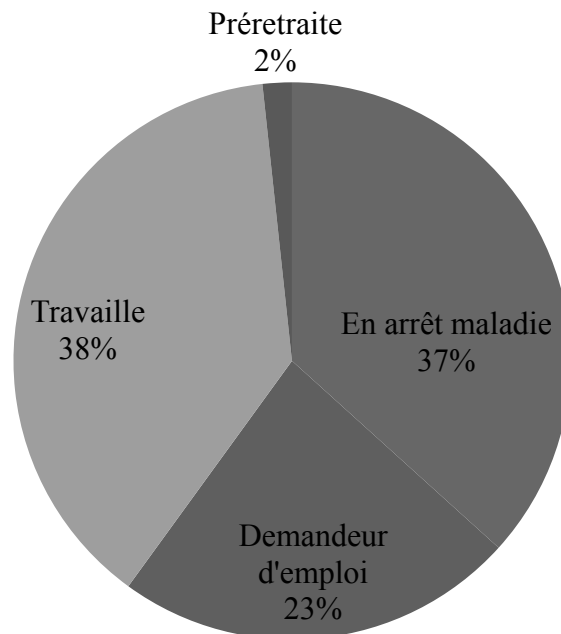


Figure 17. Répartition des situations professionnelles des 60 patients lors de la consultation (en haut) et à distance lors de l'enquête téléphonique (en bas) (en %).

Parmi les 10 patients sur 60 qui travaillaient lors de la consultation, 7 (70%) travaillent toujours dans la même entreprise, dont 5 (50%) au même poste et 2 (20%) qui ont subi une mutation. Parmi les 3 autres patients, l'un a été licencié après inaptitude, puis a retrouvé du travail dans une autre entreprise, le second a été mis en arrêt de travail et le dernier en préretraite (voir schéma 1).

Parmi les 42 patients sur 60 en arrêt maladie lors de la consultation, 21 (50%) le sont toujours lors de l'enquête à distance, 3 patients (7%) retravaillent dans la même entreprise au même poste, 4 patients (10%) à un autre poste, 5 patients (12%) travaillent dans une autre entreprise et 9 patients (21%) sont au chômage (voir figure 18). A noter que parmi ces derniers, le motif de fin de contrat a été une inaptitude dans 6 cas, une rupture conventionnelle dans 2 cas et un licenciement économique dans le dernier cas (voir schéma 1).

Enfin, parmi les 8 patients sur 60 au chômage lors de la consultation, 5 (63%) le sont toujours lors de l'enquête, tandis que 3 patients (37%) ont retrouvé un emploi dans une autre entreprise (voir schéma 1).

D'autre part, parmi les 23 patients qui travaillent lors de l'enquête à distance, 14 (61%) sont toujours dans la même entreprise, tandis que 9 (39%) ont changé d'entreprise. Néanmoins, parmi ceux qui sont restés dans la même entreprise, seulement 43% ont changé de poste (n=6) tandis que 57% sont au même poste (n=8). La figure 19 représente la situation lors de la consultation des 23 patients qui travaillent lors de l'enquête à distance.

Lors de la consultation

Entretien téléphonique à distance

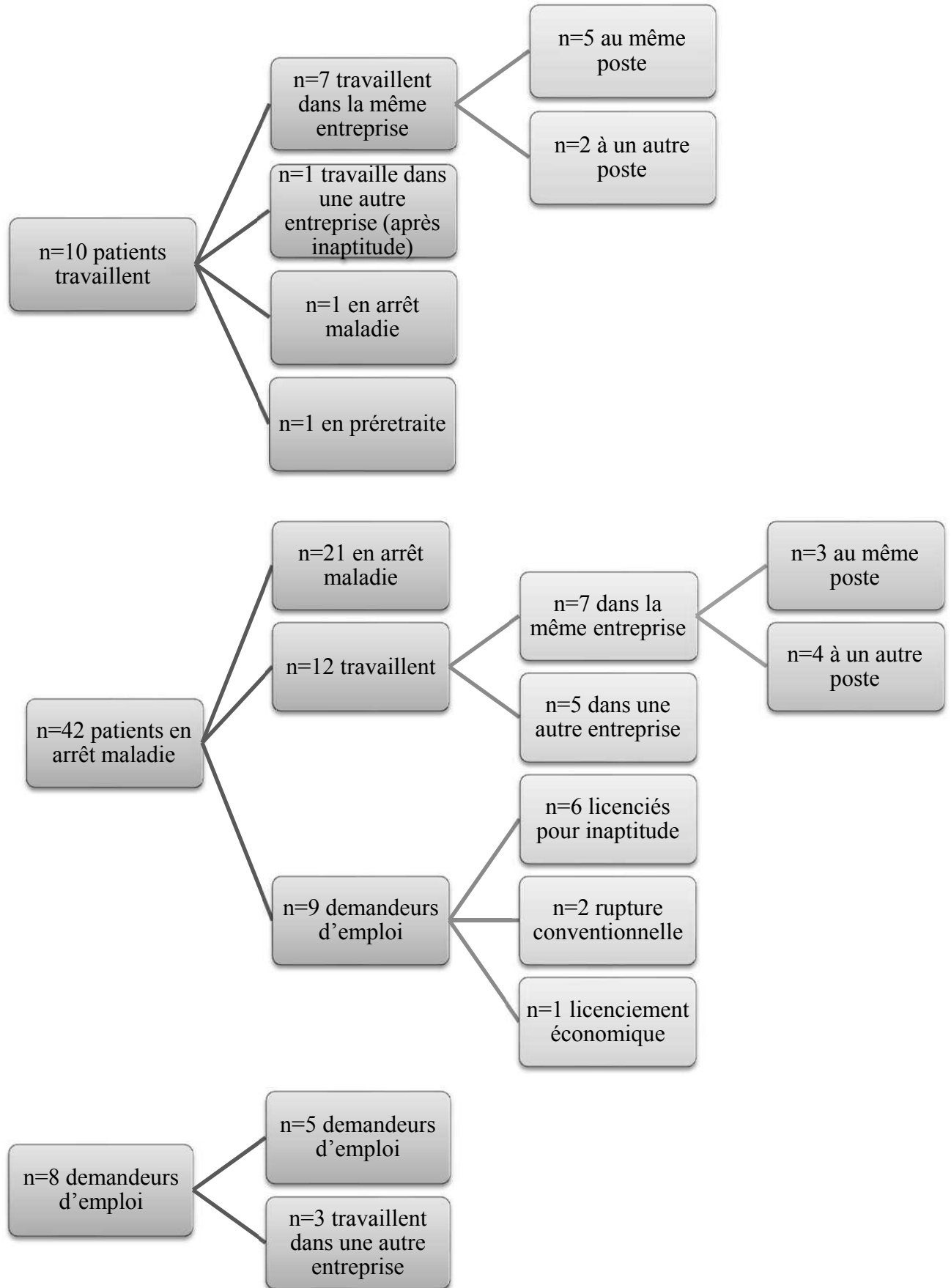


Schéma 1. Représentation du devenir professionnel des 60 patients évalués à distance.

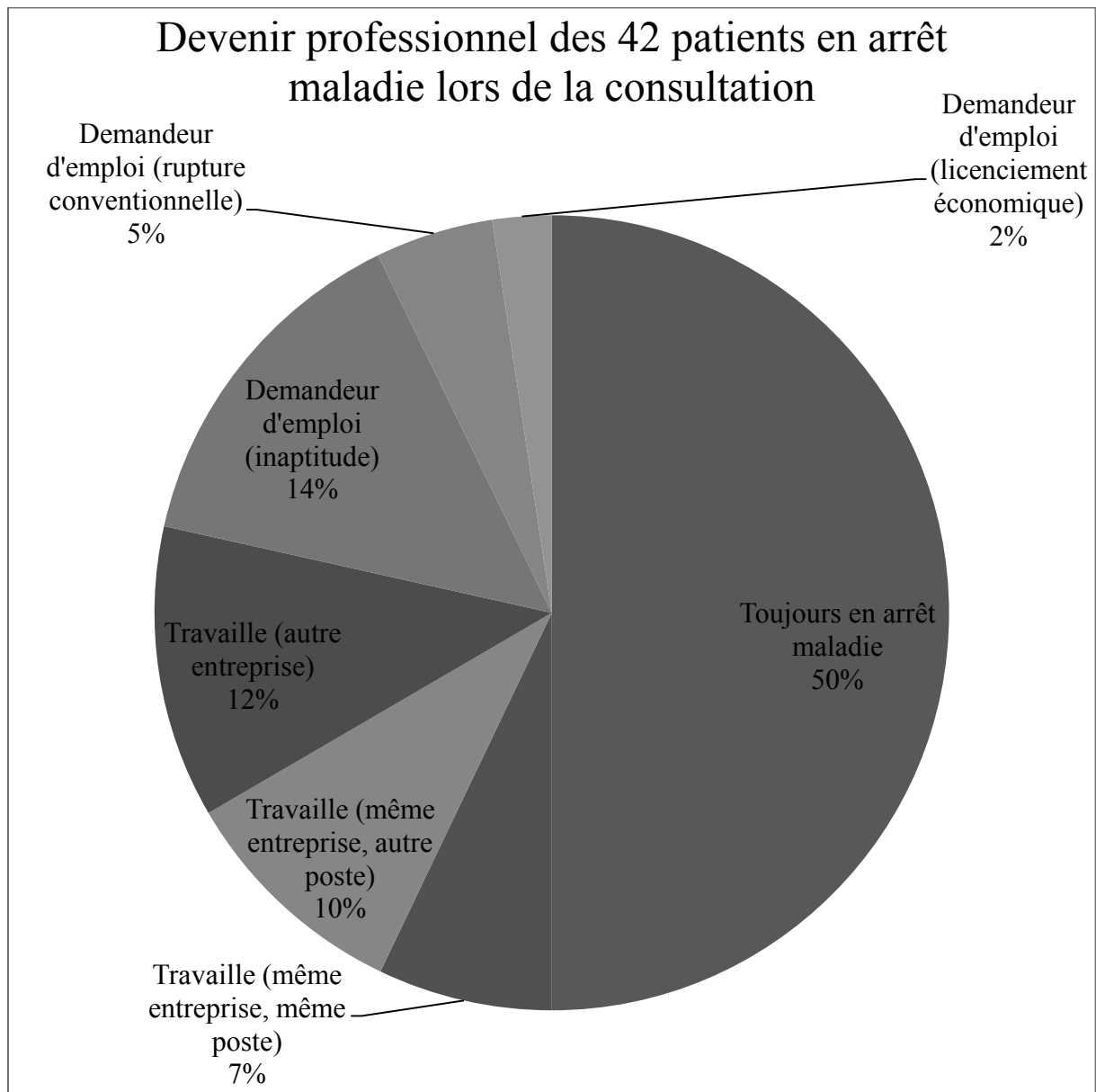


Figure 18. Devenir professionnel des 42 patients en arrêt maladie lors de la consultation (%).

Après arrêt maladie ou changement de poste, environ 67% des patients concernés (n=16) ont éprouvé des difficultés lors de la reprise du travail, dans 70% des cas en lien avec la hiérarchie, dans 50% en lien avec les collègues, dans 30% à cause surtout de problèmes médicaux. Enfin, pour 68% de l'ensemble des 60 patients, il y a perte de contact avec leurs anciens collègues.

Situation professionnelle lors de la consultation des 23 patients travaillant lors de l'enquête à distance

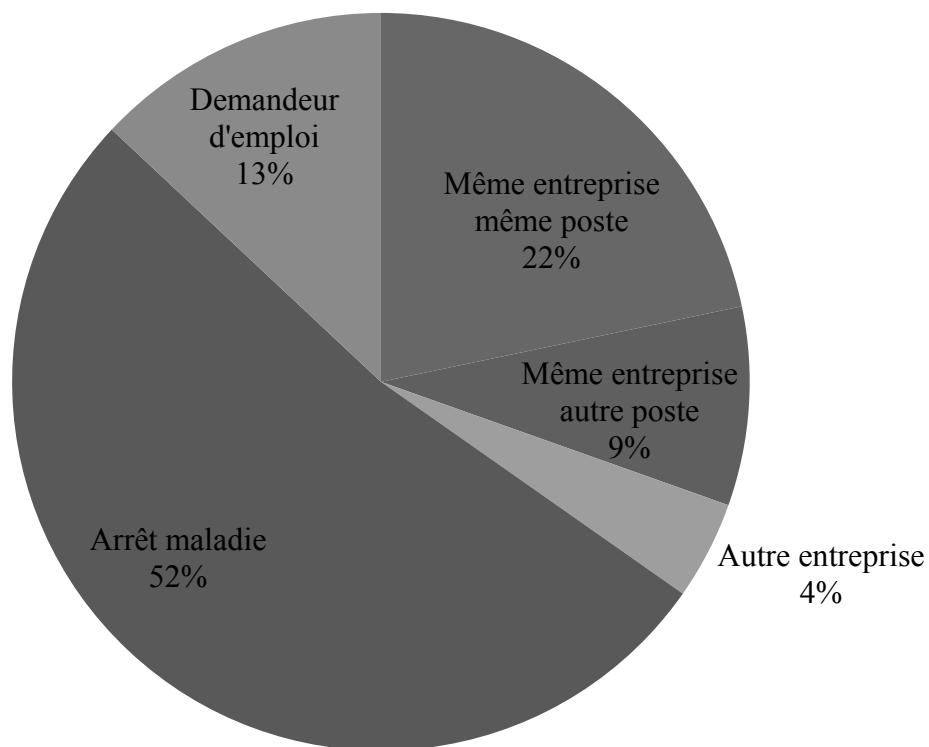


Figure 19. Situation professionnelle lors de la consultation des 23 patients travaillant lors de l'enquête à distance (en %).

Parmi les 11 patients pour lesquels une inaptitude a été prononcée, 5 (45%) ont pu retrouver un emploi, mais 6 (55%) restent actuellement demandeurs d'emploi.

Au final, 40% des patients (n=24/60) ont quitté l'entreprise, 30% des patients (n=18) sont toujours dans la même entreprise mais en arrêt maladie, et seulement 23% (n=14) des patients sont actuellement au travail dans la même entreprise.

Nous avons tenté de déterminer les facteurs favorisant le maintien dans l'emploi, en considérant les salariés qui travaillent (n=7) ou qui retravaillent (n=7) dans la même entreprise lors de l'évaluation à distance (donc 14 salariés sur 60 dans notre étude), que ce soit on non au même poste (voir tableau 1).

Nous n'avons pu mettre en évidence de lien significatif entre, d'une part, le maintien dans l'emploi et, d'autre part, le délai du questionnaire, le sexe, l'âge, l'ancienneté, la catégorie socioprofessionnelle (non représentée sur le tableau 1), la notion de harcèlement moral présumé, l'existence d'un syndrome anxio-dépressif lors de la consultation ou à distance, d'un suivi psychologique, de la prise d'un traitement psychotrope, de pathologies somatiques.

En revanche, la taille de l'entreprise est un facteur significativement associé au maintien dans l'emploi. En effet, les salariés des entreprises de 500 employés ou plus ont significativement plus de chances de rester dans leur entreprise ($p=0.03$). On observe, en pratique, 71% (n=10/14) de maintien dans l'emploi dans les entreprises de plus de 500 employés, versus 35% (n=16/46) dans les entreprises de moins de 500 employés.

De même, un niveau d'éducation plus élevé semble associé au maintien dans l'emploi, avec en moyenne 14.7 ans de scolarité depuis le CP (donc Bac + 2.7 ans) dans le groupe des patients maintenus dans leur emploi versus 12.7 ans (Bac + 0.7 ans) pour les autres ($p=0.005$).

D'autre part, le fait de travailler lors de la consultation est logiquement prédictif du maintien dans l'emploi ($p<0.001$).

