



HAL
open science

**Psychopathologie d'origine professionnelle :
Caractérisation des différents profils des patients
adressés en consultation de pathologie professionnelle
entre 2003 et 2007 au CHU de Nancy**

Lorène Gingembre

► **To cite this version:**

Lorène Gingembre. Psychopathologie d'origine professionnelle : Caractérisation des différents profils des patients adressés en consultation de pathologie professionnelle entre 2003 et 2007 au CHU de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01734254

HAL Id: hal-01734254

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734254v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine du Travail

par

Lorène GINGEMBRE

Le 11 janvier 2010

**PSYCHOPATHOLOGIE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE :
CARACTÉRISATION DES DIFFÉRENTS PROFILS DES PATIENTS
ADRESSÉS EN CONSULTATION DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE
ENTRE 2003 ET 2007 AU CHU DE NANCY**

Examineurs de la Thèse :

Monsieur C. PARIS	Professeur	Président
Monsieur F. GUILLEMIN	Professeur	Juge
Monsieur J.M. SOULAT	Professeur	Juge
Monsieur F. BOQUEL	Docteur en Médecine	Juge

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine du Travail

par

Lorène GINGEMBRE

Le 11 janvier 2010

**PSYCHOPATHOLOGIE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE :
CARACTÉRISATION DES DIFFÉRENTS PROFILS DES PATIENTS
ADRESSÉS EN CONSULTATION DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE
ENTRE 2003 ET 2007 AU CHU DE NANCY**

Examineurs de la Thèse :

Monsieur C. PARIS	Professeur	Président
Monsieur F. GUILLEMIN	Professeur	Juge
Monsieur J.M. SOULAT	Professeur	Juge
Monsieur F. BOQUEL	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. Christophe NEMOS

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétiqúe)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÁSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A Monsieur le Professeur Ch. PARIS

Président du jury de thèse

Directeur de thèse

Professeur de Médecine et santé au travail

Je souhaite vous témoigner ma profonde reconnaissance. J'ai bénéficié au cours de ma formation universitaire de la compétence et de la rigueur de votre enseignement. Je tiens à vous remercier pour votre disponibilité, votre écoute et vos conseils pertinents qui ont été d'un grand soutien pour mener à terme cette thèse.

Je suis particulièrement sensible à l'honneur que vous me faites de bien vouloir présider ce jury de thèse.

A nos juges

Monsieur le Professeur F. GUILLEMIN

Professeur d'épidémiologie, d'économie de la santé et de la prévention

Vous me faites le grand honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à cette étude.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération.

Monsieur le Professeur J.M. SOULAT

Professeur de Médecine et santé au travail

Je tiens à vous remercier très sincèrement d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Je vous suis infiniment reconnaissante de l'intérêt que vous portez à notre belle spécialité.

Je vous prie de trouver dans cet hommage la marque de mon profond respect.

Monsieur le Docteur F. BOQUEL

Psychiatre

Vous avez accepté avec gentillesse de participer à ce jury de thèse et je vous remercie de votre disponibilité.

Veillez trouver ici le témoignage de ma grande estime.

Je remercie sincèrement :

- Le service de pathologie professionnelle de Nancy qui m'a permis de réaliser cette étude particulièrement intéressante. J'ai apprécié la gentillesse et la disponibilité de toute l'équipe (Marie-Thérèse, Frédérique, Yolande, Odile...) tout au long de mon travail ;
- Mme Audrey STOUFFLET qui a été pour moi d'une aide précieuse pour la partie statistique de l'étude ;
- Le Docteur F.JABOT, médecin du travail qualifié en épidémiologie, pour sa grande gentillesse, sa disponibilité et ses conseils avisés ;
- Le Docteur BOQUEL, psychiatre, sans qui cette étude ne serait pas la même ;
- Mes maîtres de stage qui m'ont tant apporté dans l'apprentissage de ce métier passionnant : Monsieur le Professeur PARIS, Madame le Docteur POUPEL, Madame le Docteur AUBREGE, Monsieur le Docteur MEYER, Monsieur le Docteur LADAIQUE ;
- Les copines co-internes pour tous leurs conseils, « trucs et astuces » pour faciliter la réalisation de ce travail.

Je dédie cette thèse :

- A mes deux amours, John, pour sa patience et ma petite Daphné, qui illumine notre vie ;
- A mes parents, toujours à mes côtés pendant ces longues études et mes deux « ptits » frères, loin des yeux mais près du cœur ;
- A mes grands-parents et Papilou qui veille sur nous ;
- A toute ma famille et ma belle-famille ;
- A mes amies Magali, Aline, Sandrine, Marie-Jo, Claire, Stéphanie, Anne et celles avec qui nos routes se sont éloignées ces dernières années, Marie, Tiphaine ;
- Et à tous les autres...

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	14
INTRODUCTION	17
PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LA SOUFFRANCE MENTALE AU TRAVAIL	19
I. Santé mentale, souffrance psychique au travail : définitions	20
II. Etat des lieux des enquêtes menées dans de domaine de la santé mentale au travail et de la souffrance psychique au travail	22
III. Le travail, source de souffrance mentale ?	25
1. Sens du travail	25
2. Psychodynamique du travail	26
3. Les nouvelles formes d'organisation du travail	28
4. Les risques psychosociaux	30
4.1. Le stress, premier risque psychosocial	30
4.2. Les violences au travail	33
4.2.1. Les violences internes	33
4.2.2. Le harcèlement : un cas particulier de violence interne	35
4.2.3 Les violences externes	37
IV. Incidences psychopathologiques de la souffrance au travail	39
1. Suicides liés au travail	39
2. Dépression	41
3. Epuisement psychique	43
4. Troubles anxieux et cas particulier de l'état de stress post-traumatique	44
5. Troubles psychosomatiques	45
V. Reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail comme maladies professionnelles	47
DEUXIEME PARTIE : ETUDE DE LA POPULATION REÇUE AU SERVICE DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE DE NANCY ENTRE 2003 ET 2007 POUR UNE PSYCHOPATHOLOGIE	49
I. Présentation et objectif de l'étude	51
II. Matériel et méthode	52
1. Population	52

2. Questionnaire	53
2.1. Identification	53
2.2. Données socioprofessionnelles	53
2.3. Motif de la consultation	57
2.4. Histoire de la maladie	57
2.5. Eléments cliniques	59
2.6. Conclusion de la consultation	59
3. Recueil et analyse des données	62
4. Présentation des résultats	63
III. Résultats	65
1. Résultats descriptifs de l'ensemble de la population	65
1.1. Année de consultation	65
1.2. Caractéristiques socioprofessionnelles	65
1.3. Motif de la consultation	70
1.4. Histoire de la maladie	71
1.5. Eléments cliniques	73
1.6. Conclusion de la consultation	75
1.7. Synthèse des résultats	76
2. Comparaison des caractéristiques des trois sous-populations établies en fonction du diagnostic clinique	78
2.1. Evolution au cours des années	79
2.2. Caractéristiques socioprofessionnelles	80
2.3. Motif de la consultation	84
2.4. Histoire de la maladie	84
2.5. Eléments cliniques	87
2.6. Conclusion de la consultation	88
2.7. Synthèse des résultats	90
3. Comparaison des caractéristiques de la population harcelée à celles des autres populations en souffrance au travail	92
3.1. Evolution des trois populations entre 2003 et 2007	94
3.2. Caractéristiques socioprofessionnelles	94
3.3. Motif de la consultation	100
3.4. Histoire de la maladie	102
3.5. Eléments cliniques	105
3.6. Conclusion de la consultation	107
3.7. Synthèse des résultats	108

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	110
I. Méthode de l'étude	111
1. Intérêts de l'étude	111
2. Limites de l'étude	112
II. Résultats	115
1. Synthèse des résultats	115
1.1. Données socioprofessionnelles	115
1.2. Diagnostic psychiatrique	116
1.3. Contexte professionnel	117
2. Discussion	119
2.1. Revue de la littérature : comparaison des caractéristiques de la population harcelée	119
2.2. Particularités des différentes populations en souffrance au travail	122
CONCLUSION	127
BIBLIOGRAPHIE	129
LISTE DES ABREVIATIONS	136
ANNEXES	137

INTRODUCTION

Les expressions de souffrance psychique en lien avec le travail font désormais partie de la pratique quotidienne des médecins du travail, mais aussi des médecins généralistes, et des psychiatres. Les centres de consultation de pathologie professionnelle sont actuellement de plus en plus sollicités pour recevoir des salariés en situation de mal-être au travail. Selon le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), pour la première fois en 2007, les consultations pour risque psycho-social s'inscrivent à la première place des consultations pour pathologies professionnelles en France et représentent 27% des causes de consultation. Cela confirme une tendance lourde de la montée continue de ces préoccupations depuis plusieurs années, traduite dernièrement par une médiatisation forte de la souffrance au travail. Le domaine de la santé mentale au travail fait ainsi l'objet d'une attention croissante de la part du monde du travail en général et en particulier des pouvoirs publics, des partenaires sociaux et des directions d'entreprises.

Les modifications organisationnelles intervenues ces dernières décennies dans le milieu du travail et les risques psychosociaux sont les facteurs les plus souvent incriminés face à l'émergence de nouvelles formes de pathologies que sont par exemple, les pathologies de surmenage – burn-out, karôshi, troubles musculo-squelettiques –, ou la multiplication des dépressions et des gestes suicidaires jusque sur les lieux de travail.

Dans l'objectif d'apporter des données épidémiologiques nouvelles et originales dans le domaine de la santé mentale au travail, nous avons souhaité décrire et comparer les caractéristiques du profil des patients adressés à la consultation psychiatrique d'un centre de consultation de pathologie professionnelle entre 2003 et 2007.

La première partie de ce travail sera consacrée au contexte général de la problématique croissante de la souffrance psychique au travail. Après un état des lieux des enquêtes menées sur la santé mentale au travail en France, nous verrons en quoi le travail peut être source de souffrance et quelles ont été les dernières modifications dans l'organisation du travail qui y ont contribué. Nous aborderons ensuite les facteurs

de risque d'atteinte de la santé mentale au travail, regroupés sous les termes de facteurs psychosociaux, puis nous décrivons les formes psychopathologiques liées au travail les plus fréquemment rencontrées. Enfin nous évoquons la reconnaissance de ces pathologies comme maladies professionnelles.

Dans la deuxième partie, nous présenterons l'étude réalisée à partir de la consultation psychiatrique du service de pathologie professionnelle de Nancy : nous décrivons les sujets, la méthode et les moyens utilisés, ainsi que les résultats de cette étude.

Dans une troisième partie, nous discuterons ces résultats et les confronterons aux données de la littérature existantes.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LA SOUFFRANCE MENTALE AU TRAVAIL

19

I. Santé mentale, souffrance psychique au travail : définitions	20
II. Etat des lieux des enquêtes menées dans de domaine de la santé mentale au travail et de la souffrance psychique au travail	22
III. Le travail, source de souffrance mentale ?	25
1. Sens du travail	25
2. Psychodynamique du travail	26
3. Les nouvelles formes d'organisation du travail	28
4. Les risques psychosociaux	30
4.1. Le stress, premier risque psychosocial	30
4.2. Les violences au travail	33
4.2.1. Les violences internes	33
4.2.2. Le harcèlement : un cas particulier de violence interne	35
4.2.3 Les violences externes	37
IV. Incidences psychopathologiques de la souffrance au travail	39
1. Suicides liés au travail	39
2. Dépression	41
3. Epuisement psychique	43
4. Troubles anxieux et cas particulier de l'état de stress post-traumatique	44
5. Troubles psychosomatiques	45
V. Reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail comme maladies professionnelles	47

I. Santé mentale, souffrance psychique au travail : définitions

Le terme de « souffrance psychique » au travail fait implicitement appel au champ de la « santé mentale » qu'il est utile de définir au préalable.

L'Organisation Mondiale de la Santé propose une définition de la santé en général et donc de la santé mentale dans sa dimension positive. En effet, la définition de la santé telle qu'elle figure dans la Constitution de l'OMS est la suivante : "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité." Les 191 Etats Membres de l'OMS ont approuvé cette ambitieuse définition. Par conséquent, la santé mentale ne consiste pas seulement en une absence de troubles mentaux. Il s'agit d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté.

Parmi ses programmes et projets, l'OMS a souhaité mettre l'accent sur la promotion de la santé mentale comme en témoignent la déclaration de l'OMS et le plan d'action pour la santé mentale en Europe signé dans le cadre de la conférence ministérielle européenne sur la santé mentale à Helsinki en janvier 2005. Elle préconise que les politiques nationales de santé mentale ne limitent pas leur action à la maladie mentale mais aussi reconnaissent et tentent de résoudre les grands problèmes affectant la santé mentale dans tous les secteurs de la société. Elle propose qu'un accent particulier soit mis sur ce qui au travail, et dans le travail lui-même, est susceptible de promouvoir la santé mentale car le travail est aussi un espace de construction de santé et de relations sociales. Huit domaines d'action ont été recensés à cet égard : sensibilisation accrue de l'employeur aux problèmes de santé mentale, identification de buts communs et d'aspects positifs du travail, équilibre entre la demande d'emploi et les compétences professionnelles, formation aux aptitudes sociales, développement du climat psychosocial du lieu de travail, conseils dispensés aux travailleurs, amélioration de la capacité de travail et stratégies de réadaptation précoce (1).

La souffrance en général est un éprouvé psychique subjectif vécu individuellement. Elle devient pathogène lorsqu'elle submerge le sujet. Pour contenir sa souffrance, le sujet construit des défenses qui doivent néanmoins être suffisamment souples pour lui

permettre de disposer d'une certaine plasticité psychique. A l'heure actuelle, il n'existe pas de définition officielle de la souffrance psychique au travail qui se situe entre la médecine et le droit. Derrière ce terme générique employé pour désigner une multitude d'histoires singulières, sont retrouvés ce que l'on appelle désormais « les risques psychosociaux » mais aussi les conséquences possibles de l'exposition à ces risques, diverses, intervenant sur les champs aussi bien somatiques, que psychologiques, professionnels et privés.

II. Etat des lieux des enquêtes menées dans de domaine de la santé mentale au travail et de la souffrance psychique au travail

L'enquête Conditions de travail, réalisée par l'Insee en 2005, révélait que parmi les salariés âgés de 35 à 55 ans, un sur trois estimait « ne pas être capable de faire le même travail jusqu'à 60 ans ». Faire le même travail jusqu'à 60 ans est plus souvent jugé difficile par les salariés dont le travail est physiquement pénible, mais d'autres caractéristiques du travail jouent aussi fortement, qui renvoient à des facteurs psychosociaux : avoir un travail qui ne permet pas d'apprendre, ne pas disposer des moyens de faire un travail de qualité, vivre des tensions avec le public ou les supérieurs, avoir des horaires imprévisibles ou excessifs (2).

Selon un rapport de la Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Travail, en France, en 2004, 67 % des salariés affirmaient être tendus ou irrités par leur travail, 47 % se sentaient découragés, 14 % consommaient des médicaments psychotropes et 10 % avaient consulté un psychiatre (3). La quatrième enquête réalisée par la fondation de Dublin, en 2005, auprès de 30000 salariés de l'Union Européenne, plaçait le stress au 3^{ème} rang des problèmes liés au travail derrière les troubles musculosquelettiques et la fatigue (4). Selon cette même étude, 5 % des salariés rapportent être victimes de harcèlement moral et 5% sont victimes de violence physique.

Face à ces constats, la Commission Européenne pour l'Emploi, les Affaires Sociales et l'Egalité des Chances pointe la problématique de la souffrance au travail comme prioritaire dans le rapport du 21 février 2007 définissant la « Stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail ». Ce rapport alerte notamment sur l'ampleur grandissante de cette souffrance dans les organisations : «Les problèmes liés à une mauvaise santé mentale constituent la quatrième cause la plus fréquente d'incapacité au travail. L'OMS estime que, d'ici 2020, la dépression deviendra la principale cause d'incapacité de travail» (5).

De nombreuses études de terrain sont venues confirmer que l'exposition professionnelle à certains facteurs psychosociaux peut comporter des risques d'atteinte de la santé mentale (6,7). Mais bien que les effets engendrés par l'organisation du travail dans les pays industrialisés sur les populations soient de mieux en mieux documentés, il existe encore en France un déficit de connaissances sur l'importance du poids des pathologies mentales générées. Pour exemple, les études consacrées à la santé mentale dans la revue *Archives des Maladies Professionnelles* représentent 12 % des pathologies étudiées entre 2001 et 2007, en 4^{ème} position derrière les troubles musculosquelettiques (24 %), les maladies respiratoires (18 %) et les maladies dermatologiques (15 %) (8).

Par conséquent, afin de renforcer les données insuffisamment produites, une mission de Veille nationale en santé mentale au travail a été récemment mise en place, coordonnée par le département santé-travail de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). Le programme SAMOTRACE est au cœur de ce système dont le volet « épidémiologie en entreprises » s'appuie sur un réseau de médecins du travail volontaires de deux régions pilotes : Centre et Rhône-Alpes. Le recueil de données a débuté en 2006 avec trois objectifs principaux : estimer la fréquence des troubles de santé mentale et des expositions qui leur sont associées selon l'emploi, identifier les facteurs professionnels à risque pour la santé mentale et explorer avec les régimes de sécurité sociale l'utilisation des données médico-administratives relatives aux troubles psychiatriques à des fins de surveillance épidémiologique.

Néanmoins, il existe déjà en France différentes enquêtes nationales, sur l'exposition des salariés aux risques et les pénibilités du travail, apportant des éléments en matière de santé mentale au travail. L'enquête Sumer en est la principale représentante ; son édition de 2003 a introduit le questionnaire de Karasek pour évaluer l'exposition aux facteurs psychosociaux au travail (9). Une autre enquête intitulée EVREST (ÉVolutions et Relations En Santé au Travail), est en cours de réalisation. Créé par des médecins du travail et des chercheurs, ce questionnaire vise à décrire le salarié, ses conditions de travail et l'ensemble des risques auxquels il est exposé, y compris les risques psychosociaux. L'enquête s'intéresse aux conditions organisationnelles du travail, aux nuisances et au vécu du travail (10).

Un autre système de surveillance nationale est actuellement en cours : le réseau des maladies à caractère professionnel (MCP). Mis en place par l'Invs et l'Inspection médicale du travail, il repose sur plusieurs centaines de médecins du travail répartis dans huit régions françaises, volontaires pour signaler les maladies à caractère professionnel qu'ils peuvent observer lors de leur pratique quotidienne. Il ressort de ces données que la souffrance psychique fait partie des troubles les plus déclarés dans les MCP.

D'autres dispositifs non spécifiques de surveillance de l'état de santé des populations ont permis de produire quelques données dans le domaine de la santé mentale au travail. L'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG), pilotée par l'Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique (Asep) et le centre collaborateur de l'OMS, s'est déroulée en France entre 1999 et 2003. Le questionnaire contenait quelques questions sur l'emploi et a permis d'obtenir des prévalences de troubles psychiatriques selon la catégorie professionnelle et de décrire les répercussions sur l'emploi en termes de gêne et d'arrêt de travail (11). Ou encore la cinquième édition de l'enquête décennale santé, menée par l'Insee en 2002 et 2003, comportait des questions sur la santé mentale et quelques questions sur les conditions de travail (12).

Ainsi, la finalité de tous ces dispositifs est de produire des indicateurs utiles, simples et pertinents pour la surveillance de la santé mentale au travail.

III. Le travail, source de souffrance mentale ?

1. Sens du travail

Pour comprendre en quoi le travail et son organisation peuvent être à l'origine de souffrance, il faut s'intéresser à ce que signifie l'activité même du travail dans l'existence des personnes.

Qu'est-ce que le travail et qu'est-ce qui lui donne un sens ? De nombreux modèles sont proposés dans la littérature pour concevoir le sens du travail. Généralement, on dit qu'un travail a du sens lorsque le sujet perçoit son travail comme ayant un but, un dessein et de la valeur, de l'importance (13). Le sens du travail peut aussi être perçu comme un état de cohérence entre le sujet et le travail qu'il accomplit, le degré d'harmonie ou d'équilibre qu'il atteint dans sa relation avec le travail. Une étude d'Isaksen (14) s'est intéressée à des employés de restauration qui effectuent des tâches répétitives et s'est attachée à montrer qu'il est possible pour une personne de donner un sens à son travail, malgré les conditions difficiles dans lesquelles il s'effectue. En outre, les sujets ayant attribué un sens à leur travail supportaient mieux le stress que les autres. De tels travaux amènent à formuler l'hypothèse selon laquelle donner du sens au travail aurait un effet protecteur voire bénéfique pour la santé des personnes.

Dans les recherches en psychodynamique du travail, le sens du travail est défini comme un effet de cohérence entre les caractéristiques qu'un sujet recherche dans son travail et celles qu'il perçoit dans le travail qu'il accomplit. Aussi, les caractéristiques recherchées dans le travail sont liées aux histoires et aux choix de vie de chacun faisant du sens donné au travail une affaire personnelle. On conçoit alors que l'écart entre les aspects satisfaisants et insatisfaisants d'un même travail puisse être très variable selon les individus et les situations rencontrées. Ce rapport subjectif au travail est toute la difficulté de la problématique de la souffrance au travail.

2. Psychodynamique du travail

Depuis une quinzaine d'années, afin de trouver des pistes de réflexion face à la souffrance grandissante exprimée par les salariés lors des entretiens, la médecine du travail s'est rapprochée d'un courant de psychologie du travail, se désignant depuis 1993 sous l'appellation « psychodynamique du travail », menée par le psychiatre et psychanalyste Christophe Dejours (15). Cette méthodologie d'investigation clinique en milieu de travail s'appuie d'une part, sur le fonctionnement psychique des individus selon une approche psychanalytique et d'autre part, sur l'organisation du travail à partir des apports de l'ergonomie (16). Basée sur le principe du rapport subjectif au travail, l'observation en psychodynamique du travail porte sur la lutte contre cette souffrance et sur les comportements et les moyens de défense mis en œuvre par les collectifs et les individus pour préserver leur équilibre psychique.

Pour Dejours, le travail est une source inépuisable de paradoxes (17). Quels que soient son métier, son niveau hiérarchique, chaque travailleur doit affronter et gérer au quotidien des contradictions dans son activité professionnelle. L'une des principales d'entre elles est de devoir faire face aux différences entre le travail « prescrit » tel qu'il est dicté par les gestionnaires et le travail « réel » tel qu'il est exécuté dans l'entreprise. Or, dans la société, ce décalage est souvent nié ou passé sous silence. La souffrance naît alors de la sensation de mal faire son travail ou d'un sentiment d'incompétence. Chacun s'expose alors à être en désaccord avec les autres, mais aussi avec ses propres valeurs. Or réussir à mettre de côté ces conflits éthiques a un coût psychique élevé. A l'opposé, résister, c'est prendre le risque d'être incompris des autres, de la hiérarchie, et finalement être rejeté et affaibli moralement. Dans les deux cas, cela peut conduire à la fragilisation de soi et au risque d'atteinte de la santé mentale.

Pourtant, et heureusement, toutes les personnes en situation de souffrance morale à leur travail ne tombent pas malades, grâce à la mise en place de mécanismes défensifs qui peuvent se traduire par un ajustement des aspirations, une modification des valeurs de travail, un détournement de l'attention portée au travail vers les relations professionnelles, une augmentation de la valeur attribuée au salaire, ou encore une désaffection à l'égard du travail et de l'employeur.

Pour comprendre par quel processus le travail peut déstabiliser la santé mentale d'un individu, la psychodynamique s'appuie sur le concept de la reconnaissance du travail. Il s'agit de la rétribution morale ou symbolique obtenue par celui qui travaille en retour de la contribution qu'il apporte à l'entreprise. La reconnaissance passe par le jugement d'utilité et le jugement de beauté. Le premier porte sur l'utilité économique, technique ou sociale de la contribution apportée par un salarié et le second porte sur la conformité du travail accompli avec les règles de l'art et les règles de métier. Il faut souligner que cette reconnaissance ne juge pas la personne elle-même mais bien son travail. Et c'est secondairement, lorsque le travail bénéficie de jugements de satisfaction que la personne peut transférer cette reconnaissance dans le registre de l'être. Ainsi, de reconnaissance en reconnaissance, l'individu peut sentir son identité s'accroître, se consolider. Or l'identité est l'armature de la santé mentale. A l'inverse, lorsque le travail génère une crise d'identité, il y a risque de décompensation psychopathologique.

3. Les nouvelles formes d'organisation du travail

Au cours des dernières décennies, la structure même de l'économie des pays industriels a connu des évolutions, avec un secteur des services représentant aujourd'hui environ 74 % de l'emploi civil en France et un secteur de l'industrie comptant moins de 23 % (18). Si le progrès technique a permis de réduire les facteurs de pénibilité physique, le nouveau contexte économique et les changements intervenus dans l'organisation du travail ont accru la pénibilité psychique. Les nouveaux modes de gestion et de management des entreprises apparaissent comme sources de manifestations inédites de souffrance au travail.

L'intensification du travail liée à la mondialisation et la « financiarisation » de l'économie génère une pression accrue sur les gestionnaires qui la transmettent aux travailleurs à travers de nouvelles formes d'organisation du travail (19). Pour rester compétitives, les entreprises ont dû changer de stratégie, elles ont évolué vers des méthodes de travail de « productivisme réactif » (20). La production s'ajuste, en temps réel, de plus en plus étroitement à la demande et avec le minimum de ressources. Les effectifs et les horaires sont à leur tour ajustés de façon aussi immédiate que possible. Il en résulte un mouvement général d'intensification du travail qui crée une tension dans les rapports sociaux. Les flux tendus, les petites séries, la pression du client sont autant de contraintes qui se déploient dans les usines et gagnent l'ensemble des milieux professionnels y compris les services (21).

Parallèlement, jamais les entreprises n'ont autant mis l'accent sur la qualité. La lourdeur des démarches de certification et des procédures imposées par l'application de normes « ISO » en qualité s'ajoutent aux contraintes de temps. De plus, derrière le terme « qualité » se cachent des significations différentes selon les points de vue de la direction, du salarié et du client. Par exemple, pour l'opérateur d'un centre d'appel téléphonique, réaliser un bon travail, c'est d'abord répondre au mieux à la demande du client. Pour le gestionnaire, la qualité et l'efficacité des réponses doivent permettre d'écourter la durée des appels et donc améliorer la rentabilité. Cela va donc conduire à une standardisation des réponses et à une intensification des tâches : l'opérateur

pourra ainsi prendre un plus grand nombre d'appels. Et surtout, il devra jongler avec cet objectif mais aussi avec les attentes d'un client roi de plus en plus exigeant.

La direction par objectifs et l'évaluation individualisée des performances en terme de résultats commerciaux font désormais partie des nouvelles techniques managériales quelle que soit l'activité professionnelle dans le secteur privé ou public. Le développement de l'informatique est devenu un outil précieux pour l'évaluation individuelle dès lors que chaque poste de travail est relié à un terminal informatique permettant même de suivre l'activité des salariés en temps réel. L'ordinateur dans lequel l'individu saisit en permanence ses données peut devenir en retour une « boîte noire » pour juger de ses performances (22). De ce fait, la mise en compétition des salariés contribue à transformer les collectifs de travail en collectifs d'individus et rend ainsi les salariés plus fragiles qu'autrefois.

De plus, cette méthode d'évaluation quantitative et objective du travail reposant sur le mesurage des résultats individuels peut être erronée et générer un sentiment d'injustice qui peut être délétère pour la santé mentale. Car si le gestionnaire associe travail et résultat du travail, il n'y a pas toujours de lien entre les deux. Pour exemple, il est plus facile de faire un gros chiffre d'affaires dans une agence bancaire d'un quartier riche de centre ville que dans des quartiers populaires de périphérie.

Parmi les nouvelles formes d'organisation du travail, la tendance actuelle est de vouloir davantage responsabiliser et autonomiser les salariés. Mais ce phénomène est surtout perçu comme le reflet d'un désengagement de l'autorité hiérarchique. Parfois, le propre malaise des dirigeants, l'insécurité qui n'épargne pas les gestionnaires, la méconnaissance des prescripteurs des difficultés du travail réel conduisent ceux-ci à adopter une position de retrait par rapport aux équipes dont ils sont responsables (19). Et c'est lorsque les cadres fuient les relations avec leurs subordonnés que naissent au sein du groupe des clans, à l'origine d'abus de pouvoir ou de situations conflictuelles.

Enfin, la pression sur le marché de l'emploi et la précarisation de celui-ci avec le recours de plus en plus fréquent à la sous-traitance et à une main d'œuvre intérimaire flexible contribuent également à faire disparaître les solidarités, l'entraide et la coopération entre collègues qui permettaient de rendre supportables les contraintes liées au travail.

4. Les risques psychosociaux

Le plus récent rapport de l'Observatoire européen des risques de l'Agence européenne de santé et de sécurité au travail confirme que les importants changements connus par le monde du travail ces dernières décennies ont entraîné l'émergence de nouveaux risques dans le domaine de la santé au travail : les risques psychosociaux. Ils apparaissent comme majeurs à côté des risques physiques, biologiques et chimiques (23). Les risques psychosociaux au travail constituent actuellement un problème réel, pressant, avec des enjeux lourds en termes de santé publique et de coût pour les entreprises et la société. Les partenaires sociaux européens se sont laissés suffisamment convaincre de la réalité de ces risques pour signer l'accord cadre du 8 octobre 2004 sur le stress au travail, dont les dispositions ont été reprises dans l'accord national interprofessionnel conclu le 2 juillet 2008, et celui du 26 avril 2007 sur le harcèlement et la violence au travail.

