

**Université de Limoges**

**Faculté de Médecine**

Année 2016

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 16 septembre 2016

par

**Marine PAREAUD**

née le 2 mars 1987, à Limoges

Place donnée à l'activité professionnelle par les médecins généralistes ou psychiatres

Etude de 120 questionnaires de travailleurs en arrêt de travail en raison d'un problème de santé mentale

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur CLEMENT Jean-Pierre

Président

M<sup>me</sup> le Professeur DUMOITIER Nathalie

Juge

M. le Professeur VALLEIX Denis

Juge

M. le Docteur CALVET Benjamin

Juge

M. le Docteur CHANDON Guillaume

Directeur de thèse

M. le Docteur TIMON Jean-Jacques

Membre invité





**Université de Limoges**

**Faculté de Médecine**

Année 2016

Thèse N°

présentée et soutenue publiquement

le 16 septembre 2016

par

**Marine PAREAUD**

née le 2 mars 1987, à Limoges

**Place donnée à l'activité professionnelle par les médecins généralistes ou psychiatres : étude de 120 questionnaires de travailleurs en arrêt de travail en raison d'un problème de santé mentale**

Etude de 120 questionnaires de travailleurs en arrêt de travail pour raison

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur CLEMENT Jean-Pierre	Président
M <sup>me</sup> le Professeur DUMOITIER Nathalie	Juge
M. le Professeur VALLEIX Denis	Juge
M. le Docteur CALVET Benjamin	Juge
M. le Docteur CHANDON Guillaume	Directeur de thèse
M. le Docteur TIMON Jean-Jacques	Membre invité



## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	NEPHROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise	MEDECINE INTERNE
<b>ARNAUD</b> Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	O.R.L.
<b>BORDESSOULE</b> Dominique	HEMATOLOGIE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>COGNE</b> Michel	IMMUNOLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE



<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe	UROLOGIE
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>ESSIG</b> Marie	NEPHROLOGIE
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAINANT</b> Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE



<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>SAUTEREAU</b> Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>TREVES</b> Richard	RHUMATOLOGIE
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	CANCEROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>VIROT</b> Patrice	CARDIOLOGIE
<b>WEINBRECK</b> Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---



## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>BARRAUD</b> Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
<b>BOUTEILLE</b> Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>CHABLE</b> Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>LE GUYADER</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MURAT</b> Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>QUELVEN-BERTIN</b> Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b><u>P.R.A.G.</u></b>	
<b>GAUTIER</b> Sylvie	P.R.A.G. ANGLAIS

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

**BUCHON** Daniel



## **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

**DUMOITIER** Nathalie MEDECINE GENERALE

**PREVOST** Martine MEDECINE GENERALE

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

**MENARD** Dominique MEDECINE GENERALE

**PAUTOUT-GUILLAUME** Marie-Paule MEDECINE GENERALE

## **PROFESSEURS EMERITES**

**ADENIS** Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

**MERLE** Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

**MOULIES** Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017

**VALLAT** Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2017

Le 1<sup>er</sup> septembre 2015





## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 1<sup>er</sup> novembre 2015

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>BLANC</b> Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>CHUFFART</b> Etienne	ANATOMIE
<b>DONISANU</b> Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>FAYE</b> Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FREDON</b> Fabien	ANATOMIE
<b>KASPAR</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>MANCIA</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>MATHIEU</b> Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
<b>OLOMBEL</b> Guillaume	IMMUNOLOGIE
<b>SERENA</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>ARDOUIN</b> Elodie	RHUMATOLOGIE
<b>ASSIKAR</b> Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
<b>BIANCHI</b> Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
<b>BORDES</b> Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>BOURMAULT</b> Loïc	OPHTALMOLOGIE
<b>BUISSON</b> Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
<b>CASSON-MASSELIN</b> Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>CAZAVET</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>CHAPELLAS</b> Catherine	REANIMATION
<b>CHATAINIER</b> Pauline	NEUROLOGIE
<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE



<b>COSTE-MAZEAU</b> Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
<b>CYPIERRE</b> Anne	MEDECINE INTERNE A
<b>DAIX</b> Thomas	REANIMATION
<b>DIJOUX</b> Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
<b>DOST</b> Laura	OPHTALMOLOGIE
<b>EVENO</b> Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>GANTOIS</b> Clément	NEUROCHIRURGIE
<b>GARDIC</b> Solène	UROLOGIE
<b>GONZALEZ</b> Céline	REANIMATION
<b>GSCHWIND</b> Marion	MEDECINE INTERNE B
<b>HOUMAÏDA</b> Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
<b>KENNEL</b> Céline	HEMATOLOGIE
<b>LACORRE</b> Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>LAFON</b> Thomas	MEDECINE d'URGENCE
<b>LAVIGNE</b> Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>LE BIVIC</b> Louis	CARDIOLOGIE
<b>LE COUSTUMIER</b> Eve	MALADIES INFECTIEUSES
<b>LEGROS</b> Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>LERAT</b> Justine	O.R.L.
<b>MARTIN</b> Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>MATT</b> Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
<b>MESNARD</b> Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>MONTCUQUET</b> Alexis	NEUROLOGIE



<b>PAPON</b> Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>PETITALOT</b> Vincent	CARDIOLOGIE
<b>PONTHIER</b> Laure	PEDIATRIE
<b>ROGER</b> Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>SAINT PAUL</b> Aude	PNEUMOLOGIE
<b>SCOMPARIN</b> Aurélie	O.R.L.
<b>TAÏBI</b> Abdelkader	CANCEROLOGIE
<b>TRIGOLET</b> Marine	PEDIATRIE

### **CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**RUDELLE** Karen

### **CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE**

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

**LAUCHET** Nadège

### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**BALLOUHEY** Quentin  
CHIRURGIE INFANTILE  
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

**CROS** Jérôme  
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION  
(du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 octobre 2018)



## Dédicace

A l'ensemble de ma famille.  
Et tout particulièrement à mon papy qui nous a quitté récemment.



*Ma vie extérieure et intérieure dépend du travail de mes contemporains et de celui de mes ancêtres et je dois m'efforcer de leur fournir la même proportion de ce que j'ai reçu et que je reçois encore.*

**Comment je vois le monde (1934)  
Albert Einstein**



## Remerciements

---

**Mr Le Professeur Jean Pierre CLEMENT**

**Professeur des Universités de Psychiatrie Adulte Psychiatre des hôpitaux**

**Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Agée du Centre Hospitalier Esquirol**

Vous me faites l'honneur d'être mon Président de jury.

Je vous remercie pour la richesse de votre enseignement de ma première année de médecine à aujourd'hui. Votre accompagnement et votre soutien auront été précieux tout au long de mon internat.

J'espère que mon travail de thèse sera à la hauteur de vos espérances. Veuillez y trouver l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.



**Mme Le Professeur Nathalie DUMOITIER**  
**Professeur des Universités de Médecine Générale**

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse.

Les médecins généralistes sont très souvent en première ligne dans la prise en charge des patients en arrêt de travail en raison d'un problème de santé mentale. Ce travail me paraît bien illustrer la nécessité de maintenir la coordination entre l'ensemble des spécialités.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de l'enthousiasme avec lequel vous avez accepté mon invitation.



**Mr Le Professeur Denis VALLEIX,  
Professeur des Universités d'Anatomie et Chirurgie Générale  
Doyen de la Faculté de médecine de Limoges  
Chirurgien des Hôpitaux**

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury de thèse.

A travers votre enseignement de l'anatomie, vous avez accompagné mes premières années d'étudiante en médecine, mais également mes premiers pas en tant que faisant fonction d'interne en psychiatrie grâce à votre cours sur « l'anatomie des émotions ». Je vous remercie de la qualité et de la richesse de votre enseignement tout au long de ces années.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.





**Mr Le Docteur Benjamin CALVET**  
**Psychiatre du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Agée du**  
**Centre Hospitalier Esquirol**

Je te remercie d'avoir accepté de siéger à ce jury de thèse.

J'ai eu le privilège de faire mes premiers pas d'interne à tes côtés, merci pour ton enseignement, ta rigueur, ta grande disponibilité, ton soutien et ton amitié durant mes quatre années d'internat. Merci également pour tes conseils et ton aide durant ce travail de thèse.

Sois assuré de mon estime et de mon amitié.



**Mr le Docteur Guillaume CHANDON,  
Psychiatre du Pôle de Territoire du Centre Hospitalier Esquirol**

Je te remercie d'avoir accepté si rapidement d'être mon directeur de thèse, de m'avoir encouragée et accompagnée tout le long de la rédaction.

Travailler à tes côtés a été extrêmement enrichissant et un réel plaisir. Tes qualités humaines, ton humour, ton dynamisme, associés à la richesse de ta pratique clinique et de ton enseignement sont un exemple pour moi.

Sois assuré de mon estime et de mon amitié.



**Mr le Docteur Jean Jacques TIMON,  
Psychiatre du Pôle Universitaire d'addictologie du Limousin**

Merci de ta présence dans ce jury de thèse.

Ta pratique clinique, ton enseignement, toujours dispensés dans la bonne humeur et avec humour, ont été très enrichissants pour moi. Travailler à tes côtés a confirmé mon choix de formation en addictologie.

Sois assuré de mon estime et de mon amitié.



**Mr Le Professeur Philippe NUBUKPO**  
**Professeur des Universités de Psychiatrie en addictologie**  
**Chef du Pôle Universitaire d'Addictologie**

Je regrette que vos obligations professionnelles et familiales, ne vous aient pas permis d'être dans mon jury thèse.

Merci de la confiance que vous me témoignez en m'accueillant prochainement au sein de votre pôle.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.



Un immense merci à l'ensemble des médecins du travail et à leurs collaborateurs qui ont accepté de participer à ce travail de thèse et qui ont permis l'inclusion dans l'étude de 120 travailleurs. Merci à l'AIST 87, AIST 19, à l'AMCO-BTP, aux services de santé au travail de l'entreprise ORANGE, de l'entreprise LEGRAND, de la SNCF, de ERDF GDF, des services de la Sécurité Sociale et du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges.

Merci à l'ensemble des travailleurs qui ont accepté et pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Merci à Muriel Girard, pour ton aide dans la réalisation des questionnaires mais également pour les calculs statistiques.

Un merci tout particulier au Dr Yves Nouaille qui a eu la gentillesse de relire avec attention l'ensemble de ma thèse, afin de faire la chasse aux fautes d'orthographe, de grammaire et autres coquilles.

Merci à l'ensemble des personnes qui ont relu partiellement ou entièrement ma thèse, votre aide m'a été précieuse.



Je tiens à remercier l'ensemble des psychiatres qui m'ont formé durant mon internat.

Je remercie les équipes avec lesquelles j'ai eu la chance de travailler en stage mais aussi lors des astreintes, des remplacements ou des gardes. Merci aux infirmiers, cadre de santé, aide soignants, agent de services hospitaliers, assistants sociaux et secrétaires. J'ai également beaucoup appris grâce à vous.

Je souhaite remercier tout particulièrement les équipes des unités : Wertheimer, Delay, H.Ey, Laborit, HME (à deux reprises), Giraudoux, la liaison au CHU, l'EMPP, SSR addictologie et les urgences psychiatriques. J'ai beaucoup appris à vos côtés et cela toujours dans une ambiance agréable.

Je remercie également tout particulièrement les médecins qui m'ont encadrée durant mes stages, merci pour votre accessibilité, pour votre enseignement et votre soutien. Merci à Benjamin et au Dr Thomas. Merci au Dr Bourlot et à Irina. Merci au Dr Arthus et Jean Jacques. Merci à Guillaume et Marie Pierre. Merci à Géraldine, Aline, Céline, au Dr Roche, Emilie, Aurela, Anne et au Dr Olliac. Merci au Dr Beauseigneur et Dr Dominique. Merci à Emilie, Thomas, Sophie, Françoise et Dr Therme.

Merci à l'ensemble des médecins avec qui je n'ai pas forcément travaillé directement mais avec lesquels j'ai pu échanger au décours d'un repas à l'internat, durant les cours de DES ou de diverses formations.

Un merci particulier à l'ensemble des équipes du pôle universitaire d'addictologie (médecins, IDE, aides-soignants, ASH, assistants sociaux, secrétaires, psychologues, cadres de santé) je suis heureuse de bientôt revenir travailler avec vous.



A l'occasion de la rédaction des remerciements, je me rends compte de la chance que j'ai de vous avoir tous, famille, amis et collègues, à mes côtés. Je vous remercie tous de votre présence et votre soutien.

A mes parents, un immense merci pour ces bientôt 30 premières années, je n'en serais pas là aujourd'hui sans vos précieux conseils, votre amour et votre soutien inconditionnel. Merci de m'avoir transmis de nombreuses valeurs et de m'aider à réaliser mes rêves. J'espère que vous serez fiers de ce travail de thèse. Merci Maman de m'avoir permis de mieux comprendre la médecine du travail et merci Papa de m'avoir donné envie de choisir la psychiatrie. Je vous aime très fort.

A ma grande sœur, Elodie, mon modèle, merci pour tout ce que nous partageons et pour ton soutien de toujours. Je ne pourrais pas rêver de meilleure grande sœur. Je t'aime très fort

A mon beau-frère, Ancelin, merci d'être présent dans les bons et les mauvais moments depuis 15 ans, merci pour ton humour et ton soutien.

A mes adorables, magnifiques, extraordinaires... neveu et nièce, vos sourires et vos rires enchantent ma vie, vous êtes mes petits amours.

A ma Mamy, merci à Papy et à toi pour toutes ces vacances et autres bons moments passés avec vous. Merci pour votre amour et votre soutien. Papy tu es parti, il y a très peu de temps, mais tu me manques déjà, merci de nous avoir transmis à Elodie et à moi ta curiosité, le goût des voyages et bien d'autres choses encore. Vous êtes à jamais dans mon cœur.

A mes grands-parents paternels, Pépé et Mémé PAREAUD vous êtes partis bien trop tôt, j'espère que d'où vous êtes, vous êtes fiers de moi.

A ma Mémé DAUDET, ta douceur, ton optimisme et nos longues conversations sur « jadis » me manquent. A mon tour, je foule les sols de Naugeat, je ne peux m'empêcher de penser à toi quand je vais à Bellevue, Ballet... J'espère que l'infirmière chef que tu as été, serait fière de l'interne et bientôt du docteur que je suis devenue.

A l'ensemble de ma famille (oncles, tantes, cousins, cousines proches ou éloignés, parrain, marraine...) merci de votre affection.



A mes amis,

Merci à Claire pour notre amitié depuis le collège, Emilie amie de mes vacances vendéenne.

Merci à Charlotte et Romain (et à leurs parents) pour nos vacances passées ensemble.

Merci à mes amies de première année de médecine, Sarah et Caroline pour votre amitié, nos fous rires, malgré la distance je sais que je peux toujours compter sur vous.

Merci à Marie (Richard), Marina (Armand), Nathalie (Nico) et Sarah, merci de votre présence dans les bons moments et les plus difficiles. Nous avons déjà de nombreux souvenirs communs, je nous souhaite d'en créer de nombreux autres ensembles. Marie, je pense que nous pouvons remercier les forfaits téléphoniques illimités, vu nos heures passées au téléphone à parler de tout et de rien.

Merci à mes amis rencontrés au cours de mon internat, pour toutes ces soirées passées à discuter et à rire ensemble. Merci à Emilie (Vincent et les poulpinettes) pour nos pauses thé et ta disponibilité, Natacha (Thomas) pour la découverte de Brive, du rugby et pour ses 2 semestres en ta compagnie, Mirvat (JC et Maximilien) pour nos soirées sushis, Lucia (Brice et Cassie) mes chers voisins et Odile de me faire rire avec tes nombreuses aventures. Merci à vous tous pour votre soutien. Votre amitié m'est vraiment précieuse. Et comme l'a si bien écrit avant moi Emilie « Je nous souhaite pleins de bonnes soirées « mojito-mojitard » ! »

A l'ensemble des internes de psychiatrie actuels et passés (je ne me lance pas dans la rédaction d'une liste de peur d'en oublier), merci pour tous ces moments partagés à l'internat.

A l'ensemble des personnes que j'ai eu la chance de rencontrer et qui m'ont aidé à grandir.

Mes remerciements ne seraient pas complets et de nombreuses personnes seraient surprises si je ne remerciais pas le monde merveilleux ... de la gastronomie française.