		Maintien dans l'emploi n=14	Arrêt maladie ou fin de contrat n=46	
Délai du questionnaire	Moyenne [mini-maxi]	549 jours [294-741]	536 jours [269-754]	p=0.76
Sexe	Femmes	n=9 (64%)	n=27 (59%)	p=0.77
	Hommes	n=5 (36%)	n=19 (41%)	
Age	Moyenne [mini-maxi]	44 ans [32-62]	48 ans [25-63]	p=0.15
Niveau d'études	Années à partir du CP	14.7 ans [11-20]	12.7 ans [9-22]	<u>p=0.005</u>
Ancienneté	Moyenne [mini-maxi]	11.9 ans [4-28]	15.9 [1-39]	p=0.22
Taille de l'entreprise	< 500 employés	n=4 (29%)	n=30 (65%)	<u>p=0.03</u>
	> 500 employés	n=10 (71%)	n=16 (35%)	
Statut public/privé	Public	n=9 (64%)	n=15 (33%)	p=0.06
	Privé	n=5 (36%)	n=31 (67%)	
Travaille lors de la consultation	Oui	n=7 (50%)	n=3 (7%)	<u>p<0.001</u>
	Non	n=7 (50%)	n=43 (93%)	
Harcèlement moral présumé	Oui	n=3 (21%)	n=17 (37%)	p=0.35
	Non	n=11 (79%)	n=29 (63%)	
Syndrome anxio-dépressif lors de la consultation	Oui	n=11 (79%)	n=43 (93%)	p=0.13
	Non	n=3 (21%)	n=3 (7%)	
Syndrome anxio-dépressif à distance	Oui	n=6 (43%)	n=25 (54%)	p=0.55
	Non	n=8 (57%)	n=21 (46%)	
Traitement psychotrope lors de la consultation	Oui	n=9 (64%)	n=33 (72%)	p=0.74
	Non	n=5 (36%)	n=13 (28%)	
Suivi psychologique	Oui	n=10 (71%)	n=25 (54%)	p=0.36
	Non	n=4 (29%)	n=21 (46%)	
Pathologies somatiques	Oui	n=5 (36%)	n=25 (54%)	p=0.36
	Non	n=9 (64%)	n=21 (46%)	
Conseil juridique lors de la consultation	Oui	n=5 (36%)	n=32 (70%)	<u>p=0.03</u>
	Non	n=9 (64%)	n=14 (30%)	

Tableau 1. Facteurs associés au maintien dans l'emploi.

On observe que l'existence d'un conseil juridique au moment de la consultation est un facteur péjoratif de maintien dans l'emploi. Seuls 36% (n=5/14) des patients maintenus dans leur emploi avaient contacté un conseiller juridique, versus 70% (n=32/46) des patients ayant quitté l'entreprise ou en arrêt maladie (p=0.03).

On observe enfin une tendance à un maintien dans l'emploi plus important dans le domaine public (64% versus 33% pour le privé), à la limite de la significativité (p=0.06).

Nous avons par ailleurs tenté de déterminer les facteurs prédictifs du fait de travailler ou pas à distance de la consultation, que ce soit ou non dans la même entreprise (n=23 patients sur 60 concernés dans notre étude). Il n'a pas été mis en évidence de différence significative concernant le délai du questionnaire, le sexe, l'âge, le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle, la taille de l'entreprise, le statut public/privé, l'ancienneté, la notion d'agissements hostiles, de violence interne ou externe qu'elle soit physique ou psychologique, la notion de perte de sens ou d'injonction paradoxale, la notion de harcèlement moral présumé, la présence d'aides internes ou externes, l'état thymique lors de la consultation ou à distance, de pathologies somatiques, la prise d'un traitement psychotrope, l'existence d'un suivi psychologique, une mise en inaptitude, un reclassement, une rupture conventionnelle, un licenciement économique, ou encore le fait d'avoir eu finalement gain de cause lors des démarches juridiques.

Seul le fait de travailler lors de la consultation augmente statistiquement la probabilité de travailler lors de l'évaluation à distance (p=0.005). L'absence de consultation d'un conseiller juridique au moment de la consultation tend aussi à augmenter la probabilité de travailler à distance, mais de manière non significative (p=0.07).

(ii) Evolution sur le plan juridique

Les 37 patients ayant effectué des démarches juridiques se sont, pour la quasi-totalité, servis du compte rendu de la consultation. Les démarches étaient terminées lors de l'enquête à distance pour 38% des patients (n=14), et l'issue des démarches a été favorable dans 64% des cas (n=9).

Une enquête a été menée dans l'entreprise de 48% des patients (n=43), par le CHSCT dans 30% des cas (n=13).

(iii) Evolution sur le plan médical, psychologique et sur le plan des addictions

Sur une échelle numérique de 0 à 10 (sur le modèle de l'échelle de Chamoux et Simard), les patients ont en moyenne estimé leur stress au moment de leur épisode de souffrance à 8.6 (écart-type 1.62).

Le degré de leur souffrance elle-même, estimée selon le même principe, était en moyenne de 9.05 (écart-type 1.14) au moment de la consultation et de 4.95 (écart-type 2.89) au moment de l'entretien à distance, la diminution entre les 2 périodes étant significative ($p < 0.001$).

Le score moyen sur 21 obtenu à l'HAD (Annexe 2) passée en fin d'entretien téléphonique était de 9.4 [extrêmes 1-19] pour la partie anxiété et de 7.4 [0-19] pour la partie dépression. Cela se traduisait, selon l'interprétation du test, par 45% de patients anxieux (n=27, avec score anxiété > 10) et 30% de patients dépressifs (n=18, avec score dépression > 10).

Plus de la moitié des patients (n=31, 52%) étaient ainsi anxieux (n=13, 22%) ou dépressif (n=4, 7%) ou les deux (n=14, 23%). De plus, 7 patients (12%) étaient jugés limites (au moins un score entre 8 et 10), et 37% des patients (n=22) se révélaient en revanche euthymiques (voir figure 20). On ne comptait aucune tentative de suicide depuis la consultation.

Pour 43% des patients (n=26), l'épisode de souffrance au travail a eu des répercussions sur la consommation médicamenteuse, en particulier de psychotropes. On remarquera heureusement une baisse significative du nombre de patients prenant un traitement psychotrope à distance de la consultation, respectivement n=42 (70%) et n=26 (43%) (p=0.046).

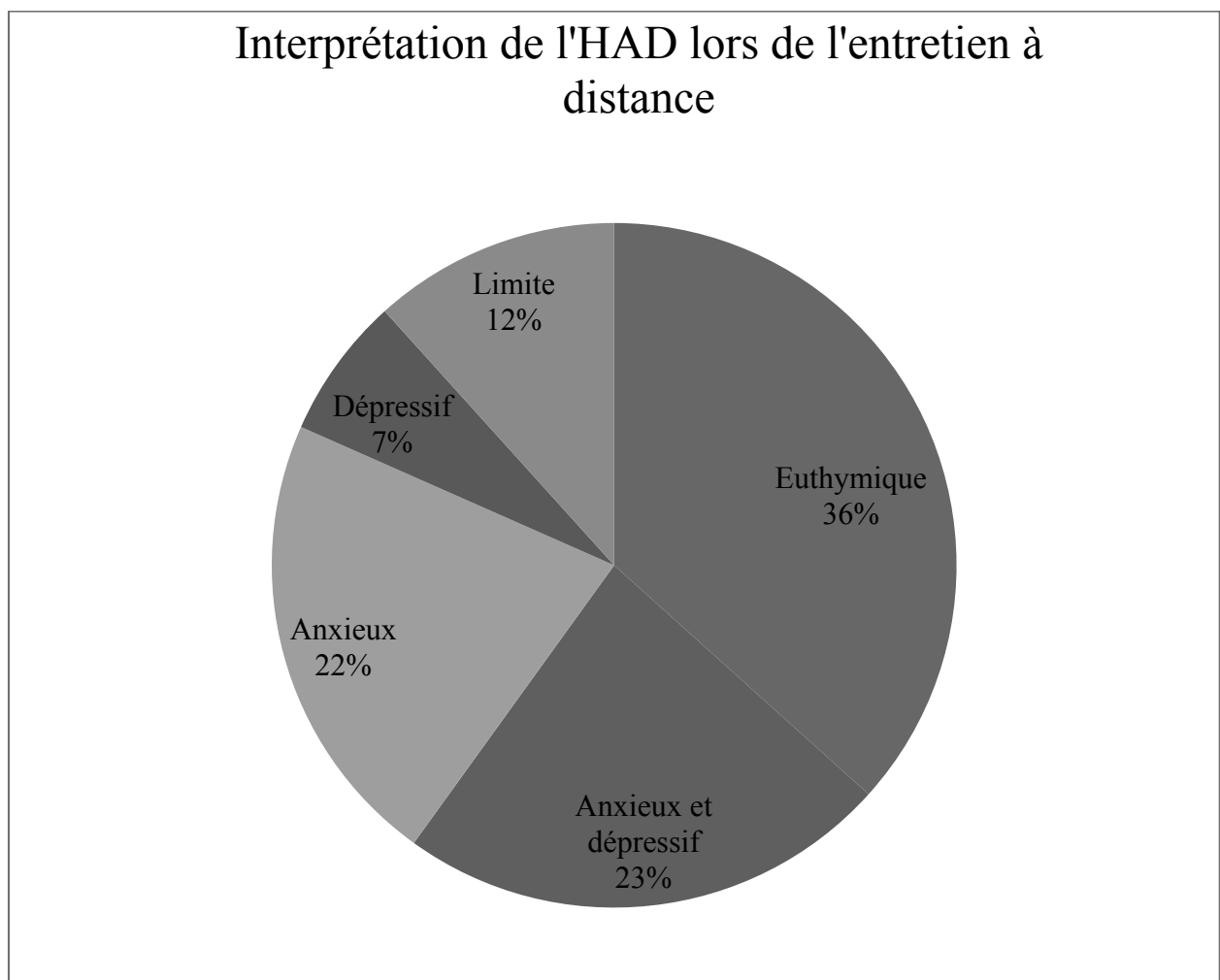


Figure 20. Etat psychologique selon l'HAD des 60 patients à distance (en %).

Pour rappel, sur le plan des addictions, au moment de la consultation, 10 des 60 patients (17%) pensaient avoir modifié leur consommation de tabac suite à leur épisode de souffrance, 17% d'alcool (n=10), et 27% des patients souffraient d'achats compulsifs (n=16). On comptait également 5 cas de jeux pathologiques (8%). Enfin, 82% des patients (n=49) estimaient que leur souffrance avait eu des conséquences sur leur consommation de nourriture.

Au moment de l'entretien téléphonique, 5% des patients estimaient qu'il existait encore un impact de leur souffrance sur leur consommation de tabac (n=3), 3% sur leur consommation d'alcool (n=2) et 3% sur leurs achats (n=2). On ne comptait plus aucun cas de jeu pathologique. Enfin, 28% des patients (n=17) estimaient encore avoir des difficultés vis-à-vis de la nourriture (voir figure 21).

Concernant l'évolution des consommations et comportements addictifs entre la consultation et le questionnaire à distance, on notera une baisse significative de la dépendance à l'alcool (p=0.03), au tabac (p=0.004), à la nourriture (p=0.02), et une tendance à la baisse d'achats pathologiques (p=0.07).

Nous avons tenté de déterminer des facteurs prédictifs du fait d'être euthymique à distance (voir tableau 2). Il n'a pas été mis en évidence de lien significatif entre, d'une part, le fait d'être euthymique lors de l'évaluation à distance, et, d'autre part, le délai du questionnaire, le sexe, l'âge, le niveau d'études, l'ancienneté, la taille de l'entreprise, le statut public/privé, le fait de travailler lors de la consultation ou à distance, la notion de harcèlement moral présumé, l'existence d'un syndrome anxio-dépressif lors de la consultation, l'existence d'un suivi psychologique, de pathologies somatiques, d'un conseil juridique.

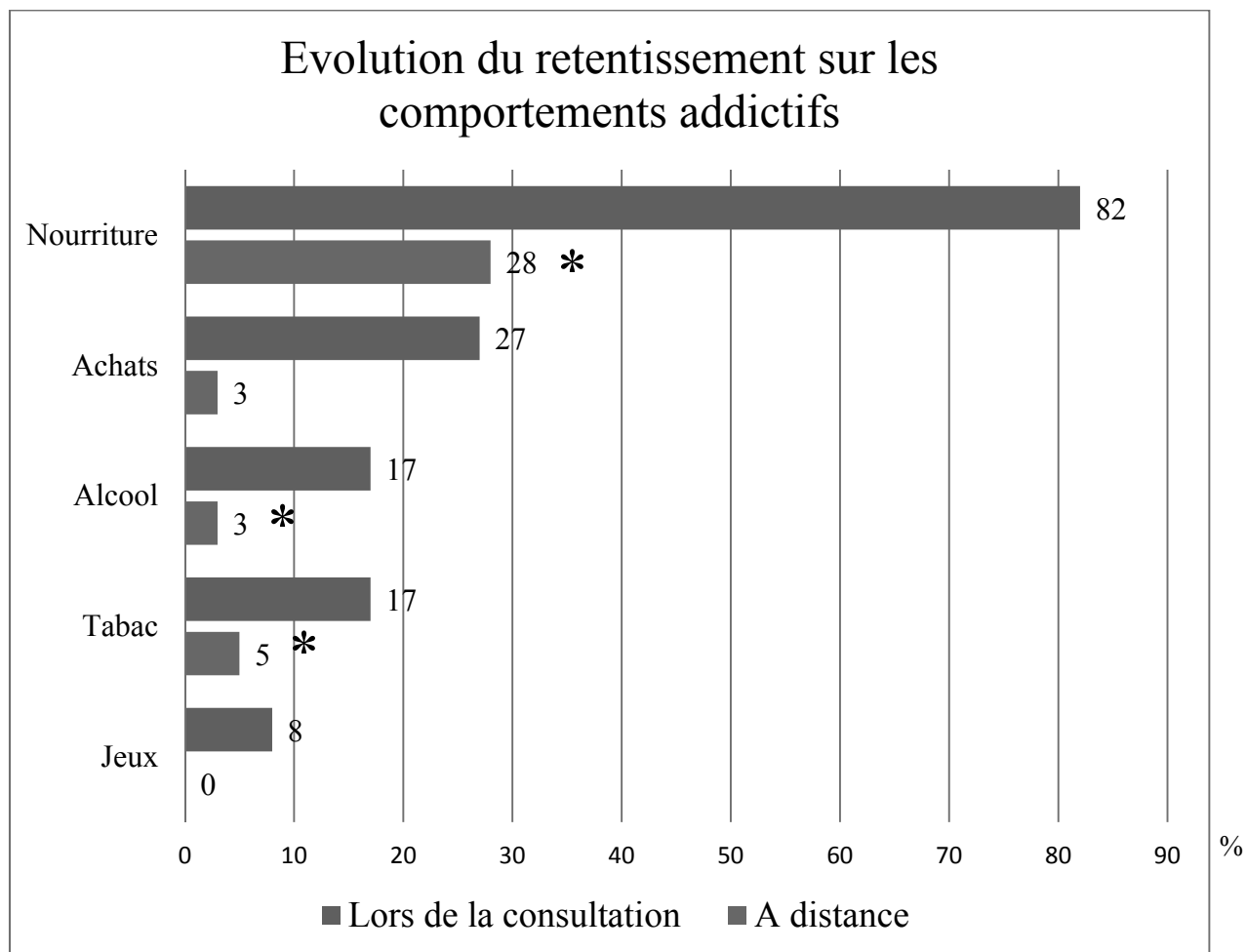


Figure 21. Evolution du retentissement de la souffrance au travail sur les comportements addictifs au moment de la consultation et à distance (en %). * = baisse significative.

En revanche, l'absence de prise de traitement psychotrope au moment de la consultation augmentait significativement les chances d'être euthymique à distance ($p=0.02$), et il existe une tendance à davantage être euthymique à distance lorsqu'on travaille dans le public, mais non significative ($p=0.10$).