La grande variété des thèmes « souffrance », « dépression », « suicide », « stress », « harcèlement », « surcharge de travail », « conflits »..., mis sous le vocable de risques psychosociaux, est source de confusion. Ces thèmes recouvrent pour certains les déterminants et pour d'autres les effets. Cette confusion tient non seulement à la diversité de ces risques mais aussi à la complexité des liens qui les unissent et qui ne relèvent pas toujours d'une causalité linéaire. Parfois, interagissant fortement entre eux, ils sont plutôt de type circulaire. En reprenant les définitions de l'Agence européenne de sécurité et de santé au travail, ces risques peuvent être classés en plusieurs catégories dont les principales sont le stress, le harcèlement, les violences internes, les violences externes etc.

4.1. Le stress, premier risque psychosocial

De nombreuses études internationales font aussi apparaître le stress comme le plus important quantitativement parmi les risques psychosociaux. D'après la 4^{ème} enquête sur les conditions de travail de la Fondation de Dublin, au sein de l'Union Européenne, 22% des salariés souffriraient de stress au travail (4). Et selon l'Agence européenne de sécurité et de santé au travail, le nombre de personnes touchées par un

état de stress causé ou aggravé par le travail ne va pas cesser d'augmenter. Le travail dans l'urgence, les contraintes de temps avec l'impossibilité de faire varier les délais fixés, les ordres contradictoires, le sentiment de responsabilité croissante, les situations de tensions dans les relations sont autant de caractéristiques du travail, rapportées par les dernières enquêtes de la Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (DARES) du ministère du Travail (24), génératrices de stress. Dans l'environnement professionnel, les facteurs de stress les plus fréquemment retrouvés sont une charge de travail importante associée à une exigence de qualité sous une forte contrainte de temps, des changements dans l'organisation de l'entreprise ou du travail (apparition de nouvelles technologies), le manque de renforcements positifs aussi bien matériels que sociaux ou encore les relations interpersonnelles sources potentielles de tensions et de conflits.

Pour le Bureau International du Travail (BIT), le stress entraîne une augmentation de l'absentéisme dû à la maladie, une rotation importante du personnel, des départs anticipés à la retraite pour raisons de santé, des baisses de production et de qualité ainsi que des litiges entre les salariés et leurs employeurs (25). La 4ème enquête de la Fondation de Dublin chiffre à 20 milliards d'euros le coût économique du stress dans l'Union Européenne. Pour la France, le coût social du stress au travail est évalué par l'Institut National de Recherche et de Sécurité entre 830 et 1 650 millions d'euros par an, ce qui équivaut à 10 à 20 % des dépenses de la branche accidents du travail/maladies professionnelles de la Sécurité sociale (26).

Le stress est un phénomène complexe, identifié depuis plus d'un demi-siècle. De façon un peu schématique cohabitent deux approches du stress au travail : une approche «ergonomique» et une approche «médicale». La première défendrait une vision «collective» du problème et s'axerait sur les conditions de travail, et l'autre «individuelle», s'axerait sur la santé mentale de l'individu. Pour l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, « un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas, eux, uniquement de même nature. Ils affectent également la santé physique, le bien-être et la productivité ». Néanmoins, il

faut rappeler que la réaction de stress n'est pas pathologique en elle-même et constitue un processus d'adaptation, tant biologique que psychologique, indispensable à l'individu pour s'adapter aux contraintes de notre environnement.

Plusieurs modèles du stress professionnel ont ainsi été proposés pour intégrer cette complexité. Parmi les plus validés scientifiquement, deux modèles s'inscrivent dans le courant « ergonomique » du stress au travail, celui de Karasek et celui de Siegrist (27).

Le modèle de KARASEK (28), d'origine nord-américaine, a été développé au début des années 1980. Il repose sur la notion d'équilibre entre deux dimensions : d'une part la demande psychologique exercée sur l'individu et d'autre part sa latitude décisionnelle, qui recouvre aussi bien le contrôle que l'on a sur son travail, la plus ou moins grande autonomie dont on dispose dans l'organisation des tâches, l'utilisation de ses qualifications, la capacité à développer de nouvelles compétences. Selon ce modèle, les activités professionnelles les plus dommageables pour la santé psychique et physique sont celles qui cumulent une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle, correspondant à un type de travail très contraignant. Une troisième dimension a été ajoutée à ce modèle par Johnson : le support social au travail. L'absence de soutien social combinée à un travail contraignant représente alors la situation la plus délétère pour l'individu.

Le modèle de Siegrist (29) a été développé en Allemagne dans les années 90, basé sur les efforts consentis par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour. Selon ce modèle, l'état de stress survient lorsqu'il existe un déséquilibre entre les efforts qu'une personne fournit dans son travail (heures supplémentaires, investissement affectif et psychique...) et les gratifications rendues qu'elles soient sociales (reconnaissance, opportunité de carrière...) ou matérielles (rémunération).

A partir de ces deux modèles, de nombreuses études ont montré l'impact de l'environnement psychosocial du travail sur la santé mentale (7,30). La méta-analyse de Stansfeld et Candy (6) confirme la forte association entre la présence dans le travail d'un déséquilibre « forte demande/faible latitude » ou « efforts/récompenses » et le risque de survenue de troubles de la santé mentale.

D'autres modèles appartiennent davantage aux approches individuelles du stress comme le modèle de Lazarus, qui repose sur la psychologie cognitive et fait appel à la personnalité du sujet. Selon celui-ci, le stress résulte de la double évaluation que fait le sujet de la situation de stress : l'évaluation « primaire » du danger ou de la menace que représente la situation et l'évaluation « secondaire » des ressources à disposition pour y faire face. Chacun de ces modèles a une forte validité scientifique bien que de nombreuses critiques aient porté sur le fait qu'aucun de ces modèles ne pouvait à lui seul expliquer la totalité de la problématique du stress au travail (31).

4.2. Les violences au travail

Si les études ont accordé une part importante à l'exposition au stress afin de répondre aux attentes sociales, les travaux en santé mentale ont récemment été enrichis par la prise en compte de la violence au travail (32). Qu'elle soit interne ou externe à l'entreprise, ponctuelle ou répétée, la violence fait également partie des risques psychosociaux liés au travail. Les conséquences de la violence sur la santé des victimes sont assez bien connues. Elles consistent dans les différentes formes de troubles psychologiques post-traumatiques.

4.2.1. Les violences internes

Parallèlement aux transformations intervenues dans l'organisation du travail ces dernières années, l'émergence de manifestations antisociales a pu être constatée. D'après l'analyse de l'auto-questionnaire sur les « situations difficiles au travail », rempli par 25 000 salariés dans le cadre de l'enquête Sumer 2003 (33), un salarié sur quatre estime avoir subi au moins une fois dans le passé un comportement hostile dans le cadre de son travail, et 17 % des salariés déclarent en subir dans leur emploi actuel. Les salariés évoquent le plus souvent le fait que l'on critique injustement leur travail (8% d'entre eux) et que l'on tienne sur eux des propos désobligeants (6% d'entre eux). Selon une étude anglaise portant sur plus de 10000 salariés, le sentiment d'être traité

injustement par son supérieur hiérarchique augmente le risque de morbidité psychiatrique (34).

Pour Cortina (35), les comportements, les gestes ou les propos sous forme de moqueries visant la nationalité, l'orientation sexuelle ou le travail effectué, et dont l'intention de blesser est ambiguë sont des « incivilités » au travail qui reflètent la « violation des normes de respect mutuel du milieu ». Cette tolérance aux incivilités peut alors conduire à une spirale de comportements encore plus violents, que sont les agressions verbales ou physiques émanant de collègues ou de responsables hiérarchiques. Pour Dejours, une complicité collective à s'adapter à la banalisation du mal s'est instaurée et elle fait partie des stratégies défensives mises en place pour supporter les nouvelles contraintes de l'organisation du travail. Dorénavant, les témoins d'actes de violence ne les dénoncent plus voire y participent (36).

La violence dans le milieu de travail peut aussi se rencontrer comme une réaction paroxystique à l'injustice. Lorsqu'une situation faite à un agent ou à un groupe d'agents n'est pas équitable et faute de trouver une solution négociée, la tension monte entre les parties. Cette inégalité peut rester tolérable si les pairs non directement concernés par le litige en cause reconnaissent que celui qui le subit est bien victime d'une injustice. Dans tous les cas rapportés de violence, c'est quand la communauté manifeste de la résignation voire de l'indifférence que la réaction à l'injustice peut dégénérer en violence (37).

De façon générale, la transgression des règles et des normes éthiques implicites dans le milieu de travail n'est pas sans conséquence sur la santé mentale des individus. Dejours donne en exemple le cas du harcèlement moral en entreprise. Si le harcèlement, qui n'est pas un phénomène nouveau dans le monde du travail, fait actuellement de tels ravages psychopathologiques, c'est parce que la solidarité, le sens de la justice, le pouvoir d'indignation de la communauté ont disparu, faisant du harcèlement bien plus qu'une simple relation entre un bourreau et sa victime : il est devenu une pathologie de la solitude (38). Le silence des autres, l'abandon par les collègues sont plus douloureux que le harcèlement lui-même. Une victime harcelée mais bénéficiant de soutien moral résistera beaucoup mieux psychiquement.

4.2.2. Le harcèlement : un cas particulier de violence interne

Le concept de harcèlement a été initialement défini par Heinz Leymann (39) dans les années 1980 : « Par harcèlement, il faut entendre toute conduite abusive se manifestant notamment par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits unilatéraux, de nature à porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne et mettre en péril son emploi ou à dégrader le climat de travail ».

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (40) retient la définition donnée par le rapport du Conseil économique et social de 2001 (41) : « constitue un harcèlement moral au travail, tous agissements répétés visant à dégrader les conditions humaines, relationnelles, matérielles de travail d'une ou plusieurs victimes, de nature à porter atteinte à leurs droits et leur dignité pouvant altérer gravement leur état de santé et pouvant compromettre leur avenir professionnel ». Avec l'insertion dans le Code du travail de nouveaux articles (L.122-49 à L.122-53), elle consacre la notion de harcèlement moral au travail et pénalise ce dernier. Dorénavant, toute personne reconnue coupable d'un tel délit est passible de un an de prison et de 15000 euros d'amende.

Du point de vue clinique, une situation subie de harcèlement moral a pour conséquence l'apparition de troubles regroupés sous le terme de « phase d'alerte » puis, si celle-ci perdure, conduit à une « phase de décompensation » (42) :

- **La phase d'alerte** se caractérise par une anxiété, des troubles du sommeil, un désengagement social, une augmentation de la consommation de médicaments ou d'alcool. A ce stade, la victime ne s'exprime pas, ne pleure pas. Elle peut simplement mettre en avant un état de fatigue témoin d'une usure du geste de travail. Engluée dans une hypervigilance et un activisme défensifs pour éviter les reproches et brimades, le salarié s'applique à « tenir ». Cette phase est donc difficile à mettre en évidence pour le médecin du travail.

- **La phase de décompensation** s'exprime dans un premier temps par une angoisse majeure, voire un sentiment de terreur à l'idée de se rendre au travail parfois accompagné d'idées suicidaires sur le trajet. Les scènes traumatisantes

et les humiliations sont ruminées en boucle, les angoisses sont réactivées spontanément ou lors de la perception d'éléments analogues à la situation vécue. Des troubles du sommeil sont présents, marqués par des cauchemars intrusifs ou des insomnies dites réactionnelles afin de bloquer ces productions. Les atteintes cognitives sont fréquentes, elles portent essentiellement sur la mémoire et la concentration. Enfin, la position constante de justification conduit toujours à un sentiment de culpabilité et de remise en cause de ses propres compétences professionnelles. Dans un second temps peuvent apparaître des troubles graves : état dépressif majeur, bouffée délirante aiguë, paranoïa, désorganisation psychosomatique.

La culpabilité et la remise en question sont des éléments cliniques déterminants dans la différenciation entre une situation de harcèlement moral subi et un conflit interpersonnel.

En fonction des situations et du contexte professionnel, le harcèlement moral peut prendre plusieurs formes :

- le **harcèlement individuel**, dans un but gratuit de destruction de l'autre et de valorisation de son propre pouvoir,
- le **harcèlement stratégique**, dans le but de se débarrasser d'un salarié sans avoir recours aux procédures légales de licenciement,
- le **harcèlement institutionnel**, stratégie de gestion de l'ensemble du personnel visant à instaurer un climat de peur dans le but de surcharger de travail les salariés,
- le **harcèlement transversal**, effectué par une équipe, dans le but d'expulser la souffrance collective par la désignation d'un bouc émissaire dont le rapport au travail est souvent plus authentique.

Les mécanismes du harcèlement comprennent diverses techniques altérant le rapport du sujet au réel du travail avec pour objectif la désaffiliation au collectif de travail :

- les **techniques relationnelles** sont celles qui abusent de la relation de pouvoir dans la parole et dans les actes,

- les **techniques d'isolement** visent la séparation du sujet de son collectif de travail,
- les **techniques persécutives** passent par le contrôle étroit des faits et gestes,
- les **techniques d'attaque du geste de travail** visent la perte du sens du travail au travers d'injonctions paradoxales, de mises en scène de suppressions de tâches ou de matériel,
- les **techniques punitives** mettent le salarié en situation de justification constante par le biais de notes de services, avertissements, lettres recommandées...

Parfois, le harcèlement moral et les autres types de violences internes exercés à l'encontre d'une personne peuvent aussi servir à occulter un problème en le déplaçant du collectif vers l'individuel. Ainsi, des réalités au sein d'une entreprise, notamment des discriminations (syndicales, sexistes...) ou des conditions de travail difficiles peuvent être masquées par l'étiquette du « harcèlement moral » et le débat de s'orienter autour des personnalités de la « victime » et de son « agresseur » (43). Cet aspect doit être appréhendé par le médecin du travail dans son approche de la problématique.

4.2.3. Les violences externes

Selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, les violences externes sont des insultes, des menaces ou des agressions physiques ou psychologiques exercées contre une personne sur son lieu de travail par des personnes extérieures à l'entreprise, y compris les clients, et qui mettent en péril, sa santé ou son bien-être (44).

Le nombre de publications concernant la violence a pratiquement doublé entre 2000 et 2005 et dénote une violence croissante sur les lieux de travail (45). L'enquête Sumer de 2003 rapporte que 23 % des salariés en contact avec le public déclarent être exposés à un risque d'agression physique contre 18,5 % en 1994 (46). Il ressort de la quatrième enquête européenne sur les conditions de travail menée en 2005, que la

France se situe au-delà de la moyenne européenne pour les indicateurs de violence au travail : 7 % des français rapportent avoir subi des actes de violence du public contre 5 % des salariés européens.

Les premières victimes à avoir bénéficié en France de la reconnaissance des conséquences psychopathologiques de la violence au titre de maladie professionnelle sont les salariés du système bancaire, victimes d'agression lors de hold-up (37). Dorénavant, aucun secteur professionnel n'est épargné, même si les violences concernent plus particulièrement les travailleurs sociaux, les personnels soignants, les agents de transport en commun, les employés de guichet, les caissières de supermarché, les policiers, les enseignants... Cependant, ces faits de violence relèvent ici plus souvent de facteurs extra-professionnels, reflets des malaises d'une société, que de l'organisation du travail en elle-même comme par exemple une mauvaise gestion de la clientèle.

IV. Incidences psychopathologiques de la souffrance au travail

Les expressions psychopathologiques de la souffrance au travail peuvent être « bruyantes » ou peuvent prendre la forme de symptômes « discrets ». Néanmoins, selon Dejours (47), il ne peut être établi de proportionnalité entre ces symptômes et la souffrance au travail. D'une part, parce que la souffrance appartient à la subjectivité, qu'elle ne se voit pas et qu'elle n'est pas mesurable. D'autre part, parce que le sujet met en place des stratégies défensives qui permettent de masquer cette souffrance.

La forme clinique d'une décompensation psychique provoquée par une situation de travail pathogène sera différente selon la structure de la personnalité du sujet. Il n'existe pas de lien de proportionnalité entre la sévérité de la décompensation et la gravité des faits subis. Toute une diversité de troubles psychiatriques peut ainsi être rencontrée : paranoïa, bouffée délirante aiguë... Cependant, seules les formes les plus fréquemment rencontrées seront présentées ci-dessous.

1. Suicides liés au travail

En 2003, 10 660 décès par suicide ont été enregistrés par le CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès). Toutefois, les phénomènes de sous-déclaration, estimés aux environs de 20 à 25 %, porteraient ce nombre aux alentours de 13 000. Les décès les plus nombreux dus au suicide interviennent entre 35 et 54 ans (48).

Pour les médecins du travail, l'apparition des suicides et des tentatives de suicide sur les lieux de travail est un phénomène récent, apparu dans la plupart des pays occidentaux au cours des années 1990 (49). Auparavant, les seuls suicides sur les lieux de travail étaient recensés dans le secteur de l'agriculture, les travailleurs du milieu agricole étant recensé depuis longtemps comme la catégorie socioprofessionnelle la plus touchée de toutes par le suicide. Mais il faut noter que dans ce secteur, lieu de vie et lieu de travail étaient confondus. Ce phénomène est apparu

dans un contexte où les indicateurs de stress au travail se détérioraient. Longtemps recouvert par le silence, le problème a été porté dans l'espace public ces toutes dernières années et contribue à expliquer la surexposition médiatique récente de tous les nouveaux cas de suicide portés à la connaissance des journalistes.

A ce jour, il n'y a pas de données nationales permettant de suivre l'évolution du nombre des suicides sur le lieu du travail et a fortiori liés au travail. De fait, on ne sait pas combien de suicides en rapport avec le travail se produisent chaque année en France. Dans les enquêtes épidémiologiques sur le suicide, il n'apparaît pas de rubrique permettant de repérer ce qui pourrait avoir un rapport avec le travail ou avec la situation professionnelle.

Si les suicides sur les lieux de travail sont certainement en rapport avec le travail car le suicide est toujours adressé, il est en revanche plus difficile d'établir un lien lorsque le suicide survient à distance du lieu de travail et qu'aucun écrit ou message n'a été laissé par la victime. Bien souvent, les individus qui se suicident au travail ont traversé ou traversent une période tout autant difficile sur le plan personnel. Et penser qu'il existe une séparation psychique entre le travail et la vie en dehors du travail est un concept erroné. Le travail a des incidences majeures sur les relations dans la sphère privée. Ainsi, les soucis liés au travail sont emportés dans l'espace privé pouvant envahir la vie familiale.

Seule une étude publiée en 2003 menée en Basse-Normandie apporte un éclairage à l'échelon régional : entre 1997 et 2001, 55 médecins du travail, sur 190 ayant participé à l'enquête, ont recensé 107 cas de suicides ou de tentatives de suicides graves qu'ils estimaient liés au travail dont 43 ayant entraîné le décès et 16 un handicap grave (50). Le Conseil Economique et Social estime entre 300 et 400 par an le nombre de suicides pour des raisons liées au travail (51), chiffre qui serait largement sous-évalué. Les enquêtes menées par les CRAM indiquent 26 suicides répertoriés de 1983 à 2003 déclarés et reconnus, soit comme accidents du travail, soit consécutifs à une maladie professionnelle. Quoi qu'il en soit, un seul suicide dans une entreprise et c'est toute la communauté de travail qui en est affectée car sa survenue témoigne d'une dégradation profonde du tissu humain et social du travail.

La relation directe entre certaines contraintes de travail et le suicide n'a fait l'objet que d'une étude menée au Japon. Dans cette étude récente, parmi les contraintes prises en compte, l'absence de marge de manœuvre était fortement associée au suicide, tous les autres facteurs étant égaux par ailleurs, en particulier la catégorie socioprofessionnelle (52). Pour la psychodynamique du travail, lorsque le travail d'un individu est disqualifié de façon injuste (non pas parce que ses propres performances ont chuté mais pour des raisons de durcissement économique ou de changement de politique d'une entreprise), cette disgrâce inattendue peut avoir un effet tellement puissant de déstabilisation psychique qu'elle puisse mener de façon brutale au suicide.

2. Dépression

La dépression constitue un problème préoccupant de santé publique, avec une prévalence à 1 an qui varie de 5 à 15 % selon les études faites en population générale. Elle atteint plus les femmes que les hommes, à tout âge, et multiplie par 30 le risque de suicide (53).

De nombreuses études ont pu mettre en évidence une association significative entre certains facteurs psychosociaux liés au travail et la survenue de dépression ; leurs résultats ont été confrontés dans deux méta-analyses récentes (54, 55). Parmi ces facteurs, la présence au travail d'une demande psychologique élevée augmente le risque de survenue d'une dépression. Et au contraire, la présence d'un soutien social dans le travail diminue ce risque. En dehors du travail, d'autres facteurs de risques de survenue d'un état dépressif ont été identifiés, tels que les antécédents familiaux ou personnels de dépression, le sexe féminin, l'âge, les maladies chroniques ou l'isolement socioaffectif (56).

Les états dépressifs peuvent présenter différents degrés de sévérité. Le syndrome mélancolique en est l'expression la plus grave marquée par un fort sentiment de culpabilité pouvant même revêtir un caractère délirant en s'attribuant la responsabilité de tous les événements qui surviennent dans un entourage plus ou moins proche. Le risque suicidaire est majeur, « suspendu comme une épée de Damocles » (57), souvent

soigneusement prémédité, organisé, prêt à s'organiser à la première occasion favorable. A côté de ces états mélancoliques, sont observées des formes moyennes, désignées sous le terme d'« épisodes dépressifs majeurs » et légères, appelées « troubles dépressifs mineurs » dont les thèmes dépressifs exprimés sont beaucoup plus proches de la réalité.

Selon le DSM IV (58), un épisode dépressif majeur correspond à la présence pendant au moins deux semaines, tous les jours, d'au moins 5 des symptômes suivants, avec notion d'un changement par rapport à l'état antérieur:

- une humeur triste ou déprimée parfois irritable ;
- un manque d'intérêt et de plaisir par rapport à un grand nombre d'activités ;
- un changement soudain de l'appétit et/ou du poids ;
- des troubles du sommeil ;
- des changements dans le comportement (ralentissement ou agitation) ;
- de la fatigue ou un manque d'énergie important ;
- une sensation aigue et persistante de désespoir et de culpabilité ;
- des difficultés de concentration et de prise de décision ;
- des pensées de mort et/ou suicidaires.

L'humeur dépressive, la perte d'intérêt ou de plaisir doivent figurer parmi les 5 symptômes.

Les états dépressifs mineurs sont paucisymptomatiques. A l'humeur dépressive et l'anhédonie ne se surajoutent que quelques symptômes, pas nécessairement de nature psychologique : asthénie, anorexie, difficultés de concentration...

La durée habituelle d'un épisode dépressif se trouve située entre 4 et 8 mois, avec des taux de rechute importants en l'absence de traitement, de l'ordre de 50 % durant les deux premières années qui suivent une première dépression.

3. Épuisement psychique

Le concept d'épuisement professionnel ou « burnout » a été introduit pour la première fois en 1974, par le psychanalyste américain Freudenberger, pour décrire l'état d'épuisement et de vide intérieur observé chez le personnel d'institutions alternatives en santé mentale. Les travaux en psychologie sociale de Maslach et ses collègues ont contribué à sa reconnaissance au plan scientifique (59).

Parmi les nombreuses définitions initialement proposées, toutes associent l'épuisement professionnel au milieu de travail et à l'accumulation de stress au travail. La plupart d'entre elles affirment que l'épuisement professionnel comporte un épuisement physique et psychologique et le développement de comportement et de sentiments négatifs envers autrui et envers soi-même. Enfin, plusieurs considèrent que l'épuisement professionnel découle de l'échec des stratégies d'adaptation utilisées face aux situations stressantes du travail (60).

Maslach et Jackson en créant un outil d'évaluation, le M.B.I. (Maslach Burnout Inventory) (61), ont permis d'isoler les principales caractéristiques du syndrome d'épuisement professionnel. Elles ont défini ce syndrome selon trois critères :

- l'épuisement émotionnel,
- la déshumanisation de la relation à l'autre,
- la perte du sens de l'accomplissement de soi au travail.

L'épuisement émotionnel fait référence au sentiment d'épuisement et de vide intérieur provoqué par le travail, à l'appauvrissement des ressources émotionnelles et au sentiment de ne plus pouvoir donner à autrui au plan psychologique. La dépersonnalisation se manifeste par des sentiments négatifs et cyniques ou par des réponses impersonnelles aux clients, conduisant à la déshumanisation progressive des relations interpersonnelles. Enfin, le faible accomplissement personnel se reflète par des sentiments d'incompétence professionnelle et de manque de réalisation personnelle dans le travail créant un désintérêt pour celui-ci.

L'épuisement professionnel est associé à une variété de symptômes physiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. Les conséquences physiques et

psychologiques de l'épuisement professionnel se caractérisent principalement par une diminution de l'estime de soi, par des symptômes de fatigue, d'anxiété, de dépression et d'irritabilité et par la présence de problèmes somatiques. L'épuisement professionnel est aussi à l'origine de problème de comportement et de performance au travail.

4. Troubles anxieux et cas particulier de l'état de stress post-traumatique

Les troubles anxieux figurent parmi les problèmes de santé mentale ayant la plus forte prévalence en population générale ; ils incluent les troubles paniques, les phobies, les troubles obsessionnels compulsifs, l'anxiété généralisée et les syndromes psychotraumatiques. Ils peuvent rester isolés mais peuvent exposer, notamment lorsqu'ils perdurent ou deviennent envahissants au point de retentir sur la vie quotidienne, au risque de survenue d'un épisode dépressif majeur ou au risque de surconsommation d'alcool ou de médicaments (57). Les troubles anxieux liés au travail sont plus fréquents en cas de situations stressantes prolongées ou répétées et il est probable que les facteurs de risques individuels interagissent avec les facteurs de risques professionnels voire les potentialisent au début ou au cours de leur évolution.

Une catégorie nosographique particulière des troubles anxieux liés au travail est celle des syndromes psychotraumatiques, en relation avec un évènement survenant de façon imprévisible et brutale sur le lieu de travail au cours duquel un individu est confronté à l'éventualité de sa propre mort ou à celle des personnes qui l'entourent. Un traumatisme tel qu'une agression, des violences ou un accident sévère dans l'exercice de l'activité professionnelle est susceptible de provoquer un état de stress aigu, manifesté par un ensemble de symptômes survenant rapidement dans les heures ou les jours suivant l'expérience traumatisante. L'angoisse est au premier plan, des troubles cognitifs et émotionnels peuvent provoquer des syndromes délirants ou confusionnels avec d'éventuelles expériences de dépersonnalisation et de déréalisation. Des états de prostration, de sidération émotionnelle ou d'excitation psychomotrice peuvent être observés. Lorsqu'un tel tableau se prolonge au-delà d'un

mois, ou s'organise après un certain délai de latence, le diagnostic d'état de stress post-traumatique peut être évoqué.

Selon le DSM IV, l'état de stress post-traumatique se manifeste par les symptômes suivants :

- un syndrome de répétition : l'événement traumatique est revécu de façon persistante par des souvenirs répétitifs et envahissants, des cauchemars intrusifs, une détresse psychologique et une réactivité physiologique lors de la perception de stimuli assimilés au traumatisme,
- des comportements d'évitement : des efforts sont faits pour éviter les pensées, les conversations, les activités qui éveillent des souvenirs du traumatisme,
- une hypervigilance : le sujet demeure en état d'alerte permanent et épuisant marqué par une hyperactivité neurovégétative, des réactions de sursaut et de peur face à des stimuli de la vie courante évoquant l'évènement traumatique, des difficultés pour s'endormir,
- des troubles émotionnels : au côté de l'émoussement affectif et de l'inhibition comportementale, des symptômes dépressifs sont également très fréquents ainsi que des déficits cognitifs touchant l'attention ou la mémoire.

5. Troubles psychosomatiques

D'autres manifestations psychopathologiques liées au travail ont connu un accroissement considérable ces dernières années. Il s'agit surtout des pathologies de « surcharge », dont le « karoshi » et surtout les troubles musculosquelettiques. Ces pathologies de surmenage étaient initialement décrites chez les travailleurs exposés à des tâches répétitives sous contrainte de temps. Aujourd'hui, cette fragilisation somatique n'est plus spécifique aux ouvriers spécialisés, elle touche aussi les employés du secteur tertiaire et les cadres en réponse à une surcharge psychique (47).

Avec 31000 cas reconnus en 2007, les troubles musculosquelettiques occupent le premier rang des maladies professionnelles en France. Leur nombre a décuplé depuis le début des années 90. Une telle progression ne s'explique pas uniquement par les cadences élevées, qui existaient déjà auparavant ; elle reflète aussi la dimension psychosomatique de ces pathologies. Il serait réducteur de résumer nos gestes à de simples mouvements physiques, parfois répétitifs car les gestes sont socioculturellement construits, sexués, adressés (62). Certains modes d'organisation du travail peuvent être à la fois source de souffrance psychique et de lésions potentielles. Ainsi, les troubles musculosquelettiques du membre supérieur et de la partie supérieure du dos sont de plus en plus souvent rapportés une combinaison de risques : sollicitations biomécaniques dues à des mouvements répétitifs mais aussi manque de soutien social ou insatisfaction dans le travail (63).