*« La vie n'est pas un restaurant mais un buffet, levez-vous pour vous servir »*

Dominique Glocheux (conférencier, écrivain, et spécialiste de l'optimisme)





## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :  
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »  
disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

Introduction .....	30
I. Généralités.....	31
I.1. Le travail .....	31
I.1.1. Historique et définitions .....	31
I.1.2. Rôle et place du travail dans notre société .....	34
I.2. Travail et santé mentale.....	37
I.2.1. Définition santé mentale .....	37
I.2.1. Historique de la rencontre entre la santé mentale et le monde du travail.....	38
I.2.1. Les interactions possibles entre le travail et la santé mentale.....	41
I.2.1.1 Le travail : une étiologie à rechercher en santé mentale .....	41
I.2.1.2 Le travail : une approche thérapeutique à envisager en santé mentale.....	45
I.3. Parcours du travailleur de l'arrêt de travail à la reprise.....	47
I.3.1. Modèle dynamique .....	47
I.3.2. Les événements qui ont précédé l'arrêt de travail.....	52
I.3.3. L'arrêt de travail pour raison de santé mentale et restauration des capacités :.....	52
I.3.4. Le processus de retour au travail.....	54
I.3.4.1 Facteurs influençant le retour au travail.....	55
I.3.4.2 Préparation au retour au travail .....	57
I.3.4.3 Le retour au travail .....	58
I.3.4.4 La place du médecin du travail.....	60
II. Etude.....	65
II.1. Introduction générale .....	65
II.2. Matériel et méthode .....	66
II.2.1. Population de l'étude .....	66
II.2.2. Outils de mesure .....	67
II.2.2.1 Auto questionnaire « travailleur » (Annexe 3).....	67
II.2.2.2 Auto questionnaire « Médecin du travail » (Annexe 3) .....	68
II.2.3. Déroulement de l'étude.....	69
II.2.4. Analyses statistiques .....	71
II.3. Résultats.....	72
II.3.1. Description de la population étudiée.....	72
II.3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée .....	72
II.3.1.2 Caractéristiques des arrêts de travail de la population étudiée.....	74
II.3.2. Exploration de la prise en compte par les médecins (généralistes ou psychiatres) de l'activité professionnelle des personnes en arrêt de travail pour problème de santé mentale .....	76
II.3.2.1 Au moment de l'instauration de l'arrêt de travail .....	76
II.3.2.2 Au moment de la reprise .....	77
II.3.2.3 Coordination médecin psychiatre ou généraliste et médecin du travail.....	78
II.3.3. Description du vécu du travailleur de l'instauration de l'arrêt de travail à la consultation de préreprise ou de reprise du médecin du travail .....	79
II.3.3.1 Au moment de l'instauration de l'arrêt de travail.....	79
II.3.3.2 Durant l'arrêt de travail.....	79
II.3.3.3 Au moment de la consultation de préreprise ou de reprise du travail .....	80

II.3.4. Recherche de facteurs prédictifs de reprise (poste antérieur ou aménagé) lors de la consultation de reprise.....	81
II.3.4.1 Conclusions de la consultation de reprise .....	81
II.3.4.2 Caractéristiques individuelles dans les deux groupes « Reprise » et « pas de Reprise » .....	82
II.3.4.3 Vécu du travail .....	83
II.3.4.4 Coordination médecin de soins et médecin du travail.....	84
II.4. Discussion .....	85
II.4.1. Discussion des résultats et littérature .....	85
II.4.1.1 Caractéristiques de la population et de l'arrêt de travail .....	85
II.4.1.1.1. Caractéristiques sociodémographique .....	85
II.4.1.1.2. L'arrêt de travail.....	88
II.4.1.2 Prise en compte par les médecins (généralistes ou psychiatres) de l'activité professionnelle des personnes en arrêt de travail pour problème de santé mentale ..	90
II.4.1.3 Vécu de l'arrêt de travail de l'instauration à la consultation de préreprise ou de reprise.....	94
II.4.1.4 Facteurs favorisant la reprise ou non de l'activité professionnelle lors de la consultation de reprise.....	97
II.4.1.4.1. Les facteurs non favorisants .....	97
II.4.1.4.2. Les facteurs favorisants .....	99
II.4.2. Biais et limites .....	101
II.4.3. Perspectives d'avenir .....	102
Conclusion .....	104
Références bibliographiques .....	105
Listes des sigles .....	113
Annexes .....	114



## Table des illustrations

---

Figure 1 : tripalium.....	31
Figure 2 : écart entre travail prescrit et réel .....	33
Figure 3 : graphiques extraits du rapport d'activité du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) .....	43
Figure 4 : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) .....	48
Figure 5 : modèle de Law .....	49
Figure 6 : modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de la désinsertion et de la réinsertion professionnelle (étude de St Arnaud et al) .....	51
Figure 7 : répartition de la population par tranche d'âge .....	72
Figure 8 a) Les motifs d'arrêt compris dans les « autres motifs » de l'échantillon b) Les motifs d'arrêt de travail de notre échantillon ; c) Etat dépressif isolé et les différentes comorbidités associées de notre échantillon .....	74
Figure 9 : ressenti du travailleur lors de l'instauration de l'arrêt de travail .....	79
Figure 10 : conclusions de la consultation de reprise % (N/69).....	81



## Table des tableaux

---

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon .....	73
Tableau 2 : médecins prescripteurs de la prolongation de l'arrêt de travail.....	75
Tableau 3 : questions abordées au sujet de l'activité professionnelle par le médecin généraliste ou psychiatre avec le travailleur .....	76
Tableau 4 : questions abordées au sujet de l'impact de l'état de santé sur l'activité professionnelle par le médecin généraliste ou psychiatre avec le travailleur .....	76
Tableau 5 : questions abordées au sujet de l'impact de l'état de santé sur l'activité professionnelle par le médecin généraliste ou psychiatre avec le travailleur .....	77
Tableau 6 : motifs du contact médecin de soins / médecin du travail.....	78
Tableau 7 : informations souhaitées par le médecin du travail.....	78
Tableau 8 : ressenti du travail au moment de la consultation de pré reprise ou de reprise ...	80
Tableau 9 : impact sur les conclusions de la consultation de reprise des caractéristiques personnelles.....	82
Tableau 10 : impact sur les conclusions de la consultation de reprise du vécu du travailleur de son arrêt de travail.....	83
Tableau 11 : population de la Haute Vienne .....	87
Tableau 12 : Population de notre étude.....	87
Tableau 13 : prévalence de l'épisode dépressif caractérisé en population générale en France (Baromètres Santé 2010) .....	88



## Introduction

---

Qui ne s'est jamais présenté, dans le cadre de nouvelles rencontres sociales, par son activité professionnelle ? Dans notre société, le travail apparaît souvent comme un élément important de notre identité. Dès lors nous pouvons nous interroger sur son rôle dans le domaine de la santé mentale.

De nombreuses études présentent le travail comme un vecteur d'intégration pour des personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants, source de handicap psychique. Cette thématique est d'ailleurs abordée dans le programme 2013-2016 « Psychiatrie et santé mentale » de la Haute Autorité de Santé (1).

Mais qu'en est-il pour les personnes déjà insérées professionnellement, qui sont confrontées à un problème de santé mentale aigu et transitoire ? Cette seconde population de patients a moins été l'objet d'études que la précédente. Pourtant nous enregistrons une croissance marquée des absences au travail reliée à des problèmes de santé mentale, ce qui constitue un enjeu majeur de santé publique (2–4). Le retour au travail est par ailleurs une étape charnière et déterminante dans le processus de guérison d'une pathologie psychique aiguë, en signant le retour à un niveau de fonctionnement efficient (5).

Il paraît donc intéressant d'étudier les interactions entre le travail et la santé mentale mais également la place donnée par les médecins généralistes ou psychiatres à l'activité professionnelle du patient dans leur évaluation et leur prise en charge thérapeutique. Afin de mieux adapter la prise en soins de cette population, il nous a paru important de recueillir le point de vue de ces travailleurs, à travers un auto-questionnaire distribué au moment de la consultation de préreprise ou de reprise réalisée par le médecin du travail.

Nous aborderons, dans une première partie, les données de la littérature concernant la place du travail dans la société et plus particulièrement ses interactions possibles avec la santé mentale.

Puis, dans une seconde partie, notre étude permettra d'explorer la prise en compte de l'activité professionnelle du travailleur en arrêt de travail pour raison de santé mentale, par les médecins (généralistes ou psychiatres), de l'instauration de l'arrêt de travail à la consultation de préreprise ou de reprise. Nous étudierons également le vécu des travailleurs durant le processus de l'arrêt de travail pour raison de santé mentale. Enfin, nous rechercherons les potentiels facteurs favorisant d'un retour au travail après un arrêt pour raison de santé mentale.



## I. Généralités

---

### I.1. Le travail

#### I.1.1. Historique et définitions

Dans la littérature, nous trouvons diverses définitions du mot « travail ». Il est donc important d'expliquer clairement cette notion.

Nous retiendrons pour cette étude la définition du livre « Que sais-je ? Le travail » de Dominique MEDAT (6). Selon cet auteur, le travail est « une activité humaine, coordonnée, rémunérée, consistant à mettre en forme une capacité ou une donnée pour l'usage d'autrui, de manière indépendante ou sous la direction d'un autre en échange d'une contrepartie monétaire. » Cette définition permet d'éliminer toute confusion avec les autres activités du quotidien qui demandent un effort, telles que les tâches domestiques.

Le concept de travail dont nous disposons aujourd'hui n'est pas le même que celui du passé. Il est un conglomérat constitué au fil des siècles et de significations différentes. Pourtant, nous faisons comme si, de toute l'éternité, le travail avait été doté de toutes les finalités qui le caractérisent aujourd'hui : l'effort, la contrainte, la transformation créatrice de la matière, la création de valeurs, l'utilité, l'existence de contreparties. Or, si on fait un bref rappel historique, on constate que la vision du travail a évolué au cours du temps.

Dans l'Antiquité, le terme bas latin « trepalium » est une déformation de « tripalium ». Ce dernier correspond à un instrument formé de trois pieux, deux verticaux et un placé en transversale, auquel on attachait les animaux pour les ferrer ou les soigner mais aussi les esclaves pour les punir.



Figure 1 : tripalium



Dans la Grèce antique, le travail était défini comme un ensemble de tâches dégradantes, sans valeur. Ainsi, à cette époque, les activités philosophiques et politiques sont valorisées parce qu'elles relèvent de la liberté, de ce qui est propre à l'Homme. Alors que le travail relève de la nécessité, il ramène l'Homme à sa condition d'animal, à la satisfaction de besoins dont ne dépend pas le bonheur aux yeux des grecs.

Le mot « travail » apparaît au XII<sup>ème</sup> siècle. Il s'agit d'un déverbal de « travailler », issu du latin populaire « tripaliare », signifiant « tourmenter, torturer avec le tripalium ». A cette même époque, le mot désigne aussi un tourment (psychologique) ou une souffrance physique (le travail d'accouchement).

Par la suite dans la culture judéo-chrétienne, le travail renvoie à la punition que Dieu aurait infligée à l'Homme « de gagner son pain à la sueur de son front. »

Au XVI<sup>ème</sup> siècle, le terme travail (tripalium) se substitue à ceux de « labeur » et « d'ouvrage » pour désigner l'activité humaine de production de biens, même s'il continue de renvoyer à la fois à la souffrance et au moyen de lutter contre la paresse et l'oisiveté génératrice de vices.

Avec la naissance de la pensée économique à la fin du XVII<sup>ème</sup> et surtout au XVIII<sup>ème</sup> siècle, le travail acquiert une image plus positive. Le travail devient un moyen d'accroissement des richesses et d'émancipation. Ce mouvement de valorisation conduit également à en faire l'objet d'un échange marchand. On échange sa propre force de travail dont on est propriétaire contre rémunération, afin d'acquérir d'autres biens. A. Smith, économiste anglais, écrit : « La plus sacrée et la plus inviolable de toutes les propriétés est celle de son propre travail, parce qu'elle est la source originaire de toutes les autres propriétés. Le patrimoine du pauvre est dans sa force et dans l'adresse de ses mains ; et l'empêcher d'employer cette force et cette adresse de la manière qu'il juge la plus convenable, tant qu'il ne porte dommage à personne, est une violation manifeste de cette liberté primitive » (7). Cette conception est reconnue par la Révolution française qui considère vendeurs et acheteurs ou loueurs de travail comme des individus libres et égaux traitant par contrat.

Au début du XIX<sup>ème</sup> siècle, face aux conditions de plus en plus aliénantes de l'activité productive, une représentation idéale du travail se met en place. Hegel, philosophe allemand, met le travail comme essence de l'humanité, à la fois créatrice et expression de soi. C'est sur la confrontation entre cette essence et la réalité du travail tel qu'il se pratique au XIX<sup>ème</sup> que Marx bâtit sa propre théorie, réalisant la synthèse des approches du travail hégélienne comme



expression de soi et smithienne comme rapport social marchand. Cette évolution des idées conduit à une valorisation du travail, à l'idée de la réalisation de soi dans et par le travail (8).

Au cours du XXème siècle, la mise en place progressive de droits sociaux conduit à une protection des travailleurs dans leur activité même et plus largement contre les risques de la vie, notamment contre les accidents du travail et contre le chômage, ainsi qu'à la mise en place d'une politique de l'emploi, en particulier en période de crise. Il est évident que la disponibilité du travail (autrement appelé le marché de l'emploi), le contexte économique général, les choix de gestion des entreprises et leurs impacts sur les conditions de travail déterminent fortement à la fois la signification sociale du travail et le rapport individuel au travail.

Cette chronologie souligne clairement une opposition entre une vision du travail comme « peine » et une vision du travail comme « expression de soi ».

Pour le clinicien C. Dejours (9) le travail n'est pas en première instance le rapport salarial ou l'emploi mais le « travailler », autrement dit un certain mode d'engagement de la personnalité pour faire face à une tâche encadrée par des contraintes (matérielles et sociales). Ce qui pour le clinicien apparaît encore comme la caractéristique majeure du « travailler » est que, même si le travail est bien conçu, même si l'organisation du travail est rigoureuse, même si les consignes et les procédures sont claires, il est impossible d'atteindre la qualité si l'on respecte scrupuleusement les prescriptions. En effet, les situations de travail ordinaires sont grevées d'événements inattendus. De ce fait il existe toujours un décalage entre le prescrit et la réalité concrète de la situation (Figure 2). Travailler c'est donc combler l'écart entre le prescrit et le réel.

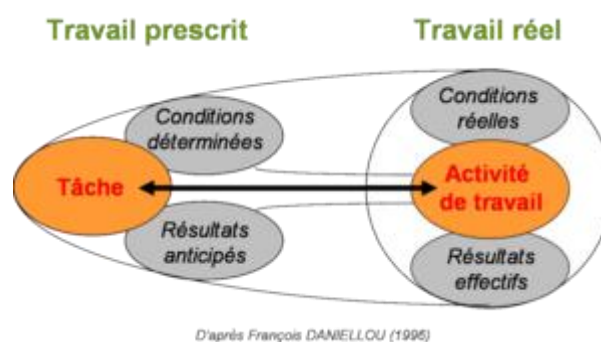


Figure 2 : écart entre travail prescrit et réel

Le travail est l'expérience d'une résistance, affectivement déstabilisante, entre sa prescription et sa réalité. Il nécessite pour son accomplissement la mobilisation des capacités intellectuelles des travailleurs, de leur engagement dans des processus coopératifs et de négociations stratégiques autour des règles de l'organisation du travail...(10)

### **I.1.2. Rôle et place du travail dans notre société**

Nous avons souligné dans le paragraphe précédent l'évolution du concept du travail au cours du temps. I.Billard, sociologue française (11), parle d'un processus socio-historique. L'appréhension du travail, de l'homme au travail et de sa psychologie ne saurait donc être comprise sans un repérage des théories socio-historiques qui cherchent à en rendre compte.

Les sociétés occidentales modernes, comme l'écrivait Habermas (6), sont des « sociétés fondées sur le travail ». Le travail, en déterminant largement la place des individus dans la société, est un fondement de l'ordre social. Il continue également d'être le principal moyen de subsistance et d'occuper une part essentielle de la vie des individus. Travailler est ainsi une norme, un « fait social total ».

Depuis A.Smith, la plupart des économistes s'accordent sur le fait que le travail est associé à une « désutilité » acceptée en contrepartie des biens qu'il permet de créer ou d'acquérir. Mais ils rejoignent également souvent les sociologues et les psychologues pour insister sur son rôle intégrateur et socialisant. Il s'agit d'un effet bénéfique dont on prend la mesure lorsqu'on s'attarde sur les conséquences de la privation de travail.

Dans le cadre d'une étude sociologique, P.Lazarsfeld, H.Zeisel et M.Jahoda ont observé la population de Marienthal, petite bourgade autrichienne minée par le chômage à la suite de la fermeture d'une usine en 1930. Les citoyens de Marienthal, n'ayant plus de travail, ont perdu beaucoup plus que leurs revenus. Ils ont perdu leur estime de soi, leur capacité à faire des projets, leurs collègues, leurs relations sociales. Non seulement les familles ont considérablement réduit leurs besoins et ne se procurent plus désormais que le strict minimum mais surtout la participation à d'autres activités (les fêtes, l'activité politique, syndicale...) s'est estompée. Les individus sont devenus incapables de se projeter dans l'avenir. Cette analyse souligne bien l'impact de l'absence de travail sur le fonctionnement d'une société. Le chapitre sur le temps est particulièrement fort ; les auteurs écrivent : « Délivrés de leur travail, sans

contact avec le monde extérieur, les travailleurs ont perdu toute possibilité matérielle et psychologique d'utiliser ce temps [...]. La forme d'utilisation la plus fréquente du temps chez les hommes est "ne rien faire". » Ainsi « le temps perd son rôle de structuration de la vie quotidienne. » (12) Le constat de cette étude est le suivant : lorsque le travail manque, les communautés se délitent, les liens se distendent, les hommes et les femmes se retrouvent désœuvrés au sens propre. Les auteurs en concluent donc que le travail est l'activité princeps, celle qui définit l'identité individuelle et collective au plus haut point.

En 1983, M.Jahoda écrit un livre intitulé « Wieviel Arbeit braucht der Mensch ? : Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert » (« De quelle quantité de travail l'Homme a-t-il besoin ? Travail et chômage au 20ème siècle »). Elle y explique que le travail, outre sa fonction manifeste d'apporter un revenu, remplit cinq fonctions indispensables : « Il impose une structure temporelle de la vie ; il crée des contacts sociaux en dehors de la famille ; il donne des buts dépassant les visées propres ; il définit l'identité sociale et il force à l'action. » (13)

Il est possible que ce modèle basé sur l'analyse des chômeurs de Marienthal ait fait obstacle au développement d'autres recherches plus spécifiquement consacrées aux interactions voire à la concurrence entre les différentes instances de socialisation. Et donc en prenant en considération la façon dont les individus composent leur identité en mixant plusieurs sources entre lesquelles ils peuvent rester durablement « tiraillés » (par exemple la famille et le travail...)