		Euthymique à distance n=22	Anxieux et/ou dépressif ou douteux n=38	
Délai du questionnaire	Moyenne [mini-maxi]	553 jours [269-728]	532 jours [300-754]	p=0.57
Sexe	Femmes	n=12 (55%)	n=24 (63%)	p=0.59
	Hommes	n=10 (45%)	n=14 (37%)	
Age	Moyenne [mini-maxi]	46 ans [25-62]	48 ans [26-63]	p=0.57
Niveau d'études	Années à partir du CP	13.4 ans [11-20]	12.7 ans [9-22]	p=0.61
Ancienneté	Moyenne [mini-maxi]	13.1 ans [1-38]	16 [1-39]	p=0.30
Taille de l'entreprise	< 500 employés	n=13 (59%)	n=21 (55%)	p=0.79
	> 500 employés	n=9 (41%)	n=17 (45%)	
Statut public/privé	Public	n=12 (55%)	n=12 (32%)	p=0.10
	Privé	n=10 (45%)	n=26 (68%)	
Travaille lors de la consultation	Oui	n=4 (18%)	n=6 (16%)	p=1
	Non	n=18 (82%)	n=32 (84%)	
Harcèlement moral présumé	Oui	n=6 (27%)	n=14 (37%)	p=0.57
	Non	n=16 (73%)	n=24 (63%)	
Syndrome anxio-dépressif lors de la consultation	Oui	n=18 (82%)	n=36 (95%)	p=0.18
	Non	n=4 (18%)	n=2 (5%)	
Travaille à distance	Oui	n=9 (41%)	n=14 (37%)	p=0.79
	Non	n=13 (59%)	n=24 (63%)	
Traitement psychotrope lors de la consultation	Oui	n=11 (50%)	n=31 (82%)	<u>p=0.02</u>
	Non	n=11 (50%)	n=7 (18%)	
Suivi psychologique	Oui	n=14 (64%)	n=21 (55%)	p=0.59
	Non	n=8 (36%)	n=17 (45%)	
Pathologies somatiques	Oui	n=11 (50%)	n=19 (50%)	p=1
	Non	n=11 (50%)	n=19 (50%)	
Conseil juridique lors de la consultation	Oui	n=14 (64%)	n=23 (61%)	p=1
	Non	n=8 (36%)	n=15 (39%)	

Tableau 2. Facteurs associés au fait d'être euthymique à distance.

L'état thymique lors de la consultation n'était pas associé de façon significative à une augmentation des différentes addictions recherchées (alcool, tabac, jeux, achats, nourriture) que ce soit au moment de la consultation ou à distance.

L'état thymique à distance n'était pas non plus influencé de façon significative par une augmentation des comportements addictifs au moment de la consultation, en dehors d'une catégorie (voir tableau 3). En effet, les patients euthymiques à distance souffraient significativement moins d'achats compulsifs lors de la consultation que les anxio-dépressifs (respectivement 9% et 37%, $p=0.03$).

D'autre part, on trouvait une tendance à observer moins de troubles du comportement alimentaire chez les patients euthymiques lors de l'évaluation à distance, mais de façon non significative (respectivement 14% et 37%, $p=0.08$).

(iv) Evolution sur le plan familial et de la qualité de vie

Environ 82% des patients ($n=49$) contactés à distance ont jugé que leur souffrance au travail avait eu un impact significatif sur leur vie familiale, et pour 58% des patients ($n=35$) elle en avait encore.

Sur une échelle de 0 à 10, les patients ont tenté d'évaluer le retentissement de leur épisode de souffrance au travail sur leur qualité de vie. Le score moyen était de 8.28 (écart-type 2.25) pour la période de la consultation, et de 4.58 (écart-type 3.21) pour la période où ils ont été

			Euthymique à distance n=22	Anxieux et/ou dépressif ou douteux n=38	
Alcool	Consultation	Oui Non	n=3 (14%) n=19 (86%)	n=7 (18%) n=31 (82%)	p=0.73
	A distance	Oui Non	n=0 (0%) n=22 (100%)	n=2 (5%) n=36 (95%)	p=0.53
Tabac	Consultation	Oui Non	n=3 (14%) n=19 (86%)	n=7 (18%) n=31 (82%)	p=0.73
	A distance	Oui Non	n=0 (0%) n=22 (100%)	n=3 (8%) n=35 (92%)	p=0.29
Achats	Consultation	Oui Non	n=2 (9%) n=20 (91%)	n=14 (37%) n=24 (63%)	<u>p=0.03</u>
	A distance	Oui Non	n=0 (0%) n=22 (100%)	n=2 (5%) n=36 (95%)	p=0.53
Jeux	Consultation	Oui Non	n=1 (5%) n=21 (95%)	n=4 (11%) n=34 (89%)	p=0.64
	A distance	Oui Non	n=0 (0%) n=22 (100%)	n=0 (0%) n=38 (100%)	Non applicable
Nourriture	Consultation	Oui Non	n=16 (73%) n=6 (27%)	n=33 (87%) n=5 (13%)	p=0.19
	A distance	Oui Non	n=3 (14%) n=19 (86%)	n=14 (37%) n=24 (63%)	p=0.08

Tableau 3. Liens entre les comportements addictifs et le fait d'être euthymique à distance (les cas de patients non dépendants).

recontactés à distance, la diminution observée entre les 2 périodes étant significative ($p < 0.001$).

La notion de harcèlement moral rapportée par certains patients n'influçait pas significativement le pronostic thymique, ni le pronostic professionnel.

Au final, 30% des patients (n=18) ont jugé que les conséquences de leur situation de souffrance au travail se sont traduites par une « bonne opportunité ».

Environ 44% des patients (n=26) se sentent moins utiles, 26% (n=16) utiles de manière inchangée et 30% (n=18) plus utiles qu'avant leur épisode de souffrance.

De manière parallèle, 44% des patients (n=26) se sentent moins investis, 39% (n=24) investis de manière inchangée et seulement 17% (n=10) plus investis qu'avant leur épisode de souffrance.

(v) Evaluation de la consultation par le patient

Concernant le délai de rendez-vous, 47% des patients (n=28) se disaient satisfaits, et ils étaient satisfaits de la durée de la consultation et de l'accueil et écoute de la part du médecin à l'unanimité (n=60), de même 97% (n=58) des patients ont jugé cette consultation utile, et 15% (n=9) auraient aimé plus de renseignements. Enfin, 60% des patients (n=36) ont jugé qu'une seule consultation suffisait.

Lorsque la consultation était jugée utile, la raison invoquée était le soutien psychologique dans 93% des cas, une aide à la compréhension de la situation dans 88% des cas, les conseils pour les démarches administratives et sociales dans 50% des cas, pour les démarches juridiques dans 45% des cas, pour l'aide à la compréhension de la notion d'aptitude et inaptitude dans 35% des cas et pour l'aide au maintien au poste de travail dans 12% des cas (voir figure 22).

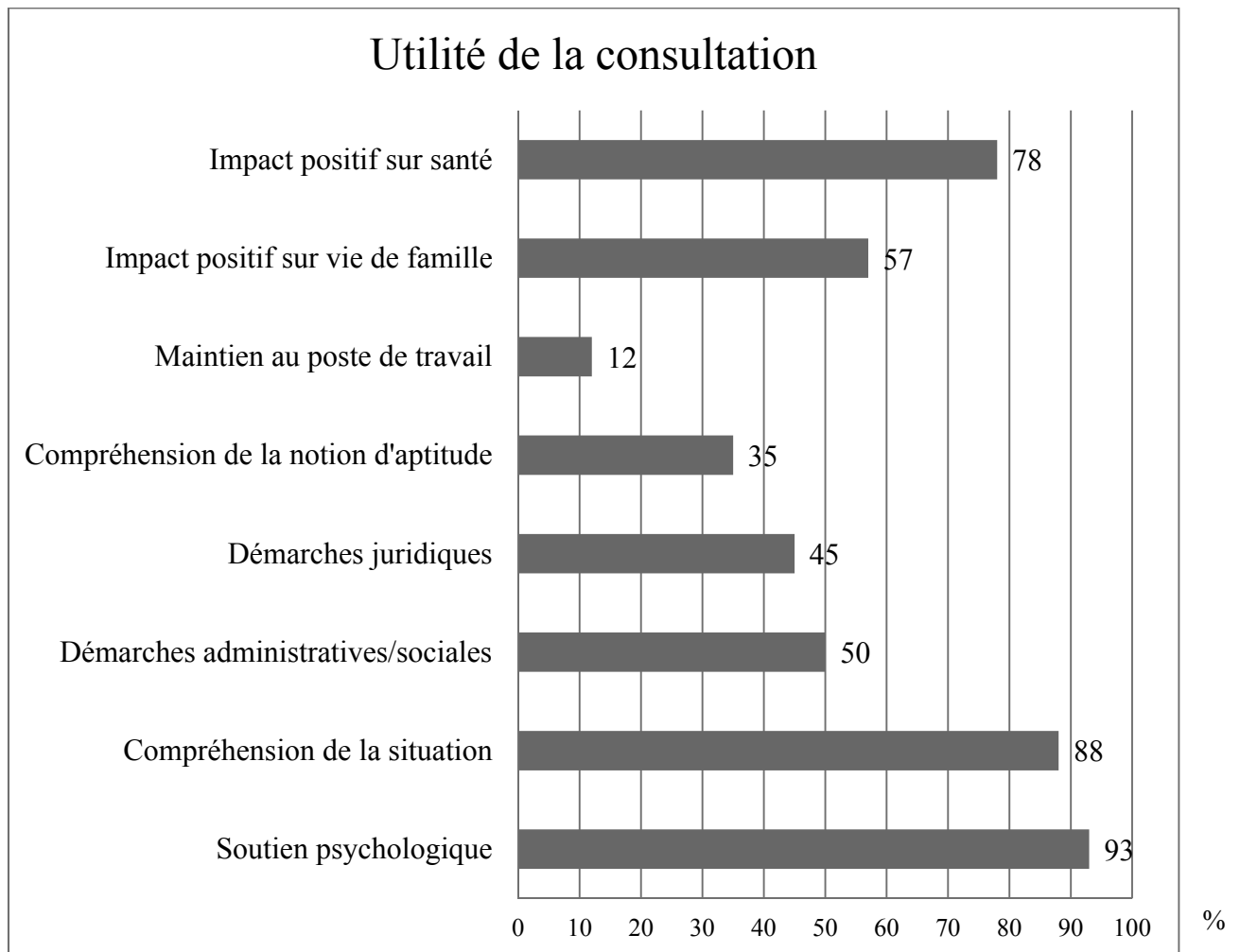


Figure 22. Evaluation de l'utilité de la consultation par les patients (en %).

Pour 57% des patients (n=34), la consultation de souffrance au travail a eu un impact positif sur le plan de la vie de famille et de l'équilibre familial, et pour 78% (n=47) un impact positif sur le plan de leur santé.

Concernant les suggestions des patients, spontanées et que nous avons essayé de regrouper si possible, 20% (n=12) souhaiteraient une deuxième consultation, et 20% (n=12) également suggèrent de raccourcir le délai de la consultation (voir figure 23). On compte 7% de patients

(n=4) qui auraient aimé pouvoir s'exprimer plus lors de la consultation, et 5% (n=3) qui suggèrent de donner plus d'informations pour les démarches.

Environ 3% (n=2) suggèrent d'intensifier la chasse aux fautes d'orthographe et aux erreurs de dates, 1 patient aurait préféré une consultation plus courte, et 1 autre aurait apprécié un SAS de décompression après la consultation. Enfin, 1 patient suggère de faire de la publicité à cette consultation de souffrance au travail.

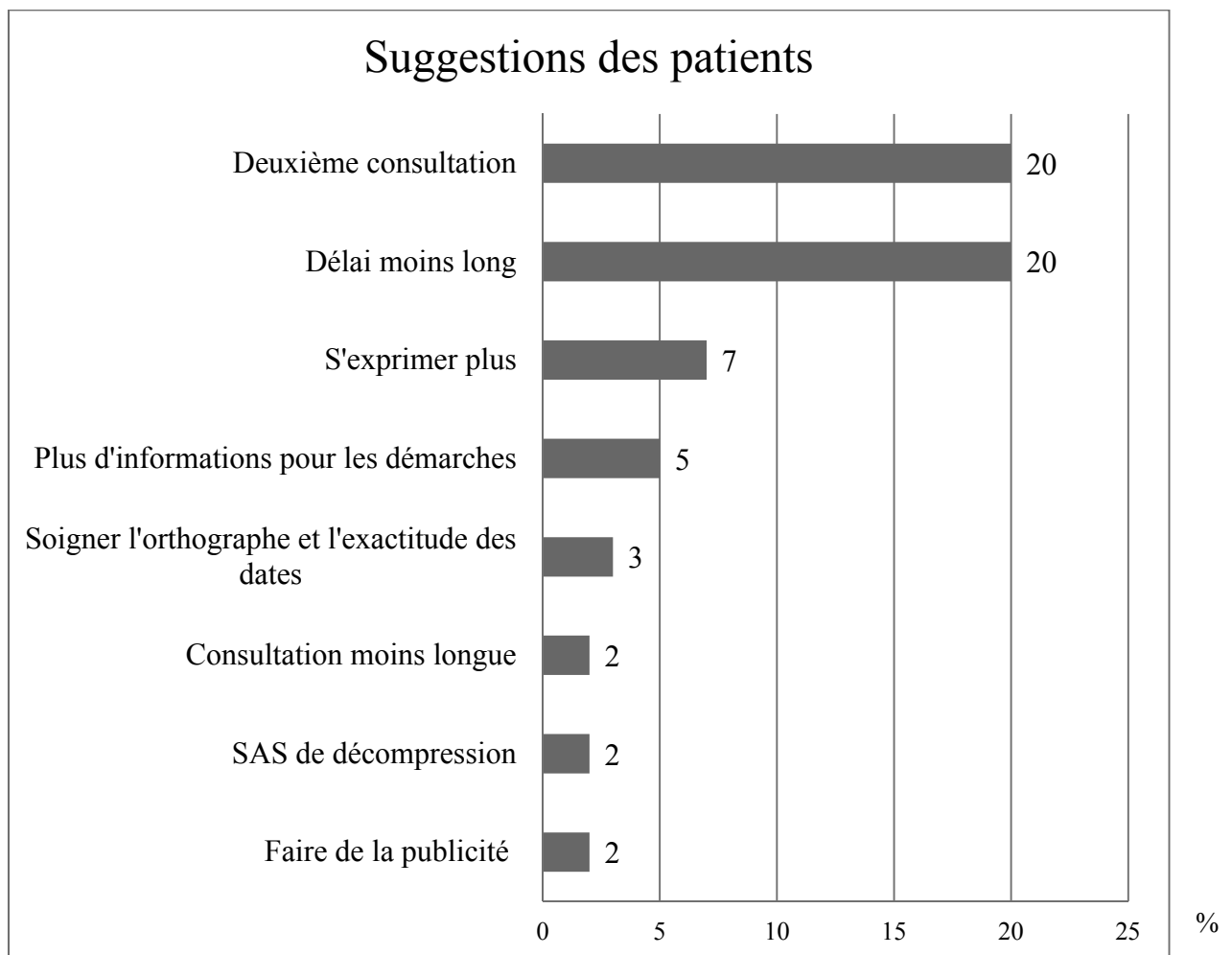


Figure 23. Suggestions des patients concernant la consultation de souffrance au travail (en %).

II.4. Discussion

II.4.1. Justification des objectifs de l'étude

La souffrance au travail fait l'objet depuis quelques années d'un nombre croissant d'études et de recherches de la part des médecins du travail et des services de consultation de pathologie professionnelle. La plupart des études sur le sujet se sont cependant centrées sur le harcèlement moral, alors que d'autres situations professionnelles sont aussi à risque de morbidité psychopathologique et de conséquences professionnelles. Tout comme dans le travail de l'équipe de Nancy (78), il nous a paru important de recenser et décrire également les autres contextes de souffrance, tels que les conflits interpersonnels, les cas d'injonction paradoxale, d'agissements hostiles, qui surviennent comme on l'a vu dans un contexte de restructuration d'entreprise dans plus de 3 cas sur 4.

Ainsi, il nous a paru intéressant d'évaluer après plus de 5 ans de fonctionnement cette consultation de pathologie professionnelle portant sur la souffrance au travail et les risques psycho-sociaux. Comme nous l'avons abordé précédemment, c'est un thème de société récent mais de plus en plus présent, probablement parce que révélateur des conséquences parfois néfastes des évolutions du monde du travail. Il n'existait pas à notre connaissance d'étude portant sur l'évolution des patients vus en consultation de souffrance au travail au CHU de Rouen, alors qu'on peut retrouver quelques études sur ce thème réalisées depuis une dizaine d'années dans d'autres CHU de France (35, 78, 79, 80, 81, 82). Il nous a paru important de dresser un premier bilan au CHU de Rouen, tout en précisant les caractéristiques de la

population concernée, et si possible l'avenir des patients sur le plan psychologique et professionnel. Il nous a aussi paru souhaitable d'évaluer le ressenti des patients lors de cette consultation, le bénéfice ressenti après la consultation, et de rechercher des suggestions de leur part afin de tenter d'améliorer nos pratiques. Enfin, disposant des données d'autres études menées en France sur cette consultation de souffrance au travail, nous avons essayé de comparer, lorsque cela était possible, nos résultats avec ceux des autres équipes concernées (35, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84). Chaque CHU a sa propre méthode de consultation, et il nous a ainsi paru important d'analyser la nôtre, et de voir si les remarques et suggestions des patients peuvent nous aider à améliorer nos pratiques.