Un autre facteur de risque identifié de TMS est le stress, rattaché aux facteurs organisationnels. Plusieurs hypothèses physiologiques viennent confirmer cette corrélation. Tout d'abord, le stress provoque entre autres, la sécrétion de catécholamines qui elles-mêmes augmentent le tonus musculaire. Or les contraintes biomécaniques venant se greffer sur un tonus musculaire accru favorisent le risque de TMS. Le stress provoque également la sécrétion de cortisol, lui-même à l'origine d'une rétention d'eau. Et l'on sait que l'œdème est l'un des facteurs principaux dans l'apparition du syndrome du canal carpien et d'autres syndromes canaux. De plus, la production de cortisol entraîne une diminution de la vitesse de réparation des microlésions générées par les gestes répétitifs. Enfin, dans certains cas, le stress a pour effet d'augmenter la sécrétion de cytokines proinflammatoires et donc de favoriser l'inflammation des tendons sollicités.

Le Karôshi ou mort par surmenage au travail, décrit par les japonais, consiste en la survenue d'une mort subite par infarctus du myocarde ou hémorragie cérébrale chez des jeunes cadres sans antécédent cardiovasculaire travaillant 70 heures par semaine (64). Des accidents cardiovasculaires sont aussi décrits en Europe ou aux Etats-Unis chez des cadres surmenés. En France en 2004, deux infarctus du myocarde ont été reconnus comme maladies professionnelles liées au rythme de travail (65).

V. Reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail comme maladies professionnelles

En 2004, la reconnaissance des maladies psychiques liées au travail comme maladies professionnelles est possible dans 6 pays de l'Union Européenne : la Belgique, le Danemark, la France, l'Italie, le Portugal et la Suède. Mais celles-ci ne figurent pas sur les listes de maladies professionnelles, c'est donc à la victime d'apporter la preuve que sa maladie est directement causée par le travail. Inversement, en Allemagne, en Autriche, en Finlande, au Luxembourg, en Suisse, en Espagne et en Irlande, il n'existe aucune possibilité de reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail comme maladies professionnelles.

En France, la reconnaissance des maladies professionnelles indemnisables passe généralement par leur inscription dans un tableau spécifiant les conditions à remplir (délai de prise en charge, durée d'exposition au risque et liste de travaux effectués). S'agissant des demandes de reconnaissances de maladies professionnelles « hors tableau », elles sont examinées au titre de l'alinéa 4 de l'article L.461-1 du code de la Sécurité Sociale par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) créés en 1993. Le nombre de demandes relatives à des pathologies psychiques est en augmentation depuis les années 2000 : les CRRMP ont examiné 5 demandes en 2000, 15 demandes en 2003 (66), 58 demandes en 2004 (65) et 78 demandes en 2007.

Selon les chiffres de la CNAM (67), parmi l'ensemble des avis favorables rendus en CRRMP en 2007, les affections psychologiques représentent plus de 16% derrière les cancers (plus de 30%) et les affections rhumatologiques (environ 27%).

Sur l'ensemble de la France en 2007, le nombre de reconnaissance d'un syndrome anxiodépressif comme maladie professionnelle est de 33 contre 45 avis défavorables soit un taux d'avis favorables de 42%, très au-dessus de la moyenne pour l'ensemble des affections hors-tableau puisque seulement 27% des demandes déposées devant les CRRMP au titre de l'alinéa 4 ont été reçues favorablement.

Ces chiffres représentent la prise en compte récente de nouveaux risques professionnels et l'établissement d'un lien de causalité direct et essentiel avec les psychopathologies développées.

En Alsace-Lorraine, entre 2005 et 2008, 11 dossiers de psychiatrie ont été examinés en CRRMP : 10 syndromes anxiodépressifs et un syndrome de stress post-traumatique. Trois avis favorables ont été rendus soit un taux de 27% inférieur à celui constaté au plan national mais comparable à celui observé toutes pathologies confondues.

**DEUXIEME PARTIE :
ETUDE DE LA POPULATION REÇUE AU SERVICE DE
PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE DE NANCY ENTRE 2003 ET
2007 POUR UNE PSYCHOPATHOLOGIE**

49

I. Présentation et objectif de l'étude	51
II. Matériel et méthode	52
1. Population	52
2. Questionnaire	53
2.1. Identification	53
2.2. Données socioprofessionnelles	53
2.3. Motif de la consultation	57
2.4. Histoire de la maladie	57
2.5. Eléments cliniques	59
2.6. Conclusion de la consultation	59
3. Recueil et analyse des données	62
4. Présentation des résultats	63
III. Résultats	65
1. Résultats descriptifs de l'ensemble de la population	65
1.1. Année de consultation	65
1.2. Caractéristiques socioprofessionnelles	65
1.3. Motif de la consultation	70
1.4. Histoire de la maladie	71
1.5. Eléments cliniques	73
1.6. Conclusion de la consultation	75
1.7. Synthèse des résultats	76
2. Comparaison des caractéristiques des trois sous-populations établies en fonction du diagnostic clinique	78
2.1. Evolution au cours des années	79
2.2. Caractéristiques socioprofessionnelles	80
2.3. Motif de la consultation	84
2.4. Histoire de la maladie	84
2.5. Eléments cliniques	87
2.6. Conclusion de la consultation	88
2.7. Synthèse des résultats	90
3. Comparaison des caractéristiques de la population harcelée à celles des autres populations en souffrance au travail	92

3.1. Evolution des trois populations entre 2003 et 2007	94
3.2. Caractéristiques socioprofessionnelles	94
3.3. Motif de la consultation	100
3.4. Histoire de la maladie	102
3.5. Eléments cliniques	105
3.6. Conclusion de la consultation	107
3.7. Synthèse des résultats	108

I. Présentation et objectif de l'étude

Depuis ces dernières années, une part importante de l'activité du Centre de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) de Nancy repose sur des demandes d'avis psychiatrique de salariés. Adressés majoritairement par leur médecin du travail, il s'agit soit de personnes en situation de souffrance psychique liée à leur travail, revendiquant parfois une situation de harcèlement moral subi, soit de personnes présentant une pathologie psychiatrique sans rapport avec le travail mais susceptible de compromettre leur aptitude au poste. Le motif de la demande peut donc être d'établir ou de confirmer un diagnostic de trouble psychopathologique, de se prononcer sur l'origine professionnelle de celui-ci et éventuellement de donner un avis indicatif concernant l'aptitude au poste.

La consultation est réalisée en deux temps. Le patient est initialement reçu par l'un des médecins du CCPP afin d'une part, de recueillir des informations concernant le parcours professionnel du salarié et le poste de travail occupé, et d'autre part de reconstituer l'anamnèse orientée sur les antécédents médicaux, l'histoire de la maladie et les doléances du sujet. Un examen clinique est pratiqué, complété par des investigations paracliniques si nécessaire (recherche biologique de toxiques par exemple). Toutes ces données sont notées dans le dossier médical du patient. Dans un second temps, le salarié est adressé au psychiatre, Docteur BOQUEL, afin d'objectiver les troubles allégués et d'établir un diagnostic précis. Aux vues de tous ces éléments, un avis concernant chaque question posée est ensuite rendu au médecin du travail. Il faut noter que le CCPP n'assure pas de suivi au long cours des personnes en situation de souffrance psychique au travail mais peut revoir si besoin un salarié en cas d'évolution de sa situation.

L'objectif de cette étude est de décrire le profil de la population de salariés adressée pour avis psychiatrique au CCPP de Nancy entre 2003 et 2007. En particulier, nous nous attacherons à comparer les caractéristiques des patients subissant un harcèlement moral présumé à celles des autres patients en situation de souffrance au travail afin d'apporter une meilleure connaissance épidémiologique des

psychopathologies d'origine professionnelle. Notre hypothèse de départ est que selon le contexte professionnel, des sous-populations apparaissent avec des profils différents.

II. Matériel et méthode

Il s'agit ici d'une étude épidémiologique descriptive rétrospective.

1. Population

Le centre de consultation de pathologie professionnelle du CHRU de Nancy reçoit des patients de l'ensemble de la région Lorraine soit de 4 départements : Meurthe et Moselle (54), Moselle (57), Meuse (55) et Vosges (88).

Afin de décrire au mieux le profil des patients adressés au centre, le but était d'être le plus exhaustif possible en termes de recrutement des sujets et de questions posées, sur une période donnée. La période choisie recouvre 5 années récentes, de 2003 à 2007. La période que recouvre cette étude a été définie en fonction du temps imparti et des moyens matériels et humains disponibles mais aussi afin de disposer d'un nombre de sujets suffisamment important pour obtenir une puissance satisfaisante de l'étude.

Les sujets inclus sont tous les sujets venus en consultation entre 2003 et 2007 dont le diagnostic principal était une pathologie psychiatrique, et quelque soit le motif associé (étiologie professionnelle ?, conseil pour aptitude).

Les critères d'exclusion des sujets étaient les suivants :

- l'absence d'avis du psychiatre c'est-à-dire lorsque le salarié ne s'est pas rendu à la seconde partie de la consultation,
- un dossier médical insuffisamment complété c'est-à-dire ne permettant pas de remplir au moins la moitié du questionnaire.

Le recensement de tous les patients adressés au service de pathologie professionnelle pour une consultation psychiatrique a été possible grâce à la saisie

informatique régulière par les secrétaires de chacun de ces patients dans le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P).

2. Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir d'une part, des informations généralement transcrites dans le dossier médical lors de la première consultation avec le médecin du CCPP et d'autre part, des éléments séméiologiques et diagnostiques figurant dans le compte rendu du psychiatre.

Ce questionnaire (joint en annexe) était composé de 44 questions principales fermées, et 43 sous-questions fermées et ouvertes pour 6 d'entre elles, renseignées en cas de réponse positive aux questions principales. Ne rentrent pas en compte les items concernant l'identification du salarié. Par souci de confidentialité, les noms du salarié, du médecin à l'origine de la demande et de l'entreprise ne figurent pas sur le questionnaire.

Ce questionnaire, figurant en annexe 1, comportait 6 parties :

2.1 Identification

La première partie concernait les éléments permettant l'identification du sujet :

- numéro de dossier,
- numéro de saisie informatique,
- année de la consultation.

2.2 Données socioprofessionnelles

Parmi les données socioprofessionnelles de la deuxième partie figuraient :

- sexe,
- année de naissance,

- profession,
 - activité de l'entreprise,
 - secteur (privé/public),
 - taille de l'entreprise,
 - ancienneté dans l'entreprise,
 - type de contrat de travail,
 - temps de travail (temps complet ou temps partiel).
- ❖ Pour l'analyse des résultats, l'âge a été regroupé en 4 classes : moins de 30 ans, 30-39 ans, 40-49 ans, 50 ans et plus.
- ❖ La profession été renseignée à partir de la classification internationale type des professions CITP fondée sur la nature du travail effectué, les critères de base étant le niveau et la spécialisation des compétences requises. Chaque profession est codée par un nombre à 4 chiffres (le premier chiffre correspond à un grand groupe, le deuxième à un sous-grand groupe, le troisième à un sous-groupe et le quatrième à un groupe de base). Afin d'obtenir des classes d'effectif suffisant, un regroupement des différents types de profession a été effectué à partir du premier chiffre. Ainsi, 8 classes ont été retenues :
- le 1^{er} correspond aux membres de l'Exécutif et des corps législatifs, hauts fonctionnaires, dirigeants et cadres de direction des entreprises,
 - le 2^{ème} correspond aux professions intellectuelles et scientifiques,
 - le 3^{ème} correspond aux professions intermédiaires des sciences, de la santé, de l'enseignement, de la finance et de la vente,
 - le 4^{ème} correspond aux employés administratifs,
 - le 5^{ème} correspond aux personnels des services et vendeurs de magasin ou marché,

- le 6^{ème} correspond aux agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture et de la pêche, et aux artisans et ouvriers de l'artisanat,
 - le 7^{ème} correspond aux conducteurs d'installations et de machines, aux ouvriers de l'assemblage, et aux conducteurs de véhicules,
 - le 8^{ème} correspond aux ouvriers et employés non qualifiés.
- ❖ L'activité a été codée selon la classification de nomenclature d'activité française NAF rév.1, utilisée par l'INSEE entre 2003 et 2007, composée de sections, sous-sections, divisions, groupes et classes. Pour l'analyse ultérieure des résultats, les différentes activités ont été regroupées en 8 secteurs à partir des 16 sections proposées :
- le 1^{er} secteur comprend l'agriculture, la pêche, les industries extractives, les industries manufacturières, la production/distribution d'électricité, de gaz et d'eau et la construction,
 - le 2^{ème} secteur regroupe le commerce, l'hôtellerie et la restauration,
 - le 3^{ème} secteur comprend les transports et les activités de télécommunication,
 - le 4^{ème} secteur réunit les activités financières, immobilières et locatives,
 - le 5^{ème} secteur rassemble les activités spécialisées juridiques, administratives (secrétariat, comptabilité), informatiques, scientifiques et techniques,
 - le 6^{ème} secteur est celui des administrations publiques,
 - le 7^{ème} secteur regroupe la santé et l'action sociale,
 - le 8^{ème} secteur rassemble l'éducation, les services aux personnes, les milieux associatifs et culturels.

- ❖ La taille de l'entreprise a été renseignée en fonction du nombre de salariés selon 3 classes :
 - inférieur à 10 salariés,
 - de 10 à 49 salariés (la mise en place de délégués du personnel est obligatoire à partir de plus de 10 salariés),
 - 50 salariés et plus (la mise en place d'un Comité d'Entreprise et d'un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail est obligatoire à partir de 50 salariés).

- ❖ Le type de contrat de travail regroupait 5 catégories :
 - contrat à durée indéterminée,
 - contrat à durée déterminée,
 - intérimaire,
 - fonctionnaire,
 - autre (apprentissage, contrat aidé...).

- ❖ L'ancienneté dans l'entreprise a été secondairement regroupée en 4 classes :
 - moins d'une année,
 - de 1 an à moins de 5 ans,
 - de 5 ans à moins de 15 ans,
 - 15 ans et plus.

2.3. Motif de la consultation

La troisième partie était consacrée au motif de la consultation :

- qualité du médecin demandeur de la consultation (médecin du travail, médecin traitant, psychiatre ou autre),
- type de la demande : établissement du caractère professionnel d'une pathologie et/ou avis en rapport avec une décision d'aptitude,
- diagnostic psychopathologique établi par le médecin demandant la consultation : trouble de nature dépressive, trouble de nature anxieuse ou autre.

Concernant le diagnostic psychopathologique, il est important de préciser que l'anxiété faisant partie intégrante du tableau clinique d'un épisode dépressif majeur, lorsque le médecin du travail évoquait un trouble anxiodépressif, celui-ci était saisi dans le questionnaire comme un trouble de nature dépressive. La qualification de trouble anxieux signifiait donc que celui-ci était indépendant de tout épisode dépressif.

2.4. Histoire de la maladie

Dans la quatrième partie figurait l'histoire de la maladie :

- présence d'antécédents psychiatriques,
 - origine des troubles,
 - traitement médical en cours,
 - arrêt de travail en cours et/ou antérieur,
 - procédure juridico-administrative en cours.
- ❖ L'origine des troubles était précisée lorsqu'elle était concomitante d'un changement dans le travail (changement de poste, de direction, de collègue, mutation géographique) ou d'une reprise de travail après un arrêt. Dans ce

dernier cas, le motif de l'arrêt était alors renseigné (maladie, accident de travail, maladie professionnelle, ou maternité).

- ❖ Le traitement médical était renseigné par type, médicamenteux et/ou psychothérapeutique. Cinq familles de traitement médicamenteux étaient proposées :
 - antidépresseur,
 - anxiolytique,
 - hypnotique,
 - thymorégulateur,
 - neuroleptique.
- ❖ La durée du traitement était également indiquée lorsqu'elle figurait dans le dossier. Elle a secondairement été regroupée en quatre classes, identiques à celles établies pour l'arrêt de travail car l'initiation du traitement était souvent concomitante de la mise en arrêt.
- ❖ L'existence d'un arrêt de travail en cours et /ou antérieur en rapport avec la psychopathologie présentée était précisée ainsi que la durée totale de celui-ci. Quatre classes de durée ont été déterminées :
 - inférieure à 3 semaines,
 - de 3 semaines à moins de 6 mois (une visite de reprise auprès du médecin du travail est obligatoire à partir de 3 semaines d'arrêt),
 - de 6 mois à 12 mois,
 - supérieure à 12 mois.
- ❖ Les procédures juridicoadministratives entreprises pouvaient être de plusieurs types :
 - le recours à un syndicat,
 - une démarche auprès de l'inspection du travail,
 - un licenciement,
 - une procédure prud'homale,

- une plainte auprès de la police.

2.5. Eléments cliniques

La cinquième partie du questionnaire concernait les manifestations cliniques constatées par le psychiatre lors de son examen :

- éléments sémiologiques positifs et négatifs (DSM IV),
- traits de personnalité (DSM IV),
- risque de passage à l'acte auto/hétéroagressif,
- recours à des toxiques (alcool, drogues).

Les éléments sémiologiques positifs et négatifs n'ont pas été exploités en raison du manque d'exhaustivité. De plus, ils n'apportaient pas nécessairement d'information supplémentaire puisqu'ils pouvaient être implicitement retrouvés en fonction du diagnostic final établi par le psychiatre.

2.6. Conclusion de la consultation

Dans la dernière partie du questionnaire figuraient les réponses aux questions initiales posées :

- diagnostic psychopathologique du spécialiste et son imputabilité au travail,
- caractérisation du contexte professionnel,
- avis d'aptitude préconisé le cas échéant,
- préconisation ou non de déclaration de maladie professionnelle.

❖ Le diagnostic psychopathologique pouvait être :

- un trouble de nature dépressive,

- un trouble de nature anxieuse,
 - un épuisement psychique (« burn-out »),
 - un trouble de type manie/hypomanie,
 - un trouble de type psychotique,
 - un trouble de la personnalité,
 - une addiction.
- ❖ Le contexte professionnel était caractérisé en fonction des doléances du patient, des éléments rapportés par le médecin du travail et en fonction de l'avis du psychiatre qui se prononçait sur la compatibilité des troubles présentés avec le type de contexte professionnel suspecté. Celui-ci pouvait être évocateur d'une des quatre situations suivantes :
- harcèlement moral,
 - conditions de travail délétères sur le plan psychique,
 - conflit interpersonnel,
 - environnement de travail « neutre ».

La caractérisation d'un « harcèlement moral » relève de la compétence des juges et non des médecins, néanmoins il était présumé lorsque la symptomatologie présentée par le patient et les faits rapportés étaient compatibles avec ce type de situation. En l'occurrence, le psychiatre s'attachait à rechercher outre des éléments sémiologiques de nature dépressive ou anxieuse, une perte de confiance en soi, un sentiment de culpabilité, ainsi qu'une remise en cause de ses propres compétences professionnelles accompagnée d'un surinvestissement défensif dans le travail afin d'éviter les prochaines critiques. Au final, pour la présomption d'un harcèlement, les faits rapportés étaient moins déterminants que les conséquences cliniques induites par ceux-ci. A l'inverse, la dénonciation spontanée d'un harcèlement, la mise en avant d'un statut de victime, un discours tonique empreint de propos revendicateurs, une projection dans l'avenir avec une intention ferme de quitter l'entreprise, la recherche de bénéfices

secondaires pour obtenir une inaptitude médicale par exemple étaient peu en faveur d'un harcèlement.

Par « conditions de travail délétères » sont entendues toutes les autres situations possiblement pathogènes du point de vue psychique en dehors d'une problématique de harcèlement moral ou de conflit interpersonnel. Les facteurs incriminés peuvent être liés aux nouvelles formes d'organisation du travail (surcharge de travail, restructuration de service, changement du mode de gestion du personnel, précarisation de l'emploi...), ou à la présence de risques psychosociaux importants (stress selon les modèles de Karasek ou de Siegrist, violences internes de type discrimination, management par la peur ou violences externes de type agression du public ou de la clientèle).

Une autre situation fréquemment rencontrée est celle du conflit interpersonnel voire d'un « hyperconflit », parfois enkysté par sa durée dans le temps, entre collègues ou entre un subordonné et son supérieur hiérarchique. Les conflits peuvent être très divers dans leurs genres, dans leurs causes et leurs effets. Ils sont principalement de trois types dans la sphère professionnelle : les malentendus, les conflits d'intérêts et les conflits de personnalités. Le malentendu, lié à une incompréhension ou un défaut de communication, est avant tout subjectif et souvent unilatéral. Le conflit d'intérêt est toujours réciproque et comporte une dimension objective ; la compétition ou la rivalité est omniprésente dans le monde du travail mais celle-ci devient source de problème lorsqu'elle se transforme en agressivité dirigée contre l'autre. Quant aux conflits de personnalités, ceux-ci ont tendance à se déclencher rapidement, souvent au premier contact. L'importance de cette classification vient du fait que chaque type nécessite des solutions différentes. Nous verrons que ces conflits peuvent être à l'origine d'une réelle souffrance au travail mais peuvent aussi être mis en avant à des fins manipulatoires, notamment à l'égard du médecin du travail dans l'objectif du prononcé d'une inaptitude.

Enfin, le contexte professionnel était jugé « sans particularité » lorsque l'environnement de travail ne paraissait pas susceptible d'induire à lui seul une psychopathologie.

- ❖ L'avis d'aptitude était donné à titre indicatif également, l'objectif étant si besoin, d'orienter le médecin du travail dans sa décision. Cinq types d'avis étaient possibles :
 - apte au poste occupé,
 - apte au poste occupé à condition d'une prise en charge médicale d'un trouble constaté,
 - inapte au poste mais apte à un autre poste au sein de l'entreprise,
 - inapte à tout poste de l'entreprise,
 - mise en arrêt de travail ou renouvellement de celui-ci.

- ❖ Une déclaration de maladie professionnelle était préconisée lorsque l'origine professionnelle semblait établie et que le taux d'IPP (incapacité permanente partielle) du patient fixé par le médecin conseil était susceptible d'atteindre 25 % ; la demande de reconnaissance de maladie professionnelle pouvant, dans ce cas, relever du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

3. Recueil et analyse des données

Les données ont d'abord été recueillies manuscritement par la même personne dans le dossier médical de chaque patient afin de remplir le questionnaire.

La saisie informatique des données a ensuite été effectuée sur le logiciel EPIDATA 3.1.

L'exploitation statistique des données a été réalisée au moyen du logiciel SAS. Les variables quantitatives ont été recodées en nouvelles variables qualitatives ordinales. Le test du Chi 2 a été utilisé pour les analyses bivariées.

4. Présentation des résultats

Dans un premier temps, l'activité de la consultation sera présentée dans son ensemble par les principaux résultats, de type descriptifs.

Puis en fonction du diagnostic clinique final, nous pourrons opposer des sous-populations afin de décrire les caractéristiques de chacune d'entre elles et de les comparer. Ainsi, trois sous-populations seront différenciées (et que nous nommerons par convention) :

- la population ne présentant pas de trouble psychopathologique (« pas de trouble »),
- la population présentant une psychopathologie dont l'origine est professionnelle (« psychopathologie professionnelle »),
- la population présentant une psychopathologie dont l'origine n'est pas professionnelle (« psychopathologie autre »).

Enfin, pour pouvoir répondre à l'objectif principal de l'étude, nous devons affiner la description de la population en situation de souffrance au travail et en particulier celle présentant une psychopathologie d'origine professionnelle. Pour cela, nous définirons des sous-populations en tenant compte du diagnostic clinique mais aussi de la particularité du contexte professionnel. Les caractéristiques de ces différentes populations sont jusqu'à présent peu connues et la comparaison de leur profil respectif ne fait pas en général l'objet d'études publiées. Trois sous-populations seront donc décrites en parallèle (que nous nommerons par convention) :

- la population présentant une psychopathologie liée à une situation de harcèlement moral subi (« harcèlement moral »),
- la population présentant une psychopathologie liée au travail mais sans rapport avec une situation de harcèlement moral : il peut s'agir de conditions de travail délétères liées à l'environnement ou à l'organisation du travail mais aussi de conflit interpersonnel (« travail psychopathogène »),
- la population en situation de conflit interpersonnel mais ne présentant pas trouble psychopathologique au moment de la consultation (« conflit simple »).

Afin de faciliter la lecture des nombreux chiffres des tableaux, les conventions ci-après ont été choisies :

- les chiffres en police normale représentent les effectifs,
- les chiffres en italique représentent les pourcentages.

Concernant la significativité des tests :

- ns pour les tests non significatifs,
- * pour $p < 0,05$
- ** pour $p < 0,01$
- *** pour $p < 0,001$.

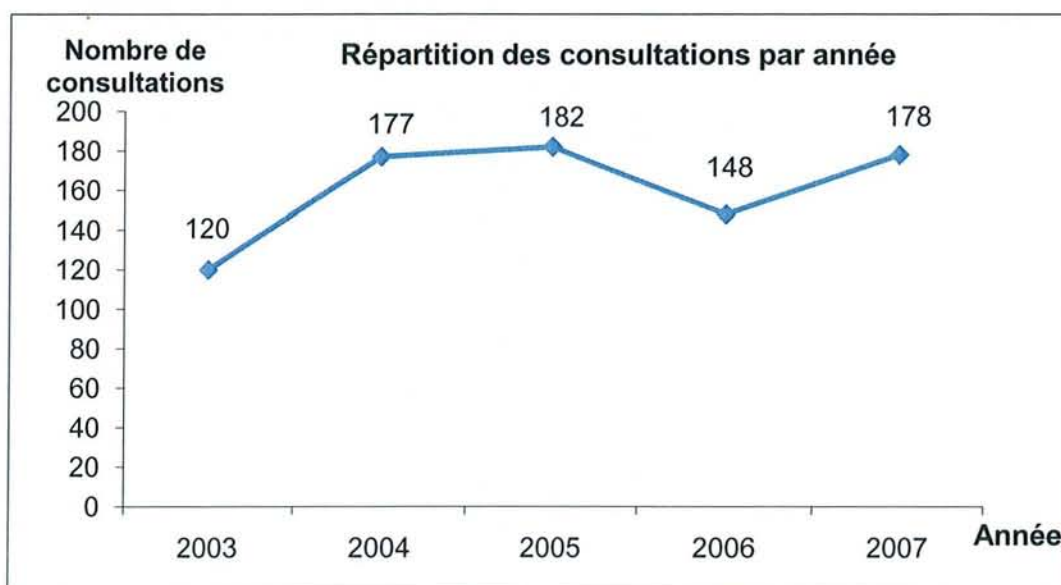
III. Résultats

1. Résultats descriptifs de l'ensemble de la population

Au total, 819 patients ont été vus en consultation avec un diagnostic principal de pathologie psychiatrique entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2007 soit sur une période de 5 années. Quatorze patients ont été exclus. Les dossiers de 805 patients ont donc pu être étudiés pour cette étude.

1.1. Année de consultation

Le service de consultation de pathologie professionnelle a reçu en moyenne 161 patients par an pour un problème d'ordre psychopathologique. L'année 2003 représente l'effectif le plus faible (graphique 1).



Graphique 1 : Evolution du nombre de patients reçus à la consultation entre 2003 et 2007.

1.2. Caractéristiques socioprofessionnelles

Le tableau 1 regroupe les principales caractéristiques socioprofessionnelles de l'ensemble de la population. Pour une meilleure lisibilité, la profession et l'activité de l'entreprise qui comprennent un nombre de classes plus important sont présentées séparément.

	Effectif	Pourcentage
Année (N=805)		
2003	120	14,9 %
2004	177	22 %
2005	182	22,6 %
2006	148	18,4 %
2007	178	22,1 %
Sexe (N=805)		
Hommes	308	38,3 %
Femmes	497	61,7 %
Age (N=803)		
Moins de 30 ans	134	16,6 %
30-39 ans	207	25,7 %
40-49 ans	252	31,3 %
50 ans et plus	210	26,1 %
Secteur (N=805)		
Privé	688	85,5 %
Public	117	14,5 %
Contrat (N=805)		
CDI	718	89,2 %
CDD	18	2,2 %
Intérimaire	4	0,5 %
Fonctionnaire	45	5,6 %
Autre	20	2,5 %
Temps de travail (N=805)		
Temps plein	702	87,2 %
Temps partiel	103	12,8 %
Taille de l'entreprise (N=805)		
Moins de 10 salariés	207	25,7 %
10-50 salariés	204	25,3 %
> 50 salariés	394	49 %
Ancienneté (N=801)		
Moins de 1 an	130	16,2 %
1-9 ans	349	43,6 %
10-19 ans	158	19,7 %
20-29 ans	100	12,5 %
30 ans et plus	64	8 %

Tableau 1: Principales caractéristiques socioprofessionnelles de l'ensemble de la population vue à la consultation.