L'enquête « Histoire de vie » (14) permet de mettre en évidence la place qu'occupe le travail parmi les différents éléments constitutifs de l'identité des personnes ainsi que l'importance relative que celles-ci lui accordent. Si 40% des personnes interrogées (actifs ou non) et 54% des actifs jugent que le travail est l'un des trois éléments qui « leur correspondent le mieux, qui permettent de les définir », il vient en seconde position, loin derrière la famille. Les deux tiers des actifs en emplois indiquent que pour eux « le travail est assez important, mais moins que d'autres choses ». Deux effets semblent à l'œuvre dans le fait que le travail soit concurrencé par d'autres activités (domaine de vie ou valeurs). L'un lié au travail et à ses conditions d'exercice, susceptible d'expliquer notamment la position de « retrait » des professions intermédiaires, des employés et des ouvriers. L'autre, extérieur au travail, qui met la concurrence objective dans laquelle se trouvent vie professionnelle et vie familiale, notamment pour les femmes.



Une autre enquête réalisée en 1997 et intitulée « Travail et mode de vie » (15), hiérarchise les activités. Elle s'intéresse à l'impact d'un domaine sur le bonheur et non sur l'identité. Le classement privilégié par l'ensemble de la population interrogée était alors santé, famille, travail. Ce dernier, cité par 25% de la population interrogée (actifs et inactifs), apparaissait comme étant le plus important pour les chômeurs ou les actifs en Contrat à durée déterminée. Les auteurs concluaient : « Ce sont les catégories dont les conditions de travail sont les plus pénibles, les rémunérations les plus faibles et les risques de chômage les plus forts qui font du travail l'une des conditions essentielles du bonheur (...) Les chômeurs et les salariés à l'emploi temporaire avancent beaucoup plus souvent le travail comme une condition du bonheur que les titulaires d'emplois stables ».

L'enquête menée par la CFDT (16) en 2001 visait précisément à savoir si le travail est principalement perçu comme un moyen de vivre ou un lieu de réalisation de soi. L'origine syndicale de l'enquête peut être à l'origine de biais dans les résultats. Les réponses étaient diversifiées non seulement selon les catégories de salariés mais aussi selon les secteurs. On remarquait notamment une forte différence entre le secteur privé pour lequel le travail est d'abord une obligation et le secteur public qui voit plus le travail comme un moyen d'être utile ou de se réaliser. Par ailleurs, les ouvriers et les employés du privé qualifiés ou non qualifiés, définissaient principalement le travail comme une obligation subie. En revanche, ceux pour lesquels le travail est un moyen de se réaliser ou une façon d'être utile à la société sont des enseignants, des travailleurs sociaux, des salariés des hôpitaux, des professions de la santé : le travail apparaît alors comme étant de l'ordre de la conviction.

Ces différentes enquêtes montrent la place occupée par le travail dans notre identité, notre « bonheur », notre « réalisation personnelle ». Dans ses écrits, Freud a donné une place importante au travail. Selon lui, « aucune autre technique de conduite de la vie n'attache aussi fermement l'individu à la réalité que le travail, car le travail procure une place sécurisante dans la réalité et la communauté humaine » (17).

Depuis 1980, la crise du travail a conduit à un nouveau questionnement des cadres et des représentations du travail allant jusqu'à la remise en question de la place et du rôle du travail comme fondement de notre organisation sociale (18). Gorz, journaliste et philosophe français, définit le travail comme une invention construite par notre rapport à la consommation. Pour lui, le travail n'a jamais été et ne sera jamais une source de cohésion sociale. Il écrit ainsi : « Le travail est appelé à devenir une activité parmi d'autres, tout aussi importantes ou même plus importantes que lui. L'éthique du libre épanouissement des individualités, que Marx croyait pouvoir situer dans le prolongement d'une vie de travail de moins en moins astreignante



et de plus en plus stimulante, cette éthique exige et implique aujourd'hui qu'au lieu de s'identifier à leur emploi les individus prennent du recul, développent d'autres centres d'intérêt et d'autres activités, inscrivent leur travail rémunéré, leur métier, dans une vision multidimensionnelle de leur existence et de la société. Les activités à but économique n'ont à y être qu'une des dimensions d'importance décroissante » (19).

Les travaux de Dominique Méda (20) sur le travail vont dans le même sens. Le travail, en tant que besoin et fondement du lien social, serait en fait une invention récente de nos sociétés occidentales. On pourrait très bien s'en passer en cessant de le sacrifier et en s'ouvrant à de nouvelles formes écologiques d'activités d'intérêt général (bénévolat, participation à la vie collective...).

Selon différents auteurs, le rapport à l'emploi du fait de la crise du travail a profondément changé. Pour beaucoup il est vécu sous le mode de l'inquiétude et à la limite du drame, au lieu d'être conçu comme un socle stable à partir duquel on pourrait maîtriser l'avenir. Les travaux de R.Malenfant, A.LaRue, L.Mercier et M.Vézina sur l'intermittence en emploi (21) confirment également cette réalité. Les auteurs rendent compte de la place et de l'importance que prend le travail rémunéré au plan de la reconnaissance sociale et de la valorisation personnelle et montrent comment la précarisation du travail conduit à une précarisation de la santé mentale.

Nous pouvons alors nous interroger sur les interactions entre le travail et la santé mentale. Mais également au rôle donné au travail au sein même du processus thérapeutique.

## **I.2. Travail et santé mentale**

### **I.2.1. Définition santé mentale**

Tout comme nous avons défini la notion de travail, il est important de définir la notion de trouble mental et de santé mentale. Selon le DSM V, « un trouble mental est un syndrome caractérisé par la perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement. Les réponses attendues ou culturellement



approuvées à un facteur de stress commun à une perte, comme la mort d'un proche, ne constituent pas des troubles mentaux. Les comportements déviants sur le plan social ainsi que les conflits qui concernent avant tout le rapport entre les individus et la société ne constituent pas des troubles mentaux ; à moins que ces déviations ou ces conflits résultent d'un dysfonctionnement individuel, tel que décrit plus haut. »(22)

Maintenant si nous nous intéressons à la définition de la santé, inscrite dans la constitution de l'OMS, « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social qui n'est pas simplement lié à l'absence de maladie ou d'infirmité. » Ces définitions ont pour important corollaire que la santé mentale est bien plus que la seule absence de troubles ou de handicaps mentaux. La santé mentale est donc un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. Ces définitions dépassent le créneau biomédical courant de la santé pour mettre en avant les déterminants multiples de la santé et de la maladie (23).

La santé mentale est donc liée tant aux valeurs collectives qui prévalent dans un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu constitue un obstacle à la santé mentale. A l'inverse, toute condition qui facilite ces adaptations réciproques favorise et soutient la santé mentale.

### **I.2.1. Historique de la rencontre entre la santé mentale et le monde du travail**

Nous considérons généralement que la psychologie du travail s'est affirmée dans un contexte singulier, comprenant l'accélération du développement industriel et le début de la concrétisation de la psychologie scientifique.

Ainsi, pour analyser la contribution de la psychiatrie dans la rencontre entre clinique et travail, il nous faut revenir au tournant du siècle : la psychiatrie mécaniste de la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle est remise en cause au profit d'une approche plus dynamique des troubles mentaux. Ces évolutions doctrinales ne vont pas sans tensions ni débats virulents. Ces

derniers sont attisés par la diffusion de la théorie freudienne, puis par l'apparition d'un courant sociogénétique d'obéissance marxiste, inspiré du matérialisme historique. Le but étant de trouver le sens qui unifie l'hétérogénéité apparente des symptômes. Certains comme J. Lacan plaident en faveur d'une causalité psychique pure, d'autres, comme H. Ey, défendent l'idée que la maladie mentale correspond à une « dissolution » des fonctions supérieures et à une réorganisation à un niveau de fonctionnement inférieur. D'autres encore, parmi les psychiatres marxistes, comme S. Follin et L. Bonnafé, considèrent que la causalité des troubles mentaux est à la fois psychique et sociale, médiatisée par des réactions organiques. Le colloque de Bonneval, organisé en 1946 à l'instigation d'H. Ey, sous le titre interrogateur : « Le problème de la psychogenèse des psychoses et des névroses » condense les clivages qui vont traverser la psychiatrie dans les années à venir. Les premières formulations d'une psychopathologie du travail porteront la marque de ces débats internes non dépassés (24).

Paradoxalement, c'est aussi à cette époque que se dégage une visée unitaire que l'on pourrait qualifier de visée humaniste de la psychiatrie. Une minorité de psychiatres remet alors en cause l'institution asilaire. Ils tirent leurs conclusions d'événements ayant eu lieu durant la seconde guerre mondiale. En effet, à cette période, beaucoup de malades meurent de faim et les psychiatres constatent parfois que ceux qui s'éloignent de l'hôpital psychiatrique pour échapper aux bombardements réalisent une spectaculaire réadaptation sociale. Ces événements obligent ainsi à repenser totalement l'institution psychiatrique. Des dispositifs, tel que le Centre de traitement et de réadaptation sociale (CTRS) à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, en 1947, sont mis en place pour favoriser la resocialisation et la réadaptation extrahospitalière. Par la même occasion il va s'opérer le rapprochement inattendu de la « folie » et du travail.

Ainsi en cherchant à réinsérer les malades dans le monde du travail réel, certains psychiatres vont s'intéresser aux travailleurs normaux qui tombent malades à l'occasion du travail (25). Ils vont donc chercher à mettre en évidence des caractéristiques pathogènes du travail et procéder aux premiers développements de la psychopathologie du travail.

La psychopathologie du travail est ainsi un courant de la psychiatrie qui apparaît dans les années 50 autour d'une double problématique : celle du statut du travail dans la réadaptation des malades mentaux et celle du caractère pathogène du travail pour les travailleurs ordinaires avec, notamment, l'examen de la « fatigue nerveuse ». Le travail est alors pensé, selon les circonstances et les individus, comme structurant pour la santé mentale ou au contraire pathogène.





Dans ce contexte, P. Sivadon, psychiatre français, va défendre l'hypothèse selon laquelle un travail risque d'être pathogène pour des raisons le plus souvent extrinsèques (26). Il considère que l'homme dont le système nerveux est pourvu de mécanismes adaptatifs efficaces s'accommode des conditions de travail les plus défavorables. Autrement dit, selon lui, la psychopathologie du travail s'intéresse aux défaillances des mécanismes adaptatifs qui caractérisent certains sujets « immatures » ou fragilisés, défaillances révélées par les situations de conflit ou d'insécurité du travail industriel et qui se manifestent sous les différentes figures de la « névrose de travail » telle qu'il en établit lui-même le tableau clinique.

L. Le Guillant, quant à lui, introduit dans la psychopathologie du travail le rapport de subordination qui lie le salarié à son employeur (27). Partant des travaux de Pavlov, il défend l'idée que l'action du milieu a des effets sur l'activité nerveuse des individus. Il montre également qu'il n'existe pas de prédisposition des sujets aux troubles mentaux liés au travail, contrairement à ce qu'avance Sivadon. Pour ce qui concerne les actions possibles pour améliorer les conditions de travail, Le Guillant s'en remet aux travailleurs et non aux psychiatres ou aux psychologues. Il considère que c'est l'élucidation des situations par les travailleurs eux-mêmes qui constitue le ressort de l'action (28).

La position de C. Veil relève d'une autre psychiatrie. Appartenant à la génération suivante, il ne peut plus penser la psychopathologie sans les apports de la psychanalyse et de la phénoménologie. Plus qu'au diagnostic, à la « maturation » ou au degré de désorganisation psychique, il s'attache à ce qui fait l'originalité et la fécondité de la méthode freudienne. Il s'intéresse aux mouvements dynamiques qui signalent les aléas du fonctionnement psychique et leurs possibles destins, tant sur le plan psychique que somatique. Dans ce sens il écrit : « La maladie sera considérée comme le franchissement d'un seuil de désadaptation, au-delà d'une marge de tolérance » (29). De la phénoménologie, il retient la double polarité du rapport au travail qui existe dans l'expérience que nous en avons. Si « le travail intéressant ne fatigue pas », il souligne, en revanche, que « quand la joie cède à la peine, le travail devient fatigue » (30). C'est bien cette double polarité de l'expérience du travail et de sa dynamique qui intéressent au premier chef le psychiatre et c'est le seuil qui sépare la satisfaction de la souffrance qui constitue, pour C. Veil, le point d'ancrage d'une psychopathologie du travail.

Au cours des années 1960, la psychiatrie entérine la position dominante de la psychanalyse et des tentatives visant à reformuler la psychopathologie du travail à la lumière de la psychanalyse auront lieu. Ces tentatives annoncent le dépassement de l'approche médico-psychiatrique classique en psychopathologie du travail. Toutefois, faute de parvenir à



se distancier de la métapsychologie freudienne qui les inspire, elles ne parviennent pas à penser ce qui revient en propre à la réalité du travail et restent donc sans lendemain.

Grâce à la confrontation de l'ergonomie avec la psychanalyse, la clinique du travail va prendre en compte la mobilisation subjective du sujet dans son travail et la dimension collective du rapport subjectif au travail (25).

Dans les années 80, le livre de C. Dejours « Travail : usure mentale » initie la notion de psychodynamique du travail (31). Cette dernière se définit comme l'analyse psychodynamique des processus intersubjectifs mobilisés par les situations de travail. Dans ce contexte le terme « dynamique » renvoie en psychologie clinique, à la notion du conflit psychique. Ainsi, le travailleur est d'abord un sujet actif, il est à la fois interprète des normes imposées et producteur de ses propres normes, individuelles ou collectives, y compris dans les très faibles marges qu'autorisent les machines et l'organisation rationnelle du travail. Or, une part essentielle des situations problématiques relevant de la psychopathologie du travail réside dans cette zone imprécise où le travailleur ne manifeste aucun trouble apparent mais où il renonce ou ne parvient plus à réinterpréter les normes imposées et ne s'attelle à son travail qu'au prix d'une accoutumance tissée de renoncement ou de sentiments réprimés. Cela signifie que l'investigation psychodynamique du travail prend pour centre de gravité les conflits qui surgissent de la rencontre entre un sujet, porteur d'une histoire singulière préexistante à cette rencontre, et une situation de travail dont les caractéristiques sont pour une large part axées indépendamment de la volonté du sujet.

La psychodynamique du travail cherche donc à comprendre ce que vit le sujet en relation avec son travail. Chaque être humain arrive ainsi au travail avec des attentes plus ou moins conscientes qui diffèrent largement en fonction de l'histoire singulière de chacun. Il en résulte donc que chacun réagit de façons différentes aux mêmes contraintes.

## **I.2.1. Les interactions possibles entre le travail et la santé mentale**

### **I.2.1.1 Le travail : une étiologie à rechercher en santé mentale**

Face à la souffrance, il est important de savoir prendre en compte le rapport au travail et d'essayer de déterminer comment il fait résonance avec la vie tout entière du sujet. Sa vie ne se réduit certes pas au travail mais il n'empêche que celui-ci y joue un rôle important.



Ce qui confère au travail sa dimension proprement dramatique est d'abord comme on l'a vu précédemment son lien avec la construction identitaire. Quand le choix du métier est conforme aux besoins psychiques du sujet et que ses modalités d'exercice permettent le libre jeu du fonctionnement mental, le travail occupe une place centrale dans l'équilibre psychique et dans la dynamique de l'identité. Les gestes ne sont pas seulement des enchaînements musculaires efficaces et opératoires. Ils sont des actes d'expression de la posture psychique et sociale que le sujet adresse à autrui. Travailler, ce n'est donc pas seulement produire, c'est se transformer soi-même. Le travail est aussi la voie royale d'expression personnelle de notre identité dans une issue compatible avec l'insertion sociale.

Mais si le travail peut être un puissant opérateur de construction de la santé, il offre un champ propre à la psychopathologie :

- conflits intrapsychiques d'abord, puisque travailler c'est se travailler
- conflits intersubjectifs aussi puisque travailler, c'est travailler ensemble.

Le type de décompensation ne dépend pas uniquement du travail mais en dernier ressort de la structure de la personnalité, acquise avant la situation de travail. On comprend que l'analyse des situations de souffrance au travail requière des savoirs pointus, croisés et pluridisciplinaires pour faire la part entre facteurs externes et facteurs endogènes (32).

Depuis les années 1980, les conditions de travail des salariés sont dictées par les conditions économiques des sociétés. La course à la productivité et l'impératif de profits génèrent de la souffrance physique et psychique chez les salariés et font le lit d'un risque professionnel spécifique : les risques psychosociaux (RPS). Les troubles psychosociaux apparaissent lorsqu'il y a un déséquilibre dans le système constitué par l'individu et son environnement de travail. Ces risques comprennent le stress au travail, les violences internes (collègues, hiérarchies) et externes (clients...) mais aussi la souffrance au travail résultant de conflits enkystés ou de relations pathogènes (33). Ils représentent donc selon Cox et Griffiths « les aspects de la conception, de l'organisation, et du management du travail ainsi que leurs contextes sociaux et environnementaux qui ont le potentiel de causer un dommage psychologique, social ou physique » (34).

Aujourd'hui, le lien de causalité entre exposition aux RPS et altération de la santé physique et mentale des travailleurs est largement admis. Les RPS sont responsables d'entités cliniques spécifiques : pathologies de surcharge (Karoshi, burnout et troubles

musculosquelettiques), troubles anxieux, syndromes dépressifs, tentatives de suicide et suicide, états de stress post-traumatique, pathologies cardio-vasculaires.

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) réalise régulièrement un rapport d'activité. En 2014, en consultation de pathologies professionnelles (CCPP), les troubles mentaux et du comportement, champs de la psychopathologie du travail, précèdent les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et des tissus conjonctifs et des maladies cancéreuses (Figure 3). La même année, les troubles mentaux sont les deuxièmes problèmes de santé au travail rencontrés dans les services de santé au travail (SST) du réseau RNV3P (35).