II.4.2. Justification de la méthode et biais

Afin de remplir cette mission, il a fallu évidemment recueillir les données de la consultation, qui donne heureusement lieu à un compte rendu très détaillé dont, on l'a vu, le patient se sert d'ailleurs très souvent dans ses démarches. Ce compte rendu reflète aussi la durée de la consultation, qui dure plus de 3 heures et parfois plus de 4 heures, et comprend de très nombreuses informations concernant l'entreprise, l'employé, l'histoire de la souffrance, l'analyse des éléments recueillis, les conseils prodigués.

Il existe cependant des biais méthodologiques. Si l'on souhaite extrapoler les données de la consultation aux salariés en souffrance au travail de façon générale, il faut garder à l'esprit que notre étude peut présenter plusieurs biais. En premier lieu, un biais de recrutement, lié au fait que de nombreux patients vus en consultation de souffrance au travail sont adressés par un

médecin, donc parfois en deuxième intention, reflétant ainsi peut-être une représentation plus importante de cas sévères ou complexes, avec un pronostic moins favorable. Nos résultats ne reflèteraient ainsi pas exactement la population active de Haute-Normandie en souffrance. Cependant, ce biais est probablement assez limité dans notre étude, compte-tenu du fait que n'importe qui pouvait adresser un patient en consultation de souffrance au travail, et même dans plusieurs cas le patient venait de lui-même. Dans plusieurs autres études sur le sujet, plus de 95% des patients étaient adressés pour second avis quant à des suspicions de harcèlement moral, induisant une sélection des patients nettement plus importante. Le biais lié au recueil de données est sûrement lui-aussi assez limité, les consultations étant toutes, lors de la période étudiée, effectuées par le même médecin, utilisant dans ses entretiens et ses compte rendus de consultation toujours les mêmes termes et les mêmes formulations, facilitant le recueil de données. Le biais d'analyse induit par les perdus de vue était probablement négligeable, la comparaison des patients ayant répondu ou non au questionnaire à distance n'ayant rien montré de significatif. L'effectif de notre population était par ailleurs probablement insuffisant pour mettre en évidence d'autres liens significatifs, et la petite taille de certains effectifs, notamment dans les répartitions (par exemple l'effectif de l'entreprise ou l'ancienneté), et associé dans ce cas au biais de classement, doit nous rendre prudents quant à l'interprétation de certains pourcentages. On insiste à nouveau sur le fait que les données de la consultation comme du questionnaire à distance impliquent dans cette étude la participation obligatoirement subjective du patient, concernant les données qu'il restitue (avec un biais de mémoire) et son interprétation des situations.

Le choix d'un questionnaire téléphonique pour l'évaluation à distance des patients a été motivé par le caractère trop lourd, contraignant et coûteux d'une consultation systématique, sans compter le fait que des patients n'auraient probablement pas accepté une deuxième

consultation, notamment ceux qui vont mieux ou ont retrouvé ou repris leur travail. D'autre part, un questionnaire par voie postale nous faisait prendre le risque de n'avoir que trop peu de patients répondeurs, ou que certains questionnaires renvoyés ne soient que partiellement utilisables à cause de réponses manquantes ou illisibles. Finalement, la mise au point et l'utilisation d'un questionnaire téléphoniques nous a permis d'avoir un taux de patients répondeurs tout à fait acceptable (plus de 67%), avec systématiquement des questionnaires entièrement remplis.

Il est évident que cette méthode est couteuse en temps, d'autant que le temps de l'entretien téléphonique pouvait parfois s'allonger considérablement, certains patients ressentant le besoin de s'exprimer, comme lors d'une deuxième consultation, que certains auraient souhaité comme on l'a vu. Certains entretiens duraient ainsi en pratique 15 à 20 minutes, certains ont dépassé une heure. Nous insistons sur le fait que le déroulement de l'entretien téléphonique était identique pour tous les patients, que l'on essayait d'être le plus neutre possible dans la façon de poser les questions, mais que l'on laissait le patient compléter sa réponse ou ajouter des commentaires s'il en éprouvait le besoin. Le biais lié au choix d'un questionnaire téléphonique est limité par le fait qu'il n'y ait qu'une seule personne qui appelle les patients, selon la même procédure stéréotypée. Le questionnaire se devait par ailleurs d'être relativement précis, afin de fournir suffisamment de données pour en extraire les informations souhaitées. Cependant, par téléphone, nous ne pouvions pas non plus proposer un questionnaire trop long. Si le patient répondait assez rapidement et qu'il n'y avait pas trop de digressions, la durée totale de l'entretien téléphonique pouvait ne pas excéder 20 minutes, ce qui était annoncé au début de l'entretien. Cependant, certains patients sont restés au téléphone bien plus longtemps, sans que cela ne les dérange, au contraire cela a presque constitué pour eux une consultation de suivi, qu'ils ont appréciée. En tout cas, seul 1 patient sur les 61 joints

par téléphone a refusé de répondre, l'accueil téléphonique étant dans tous les autres cas parfaitement cordial.

Le choix du vocabulaire employé pour relever les éléments de la consultation a été celui trouvé dans les compte rendus de la consultation. En effet il nous a paru risqué de changer ce vocabulaire pour employer un thésaurus déjà existant : par exemple le thésaurus FOREM proposé par le Pr Chamoux (85) est très intéressant et extrêmement détaillé mais, avec l'information fournie dans le compte rendu, il était souvent difficile de choisir un seul item.

Le choix de l'échelle HAD pour évaluer l'état anxieux et dépressif des patients à distance de la consultation s'est fait sur les arguments suivants : échelle couramment utilisée au niveau international, et validée en français, assez simple d'utilisation (questions faciles à comprendre, adaptée à un entretien téléphonique car le patient n'a pas besoin de relire plusieurs fois les propositions, réponses proposées faciles à appréhender, étant donné que l'HAD peut être aussi utilisée comme auto-questionnaire, et pas de partie « clinique » nécessitant d'avoir le patient en face de soi), pas trop longue à réaliser en fin d'entretien, et facile à interpréter (normal, douteux, pathologique pour chaque critère) (86). Le dernier argument est qu'il n'y avait pas lors des consultations de 2013 et début 2014 d'échelle psychiatrique systématiquement réalisée lors des consultations de souffrance au travail, alors que c'est le cas depuis quelques mois (échelle MADRS) (87). L'échelle MADRS n'est cependant pas adaptée à un entretien téléphonique car plus longue et comportant surtout une partie clinique non évaluable par téléphone. Enfin, il aurait pu être intéressant de compléter l'évaluation par un test de certains aspects de la personnalité des patients, tels que le neuroticisme. L'échelle de Beech a déjà été utilisée à cet effet par certains auteurs, afin de

mesurer la propension de certaines personnes à réagir plus ou moins rapidement et plus ou moins intensément à une situation stressante (81).

Nous avons pu systématiquement retrouver dans les compte rendus de consultation l'existence d'un syndrome anxieux et/ou dépressif, et le plus souvent des symptômes associés. Il n'a pas, par contre, été retrouvé de manière systématique le détail des posologies des traitements, notamment psychotropes, ne permettant pas de tenter une comparaison de la consommation de psychotropes au moment et à distance de la consultation.

II.4.3. Interprétation et comparaison des résultats

Notre étude a analysé le devenir de 60 patients sur 89 ayant consulté (taux de réponse à 67.4%). En comparaison, l'équipe de Garches (80) a analysé le devenir de 140 patients sur 202 (taux de réponse à 69.3%), l'équipe de Créteil (35) de 66 patients sur 102 (taux de réponse à 64.7%) et l'équipe de Clermont-Ferrand (81) le devenir de 66 patients sur 171 (taux de réponse à 38.6%).

Il s'agissait, dans l'étude de Garches (80), d'un questionnaire envoyé entre 3 mois et 3 ans après la consultation (16.5 mois en moyenne). Dans l'étude de Créteil (35), il s'agissait d'un questionnaire envoyé par voie postale 1 an environ après la consultation, associé à une enveloppe retour remplie et affranchie. Pour l'équipe de Clermont-Ferrand (81), il s'agissait également d'un questionnaire adressé par voie postale, mais envoyé en moyenne 4.3 ans après la consultation, et sans enveloppe retour affranchie, expliquant peut-être le taux de retour plus

faible. Nous sommes les seuls à avoir proposé un questionnaire téléphonique, dans notre cas en moyenne 1 an et demi après la consultation.

Enfin, il existe aussi 3 autres études (Nanterre, Nancy et Angers) consistant uniquement en une analyse rétrospective de dossiers, sans évaluation à distance. L'analyse des données de la consultation a quand même concerné 94 dossiers pour l'équipe de Nanterre (79), 805 dossiers pour l'équipe de Nancy (78), et 168 dossiers pour l'équipe d'Angers (82).

(i) Données sociodémographiques

Parmi les patients ayant consulté au CHU de Rouen pour souffrance au travail, nous avons retrouvé une prédominance féminine à 59%. Cette prédominance féminine semble être une donnée constante de cette consultation, puisqu'on observe 72.5% de femmes à Garches, 70.3% à Créteil, 74.2% à Clermont-Ferrand, 70% à Nanterre, 61.7% à Nancy et 65.5% à Angers. D'autres études ont retrouvé 70% (88), 73.2% (89), 75% (84) et 77% (90) de femmes adressées en consultation de souffrance au travail. Sachant que les femmes représentent au niveau national environ 45.5% des salariés, on peut en conclure que la souffrance au travail est assez nettement surreprésentée chez les femmes. On peut penser qu'elles souffrent plus, témoignant d'inégalités de genre encore flagrantes dans le monde du travail actuel, ou qu'elles s'en plaignent plus et l'expriment davantage, consultant plus, ou encore que les médecins du travail sont plus sensibles à la détresse des salariés de sexe féminin, d'où une plus grande demande de consultations...

L'âge moyen de nos patients au moment de la consultation était de 46 ans, discrètement plus âgé que pour les autres consultations : 45.8 ans à Garches, 43.6 ans à Créteil, 45.9 ans à Clermont-Ferrand, 41 ans à Nancy et 43 ans à Angers. Les patients vus au CHU de Rouen semblent ainsi légèrement plus âgés, avec 43.8% des patients ayant 50 ans ou plus, versus 26.1% à Nancy (ce qui reste supérieur aux 19% de la Lorraine) (78). De même, 27% des patients du CHU de Rouen ont 55 ans ou plus, versus 12.9% à Créteil et 15% à Angers. D'une manière générale, une surreprésentation des plus de 45 ans a été notée dans la plupart des études : 53% à Rouen, 62% à Garches, 48% à Nanterre, 62% pour l'équipe d'Hirigoyen (88) et 51% pour Bensefa (84), versus 34% dans la population générale active (77).

Concernant le niveau d'études, 68.5% de nos patients avaient au moins un niveau Bac, versus 53.6% à Garches et 61.2% à Créteil. Les équipes de Garches et de Nanterre rapportent également un niveau de qualification élevé, respectivement 55% et 43% de personnes ayant fait des études supérieures pour 48% à Rouen. Un haut niveau d'études ne protège donc pas de la souffrance au travail.

(ii) Données professionnelles

Environ 63% des patients de Rouen travaillent dans le privé, versus 80.5% au niveau national. Dans les autres études, on note un taux de représentation du secteur privé à 78.2% à Créteil, 85.5% à Nancy et 80.4% à Angers, confirmant l'existence dans la population de patients du CHU de Rouen d'une surreprésentation du secteur public qui ne semble pas exister au niveau national dans les autres consultations de souffrance au travail.

Concernant le taux de CDI, celui-ci s'élève à 99% pour les patients du CHU de Rouen, 90% pour ceux de Nanterre, 94.8% pour ceux de Nancy et 97% pour ceux d'Angers, dans tous les cas supérieur au taux national (76.8%).

La comparaison des données concernant l'ancienneté dans l'entreprise et l'effectif des entreprises est difficile du fait que les différents auteurs n'ont pas subdivisé les effectifs de la même façon.

La répartition en catégories socioprofessionnelles montrait une majorité d'employés parmi notre population d'étude, discrètement supérieure à la population générale. Cette surreprésentation des employés a aussi été notée à Clermont-Ferrand (57.9% versus 29.5% dans la population auvergnate de 1999) et à Angers (67.9% d'employés). L'autre surreprésentation souvent rapportée est celle des professions intermédiaires, comme dans les études de Créteil et Nancy. D'autre part, notre étude a montré une sous-représentation des ouvriers (10.1% versus 22.2% dans la population de Haute-Normandie de 2013), ce qui était le cas dans l'étude de Clermont-Ferrand (14% versus 28.4% dans la population auvergnate de 1999) et de Nancy. L'équipe de Garches ne rapporte même que 3% d'ouvriers.

Nous avons vu précédemment qu'il existait une proportion nettement plus importante de travailleurs issus du domaine médico-social parmi les patients ayant consulté pour une souffrance au travail au CHU de Rouen (31.5% versus 14.2% en Haute-Normandie en 2013). Dans les autres études, les auteurs rapportent aussi le plus souvent une augmentation de la représentation du domaine médico-social, estimé à 10.6% au niveau national, avec 20.5% à

Garches, 16.2% à Créteil, 20% à Nancy, 17.9% à Angers et même 37.4% à Clermont-Ferrand (versus 12.7% dans la population auvergnate de 2006), confirmant ainsi la tendance à observer une surreprésentation des salariés du domaine médico-social en consultation de souffrance au travail. On ne peut que constater la difficulté rencontrée par les entreprises médico-sociales à correctement faire face aux risques psychosociaux pour leurs propres employés, alors que paradoxalement la plupart des salariés prennent régulièrement en charge des personnes en souffrance. Il faut néanmoins souligner qu'il existe probablement aussi un facteur lié au « relationnel humain » dans ces métiers, mais aussi dans le monde du commerce par exemple, qui représente une part souvent importante des consultants pour souffrance au travail, comme souligné dans les études de Créteil et de Nancy.

(iii) Motif et contenu de la consultation

Nous avons vu que dans notre étude, la personne à l'origine de la consultation est très variée. Nous ne retrouvons par ailleurs cette donnée que dans l'étude de Nancy, où, contrairement à notre population, 98% des patients ont été adressés par le médecin du travail (23% à Rouen), et dans 87.6% la demande concerne un avis d'aptitude (8% à Rouen). Ceci illustre parfaitement les différences entre les consultations de souffrance au travail des différents CHU, dans le cas présent concernant l'accessibilité et le motif de recours. On précise à nouveau qu'au CHU de Rouen tous les patients peuvent être vus en consultation, alors que certains centres exigent un courrier d'un médecin voire obligatoirement le courrier d'un médecin du travail.

Concernant le contexte de la souffrance, on retrouve dans notre étude dans 75% des cas l'existence d'une restructuration d'entreprise. Dans l'étude d'Angers, on retrouve aussi souvent un contexte de restructuration (54.7% des cas). En fait, comme déjà rapporté dans d'autres études, les difficultés professionnelles commencent le plus souvent suite à un changement de direction dans l'entreprise ou à un changement dans l'organisation du travail.

Concernant les aides internes reçues par les patients vus en consultation de souffrance au travail, nous avons vu qu'à peine un quart de nos patients en ont bénéficié, et que cette aide provenait alors surtout des collègues et des syndicats. En tout, 9% de nos patients ont été aidés par leurs collègues, versus 22.7% dans l'étude de Clermont-Ferrand. L'aide apportée par les représentants du personnel était anecdotique dans notre population (2% de l'ensemble des patients) mais nettement plus importante dans d'autres études (24.2% à Clermont-Ferrand et 17.4% à Angers). Enfin, l'aide apportée par la hiérarchie est le plus souvent faible (4% de l'ensemble de nos patients sont concernés, versus 4.5% à Clermont-Ferrand), ainsi que celle du CHSCT (3.4% versus 3% respectivement).