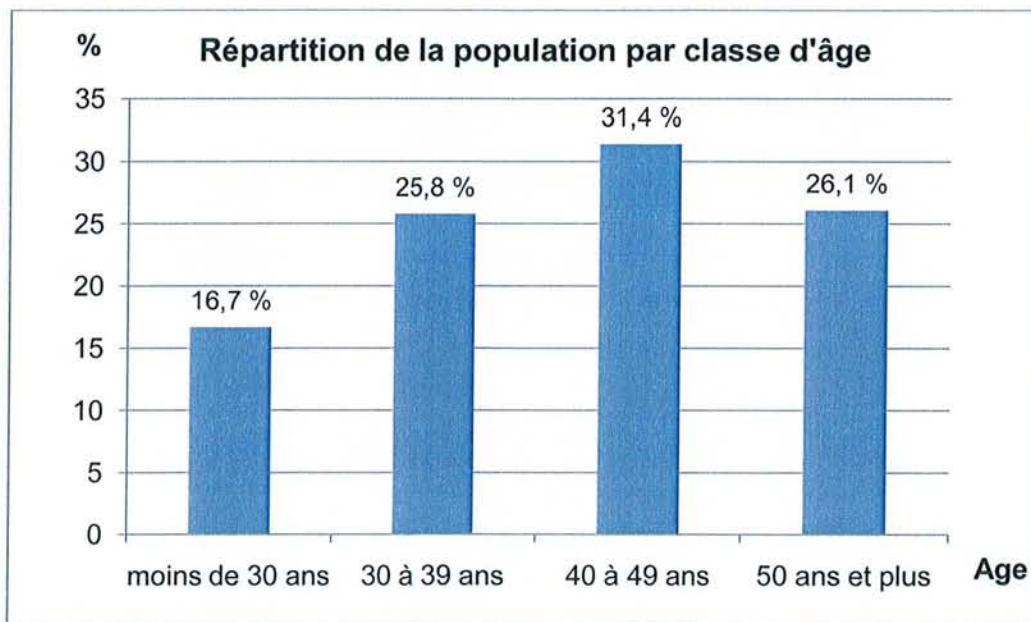
❖ Sexe

Les femmes adressées à la consultation sont plus nombreuses que les hommes ; elles sont au nombre de 497 sur 805 et représentent près de 62 % de la population étudiée.

❖ Age des consultants

Le consultant le plus jeune est âgé de 19 ans et le consultant le plus âgé a 63 ans. La moyenne d'âge est de 41 ans. La valeur médiane pour l'âge est 42 ans.

Comme le représente le graphique 2, la classe de salariés âgés de moins de 30 ans est la moins représentée (16,7 %). La classe d'âge la plus représentée est celle des 40-49 ans (31,4 %).



Graphique 2: Représentation en % des patients reçus à la consultation selon leur âge.

❖ Profession

Pour l'analyse des résultats, les professions ont été regroupées en 8 classes (tableau 2). Les professions intermédiaires des sciences, de la santé, de l'enseignement, de la finance et de vente sont les plus nombreuses ; elles sont

exercées par près d'un quart des consultants. Viennent ensuite les personnels des services et vendeurs de magasin et marché qui représentent près de 21 % puis les employés administratifs avec 15,3 %.

Professions	Effectif	%
Hauts fonctionnaires, dirigeants et cadres de direction des entreprises	25	3,1
Professions intellectuelles et scientifiques	54	6,7
Professions intermédiaires des sciences, de la santé, de l'enseignement, de la finance et de la vente	193	24
Employés administratifs	123	15,3
Personnels des services et vendeurs de magasin/marché	168	20,9
Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture et de la pêche, artisans et ouvriers de l'artisanat	70	8,7
Conducteurs d'installations et de machines et ouvriers de l'assemblage, conducteurs de véhicules	88	10,9
Ouvriers et employés non qualifiés	84	10,4
Total	805	100 %

Tableau 2 : Représentation des différentes professions des patients.

❖ **Activité professionnelle**

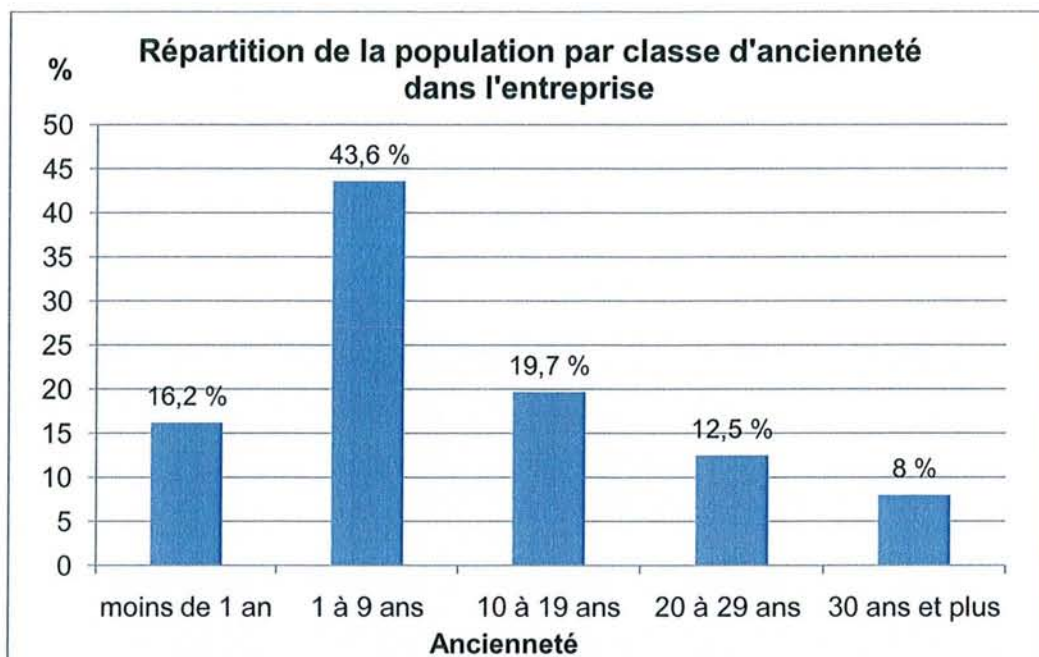
Les activités des entreprises ont également été regroupées en 8 classes (tableau 3). Les activités du commerce, de l'hôtellerie et de la restauration sont les plus nombreuses (25,2 %). Au deuxième rang sont retrouvées les activités de l'agriculture, de la pêche, des industries, et de la construction (22,9 %). Une dernière classe d'activités se distingue des autres par sa fréquence est celle de la santé et de l'action sociale (20 %).

Activité des entreprises	Effectif	%
Agriculture, pêche, industries, construction	184	22,9
Commerce, hôtellerie, restauration	203	25,2
Transports et télécommunications	69	8,6
Activités financières, immobilières et locatives	39	4,9
Activités spécialisées juridiques, administratives, informatiques, scientifiques et techniques	64	8
Administrations publiques	42	5,2
Santé, action sociale	161	20
Education, services aux personnes, milieux associatifs et culturels	42	5,2
Total	804	100 %

Tableau 3 : Représentation des différents secteurs d'activités dans lesquels travaillent les patients.

❖ Ancienneté dans l'entreprise

Le graphique 3 présente la répartition des salariés par classes d'ancienneté. La classe d'ancienneté « 1 à 9 ans » est majoritairement représentée avec 349 salariés soit 43,6 %. La classe d'ancienneté « 30 ans et plus » est la moins représentée avec 64 patients soit 8 % du total.



Graphique 3 : Représentation en % de l'ancienneté des patients dans leur entreprise (4 valeurs sont manquantes).

1.3. Motif de la consultation

❖ Médecin à l'origine de la consultation

Ce sont les médecins du travail qui ont adressé près de 98 % des salariés à la consultation. Parmi les 805 salariés, 15 ont été adressés par leur médecin traitant, 2 par leur psychiatre et 2 par le Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'œuvre.

❖ Demande initiale

La majorité des demandes (705 soit 87,6 %) était au moins liée à un avis d'aptitude. Les demandes en rapport avec l'affirmation de l'origine professionnelle d'une pathologie concernaient 496 patients (61,6 %). Une situation de harcèlement moral subi était suspectée par le médecin du travail pour 250 consultants soit dans 31 % des cas.

❖ Diagnostic présumé

Un trouble dépressif est présumé pour plus de 60 % des patients adressés à la consultation. Viennent ensuite les troubles anxieux qui représentent plus de 25 % des pathologies incriminées.

Les autres troubles psychopathologiques ou symptômes présentés sont nettement moins fréquents avec par ordre décroissant : les psychoses, les troubles du comportement et troubles de la personnalité, les addictions (drogue, alcool ou médicaments), les accès maniaques ou hypomaniaques, les troubles cognitifs, les syndromes douloureux chroniques, les malaises inexplicables, les anorexies et les états d'épuisement.

Treize patients ont été adressés par leur médecin du travail à cette consultation dans les suites d'une tentative de suicide.

1.4. Histoire de la maladie

❖ Antécédents psychiatriques

Parmi l'ensemble de la population adressée, plus d'un quart (27 %) présente des antécédents psychiatriques, essentiellement des troubles de l'humeur et/ou des troubles anxieux.

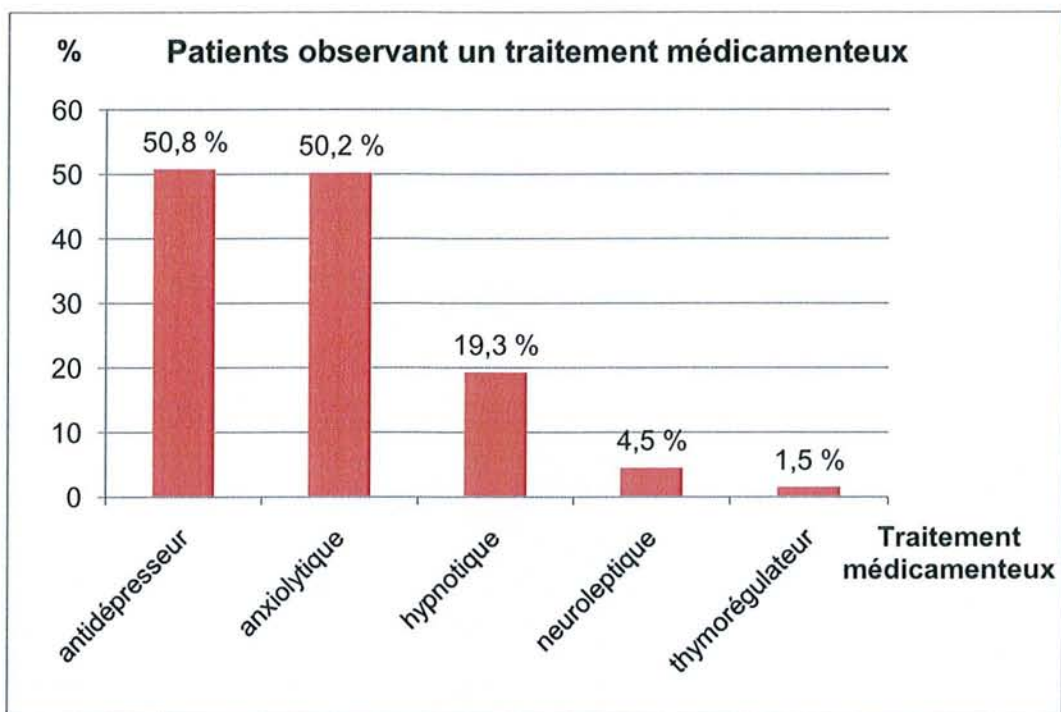
Des antécédents de nature psychotique sont signalés pour 25 patients.

Trente-six patients signalent une tentative de suicide dans leurs antécédents.

❖ Traitement

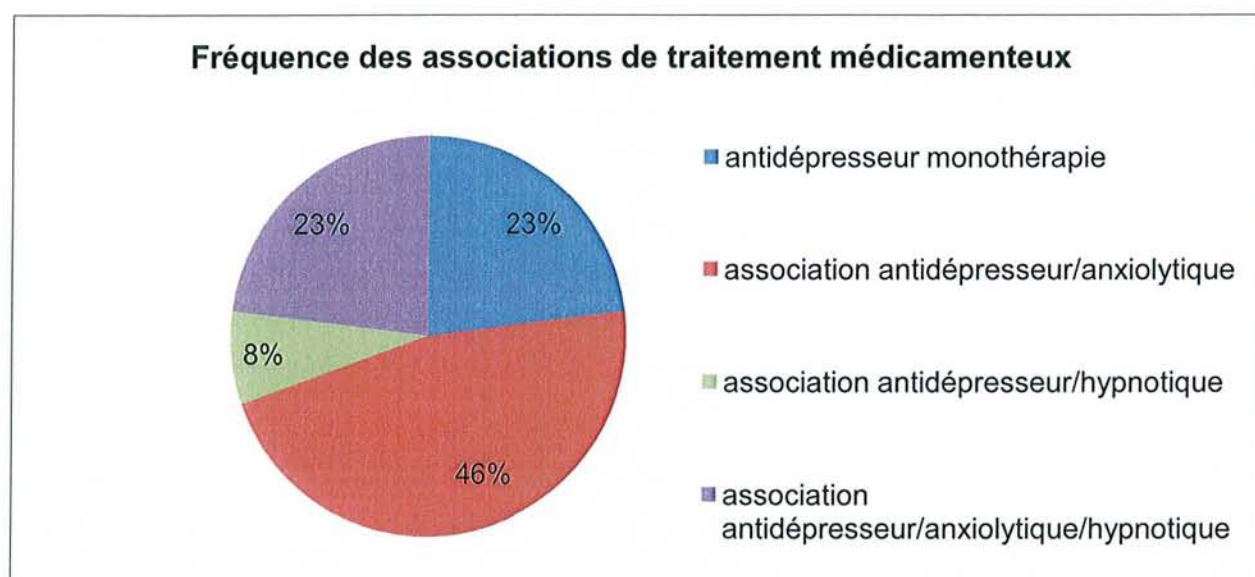
567 consultants (soit 70,4 %) déclarent suivre un traitement, de type médicamenteux et/ou psychothérapeutique, au moment de la consultation.

Environ un patient sur deux est traité par antidépresseur ou par anxiolytique et près d'un patient sur cinq est traité par hypnotique (graphique 4).



Graphique 4 : Représentation en % des patients observant un traitement médicamenteux selon la nature de celui-ci.

Lors de la prise de médicament de nature antidépressive, les associations avec d'autres traitements sont fréquentes ; elles sont illustrées par le graphique 5.



Graphique 5 : Représentation en % des patients traités par antidépresseur en monothérapie ou en association.

Enfin, près de 24 % des patients sont suivis régulièrement par un psychiatre au moment de la consultation.

❖ Arrêt de travail

Parmi les 805 consultants, 670 (soit 83.2 %) ont bénéficié d'un arrêt de travail en lien avec la problématique rencontrée. Cet arrêt était contemporain de la consultation pour 561 sujets (69,7 %).

1.5 Éléments cliniques

❖ Caractère de dangerosité

Un risque de passage à l'acte autoagressif (tentative de suicide) ou hétéroagressif (violence envers l'employeur ou les collègues) a été constaté chez 67 consultants (soit 8,3 % de l'ensemble).

❖ Diagnostic final

Environ la moitié des consultants ne présente pas de psychopathologie avérée au moment de la consultation, et l'autre moitié est affectée par un ou plusieurs troubles de nature psychopathologique.

Le tableau 4 détaille l'ensemble des différents troubles psychopathologiques diagnostiqués. Les symptomatologies de nature dépressive sont les plus fréquentes, rencontrées chez près de 30 % des consultants. Viennent ensuite les troubles anxieux qui affectent près de 10 % des consultants, puis les addictions et les pathologies de nature psychotique qui concernent environ 4 % des consultants.

Le tableau 5 vise à comparer le diagnostic initial, présumé par le médecin du travail, et le diagnostic final établi par le psychiatre. Celui-ci montre que lorsqu'un diagnostic de syndrome dépressif ou de trouble anxieux est présumé par le médecin du travail, il est

concordant avec le diagnostic du psychiatre dans environ 38 % des cas mais dans plus de 50 % des cas, le syndrome dépressif ou le trouble anxieux présumé n'est pas confirmé par le psychiatre à l'issue de la consultation.

Nature du trouble	Effectif	% (N=805)
Pas de trouble	405	50,3
Trouble de nature dépressive	233	28,9
Trouble de nature anxieuse	75	9,3
Addiction	34	4,2
Trouble de nature psychotique	33	4,1
Trouble de la personnalité	26	3,2
Épuisement psychique	17	2,1
Accès (hypo)maniaque	13	1,6

Tableau 4 : Nature du trouble psychiatrique après avis du psychiatre (un patient pouvait présenter plusieurs troubles).

Diagnostic initial	Diagnostic final					Total
	pas de trouble	synd dépressif/ trouble anxieux	épuisement psychique	manie/ psychose/ trouble de la personnalité	addiction	
syndrome dépressif***	254 (52,3)	186 (38,3)	14 (2,9)	20 (4,1)	12 (2,4)	486 (100%)
trouble anxieux***	124 (55,6)	85 (38,1)	2 (0,9)	11 (4,9)	1 (0,5)	223 (100%)
autre trouble***	36 (27,7)	25 (19,2)	1 (0,8)	43 (33,1)	25 (19,2)	130 (100%)

Tableau 5 : Croisement entre le diagnostic clinique initial du médecin du travail et le diagnostic final du psychiatre (***= $p < 0,001$).

1.6. Conclusion de la consultation

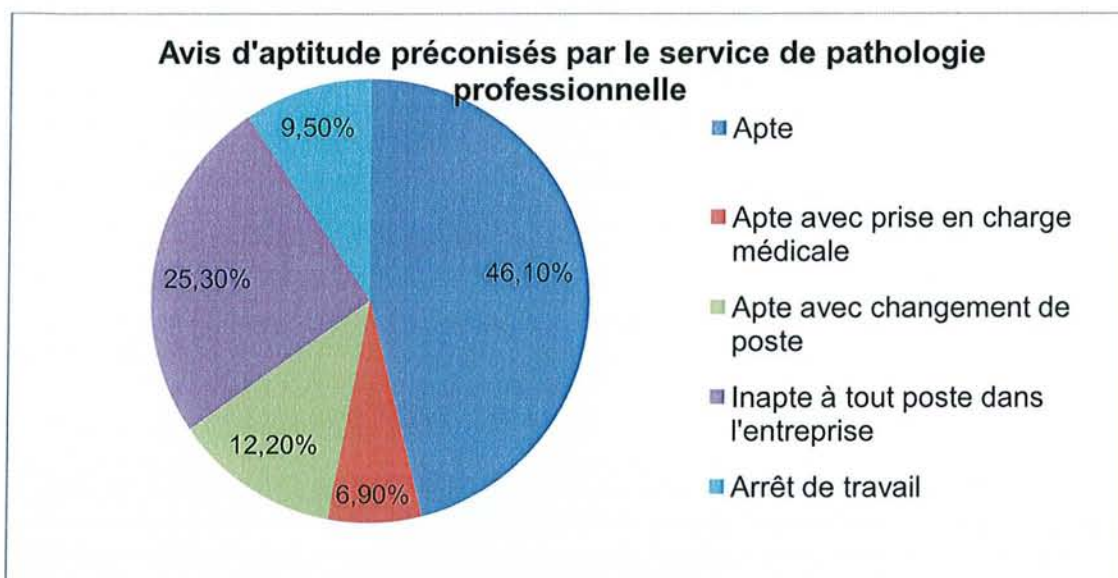
❖ Origine professionnelle ou non du trouble

Parmi les 400 patients présentant un trouble psychopathologique, une origine professionnelle à ce trouble a été établie chez 184 d'entre eux (soit 46 %).

Au total, près d'un quart (23 %) de l'ensemble des consultants présente un trouble psychopathologique réactionnel au travail. Il s'agit soit d'un trouble de nature dépressive, soit d'un trouble de nature anxieuse, soit d'un état d'épuisement psychique.

❖ Avis d'aptitude préconisés

Sur l'ensemble des avis d'aptitude rendus, plus de la moitié des sujets (53 %) adressés à la consultation ont été considérés aptes au poste qu'ils occupaient mais à la condition d'un suivi étroit par le médecin du travail pour 7 % d'entre eux. Pour un quart des salariés, le prononcé d'une inaptitude à tout poste dans l'entreprise a été conseillé. Un changement de poste au sein de l'entreprise a été suggéré pour 12 % des salariés. Une mise en arrêt de travail ou une prolongation de l'arrêt en cours a été préconisée dans moins de 10 % des cas.



Graphique 6 : Différents types d'avis d'aptitude préconisés pour les patients concernés (N=727).

1.7. Synthèse des résultats

- Entre 2003 et 2007, le service de pathologie professionnelle a effectué en moyenne 161 consultations de psychiatrie par an, soit pour une souffrance au travail soit pour une problématique d'aptitude.

- Presque les deux-tiers des consultants sont des femmes. La classe d'âge la plus représentée est de 40 à 49 ans.

- Les professions les plus fréquentes sont :

° les professions intermédiaires des sciences, de la santé, de l'enseignement, de la finance et de vente (24 %),

° les personnels des services et vendeurs de magasin et marché (20,9 %),

° les employés administratifs (15,3 %).

- Trois types d'activités représentent plus des deux-tiers de l'ensemble des activités :

° le commerce, l'hôtellerie et de la restauration (25,2 %),

° l'agriculture, la pêche, les industries, le bâtiment et les travaux publics (22,9%),

° la santé et de l'action sociale (20 %).

- Les secteurs privé et public représentent respectivement 85 % et 15 %.

- Environ la moitié des consultants travaillent dans des entreprises de plus de 50 salariés. L'ancienneté est le plus souvent comprise entre 1 an et 9 ans.

- Le médecin du travail suspectait un harcèlement moral dans 31 % des cas (soit pour 250 personnes).

- Environ 70 % des patients font l'objet d'un traitement de type médicamenteux et /ou psychothérapique. Et plus de 80 % ont eu au moins un arrêt de travail en rapport avec les difficultés rencontrées.

- A l'issue de la consultation, un trouble psychopathologique est avéré chez une personne sur deux. Il s'agit le plus souvent d'un trouble de nature dépressive (près de 30% des patients vus à la consultation) et au second rang de trouble anxieux (près de 10 % des patients).

- Le diagnostic de syndrome dépressif ou de trouble anxieux présumé par le médecin du travail est concordant avec l'avis du psychiatre dans 38% des cas mais dans plus de 50 % des cas, aucun de ces troubles n'est retrouvé par le psychiatre au moment de la consultation.

- L'origine du trouble psychopathologique est présumée professionnelle dans 46 % des cas. Au total, 23 % des consultants sont affectés par une psychopathologie professionnelle.

- Le prononcé d'une inaptitude médicale à tout poste dans l'entreprise a été conseillé pour un quart des sujets vus à la consultation.

2. Comparaison des caractéristiques des trois sous-populations établies en fonction du diagnostic clinique

Comme indiqué précédemment, après une présentation globale et descriptive des résultats, trois populations ont été définies selon le diagnostic médical établi à l'issue de la consultation afin d'être décrites et comparées entre elles :

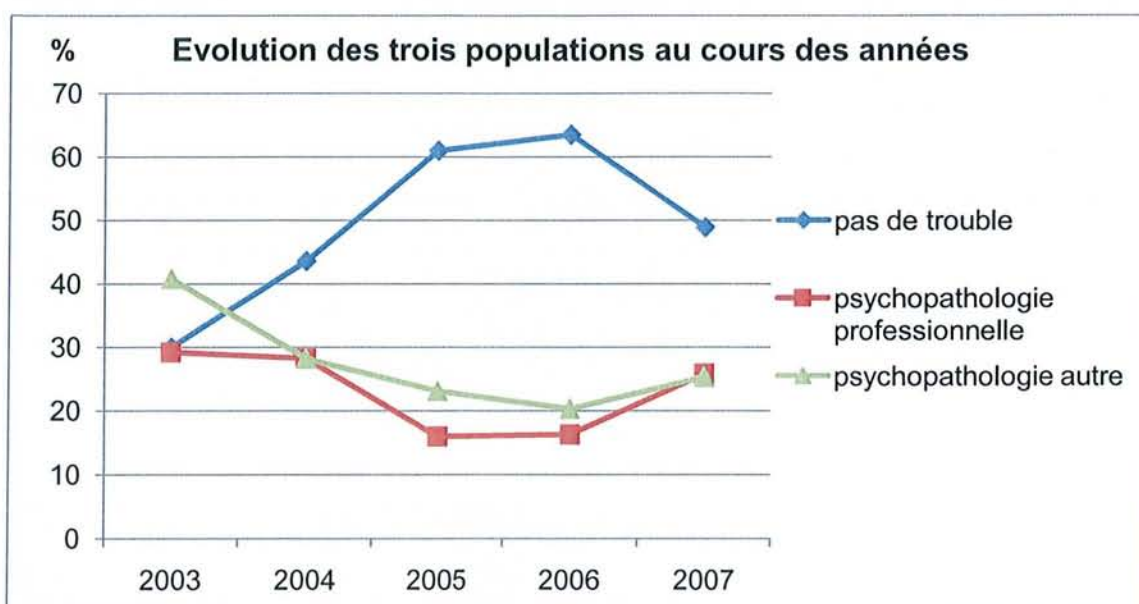
- la population sans psychopathologie avérée, que nous nommerons par convention pour faciliter la lecture « pas de trouble ». Pour rappel, il s'agit ici des sujets qui ne présentaient finalement pas de psychopathologie au moment de la consultation d'après l'avis du psychiatre alors qu'ils étaient initialement adressés à la consultation pour ce motif. Son effectif est de 405 personnes soit 50,3 % de l'ensemble de la population ;

- la population réellement affectée par une psychopathologie d'origine professionnelle, que nous nommerons par convention « psychopathologie professionnelle ». L'origine était présumée professionnelle d'après l'histoire de la maladie, lorsque les faits rapportés et les doléances liés au travail étaient susceptibles d'induire à eux seuls une déstabilisation de l'équilibre psychique. Son effectif est de 184 personnes soit 22,9 % de l'ensemble ;

- la population présentant une psychopathologie dont l'origine n'est pas liée au travail, que nous nommerons par convention « psychopathologie autre ». Son effectif est de 216 personnes soit 26,8 % de la population totale.

2.1. Evolution au cours des années

Alors qu'en 2003, la représentation des 3 sous-populations était à peu près homogène, l'évolution s'est fait dans le sens d'une nette sur-représentation de la population sans trouble diagnostiqué à l'issue de la consultation alors que les populations présentant une psychopathologie, professionnelle ou autre, sont restées stables (graphique 7).

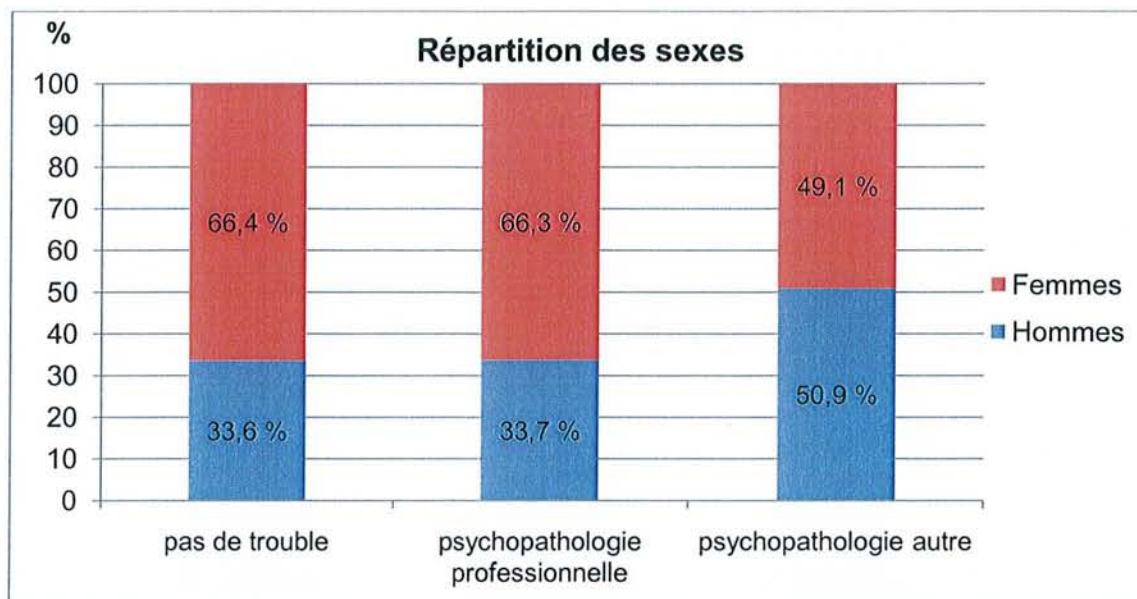


Graphique 7 : Représentation en % des trois populations entre 2003 et 2007.

2.2. Caractéristiques socioprofessionnelles

❖ Sexe

Les deux populations « pas de trouble » et « psychopathologie professionnelle » sont comparables pour la répartition des sexes : avec 66 % du total, les femmes sont surreprésentées ($p < 0,0001$). En revanche, dans la catégorie « psychopathologie autre », le sex-ratio est équilibré (graphique 8).



Graphique 8 : Répartition du sexe des patients dans les différentes populations ($p < 0,0001$).

❖ Age

Les trois populations ne se distinguent pas de façon statistiquement significative pour ce qui concerne la répartition de l'âge des sujets.