Figure 3 : graphiques extraits du rapport d'activité du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P)

La prévention des RPS est inscrite dans la réglementation française à travers les textes généraux en vigueur sur la prévention des risques professionnels. A ce titre, l'employeur est tenu, en vertu de l'obligation générale de sécurité qui lui incombe, d'évaluer les risques éventuels et de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des salariés de son entreprise. A cette fin et en application des articles L. 4121-1 à 3 du Code du travail (36–38) il doit élaborer et tenir à jour un document unique d'évaluation des risques qui recense l'ensemble des risques pour la santé et la sécurité du personnel dans l'entreprise. Au même titre que les autres risques professionnels, les risques psychosociaux doivent ainsi nécessairement donner lieu à une évaluation retranscrite dans le document unique.

L'évaluation des RPS peut être réalisée grâce à divers questionnaires. L'un d'eux, basé sur le modèle de Karasek (annexe 4), est un questionnaire qui comporte trois dimensions essentielles :

- la demande psychologique, qui est la charge psychologique associée à l'accomplissement des tâches
- la latitude décisionnelle, comprenant l'autonomie décisionnelle et l'utilisation des compétences
- le soutien social au travail.

L'hypothèse de Karasek est que la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle conduit à une situation de détresse socio-émotionnelle. Ainsi, le groupe à haut risque serait composé des individus exposés à la fois à une forte demande psychologique, à une faible latitude décisionnelle et à un faible soutien social au travail (39).

Un autre instrument plus récent trouve son origine dans le modèle de Siegrist. Ce modèle identifie deux notions : les efforts et les récompenses. Les efforts peuvent être extrinsèques (contraintes professionnelles : les horaires, les responsabilités...) ou intrinsèques (compétitivité, besoin d'approbation...). L'hypothèse essentielle du modèle est qu'un déséquilibre entre des efforts extrinsèques élevés et des récompenses faibles provoque des réactions néfastes sur le plan émotionnel et physiologique (40).



Un exemple de RPS entraînant une pathologie mentale est « le burnout », connu aussi en français sous le terme « épuisement professionnel ». Ce concept est apparu durant les années 70, à la suite des travaux de Freudenberger qui ont permis de cerner l'existence d'une forme d'épuisement émotionnel et de grande fatigue chez le personnel soignant soumis à des conditions de travail particulièrement exigeantes (41). C'est au début des années 80 que les premières recherches empiriques systématiques ont été publiées. La notion de « burnout » fut alors plus clairement définie et conceptualisée. Maslach et Jackson vont définir le « burnout » comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui »(42).

L'épuisement émotionnel renvoie au manque d'énergie, au sentiment que les ressources émotionnelles sont épuisées. La dépersonnalisation représente la dimension interpersonnelle du « burnout ». Elle renvoie au développement d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives, cyniques envers les personnels dont on s'occupe. La réduction de l'accomplissement personnel concerne à la fois la dévalorisation de son travail et de ses compétences, la croyance que ses objectifs ne sont pas atteints, la diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto efficacité. Un outil de mesure de l'épuisement a été créé, le Maslach Burnout Inventory (MBI) (annexe 5) : il évalue les trois dimensions détaillées précédemment (43). A la différence de la dépression qui atteint la personne dans toutes les sphères de sa vie, l'épuisement professionnel est un problème spécifiquement relié au contexte du travail.

### **I.2.1.2 Le travail : une approche thérapeutique à envisager en santé mentale**

Nous venons de traiter des effets néfastes du travail sur la santé mentale du travailleur mais pas de l'impact du travail sur les personnes souffrant de pathologies psychiatriques. De nombreux travaux dans la littérature montrent que le travail demeure un point d'ancrage privilégié pour la réadaptation sociale des personnes ayant des troubles mentaux.

Dès 1949, L. Le Guillant à travers les Centres de traitement et de réadaptation sociale, utilise le travail comme un moyen de traitement et surtout de réadaptation et de rééducation.



Dans les années 80 un mouvement nommé « recovery » ou « rétablissement » voit le jour. Il regroupe trois types de citoyens : usagers de la psychiatrie, militants et praticiens. L'objectif est alors la poursuite d'une vie gratifiante, en dépit de la maladie, par le développement d'un sens nouveau donné à son existence. H. Provencher, dans son article intitulé « L'expérience du rétablissement : perspective théorique », définit le rétablissement comme « la transcendance des symptômes, des limites fonctionnelles et des handicaps sociaux rattachés au trouble mental. Cette transcendance se manifeste par des transformations d'ordres multidimensionnels et implique l'activation de processus personnel, interpersonnel et sociopolitique permettant le renouvellement d'un sens à l'existence, la performance de rôles sociaux significatifs et l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie » (44). L'accession à une activité professionnelle est souvent au cœur de ce processus.

Ainsi, nous trouvons de nombreux travaux dans la littérature, comme ceux par exemple de Ochocka et al. , démontrant que le travail facilite le rétablissement et le mieux-être (45). Divers auteurs se sont penchés sur les raisons pouvant expliquer l'impact du travail sur le rétablissement. Selon Mancini et al l'emploi offre des occasions de se développer et de grandir (46) .

Pour Provencher et al mais aussi Rebeiro et Cook , il joue un rôle dans la quête de sens et d'actualisation de soi (44,47). D'après Mee et Sumsion, le travail restaure la santé et le bien-être des gens aux prises avec des troubles mentaux (48). Tandis que pour Scheid et Anderson, il fournit des possibilités de soutien social et de référence positive à un groupe (49). D'après Young et Ensing, l'emploi est le moyen le plus efficace d'éviter que la maladie ne prenne toute la place car il oblige l'individu à se centrer sur autre chose que ses symptômes et sur les autres conséquences de son trouble mental (50). Le travail fait également partie de deux des cinq éléments de leur modélisation du rétablissement. Selon eux, le rétablissement serait un processus composé de plusieurs étapes :

- le dépassement de la stagnation (c'est-à-dire le fait de se limiter uniquement au rôle de « malade »)
- la découverte de la réappropriation du pouvoir
- la redéfinition de soi
- le retour à un fonctionnement de base
- l'amélioration de la qualité de vie.

Ces deux dernières étapes seraient rendues possible grâce à la reprise d'une activité professionnelle.



Malgré le fait que l'insertion semble être une des activités les plus valorisées dans le champ de la réadaptation en santé mentale, la grande majorité des personnes qui présentent des troubles mentaux sévères et persistants demeurent toujours exclues du monde du travail.

La thématique de l'insertion professionnelle des patients psychiatriques est un sujet qui a été de nombreuses fois développé dans la littérature scientifique. En revanche, il n'en est pas de même sur la réinsertion professionnelle en santé mentale d'une population intégrée au marché du travail en arrêt de travail pour un problème de santé mentale aigu. Il existe néanmoins plusieurs études qui retracent le parcours des personnes concernées.

### **I.3. Parcours du travailleur de l'arrêt de travail à la reprise**

#### **I.3.1. Modèle dynamique**

Le parcours du travailleur de son arrêt de travail pour raison de santé mentale jusqu' à sa reprise n'est pas linéaire et est propre à chaque travailleur.

En effet, il comprend diverses étapes et est influencé par divers facteurs. Certains d'entre eux sont propres au travailleur et d'autres externes à lui. Pour tenter de mieux comprendre ce parcours, des chercheurs se sont intéressés à des concepts de l'ergothérapie.

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) en ergothérapie est un de ces modèles. Elle se compose de trois grandes sphères imbriquées les unes dans les l'autres (Figure 4) (51).

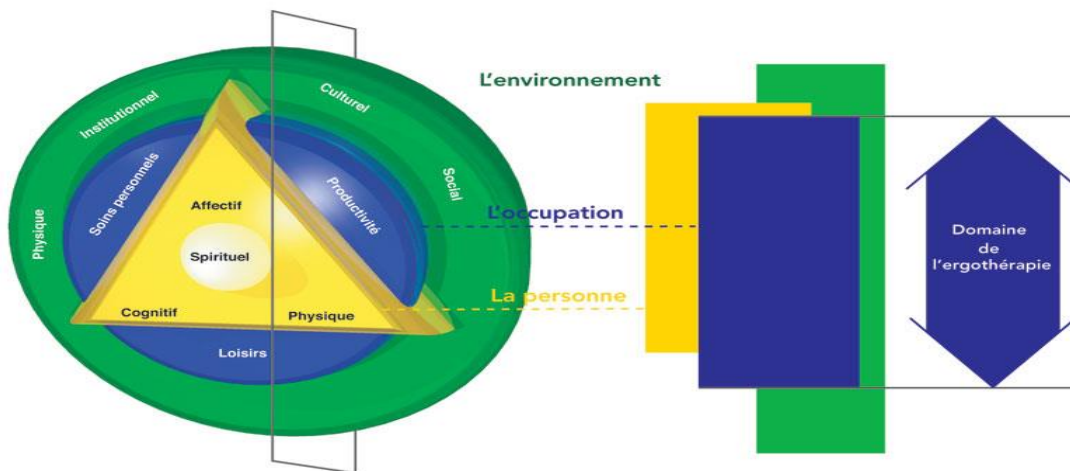
- la première comprend les dimensions du rendement occupationnel qui intègre les quatre dimensions de la personne : affectif, spirituel, physique et cognitif.
- la seconde concerne les domaines de l'activité qui touchent aux soins personnels, au travail et aux loisirs.
- la troisième comprend l'environnement englobant le milieu physique, culturel, institutionnel et social.





Dans ce modèle, la personne est vue dans une perspective holistique à travers un système où ces composantes sont intégrées les unes aux autres et ne peuvent être interprétées isolément.

Figure 1.3 Le MCRO-P<sup>1</sup> : Spécifier notre principal domaine



A<sup>1</sup> : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.  
 B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). *Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)*, dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Figure 4 : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO)

En s'appuyant sur le MRCO, Law et al.(52) présentent un autre modèle qui tient compte du caractère dynamique de la relation personne-environnement-occupation mais aussi de son évolution dans le temps. Comme précédemment, la personne est définie comme une entité intégrant l'esprit, le corps et les qualités spirituelles. L'environnement tient compte des dimensions culturelles, socio-économiques, institutionnelles, physiques et sociales. L'environnement et la personne interagissent. L'occupation réfère à l'ensemble des activités et des tâches dans lesquelles une personne s'investit pour répondre à des besoins d'autonomie et d'épanouissement. L'occupation, dans ce modèle, ne se limite pas uniquement à l'activité professionnelle. Le rendement occupationnel est donc le résultat de la transaction personne-environnement-occupation, constamment renégociée selon un processus dynamique qui varie en fonction du temps. (Figure 5)



Depiction of the Person-Environment-Occupation Model of Occupational Performance across the lifespan illustrating hypothetical changes in occupational performance at three different points in time

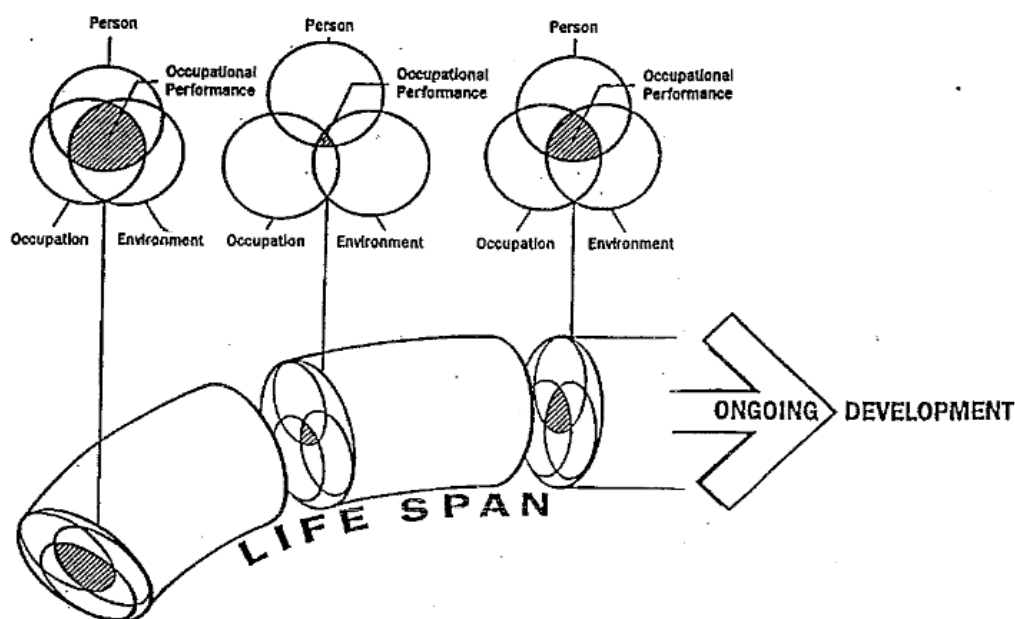


Figure 5 : modèle de Law

Ce modèle suppose que les trois composantes interagissent continuellement dans le temps et l'espace montrant ainsi comment leur congruence peut augmenter ou diminuer selon les situations. Cette schématisation permet de rendre compte d'un phénomène complexe qui intègre à la fois le caractère dynamique et changeant du processus de réadaptation en fonction du temps.

En s'inspirant de ce dernier modèle de Law et al., une équipe canadienne de recherche (St Arnaud et al) a voulu mieux comprendre les facteurs impliqués dans le processus de réintégration au travail des personnes qui se sont absentes du travail à la suite d'un problème de santé mentale. Pour y parvenir, ils ont réalisé une étude qualitative basée sur des données d'entrevues individuelles colligées auprès de travailleurs qui s'étaient absentes pour un problème de santé mentale, certifié par un diagnostic médical. Cette étude fait suite à une première étude quantitative de la même équipe menée auprès de 1850 travailleurs qui se sont absentes en raison d'un problème santé mentale. Elle rendait compte de l'importance des facteurs professionnels dans la survenue la maladie et de l'arrêt de travail.

L'analyse de la trajectoire des personnes leur a permis de saisir l'articulation entre les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, le processus de restauration des capacités et les conditions qui favorisent ou empêchent le retour au travail. Cette étude a permis de concevoir l'arrêt de travail et les processus de restauration des capacités comme étant une étape charnière entre le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelles et de construire un modèle qui rend compte de la dynamique de l'ensemble des facteurs impliqués (5).

Dans ce modèle, la santé mentale et la capacité de travail sont définies par l'interaction dynamique qui se joue entre les caractéristiques individuelles (âge, sexe, antécédents...), l'environnement psychosocial de travail (dimensions techniques et humaines) et les événements stressants de la vie hors du travail (facteurs sociaux). Ces trois dimensions sont symbolisées par trois sphères qui s'entrecroisent. L'interaction dans l'espace et le temps entre ces trois caractéristiques permet de saisir le passage d'un bon fonctionnement antérieur à celui d'une détérioration marquée de la santé mentale et de la capacité de travail.

Pour mieux saisir l'évolution dans le temps, les auteurs ont déterminé trois grands segments : les événements qui ont précédé l'arrêt de travail ; les aspects reliés à l'arrêt de travail et au processus de restauration de la santé et des capacités de travail ; les conditions de retour ou de prolongation de l'arrêt de travail. A chaque segment sont détaillés les différents éléments exerçant une influence sur les trois dimensions et donc sur la santé mentale et la capacité de travail. Ces éléments sont abordés dans la Figure 6 et seront détaillés par la suite.

Ce modèle permet de mieux comprendre le parcours des personnes et de cerner les facteurs qui facilitent la réinsertion professionnelle et le maintien en emploi des travailleurs.



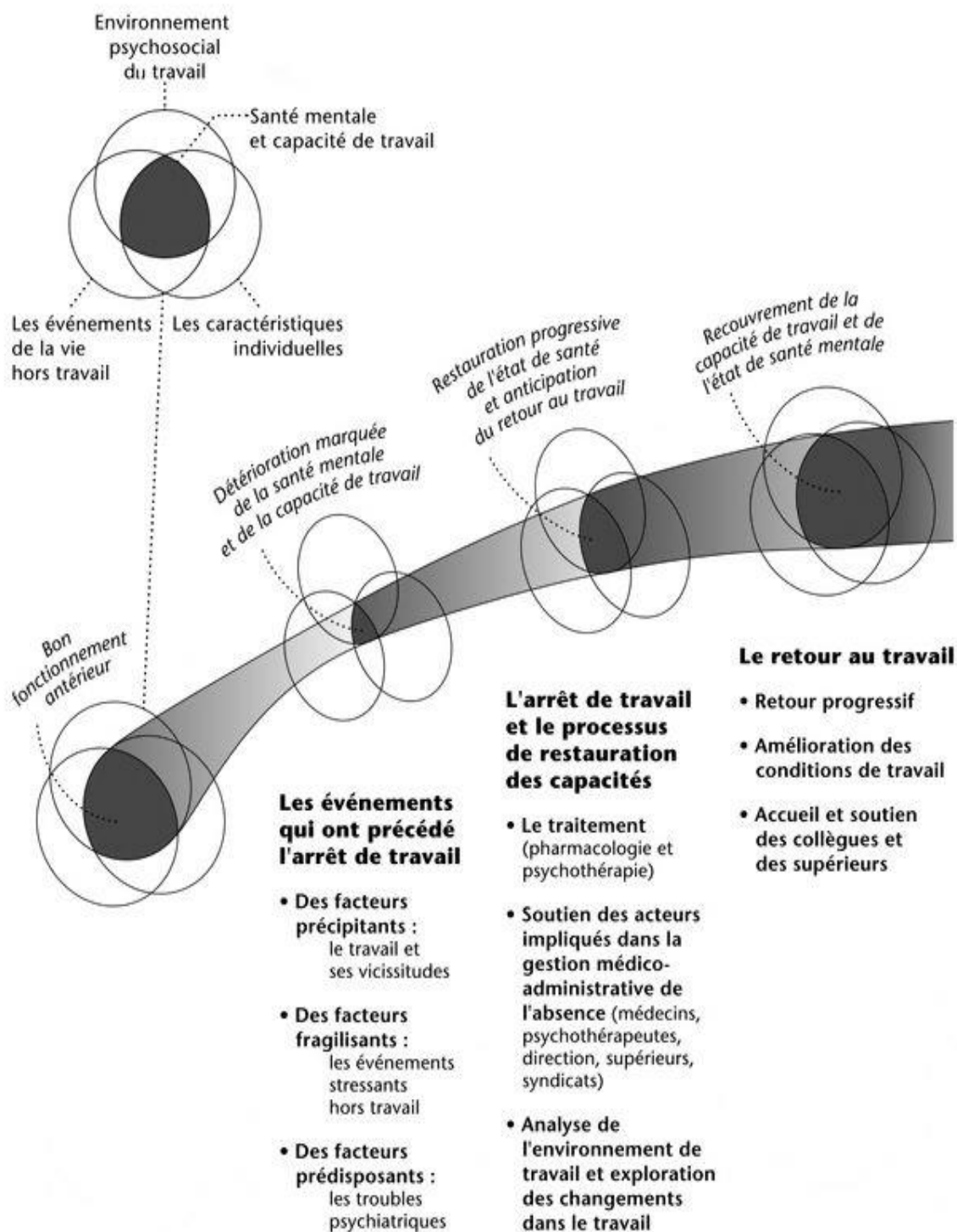


Figure 6 : modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de la désinsertion et de la réinsertion professionnelle (étude de St Arnaud et al)

### **I.3.2. Les événements qui ont précédé l'arrêt de travail**

La maladie ne débute pas avec l'instauration de l'arrêt de travail. Plusieurs études soulignent donc l'importance de s'intéresser aux facteurs qui ont précédé l'arrêt de travail aussi bien sur le plan personnel que professionnel afin de mieux comprendre la situation (4,53).