Concernant les aides externes reçues par les patients vus en consultation de souffrance au travail, nos patients avaient peu reçu d'aide de la part de leur médecin du travail, avec 21% versus 63.6% à Clermont-Ferrand et 98.1% à Angers. De même de la part de leur médecin traitant (26% versus 67.2% et 81.9% respectivement) ou de l'inspecteur du travail (13% versus 23.1% et 28.4% respectivement). Cela peut peut-être s'expliquer par les différences d'accessibilité à notre consultation (pas besoin de courrier médical... comme expliqué précédemment).

(iv) Conséquences psychologiques

Concernant les patients vus en consultation de souffrance au travail au CHU de Rouen, le taux de patients avec des antécédents psychiatriques (essentiellement syndrome dépressif et/ou anxieux) ayant précédé l'épisode de souffrance était de 5.4%. Ce taux était également bas dans les autres études (12.7% à Créteil et 12.3% à Angers), sauf à Nancy où il était plus élevé (27% des patients avec antécédents psychiatriques).

Le taux de patients suivis sur le plan psychologique s'élevait dans notre étude à 57%, tandis qu'il était de 37% à Garches, 71% à Créteil, 27.3% à Clermont-Ferrand, et 31.7% à Angers. La proportion de patients suivis sur le plan psychologique est ainsi très variable d'un CHU à l'autre, et la proportion rouennaise se situe dans la moyenne.

Le taux de patients en état de burn-out était de 42% dans notre étude, il était de 17.3% dans l'étude d'Angers et n'est pas rapporté dans les autres études, souvent focalisées sur le harcèlement moral. Les critères de burn-out pouvant varier selon les études, les comparaisons sont de toute façon toujours plus délicates qu'avec des scores standardisés tels que l'HAD.

Au moment de la consultation, 87% de nos patients présentent des symptômes compatibles avec un syndrome anxieux et/ou dépressif. Ce taux était de 83.2% à Créteil, 85% à Nancy et 94.9% à Angers, indiquant que le chiffre élevé retrouvé au CHU de Rouen est en fait tout à fait comparable aux autres études françaises. D'autre part, 63% de nos patients prenaient au

moment de la consultation un ou plusieurs traitement(s) psychotrope(s). A Créteil, 65% des patients prenaient un traitement psychotrope, 32.1% à Garches, 36.4% à Clermont-Ferrand, 70.4% à Nancy et 74.4% à Angers. Mis à part le résultat étonnamment bas de Clermont-Ferrand, les autres résultats sont assez stables, aux alentours de 2/3 des patients prenant un traitement psychotrope.

Le taux d'idées suicidaires, non évalué dans notre étude, rapporté par l'équipe d'Angers est de 38%. Nous avons vu en revanche que 2 de nos 89 patients avaient des antécédents de tentatives de suicide, au moment de la consultation, sans récurrence par la suite.

(v) Conséquences professionnelles

Au moment de la consultation, environ 61% des patients du CHU de Rouen sont en arrêt maladie, ce qui paraît élevé. Pourtant, on trouve des chiffres encore supérieurs avec 63.3% à Créteil, 61% à Nanterre, 69.7% à Nancy et 71.5% à Angers. Ce chiffre est étonnamment bas à Garches avec 26% de patients en arrêt maladie.

Au total, 63% de nos patients ont été en arrêt maladie à cause de leur souffrance au travail, ce taux est estimé à 83.2% à Nancy et plus de 90% à Nanterre.

La durée totale moyenne des arrêts maladie en lien avec la souffrance au travail, estimée lors de la consultation, était de 53.4 semaines par patient au CHU de Rouen, ce qui est comparable

aux 45.5 semaines notées à Garches, aux 59.8 semaines à Créteil et aux 60.2 semaines à Clermont-Ferrand. En revanche, il n'a été rapporté à Angers que 16.4 semaines d'arrêts maladie en moyenne par patient, ce qui est bien inférieur aux données des autres consultations. Toujours est-il que les arrêts maladie sont très fréquents et souvent prolongés dans la population d'étude, car souvent le meilleur moyen de soustraire le patient à la situation délétère. Bien entendu, cela n'a de sens que si une démarche, soit de retour à l'emploi, éventuellement à un autre poste, soit de départ de l'entreprise, est poursuivie en parallèle. Dans le cas contraire, la situation peine à évoluer et se chronicise souvent. Un de nos patients était, au moment de la consultation, en arrêt maladie depuis plus de 7 ans.

Le coût de ces longues périodes d'absentéisme est important pour la collectivité et pour les entreprises. L'absentéisme, mais aussi le « présentéisme », diminuent la productivité de l'entreprise, et s'associent souvent à une baisse de moral des employés voire à une mauvaise image médiatique. Les arrêts maladie, les consultations médicales et paramédicales ainsi que les traitements médicamenteux ont un coût majeur pour la société, ainsi une étude anglaise estimait que 14% de l'absentéisme était dû à des troubles psychiques et occasionnait un coût annuel d'environ deux milliards de livres Sterling (environ 2.4 milliards d'euros) (91).

Lors de la consultation, 22% de nos patients travaillaient, ils étaient 35% à Garches, 33.4% à Créteil, 27% à Nanterre et 25% à Angers. On notait à Rouen 16% de demandeurs d'emploi, 35% à Garches, 9% à Créteil, 12% à Nanterre et seulement 2% à Angers.

(vi) Conséquences juridiques

Nous avons vu que 42% des patients de la consultation de souffrance au travail du CHU de Rouen avaient déjà débuté des démarches juridiques avant la consultation, dont 62% de démarches aux prud'hommes. De manière assez comparable, on retrouve un taux de démarches juridiques à 50% à Garches (dont une grande majorité de démarches aux prud'hommes), 37.3% à Créteil, et à 45.5% à Clermont-Ferrand (dont 76.6% de prud'hommes).

On retrouve une majorité de démarches aux prud'hommes, en lien avec une majorité de salariés d'entreprises privées. Cependant, certains patients, comme on l'a vu dans notre étude, peuvent faire appel, selon les cas, au tribunal administratif ou au tribunal des affaires de la sécurité sociale.

(vii) Orientation et conseils

On commencera par remarquer qu'à peine un quart de nos patients n'avaient reçu de l'aide à l'intérieur de l'entreprise. L'équipe de Créteil a insisté sur la tendance actuelle dans le monde du travail à la passivité et à l'absence de solidarité de la part des collègues, qui restent souvent indifférents, pour ne pas souffrir moralement, pour ne pas non plus être pris pour cible s'ils défendent la cible initiale.

Compte-tenu du taux très élevé (87%) de troubles anxieux et/ou dépressifs au moment de la consultation, on comprend que dans 82% des cas, un des conseils donnés à la fin de la consultation était l'initiation ou la poursuite d'un suivi psychologique spécialisé (respectivement 29% et 53%). Une explication possible à une telle prévalence de troubles psychiatriques viendrait du fait que les patients adressés en consultation de souffrance au travail d'un CHU sont souvent des cas plus sévères et plus complexes, ce qui a été soulevé par certains auteurs.

Il était souvent assez évident lors de la consultation que l'état thymique du patient était clairement incompatible avec une reprise prochaine du travail. Dans d'autres situations, le patient n'allait pas si mal, mais il semblait nécessaire à la préservation de son état psychique de le maintenir à distance de son environnement de travail particulièrement délétère dans son cas. Ces deux cas de figure expliquent probablement que pour 47% de nos patients nous ayons conseillé l'initiation ou la prolongation d'un arrêt maladie (respectivement 9% et 38%).

S'il était envisagé par le patient de quitter son entreprise, la plupart du temps la situation faisait envisager la possibilité d'un licenciement pour inaptitude, moins souvent on conseillait une rupture conventionnelle. Nous avons conseillé une mise en inaptitude à 27% de nos patients, le même conseil a été donné à 73% des patients vus à Nanterre (dont 65% d'inaptitude pour danger grave et immédiat et 8% pour inaptitude temporaire). La démission était systématiquement déconseillée au patient. Quand un patient avait déjà démissionné, on conseillait d'entamer (mais c'était parfois déjà le cas) des démarches pour faire reconnaître un licenciement au tort exclusif de l'employeur.

Pour de nombreux patients, y compris certains toujours en activité, il a été conseillé de réaliser un bilan de compétences, ce qui a malheureusement, comme on l'a vu, assez peu été réalisé en pratique (moins d'une fois sur trois). On peut incriminer la difficulté d'obtenir un rendez-vous, mais aussi le coût d'un tel bilan. Or il paraît important, surtout dans les cas de mise en inaptitude, que les patients puissent en bénéficier. Souvent, les patients décrivaient au téléphone une lassitude d'attendre les formations et un certain découragement, dont la conséquence était souvent l'abandon pur et simple de la réalisation du bilan. Il est bien connu que la motivation du patient est essentielle, puisque les financements sont longs et difficiles à obtenir. Un suivi téléphonique à distance (au bout de 3 à 6 mois par exemple) pourrait permettre de maintenir cette motivation.

Par ailleurs, lors de 37% des consultations effectuées au CHU de Rouen, il a été donné des conseils pour la déclaration ou parfois la redéclaration d'un accident de travail en lien avec un événement traumatisant survenu sur le lieu de travail. Dans certains cas, les patients n'y avaient pas pensé, dans d'autres une demande avait déjà été faite mais refusée, la plupart du temps dans ce cas le motif indiqué sur la déclaration était « Syndrome dépressif ». Il a systématiquement été rappelé, dans toutes les situations le requérant, les conditions de déclaration d'un accident de travail en lien avec un traumatisme psychologique, afin d'augmenter au maximum les chances que cet accident soit reconnu. En effet, pour qu'un accident du travail soit reconnu, il doit être déclaré par le salarié avec un certificat médical initial décrivant avec précision le fait accidentel et la lésion aiguë. Il était alors souvent conseillé au patient de redemander au médecin qui l'avait examiné au moment du fait traumatisant un nouveau certificat médical décrivant avec précision le fait accidentel (des violences verbales lors d'une réunion par exemple, tel jour, telle heure, tel endroit, en lien de subordination, de survenue brutal et imprévisible) et la lésion aiguë (un état de stress aigu

avec crise d'angoisse majeure par exemple, avec les symptômes ressentis par le patient, tout en sachant que cette lésion aiguë a par la suite évolué vers un syndrome anxio-dépressif nécessitant une prise en charge médicale et un arrêt maladie).

En pratique, nous avons vu que concernant les patients vus au CHU de Rouen, seuls 2 patients sur 15 (13%) ont obtenu au final une reconnaissance de leur accident de travail. Nous ne disposons à ce sujet que des données de Garches et d'Angers, qui retrouvent respectivement 4 cas d'accident du travail reconnus sur 15 (26.7%) déclarés et un cas reconnu sur quatre (25%). Nous avons eu d'autre part 3 reconnaissances de maladie professionnelles pour 13 demandes, alors qu'aucune n'avait encore été reconnue sur les 12 demandes de Garches.

Par ailleurs, nous avons vu que, lors de l'enquête téléphonique, une enquête avait été menée dans l'entreprise de presque la moitié des patients recontactés. Nous ne disposons malheureusement pas de données à comparer dans les autres études sur ce thème.

De la même manière, nous n'avons pas de données concernant l'évaluation de la qualité de vie ou de la vie familiale des patients des autres consultations de souffrance au travail. Cela peut paraître regrettable, car ces aspects sont essentiels pour appréhender les répercussions globales de la souffrance au travail sur le patient. En ce qui concerne notre population d'étude, plus de 80% des patients contactés à distance pensaient que leur vie familiale avait souffert de leurs difficultés professionnelles. Pour ces mêmes patients, le retentissement de la souffrance sur leur qualité de vie a été jugé très important au moment de la consultation (8.3/10 en moyenne) mais était significativement moindre à distance (4.6 en moyenne).

(viii) Evolution sur le plan professionnel

Parmi nos patients recontactés par téléphone, 38% travaillent à distance de la consultation, en moyenne 1 an et demi après la consultation (où 22% travaillaient). Dans l'étude de Garches, 34.9% des patients travaillent à distance, environ 1 an et demi après la consultation (où 35% travaillaient). Dans l'étude de Créteil, 37.8% des patients travaillent à distance, environ 1 an après la consultation (où 33.4% travaillaient). Dans l'étude de Clermont-Ferrand, 56% des patients travaillent à distance, environ 4 ans après la consultation. On peut imaginer que le délai entre la consultation et l'évaluation du devenir professionnel puisse jouer un rôle dans les différences observées, mais il reste à prouver que, pour ces patients, plus le temps passe, plus ils ont tendance à retravailler.

Nous avons pu mettre en évidence plusieurs facteurs prédictifs de maintien dans l'emploi. Le premier est le niveau d'études, les patients maintenus dans leur emploi (qui travaillent toujours ou qui retravaillent après un arrêt maladie dans la même entreprise) avaient en moyenne 2.7 ans d'études post-Bac versus 0.7 ($p=0.005$). Un plus haut niveau d'études serait donc associé à un meilleur maintien dans l'emploi. Cette tendance n'a pas encore été décrite dans les études sur le sujet, et méritera donc confirmation dans les études ultérieures.

Le second facteur prédictif de maintien dans l'emploi est la taille de l'entreprise, avec 71% de maintien dans l'emploi dans les entreprises de plus de 500 employés versus 35% dans les entreprises de moins de 500 ($p=0.03$). Ce résultat confirme des données déjà existantes en faveur du facteur protecteur constitué par les grandes entreprises : les salariés des très grandes

entreprises quittent moins leur entreprise (35, 80, 84). On peut imaginer que les grandes et très grandes entreprises ont davantage de ressources organisationnelles et de plus grandes possibilités pour éventuellement changer un salarié de poste.

Autre facteur peu étudié car sans doute évident, le fait de travailler lors de la consultation est sans doute le facteur le plus significativement lié au maintien dans l'emploi ($p < 0.001$).

Dernier facteur significatif, le fait d'avoir déjà rencontré, au moment de la consultation, un conseiller juridique, était un facteur péjoratif de maintien dans l'emploi, sans doute lié au fait qu'un conseiller juridique avait été souvent rencontré par les patients ayant ou étant sur le point de rompre leur contrat de travail.

On observait enfin une nette tendance, bien que non significative, à un meilleur maintien dans l'emploi dans le domaine public, 64% des patients maintenus dans l'emploi travaillaient dans le domaine public versus 36% dans le domaine privé ($p = 0.06$). Ce facteur n'a pas été identifié dans les études précédentes.

D'autres facteurs influençant le maintien dans l'emploi ont pu être individualisés dans d'autres études, tels que l'âge (les patients les plus âgés ont davantage tendance à rester dans leur entreprise) et l'ancienneté (les salariés arrivés récemment partent plus facilement) (80, 84).

(ix) Evolution sur le plan psychologique et des addictions

En auto-évaluation, nos patients estiment moins souffrir aujourd'hui qu'à l'époque de la consultation (scores respectifs à 9.1 et 5/10, $p < 0.001$).

Au moment de la consultation, 87% de nos patients souffrent de troubles anxieux et/ou dépressifs selon l'évaluation clinique. A distance, 52% de nos patients souffrent de troubles anxieux et/ou dépressifs selon l'interprétation de l'HAD. Les taux ne sont bien sûr pas comparables. On notera néanmoins la forte prévalence résiduelle des troubles anxio-dépressifs lors de l'évaluation, indiquant que le devenir psychologique de ces patients n'est pas si bon. Dans l'étude de Créteil, il est rapporté une évolution favorable sur le plan psychologique, reflétée par l'échelle GHQ12 (35).

Nous avons pu identifier que l'absence de prise de traitement lors de la consultation était significativement associée au fait d'être euthymique à distance ($p = 0.02$). La moitié des patients euthymiques à distance prenaient un traitement psychotrope lors de la consultation versus 82% des non euthymiques à distance. Ce facteur n'a pas été retrouvé dans les autres études et nécessitera donc confirmation ultérieure. D'autre part, nous avons observé une tendance, bien que non significative, à être davantage euthymique à distance lorsqu'on travaille dans le domaine public, qui nécessitera également confirmation.

Le choix de la variable « anxio-dépressif » à distance, défini par les deux scores de l'HAD supérieurs ou égaux à 11, a aussi été testée, mais ne retrouvait aucun lien significatif avec les variables étudiées pour le critère « euthymique à distance ».