❖ Profession

La répartition des professions regroupées en 8 classes selon le BIT est présentée dans le tableau 6. La classe des employés administratifs, la classe des personnels des services et vendeurs de magasin ainsi celle des professions intermédiaires des sciences, de la santé, de l'enseignement, de la finance et de la vente sont significativement plus représentées dans les populations « pas de trouble » et « psychopathologie professionnelle » que dans la population « psychopathologie autre ».

A l'inverse, les conducteurs d'installations, de machines et de véhicules et les ouvriers de l'assemblage sont plus représentés dans la population « psychopathologie autre » que dans les deux autres populations (16,2 % contre 8,9 % et 9,2 %). C'est également le cas des ouvriers et employés non qualifiés ainsi que des ouvriers qualifiés de l'agriculture, de la pêche et de l'artisanat.

Profession**	pas de trouble	psychopathologie professionnelle	psychopathologie autre
Hauts fonctionnaires, dirigeants et cadres de direction	3,2	4,3	1,9
Professions intellectuelles et scientifiques	4,7	8,2	9,2
Professions intermédiaires des sciences, de la santé, de l'enseignement, de la finance et de la vente	24,2	26,1	21,8
Employés administratifs	17,0	17,9	9,7
Personnels des services et vendeurs de magasin/marché	22,5	22,3	16,7
Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture et de la pêche, artisans et ouvriers de l'artisanat	8,7	7,1	10,2
Conducteurs d'installations et de machines, ouvriers de l'assemblage, conducteurs de véhicules	8,9	9,2	16,2
Ouvriers et employés non qualifiés	10,8	4,9	14,3
Total	100 %	100 %	100 %

Tableau 6 : Représentation en % des différentes professions des patients au sein des trois sous-populations (N=805 ; $p < 0,004$).

❖ Activité (NAF)

Comme l'indique le tableau 7, les activités du commerce, de l'hôtellerie et de la restauration sont surreprésentées dans les populations « pas de trouble » et « psychopathologie professionnelle » comparativement à la population « psychopathologie autre » (respectivement 30,1 % et 24,6 % contre 16,7 %).

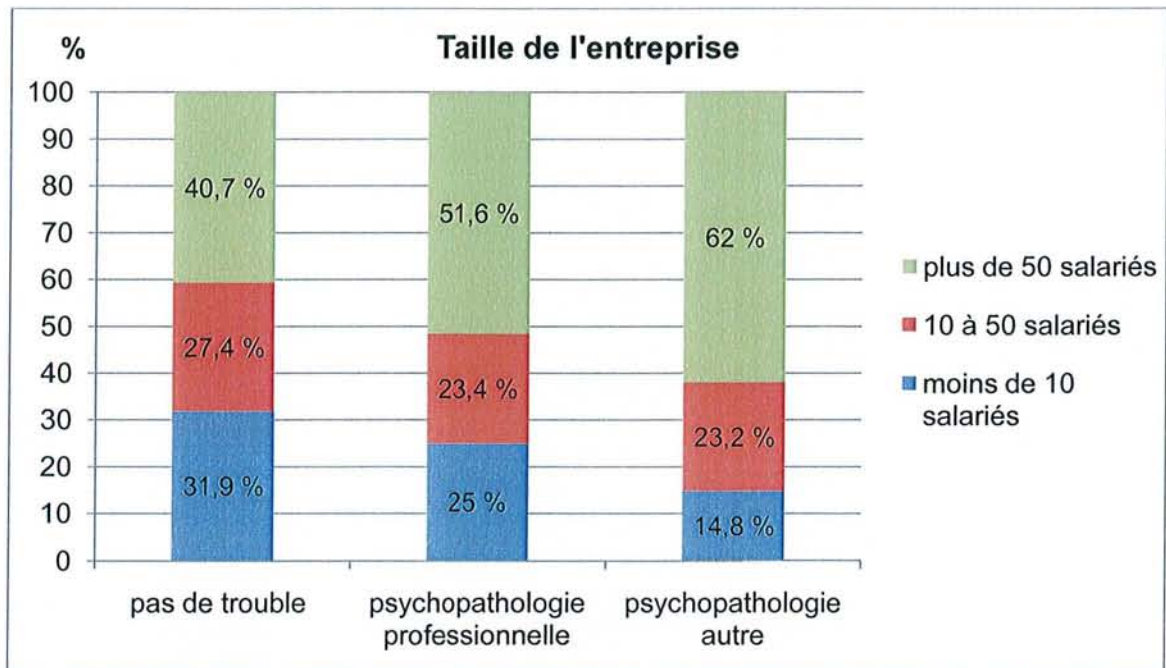
A l'inverse, les activités de la santé et de l'action sociale ainsi que celles des transports et des télécommunications sont plus représentées dans la population « psychopathologie autre » que dans les populations « pas de trouble » et « psychopathologie professionnelle » ($p < 0,02$).

Activité *	Pas de trouble	Psychopathologie professionnelle	Psychopathologie autre
Agriculture, pêche, industries, construction	23,4	24	20,8
Commerce, hôtellerie, restauration	30,1	24,6	16,7
Transports et télécommunications	7,4	7,1	12
Activités financières, immobilières et locatives	4,2	6,6	4,6
Activités spécialisées juridiques, administratives, informatiques, scientifiques et techniques	8,4	7,1	7,9
Administrations publiques	5,2	4,9	5,6
Santé, action sociale	15,6	20,8	27,8
Education, services aux personnes, milieux associatifs et culturels	5,7	4,9	4,6
Total	100 %	100 %	100 %

Tableau 7 : Représentation en % des différents secteurs d'activité dans lesquels travaillent les patients des trois sous-populations (N=803, $p < 0,02$).

❖ Taille de l'entreprise

Le graphique 9 illustre que comparativement aux deux autres populations, la population « psychopathologie autre » a tendance à travailler plus fréquemment dans les entreprises comprenant plus de 50 salariés et à moins souvent travailler dans les petites entreprises de moins de 10 salariés ($p < 0,0001$).



Graphique 9 : Répartition en % des patients des trois sous-populations en fonction de la taille de l'entreprise dans laquelle ils travaillent ($p < 0,0001$).

❖ Contrat de travail et ancienneté dans l'entreprise

Les trois populations ne se distinguent de façon statistiquement significative pas par le type de contrat de travail ni par l'ancienneté des salariés dans l'entreprise.

2.3. Motif de la consultation

❖ Demande initiale

Un avis d'aptitude est presque systématiquement demandé pour la population « psychopathologie autre » soit dans 95,4 % des cas, alors qu'il n'est souhaité que pour 79,3 % des sujets de la population « psychopathologie professionnelle » ($p < 0,001$).

De façon attendue, un avis concernant l'origine professionnelle ou non d'une psychopathologie est plus souvent demandé pour la population « psychopathologie professionnelle » (82,1 % des cas) que pour les populations « pas de trouble » (72,1 % des cas) et surtout « psychopathologie autre » (23,1 % des cas) ($p < 0,001$).

2.4. Histoire de la maladie

❖ Antécédents psychiatriques

Des antécédents psychiatriques sont retrouvés chez 49,1 % des patients de la population « psychopathologie autre », et dans une moindre mesure chez 21,2 % des sujets de la population « pas de trouble » et chez 15,2 % des patients de la population « psychopathologie professionnelle » (avec $p < 0,001$). Il s'agit dans la plupart des cas de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux.

En revanche, les antécédents de tentative de suicide ne diffèrent pas de façon statistiquement significative d'une population à une autre.

❖ Arrêt de travail

Les patients présentant une psychopathologie autre sont les moins nombreux à avoir bénéficié d'un arrêt de travail, avec un taux de 77,3 % contre un taux d'arrêt de 83,2 % pour les patients présentant une psychopathologie professionnelle et un taux de 86,4 % pour les consultants sans trouble diagnostiqué ($p < 0,02$).

Le tableau 8 reprend les durées des arrêts de travail, en fonction de chaque sous-population ($p < 0,02$).

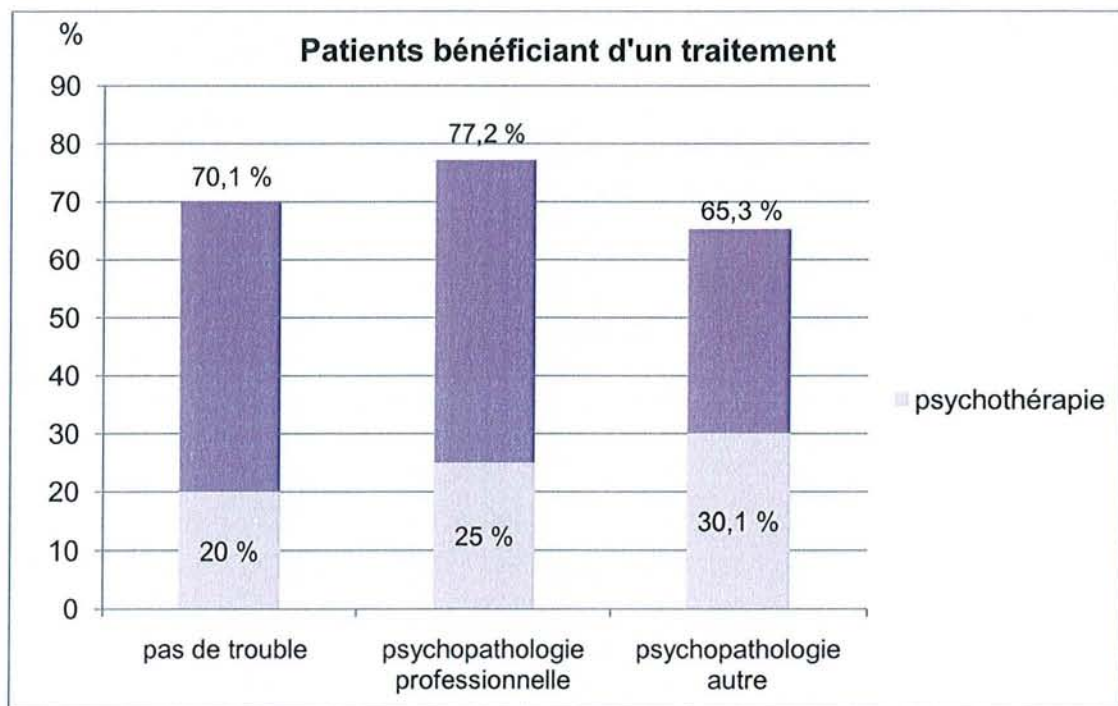
- Quelle que soit la population, plus de 85 % des arrêts ont une durée supérieure à 3 semaines.
- Avec un taux de 19,7 %, les arrêts de longue durée, supérieure à 12 mois, se rencontrent le plus souvent dans la population « psychopathologie autre », résultat attendu compte tenu de la chronicité ou de la récurrence de certains troubles psychiatriques. Ce type d'arrêt concerne également 10,7 % de la population « pas de trouble » et 8,4 % de la population « psychopathologie professionnelle ».
- Parmi les autres ordres de durée, la population « psychopathologie professionnelle » se distingue des deux autres par une plus grande fréquence des arrêts dont la durée est comprise entre 3 semaines et 6 mois avec un taux de 65 % contre 56,2 % et 51,3 %. Paradoxalement, la population « pas de trouble » cumule plus d'arrêts dont la durée dépasse 6 mois que la population « pathologie professionnelle ».

Durée de l'arrêt de travail *	pas de trouble N=338	pathologie professionnelle N=143	pathologie autre N=152
< 3 semaines	14,5	13,3	9,9
3 semaines à 6 mois	56,2	65	51,3
6 à 12 mois	18,6	13,3	19,1
> 12 mois	10,7	8,4	19,7
Total	100 %	100 %	100 %

Tableau 8 : Représentation en % en fonction de la durée des arrêts de travail dont bénéficient les patients dans chaque sous-population ($p < 0,02$).

❖ Traitement

Les patients présentant une psychopathologie professionnelle bénéficient plus fréquemment d'un traitement, de nature médicamenteuse ou psychothérapique, que les patients présentant une psychopathologie d'origine autre (77,2 % contre 65,3 % ; $p < 0,04$). La population « pas de trouble » se situe entre les deux avec 70,1 % de sujets traités (graphique 10).



Graphique 10 : Représentation en % des patients bénéficiant d'un traitement au sein des trois sous-populations ($p < 0,04$).

Les sujets de la population « psychopathologie autre » sont ceux qui finalement prennent le moins de traitement médicamenteux, mais ils sont comparativement plus nombreux à bénéficier d'une psychothérapie puisque 30,1 % d'entre eux sont suivis régulièrement par un psychiatre contre 25 % des sujets de la population « psychopathologie autre » et 20 % de ceux de la population « pas de trouble » ($p = 0,001$).

En revanche s'agissant de la nature des médicaments, celle-ci ne diffère pas de façon statistiquement significative d'un groupe à l'autre.

2.5. Éléments cliniques

❖ **Caractère de dangerosité**

Un risque de passage à l'acte auto ou hétéroagressif est plus fréquemment à craindre au sein de la population « psychopathologie autre » : il concerne 15,7 % de ces sujets contre 7,6 % des sujets de la population « psychopathologie professionnelle » et 4,7 % des sujets de la population « pas de trouble » ($p < 0,0001$).

❖ **Traits de personnalité**

Des traits marqués de la personnalité sont plus fréquemment retrouvés parmi les populations « psychopathologie autre » (46,8 % des sujets) et « pas de trouble » (42,7 % des sujets) que parmi la population « psychopathologie professionnelle » (17,9 % des sujets) ($p < 0,0001$).

Le tableau 9 détaille les différents types de personnalité observés par le psychiatre.

Traits de personnalité		pas de trouble	psychopathologie professionnelle	psychopathologie autre	Total
Nature	paranoïaque	0	0	6 (100)	6 (100 %)
	sensitive	38 (63,3)	6 (10)	16 (26,7)	60 (100 %)
	pré-psychotique	3 (23,1)	0	10 (76,9)	13 (100 %)
	dyssoziale	17 (80,9)	1 (4,8)	3 (14,3)	21 (100 %)
	état-limite	13 (40,6)	1 (3,1)	18 (56,3)	32 (100 %)
	conversive	96 (70,6)	8 (5,9)	32 (23,5)	136 (100 %)
	narcissique	6 (42,9)	0	8 (57,1)	14 (100 %)
	évitante-dépendante	5 (20)	8 (32)	12 (48)	25 (100%)
	obsessionnelle	3 (14,3)	10 (47,6)	8 (38,1)	21 (100 %)

Tableau 9 : Résultats descriptifs en % des différents traits de personnalité retrouvés chez certains patients des trois sous-populations (plusieurs types de traits de personnalité pouvaient être retrouvés chez un même sujet).

Différentes personnalités semblent se rattacher à différentes sous-populations : les natures obsessionnelles concernent plutôt la population « psychopathologie professionnelle », les natures dyssociales, conversives et sensibles sont plus retrouvées parmi la population « pas de trouble » et de façon attendue les personnalités de types paranoïaque, pré-psychotique et état-limite visent surtout la population « psychopathologie autre ».

2.6. Conclusion de la consultation

❖ Contexte professionnel

Le tableau 10 représente la fréquence des quatre types de contexte professionnel rencontrés au sein de ces trois sous-populations. Les différences apparaissant entre les populations sont statistiquement significatives ($p < 0,001$). A partir de ce tableau, se dessinent plusieurs profils que nous décrirons de manière détaillée et comparerons dans la dernière partie.

Contexte professionnel présumé***	pas de trouble	psychopathologie professionnelle	psychopathologie autre
harcèlement moral	1 (0,2 %)	86 (46,7 %)	0
conditions délétères de travail	3 (0,7 %)	68 (37,0 %)	4 (1,9 %)
conflit interpersonnel	355 (87,7 %)	18 (9,8 %)	51 (23,6 %)
sans particularité	46 (11,4 %)	12 (6,5 %)	161 (74,5 %)
Total	405 (100 %)	184 (100 %)	216 (100 %)

Tableau 10 : Caractérisation du contexte professionnel pour les sujets des trois sous-populations ($p < 0,0001$).

Il apparaît que les situations de conflit interpersonnel dominent largement (87,7 % des cas) parmi la classe « pas de trouble ». Ils sont en outre nettement plus fréquents au sein de cette population que dans les deux autres.

La population « psychopathologie professionnelle » est confrontée le plus fréquemment à deux autres types de contexte : une situation de harcèlement moral présumé (46,7 % des cas) ou des conditions de travail jugées délétères sur le plan psychique (37 % des cas).

La population « psychopathologie autre » est majoritairement caractérisée par un contexte professionnel présumé sans particularité (74,5 % des cas). Néanmoins, près d'un quart d'entre eux est confronté en parallèle à un conflit interpersonnel.

❖ **Déclaration de maladie professionnelle**

Une déclaration de maladie professionnelle a été conseillée pour 97 des 184 patients présentant une psychopathologie présumée d'origine professionnelle soit pour près de 53 % d'entre eux. Ceci impliquait que la symptomatologie présentée au moment de la consultation paraissait compatible avec l'établissement d'un taux d'incapacité de 25 %.

2.7. Synthèse des résultats

- Le sex-ratio est équilibré uniquement dans la population « psychopathologie autre ». Au sein des deux autres, les femmes sont surreprésentées.

- La population « psychopathologie autre » se distingue des deux autres populations par les types de professions : les conducteurs d'installations, de machines et de véhicules, les artisans, les ouvriers et les employés non qualifiés sont plus représentés. A l'inverse, les professions intermédiaires, les employés administratifs, la classe des personnels des services et vendeurs de magasin sont plus représentées dans les populations « pas de trouble » et « psychopathologie professionnelle ».

- Les activités du commerce, de l'hôtellerie et de la restauration sont plus représentées dans les populations « pas de trouble » et « psychopathologie professionnelle » que dans la population « psychopathologie autre ». Dans cette dernière, ce sont les activités de la santé et de l'action sociale ainsi que celles des transports et des télécommunications qui sont surreprésentées.

- Comparativement aux deux autres populations, la population « psychopathologie autre » a tendance à plus travailler dans les entreprises moyennes ou grandes (plus de 50 salariés) et à moins souvent travailler dans les très petites entreprises (moins de 10 salariés).

- La population « pas de trouble » a le taux d'arrêt de travail le plus important (plus de 86 %) mais la population « psychopathologie autre » est celle qui connaît les arrêts de travail les plus longs.

- Ce sont les patients présentant une psychopathologie professionnelle qui observent le plus fréquemment un traitement médicamenteux (plus de 77 %) et les patients présentant une psychopathologie d'origine autre qui bénéficient le plus fréquemment d'un suivi psychothérapique.

- Les risques de passage à l'acte sont plus fréquemment redoutés dans la population « psychopathologie autre » (15,7 %) que dans la population « psychopathologie professionnelle » (7,6 %).

- Différents types de personnalité sont surreprésentés selon la population : les personnalités de nature convergente dans la population « pas de trouble », les personnalités obsessionnelle et évitante-dépendante dans la population « psychopathologie professionnelle », et enfin les personnalités de type état-limite, pré-psychotique et paranoïaque dans la population « psychopathologie autre ».

- Les contextes professionnels de conflits sont largement surreprésentés dans la population « pas de trouble » (plus de 87 %). Dans la population « psychopathologie professionnelle », il s'agit le plus souvent de harcèlement moral présumé (46,7 % des cas) ou de conditions de travail délétères (37 % des cas).

- Enfin, parmi les 250 patients adressés pour une suspicion de harcèlement moral subi, 21% d'entre eux étaient effectivement présumés harcelés à l'issue de la consultation mais 68 % d'entre eux étaient en réalité en situation de conflit interpersonnel.

3. Comparaison des caractéristiques de la population harcelée à celles des autres populations en souffrance au travail

Le tableau 10, présenté en deuxième partie, relie les trois populations précédemment décrites à différents contextes professionnels. En accord avec nos hypothèses, se détachent plusieurs groupes de personnes en situation de souffrance au travail, dont les effectifs sont suffisamment importants pour nous permettre de préciser leurs caractéristiques et de les comparer. Le profil des groupes de plus faible effectif sera décrit brièvement.

Au total, trois nouvelles sous-populations ont été retenues pour être étudiées :

- La population confrontée à un harcèlement moral présumé, que nous nommerons par convention «harcèlement moral» (N=86+1 d'après le tableau 10 soit 87 sujets). L'ensemble de ce groupe, à l'exception d'un sujet, présentait une décompensation psychopathologique.
- La population affectée par une psychopathologie confrontée à un contexte professionnel susceptible d'induire une décompensation psychopathologique (en dehors de tout harcèlement) qu'il s'agisse de conditions de travail délétères ou de conflit interpersonnel (N=68+18 d'après le tableau 10 soit 86 sujets) et que nous nommerons par convention « travail psychopathogène »
- La population non affectée par une psychopathologie mais souffrant au travail en raison d'un conflit interpersonnel, que nous nommerons par convention « conflit simple » (soit 355 sujets).

Les autres cas de figures apparaissant dans le tableau 10, que nous ne reprendrons pas ici, sont, de façon succincte :

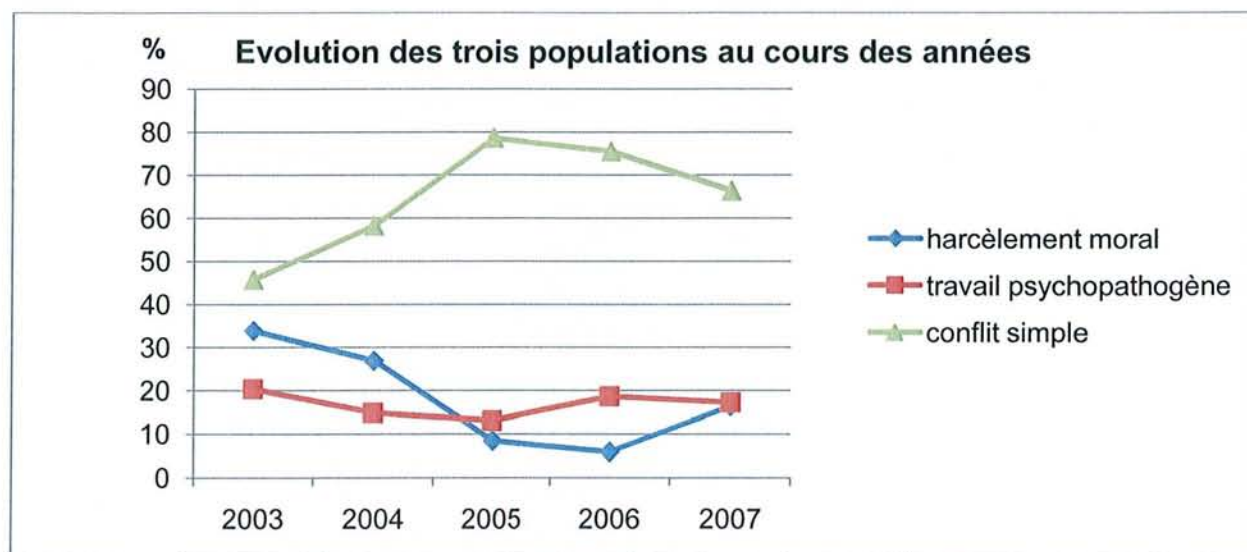
- Les personnes sans trouble psychopathologique et travaillant dans un contexte professionnel présumé sans particularité (N=46). En pratique, la sollicitation du centre de consultation de pathologie professionnelle était

dans ce cas souvent liée à une problématique d'aptitude pour des salariés ayant des antécédents psychiatriques (par exemple, conduite et prise de médicaments psychotropes ou travail posté et trouble bipolaire).

- Les personnes présentant une psychopathologie d'origine professionnelle travaillant, au moment de la consultation, dans un contexte sans particularité (N=12). Cette situation apparemment contradictoire concerne en fait des sujets ayant bien présenté une décompensation psychopathologique liée à leur travail, mais au moment de la consultation, le contexte professionnel avait évolué et n'était plus celui à l'origine des troubles (changement de service, départ de l'entreprise...).
- Les personnes sans trouble psychopathologique malgré des conditions de travail présumées délétères (N=3). Plusieurs salariés d'une même entreprise ou d'un même service pouvaient être adressés en consultation lorsque des difficultés collectives étaient perçues par le médecin du travail. Mais bien que confrontés au même contexte professionnel, tous ne présentaient pas pour autant la même symptomatologie.
- Les personnes présentant une psychopathologie d'origine autre que professionnelle (N=216). Cette population vient d'être décrite précédemment.

3.1. Evolution des trois populations entre 2003 et 2007

Le graphique 11 montre une progression au sein de la consultation de la population « conflit simple » : alors qu'elle représentait moins de 50 % en 2003, elle se situait entre 66 % et 78% les trois dernières années de la période étudiée. Parallèlement, la part de la population « harcèlement moral » a diminué. En revanche, la population « travail psychopathogène » est restée dans des proportions stables au cours de ces cinq années.



Graphique 11 : Evolution des trois populations en souffrance au travail entre 2003 et 2007.

3.2. Caractéristiques socioprofessionnelles

❖ Sexe

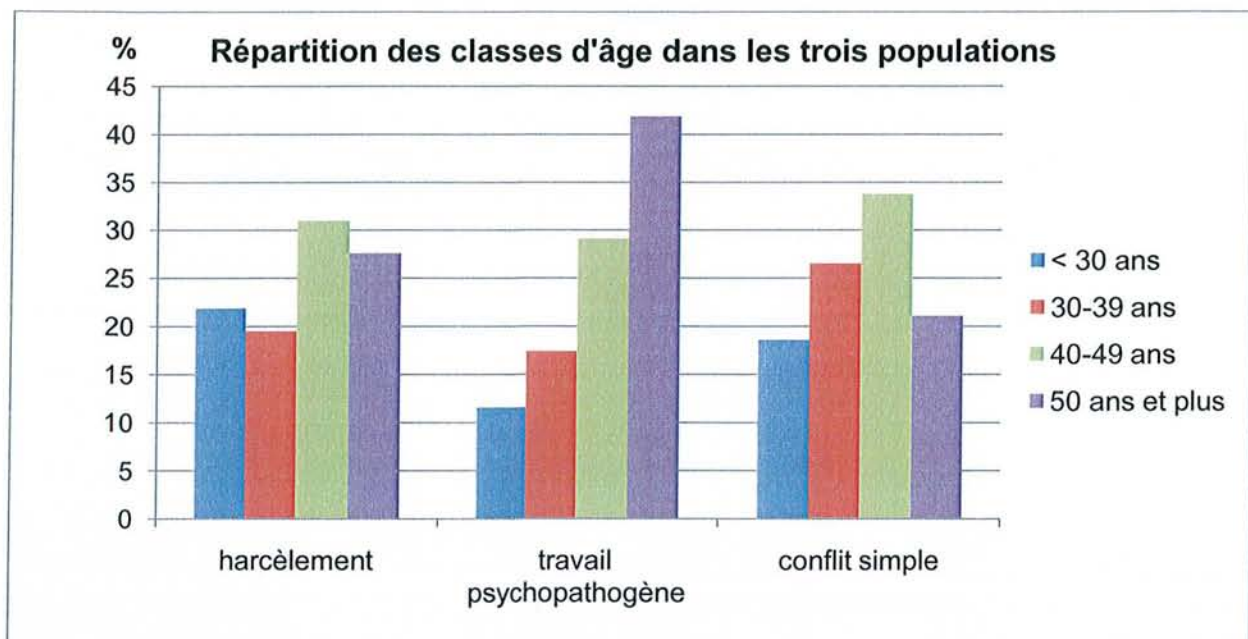
Quelle que soit la population, les femmes sont plus nombreuses que les hommes (tableau 11). Néanmoins, des différences statistiquement significatives apparaissent entre ces trois groupes ($p < 0,0001$). Lorsque l'on compare la population « harcèlement moral » à la population « travail psychopathogène », les femmes sont encore plus représentées dans la première (73,6 % contre 61,6 %) et les hommes sont moins sous-représentés dans la deuxième (38,4 % contre 26,4 %).

Sexe***	harcèlement moral	travail psychopathogène	conflit simple
Hommes	23 (26,4 %)	33 (38,4 %)	114 (32,1 %)
Femmes	64 (73,6 %)	53 (61,6 %)	241 (67,9 %)
Total	87 (100 %)	86 (100 %)	355 (100 %)

Tableau 11 : Répartition des hommes et des femmes en effectif et (%) dans les trois populations en souffrance au travail ($p < 0,0001$).

❖ Age

Le graphique 12 montre que les disparités les plus importantes entre les trois populations concernent la classe d'âge « 50 ans et plus ». Celle-ci est nettement surreprésentée dans la population « travail psychopathogène » comparativement aux populations « harcèlement moral » et « conflit simple » (41,9 % contre respectivement 27,6 % et 21,1 % avec $p < 0,02$). Deux autres classes d'âge diffèrent significativement selon les populations : la classe d'âge « 30-39 ans » est surreprésentée dans la population « conflit simple » et la classe d'âge « moins de 30 ans » est sous-représentée dans la population « travail psychopathogène ».



Graphique 12 : Age des consultants dans les trois sous-populations en souffrance au travail ($p < 0,02$).