Ainsi, en analysant le discours de travailleurs, à propos des événements qui ont précédé l'arrêt de travail, St Arnaud et al ont rendu compte de la représentation subjective des événements qui ont participé à la détérioration de l'état de santé et conduit à l'arrêt de travail. Ces analyses témoignent de la place centrale du travail et de ses vicissitudes. La majorité des travailleurs ont été confrontés à des situations de travail difficile et ces événements se sont conjugués à des situations complexes dans la vie hors du travail. Les deux associés ont eu pour effet d'effriter peu à peu les stratégies de résistance des personnes. Quelques travailleurs ont également eu à composer avec des caractéristiques individuelles marquées par des troubles psychiatriques antérieurs. Les auteurs ont donc identifié trois catégories d'événements impliqués dans le processus de désinsertion professionnel : les facteurs prédisposants (caractéristiques individuelles sur leur santé mentale), les facteurs précipitants (le travail et ses vicissitudes) et les facteurs fragilisants (des événements stressants dans leur vie personnelle) (5). Ces trois grands facteurs demeurent en interrelation les uns avec les autres et agissent sur la santé et les capacités de travail des personnes.

### **I.3.3. L'arrêt de travail pour raison de santé mentale et restauration des capacités :**

Dans l'étude de St Arnaud et al détaillée plus haut, les auteurs soulignent que la survenue de la maladie est vécue comme une expérience pénible. Cela est d'autant plus marqué pour les personnes qui ont toujours été actives et qui ont dû pour la première fois faire face à leurs limites. Pour plusieurs travailleurs, la maladie a évolué lentement avec la présence de symptômes qui se sont manifestés plusieurs mois avant l'arrêt de travail, ou encore, au fil des ans, comme une usure progressive (54). Pour la très grande majorité des personnes rencontrées, la maladie est un premier événement survenu après plusieurs années de bon fonctionnement au travail.

Face à cette situation, le système médical est convoqué en première instance. En effet, l'arrêt de travail est une prescription médicale mais selon Morin, lorsqu'il est question d'arrêt



de travail, le médecin n'est plus confiné à un rôle de soignant : il devient un intermédiaire entre le malade et la société (55).

Le médecin diagnostique donc la maladie et propose une prise en charge comprenant l'arrêt de travail. Ce dernier correspond au moment où l'on considère que l'atteinte des capacités fonctionnelles de la personne est d'une telle intensité qu'elle n'est plus en capacité de poursuivre son travail. Ainsi c'est le médecin qui décide et certifie que la personne est « réellement malade ». Or les travaux de St Arnaud et al. montrent que le diagnostic du médecin ne suffit pas toujours à donner un sens à la maladie qui libère entièrement l'individu de son rôle social de travailleur. D'autres facteurs participent à la représentation que se font les personnes de leur maladie et de l'arrêt de travail, principalement les effets du regard de l'autre. Le jugement qui sera posé par l'entourage professionnel et personnel aura un effet marquant sur la manière dont les personnes touchées vont quitter leur travail, sur le processus de rétablissement et sur le retour au travail (54).

Le retrait du travail a des conséquences importantes dans le milieu du travail ; ne plus être en mesure d'assumer son rôle de travailleur exige, sur le plan social, d'excellentes raisons. Ainsi, la maladie doit être reconnue comme suffisamment grave pour justifier un retrait du travail (54). Les problèmes de santé mentale s'intègrent bien dans cette définition. Ils ont des effets particulièrement incapacitants et entraînent généralement une ou de longues périodes d'arrêt de travail, en plus de comporter un risque de rechutes. Hélas, plus la durée de l'arrêt se prolonge, plus les chances de reprendre le travail diminuent (56). Le nombre d'épisodes antérieurs est également un facteur qui prédit la difficulté de revenir au travail.

Nous nous intéressons ici plus particulièrement aux arrêts de travail justifiés par des problèmes de santé mentale. Dans la littérature scientifique, la notion de troubles mentaux transitoires (TMT) a été développée. Selon Nieuwenhuisen et al., les TMT qui entraînent des absences du travail peuvent être regroupés en trois catégories : les troubles de l'adaptation, les troubles de l'humeur (dépression majeure) et les troubles anxieux (trouble d'anxiété généralisée, trouble panique avec ou sans agoraphobie) (57). À l'heure actuelle, il est difficile d'établir avec précision l'incidence et la prévalence des trois catégories de TMT au sein d'une population au travail en raison de la variabilité des méthodologies utilisées dans les différentes études (58).

En matière d'épidémiologie, dans différents rapports sur la santé dans le monde, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dénombre 450 millions de personnes souffrant de dépression et considère que d'ici 2020 elle sera l'affection qui entraînera le plus gros coût de



santé et d'ici 2030 elle sera la première cause d'incapacité dans le monde (59,60). En France, selon une étude de l'INPES, la dépression concernerait plus de 3 millions de personnes. Sa prévalence en 2010 était de 7,5% de la population générale entre 15 et 85 ans (61). La prévalence des troubles anxieux, tous diagnostics confondus, serait légèrement plus élevée que celle de la dépression majeure. Ainsi, les troubles anxieux (anxiété généralisée, agoraphobie, phobie sociale, trouble panique et stress post-traumatique) concernent 17% des hommes et 25% des femmes (62). Enfin la prévalence du trouble de l'adaptation, comme le soulignent Casey et al., est difficile à estimer puisque ce diagnostic n'est pas envisagé dans la plupart des études de prévalence des troubles mentaux (63). Néanmoins il serait estimé, selon différentes études, entre 5 et 25% des patients vus en consultation de psychiatrie (64) avec une incidence d'admission en hospitalisation de 7,1% (65). En consultation de médecine générale, il a été retrouvé une prévalence de 4,5% dans sa forme isolée et une prévalence de 9,2% lorsqu'il est associé à d'autres troubles psychiatriques (66).

Pour l'ensemble de ces pathologies, l'objectif de l'arrêt de travail est de permettre de créer l'espace nécessaire à la restauration des capacités. Durant cette étape charnière, les personnes sont appelées à s'interroger sur leur avenir, à faire des choix et à élaborer des stratégies d'action qui pourront être déterminants pour leur retour au travail.(5) Cette période permet de poursuivre ou d'instaurer un traitement médicamenteux et psychothérapeutique. Dans ces situations, le problème est souvent pensé en termes de maladie et l'accent est mis sur le soulagement des symptômes. Cette démarche s'inscrit dans ce que Evans et Stoddart ont décrit comme un modèle d'interaction simple entre la santé et le système de soins. Le processus clinique qui s'installe autour de la maladie définie par un diagnostic psychiatrique s'engage sur un mode de traitement centré sur l'individu. Dans ce type d'approche « on a tendance à ignorer et même parfois à nier carrément l'influence pathogène des conditions de travail et, par ailleurs, à ne pas permettre une réadaptation progressive du malade dans son milieu suivant ses capacités » (67).

#### **I.3.4. Le processus de retour au travail**

Le processus de retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale est complexe et plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans sa composition. Cette complexité est illustrée à travers la définition du retour au travail proposée par Young et al. Ces derniers décrivent le retour au travail à la suite d'un problème de santé comme étant une



étape cruciale, marquée par une « série d'événements, de transitions et de phases à l'intérieur desquels le travailleur interagit avec son environnement et divers individus » (68).

La conceptualisation du retour au travail de Young et al.(68), construite à partir d'une revue de la littérature portant sur le retour au travail des personnes ayant vécu une période d'incapacité de travail à la suite d'un problème de santé, subdivise le processus en quatre phases distinctes. Le modèle fonctionne à partir des aspirations et des objectifs que les travailleurs se fixent en regard de leur santé et de leur activité professionnelle. Lorsque les objectifs sont atteints et que les travailleurs en retirent un certain niveau de satisfaction, ils passent à l'étape suivante. Les auteurs soulignent que dans le processus de retour au travail, les travailleurs évoluent et leurs objectifs changent tout au long du processus, ce qui occasionne un questionnement constant sur leurs habilités et leurs aspirations de carrière.

Dans la première étape, qui coïncide avec l'arrêt de travail, les travailleurs se soignent, réévaluent leurs objectifs de travail et planifient la seconde étape : le retour. Lorsqu'ils sont engagés de nouveau dans l'activité professionnelle, les travailleurs tentent de retrouver progressivement leurs capacités d'antan, d'atteindre un niveau de performance selon des objectifs fixés et leur état de santé. C'est durant cette phase que peuvent apparaître certaines limitations qui forcent les travailleurs à redéfinir quels sont leurs buts et à déterminer à nouveau des objectifs de carrière. Lorsqu'ils ont atteint leurs objectifs et qu'ils en sont satisfaits, ils accèdent à la troisième phase, celle du maintien en emploi. C'est durant cette dernière séquence que les travailleurs confirment leur retour, que leurs objectifs de réintégration sont atteints et qu'ils désirent maintenir ce statut.

#### **I.3.4.1 Facteurs influençant le retour au travail**

L'étude de Baril et al. (69) sur la réinsertion sociale et professionnelle de travailleurs en réadaptation, offre un éclairage intéressant sur les facteurs à considérer dans la compréhension de ce processus de retour au travail. Les auteurs ont analysé les caractéristiques médico-administratives, individuelles et contextuelles. Ils ont conclu que les variables relatives au contexte de l'entreprise (taille et situation économique de l'entreprise, présence d'un syndicat...) et au type d'intervention (mesures d'adaptation, réorientation professionnelle) apparaissent comme significativement liées à l'issue du processus de



réinsertion. Au contraire les variables relatives à l'individu (sexe, âge, ancienneté, salaire annuel, pourcentage du déficit, siège de la lésion) ne sont pas significativement liées au processus. Néanmoins, certaines caractéristiques individuelles peuvent influencer la durée de l'arrêt de travail. Ainsi, un grand sens des responsabilités peut être à l'origine d'un retour prématuré au travail (crainte d'être un fardeau pour l'entreprise, difficulté à accepter la réduction de leur propre rythme de travail et de leur capacité) (70). Dans le même article, à la suite de leur problème de santé, les employés rapportent une réduction de leur capacité de travail du fait de la fatigue, d'une irritabilité, de la baisse de concentration et de mémoire. Beaucoup de ces travailleurs se sentent en insécurité en ce qui concerne leurs capacités à gérer les exigences de leur travail et s'interrogent sur leur aptitude à changer de comportement.

Les travaux de Frigul (71) portent, eux, sur la réinsertion professionnelle des chômeurs de longue durée. Selon l'auteur, les conditions qui entourent le parcours médical du travailleur, son vécu face à l'emploi, son itinéraire personnel et social doivent être considérées dans l'analyse du processus de réinsertion professionnelle. Il insiste sur la nécessité de tenir compte de l'histoire professionnelle antérieure des personnes pour mieux comprendre les événements qui ont conduit à leur rupture professionnelle et ceux qui peuvent expliquer l'issue de la réinsertion professionnelle.

Dessors et al (72) ont également décrit la manière dont l'empreinte de la pénibilité du travail se traduit directement sur la santé des travailleurs et sur leur capacité de travail et de maintien en emploi. Ces travaux montrent que l'arrêt de travail en raison d'un problème de santé mentale n'est pas seulement une conséquence de la détérioration de l'état de santé mentale mais également une construction sociale déterminée par les rapports au travail. Dans cette perspective, la réinsertion professionnelle et le maintien en emploi seront analysés en tenant compte de l'ensemble de la trajectoire professionnelle des individus.

Un facteur important à prendre en compte est le relationnel existant entre le travailleur et son environnement professionnel (collègues et/ou hiérarchie). L'absence de soutien de la part des collègues pendant la période de convalescence peut contribuer à l'allongement de l'arrêt de travail (73). Cette notion de soutien professionnel est développée dans le modèle de Karasek (annexe 4) ; elle y est définie par l'aide et la reconnaissance apportée par les collègues et des supérieurs hiérarchiques. L'absence de ce soutien est un risque psychosocial.



Ainsi, pour préparer le retour au travail et favoriser une attitude de soutien de la part des collègues, il est impératif que l'organisation demeure en contact avec l'employé et cela doit être orchestré afin de permettre au travailleur de s'engager dans son processus de retour en toute confiance (74).

#### **I.3.4.2 Préparation au retour au travail**

Le réengagement progressif dans une vie sociale et l'amorce d'une amélioration clinique sont une étape importante dans le cheminement qui précède le retour au travail. Ce n'est qu'à partir de cette expérience du mieux-être que les travailleurs ont commencé à se faire à l'idée d'un retour éventuel.

Les travaux de Dejours soulignent toute l'importance de la préparation au retour au travail durant l'arrêt de travail. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la dynamique des rapports sociaux de travail permet aux travailleurs de construire leur identité et elle agirait comme un moyen de protéger leur équilibre et leur santé. En partant de ce principe, la restauration des capacités de travail doit également passer par la reconstruction du sens et du lien au travail.

Dans leur étude sur la réinsertion professionnelle à la suite d'un problème de santé mentale, St-Arnaud et al.,(5) révèlent qu'au sein de l'activité de travail, la santé des travailleurs poursuit sa reconstruction. En effet, les auteurs affirment que le retour au travail survient généralement avant que les travailleurs aient retrouvé complètement leur santé et que le recouvrement complet s'effectue au fil du temps lorsque les travailleurs sont à la tâche. Ainsi, la restauration progressive de l'état de santé et l'anticipation du retour au travail devraient s'appuyer sur une démarche qui oriente l'harmonisation des pratiques entre les différents acteurs qui agissent à la fois sur le plan du traitement (médecins, psychiatres, psychothérapeutes, experts externes) et sur les conditions de la réinsertion professionnelle (personnel de direction, supérieurs, syndicats). La façon dont le retour a été préparé, l'exploration des possibilités d'apporter des améliorations aux conditions qui ont contribué au retrait du travail, l'organisation du retour progressif en tenant compte des rapports sociaux de travail, surtout face aux effets possibles de ces changements sur le travail des collègues, sont des dimensions qui peuvent être prévues avant le retour au travail (75).



Cette intervention en amont du retour va également dans le sens d'une étude qui a démontré que le fait d'apporter des changements dans le travail diminuerait les appréhensions liées au retour. En effet, selon Brenninkmeijer et al.(76), cette mesure préventive est liée à une meilleure prédiction du retour au travail pour les travailleurs absents en raison d'un problème dépressif. C'est également ce qui est soulevé par Blonk et al.(77) : l'identification des obstacles liés au retour au travail, par le biais d'interventions intégrées avec le milieu, contribue à la résolution du problème de santé et à la diminution de la durée de l'absence.

Selon Bernier (78), qui a réalisé une étude auprès des personnes ayant réintégré le milieu du travail à la suite d'un épuisement professionnel, la transition entre un arrêt et une réinsertion satisfaisante dans la sphère professionnelle, passerait essentiellement par une rupture avec les aspects organisationnels qui ont contribué au retrait du travail. Il existe donc, selon l'auteur, une dernière étape avant le retour au travail, qualifiée de « période d'exploration des possibles ». Cette étape s'inscrit dans la reconstruction du lien avec le travail puisqu'elle est dédiée à la reprise du contact avec le monde du travail. Durant cette étape, les personnes oscillent entre l'autoprotection et la détermination. Conscients de la fragilité de leur état de santé, ils font preuve de prudence afin de ne pas vivre à nouveau une épreuve douloureuse. Cette tendance à l'autoprotection n'est pas étrangère au fait que le retour au travail est une étape marquée par diverses appréhensions et des risques de rechute (53).

#### **I.3.4.3 Le retour au travail**

La fin de l'arrêt de travail signe logiquement le retour au travail. Ce dernier doit être validé par le médecin du travail à la fin d'une consultation de reprise. Celle-ci est obligatoire si l'arrêt de travail a duré plus d'un mois ; nous développerons plus amplement cette notion par la suite.