Par ailleurs, il a été mis en évidence une diminution significative de la plupart des comportements addictifs à distance de la consultation, notamment concernant l'alcool, le tabac et les troubles du comportement alimentaire. Cependant, il est vrai qu'en dehors de ces derniers, on note dans l'ensemble assez peu de patients concernés par les conduites addictives, notamment à distance de la consultation. D'une manière générale, cette question a été assez peu étudiée, sauf dans l'étude de Clermont-Ferrand, où les consommations d'alcool et de tabac ont été jugées globalement stables par les patients.

(x) Evaluation de la consultation par les patients

A part la notre, seule l'étude de Clermont-Ferrand s'est attachée à faire évaluer la consultation par les patients eux-mêmes.

Concernant le délai de rendez-vous, celui-ci a été jugé satisfaisant par les patients dans environ la moitié des cas (47% au CHU de Rouen, 53% dans l'étude de Clermont-Ferrand), traduisant bien là un manque d'offre de soins concernant cette consultation très particulière et encore peu répandue.

Dans l'ensemble, les patients étaient satisfaits de la durée de la consultation et de l'accueil et écoute de la part du médecin dans les deux études. Comme nous avons pu voir, plus des $\frac{3}{4}$ de nos patients ont jugé que la consultation de souffrance au travail a eu un impact positif sur leur santé, et leur a permis de mieux comprendre la situation.

On compte au moins 20% de nos patients qui auraient souhaité une deuxième consultation à distance de la première. Dans la grande majorité des cas, la consultation de souffrance au travail a été perçue comme utile et positive pour le patient, tant sur le plan professionnel que personnel.

II.4.4. Discussion générale et perspectives

On ne peut s'empêcher de remarquer, lorsque les patients racontent leur histoire professionnelle, que la plupart d'entre eux sont soumis à des horaires et/ou objectifs professionnels contraignants, en lien avec la « crise » économique et le niveau d'exigence sans cesse croissant vis-à-vis des salariés. Cela dit, le salarié ne souffre pas toujours pour autant, tant qu'il reçoit une certaine reconnaissance pour le travail accompli. Il est vraiment classique de voir comme un propos maladroit lors d'une réunion, ou encore la promotion d'un collègue qui semble avoir moins de mérite, peut déstabiliser tout l'édifice en entraînant un manque de reconnaissance « officiel » pour tout le travail effectué. La reconnaissance n'étant plus à la hauteur de l'effort fourni, le salarié souffre, et surtout n'a plus envie de continuer dans ces conditions. Il est alors peu surprenant de voir comme n'importe quel événement, parfois violent sur le plan psychologique, parfois parfaitement anodin, peut alors faire « décompenser » la situation, le salarié perdant alors brutalement ses moyens, ce qui l'oblige souvent à solliciter un arrêt maladie, parfois long de plusieurs mois voire années.

Un autre motif récurrent à l'origine d'une souffrance certaine est la confusion et le manque de précision des prérogatives et/ou des horaires de travail. Les salariés, le plus souvent suite à

des changements d'encadrement ou de réorganisation de l'organisation de travail, ne savent plus très bien ce qu'ils sont censés faire exactement, ce qui leur revient ou non. Ceci est à l'origine de tensions, de reproches, détériorant par là le collectif de travail et provoquant conflits et souffrance.

Dans un certain nombre de situations, l'entreprise devait faire face à des départs d'employés, et a alors décidé de changer certains salariés de poste pour équilibrer les départs. Comme précisé dans la plupart des situations, ce principe de reclassement n'a été que très rarement positif, car la plupart du temps le salarié n'a pas ou à peine été informé par avance, et se retrouve le plus souvent devant le fait accompli, ce qu'il ne supporte souvent pas bien. Allant de paire la plupart du temps avec une baisse de la reconnaissance et de la satisfaction professionnelles, le salarié souffre et se fait mettre en arrêt maladie. Ainsi, environ les $\frac{3}{4}$ des cas de reclassements se sont soldés par des arrêts maladie. On peut alors à juste titre s'interroger sur le bienfondé de cette méthode, ou tout au moins sa façon de la mettre en œuvre.

Un autre point important est aussi le fait que la mise en inaptitude, si elle est parfois bien pratique pour clore un contrat de travail, n'a pas toujours des effets positifs à moyen terme sur le plan professionnel, étant donné le fait qu'à distance, plus de la moitié de nos patients pour lesquels une inaptitude a été prononcée sont toujours demandeurs d'emplois. L'étude de Clermont-Ferrand avait d'ailleurs montré qu'il était significativement plus difficile de retrouver du travail dans une autre entreprise après avoir été mis en inaptitude, cette solution étant ainsi lourde de conséquences sur l'avenir professionnel du patient.

Notre étude a permis d'identifier plusieurs facteurs prédictifs de maintien dans l'emploi. Si l'on intègre les données des autres études, on peut ainsi identifier plusieurs facteurs prédictifs positifs de maintien dans l'emploi : un niveau d'études élevé, une entreprise de plus de 500 employés, le fait de travailler lors de la consultation, l'absence de consultation d'un conseiller juridique, un âge élevé, une ancienneté importante, auquel on peut ajouter le fait de travailler dans le domaine public. Ces 6 ou 7 facteurs pourraient être associés de manière significative au maintien dans l'emploi. On pourrait imaginer rechercher ces données au cours de la consultation, et en fonction déterminer si le pronostic professionnel paraît plutôt bon, intermédiaire ou mauvais, et en fonction des situations intensifier les conseils ou le suivi. De manière parallèle, si un patient paraît particulièrement sévère sur la plan anxio-dépressif lors de la consultation, d'autant qu'il prend un traitement psychotrope, ne paraît pas être suffisamment suivi sur le plan médico-psychologique, il paraît important de pouvoir organiser soit directement les consultations nécessaires si le réseau local est suffisant (psychiatre, psychologue...) soit de pouvoir revoir les patients à distance pour s'assurer d'une évolution favorable sur le plan thymique.

Concernant la demande récurrente des patients de raccourcir les délais de consultation de souffrance au travail, voire pour certains d'en proposer une seconde, il a été récemment proposé d'autres consultations de souffrance au travail au sein du CHU de Rouen, grâce à l'arrivée de deux autres consultants. Nous espérons ainsi pouvoir mieux satisfaire les attentes des patients.

Enfin, un dernier point peut concerner la conception même de consultation de souffrance au travail, pour laquelle de nombreuses conceptions peuvent s'appliquer. Les consultations

existantes de souffrance au travail sont très différentes les unes des autres (durée de la consultation, professionnels rencontrés, nombre de consultation), or les populations de patients de ces consultations semblent être comparables ou tout du moins se ressembler. Certaines s'appuient sur l'aide d'un psychiatre et sur une consultation conjointe médecin du travail/ psychiatre. Certains centres proposent plusieurs entretiens successifs, avec par exemple successivement une consultation avec une infirmière, une psychologue et un médecin. Les durées de consultation sont variables, dépendant bien sûr de la multiplicité éventuelle des consultations. Il est cependant assez rarement proposé de suivi systématique à distance, ce que certains patients regrettent.

Ce type de consultation semble intéressant car permettant une meilleure sensibilité dans la détection de troubles psychiatriques et psychiques. Ce professionnel connaissant l'organisation des soins psychiatriques sur le territoire de santé, cela permet d'initier un suivi spécialisé avec un médecin qui saura au mieux quels soins délivrer au patient (médicamenteux, TCC, analyse, suivi par un psychologue ou par un psychiatre, hospitalisation...), et permettre ainsi une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

Concernant le contenu de la consultation, certains professionnels vont s'attacher à définir au mieux les troubles psychologiques présentés par le patient, essayer de verbaliser les processus en cause, d'en faire prendre conscience le patient, un peu comme dans une psychothérapie. D'autres consultants vont être plus axés sur la thérapeutique médicamenteuse, notamment les psychiatres. Certains vont essayer de se concentrer sur les démarches socioprofessionnelles et juridiques envisageables, en conseillant le plus concrètement le patient. En fait, les demandes mais aussi les attentes non exprimées des patients sont extrêmement variables, comme le sont le contenu et l'orientation même de la consultation en fonction de la formation et des

habitudes personnelles du professionnel de santé. Dans l'idéal, on pourrait imaginer cibler dans un premier temps la demande principale du patient et le type d'aide majoritairement souhaitée, puis l'adresser en consultation plus longue au collègue le plus à-même de répondre aux besoins du patient.

Néanmoins, la consultation de souffrance au travail est souvent longue voire très longue (parfois plus de 4h), et demande beaucoup de compétences variées en psychologie, en social et en médecine du travail de façon plus générale, et finalement assez peu de médecins pratiquent cette consultation régulièrement. Ce qui explique peut-être aussi pourquoi de nombreux CHU n'ont pas encore pu se doter de ce type de consultation très spécifique. Dans le même temps, les patients se plaignent d'avoir attendu vraiment longtemps pour avoir un rendez-vous de consultation...

D'autre part, dans un souci de facilitation des comparaisons de données possibles entre les différents centres de consultation de souffrance au travail nationaux, on pourrait imaginer un consensus sur le choix d'utilisation des échelles psychiatriques, ce qui fournirait des données statistiques plus robustes. Le suivi éventuel des patients s'en trouverait aussi facilité.

Enfin, et on ne peut qu'insister sur ce dernier point, la coopération et le dialogue entre les différents professionnels de santé prenant en charge le patient sont essentiels (soins médicaux, sécurité sociale, inspection du travail, CARSAT, DIRRECTE, ANACT, ARACT, services de santé au travail, psychologue du travail...), et la consultation de souffrance au travail, si complète soit-elle, ne peut évidemment avoir la prétention de traiter tous les aspects de tous

les problèmes du patient. Elle s'intègre au sein d'un réseau nécessaire à la prise en charge optimale des patients, réseau qui n'est que trop souvent très parcellaire. On pourrait imaginer intensifier ce réseau au sein de la Haute-Normandie.

Cette étude permet de proposer certaines actions ou modifications pour la consultation de souffrance au travail du CHU de Rouen.

Ainsi, dans notre étude, il n'a pas été possible de comparer de manière fiable l'état thymique et anxieux des patients entre la consultation et l'appel téléphonique. En effet, aucune échelle d'évaluation ou questionnaire n'était réalisé lors de la consultation. Il serait bénéfique de décider en équipe d'échelles et de questionnaires à mettre en place. A noter que depuis début 2015 une échelle MADRS est systématiquement réalisée dans le cadre de cette consultation. D'autre part, la multiplication des consultants, si elle accroît l'offre de soins, peut en parallèle s'accompagner d'une plus grande variabilité des termes employés pour décrire les situations ou les symptômes observés. L'utilisation d'une nomenclature commune, à l'aide par exemple du FOREM, pourrait limiter cette variabilité et ainsi faciliter les études ultérieures utilisant les données de la consultation. Enfin, si le traitement médicamenteux était relevé dans les compte rendus, les posologies n'y figuraient pas et il serait intéressant de pouvoir comparer ces données. Elles permettraient peut-être une comparaison chiffrée de l'évolution thymique des patients au travers de leur consommation de psychotropes.

Nous avons vu que dans un nombre important de cas, les patients ont déjà déclaré un accident du travail ou une maladie professionnelle, ou qu'on leur conseille fortement de le faire au

cours de la consultation. Pourtant, au final, très peu sont reconnus. Depuis début 2015, est systématiquement joint au compte rendu de la consultation un document précisant les modalités de déclaration et de recours pour les demandes d'accident du travail et de maladie professionnelle. Nous espérons que cela augmentera le taux de reconnaissance, ou en tout cas le taux de demandes correctement effectuées.

Très peu de patients ayant reçu le conseil de prendre contact avec le défenseur des droits l'ont finalement fait, peut-être parce que, contrairement à l'inspection du travail ou aux prud'hommes qui sont bien connus, le défenseur des droits est une autorité constitutionnelle moins connue donc moins sollicitée par les patients. Joindre le numéro de téléphone de cette instance dans le compte rendu pourrait peut-être simplifier les démarches des patients et qu'ils auront d'avantage accès à cette prise en charge.

D'une façon plus générale, la distribution à la fin de la consultation d'une plaquette d'information contenant les numéros de téléphone de tout le réseau participant à la prise en charge de la souffrance au travail pourrait être entreprise. Cela permettrait de renforcer les liens entre les différents acteurs de la prise en charge de ces situations de souffrance au travail.

Par ailleurs, tous les conseils donnés pourraient être davantage évalués et suivis avec un entretien téléphonique à distance (à environ 3 à 6 mois par exemple). Cela permettrait de refaire le point avec les patients. Cette idée trouve un écho dans les conseils des patients pour qui une seule consultation n'est pas toujours suffisante. Ceux qui semblent le plus nécessiter

une deuxième consultation sont les patients isolés qui ne bénéficiaient pas à l'origine d'un suivi spécialisé (psychiatre ou psychologue), ce qui permettrait ainsi à ces patients sans suivi médical de réévaluer leur état de santé et s'ils ont ou non mis en place un suivi médical. Et si un entretien téléphonique est proposé et qu'un patient semble aller particulièrement mal, il sera possible de l'orienter au plus vite vers un consultant approprié.

On notera enfin que lors des appels téléphoniques, certains patients arrivaient en fin d'Indemnités Journalières par forclusion, et n'avaient pas envisagé de demander une visite de pré reprise à leur médecin du travail. On pourrait imaginer délivrer davantage d'informations sur cette visite de pré-reprise, et donner plus souvent le conseil d'en demander une.

Globalement, les patients étaient très satisfaits de la consultation hormis des délais d'attente qui pouvaient, on l'a vu, être très longs. Depuis, un psychologue a rejoint la consultation et reçoit des patients. Un autre médecin du travail fait quelques consultations et a prévu de développer cette activité. Le délai d'attente a donc actuellement diminué (à environ 2 mois) et il est prévu qu'il diminue encore. Il se pose cependant la question du choix du professionnel auquel adresser le patient. On pourrait proposer aux patients, dans un délai très bref, un pré-entretien qui évaluerait l'état clinique, le degré d'urgence et la prise en charge la mieux adaptée. Dans ce cas, la construction de cette pré-consultation doit se faire en équipe pluridisciplinaire, avec des outils et échelles déjà validées, et en se renseignant sur ce qui est fait dans les autres consultations au niveau national. Il reste aussi à déterminer le professionnel qui effectuerait cette pré-consultation : infirmière, interne ...?

Enfin, certains patients ont conseillé la création de groupes de paroles. Cela est mis en place dans d'autres centres de consultation, permettant au patient de ne pas s'isoler, mais aussi de mieux comprendre le rôle joué par les modes d'organisation et les conditions de travail dans la survenue de leurs difficultés. Ces groupes ont pour but de créer un collectif dynamique qui se déculpabilise et qui échange sur leurs expériences.

Toutes ces idées semblent intéressantes à discuter, voire à développer, après discussion en équipe au sujet des modalités de réalisation.

CONCLUSION

Notre étude montre, comme les études précédentes portant sur le harcèlement moral et les risques psychosociaux en général, les conséquences désastreuses et le pronostic défavorable de ces phénomènes tant sur le plan médical et psychologique que professionnel. En effet, la forte prévalence des troubles anxieux et dépressifs sévères et parfois même d'idées de suicide ne semble pas être expliquée par les antécédents psychiatriques qui sont la plupart du temps absents. Sur le plan professionnel, on constate, comme dans les études précédentes, un nombre important de pertes d'emploi et d'arrêts maladie souvent prolongés. Il n'est que rarement rapporté de solutions satisfaisantes pour le maintien dans l'emploi. Ces conséquences sont importantes pour l'économie de l'entreprise et de la société en général, mais aussi et avant tout pour le devenir socioprofessionnel et médical du patient lui-même.

D'où la nécessité d'une prise en charge collective de ces risques psychosociaux, à la fois par l'état et ses instances administratives et par les entreprises elles-mêmes.

Dans ce cadre, le rôle du médecin du travail va être plus que jamais central, en coordonnant l'ensemble de la prise en charge de cette souffrance au travail, mais aussi en déterminant si un employé est apte ou non à la reprise, ou encore pour attribuer ou non une origine professionnelle à un trouble.