❖ Profession (BIT)

Quelle que soit la population, les trois mêmes catégories de profession dominant et représentent cumulées 78,1 % de l'ensemble des professions de la population « harcèlement moral », 59,3 % de la population « travail psychopathogène » et 65,6 % de l'ensemble des professions de la population « conflit » (tableau 12). Ce sont :

- les professions intermédiaires de la santé, l'enseignement, la finance et la vente,
- les employés administratifs,
- les personnels des services et vendeurs de magasin/marché.

Profession***	harcèlement moral	travail psychopathogène	conflit simple
Hauts fonctionnaires, dirigeants et cadres de direction	4,6	4,7	3,1
Professions intellectuelles et scientifiques	8,1	9,3	5,1
Professions intermédiaires des sciences, de la santé, de l'enseignement, de la finance et de la vente	32,2	19,8	23,4
Employés administratifs	24,1	13,9	17,7
Personnels des services et vendeurs de magasin/marché	21,8	25,6	24,5
Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture et de la pêche, artisans et ouvriers de l'artisanat	5,7	8,1	7,9
Conducteurs d'installations et de machines et ouvriers de l'assemblage, conducteurs de véhicules	3,5	10,5	7,9
Ouvriers et employés non qualifiés	0	8,1	10,4
Total	100 %	100 %	100 %

Tableau 12 : Représentation en % des différentes professions des patients dans les trois populations en souffrance au travail (N=528 ; p=0,0002).

Parmi la population « harcèlement moral », les professions intermédiaires de la santé, l'enseignement, la finance et la vente ainsi que les employés administratifs sont surreprésentés comparativement aux deux autres populations. A l'inverse, les conducteurs d'installation, de machines et de véhicules et surtout les ouvriers et

employés non qualifiés sont sous-représentés (avec aucun cas de harcèlement moral présumé dans cette dernière catégorie professionnelle).

Au sein de la population « conflit simple », figurent comparativement moins de hauts fonctionnaires, dirigeants et cadres de direction et de professions intellectuelles et scientifiques.

❖ **Activité**

Le tableau 13 indique les différents secteurs d'activités, toujours selon la classification NAF, dans lesquels travaillent les patients en souffrance au travail.

Activité***	harcèlement moral	travail psychopathogène	conflit simple
agriculture, pêche, industries, construction	18,4	28,2	22
commerce, hôtellerie, restauration	28,7	22,4	31
transports et télécommunications	4,6	8,2	6,8
activités financières, immobilières et locatives	8	5,9	4,2
activités spécialisées juridiques, administratives, informatiques, scientifiques et techniques	5,8	8,2	9,3
administrations publiques	5,8	4,7	5,9
santé et action sociale	24,1	16,5	14,6
éducation, services aux personnes, milieux associatifs et culturels	4,6	5,9	6,2
Total	100 %	100 %	100 %

Tableau 13 : Représentation en % des différents secteurs d'activités dans lesquels travaillent les patients en souffrance au travail (N=527 ; p<0,001).

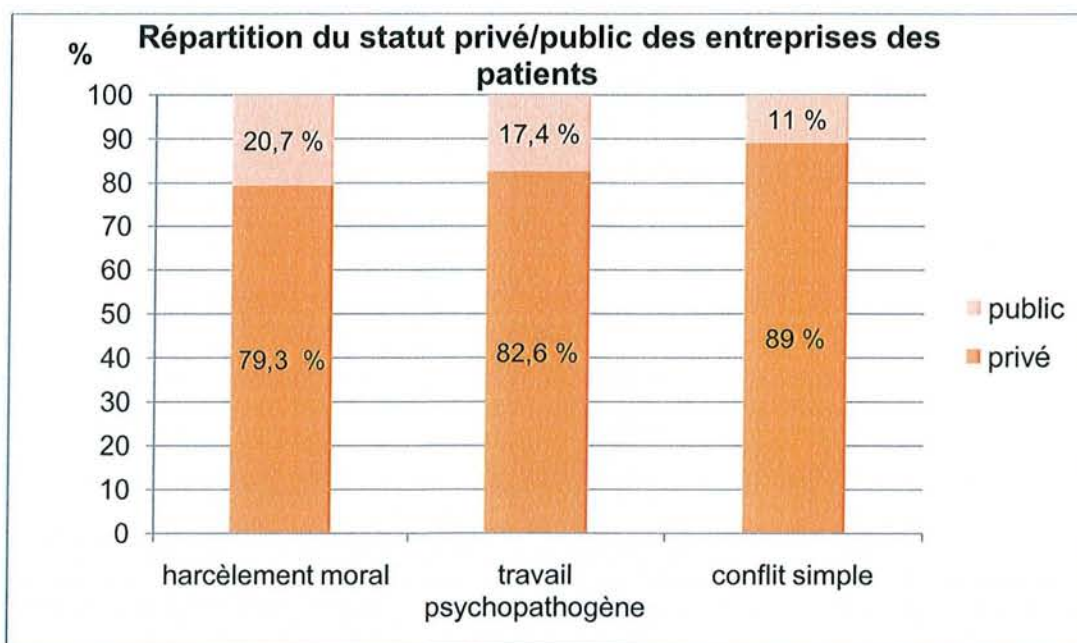
Parmi la population présumée harcelée, plus d'une personne sur deux travaille dans le secteur du commerce, de l'hôtellerie et de la restauration ou dans les activités de la santé et de l'action sociale. Ces activités de la santé et de l'action sociale sont d'ailleurs surreprésentées dans cette population comparativement aux deux autres (24,1 % pour la population « harcèlement » contre 16,5 % pour la population « travail psychopathogène » et 14,6 % pour la population « conflit simple »).

Les particularités de la population « travail psychopathogène » sont d'une part, une surreprésentation des secteurs de la pêche, de l'agriculture, de l'industrie, du bâtiment et des travaux publics (28,2 % contre 18,4 % dans la population « harcèlement moral ») et d'autre part, une sous-représentation relative des activités du commerce, de l'hôtellerie et de la restauration.

Enfin, deux secteurs d'activités dominent nettement au sein de la population « conflit simple » et constituent plus de la moitié de l'ensemble des activités : le secteur du commerce, de l'hôtellerie et de la restauration (31 %) et en second rang le secteur de la pêche, de l'agriculture, de l'industrie, du bâtiment et des travaux publics (22 %).

❖ Statut privé/public de l'entreprise

En matière de statut, privé ou public, de l'entreprise dans laquelle travaillent les salariés, la population « conflit simple » se distingue des deux autres (graphique 13) par une moindre représentation du secteur public (11 % contre 20,7 % pour la population « harcèlement moral ») et donc une surreprésentation du secteur privé proche de 90% ($p < 0,04$).



Graphique 13 : Représentation en % des statuts privé ou public des entreprises des patients en souffrance au travail ($p < 0,04$).

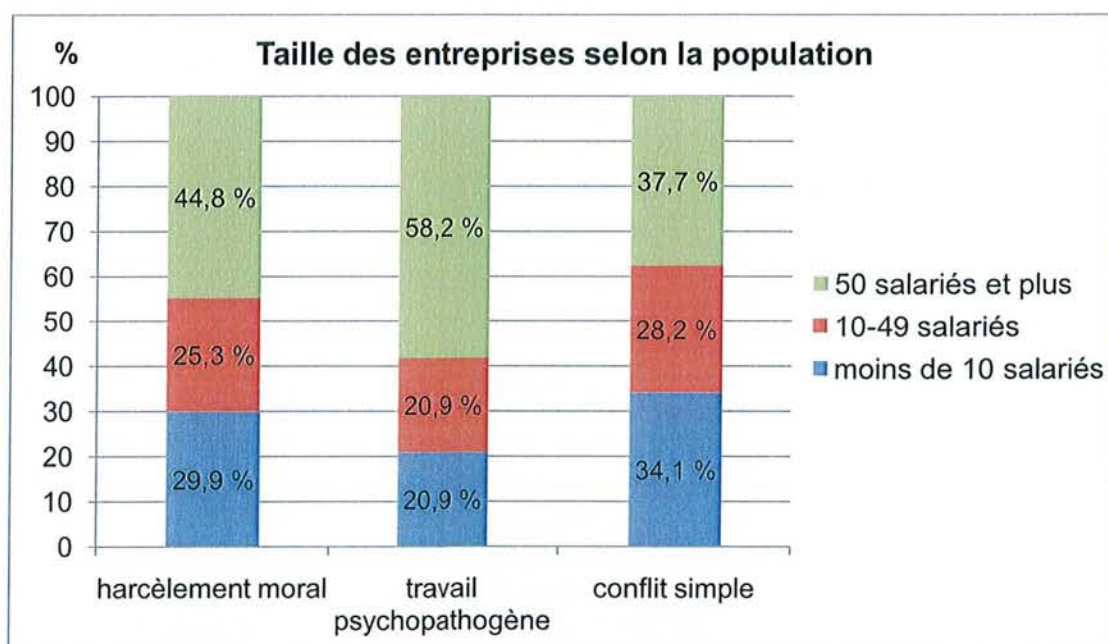
❖ Ancienneté dans l'entreprise et temps de travail

Les résultats ne montrent pas ici de différence significative entre les populations pour ce qui concerne l'ancienneté dans l'entreprise ou encore la durée du temps de travail (temps plein ou temps partiel). A titre d'exemple, dans la population « harcèlement moral », environ 63% des salariés ont une ancienneté inférieure à 10 ans.

❖ Taille de l'entreprise

Le graphique 14 fait apparaître que les salariés de la population « travail psychopathogène » travaillent plus souvent que dans les deux autres populations dans des entreprises de 50 salariés et plus ($p < 10^{-4}$). A l'opposé, les entreprises de moins de 10 salariés sont sous-représentées dans cette population.

La population « conflit simple » a le profil inverse : les entreprises de 50 salariés et plus y sont sous-représentées et les entreprises de moins de 10 salariés y sont surreprésentées.

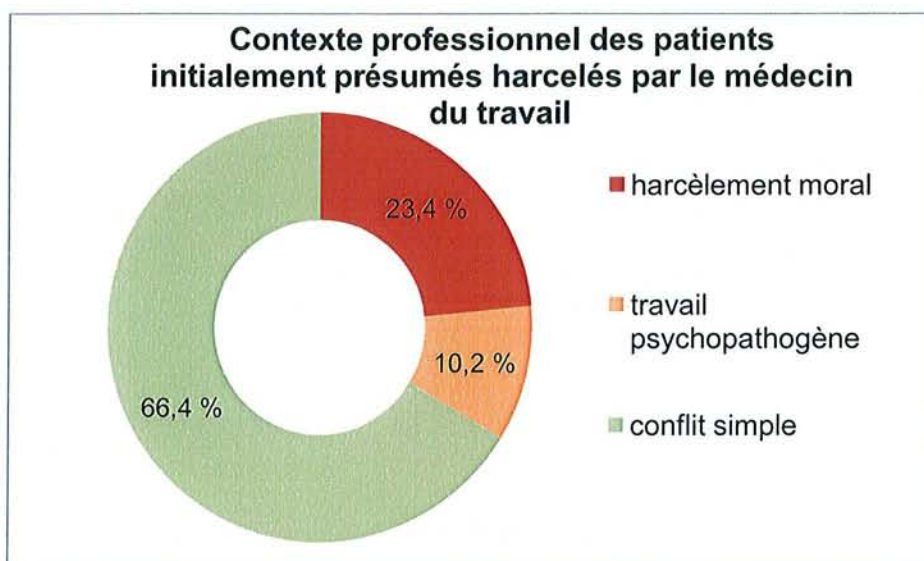


Graphique 14 : Représentation en % de la taille des entreprises dans lesquelles travaillent les patients en souffrance au travail ($p < 0,0001$).

3.3. Motif de la consultation

❖ Demande initiale

Le graphique 15 montre que la majorité des patients initialement présumés harcelés par le médecin du travail ne le sont finalement pas pour le service de pathologie professionnelle. Parmi eux, les deux tiers sont en réalité en situation de conflit interpersonnel et environ 10 % sont en situation de « travail psychopathogène ». Au total, le diagnostic de harcèlement est confirmé pour près d'un quart d'entre eux.



Graphique 15.: Description des différents contextes professionnels (en %) des sujets pour qui un harcèlement moral était suspecté.

❖ Diagnostic initial

Le tableau 14 présente le diagnostic initial annoncé par le médecin du travail pour chaque patient des trois populations en souffrance au travail. Le diagnostic pouvait être multiple, comme par exemple un trouble dépressif associé à une addiction. Pour rappel, l'anxiété fait souvent partie du tableau clinique d'un épisode dépressif majeur, c'est pourquoi ici, la qualification de « trouble anxieux » signifie que celui-ci est indépendant de tout épisode dépressif.

Une symptomatologie de nature dépressive était plus souvent décrite par le médecin du travail dans la population « travail psychopathogène » que dans la population « harcèlement moral » (73,3 % contre 63,2 %). A l'inverse, un diagnostic initial de trouble anxieux était plus fréquemment porté dans la population « harcèlement moral » que dans la population « travail psychopathogène » (34,5 % contre 24,4 %).

La population « conflit simple » est assez comparable à la population « harcèlement moral » en terme de diagnostic initial. Au sein de cette population, qui par définition, ne présente pas trouble psychopathologique diagnostiqué par le psychiatre, près de 65 % des patients étaient présumés dépressifs par leur médecin du travail.

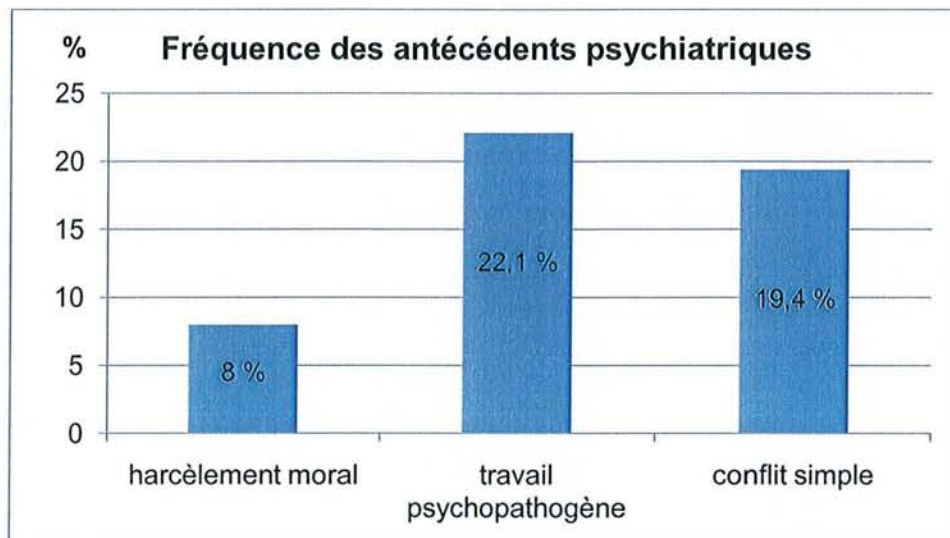
Diagnostic initial	harcèlement moral (N=87)	travail psychopathogène (N=86)	conflit simple (N=355)	Total
syndrome dépressif***	55 (15,8)	63 (18,1)	230 (66,1)	348 (100%)
trouble anxieux**	30 (18,6)	21 (13,1)	110 (68,3)	161 (100%)
autre trouble***	3 (10)	5 (16,7)	22 (73,3)	30 (100%)

Tableau 14 : Diagnostic initial présumé par le médecin du travail en nombre de patients et (%) (**= $p < 0,01$; ***= $p < 0,001$).

3.4. Histoire de la maladie

❖ Antécédents

Avec seulement 8 % contre environ 20 %, la population présumée harcelée signale nettement moins fréquemment des antécédents psychiatriques que les deux autres populations ($p < 10^{-4}$).



Graphique 16: Fréquence de la présence d'antécédents de nature psychiatrique chez les patients des trois populations en souffrance au travail ($p < 0,0001$).

❖ Origine des troubles

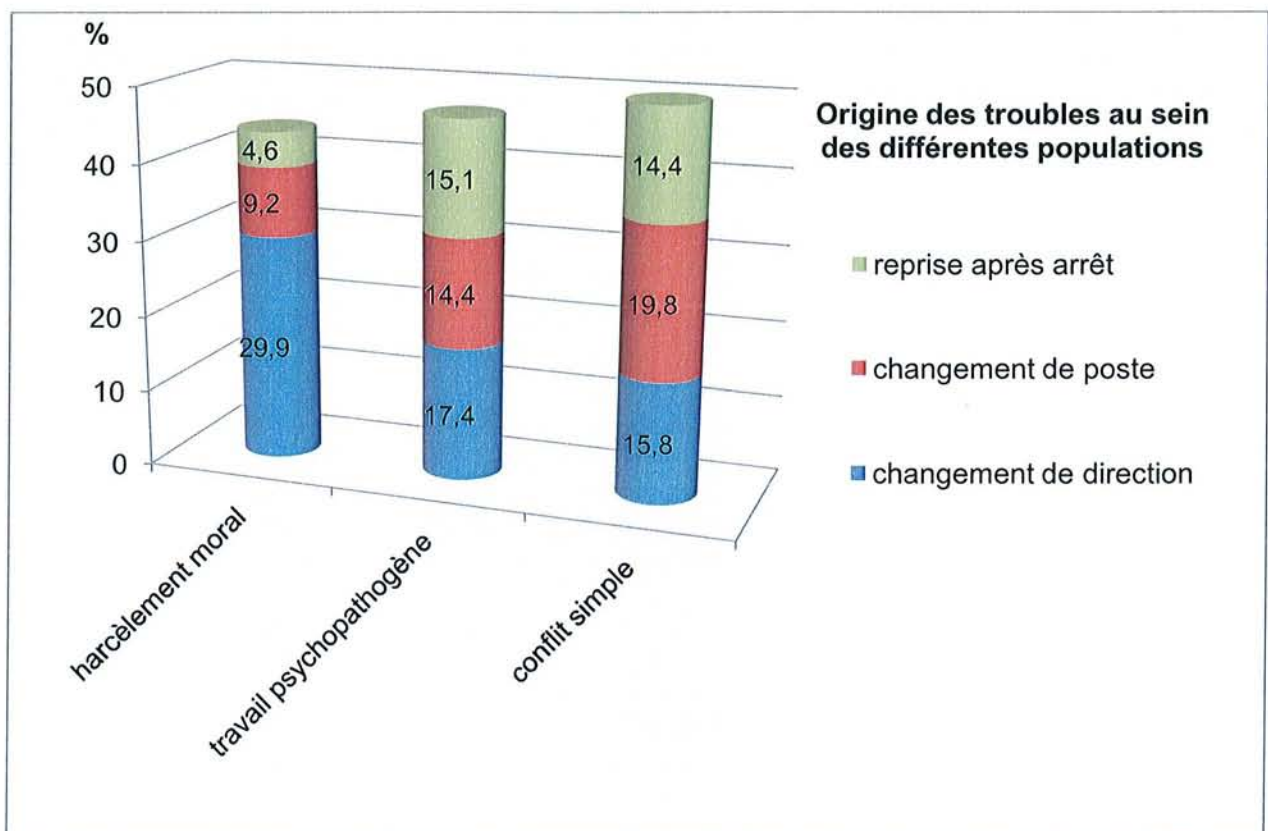
Le graphique 17 illustre les principaux événements dans le travail décrits comme à l'origine des troubles présentés.

Il s'agit le plus souvent d'un changement de direction, incriminé par près de 30 % de ces salariés contre 17,4 % des salariés de la population « travail psychopathogène » et 15,8 % pour la population « conflit simple » ($p < 0,0001$).

Un changement de poste est dénoncé par presque 20 % des salariés de la population en conflit (contre 14,4 % de la population « travail psychopathogène » et 9,2 % de la de la population « harcèlement moral » ; $p < 0,003$).

Enfin, pour environ 15 % des sujets des populations « conflit simple » et « travail psychopathogène » et seulement 4,6 % de la population « harcèlement moral », les difficultés sont apparues à la reprise du travail après un arrêt maladie ou un congé maternité ($p < 0,07$).

Toutefois, quelle que soit la sous-population, ces trois causes réunies n'expliquent que la moitié environ des difficultés rencontrées par les patients. En effet, dans de nombreux cas, l'anamnèse montre que la situation s'est dégradée progressivement sans la survenue d'un événement précis dans le travail.



Graphique 17 : Fréquence de certains facteurs à l'origine de la souffrance au travail selon les patients.

❖ Traitement

S'agissant de la prise de traitement médicamenteux, il n'apparaît pas de différence significative entre les trois populations. En revanche, il apparaît relativement plus de

patients ($p < 0,002$) en cours de psychothérapie dans la population « travail psychopathologique » (près de 30 % d'entre eux) que dans la population présumée harcelée (21,8 %) et dans la population en conflit (19,2 %).

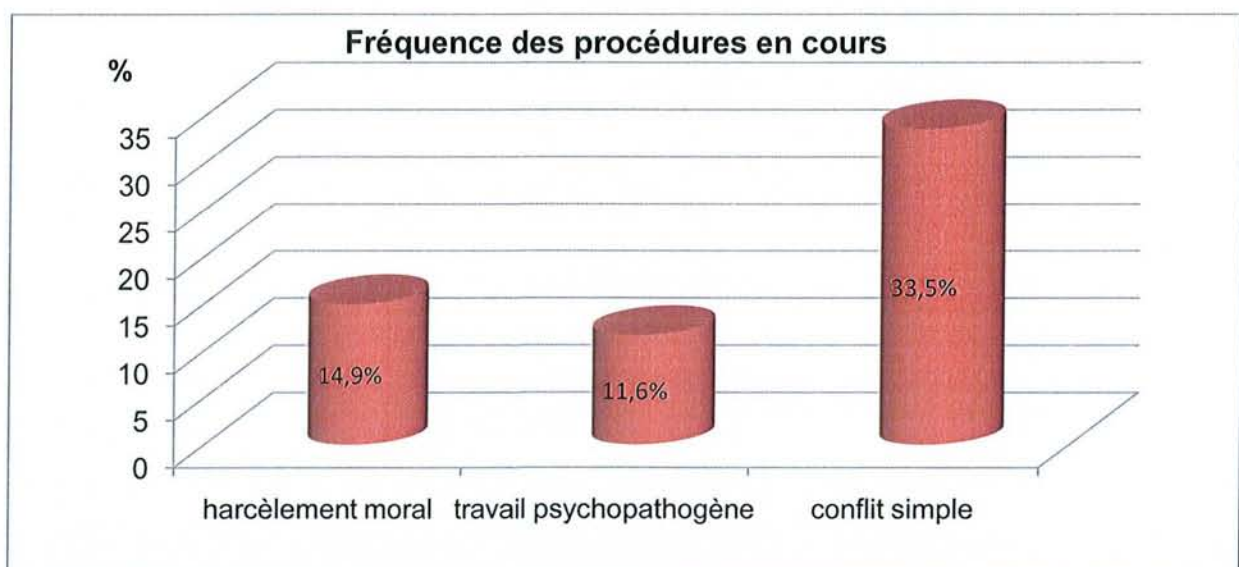
❖ Arrêt de travail

Quel que soit le groupe de patients, le taux d'arrêt de travail est élevé, au-delà de 80 % pour les trois populations.

Des arrêts d'une durée conséquente, égale ou supérieure à 6 mois, concernent 16,4 % des patients présumés harcelés, 25 % des patients de la population « travail psychopathogène » et 26,6 % de la population « conflit simple » ($p < 0,07$).

❖ Démarches engagées

Avec un taux de 33,5 % contre moins de 15% pour les deux autres populations, le graphique 18 montre que les salariés en situation de conflit engagent nettement plus fréquemment ($p < 0,0001$) des démarches juridiques ou administratives.



Graphique 18 : Fréquence des procédures engagées dans les différentes populations ($p < 0,0001$).

La procédure la plus récurrente face à ces situations de « conflit simple » est l'engagement d'une action prud'homale mais il apparaît également que les plaintes auprès des services de police ainsi que les recours aux syndicats sont de façon attendue très spécifiques de cette population (tableau 15).

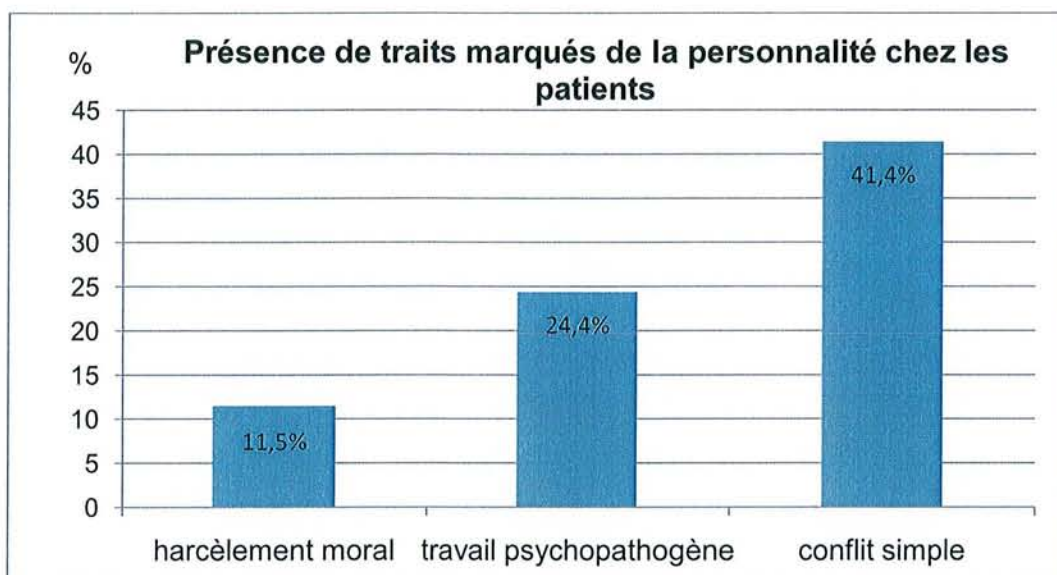
Type de démarche	harcèlement moral	travail psychopathogène	conflit simple	Total
inspection travail	3 (5,9)	4 (7,8)	44 (86,3)	51 (100%)
prud'hommes	6 (7,6)	7 (8,9)	66 (83,5)	79 (100%)
plainte police	2 (7,4)	1 (3,7)	24 (88,9)	27 (100%)
syndicat	2 (5,1)	1 (2,6)	36 (92,3)	39 (100%)
licenciement	4 (25)	0	12 (75)	16 (100%)

Tableau 15 : Description des différents types de procédure selon les populations.

3.5. Éléments cliniques

❖ Traits de personnalité

Le graphique 19 illustre des différences significatives s'agissant de la présence de traits marqués de la personnalité chez les différents patients ($p < 0,0001$). Chez plus de 41% des sujets de la population « conflit simple » sont constatés des traits marqués de la personnalité, alors que ces traits ne sont retrouvés que chez un quart de la population « travail psychopathogène » et environ 12% des sujets de la population « harcèlement moral ».



Graphique 19 : Fréquence de traits marqués de la personnalité chez les différents patients des trois populations en souffrance ($p < 0,0001$).

Les deux personnalités les plus fréquemment retrouvées dans la population « conflit simple » sont de nature converisive et sensitive (*tableau 15*). Cette dernière est également plus retrouvée dans la population « travail psychopathogène » aux côtés des personnalités de type évitante-dépendante et obsessionnelle. Enfin, pour les rares cas de la population « harcèlement moral » présentant des traits marqués de la personnalité, ils sont généralement de nature converisive ou obsessionnelle.

Type de personnalité	harcèlement moral	travail psychopathogène	conflit simple	Total
sensitive	1 (2,4)	6 (14,3)	35 (83,3)	42 (100)
pré-psychotique	0	0	3 (100)	3 (100)
dyssociale	0	1 (6,2)	15 (93,8)	16 (100)
état-limite	0	1 (11,1)	8 (88,9)	9 (100)
converisive	4 (4,6)	3 (3,4)	81 (92)	88 (100)
narcissique	0	0	6 (100)	6 (100)
évitante – dépendante	2 (20)	5 (50)	3 (30)	10 (100)
obsessionnelle	4 (36,4)	5 (45,4)	2 (18,2)	11 (100)

Tableau 15 : Résultats descriptifs en effectifs et (%) des différents types de personnalité retrouvés.

❖ Risque auto/hétéroagressif

Un risque de passage à l'acte sur l'individu lui-même ou sur les collègues ou l'employeur est plus fréquemment noté ($p < 10^{-4}$) au sein du groupe « travail psychopathogène » (soit pour 10,5 % des patients) que pour les groupes « conflit simple » et « harcèlement moral » (autour de 5 % des patients).

3.6. Conclusion de la consultation

❖ Avis d'aptitude

Le tableau 16 montre des tendances nettes concernant les avis d'aptitude pour deux populations, en faveur d'un maintien de l'aptitude au poste au sein du groupe de patients confrontés à un conflit simple, et en faveur d'un prononcé d'inaptitude à tous les postes de l'entreprise pour la population présumée harcelée (plus de 90 % des avis rendus dans chacun des cas).

Enfin, pour les patients affectés par une psychopathologie professionnelle hors harcèlement, l'inaptitude à tous postes est l'avis le plus fréquemment rendu, dans plus de 58 % des cas, devant la préconisation d'un changement de poste au sein de l'entreprise, dans près de 30 % des cas.