Le retour au travail réussi va dépendre de plusieurs facteurs. Pouvoir réintégrer progressivement le travail, bénéficier de l'accueil et du soutien des collègues et des supérieurs, voire de la modification des conditions délétères qui ont contribué à l'arrêt de travail font partie des éléments qui favorisent le retour au travail réussi (53).

Le recours à une réduction temporaire du temps de travail est une mesure fréquemment utilisée. Elle rentre dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique selon l'article L 323-3 du Code de la sécurité sociale (79). Selon le modèle de retour au travail thérapeutique



de Durant et Loisel (80), le retour progressif est même considéré comme une mesure essentielle du retour au travail. En ce sens, la possibilité de revenir au travail à temps partiel serait également associée à une plus courte durée de l'absence. En effet, les résultats d'une étude menée auprès de 828 travailleurs allemands s'étant absentes du travail en raison de problème de santé physique, de santé mentale ou des deux, montrent que le fait de pouvoir retourner au travail à temps partiel est associé à un retour plus rapide au travail à temps plein (81). Les auteurs expliquent que le retour à temps partiel permet au travailleur de s'exposer progressivement au travail et qu'il sert d'expérience positive pour les travailleurs. Le retour progressif doit être considéré comme étant une période de reprise de contact avec le travail, car après une période d'absence il faut laisser du temps aux travailleurs pour qu'ils se réhabituent au travail (82). L'utilisation du retour progressif présente des aspects intéressants mais est soumise à l'accord de l'employeur qui peut le refuser s'il le juge perturbant pour le fonctionnement de l'entreprise. De plus, il faut avoir à l'idée que cet aménagement pour un travailleur peut aussi être un élément perturbateur de l'équilibre du travail, s'il impacte sur les horaires de travail, la charge de travail des collègues surtout sur une durée prolongée. Élément qui peut alors être défavorable pour le retour de la personne du fait d'une diminution du soutien du collectif de travail. Or ce soutien, s'il est bénéfique, est susceptible de constituer une source de motivation pour les travailleurs et de favoriser un retour précoce au travail.

En effet, se sentir soutenu et accueilli par ses collègues et supérieurs est un élément à prendre en considération dans la préparation du retour (73). Cependant, si les rapports sociaux au travail ont été perturbés avant son départ, le travailleur aura une perception plus négative de son milieu de travail ce qui pourra altérer les conditions de son retour. À ce titre, les résultats de l'étude de St-Arnaud et al. révèlent que certains travailleurs craignent que l'image négative laissée avant leur arrêt, du fait de trouble du comportement ayant pu dégrader les relations sociales, ne soit encore trop présente à leur retour (54,83).

Après le temps de travail, les rapports sociaux, un autre élément est à prendre en considération : les exigences du poste de travail. Une amélioration objective des conditions de travail favorise le retour, surtout lorsque le travail a été reconnu comme étant un élément pathogène pour la personne. Ces changements peuvent être de nature très variée. Selon St-Arnaud et al. (53), il est important que la recherche de solution inclue le travailleur et fasse l'objet d'un consensus avec la hiérarchie. De plus, ces aménagements nécessiteront un suivi dans le temps afin de s'assurer de leur maintien et de leur efficacité. En effet, l'évolution de l'état de santé du travailleur, d'une part, et du milieu du travail d'autre part, peuvent mener à des ajustements nécessaires par rapport à la situation lors du retour au travail.

Selon certains auteurs, le processus de retour au travail comprendrait une étape de post réintégration afin de s'assurer du maintien en emploi des travailleurs. Ainsi, pour Young et al. (68), pour qu'un retour soit réussi, les travailleurs doivent se maintenir en emploi et même envisager de nouvelles perspectives d'avancement (83). En ce sens, Tjulin et al. (84) ont également fait ressortir l'importance d'ajouter une phase de maintien en emploi à la suite du retour au travail. Par le biais d'entrevues menées auprès de 33 acteurs (travailleurs en retour au travail, superviseurs, collègues de travail et représentants des ressources humaines) issus de sept unités administratives différentes, il ressort qu'au-delà du retour au travail s'installe une phase de maintien en emploi qui met à contribution tant le travailleur que ses collègues. Les personnes interrogées se sentent souvent livrées à elles-mêmes et hésitantes sur les comportements à adopter pour réorganiser l'activité de travail. Autrement dit, des tensions peuvent jaillir au sein de l'équipe de travail et ainsi fragiliser le processus de retour.

L'arrêt de travail est balisé par un ensemble de démarches médico administratives faisant intervenir différents intervenants et structures. Cette multiplication des intervenants et donc des points de vue concernant l'absence, la maladie, la gestion du retour au travail... peut créer une certaine confusion pour les travailleurs (85). Il est donc primordial comme le soulignent Pransky, Shaw, Franche et Clarke (86) que les intervenants collaborent et communiquent. Cette concertation de tous est nécessaire pour assurer une meilleure cohérence de la prise en charge de la personne en dépit des différents paradigmes des intervenants. Ainsi, chaque médecin doit s'intéresser à la personne dans sa globalité en prenant en compte son statut de patient, de travailleur, d'assuré social...

La fin de l'arrêt de travail ne doit pas faire exception à cette collaboration afin de permettre une décision commune et cohérente par rapport au devenir professionnel.

#### **I.3.4.4 La place du médecin du travail**

Comme nous l'avons vu précédemment, la prise en soins d'une personne souffrant d'un problème de santé mentale devrait tenir compte des facteurs professionnels impliqués pour éviter des angoisses d'anticipation et des stratégies d'évitement. L'anticipation du retour au travail et la reconstruction de ce lien ne devrait s'effectuer qu'en impliquant l'ensemble des acteurs (médecins, thérapeutes, milieu professionnel...).



Loisel et al. (87), ont montré que les interventions morcelées, n'impliquant qu'un seul des partenaires dans le processus de réinsertion professionnelle des personnes atteintes de troubles musculo-squelettiques et qui ne tiennent donc pas compte de l'ensemble des interactions entre les partenaires, seraient inefficaces. La façon dont le retour a été préparé, la recherche des aménagements possibles (horaires, relationnel, rythme...) sont des dimensions qui peuvent être anticipées avant le retour au travail.

Bien qu'étant un médecin en lien avec le monde du travail, le médecin du travail est rarement impliqué dans le processus de préparation de retour au travail par ses confrères médecins de soins.

Or, comme nous l'avons brièvement évoqué précédemment, le médecin du travail rencontre le travailleur à deux occasions dans une période de retour ou de préparation au retour à l'emploi :

- lors de la visite de reprise
- lors d'une visite de préreprise du travail.

L'article R 4624-22 et 4624-23 du Code du travail prévoit une visite de reprise du travail obligatoire après un arrêt supérieur ou égal à un mois (88,89). Elle doit être demandée par l'employeur au médecin du travail. Ce dernier, en fin de visite de reprise, délivre un avis médical en fonction de l'état de santé de la personne et de sa connaissance du poste de travail. Plusieurs conclusions d'aptitude sont alors possibles :

- avis d'aptitude médicale à reprendre son poste antérieur
- avis d'aptitude sous réserve d'un aménagement, d'une adaptation du poste ou du reclassement du travailleur
- une reprise différée nécessitant une prolongation de l'arrêt de travail si l'état de santé de paraît pas compatible avec le poste de travail.

L'article R 4624-20 du Code du travail prévoit, si l'arrêt de travail est supérieur à 3 mois, la possibilité de réaliser une consultation de préreprise (90). La visite de préreprise donne lieu à un examen médical réalisé par le médecin du travail pendant l'arrêt de travail du salarié ; elle est conseillée si des difficultés de reprise du travail sont prévisibles en raison de l'état de santé du patient/salarié. Elle n'est pas obligatoire et peut être demandée par le médecin traitant, le médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou le patient salarié lui-même.



Cette visite permet de repérer les difficultés qui peuvent se poser et d'anticiper la recherche de solutions à mettre en œuvre : aménagement du poste, reclassement à un autre poste, sollicitation d'autres acteurs du maintien dans l'emploi... Aucun avis d'aptitude n'est délivré à l'issue de cette visite. Par ailleurs, l'employeur n'est pas informé de cette visite, à moins que le travailleur en fasse la demande. La visite de préreprise ne dispense pas pour autant de la visite de reprise qui est, elle, obligatoire.

Pour être efficace, la visite de préreprise doit être demandée précocement, avant la fin de l'arrêt de travail. Une concertation entre médecin du travail, médecin conseil et médecin traitant est souvent souhaitable dans l'intérêt du patient/salarié et avec l'accord de ce dernier (91).

Mais cette concertation est parfois difficile du fait de la méconnaissance des caractéristiques de la pratique des médecins du travail et plus largement des services de santé au travail. La notion de l'indépendance professionnelle des médecins du travail fait partie des méconnaissances que peuvent avoir les médecins de soins. Or comme pour l'ensemble des médecins, l'indépendance des médecins du travail est un élément essentiel de déontologie de la spécialité. L'article R 4127-5 du Code de la santé publique précise à cet égard que « le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit » (92). De même, l'article R. 4127-95 du même code prévoit que « le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce » (93). La circulaire du 9 novembre 2012 précise que la loi du 20 juillet 2011 rappelle cette indépendance pour tous les médecins avec l'introduction dans le Code du travail, de l'article L. 4623-8 : « Dans les conditions d'indépendance professionnelle définies et garanties par la loi, le médecin du travail assure les missions qui lui sont dévolues par le présent code » (94).

La méconnaissance sur la possibilité ou pas de transmettre des informations médicales au sujet du patient en faisant référence au secret professionnel, semble être une autre difficulté rencontrée. Pourtant, le médecin du travail est tenu à la même législation et à la même éthique que l'ensemble des médecins. Chronologiquement, c'est d'abord le Code pénal qui, en



sanctionnant toute violation du secret auquel sont astreints certains professionnels dont les médecins, donne un support légal à cette obligation. Elle figure aujourd'hui sous l'article 226-13 du Code pénal (95). Les codes de déontologie médicale successifs viendront en préciser la définition avant que n'intervienne l'article L.1110-4 du Code de la santé, introduit par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 qui consacre un droit du patient.

Les textes de loi dont l'article L. 1110-4 du Code de santé publique (96) stipulent : «Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant... ». Par ailleurs, lorsque le médecin traitant suspecte une pathologie professionnelle, il peut se renseigner auprès du médecin du travail (sous couvert du secret professionnel, notamment du secret de fabrication) sur le poste et les conditions de travail du salarié. Ainsi, dans la perspective de concourir aux soins du salarié/patient, et sous couvert du secret médical, un échange d'informations, à caractère médical, entre médecin traitant et médecin du travail, peut être envisagé.

Dans tous les cas, ce secret médical partagé ne peut être effectif qu'à la condition nécessaire et impérative de requérir le consentement libre et éclairé du patient/salarié. Le consentement se matérialise implicitement lorsque l'information transite directement par le salarié. Sous couvert du secret médical, l'action préventive du médecin du travail et l'action curative du médecin généraliste sont donc complémentaires, au regard de la protection de la santé du travailleur.

Pour les travailleurs ayant des problèmes de santé, de bonnes relations de coopération entre médecins généralistes et médecins du travail sont une condition nécessaire à une prise en charge de qualité. Généralistes et médecins du travail apportent des points de vue complémentaires sur les problèmes de santé et sur leurs causes. Leur coopération dans la prise en charge et la réhabilitation peut contribuer à réduire les arrêts de travail et favoriser une adaptation des conditions de travail à l'état de santé du travailleur, alors que l'absence de coopération contribue au résultat opposé (97). Mais, comme nous l'avons vu, certains freins liés aux perceptions que ces deux professions peuvent avoir l'une de l'autre semblent exister. Les résultats d'une enquête réalisée par l'INPES, intitulé « Médecins généralistes et santé au travail », soulignent l'existence d'un hiatus entre les opinions des médecins du travail et celles des généralistes sur la façon dont chacun comprend le métier de l'autre (91). Alors que deux tiers des généralistes se perçoivent bien compris par les médecins du travail sur leur rôle à jouer dans la prise en charge des problèmes de santé liés au travail et ont le sentiment de bien comprendre le métier des médecins du travail, deux tiers (65 %) des médecins du travail se



sentent incompris des généralistes. Ces résultats sont probablement révélateurs du fait que les médecins du travail ne se sentent pas suffisamment consultés par les généralistes. Néanmoins, en parallèle, cette même enquête révèle qu'une large majorité de médecins généralistes (71 %) s'est déclarée confiante dans l'esprit de coopération et d'ouverture des médecins du travail à leur égard. Ces sentiments sont également reconnus par la majorité des médecins du travail et traduisent vraisemblablement des perspectives favorables au développement d'échanges et de collaborations entre ces deux spécialités.





## II. Etude

---

### II.1. Introduction générale

Malgré l'importance des problèmes de santé mentale au travail et les préoccupations suscitées par ce phénomène, très peu d'études ont eu pour objet cette problématique. La plupart des travaux recensés sur le sujet portent sur l'intégration au travail des personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants.

Néanmoins, une étude canadienne dirigée par St Arnaud a cherché à cerner les facteurs associés à la réinsertion professionnelle et au maintien en emploi des travailleurs qui se sont absentés de leur travail à la suite d'un problème de santé mentale. Elle prend en considération les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, le processus de restauration des capacités et les conditions qui favorisent ou empêchent le retour.

A travers notre étude quantitative observationnelle rétrospective et transversale, nous avons :

- pour objectif principal, l'exploration de la prise en compte par les médecins (généralistes ou psychiatres) de l'activité professionnelle de personnes en arrêt de travail pour problème de santé mentale : de l'instauration de cet arrêt à la consultation de préreprise ou de reprise par le médecin du travail
  
- pour objectifs secondaires :
  - la description du vécu du travailleur de l'instauration de l'arrêt de travail à la consultation de reprise
  
  - la recherche des facteurs favorisant la reprise d'une activité professionnelle après la consultation de reprise.



## II.2. Matériel et méthode

### II.2.1. Population de l'étude

- Population étudiée

Il s'agit d'une population de travailleurs ayant ou ayant eu un arrêt de travail pour problème de santé mentale, se présentant à la consultation de préreprise ou de reprise du médecin du travail.

Le terme de « *travailleur* » englobe l'ensemble des individus ayant une activité professionnelle, quelle que soit sa catégorie socioprofessionnelle.

Les motifs de l'arrêt de travail regroupent l'ensemble des problèmes de santé mentale, terminologie que nous avons détaillée dans la première partie en nous appuyant sur la définition du DSM V. Le motif de l'arrêt de travail est donné par le travailleur lui-même, lors de sa venue à la consultation de reprise ou de préreprise.

Le terme de « *médecin de soins* » sera utilisé pour nommer les médecins généralistes ou psychiatres.

- Critères d'inclusion pour le travailleur

- être majeur, quel que soit son régime d'assuré social
- être ou avoir été en arrêt de travail pour problème de santé mentale, d'origine professionnelle ou non
- se présenter à la consultation de préreprise ou de reprise du travail
- accepter de participer à l'étude après avoir lu la note d'information concernant l'étude et donc donné son consentement oral.

- Critères de non inclusion du travailleur

- Etre ou avoir été en arrêt de travail pour un autre motif que celui de problème de santé mentale
- présenter des difficultés de la compréhension écrite empêchant le remplissage correct de l'auto-questionnaire.



- Lieu de recrutement : au sein de différents services de santé au travail principalement de Haute Vienne, à l'exception de quelques-uns inclus en Corrèze :
  - Association Interprofessionnelle pour la Santé au Travail : AIST 87 et AIST 19
  - Association Médicale du Centre-Ouest pour les Bâtiments et les Travaux Publics (AMCO-BTP)
  - Services de santé au travail de l'entreprise ORANGE, de l'entreprise LEGRAND
  - Services de santé au travail de la Société Nationale des Chemins de fer Français (SNCF), de ERDF GDF, des services de la Sécurité Sociale
  - Services de santé au travail du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges (CHE)
- Durée de l'étude : de novembre 2015 à fin en mai 2016, soit 7 mois.

## II.2.2. Outils de mesure

Les outils de mesure comprenaient deux auto-questionnaires anonymes : un auto-questionnaire pour le travailleur répondant aux critères d'inclusion et un auto questionnaire pour le médecin du travail réalisant la consultation.

Nous avons rédigé ces questionnaires en prenant en compte les connaissances issues de la littérature actuelle sur le sujet.

Nous avons souhaité poser des questions fermées à choix multiples afin de faciliter le recueil de données et d'uniformiser les réponses.

### II.2.2.1 Auto questionnaire « travailleur » (Annexe 3)

Le modèle de St Arnaud et al. détaillé dans la première partie a servi de plan pour la rédaction de ce premier auto-questionnaire (54).



Il comporte donc plusieurs parties :

- les données sociodémographiques : sexe, âge, statut marital, enfants à charge
- les informations médicales : antécédents psychiatriques, antécédents d'hospitalisation psychiatrique
- la catégorie socioprofessionnelle
- les données sur l'arrêt de travail : prescripteur, motif, durée, hospitalisation, mise en place d'un traitement
- l'évaluation de la prise en compte du travail par le médecin généraliste ou psychiatre aux différents moments de la prise en charge :
  - au moment de l'instauration de l'arrêt de travail : question sur le travail en lui-même, sur les interactions entre travail et santé mentale
  - durant l'arrêt de travail et plus particulièrement à l'approche de la reprise : questions sur l'accompagnement et la préparation à la reprise, orientation vers le médecin du travail
- le vécu du travailleur :
  - avant les problèmes de santé mentale : questions concernant la place du travail dans l'équilibre personnel du travailleur
  - a l'instauration de l'arrêt de travail : interrogations sur le vécu de l'arrêt de travail, sur la volonté de travailler malgré les problèmes de santé
  - pendant l'arrêt de travail : questions sur le maintien des relations professionnelles (qui ? comment ? impact ?)
  - le jour de la consultation de pré reprise ou de reprise : questions sur le ressenti du travailleur sur la durée de son arrêt, son état de santé, ses capacités et son appréhension à l'égard d'une éventuelle reprise.