Notre étude a permis de préciser le profil et les demandes des patients adressés en consultation de souffrance au travail au CHU de Rouen. Nous avons pu déterminer plusieurs

facteurs pouvant influencer le devenir professionnel et psychologique du patient. Certains confirmant ce qui avait été trouvé par des études antérieures, d'autres qui nécessiteront d'être à nouveau étudiées dans des études de plus grandes ampleurs. Nous avons aussi proposé différentes voies d'amélioration de cette consultation, afin d'adapter au mieux notre offre de soins aux besoins du patient. Il a par exemple été proposé de définir un groupe de patients pour lesquels une réévaluation à distance, soit en consultation soit via un entretien téléphonique, pourrait être particulièrement bénéfique.

Il nous a paru aussi important de proposer des pistes pour harmoniser le déroulement et le contenu de cette consultation, tant au niveau local que national, afin d'obtenir à termes des données comparables entre les différents consultants et les différents centres, dans l'idée d'obtenir des études et des statistiques plus robustes et plus fiables.

Les moyens de prévention actuellement développés paraissent encore insuffisants compte-tenu de l'importance du nombre de patients souffrant au travail. Il convient à l'ensemble de la société de travailler à des pistes d'amélioration des ces risques psychosociaux.

On finira enfin, tout de même, par rappeler le rôle positif primordial du travail, celui du lien social, permettant la construction et la stabilisation de l'identité et de la santé mentale du travailleur. Il est d'ailleurs prouvé que le chômage ne fait qu'augmenter le risque psychopathologique. Ce n'est donc pas le travail lui-même qui paraît néfaste, mais bien son organisation. Le défi va être de déterminer les possibles pistes d'amélioration et de les mettre en œuvre.

LISTE DES ABREVIATIONS

ANACT : agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ARACT : association régionale pour l'amélioration des conditions de travail

AT : accident du travail

C.C.P.P.E : centre de consultations de pathologies professionnelles et environnementales

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CRRMP : comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles

DARES : direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

DIRECCTE : directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

ESENER: European Agency for Safety and Health at Work

FOMO: fear of missing out

HADS: hospital anxiety and depression scale

MP: maladies professionnelles

OSHA: occupational Safety and Health Administration

PEROSH: partnership for European research in occupational safety and health

RNV3P : réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles

RPS : risques psychosociaux

TMS : troubles musculo-squelettiques

BIBLIOGRAPHIE

1. KAPITANIAK B. Charge physique, charge mentale : des contraintes aux astreintes. EMC-pathologie professionnelle et de l'environnement. 2014 ; 9 :1-9.
2. LEGERON P. Le stress au travail- 1^{ère} édition - Odile Jacob - 2003.
3. GOLLAC M., BODIER M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser : Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail - 2011.
4. VALLERY G., LEDUC S. Les risques psychosociaux - 2^{ème} édition - puf - 2014.
5. Commission européenne - Manuel d'orientation sur le stress lié au travail. Piment de la vie... ou coup fatal ? Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes - 2000.
6. STAVROULA L., COX T. The European framework for psychosocial risk management (PRIMA-EF) Nottingham I-WHO Publications - 2008.
7. D. CHOUANIERE. Risques psychosociaux et souffrance au travail. EMC., Pathologie professionnelle et de l'environnement 2015 ; 1-12.
8. Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Sondage d'opinions paneuropéen sur la santé et la sécurité dans le cadre professionnel (Pan-European opinion poll on occupational safety and health) - 2013.
9. Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux émergents (ESENER: European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks - Managing safety and health at work) – 2010 - Résumé sur : <http://agency.osha.eu>.2015. Consulté le 10/01/2014.
10. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Conditions de travail. Reprise de l'intensification du travail chez les salariés. DARES ANALYSES - N° 049 – 2014.
11. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Les risques psychosociaux au travail. Un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010. DARES ANALYSES - N° 031 – 2014.
12. GUIHO-BAILLY MP, GUILLET D. Psychopathologie et Psychodynamique du travail. EMC Toxicologie-Pathologie professionnelle. 2005 ; 16-535 -P-10.
13. ALMUDEVER B. Problématique des risques psychosociaux et médecine du travail : processus de construction de nouveaux objets et rôles professionnels. Archive des maladies professionnelles et de l'environnement. 2010 ; 7: 275-279.
14. DESJOURS C., GERNET I. Psychopathologie du travail - 2^{ème} édition - Elsevier Masson – 2014.
15. C. DEMAEGDT, D. ROLO, C. DEJOURS Psychopathologie et psychodynamique du travail –Pathologie professionnelle et de l'environnement. 2013 ; 8 :1-11.
16. P. ZAWIEJA, F. GUARNIERI. Dictionnaire des risques psychosociaux. Éditions du Seuil, Paris – 2014.
17. CLOT Y. Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux- 1^{ère} édition- La Découverte, coll. « Cahiers libres » - 2010.
18. KARASEK R., THEORELL T. Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life New York: Harper Collins Basic books – 1990.
19. FISHWICK . ET AL. Élaboration d'une représentation consensuelle du terme de bien-être au travail au niveau européen. Résultats d'une démarche au sein de PEROSH. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. 2012 ; 73 : 256.

20. CANNON W. B. Stresses and strains of homeostasis. *American journal of the medical science*. 1935; 189: 13-14.
21. SELYE H. Stress and the general adaptation syndrome. *Br med j*. 1950; 17: 1383-92.
22. SELYE H. Stress and psychobiology. *J Clin Exp Psychopathol*. 1956; 17: 370-5.
23. SELYE H. The evolution of the stress concept. *Am Sci*. 1973; 61: 692-9.
24. COHEN, F., LAZARUS, R.S. Coping with the stress of illness. in: C.G. Stone, F. Cohen, N.E. Adler (Eds.) *Health psychology: a handbook*. Jossey-Bass, San Francisco, CA – 1979.
25. LAZARUS RS, FOLKMAN S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer; New York – 1984.
26. CRESPIY J, *Stress et psychopathologie du travail, Cahiers de notes documentaires*. Paris. n° 116, 3^e trimestre – 1984.
27. NIEDHAMMER I, CHASTANG J-F, LEVY D, DAVID S, DEGIOANNI S. Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale SUMER. *Travailler Revue Internationale de Psychopathologie et de Psychodynamique du Travail*. 2007 ; 17 : 47-70.
28. SIEGRIST J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996 ; 1 : 27-4.
29. INRS dossier agression et violence externe. www.inrs.fr/. Consulté le 10/05/2015.
30. INRS dossier harcèlement et violence interne. www.inrs.fr/. Consulté le 10/05/2015.
31. HIRIGOYEN M.F. *Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien* Paris: La Découverte & Syros – 1998.
32. NIEDHAMMER, S.DAVID, S. DEGIOANNI et 143 médecins du travail. La version française du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail : le « Leymann Inventory of Psychological Terror » (LIPT). *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2006 ; 54 : 245-62.
33. IOANA CIOATA . *Harcèlement moral au travail : analyse des conséquences socioprofessionnelles à partir de cent vingt-trois cas issus de la consultation de pathologie professionnelle du Centre Hospitalier de Cherbourg université de Caen* – 2013.
34. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. *Harcèlement moral*. <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/les-fiches-pratiques-du-droit-du,91/sante-conditions-de-travail,115/le-harcèlement-moral,1050.html>. – 2014. Consulté le 07/01/2015.
35. KASBI-BENASSOULI, *Etude du devenir médical et socioprofessionnel des patients adressés pour souffrance psychologique au travail à une consultation de pathologie professionnelle* Thèse pour le doctorat en médecine. Université René Descartes paris V – 2006.
36. CARRE J-M. *J'ai mal au travail. Stress, harcèlement moral et violences. Les films grain de sable*. DV 0327 – 2007.
37. GARDELL B. Psychosocial aspects of industrial production methods. In Levi (ed). *Society, Stress and Disease*. 4; 65-75. Oxford: Oxford university Press – 1981.
38. F. BOURGEOIS. *Modes d'organisation et leurs impacts sur le travail et sur la prévention*. EMC - Pathologie professionnelle et de l'environnement. 2014 ; 9 : 1-8.
39. CLOT Y. *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux* Paris: La Découverte – 2010.

40. M.-E. BOBILLIER CHAUMON, E. BRANGIER, E. FADIER. Usage des technologies de l'information et de la communication et bien-être au travail. EMC - Pathologie professionnelle et de l'environnement. 2014 ; 9 : 1-9.
41. EL WAFI W, BRANGIER E. How ICT change borders between personal life and professional life? Understanding four models of boundaries permeability Proceedings of the international conference, 13-16 March, Lisbon, Portugal – 2013.
42. CRAIPEAU S. L'entreprise mutante. Travailler ensemble séparément - Paris: Hermès – 2001.
43. DAVEZIES P. Le travail: une affaire personnelle? In : Théry L, editor. Le travail intenable. Paris: La découverte – 2010.
44. KRUGER J, EPLEY N, PARKER J, NG ZW. Egocentrism over e-mail: Can we communicate as well as we think? J Person Soc Psychol. 2005 ; 89 : 925–36.
45. GAUDUCHEAU N. L'expérience du courriel en situation professionnelle: représentations de l'activité, jugements et affects. Activités. 2012; 9: 88–111.
46. KUNDA G. Engineering culture: control and commitment in a high-tech corporation. Philadelphia: Temple University Press – 1992.
47. DAVOINE L., MEDA D. Place et sens du travail en Europe : une singularité française ? Centre d'études de l'emploi février – 2008.
48. FREUDENBERGER HJ: Staff burnout. Journal of Social Issues. 1974; 30: 159-165.
49. MASLACH, C., & JACKSON, S.E. Maslach Burnout Inventory. Research Edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press – 1981.
50. DEMEROUTI, E., BAKKER, A.B., NACHREINER, F., & SCHAUFELI, W.B. The Job Demands - Resources model of burnout. Journal of Applied Psychology. 2001; 86: 499-512.
51. SHIROM A: Burnout in work organizations. In International review of industrial and organizational psychology. Edited by Cooper CLO, Robertson I. New York: Wiley. 1989; 25-48.
52. OHAYON MM, CAULET M, PHILIP P, GUILLEMINAULT C, PRIEST RG. How sleep and mental disorders are related to complaints of daytime sleepiness. Arch Intern Med. 1997; 157: 2645-52.
53. CHANG ET AL. Insomnia in Young Men and subsequent Depression. Am J of epidemiology. 1997; 146: 2.
54. BRESLAU ET AL. Sleep disturbance and psychiatric disorders : A longitudinal epidemiological study of young adult. Biol Psychiatry. 1996 ; 39 : 411-418.
55. Institut de veille sanitaire. Numéro thématique. Épidémiologie des troubles du sommeil en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2012 ; 44-45.
56. GOODMAN A. Addiction: Definition and Implications. British Journal of Addiction. 1990; 85: 1403-1408.
57. VARESCON-POUSSON, I. Psychopathologie des conduites addictives: alcoolisme et toxicomanie. Belin – 2005.
58. VARESCON, I., CAMART, N., GERARD, C., & DETILLEUX, M. Événements de vie et stratégies d'adaptation: Chez des sujets consultant pour leur problématique alcoolique. Alcoolologie et addictologie – 2005.
59. DEJOURS, BURLOT. Contribution de la psychopathologie du travail à l'étude de l'alcoolisme - Paris EME – 1985.
60. OATES, W. Confessions of a Workaholic: The Facts About Work Addiction, World, NewYork, NY. – 1971.

61. BATT, A., CAMPEON, A., LEGUAY, D., & LECORPS, P. Épidémiologie du phénomène suicidaire: complexité, pluralité des approches et prévention. EMC–Psychiatrie. 2007 ; 37-500.
62. FRANÇOIS, S., GUIHO-BAILLY, M. P., GOHIER, B., GARRE, J. B., BODIN, J., FRANÇOIS, A., & QUELAURE, Y. Travail et tentatives de suicide. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2012 ; 73 : 112-119.
63. Ministère des affaires sociales, de la santé du droit des femmes. Reconnaître la crise suicidaire. <http://www.sante.gouv.fr/reconnaitre-la-crise-suicidaire.html>. Consulté le 10/05/2015.
64. LEGERON, P. Le stress professionnel. L'information psychiatrique. 2008 ; 84: 809-820.
65. H. LABORDE-CASTEROT, D. CHOUDAT, C. GOULFIER, T. ZAKIA. Accidents du travail : aspects législatifs et réglementaires. EMC - Pathologie professionnelle et de l'environnement. 2014 ; 9: 1-7.
66. ZAKIA T., GOULFIER C., Contentieux en accident du travail et maladie professionnelle. EMC Toxicologie-pathologie professionnelle. 2008 ; 16-740.
67. HEMP, P. Presenteeism: at work-but out of it. Harvard business review. 2004; 82: 49-58.
68. European Agency for Safety and Health at Work. Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks European Risk Observatory Literature Review – 2014.
69. TRONTIN C., LASSAGNE M., BOINI S., RINAL S. Le cout du stress professionnel en France en 2007. INRS. 2007. www.inrs.fr/. Consulté en ligne le 08/12/2014.
70. BRUN, J.P., LAMARCHE, C., Assessing the costs of work stress. Université Laval, Quebec, Canada, 2006. <http://www.cgsst.com/stock/eng/doc/272-806.pdf>. Consulté le 15/03/2015.
71. BEJEAN S, SULTAN-TAÏEB H. Modeling the economic burden of diseases imputable to stress at work. Eur J Health Econ. 2005; 6: 16-23.
72. Mal-être au travail : regards croisés sur les risques psychosociaux (UFR de Droit de Rouen – Amphi 600) – 3 février 2011.
73. Haute autorité de santé. Qualité de vie au travail. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail. 2015. Consulté le 01/01/2015.
74. LANOUZIERE H. Un coup pour rien ou un virage décisif ? L'accord du 19 juin 2013 sur la qualité de vie au travail Sem Soc Lamy – 2013.
75. CHAMOUX A, PARIS C, MERLE JL, REGEARD E, Evaluation du stress professionnel par échelle visuelle analogique. Arch Mal Prof. 2000 ; 61 :524.
76. Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale de Juin 1964, amendée à Tokyo en 1975, à Venise en 1983, à Hong-Kong en 1989, à Somerset West en 1996 et à Edimbourg en Octobre 2000.
77. www.insee.fr/. Consulté le 15/03/2015.
78. GINGEMBRE L. Psychopathologie d'origine professionnelle: caractérisation des différents profils des patients adressés en consultation de pathologie professionnelle entre 2003 et 2007 au chu de Nancy Thèse pour le doctorat en médecine Université Henri Poincaré, Nancy – 2010.
79. DE GASPARO C, GRENIER-PEZE M, Etude d'une cohorte clinique de patients harcelés : une approche sociologique quantitative. Etudes et enquêtes TF 125. Doc Med Trav. – 2003.
80. PAOLILLO A-G, HAUBOLD B, LEPROUST H, D'ESCATHA A, SOULA M-C, AMEILLE J, Devenir socioprofessionnel de patients en situation de harcèlement moral présumé. Etudes et enquêtes TF 146. Doc Med Trav – 2006.

81. ARNAUD M. Enquête à distance (de 3 à 5 ans) de 66 patients vus en consultation de souffrance psychique au travail du CHU de Clermont Ferrand sous les angles médicaux, professionnels et médico-légaux Thèse pour le doctorat en médecine université d'Auvergne Clermont 1 – 2009.
82. RAGOT A. Profil clinique et sociodémographique de 168 salariés adressés pour souffrance mentale au travail en consultation psychiatrique de pathologie professionnelle au CHU d'Angers Thèse pour le doctorat en médecine université d'Angers – 2011.
83. BENSEFA L, Harcèlement moral et pronostic socioprofessionnel chez 126 patients adressés à une consultation de pathologie professionnelle. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris : Université René Descartes, Faculté de médecine Cochin Port Royal – 2003.
84. BENSEFA L, SANDRET N, DE CLAVIERE C, D'ESCATHA A et AL, Harcèlement moral et pronostic professionnel chez 126 patients d'une consultation de pathologie professionnelle. Archives Mal Prof. 2004 ; 65: 387-395.
85. CHAMOUX A. Proposition d'une nomenclature commune des facteurs de risques psychosociaux dans le cadre d'une démarche de recherche prospective analytique. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2012 ; 73 : 228–231.
86. ZIGMOND AS, SNAITH RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983 ; 67 : 361-70.
87. MONTGOMERY SA, ASBERG M. A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry; 1979; 134: 382-89.
88. HIRIGOYEN M-F. Malaise dans le travail. Harcèlement moral : démêler le vrai du faux. Paris : Editions La Découverte et Syros – 2001.
89. CHIARONI J, CHIARONI P, Données épidémiologiques des situations de mobbing au travail d'après une enquête effectuée auprès des médecins du travail en région PACA. Un profil type du salarié harcelé ? Archives Mal Prof. 2001 ; 62 : 96-107.
90. 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. Arch Mal Prof. 2002. 63 ; 512-15.
91. 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.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE

ANNEXE 2 : ECHELLE HAD

ANNEXE 3 : EXEMPLE DE COMPTE-RENDU DE CONSULTATION DE SOUFFRANCE AU TRAVAIL

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE

EVALUATION DE LA CONSULTATION SOUFFRANCE AU TRAVAIL (CHU DE ROUEN) PAR LES PATIENTS ET DEVENIR DES PATIENTS

Numéro dossier :

NOM :

PRENOM :

Date naissance :

Age (lors consultation) :

Date de la consultation :

Adressé par :

Date questionnaire :

Délai Consultation / questionnaire : ... mois

ETAT PROFESSIONNEL ACTUEL

TRAVAILLEZ VOUS ACTUELLEMENT ?