Avis d'aptitude***	harcèlement moral	travail psychopathogène	conflit simple
apte au poste	2 (2,8 %)	1 (1,3)	282 (90,7)
apte au poste sous la condition d'un suivi médical	1 (1,4 %)	3 (3,8)	0
changement de poste préconisé	3 (4,2 %)	23 (29,1)	18 (5,8)
inapte à tous les postes	64 (90,2 %)	46 (58,2)	11 (3,5)
arrêt de travail temporaire	1 (1,4 %)	6 (7,6)	0
Total	71 (100 %)	311 (100 %)	79 (100 %)

Tableau 16 : Types d'avis d'aptitude rendus concernant les patients des différentes populations en souffrance au travail (N=461 ; $p < 10^{-4}$).

3.7. Synthèse des résultats

- Les femmes semblent plus exposées au harcèlement moral qu'au travail psychopathogène, tandis que la tendance s'inverse pour les hommes.

- La tranche d'âge « 50 ans et plus » est assez nettement surreprésentée au sein de la population « travail psychopathogène ».

- Les professions intermédiaires de la santé, de l'enseignement, de la finance et de la vente ainsi que les employés administratifs paraissent plus exposés à une situation de harcèlement moral présumé. Quant aux secteurs d'activités, le milieu de la santé et de l'action sociale est surreprésenté dans la population « harcèlement moral » comme celui du commerce, de l'hôtellerie et de la restauration dans la population « conflit simple ».

- La population « travail psychopathogène » se distingue des deux autres populations avec des salariés travaillant plus souvent dans des entreprises de 50 salariés et plus.

- Un diagnostic initial de trouble anxieux est plus souvent porté par le médecin du travail dans la population « harcèlement moral » que dans la population « travail psychopathogène » et inversement un syndrome dépressif est plus souvent décrit pour les patients de la population « travail psychopathogène » que pour les patients de la population « harcèlement moral ». Pour le médecin du travail, la présentation du patient en situation de conflit simple ressemble en termes de présentation clinique à celle du patient harcelé.

- Des antécédents psychiatriques sont significativement moins fréquents au sein de la population présumée harcelée (8 % des patients) que dans la population « travail psychopathogène » (22,1 % des patients).

- Les deux types d'éléments déclenchant les plus couramment retrouvés sont un changement de direction pour la population « harcèlement moral » (dans près de 30 % des cas) et un changement de poste pour la population « conflit simple » (dans près de 20 % des cas). Pour la population « travail psychopathogène », l'origine des troubles est plus diversifiée.

- Quel que soit le type de population, le taux d'arrêt de travail reste très élevé (supérieur à 80 %).

- Des démarches administratives ou juridiques sont plus facilement engagées par la population « conflit simple » (dossier prud'homal).

- Concernant les avis d'aptitude, ils sont très largement en faveur d'une inaptitude à tous les postes de l'entreprise pour les salariés présumés harcelés et, au contraire, du maintien au poste en cas de conflit simple.

- Enfin, au cours des cinq années étudiées, l'évolution de la part respective de ces trois populations va vers une représentation plus importante de la population « conflit simple » et moindre de la population « harcèlement moral ».

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

110

I. Méthode de l'étude	111
1. Intérêts de l'étude	111
2. Limites de l'étude	112
II. Résultats	115
1. Synthèse des résultats	115
1.1. Données socioprofessionnelles	115
1.2. Diagnostic psychiatrique	116
1.3. Contexte professionnel	117
2. Discussion	119
2.1. Revue de la littérature : comparaison des caractéristiques de la population harcelée	119
2.2. Particularités des différentes populations en souffrance au travail	122

I. Méthode de l'étude

1. Intérêts de l'étude

Le sujet de la souffrance au travail fait l'objet depuis ces dernières années d'un nombre croissant d'enquêtes et de travaux de la part des médecins du travail, des services de consultation de pathologie professionnelle ou encore des directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Néanmoins notre étude comporte certaines spécificités qui ne sont peu ou pas retrouvées dans la littérature.

La plupart des études réalisées dans ce domaine se sont surtout intéressées aux cas de harcèlement moral (68, 69, 70, 71, 72) mais d'autres contextes professionnels peuvent être à l'origine d'une souffrance au travail et entraîner les mêmes conséquences en termes de morbidité qu'une situation de harcèlement moral. En conséquence, le profil des individus présentant une psychopathologie induite par le travail en dehors d'un harcèlement et des individus en situation de conflit interpersonnel est à l'heure actuelle encore peu connu. Notre étude a donc la particularité de décrire et comparer les caractéristiques individuelles de toutes les catégories de populations adressées dans le cadre d'une souffrance au travail.

Les périodes recouvertes par les études précédemment publiées sont généralement inférieures à la durée de l'étude présentée ici qui couvre une période de 5 années consécutives. Celles-ci se situent le plus souvent entre 1 et 3 ans (43, 73, 74, 75). Ainsi, leurs effectifs n'atteignent pas celui de notre étude qui analyse 528 cas de souffrance au travail dont 173 cas de psychopathologies professionnelles. Une étude se rapproche de la notre par une durée d'observation de plus de 4 ans mais elle recense un nombre de psychopathologies (121 cas) moindre (76).

L'étude présentée ici n'utilise pas d'outil de type échelle ou questionnaire standardisés pour évaluer le degré de souffrance psychique car elle repose sur l'analyse objective, effectuée par un psychiatre, de la symptomatologie présentée par les patients au moment de la consultation. La réponse apportée est un diagnostic

clinique précis basé sur les critères sémiologiques des classifications internationales établies dans le domaine de la psychiatrie. Ainsi, ces données peuvent permettre une réexploitation éventuelle à des fins épidémiologiques. Les autres enquêtes dans le domaine de la souffrance au travail ont souvent eu recours au questionnaire standardisé de santé mentale GHQ12 pour établir le niveau de détresse psychologique (77, 78, 79) ou à la propre analyse des médecins du travail pour établir l'existence d'une décompensation psychique. Récemment, une étude anglaise s'est intéressée à la validité des diagnostics établis par les médecins du travail qui rapportaient une augmentation de 13 % par an de l'incidence des troubles de santé mentale ; et celle-ci concluait à de bons niveaux de corrélation entre les diagnostics établis par des psychiatres et les diagnostics établis par des médecins du travail pour une centaine de cas cliniques proposés (80).

2. Limites de l'étude

Toutefois, notre étude comporte aussi certaines limites. Elles sont d'abord celles de toute enquête rétrospective dont les données peuvent être imprécises voire manquantes. Néanmoins, lors de la consultation en pathologie professionnelle, le recueil d'informations était en partie standardisé ce qui a permis de compléter de façon quasi-exhaustive la plupart des questionnaires. En revanche, celui-ci était limité sur un certain nombre de données retrouvées dans d'autres études, notamment le statut familial, le niveau d'étude, la durée des troubles ou encore le devenir socioprofessionnel des salariés. Il aurait également été intéressant de connaître plus précisément pour chaque patient le contexte professionnel à l'origine des troubles ; cela aurait pu permettre d'identifier des facteurs de risque psychosociaux ou organisationnels communs. Néanmoins, devant la diversité des situations de souffrance au travail, il semblait difficile de résumer l'histoire de la maladie en quelques items et de la standardiser dans le questionnaire.

Un biais de l'étude est lié au mode de recrutement de la population. Il s'agit de salariés adressés par leur médecin du travail en consultation spécialisée du CHU de Nancy. Généralement, ces patients figurent parmi les cas les plus sérieux ou les plus

complexes pour lesquels le médecin sollicite un avis. De plus, selon les pratiques professionnelles et les habitudes, l'ensemble des médecins du travail de Lorraine ne fait pas systématiquement appel au service de pathologie professionnelle. La population de cette étude ne peut donc pas être représentative de l'ensemble des salariés en situation de souffrance psychique au travail.

De même que la population affectée par une psychopathologie sans rapport avec le travail n'est pas représentative de l'ensemble de la population active et, encore moins de la population générale, atteinte d'un trouble de la santé mentale. En effet, ces salariés ne sont en pratique adressés à la consultation que lorsqu'un problème par rapport à leur aptitude au poste se pose ou lorsque le médecin souhaite faire la part des choses entre la psychopathologie et les difficultés professionnelles rencontrées. Bien que la problématique de cette population de salariés, présentant une pathologie psychique indépendamment du travail, soit différente de celle des autres populations adressées pour une souffrance liée au travail, il semblait tout de même intéressant de présenter ses caractéristiques parallèlement aux autres. Car il s'agit ici du même mode de recrutement, c'est-à-dire des patients de la population active adressés par leur médecin du travail, mais qui renvoient à une psychiatrie différente, plus lourde en général.

Un autre biais est celui du classement concernant d'une part le type de contexte professionnel auquel le patient est confronté. Son interprétation peut être délicate sans les versions complètes des différents protagonistes. De plus, la qualification de harcèlement moral relève du domaine juridique et l'appréciation d'un médecin, souvent basée sur la description de listes d'agissements caractéristiques des techniques inspirées du LIPT de Leymann (39) n'est pas nécessairement la même que celle d'un juge. D'autre part, le classement nosologique adopté par le service de Nancy, basée sur un diagnostic a posteriori proposé par un spécialiste, n'est sans doute pas superposable aux pratiques des autres centres de pathologie professionnelle ou des DRTEFP, notamment lorsque ces derniers prennent en compte le diagnostic a priori du médecin du travail.

Enfin, nous avons été confrontés à des difficultés de terminologie pour nommer de façon claire et concise les différentes populations et les différents types de contexte professionnel. Si le terme de « harcèlement » fait globalement l'objet d'un consensus,

les autres vocables appartenant au champ lexical de la « souffrance au travail » manquent de définitions précises adoptées par tous. Parfois employés de façon rapide par les uns ou les autres, les mots peuvent prêter à confusion. Quel terme employer pour qualifier une situation de travail qui altère objectivement la santé mentale des individus sans pour autant relever d'un harcèlement ? Pour qu'il y ait « souffrance au travail », faut-il qu'il y ait obligatoirement une déstabilisation psychique ? Le terme de conflit « simple » pour désigner l'absence de décompensation psychopathologique est-il vraiment adapté lorsque l'on sait que la gestion d'un conflit interpersonnel en milieu de travail est tout sauf simple ? Un autre exemple parlant est celui du terme « stress » au travail, dont on pourrait dire qu'il existe autant de significations que d'individus qui l'emploient.

II. Résultats

1. Synthèse des résultats

1.1. Données socioprofessionnelles

Sur l'ensemble de la consultation, les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes. Elles sont également surreprésentées (61,7 %) comparativement à toute la population féminine reçue dans le service de pathologie professionnelle de Nancy au cours de cette même période (34 %) et à la population active totale féminine en Lorraine en 1999 selon l'Insee (44 %).

Les résultats globaux concernant l'âge des patients montrent que les « 50 ans et plus » (26,1 %) sont surreprésentés par rapport à ceux de la population active totale en Lorraine en 1999 selon l'Insee (19 %) mais sont sous-représentés par rapport à tous les 50 ans et plus vus dans le service de pathologie professionnelle (32 %).

S'agissant du contrat de travail, les CDI sont ici logiquement surreprésentés (89,2 %) si l'on reprend le statut professionnel de l'ensemble des patients adressés à la consultation de pathologie professionnelle entre 2003 et 2007 (72,7 %) qui reçoit également pour d'autres problématiques des retraités, des chômeurs... La fonction publique (5,6 %) est sous-représentée par rapport à l'activité globale de la consultation pendant cette période (8,4 %).

Les différentes activités professionnelles des patients soulignent une surreprésentation du commerce (19,2 %) par comparaison aux emplois salariés par secteur d'activité en Lorraine en 2007 selon l'Insee (13 %) et dans une moindre mesure une sous-représentation des secteurs de l'agriculture, de l'industrie et de la construction (22,9 % contre 26 % d'emplois salariés dans ces domaines en Lorraine en 2007). En termes de professions, les professions intermédiaires des sciences, de la santé, de l'enseignement, de la finance et de la vente sont les plus nombreuses à cette consultation (quasiment un quart de l'ensemble des professions). Une durée d'ancienneté comprise entre 1 et 9 ans est largement majoritaire (près de 44 % des sujets).

Enfin, près de 70 % des patients étaient en arrêt de travail au moment de la consultation.

1.2. Diagnostic psychiatrique

A l'issue de la consultation avec le psychiatre, le diagnostic de trouble psychopathologique est avéré chez une personne sur deux, bien que l'ensemble de la population ait initialement été adressé pour une psychopathologie. Il s'agit le plus souvent d'un trouble de nature dépressive (près de 30% des patients vus à la consultation) et au second rang de trouble anxieux (près de 10 % des patients).

Le diagnostic de syndrome dépressif ou de trouble anxieux initialement présumé par le médecin du travail est concordant avec l'avis du spécialiste dans 38% des cas mais dans plus de 50 % des cas, aucun de ces troubles n'est retrouvé par le psychiatre au moment de la consultation. Ces résultats montrent toute la complexité nosologique dans le champ de la souffrance au travail.

Sur 805 patients, 184 (22,9 %) ont une psychopathologie en relation avec le travail confirmée. Malgré l'énonciation dans la première partie des diverses complications possibles de nature psychiatrique ou psychosomatique (bouffée délirante aigüe, paranoïa, désorganisation psychosomatique...) liées au travail, il n'est noté ici aucune décompensation de ce type. Il s'agit pour l'ensemble de ces patients soit de troubles de nature dépressive soit de nature anxieuse soit de type épuisement psychique.

A côté de ces patients affectés par une pathologie psychique d'origine professionnelle, 216 patients (soit plus d'un patient sur quatre) présentaient un trouble psychopathologique actif dont l'origine n'était pas professionnelle. Ces chiffres soulignent d'une part les difficultés que peuvent occasionner certains troubles de la santé mentale en matière d'insertion professionnelle ou de maintien dans l'emploi. D'autre part, ces demandes d'avis d'aptitude témoignent aussi d'un certain malaise des médecins du travail face à certaines pathologies, notamment celles de nature psychotique ou celles des addictions. Dans ce type de situation, une meilleure collaboration entre psychiatres et médecins du travail permettrait d'améliorer la prise en charge socioprofessionnelle au long cours de ces patients. Celle-ci est parfois freinée par la mise en avant du secret professionnel. Enfin, une problématique récurrente pour les médecins du travail en matière d'aptitude est celle de la prise d'un traitement psychotrope et de l'occupation de postes à risque en entreprise.

La comparaison des caractéristiques de cette population par rapport aux deux autres populations donne quelques résultats attendus, notamment la fréquence plus élevée d'antécédents psychiatriques et de suivis spécialisés. La représentation des différentes professions des patients (ouvriers, employés non qualifiés, conducteurs de machines surreprésentés...) confirme de nombreux travaux selon lesquels la population avec un bas niveau socioprofessionnel est plus sujette au développement de troubles psychiques.

1.3. Contexte professionnel

Parmi les 184 cas de psychopathologies professionnelles, on note 87 sujets en situation compatible avec un harcèlement moral et 86 sujets confrontés à un environnement de travail psychopathogène en dehors de tout harcèlement (soit des conditions de travail délétères pour 68 d'entre eux, soit un conflit interpersonnel pour 18 d'entre eux). Ces chiffres montrent que malgré l'effet de masque du harcèlement moral, produit par la médiatisation et la communication récente autour de ce phénomène, celui-ci n'est pas la seule et principale cause de la souffrance au travail. Dans notre population, il n'en n'explique exactement que la moitié.

Certains résultats de l'étude font aussi apparaître toute la difficulté d'établir a priori un diagnostic de harcèlement moral présumé. Les médecins du travail suspectent un harcèlement moral pour près de 61 % des sujets effectivement présumés harcelés par le service de pathologie professionnelle, mais ils suspectent également ce diagnostic pour environ 42,3 % des salariés en situation de conflit simple et pour près de 27 % de la population «travail psychopathogène». Cela signifie que les médecins du travail adressent au service de pathologie professionnelle des patients en souffrance au travail mais avec une certaine imprécision au départ quant au diagnostic et au contexte professionnel exact. En particulier, la proportion importante des conflits interpersonnels présentés au médecin du travail comme des faits de harcèlement moral, à des fins parfois manipulatoires pour obtenir une inaptitude médicale, favorise une dérive du diagnostic de harcèlement moral. Actuellement, la judiciarisation du harcèlement au travail a entraîné plusieurs types de conséquences dont une conséquence statistique en matière de plaintes au motif de harcèlement et une conséquence clinique avec

l'adoption par les plaignants d'une position de « victime » qui persévèrent dans un positionnement défensif. Encouragés par l'entourage à engager des démarches judiciaires, ceux-ci se retrouvent souvent déboutés après une longue procédure et restent en souffrance.

L'activité du service de pathologie professionnelle au cours de ces cinq années montre une augmentation de la demande de consultation pour avis psychiatrique. Toutefois, l'évolution de la proportion des trois types de population en souffrance révèle, comme indiqué précédemment, qu'il s'agit surtout d'une surreprésentation des conflits interpersonnels dont la part est passée de moins de 50 % en 2003 à environ 70 % depuis 2005.

Les conflits sont donc nombreux (373 cas parmi la population en souffrance au travail) mais entraînent globalement moins de conséquences en terme de morbidité puisque dans cette étude, seulement 5% (18 cas) s'accompagnent d'une décompensation psychopathologique. Néanmoins, l'impact de ces conflits est d'autre ordre, pouvant à l'échelon individuel se traduire par de l'absentéisme (les résultats montre un taux d'arrêt de travail supérieur à 80 % dont la durée cumulée dépasse régulièrement 6 mois) ou par un moindre investissement dans le travail. Les conflits interpersonnels peuvent aussi engendrer des répercussions collectives sur toute une entreprise. Les absences régulières occasionnent des surcharges de travail pour les salariés présents. Et il n'est pas rare que les positionnements des collègues pour l'une ou l'autre des parties engendrent des perturbations des relations au sein de tout un service, qui peuvent aboutir à une baisse de la productivité et à une dégradation du niveau de satisfaction du groupe de travail.

Bien que les conflits entre salariés ne soient pas un phénomène nouveau, toutefois ils pourraient tendre à s'amplifier. Les changements intervenus dans l'organisation du travail : compétition entre les salariés, pression sur les objectifs, hétérogénéité de la main d'œuvre, réorganisation de la production par la mise en place de petites équipes autonomes ont modifié les relations professionnelles. La décroissance du nombre de journées de grève dans les entreprises depuis une trentaine d'années en France, le recul du taux de syndicalisation et parallèlement l'augmentation de la demande de stage dans la gestion des conflits des managers d'équipes laissent supposer qu'actuellement les conflits au travail s'organiseraient davantage sur une base individuelle que collective (81).

2. Discussion

2.1. Revue de la littérature : comparaison des caractéristiques de la population harcelée

Les résultats concernant les données socioprofessionnelles de la population harcelée sont en accord avec les études précédemment publiées. Notre population comporte 73,6 % de femmes, cette prédominance féminine est retrouvée dans toutes les séries de l'ordre de 66 à 77 % (43, 68, 71, 72, 75, 76, 79).

S'agissant de l'âge des sujets présumés harcelés, pour la plupart des études comme pour la nôtre, la tranche d'âge 40-50 ans est la plus représentée (70, 71, 72, 79). D'autres études proposent une classe d'âge légèrement plus avancée, celles des 45-54 ans (43, 68, 75).

Les résultats publiés concernant les professions de cette population concluent tous à une sous-représentation de la classe des ouvriers, toujours inférieure à 10 % de l'ensemble des professions (68, 72, 74, 79). Dans notre étude comme dans celle de De Clavière, Kasbi-Benassouli et al (79), les professions les plus exposées sont les professions intermédiaires. Pour d'autres, il s'agit plutôt des cadres (72) ou des employés (68, 74).

S'agissant des secteurs d'activités, notre population présumée harcelée travaille majoritairement dans les milieux du commerce, de l'hôtellerie et de la restauration (28,7 %) et de la santé et de l'action sociale (24,1 %). Dans la plupart des études, le commerce est également parmi les secteurs les plus représentés, de l'ordre de 20 à 33 % (43, 68, 75, 76). D'après nos résultats et comparativement aux autres cohortes de patients harcelés, le domaine de la santé et de l'action sociale aurait tendance à être surreprésenté dans notre population puisqu'en général, celui-ci ne dépasse pas 20% (68, 72, 74, 75, 79). En effet, au cours de ces cinq années, plusieurs salariés d'un même service hospitalier qui subissaient les agissements d'une même personne ont été adressés à la consultation. Enfin, pour trois études, les activités les plus fréquemment citées sont les services (43, 68, 75). Selon les différentes données, entre 70 et 90% des

salariés présumés harcelés (79,3 % dans notre population) travaillent dans le secteur privé (68, 70, 75, 79). Néanmoins, ces proportions sont du même ordre que celle dans la population générale des salariés en France puisque d'après les chiffres de l'Insee, en 2005, le secteur privé employait 78% des salariés.

Les résultats sont plus contradictoires concernant la taille des entreprises dans lesquelles travaillent ces patients. Ici, près de 45% d'entre eux travaillent dans des entreprises de plus de 50 salariés soit une représentation comparable à l'étude de Paolillo et al (72). En revanche, pour Chiaroni et al (68), seulement 28 % des sujets harcelés travaillent dans des entreprises de plus de 50 salariés alors que pour De Clavière et al (79), ils sont près de 63%.

Les méthodologies utilisées pour l'ancienneté diffèrent selon les études et ne permettent pas d'identifier précisément une classe d'ancienneté plus touchée que les autres. Néanmoins, trois études dont la notre s'accordent pour dire qu'environ 60 % de ces salariés ont une ancienneté dans leur entreprise inférieure à 10 ans (68, 79).

Les études de Chiaroni et al et Alcouffe et al (68, 71) concluent chacune à un taux d'arrêt de travail de 68%, soit un peu inférieur à celui dans notre population aux environs de 82%. Mais pour De Gasparo et al (43), ce sont presque toutes les personnes présumées harcelées qui ont connu un arrêt de travail. Ces arrêts sont le plus souvent caractérisés par une durée importante, estimée en moyenne par Paolillo et al (72) à 44 semaines. Dans notre étude, environ 77% des patients bénéficient d'un traitement ; ils sont 65 % à en bénéficier pour De Clavière et al (79) et Alcouffe et al (71). Parallèlement, d'après les résultats proposés par Paolillo et al (72) et De Clavière et al (79) notre population aurait tendance à être moins fréquemment prise en charge par psychothérapie avec seulement 21,8 % des patients suivis par un psychiatre contre environ 38% des patients de ces deux études.

Enfin, quant au devenir professionnel des personnes en situation de harcèlement moral présumé, le pronostic est assez sombre en terme de maintien dans l'emploi avec des arrêts maladie souvent prolongés et répétés voire le prononcé d'une inaptitude médicale impliquant le départ du salarié de l'entreprise. Dans les études, des différences sont constatées concernant le recours à l'inaptitude définitive à tous les

postes de l'entreprise, avec des chiffres variant de 18 à 65% des salariés. Cependant, les taux d'inaptitude les plus faibles sont souvent associés à des taux d'arrêt maladie plus élevés. Ceci peut s'expliquer par le moment auquel a été réalisée l'étude et donc le recul dont elle dispose car généralement avant ce type de décision, le médecin du travail oriente le salarié plutôt vers l'arrêt maladie. Mais au final, plus d'un salarié sur deux quitte l'entreprise (73, 74, 79). La préconisation d'une inaptitude médicale définitive à tous les postes de l'entreprise pour la majorité des salariés présumés harcelés de notre population (90%) vient du fait que l'ensemble des travaux sur le sujet conclut à des conséquences en terme de morbidité quasiment systématiques, essentiellement sous forme de complications psychiatriques et que celles-ci sont d'autant plus sévères que la durée d'exposition aux agissements est longue. Et même après l'arrêt de ces agissements, le maintien dans l'entreprise semble être au prix d'une souffrance psychologique persistante (74).

2.2. Particularités des différentes populations en souffrance au travail

La plupart des études antérieures se sont attachées à décrire le profil des patients subissant une situation de harcèlement moral professionnel mais les conclusions de cette étude ont permis de confirmer que bien d'autres mécanismes peuvent être à l'origine d'une réelle souffrance au travail, compliquée ou non d'une décompensation psychique. Ainsi d'après l'histoire de chacun des salariés adressés à la consultation, il ressort que le travail peut aussi faire souffrir par son organisation ou par les relations interpersonnelles qu'il implique.

Pour rappel, nous avons comparé le profil des patients présumés harcelés (précédemment nommée « harcèlement moral ») à celui des patients affectés par une psychopathologie d'origine professionnelle en dehors de tout harcèlement (précédemment appelée « travail psychopathogène ») et à celui des patients en situation de conflit sans retentissement psychopathologique (« conflit simple »). Nous allons voir que ces trois populations présentent des similitudes mais il existe entre elles des différences statistiquement significatives s'agissant notamment du sexe, de l'âge, de l'activité professionnelle, des antécédents, de l'avis d'aptitude.

Quelle que soit la population, les femmes sont surreprésentées. Peut-être qu'en réalité, les femmes parlent plus facilement que les hommes de leurs difficultés au travail. Ou devoir mener de front vie professionnelle et vie familiale entraînerait une vulnérabilité psychique plus importante des femmes ? Enfin, les inégalités de genre et le sexisme encore présents dans le monde du travail pourraient aussi expliquer cette différence.

Par ailleurs, les femmes sont plus représentées dans la population présumée harcelée que dans la population présentant un trouble psychique lié au travail en dehors de tout harcèlement (73,6 % contre 61,6 %) et inversement pour les hommes (26,4 % dans la population présumée harcelée contre 38,4 % dans la population présentant un trouble psychique lié au travail en dehors de tout harcèlement).

Les salariés de 50 ans et plus sont nettement plus représentés dans la population affectée psychiquement par le travail en dehors de tout harcèlement que dans les deux autres populations (41,9 % contre respectivement 27,6 % pour la population présumée harcelée et 21,1 % pour la population en conflit sans retentissement

psychopathologique). Il peut s'agir pour certains des patients de plus de 50 ans d'une usure par le travail, d'une lassitude avec le temps. Des capacités d'adaptation aux changements moins performantes (par exemple, l'informatisation a été un changement majeur dans le monde du travail), et une moindre résistance aux pressions des objectifs expliquent aussi certains des cas de souffrance rencontrés au cours de cette étude. Par contre, les salariés de 50 ans et plus sont moins souvent confrontés aux conflits interpersonnels, ce qui témoigne sûrement d'une plus grande maturité ou d'une prise de distance dans les relations.

Inversement, les salariés âgés de 30 à 39 ans sont plus représentés dans la population en conflit (26,5 %) que dans la population présumée harcelée (19,5 %) et que dans la population affectée psychiquement par le travail en dehors de tout harcèlement (17,4 %).

En termes d'activité professionnelle, chaque population se démarque par un secteur différent : celui de la santé et de l'action sociale pour la population présumée harcelée, celui de l'agriculture, de la pêche, de l'industrie et de la construction pour la population affectée par un travail psychopathogène en dehors de tout harcèlement et celui du commerce et de l'hôtellerie-restauration pour la population en situation de conflit sans répercussion psychique.

La comparaison des différentes professions au sein de ces populations montre que les situations de harcèlement moral présumé concernent plus les professions intermédiaires des sciences, de la santé, de l'enseignement, de la finance et de la vente ainsi que les employés administratifs alors que les conditions de travail psychopathogènes en dehors de tout harcèlement visent plus les personnels des services et vendeurs en magasin, les conducteurs d'installation, de machine ou de véhicule ainsi que les ouvriers et employés non qualifiés.

La population « travail psychopathogène » travaille plus fréquemment dans des entreprises de taille déjà conséquente, c'est-à-dire employant plus de 50 salariés, là où justement l'organisation du travail, le mode de management prennent toute leur importance. A l'inverse, les petites entreprises, de moins de 10 salariés, semblent être plus facilement le théâtre de conflits interindividuels.

La population présentant une décompensation psychopathologique liée au travail en dehors de tout harcèlement serait-elle au départ psychiquement plus fragile ? La question peut être posée devant la présence d'antécédents psychiatriques chez 22,1 % de ses sujets (contre seulement 8% des sujets de la population présumée harcelée). De même qu'elle est celle qui bénéficie le plus fréquemment d'un suivi psychothérapeutique régulier, confirmant ainsi l'hypothèse d'une plus grande vulnérabilité et de complications plus sévères nécessitant une prise en charge spécialisée. Enfin, des traits marqués de la personnalité sont retrouvés chez près d'un quart de cette population contre seulement 11,5 % des sujets de la population présumée harcelée. Les personnalités de nature sensitive, évitante-dépendante et obsessionnelle sont les plus fréquemment retrouvées. Comparativement, la population en conflit, qui se démarque avec plus de 41 % de patients présentant des traits marqués de la personnalité, est surtout constituée de personnalités de nature converisive.