### **II.2.2.2 Auto questionnaire « Médecin du travail » (Annexe 3)**

Il s'intéresse plus particulièrement aux conditions de reprise du travailleur mais également à la coordination entre les médecins généralistes ou psychiatres et les médecins du travail.

Il comprend, lui aussi, plusieurs parties :

- le type de consultation : préreprise ou reprise
- le motif de l'arrêt de travail
- l'existence ou pas d'un contact avec le médecin prescripteur de l'arrêt de travail.
  - Si oui, concernant quel sujet ?
  - Si non, aurait-il souhaité en avoir un et pourquoi ? (Seule question ouverte sans choix proposé. Lors de la saisie nous avons regroupé les réponses en plusieurs catégories)
- les conclusions de la consultation :
  - reprise au poste antérieur
  - reprise avec aménagement du poste (horaires, temps partiel thérapeutique, restriction, autres)
  - prolongation de l'arrêt (affection non stabilisée, traitement non compatible avec le poste, besoin de temps pour une concertation au sujet du poste ou pour une étude de poste)
  - inaptitude (pathologie incompatible avec le poste, risque d'aggravation, raison de sécurité pour le travailleur ou autrui).

### II.2.3. Déroulement de l'étude

Nous avons présenté ce projet de thèse et le déroulement de l'étude à l'ensemble des médecins du travail des services de santé au travail concernés, lors de sessions collectives ou individuelles.

A cette occasion, nous avons remis aux médecins du travail et à leurs proches collaborateurs, sous formats papier et numérique, différents documents :

- note d'information concernant l'étude adressée au médecin du travail et à ses collaborateurs (Annexe 1)
- note d'information concernant l'étude adressée au travailleur (Annexe 2)
- auto-questionnaires « travailleur » et « médecin du travail » (Annexe 3).

Durant les 7 mois, nous avons envoyé des « mails » de rappel concernant cette étude et son déroulement aux différents médecins du travail participants.

Plusieurs étapes dans le déroulement de l'étude lors de la consultation de préreprise ou de reprise :

- Le médecin du travail avec l'aide de ses collaborateurs (infirmière ou secrétaire) proposait une note d'information (Annexe 2) et un exemplaire de l'auto-questionnaire (Annexe 3) aux travailleurs répondant aux critères d'inclusion, ainsi qu'une enveloppe.
- Après avoir accepté et rempli l'auto-questionnaire, le travailleur le glissait dans l'enveloppe donnée à cet effet, puis la cachetait afin de respecter la confidentialité de ses réponses
- Il remettait alors cette enveloppe cachetée à son médecin du travail.
- A la fin de la consultation, le médecin du travail remplissait son propre auto-questionnaire (Annexe 3).
- Cet auto-questionnaire « médecin du travail » était plié en deux puis agrafé sur l'enveloppe remise par le travailleur.
- Une grande enveloppe était remise aux médecins pour retourner les questionnaires remplis.



## II.2.4. Analyses statistiques

Le dépouillement des questionnaires a été réalisé manuellement. Nous avons saisi l'ensemble des données au moyen du logiciel Microsoft® Excel 2016. L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide du logiciel SPSS Statitics version 22.0 (IBM Corporate).

Dans un premier temps, une analyse descriptive de la population de notre échantillon a été réalisée puis dans un second temps, une analyse comparative (qualitative) entre un groupe « reprise » et une groupe « non reprise », les deux groupes étaient eux même issus du groupe consultation de reprise.

Les analyses descriptives ont permis de calculer, en fonction de chaque variable étudiée, la fréquence (proportion de cas dans la population étudiée), la moyenne (somme des valeurs de la variable divisée par le nombre de sujets) et la déviation standard (ou écart-type, paramètre de dispersion qui correspond à la répartition de la variable autour de sa moyenne).

L'étude comparative a pour but premier de repérer l'existence éventuelle des différences statistiquement significatives entre les deux groupes « reprise » et « non reprise ». Les analyses comparatives ont été effectuées en utilisant le test du Chi<sup>2</sup> de Pearson (pour un effectif théorique minimum > 5) ou le test exact de Fisher (pour un effectif théorique minimum < 5) pour comparer les variables qualitatives.

Pour toutes les analyses, le seuil de significativité pour une valeur de  $p < 0,05$  a été retenu.



## II.3. Résultats

### II.3.1. Description de la population étudiée

#### II.3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Nous avons pu recueillir 120 auto-questionnaires « travailleurs » associés à l'auto-questionnaire « médecin du travail ».

La population étudiée était majoritairement féminine avec 56,6% (68/120) de femmes et 43,4% (52/120) d'hommes.

L'âge moyen était de 43,7 ans, avec un minimum à 23 ans et un maximum à 62 ans ( $\pm$  9,4 ans). Le graphique ci-dessous (Figure 7) montre la répartition par tranche d'âge (A noter 8 données non renseignées (NR) concernant l'âge.)

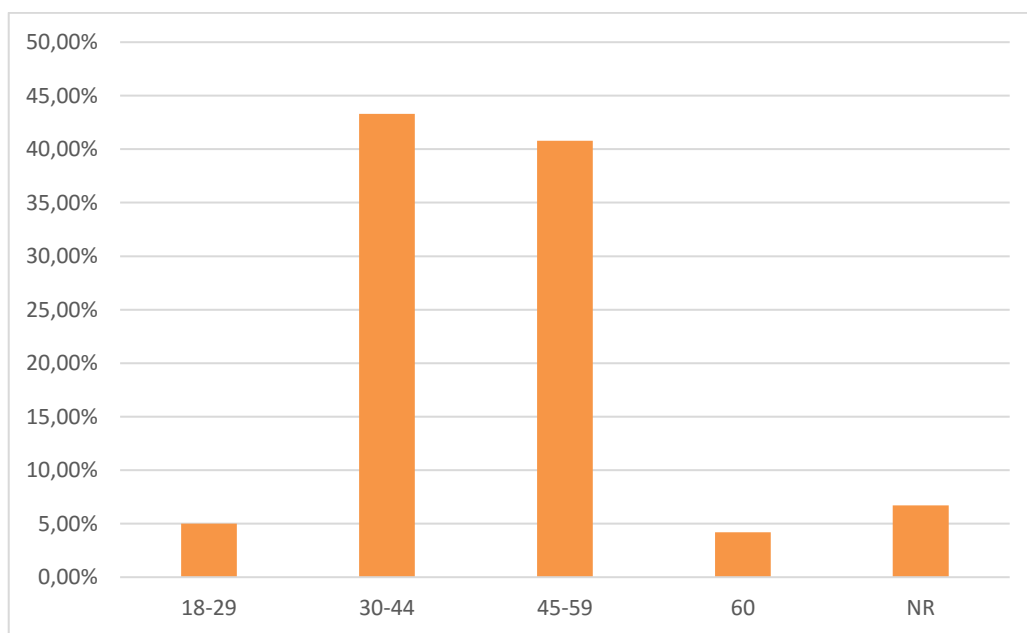


Figure 7 : répartition de la population par tranche d'âge



Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de notre échantillon sont détaillées dans le tableau 1.

	N (120)	%
<b>Situation familiale</b>		
Célibataire	30	25,0
Divorcé	23	19,2
Veuf	3	2,5
Marié	34	28,3
Concubinage	30	25,0
Enfants à charges	68	56,7
<b>Antécédents psychiatriques</b>		
Antécédents psychiatriques	51	42,5
Antécédents d'hospitalisation	38	31,7
<b>Catégorie socio-professionnelle</b>		
Agriculteur	0	0
Employé	79	65,8
Ouvrier	21	17,5
Profession intermédiaire	2	1,7
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	2	1,7
Cadres	16	13,3
<b>Contrat</b>		
CDI	117	97,5
<b>Horaire de travail</b>		
Normal	78	65,0
Nuit uniquement	2	1,7
2 x 8	10	8,3
3 x 8	1	0,8
Autres (horaires décalés)	27	22,4

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon

71,7 % des travailleurs déclaraient que leur travail occupait une place bénéfique ou plutôt bénéfique dans leur équilibre personnel.

### II.3.1.2 Caractéristiques des arrêts de travail de la population étudiée

L'état dépressif isolé ou associé à une comorbidité était le motif le plus souvent retrouvé (73,3%).

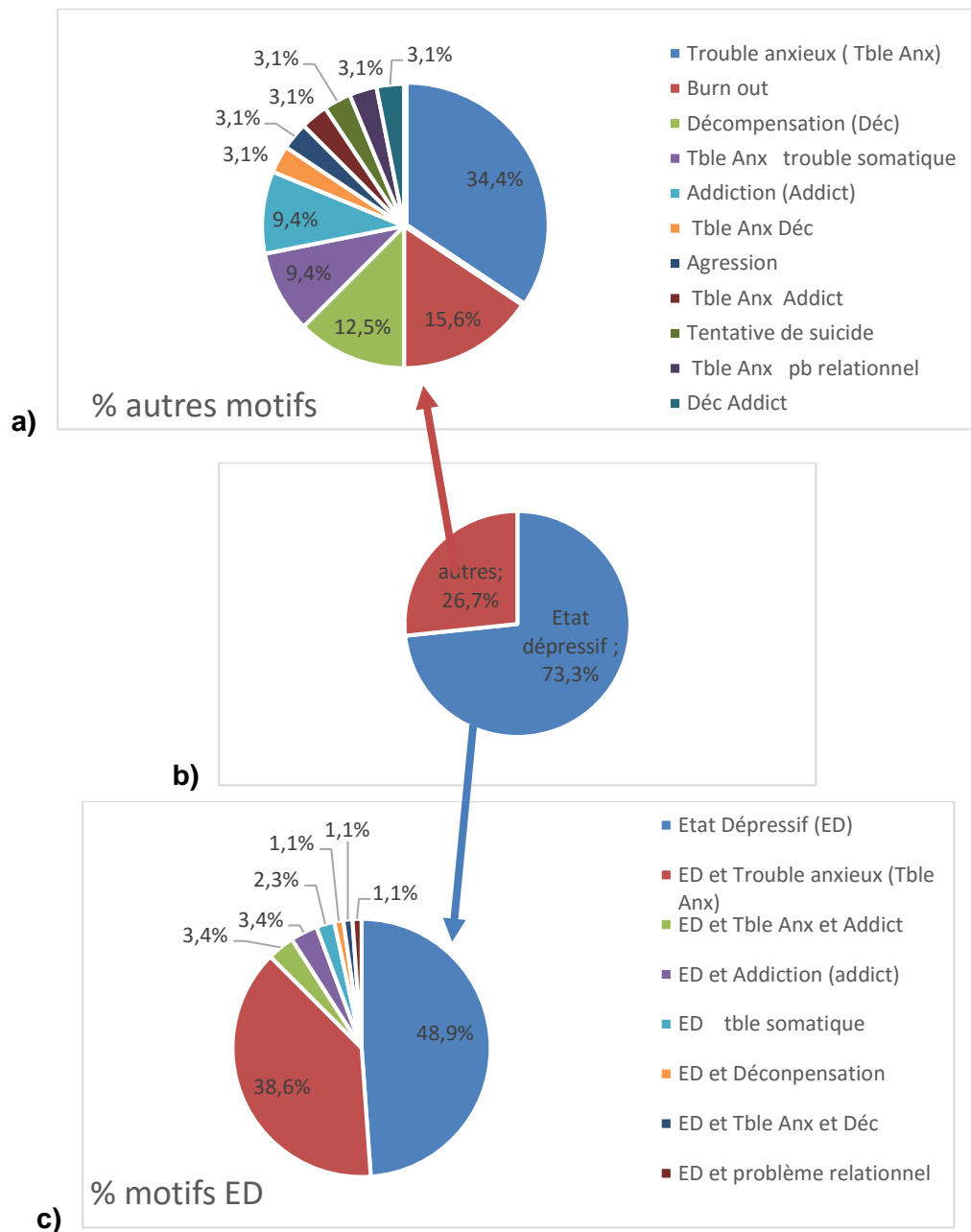


Figure 8 a) Les motifs d'arrêt compris dans les « autres motifs » de l'échantillon b) Les motifs d'arrêt de travail de notre échantillon ; c) Etat dépressif isolé et les différentes comorbidités associées de notre échantillon



L'arrêt de travail de travail initial était prescrit dans 74,2 % (89/120) des cas par un médecin généraliste et 24,2 % (29/120) par un médecin psychiatre. Par la suite, 95% des travailleurs ont eu une prolongation de leur arrêt de travail ; le détail de cette prolongation est présenté dans le tableau 2.

Médecin ayant prolongé l'arrêt de travail	N	% population prolongée
Même médecin prescripteur que l'arrêt initial	70	61,4 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Généraliste initiateur</i></li> <li>• <i>Psychiatre initiateur</i></li> </ul>	63	55,3 %
	7	6,1 %
Un autre psychiatre	35	30,7 %
Un autre généraliste	6	5,3 %

Tableau 2 : médecins prescripteurs de la prolongation de l'arrêt de travail

L'arrêt de travail dans le sous-groupe « consultation de reprise » était arrivé à son terme. En revanche, l'arrêt de travail des personnes se présentant à la consultation de préreprise était encore en cours. La durée moyenne de l'arrêt de travail pour le sous-groupe « reprise » était de 268,5 jours (écart-type de 295 jours) et pour le groupe préreprise de 204,6 jours (écart-type de 220 jours).

Concernant la prise en charge médicale, 30,8 % des personnes en arrêt de travail ont été hospitalisées, les autres étaient prises en charge en ambulatoire (68,3%). A noter une donnée manquante. Nous avons constaté que les personnes ayant été hospitalisées avaient significativement plus d'antécédents psychiatriques (61%) que celles prises en charge en ambulatoire (34,9%) ( $p = 0,02$ ). Parmi celles qui étaient hospitalisées, 86,5% l'étaient au Centre Hospitalier Esquirol, 5,4% au Centre Hospitalier Universitaire et 8,1% en clinique.

96,2% des personnes interrogées avaient eu un traitement médicamenteux. Parmi elles, 92,2% le poursuivaient encore au moment de la consultation de préreprise ou de reprise.



## II.3.2. Exploration de la prise en compte par les médecins (généralistes ou psychiatres) de l'activité professionnelle des personnes en arrêt de travail pour problème de santé mentale

### II.3.2.1 Au moment de l'instauration de l'arrêt de travail

La majorité des travailleurs disaient avoir été interrogés sur leur activité professionnelle (92,5%). Les sujets abordés sont exposés dans le tableau 3.

	<b>N = 111</b>	<b>% des personnes ayant été interrogées sur le sujet</b>
Conditions de travail (pressions...)	73	89
Type d'emploi occupé (ouvriers, employés...)	87	78,4
Rapport avec l'entourage professionnel	75	67,5
Caractéristiques (horaires...)	73	65,8

Tableau 3 : questions abordées au sujet de l'activité professionnelle par le médecin généraliste ou psychiatre avec le travailleur

L'impact de l'état de santé sur le travail était légèrement moins évalué : 89,2% des travailleurs rapportaient avoir été questionnés à ce sujet. Le tableau 4 regroupe les sujets abordés.

	<b>N = 107</b>	<b>% des personnes ayant été interrogées sur le sujet</b>
Fatigue	85	79,5
Relationnel professionnel	84	78,5
Concentration	61	57
Capacité de réalisation de tâche	46	43
Capacité à maintenir le rythme de travail	44	41
Travailler en sécurité	34	32

Tableau 4 : questions abordées au sujet de l'impact de l'état de santé sur l'activité professionnelle par le médecin généraliste ou psychiatre avec le travailleur

L'impact du travail sur l'état de santé était pris en compte chez 85% des personnes interrogées, en particulier les éléments exposés dans le tableau 5.

Impact	N = 102	% des personnes ayant été interrogées sur le sujet
Charges de travail	73	71,5
Relation avec la hiérarchie	70	68,5
Contraintes horaires	54	53
Relations avec les collègues	51	50
Relations avec des personnes extérieures à l'entreprise	44	43,1
Cadence	43	42,1

Tableau 5 : questions abordées au sujet de l'impact de l'état de santé sur l'activité professionnelle par le médecin généraliste ou psychiatre avec le travailleur

### II.3.2.2 Au moment de la reprise

85% des travailleurs de l'échantillon déclaraient avoir évoqué la reprise durant l'arrêt de travail avec leur médecin de soins (psychiatre ou généraliste) mais moins de 80% considéraient que leur médecin de soins avait évalué leur capacité à reprendre. Pour seulement 45%, un aménagement de poste a été discuté.

Parmi les personnes se présentant à la consultation de reprise (69 individus sur les 120 interrogés), 65,2% avaient consulté leur médecin de soins à la fin de leur arrêt de travail. Et 69,5% avaient une consultation prévue avec leur médecin pour voir l'évolution de leur santé après leur reprise d'activité.



### II.3.2.3 Coordination médecin psychiatre ou généraliste et médecin du travail

59,2% des médecins de soins des travailleurs auraient proposé de contacter le médecin du travail. Mais seulement 33,3% des médecins du travail notaient avoir eu un contact avec eux lors de leur consultation de préreprise ou de reprise ( $p < 0.001$ ).

Parmi les 40 médecins du travail contactés, 57,5% l'étaient par un médecin psychiatre contre 37,5% par le médecin généraliste. Le sujet abordé prioritairement était la transmission d'informations médicales. (Tableau 6)

	<b>N = 40</b>	<b>% parmi les contacts</b>
Demande renseignements sur le poste	3	7,5 %
Sollicitation/aménagement de poste	11	27,5 %
Transmission/information santé, traitement, suivi	23	57,5 %
Avis concernant l'aptitude	5	12,5 %

Tableau 6 : motifs du contact médecin de soins / médecin du travail

Par ailleurs, 51,2% des personnes interrogées rapportaient que leur médecin de soins leur aurait évoqué la possibilité d'une consultation de préreprise.