1 Oui

0 Non

TRAVAILLEZ VOUS ACTUELLEMENT DANS LA MEME ENTREPRISE:

1 Oui

0 Non

Nombre d'employés ? < 50 < < 200 < < 500 <

Type d'entreprise

Poste

CSP dans cette entreprise

SI VOUS TRAVAILLEZ ACTUELLEMENT DANS LA MEME ENTREPRISE:

1 Même poste

2 Mutation

3 Reclassement

SI VOUS NE TRAVAILLEZ PLUS DANS LA MEME ENTREPRISE

1 licenciement pour faute professionnelle

2 inaptitude

3 licenciement économique ou autre licenciement

4 rupture conventionnelle

5 démission

6 préretraite

7 retraite

AVEZ-VOUS RETROUVE UN AUTRE EMPLOI ?

1 oui Si oui, Lequel ? + RQTH ? 1 oui 0 non

Préférez-vous votre nouvel emploi ? 1 oui 0 non

0 non Si non : Au chômage + recherche emploi ? 1 oui 0 non

Ou ne travaille pas pour raisons de santé ? 1 oui 0 non

ETES-VOUS EN ARRET MALADIE ?

- 1 oui
- 0 non

EN ARRET LONGUE MALADIE ?

- 1 oui
- 0 non

EN INVALIDITE ?

- 1 oui
- 0 non

AVEZ-VOUS ETE EN ARRET DE TRAVAIL (à cause de la souffrance au travail) ?

- 1 oui si oui : Combien ? Dans même entreprise ? 1oui 0non
- 0 non Combien de semaines/mois au total ?
Date reprise ?

DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA REPRISE :

- 1 Problème relationnel avec la hiérarchie
- 2 Problème relationnel avec collègues
- 3 Problèmes médicaux :

VOTRE SOUFFRANCE A-T-ELLE ETE RECONNUE COMME ACCIDENT DE TRAVAIL ?

- 1 oui
- 0 non

COMME MALADIE PROFESSIONNELLE ?

- 1 oui
- 0 non

SI VOUS TRAVAILLEZ ACTUELLEMENT :

PERCEPTION DE VOTRE UTILITE AU TRAVAIL ?

- 0 Moins bien qu'avant
- 1 Pareil qu'avant
- 2 Mieux qu'avant

PERCEPTION DE VOTRE INVESTISSEMENT AU TRAVAIL ?

- 0 Moins bien qu'avant
- 1 Pareil qu'avant
- 2 Mieux qu'avant

SOUFFREZ-VOUS TOUJOURS AU TRAVAIL ?

- 1 oui si oui, amélioration après démarches ? 1oui 0non
Pensez-vous pouvoir un jour ne plus souffrir au travail ? 1oui 0non
- 0 non Pensez-vous être définitivement guéri ? 1oui 0non

Echelle de 0 à 10 avt

Echelle de 0 à 10 maintenant

AVEZ-VOUS DEMANDE DE L'AIDE AU SEIN DE L'ENTREPRISE ?

- 1 oui : A qui ?
 - 1collègues

- 2 hiérarchie
- 3 représentant du personnel
- 4 syndicats
- 5 CHSCT
- 6 médecin du travail
- 7 autre :

0 non

AVEZ-VOUS DEMANDE DE L'AIDE A L'EXTERIEUR DE L'ENTREPRISE ?

1 oui : A qui ?

- 1 MIRT
- 2 Inspecteur du travail
- 3 CRAM
- 4 ARACT
- 5 Associations
- 6 médecin traitant
- 7 psychiatre
- 8 médecin légiste
- 9 autre :

0 non

ETAT DE SANTE ACTUEL

ACTUELLEMENT PRENEZ VOUS UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX ?

0 Non

1 Oui Le(s)quel(s) ?

- 1 Benzodiazepines
- 2 AD
- 3 Hypnotiques
- 4 Neuroleptiques
- 5 Thymoregulateurs
- 6 autres

Ce traitement est il prescrit ?

- 1 Oui
- 0 Non

Ce traitement a-t-il été mis en place

- 1 Avant l'épisode de souffrance au travail
- 2 Au moment de l'épisode de souffrance au travail
- 3 Après l'épisode de souffrance au travail

Depuis la consultation, pensez-vous que votre consommation médicamenteuse

- 1 a diminué
- 2 est identique
- 3 a augmenté

ETES VOUS ACTUELLEMENT SUIVI PAR UN SPECIALISTE ?

0 non

1 oui Le(s)quel(s) ?

- Médecin du Travail 1 oui 0 non
- Médecin traitant 1 oui 0 non
- Psychiatre 1 oui 0 non
- Psychologue 1 oui 0 non

Ce suivi a-t-il été mis en place

- 1 Avant l'épisode de souffrance au travail
- 2 Au moment de l'épisode de souffrance au travail
- 3 Après l'épisode de souffrance au travail

Avez-vous développé de nouveaux problèmes de santé ?

- 1 oui si oui, lesquels ?
- 0 non

ETES VOUS STRESSE ?

- 1 Oui si oui, score entre 0 et 10 :
- 0 Non

PENSEZ-VOUS QUE VOTRE SITUATION ETAIT UN BURN-OUT ?

- 1 oui
- 0 non

PENSEZ-VOUS QUE VOTRE SITUATION ETAIT UN HARCELEMENT MORAL ?

- 1 oui
- 0 non

SUITE A L'EPISODE DE SOUFFRANCE Y A-T-IL EU UNE AUGMENTATION DE VOS CONSOMMATIONS

Au moment de l'épisode

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> d'alcool | <input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 0 non |
| <input type="checkbox"/> de tabac | <input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 0 non |
| <input type="checkbox"/> de jeux | <input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 0 non |
| <input type="checkbox"/> d'achats sur internet | <input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 0 non |
| <input type="checkbox"/> de nourriture | <input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 0 non |

A present

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> d'alcool | <input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 0 non |
| <input type="checkbox"/> de tabac | <input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 0 non |
| <input type="checkbox"/> de jeux | <input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 0 non |
| <input type="checkbox"/> d'achats sur internet | <input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 0 non |
| <input type="checkbox"/> de nourriture | <input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 0 non |

FAMILLE

Votre souffrance au travail A-T-ELLE EU un impact sur votre vie familiale ?

- 1 oui 0 non

Votre souffrance au travail A-T-ELLE ENCORE un impact sur votre vie familiale ?

- 1 oui 0 non

Quel est son RETENTISSEMENT sur votre QUALITE DE VIE ?

Au moment de la souffrance de 0 à 10 :

A present

LITIGE

AVEZ-VOUS DEJA SOLLICITE

- un médecin légiste 1 oui 0 non
- un avocat 1 oui 0 non
- un conseil juridique 1 oui 0 non
- inspection du travail 1 oui 0 non
- partenaire sociaux 1 oui 0 non
- délégués du personnel 1 oui 0 non

AVEZ-VOUS EFFECTUE DES DEMARCHES JURIDIQUES ?

0 Non

1 Oui Si oui : Lesquelles ?

Prud'hommes 1 oui 0 non

Au civil 1 oui 0 non

Au pénal 1 oui 0 non

Au tribunal des affaires de sécurité sociale 1 oui 0 non

Au tribunal administratif 1 oui 0 non

Autre :

Vos démarches ont débuté 1 avant ou 2 après la consultation ?

Le compte rendu de la consultation a-t-il été utilisé ? 1 oui 0 non

Vos démarches sont-elles terminées ? 1 oui 0 non

Si terminées, avez-vous eu gain de cause ? 1 oui 0 non

Y A-T-IL EU UNE ENQUETE AU SEIN DE L'ENTREPRISE ?

1 Oui si oui : par qui ?

0 Non

LA CONSULTATION

PARMI LES DEMARCHES CONSEILLEES LORS DE VOTRE CONSULTATION, LESQUELLES ONT ETE MISES EN PLACE:

	Démarches conseillées (1=oui, rien = non)	Démarches mises en place (1=oui, 2=non, 0= n'avait pas été conseillé)	Déjà en cours avt la consultation
Reconnaissance en accident de travail			
Reconnaissance en maladie professionnelle		Si oui, quelle maladie ?	

Invalidité		Si oui, Catégorie : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Arrêt de travail			
prolongation d'un arrêt maladie			
Congé de Longue Durée (CLD) ou Congé Longue Maladie (CLM)			
Prise de contact avec la HALDE			
Initiation d'un suivi spécialisé		Si oui, lequel ?	
Poursuite d'un suivi spécialisé		Si oui, lequel ?	
demande d'aide du CHSCT			
demande d'aide d'un avocat			
Formation et bilan de compétence			
Reclassement dans l'entreprise			
Licenciement pour Inaptitude médicale			
demande d'aide du médecin du travail (préprise ou autre consultation)			
Mise en place RQTH			
AUTRE			

AVEZ-VOUS ETE SATISFAIT DU DELAI DE RDV DE CONSULTATION ?

- 1 Oui
0 Non

DE LA DUREE DE LA CONSULTATION ?

- 1 Oui
0 Non

DE L'ACCUEIL ET DE L'ECOUTE ?

- 1 Oui
0 Non

PENSEZ VOUS QU'UNE SEULE CONSULTATION SOIT SUFFISANTE ?

- 1 Oui
0 Non

AURIEZ VOUS SOUHAITE OBTENIR D'AUTRES RENSEIGNEMENTS DURANT LA CONSULTATION ?

- 1 Oui Si oui, lesquels ?
0 Non

PENSEZ VOUS QUE CETTE CONSULTATION AIT ETE UTILE?

- 1 Oui. Pour quelle(s) raison(s) :
- Soutien psychologique 1 oui 0 non
- aide à la compréhension de la situation 1 oui 0 non

- aide au maintien au poste de travail 1 oui 0 non
- Informations sur démarches administratives, sociales 1 oui 0 non
- Informations sur l'aptitude et l'inaptitude 1 oui 0 non
- pour votre famille et votre équilibre familial 1 oui 0 non
- pour votre santé 1 oui 0 non
- Pour vos démarches juridiques 1 oui 0 non
- Autre :

0 Non. Pour quelle(s) raison(s) :

**AURIEZ-VOUS DES SUGGESTIONS À NOUS APPORTER AFIN D'AMELIORER
CETTE CONSULTATION ?**

- 1 Oui Si oui, lesquelles ?
- 0 Non

ANNEXE 2 : ECHELLE HAD

Echelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale)
de Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Résultats :

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs.

Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

- Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.
- Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

Références :

Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D. Guelfi et Coll, Ardix Médical.

RESUME

Introduction

Les notions de mal-être, de souffrance, de stress, de violence et de harcèlement moral au travail, en lien avec les changements d'organisation et de conditions de travail, sont associées à un pronostic souvent péjoratif au niveau psychologique et professionnel.

Objectifs et Méthode

Les objectifs de notre étude étaient de caractériser le profil des patients vus en consultation de souffrance au travail au CHU de Rouen, d'évaluer leur devenir psychologique et professionnel, d'évaluer cette consultation par les patients et de chercher des facteurs prédictifs de maintien dans l'emploi ou d'évolution thymique favorable. Les données des patients vus en consultation entre le 01/01/2013 et le 30/06/2014 ont été recueillies à l'aide des comptes-rendus détaillés des consultations, puis les patients ont été recontactés par téléphone pour remplir un questionnaire mis au point par notre équipe ainsi qu'une échelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression.

Résultats

Au total, 89 patients ont été vus en consultation. Les femmes et le domaine médico-social étaient surreprésentés. Un syndrome anxio-dépressif, un traitement psychotrope ou un suivi psychologique était présents chez plus de la moitié de nos patients. Seuls 22% travaillaient lors de la consultation. Soixante patients (67%) ont pu être joints par téléphone en moyenne 1 an et demi après la consultation. On compte alors 38% de travailleurs. Les facteurs prédictifs positifs de maintien dans l'emploi retrouvés étaient un niveau d'études élevé ($p=0.005$), une très grande entreprise ($p=0.03$), et l'absence de conseiller juridique ($p=0.03$). Plus de la moitié des patients présentaient à distance des symptômes anxieux et/ou dépressifs. L'absence de traitement psychotrope au moment de la consultation était un facteur prédictif d'évolution thymique favorable ($p=0.02$).

Discussion et conclusion

Le profil et l'évolution professionnelle et psychologique de nos patients sont globalement comparables à ceux des autres études menées en France sur la souffrance au travail et le harcèlement moral. Nos patients étaient dans l'ensemble très satisfaits de la consultation, et leurs suggestions ont permis de proposer des pistes d'amélioration des modalités de cette consultation, qui semble en revanche assez variable dans son déroulement suivant les centres. La consultation de souffrance au travail se doit de s'intégrer dans un réseau régional pluridisciplinaire qu'il faut continuer d'étayer.

Mots-clés : souffrance, travail, harcèlement moral, maintien dans l'emploi, anxiété, dépression

RESUME

Introduction

Les notions de mal-être, de souffrance, de stress, de violence et de harcèlement moral au travail, en lien avec les changements d'organisation et de conditions de travail, sont associées à un pronostic souvent péjoratif au niveau psychologique et professionnel.

Objectifs et Méthode

Les objectifs de notre étude étaient de caractériser le profil des patients vus en consultation de souffrance au travail au CHU de Rouen, d'évaluer leur devenir psychologique et professionnel, d'évaluer cette consultation par les patients et de chercher des facteurs prédictifs de maintien dans l'emploi ou d'évolution thymique favorable. Les données des patients vus en consultation entre le 01/01/2013 et le 30/06/2014 ont été recueillies à l'aide des comptes-rendus détaillés des consultations, puis les patients ont été recontactés par téléphone pour remplir un questionnaire mis au point par notre équipe ainsi qu'une échelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression.

Résultats

Au total, 89 patients ont été vus en consultation. Les femmes et le domaine médico-social étaient surreprésentés. Un syndrome anxio-dépressif, un traitement psychotrope ou un suivi psychologique était présents chez plus de la moitié de nos patients. Seuls 22% travaillaient lors de la consultation. Soixante patients (67%) ont pu être joints par téléphone en moyenne 1 an et demi après la consultation. On compte alors 38% de travailleurs. Les facteurs prédictifs positifs de maintien dans l'emploi retrouvés étaient un niveau d'études élevé ($p=0.005$), une très grande entreprise ($p=0.03$), et l'absence de conseiller juridique ($p=0.03$). Plus de la moitié des patients présentaient à distance des symptômes anxieux et/ou dépressifs. L'absence de traitement psychotrope au moment de la consultation était un facteur prédictif d'évolution thymique favorable ($p=0.02$).

Discussion et conclusion

Le profil et l'évolution professionnelle et psychologique de nos patients sont globalement comparables à ceux des autres études menées en France sur la souffrance au travail et le harcèlement moral. Nos patients étaient dans l'ensemble très satisfaits de la consultation, et leurs suggestions ont permis de proposer des pistes d'amélioration des modalités de cette consultation, qui semble en revanche assez variable dans son déroulement suivant les centres. La consultation de souffrance au travail se doit de s'intégrer dans un réseau régional pluridisciplinaire qu'il faut continuer d'étayer.

Mots-clés : souffrance, travail, harcèlement moral, maintien dans l'emploi, anxiété, dépression