Les salariés de la population en conflit simple s'expriment généralement sur un mode assez revendicatif. Ils ont facilement recours à la dénonciation d'une situation de harcèlement moral subi face au médecin du travail qui décide alors de les adresser à la consultation de pathologie professionnelle avec un diagnostic porté par excès dans 42 % des cas. De même, dans plus de 60 % des cas, un syndrome anxiodépressif est avancé par le salarié ou le médecin du travail mais n'est pas confirmé par le psychiatre comme un authentique trouble de l'humeur ou de l'anxiété réactionnel au travail. Néanmoins, ce n'est pas parce que cette population ne présente pas de réelle décompensation psychopathologique au moment de la consultation qu'elle n'est pas en situation de souffrance. En témoigne la fréquence tout aussi élevée que dans les autres populations des arrêts de travail pour échapper à la situation professionnelle source de mal être. Et bien souvent, face à ce malaise, la réaction du médecin traitant est d'associer conjointement à l'arrêt de travail une prescription de médicaments psychotropes. Enfin, un tiers d'entre eux entame une procédure, le plus souvent de nature prud'homale alors que comparativement, les salariés des deux autres populations sont moins de 15 % à entamer une procédure.

Une étude récente réalisée aux Pays-Bas (82) avait pour objectif de déterminer quels pouvaient être les facteurs de risques des conflits interpersonnels. Basée sur le suivi d'une cohorte de plus de 9000 travailleurs pendant une année, ses résultats

montraient que les conflits avec les supérieurs hiérarchiques étaient plus fréquents que les conflits entre collègues. Les conflits survenaient plus souvent chez les hommes que chez les femmes, lorsque le niveau d'études était faible, ou encore en cas de pathologie de longue durée. Quel que soit le sexe, une demande psychologique élevée, des rôles dans le travail mal définis, la présence d'une charge physique importante, un environnement physique de travail peu confortable, le travail posté, le dépassement du temps de travail et la précarité de l'emploi augmenteraient le risque de survenue d'un conflit aussi bien avec un supérieur hiérarchique qu'avec un collègue. Une autre étude récente (83) a suivi longitudinalement 4000 suédois et a mis en évidence qu'un faible soutien social, un conflit important, une exclusion provenant des supérieurs hiérarchiques ou des collègues élèverait le risque de développer une dépression.

Les avis d'aptitude rendus sont très différents d'une population à une autre. La préconisation d'une inaptitude à tout poste concerne plus de 90,2 % des salariés présumés harcelés contre seulement 58,2 % des salariés affectés par un travail psychopathogène en dehors de tout harcèlement. Pour ces derniers, on considère qu'il est toujours possible d'intervenir sur l'organisation du travail pour en modifier des conditions jugées délétères alors qu'en cas de harcèlement moral présumé, l'approche n'est pas la même. En effet, compte tenu des différentes études qui soulignent d'une part, que les complications en terme de morbidité sont d'autant plus sévères que l'exposition à ces agissements est prolongée et d'autre part, que le maintien dans l'entreprise est responsable d'une souffrance psychologique persistante, il existe un consensus pour éloigner le plus rapidement possible le sujet présumé harcelé de l'entreprise et de son « harceleur ». Quant aux salariés en situation de conflit sans retentissement psychopathologique, une inaptitude est rarement proposée, soit dans moins de 4 % des cas, car la résolution des conflits interpersonnels ne relève pas de la compétence médicale mais plutôt de celle d'un responsable des ressources humaines.

Enfin, une déclaration de maladie professionnelle a été conseillée lorsque le taux d'incapacité partielle permanente était susceptible d'atteindre 25 % afin que la demande puisse être soumise au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles, soit pour 97 des 184 patients présentant une psychopathologie professionnelle. Toutefois, l'étude ne permet pas de savoir combien de déclarations ont

effectivement été établies et traitées car nous ne disposons pas d'information sur le devenir des patients à l'issue de la consultation en pathologie professionnelle.

CONCLUSION

La sollicitation croissante de la consultation de psychiatrie du service de pathologie professionnelle montre que les problèmes d'ordre psychopathologique occupent une place prépondérante dans la pratique quotidienne des médecins du travail. Il s'agit la plupart du temps pour les médecins soit de statuer sur une aptitude à un poste soit d'attribuer une origine professionnelle à un trouble.

Cette étude a permis de s'intéresser aux différents types de souffrance au travail qui peuvent exister et en particulier de faire la part entre ce qui relève du harcèlement et ce qui relève d'autres contextes professionnels tout aussi délétères sur le plan psychique. En effet, le harcèlement moral bien connu de l'opinion publique tend à masquer les autres phénomènes susceptibles de générer de la souffrance au travail. Ce déséquilibre apparaît d'ailleurs dans la littérature française : la majorité des études s'intéresse au harcèlement tandis que bien peu d'entre elles mettent en lumière les autres modes de souffrance. En particulier, il n'apparaît pas à notre connaissance, d'étude descriptive spécifiquement consacrée aux conflits interpersonnels.

L'évolution de la fréquence des différents types de souffrance au travail rencontrés au cours de ces cinq années laisse penser que les médecins du travail adressent plus de salariés en situation de conflit qu'auparavant. Les contradictions qu'il peut y avoir entre le diagnostic avancé de harcèlement moral présumé et celui proposé à l'issue de la consultation de pathologie professionnelle montrent qu'un positionnement clinique très ferme est nécessaire vis-à-vis de certains patients qui se précipitent dans la mise en avant du harcèlement pour dénoncer une situation d'ordre purement conflictuelle au travail.

Le travail est un lieu de rassemblement physique, de relations sociales, de bonnes et de mauvaises rencontres. Il est donc normal et attendu qu'il puisse être un espace de conflits interpersonnels. Aussi, ces conflits qui évoluent péjorativement avec le temps et peuvent s'amplifier en impliquant d'autres personnes doivent retenir l'attention des gestionnaires. En France, le recours à un médiateur indépendant est peu répandu dans les organisations mais cette fonction d'« ombudsman » se développe dans les

entreprises anglo-saxonnes. Est-il logique de recourir à une inaptitude médicale pour mettre un terme à un problème qui relève de compétences en ressources humaines ?

Il serait intéressant de reproduire ce type d'étude dans d'autres services de pathologie professionnelle afin de disposer de nouvelles données qui pourraient être comparées à celles-ci. Cela permettrait également de surveiller l'évolution du phénomène de la souffrance au travail dans les années à venir. Par ailleurs, la multiplication des données concernant la description du profil de ces différentes populations pourrait contribuer à créer des outils diagnostiques pour les médecins du travail. Notre étude, quant à elle, mériterait d'être prolongée par l'envoi d'un questionnaire à tous les patients inclus afin de connaître leur devenir socioprofessionnel.

La prévention de la souffrance psychique ne peut se contenter de la "simple" prévention des facteurs de risques psychosociaux. Il ne s'agit pas non plus uniquement de supprimer ou de réduire la charge de travail ou les contraintes de temps. Ce serait ignorer toute la dimension subjective du travail. Faute de pouvoir agir sur ce qu'est devenu le travail et de le transformer, une étape intermédiaire consisterait dans la capacité à repenser le rapport au travail. S'attaquer à la souffrance mentale au travail implique l'organisation d'espaces de paroles permettant aux hommes et aux femmes de réfléchir collectivement sur le travail, sur les façons de faire face à ses difficultés et à ses contradictions (84).

Néanmoins, bien que le travail puisse être à l'origine de souffrance, il peut aussi générer le meilleur. Il procure du lien social. Pour beaucoup, il est un opérateur de construction et de stabilisation de l'identité et de la santé mentale. Les études épidémiologiques montrent bien que la privation de travail, le licenciement, le chômage de longue durée augmentent considérablement le risque de décompensation psychopathologique.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>. Consulté le 30/11/09.
- (2) Se sentir capable de faire le même travail jusqu'à 60 ans : le poids des facteurs psychosociaux. Premières Informations et Premières Synthèses, DARES. 2008 ; 29.2.
- (3) Houtman I. Work-related stress. EF/05/127/EN. Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2005. <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0502TR01/TN0502TR01.htm>. Consulté le 30/11/09.
- (4) Parent-Thirion A, Fernandez Macias E, Hurley J et al. Fourth European Working Conditions Survey. Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>. Consulté le 30/11/09.
- (5) <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=151&langId=fr>. Consulté le 30/11/09.
- (6) Stansfeld SA, Candy B. Psychosocial work environment and mental health- a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006 ; 32(6) : 443-62.
- (7) Rugulies R, Bultmann U, Aust B, et al. Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms : prospective findings from 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. *Am J Epidemiol* 2006 ; 163 : 877-87.
- (8) Bruno AS. Quelques perspectives sur les travaux récents en « santé et travail ». Les approches développées dans les revues des sciences sociales (2001-2007). Dans : *Revue Française des Affaires Sociales. Santé et travail. Connaissances et reconnaissance*. Paris : La Documentation Française, avril-septembre 2008, 442p.
- (9) Niedhammer I, Chastang JF, Levy D et al. Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale SUMER. *Travailler* 2007 ; 17 : 47-70.
- (10) <http://evrest.istnf.fr>. Consulté le 30/11/09.
- (11) Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « santé mentale en population générale : images et réalités ». Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, Août 2007. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence_sante_mentale/prevalence_sante_mentale.pdf. Consulté le 30/11/09.
- (12) Cohidon C, Santin G. Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, Octobre 2007. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/sante_mentale/index.html. Consulté le 30/11/09.

- (13) May DR., Gilson RL., Harter, LM. The psychological conditions of meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2004 ; 7 : 11-37.
- (14) Isaksen J. Constructing meaning Despite the Drudgery of Repetitive Work. *Journal of Humanistic Psychology* 2000 ; 40 : 84-107.
- (15) Molinier P. Les enjeux psychiques du travail. Introduction à la psychodynamique du travail. Paris : Payot, 2006, 355p.
- (16) Salman S. Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail. *Sociologie du travail* 2008 ; 50(1) : 31-47.
- (17) Dejours C. Incidences psychopathologiques des nouvelles formes d'organisation du travail, du management et de gestion des entreprises. *Arch Mal Prof*, 1999, 60, 533-541.
- (18) OECD. Statistiques de population active annuelles : 2000-2007. http://stats.oecd.org/WBOS/Index.aspx?DatasetCode=ALFS_SUMTAB&Lang=fr. Consulté le 30/11/09.
- (19) Vézina M, Dussault J. Au-delà de la relation « bourreau-victime » dans l'analyse d'une situation de harcèlement psychologique au travail. *Pistes* 2005 ; 7(3). <http://www.pistes.uqam.ca/v7n3/articles/v7n3a14.htm> Consulté le 30/11/09.
- (20) Askenazy P. Les désordres du travail. Paris : Seuil, 2004, 98p.
- (21) Volkoff S. La recherche et l'action en santé au travail. Idées ancrées et nouveaux obstacles. Dans : *Revue française des Affaires sociales. Santé et Travail*. Paris : La Documentation Française, avril-septembre 2008, 13-16.
- (22) Dejours C. Souffrance au travail : nouvelles pathologies et nouvelles réponses. *Le Concours Médical* 2006 ; 8(12), 518-521.
- (23) European Agency for Safety and Health at Work (Bilbao). Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, 2007. <http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/74>. Consulté le 30/11/09.
- (24) DARES. Conditions de travail. Enquêtes. Paris : Ministère du Travail, 1978, 1984, 1991, 1998, 2006.
- (25) International Labour Organization (ILO). Stress at work. Programme on Safety and Health at Work and the Environment. Genève : SafeWork, 2002.
- (26) Le stress au travail, une réalité. Quelle prévention, quels acteurs et quels outils ? : symposium (2007 ; Nancy), *Documents pour le Médecin du Travail* 2007 ; 110 : 199-223.

- (27) Chouanière D. Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. Documents pour le médecin du travail. Paris : INRS, 2006 ; 106, 169-186.
- (28) Karasek K, Brisson C, Amick B, Houtman I, Bongers P, Kawakami N. The Job Content Questionnaire (JCQ) : an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. Journal of Occupational Health Psychology 1998 ; 3(4) : 322-355.
- (29) Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M et al. Etude des qualités psychométriques de la version française du modèle du déséquilibre Efforts/Récompenses. Rev Epidemiol Santé Publ 2000 ; 45(8) : 419-437.
- (30) Niedhammer I, Chea M. Psychosocial factors at work and self reported health : comparative results of cross sectional and prospective analyses of the French GAZEL cohort. Occup Environ Med 2003; 60 : 509-515.
- (31) Légeron P. Le stress professionnel. L'Information Psychiatrique 2008 ; 84 : 809-820.
- (32) Niedhammer I, David S, Degioanni S 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 Epidémiol Santé Publique, 2006 ; 54(3), 245-262.
- (33) Bué J, Sandret N. Un salarié sur six estime être l'objet de comportements hostiles dans le cadre de son travail. Premières Synthèses. DARES, 2008 ; 22.2.
- (34) Ferrie JE, Head J, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG, Kivimaki M. Injustice at work and incidence of psychiatric morbidity : the Whitehall II study. Occupational and Environmental Medicine 2006 ; 63 : 443-450.
- (35) Cortina LM, Magley VJ, Williams JH, Langhout RD. Incivility in the workplace: incidence and impact. Journal of Occupational Health and Psychology 2001 ; 6(1) : 64-80.
- (36) Dejours C. Violence ou domination ? Travailler 1999 ; 3 : 11-29.
- (37) Dejours C. Conjurer la violence. Paris : Payot, 2007, 316p.
- (38) Dejours C. Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail. Paris : Bayard, 2000, 281p.
- (39) Leymann H. La persécution au travail. 2^e édition. Paris : Ed. du Seuil, 2002, 237p.
- (40) Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Journal Officiel du 18 janvier 2002, pp.1008-1052.
- (41) Debout M. Le harcèlement moral au travail. Avis et rapports du Conseil économique et social. Paris : Journaux Officiels, 2001, 120p.

- (42) Grenier-Peze M, Soula MC. Approche pluridisciplinaire du harcèlement moral. Documents pour le Médecin du Travail 2002 ; 90 : 137-145.
- (43) De Gasparo C, Grenier-Pezé M. Etude d'une cohorte clinique de patients harcelés : une approche sociologique quantitative. Documents pour le Médecin du Travail 2003 ; 95 : 307-331.
- (44) Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail. How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress. Bilbao : European Agency for Safety and Health at Work ; 2002 : 127p.
- (45) Tragno M, Dubeau A, Tarquinio C. Workplace violence and workplace aggression : analysis of literature. European Review of Applied Psychology 2007 ; 57(4), 237-55.
- (46) Arnaudo B, Magaud-Camus I, Sandret N et al. L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête SUMER 2003. Premières Synthèses 2004 ; (52.1) : 1-8.
- (47) Dejours C. Incidences psychopathologiques des nouvelles formes d'organisation du travail, du management et de gestion des entreprises. Archives des Maladies Professionnelles 1999 ; 60 : 533-541.
- (48) Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. DREES : Etudes et Résultats, mai 2006, 488, 8p.
- (49) Dejours C, Bègue F. Suicide et travail : que faire ? Paris : Presses Universitaires de France 2009, 130p.
- (50) Gournay M, Laniece, Kryvenac I. Etudes des suicides liés au travail en Basse-Normandie. Actes de la Société de médecine du travail Normandie, 2003 : 4p.
- (51) Filoche G. Vingt ans de CHSCT. Conseil économique et social. Paris : Journal Officiel, 2001 : 113p.
- (52) Tsutsumi A, Kayaba K, Ojima T, Ishikawa S, Kawakami N. Low control at work and the risk of suicide in Japanese men: a prospective cohort study. Psychotherapy and Psychosomatics 2007 ; 76(3) : 177-185.
- (53) Anaes. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations. Mai 2002.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_depression_2002_-_mel_2006_-_recommandations._2006_12_27__16_20_34_967.pdf. Consulté le 30/11/09.
- (54) Netterstrom B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R, Stansfeld S. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. Epidemiologic Reviews 2008; 30(1): 118-132

- (55) Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression : a systematic review of the epidemiologic evidence. Occupational and Environmental Medicine 2008; 65(7) : 438-445.
- (56) Mezerai M., Dahane A., Tachon JP. Dépression dans le milieu de travail. Presse Med. 2006 ; 35 : 823-30.
- (57) Debray Q, Granger B, Azais F. Psychopathologie de l'adulte. Paris : Masson, 2001 : 381p.
- (58) American Psychiatric Association. DSM IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IVth edition, Washington DC, 1994.
- (59) Maslach C, Leiter MP. Take this job and love it! Six ways to beat burnout. Psychology Today 1999 ; 32(5) : 50-53.
- (60) Vanier C. L'épuisement professionnel: un phénomène complexe et controversé. Equilibre en Tête 2003 ; 14(3).
http://www.acsmmontreal.qc.ca/publications/articles/epuiseprofphenocomplex_2.html.
Consulté le 30/11/09
- (61) Maslach C, Jackson SE.-Maslach Burn Out Inventory, Consulting psychologist press, Palo Alto, 1996.
- (62) Pezé M. Le deuxième corps. Paris : La Dispute, 2002, 150p.
- (63) Hoogendoorn WE, Van Poppel MN, Bongers PM et al. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. Spine 2000 ; 25(16) : 2114-25.
- (64) Deschamps FJ. Le Karôshi ou mort par excès de travail. Concours Médical 1993 ; 115(6) : 482-483.
- (65) Depuydt B, Tirard-Collet O. Souffrance mentale au travail. Les cahiers de l'INTEFP 2006 ; 30p.
- (66) Eurogip-10/F. Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en Europe ? Paris : Eurogip ; 2004 : 32p.
- (67)http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2009/2009_plfss_pqe/2009_plfss_pqe_at_mp_2_1.pdf.
Consulté le 30/11/09.
- (68) 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. Archives des Maladies Professionnelles 2001 ; 62(2), 96-107.
- (69) Seiler Van Daal B, Litzemberger M, Drida M, Hansmaennel G, Brom M. Résultats d'une enquête sur le harcèlement moral. Archives des Maladies Professionnelles 2001 ; 62 : 574-575.

- (70) Boisson C, Fontana L, Brousse G, Bourguet D, Perrier A, Ouchchane L, Gerbaud L, Llorca PM, Chamoux A. Etude descriptive d'une population de salariés consultant pour faits de harcèlement moral au travail. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2006 ; 67(3) : p535.
- (71) Alcouffe A, Arnaud-Thuillier H, Gozlan Savaro M, Hays G, Jarzuel Y, Montéléon PY, Mzabi MI, Reffet-Paquot H, Zanéa A. Evaluation de l'incidence du harcèlement moral probable dans des petites et moyennes entreprises de l'Île-de-France. Etat des lieux et actions des médecins du travail. CAMIP 2004 ; 4 : 445-458.
- (72) Paolillo AG, Haubold B, Leproust H, D'Hescata A, Soula MC, Ameille J. Devenir socioprofessionnel de patients en situation de harcèlement moral présumé. Documents pour le Médecin du Travail 2006 ; 105 : 49-59.
- (73) Bensefa L, Sandret N, De Clavière C, Descatha A, Pairon JC. Harcèlement moral et pronostic professionnel chez 126 patients d'une consultation de pathologie professionnelle. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2004 ; 65(5) : 387-395.
- (74) De Clavière C, Bensefa L, Leker I, Sandret N, Matrat M, Pairon JC. Profil des patients adressés pour souffrance psychologique au travail dans une consultation de pathologie professionnelle. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2004 ; 65(2) : p151.
- (75) Soula MC, Paolillo AG, Rondey S, Perette S, Ameille J. Devenir socio-professionnel d'une cohorte de 151 patients adressés dans une consultation de pathologie professionnelle pour un harcèlement moral professionnel présumé. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2003 ; 64 : p397.
- (76) Egreteau F, Marguet G. Souffrance mentale au travail en Franche-Comté. Analyse de 121 cas de psychopathologies au travail en Franche-Comté de janvier 1997 à juillet 2001. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2002 ; 63 : 512-515.
- (77) Fanello S, Ripault B, Heuze V, Roquelaure Y, Verrier S, Kandouci BA, Penneau-Fontbonne D. Souffrance psychique liée au travail : étude réalisée chez 456 soignants d'un centre hospitalier universitaire. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2003 ; 64(2) : 70-76.
- (78) Touranchet A, Dhainaut L, Foures V, Parent D, Biton M, Cren S et al. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 1999 ; 60 : 582-583.
- (79) De Clavière C, Kasbi-Benassouli V, Paolillo AG, Puypalat A, D'Escatha A, Pairon JC. Devenir médical et socioprofessionnel des patients pris en charge pour souffrance psychologique au travail au sein d'une consultation de pathologie professionnelle. Arch. Mal. Prof. Env., 2008, 69, 24-30.

(80) O'Neill E, McNamee R, Agius R, Gittins M, Hussey L, Turner S. The validity and reliability of diagnoses of work-related mental ill-health. *Occupational and Environment Medecine* 2008 ; 65 : 726-731.

(81) Diné S. Conflit du travail : vers une forme d'expression interpersonnelle ?. *Revue Multidisciplinaire sur l'Emploi, le Syndicalisme et le Travail* 2007 ; 2(2) : 20-34.

(82) De Raeve L, Jansen NWH, Van Den Brandt PA, Vasse RM, Kant I. Risk factors for interpersonal conflicts at work. *Scandinavian Journal of Work and Environment Health* 2008 ; 34(2) : 96-106.

(83) Stoetzer U, Ahlberg G, Johansson G, Bergman P, Hallsten L, Forsell Y, Lundberg I. Problematics interpersonal relationships at work and depression : a swedish prospective cohort study. *Journal of Occupational Health* 2009 ; 51 : 144-151.

(84) Flottes A. Mal-être, dépression, suicide... Pourquoi le travail fait souffrir. *Santé et Travail* 2008 ; 64 : p25.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASEP : Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique
BIT : Bureau international du travail
CITP : Classification internationale type des professions
CCPP : Centre de consultation de pathologie professionnelle
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
CRRMP : Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EVREST : Evolutions et relations en santé au travail
INSEE : Institut national des statistiques
InVs : Institut de veille sanitaire
ISO : International Standard Organization
LIPT : Leymann Inventory for Psychological Terrorization
MBI : Malsach burn-out inventory
MCP : Maladies à caractère professionnel
NAF : Nomenclature d'activité française
ns : non significatif
OMS : Organisation mondiale de la santé
SMPG : Santé mentale en population générale
TMS : Troubles musculosquelettiques

ANNEXES

- ❖ **Questionnaire de l'étude**

QUESTIONNAIRE à remplir à l'aide du dossier médical

1) IDENTIFICATION

N° saisie : ...

N°dossier : ...

Année de la consultation : ..

Origine de la demande : médecin du travail=1, médecin traitant=2, spécialiste=3, autre=4

Si autre, préciser :

2) DONNEES SOCIOPROFESSIONNELLES

Sexe : M=1, F=2

Année de naissance : ..

Profession (code BIT) :

Branche professionnelle (code NAF) :

Secteur : public=1, privé=2

Statut : CDI=1, CDD=2, intérim=3, fcpub=4, autre=5

Si autre, préciser :

Temps complet : oui=1, non=0

Ancienneté dans l'entreprise (années) : ..

Effectif de l'entreprise : <10=1, 10 à 50=2, >50 salariés=3

3) ORIGINE DE LA CONSULTATION

Motif initial de la consultation :

Conseil pour aptitude : oui=1, non=0

Diagnostic de pathologie professionnelle : oui=1, non=0

Si oui, suspicion de harcèlement moral : oui=1, non=0

Diagnostic initial :

Syndrome dépressif : oui=1, non=0

Trouble anxieux : oui=1, non=0

Autre trouble psychopathologique: oui=1, non=0

Si autre, préciser :

4) HISTOIRE DE LA MALADIE

Antécédents psychiatriques : oui=1, non=0

Si oui, le(s)quel(s) : trouble de l'humeur : oui=1, non=0
 trouble anxieux : oui=1, non=0
 trouble psychotique : oui=1, non=0
 tentative de suicide : oui=1, non=0

Début des troubles :

changement de poste : oui=1, non=0

changement de direction : oui=1, non=0

changement de collègue : oui=1, non=0

mutation géographique : oui=1, non=0

reprise après arrêt de travail : oui=1, non=0

si reprise après arrêt de travail, préciser l'origine : maladie=1, AT=2, MP=3, maternité=4
autre : oui=1, non=0

Traitement en cours : oui=1, non=0

Si oui, le(s)quel(s) : Antidépresseurs : oui=1, non=0

 Anxiolytiques : oui=1, non=0

 Hypnotiques : oui=1, non=0

 Neuroleptiques : oui=1, non=0

 Thymorégulateurs : oui=1, non=0

 Psychothérapie : oui=1, non=0

Si oui, durée (en mois) : ..

Arrêt de travail : oui=1, non=0

Si oui, préciser : au moment de la consultation : oui=1, non=0

 antérieur : oui=1, non=0

 durée cumulée (en mois) : ..

Procédure en cours : oui=1, non=0

Si oui, laquelle : inspection du travail : oui=1, non=0

 action prud'homale : oui=1, non=0

 plainte police : oui=1, non=0

 syndicat : oui=1, non=0

 licenciement : oui=1, non=0

5) CLINIQUE

Anxiété : oui=1, non=0

Troubles du sommeil : oui=1, non=0

Douleur morale/Tristesse humeur : oui=1, non=0

Difficultés de concentration/d'attention : oui=1, non=0

Perte de l'élan vital : oui=1, non=0

Perte des capacités d'anticipation : oui=1, non=0

Irritabilité/agressivité : oui=1, non=0

Culpabilité : oui=1, non=0

Remise en cause de ses compétences : oui=1, non=0

Propos revendicateurs/procéduriers : oui=1, non=0

Risque auto/hétéro agressif : oui=1, non=0

Dissociation de la pensée/idées délirantes : oui=1, non=0

Recours aux toxiques : oui=1, non=0

Traits de personnalité marqués : oui=1, non=0

Si traits de personnalité marqués, préciser de quel type :

paranoïaque : oui=1, non=0

sensitive : oui=1, non=0

pré-psychotique : oui=1, non=0

dyssociale : oui=1, non=0

état-limite : oui=1, non=0

conversive : oui=1, non=0

narcissique : oui=1, non=0

évitante (anxieuse) : oui=1, non=0

dépendante : oui=1, non=0

obsessionnelle-compulsive : oui=1, non=0

6) CONCLUSION DE LA CONSULTATION

Diagnostic final :

Trouble psychopathologique : oui=1, non=0

Si oui, préciser de quelle(s) nature(s) :

épuisement psychique : oui=1, non=0

dépression : oui=1, non=0

trouble anxieux : oui=1, non=0

manie/hypomanie : oui=1, non=0

psychose : oui=1, non=0

personnalité pathologique : oui=1, non=0

addiction : oui=1, non=0

Si oui, réactionnel aux conditions de travail : oui=1, non=0

Contexte professionnel :

Evocateur d'un harcèlement moral =1, Conflit de personnes =2, Conditions de travail délétères=3, Sans particularité =4

Avis d'aptitude préconisé : oui=1, non=0

Si oui, préciser lequel :

apte=1, apte avec prise en charge médicale=2, apte avec changement de poste=3, inapte définitif à tous les postes=4, préconisation arrêt de travail =5

Déclaration de MP préconisée : oui=1, non=0

VU

NANCY, le 7 décembre 2009
Le Président de Thèse

NANCY, le 8 décembre 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Ch. PARIS

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 11 décembre 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RESUME DE LA THESE :

Contexte : Les nouvelles formes d'organisation du travail et les risques psychosociaux sont les facteurs incriminés face à l'émergence de nouvelles pathologies ou la multiplication des dépressions et des gestes suicidaires jusque sur les lieux de travail. Pour la première fois en 2007, les consultations pour risque psychosocial sont au premier rang des consultations pour pathologies professionnelles en France. Présentation et objectif de l'étude : Le service de pathologie professionnelle du CHU de Nancy a souhaité apporter un éclairage nouveau sur la connaissance épidémiologique des psychopathologies liées au travail et en particulier comparer le profil des patients présumés harcelés à celui des autres patients en situation de souffrance au travail. Une étude rétrospective a ainsi été menée à partir de la population adressée en consultation entre 2003 et 2007 avec un diagnostic principal de psychopathologie. Au total, 805 dossiers médicaux ont pu être exploités à l'aide d'un questionnaire standardisé. Résultats : Sur 805 patients, 184 (22,9 %) ont une psychopathologie en relation avec le travail confirmée. Parmi eux, on note 87 sujets en situation compatible avec un harcèlement moral et 86 sujets confrontés à des conditions de travail délétères. La comparaison de ces populations montre que les situations compatibles avec un harcèlement concernent plus les professions intermédiaires des sciences, de la santé, de l'enseignement, de la finance et de la vente ainsi que les employés administratifs alors que les conditions de travail délétères visent plus les personnels des services et vendeurs en magasin, les conducteurs d'installation, de machine ou de véhicule ainsi que les ouvriers et employés non qualifiés. Le pronostic professionnel de maintien dans l'entreprise est compromis pour 90 % des sujets harcelés. Enfin, sur ces 5 années, les cas de harcèlement moral présumé apparaissent stables tandis que les situations de conflit interpersonnel semblent augmenter. Conclusion : Cette étude pointe les particularités des différentes populations en souffrance au travail selon le contexte professionnel, et en particulier celles des sujets harcelés. Ces éléments doivent être pris en compte pour la prévention des risques d'atteinte de la santé mentale par le fait du travail.

TITRE EN ANGLAIS :

Work-related mental diseases : characteristics of patients seen in the occupational diseases department of the Nancy university hospital.

THESE : MEDECINE DU TRAVAIL – ANNEE 2010

MOTS CLEFS :

Souffrance au travail, psychopathologie professionnelle, dépression, harcèlement moral, conflit, risques psychosociaux

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