Parmi les médecins du travail non contactés, les trois quarts auraient souhaité l'être (75%). Ils auraient souhaité échanger au sujet de la pathologie et de l'orientation la plus favorable au niveau professionnel. (Tableau 7)

	<b>N = 63</b>	<b>% parmi les non contactés et qui auraient souhaité l'être</b>
<b>Demande informations :</b>		
• pathologie	30	47,6 %
• traitement	19	30,2%
• suivi	22	34,9%
<b>Interactions santé et travail</b>	21	31,7%
<b>Discussion reprise</b>	34	52,4%

Tableau 7 : informations souhaitées par le médecin du travail

### II.3.3. Description du vécu du travailleur de l'instauration de l'arrêt de travail à la consultation de préreprise ou de reprise du médecin du travail

#### II.3.3.1 Au moment de l'instauration de l'arrêt de travail

La majorité des travailleurs étaient soulagés par la prescription d'un arrêt de travail. (Figure 9)

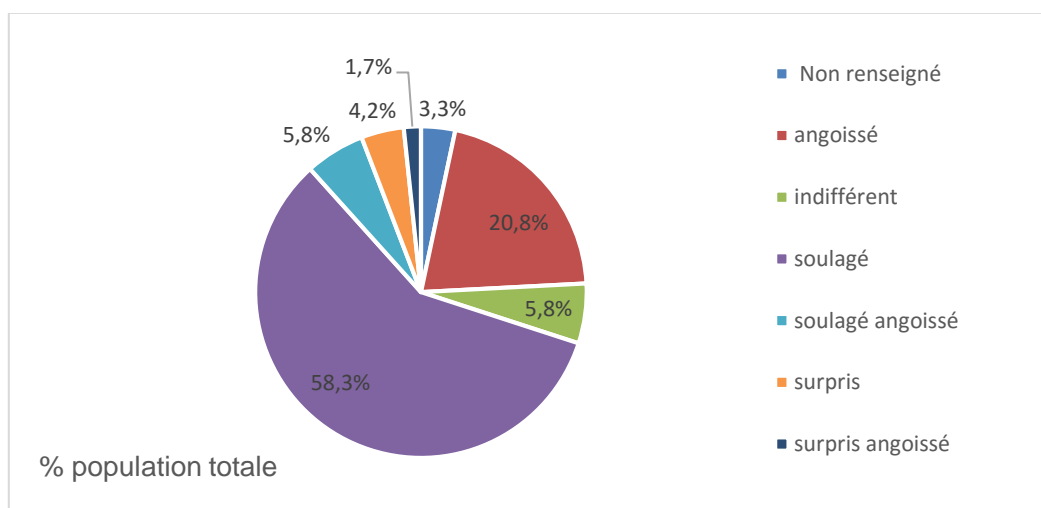


Figure 9 : ressenti du travailleur lors de l'instauration de l'arrêt de travail

95,8% des travailleurs considéraient que l'arrêt de travail était nécessaire. Pourtant 24,2% auraient souhaité travailler malgré leur problème de santé, pour différents motifs :

- pour des raisons financières (48,3%)
- comme échappatoire aux problèmes (44,9 %)
- du fait de leur poste à responsabilité à (31%).

#### II.3.3.2 Durant l'arrêt de travail

62,5% des travailleurs ont gardé un contact avec leur milieu professionnel. Parmi eux, 82,6% ont maintenu un contact avec leurs collègues, principalement par téléphone (85,3%).

Parmi ceux qui ont conservé des relations, 25% les caractérisaient de bénéfiques et 40,8% de plutôt bénéfiques. Seulement 7,9% parlaient d'un impact négatif et 21% d'un impact plutôt négatif. Les autres n'avaient pas d'opinion.

### II.3.3.3 Au moment de la consultation de préreprise ou de reprise du travail

Au moment de la visite de préreprise ou de reprise, nous nous sommes intéressés au ressenti des personnes interrogées. Les résultats sont exposés dans le tableau 8.

	Fréquence	Pourcentage
Ressenti concernant la durée de l'arrêt		
Non renseigné	10	10 %
<b>Correct</b>	<b>84</b>	<b>70,8 %</b>
Court	12	10 %
Long	12	10 %
Ressenti concernant l'état de santé		
Non renseigné	13	10,8%
Rétabli	7	5,8%
<b>En cours de rétablissement</b>	<b>60</b>	<b>50,0%</b>
Encore malade	40	33,3%
Ressenti concernant les capacités de travail		
NR	7	5,8
<b>Capable</b>	<b>59</b>	<b>49,2</b>
Incapable	54	45,0
Appréhension		
Non renseigné	8	6,7
Sans appréhension	11	9,2
<b>Avec appréhension</b>	<b>101</b>	<b>84,2</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tableau 8 : ressenti du travail au moment de la consultation de pré reprise ou de reprise

Les avis étaient clairement partagés en ce qui concerne leur ressenti sur leur capacité à reprendre. Si nous nous attardons sur le sous-groupe « consultation de reprise », une plus grande proportion (62,3%  $p < 0.001$ ) se sentait capable de reprendre.

Le retour au travail est source d'appréhension pour une grande partie de la population étudiée. Elle portait sur :

- l'état de santé (68,2%)
- le regard de l'entourage professionnel sur l'arrêt de travail (63,3%).
- la charge de travail (39,6%)
- le regard des autres sur la pathologie présentée (44,5%)
- la perte de compétence professionnelle (34,6%).



## II.3.4. Recherche de facteurs prédictifs de reprise (poste antérieur ou aménagé) lors de la consultation de reprise

### II.3.4.1 Conclusions de la consultation de reprise

Nous nous sommes intéressés uniquement aux travailleurs se présentant à la consultation de reprise soit 69 individus sur les 120 car la conclusion de cette consultation conduit à une décision de reprise effective ou non au travail défini. Afin d'avoir des groupes de taille plus importante, nous avons un groupe intitulé « Reprise » comprenant les personnes reprenant au poste antérieur ou sur un poste aménagé (Figure 10). Et par la suite, les personnes inaptes et les personnes prolongées seront réunies dans un groupe intitulé « Pas de reprise ».

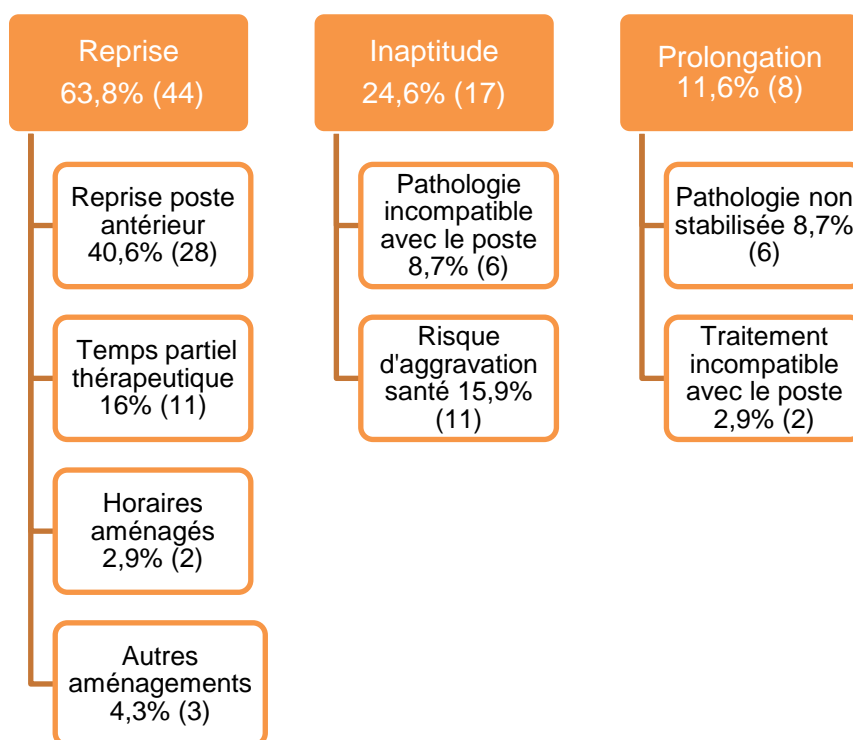


Figure 10 : conclusions de la consultation de reprise % (N/69)

### II.3.4.2 Caractéristiques individuelles dans les deux groupes « Reprise » et « pas de Reprise »

L'ensemble des caractéristiques sont détaillées dans le tableau 9 afin d'identifier les facteurs statistiquement significatifs et donc pouvant être un facteur favorisant de la reprise.

	Reprise % (N)	Pas de reprise % (N)	Total % (N)	P
<b>Sexe</b>				
Femme	33,3 % (23)	26,1 % (18)	59,4 (41)	0,109
Homme	30,4 % (21)	10,1 % (7)	40,6 (28)	
<b>Situation</b>				
Seul	26,1 (18)	18,8 (13)	44,9 (31)	0,373
Couple	37,7 (26)	17,4 (12)	55,1 (38)	
<b>Enfants à charge</b>				
Oui	36,2 (25)	15,9 (11)	52,2 (36)	0,306
Non	27,5 (19)	20,3 (14)	47,8 (33)	
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>				
Employés	42 (29)	23,2 (16)	65,2 (45)	0,597
Ouvriers	13 (9)	5,8 (4)	18,8(13)	
Professions intermédiaires	1,5 (1)	0 (0)	1,5 (1)	
Artisans	0 (0)	1,5 (1)	1,5 (1)	
Cadres	7,2 (5)	5,8 (4)	13 (9)	
<b>Antécédents</b>				
Antécédents psy	33,3 (23)	14,5 (10)	47,8 (33)	0,327
Antécédents hospitalisation psy	21,7 (15)	8,7 (6)	30,4 (21)	0,680

Tableau 9 : impact sur les conclusions de la consultation de reprise des caractéristiques personnelles

Les conclusions de la consultation du médecin du travail n'étaient pas modifiées de façon significative si le patient était hospitalisé durant l'arrêt de travail ( $p = 0,821$ ).

### II.3.4.3 Vécu du travail

La comparaison des groupes « Reprise » et « Pas de reprise » concernant le vécu du travailleur de l'instauration de l'arrêt à la consultation de reprise permet de faire ressortir des facteurs favorisant la reprise. Les résultats sont détaillés dans le tableau 10.

	Reprise % (N=44)	Pas de reprise % (N=21)	Total % (N=69)	P
<b>Vécu du travail avant le problème de santé mentale *</b>				
Positif	56,5 (39)	18,7 (13)	75,4 (52)	<b>0,008</b>
Négatif	7,2 (5)	13 (9)	20,3 (14)	
<b>Volonté de travail malgré l'arrêt</b>				
Oui	20,3 (14)	8,7 (6)	29 (20)	0,586
Non	42 (29)	24,6(17)	66,6 (46)	
<b>Contact professionnel</b>				
Contact	39,1 (27)	21,7 (15)	60,9 (42)	0,911
Pas contact	24,6(17)	14,5(10)	39,1 (27)	
Impact positif	33,3 (23)	8,7 (6)	42 (29)	0,001
Impact négatif	2,9 (2)	13(9)	15,9 (11)	
<b>Ressenti au moment de la reprise</b>				
<u>Maladie</u> : **				**
rétabli	4,3 (3)	1,4(1)	5,8 (4)	
en cours de rét. encore malade	46,4 (32) 13,0 (9)	10,1 (7) 20,3 (14)	56,5 (39) 33,3 (23)	
<u>Capacité reprise</u> :				<b>&lt;0,001</b>
capable incapable	56,5 (39) 7,2 (5)	5,8 (4) 30,4 (21)	62,3 (43) 37,7 (26)	
<u>Appréhension reprise</u>	52,2 (36)	31,8 (22)	84,1 (58)	0,154

Tableau 10 : impact sur les conclusions de la consultation de reprise du vécu du travailleur de son arrêt de travail



\* « Pas de reprise » regroupe prolongation et inaptitude. 56,5% des travailleurs qui considéraient leur activité professionnelle comme positive avant les problèmes de santé mentale reprenaient et 4,3% étaient prolongés ( $p = 0,013$ ). Il n'est pas retrouvé de différence significative entre reprise et inaptitude ou prolongé et inaptitude.

\*\* entre rétabli et en cours de rétablissement ( $p = 0,576$ ) ; entre rétabli et encore malade ( $p = 0,216$ ) ; entre en cours de rétablissement et encore malade ( $p = 0,001$ )

#### **II.3.4.4 Coordination médecin de soins et médecin du travail**

15,9% des médecins du travail qui avaient un contact avec le médecin généraliste ou psychiatre du travailleur concluaient à une reprise et 20,3% dans les mêmes circonstances concluaient à une non reprise ( $p = 0,011$ ).

Lorsque les médecins se contactaient au sujet du travailleur, 20,3% étaient déclarés inaptes et aucun n'avait son arrêt de travail prolongé ( $p < 0,001$ ). Dans le même cas de figure, 15,9% reprenaient leur poste et aucun n'était prolongé ( $p = 0,127$ ).

A l'inverse, en l'absence de contact, 47,8% reprenaient leur activité professionnelle et 4,3% étaient déclarés inaptes ( $p < 0,001$ ).



## II.4. Discussion

Le cumul et le ressenti des composantes positives du travail ou au contraire des contraintes professionnelles constituent des déterminants de la santé mentale de la personne (98). Rechercher l'ensemble de ces éléments semble donc important pour réaliser une prise en charge holistique des patients.

Notre étude a montré que le sujet du travail était abordé de façon quasi systématique mais de façon parcellaire. Elle a également mis en évidence un manque de coordination et de communications entre les différents médecins. Par ailleurs, elle fait ressortir qu'un vécu positif de son travail par le travailleur avant l'arrêt, un maintien de relations socioprofessionnelles de qualité et l'évaluation positive de ses capacités de travail sont des facteurs favorisant la reprise d'une activité professionnelle.

### II.4.1. Discussion des résultats et littérature

#### II.4.1.1 Caractéristiques de la population et de l'arrêt de travail

##### II.4.1.1.1. Caractéristiques sociodémographique

En comparant notre population à la littérature, nous constatons un certain nombre de similitudes mais également quelques discordances.

Le sexe : la proportion homme-femme est identique à celle d'une étude australienne rétrospective de cohorte concernant les facteurs de retour au travail chez des travailleurs en arrêt de travail pour raison de santé mentale, avec 56% de femmes (99).

L'âge : la tranche d'âge 30-60 ans est majoritairement représentée. Cette tranche d'âge correspond à celle de la population active. Dans l'étude australienne citée précédemment, la moyenne d'âge était similaire à la nôtre, soit 44 ans.

Le statut marital est relativement représentatif de la population de la Haute-Vienne (100). Cependant, les personnes veuves étaient sous-représentées dans notre échantillon. Cette différence est due au fait que seules les personnes actives et donc de moins de 65 ans étaient recrutées. Si nous nous comparons à l'échantillon de l'étude canadienne de St Arnaud

et al., nous constatons des pourcentages similaires soit environ la moitié de la population en couple et la même proportion avec des enfants à charge.

Les antécédents médicaux : dans une étude quantitative de St Arnaud et al, 35% de leur population présentaient des épisodes psychiatriques antérieurs. La population étudiée était issue du secteur public.

Dans notre étude, nous trouvons un pourcentage légèrement plus important, soit 42,5%, d'antécédents psychiatriques. A l'inverse de l'étude de St Arnaud, notre population est essentiellement issue du secteur privé. Nous pouvons nous demander si cette différence est à l'origine du pourcentage plus important d'antécédents psychiatriques.

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée est celle des employés. Il en est de même dans la population générale mais en proportion moindre (29,1% vs 65,8%). Comme nous le constatons dans les tableaux 11 et 12, dans la population générale de la Haute-Vienne, les professions intermédiaires arrivent en seconde position, alors que dans notre échantillon, nous en comptons uniquement 1,7%. Nous remarquons également que notre échantillon ne comprend aucun agriculteur et peu d'artisan. Ces constats peuvent s'expliquer par le mode de recrutement : les travailleurs issus pour la plupart du régime général de la sécurité sociale ont été recrutés principalement dans des entreprises privées par le biais des médecins du travail participants. Les travailleurs artisans, du secteur public et agricoles ne sont donc pas ou sous-représentés. Or, les professions intermédiaires, les artisans et les agriculteurs appartiennent à ces deux milieux professionnels.

Les résultats obtenus sont donc partiellement représentatifs de la population générale de la Haute-Vienne et ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble des catégories socioprofessionnelles. Afin d'avoir un échantillon plus représentatif, nous avons essayé de faire participer la majorité des médecins du travail de Haute Vienne mais pour des questions d'organisation, nous n'avons pas pu le réaliser.



## EMP T7 - Emplois par catégorie socioprofessionnelle en 2010

	Nombre	%
Ensemble	150 227	100,0
Agriculteurs exploitants	4 748	3,2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	9 463	6,3
Cadres et professions intellectuelles sup.	18 866	12,6
Professions intermédiaires	38 753	25,8
Employés	43 739	29,1
Ouvriers	34 658	23,1

Source : Insee, RP2010 exploitation complémentaire lieu de travail.

Tableau 11 : population de la Haute Vienne

	Fréquence	Pourcentage
<b>Employés</b>	79	65,8
<b>Ouvriers</b>	21	17,5
<b>Professions intermédiaires</b>	2	1,7
<b>Artisans, commerçants, chefs d'entreprise</b>	2	1,7
<b>Cadres</b>	16	13,3
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tableau 12 : Population de notre étude

Le département santé et travail de l'Institut de veille Sanitaire (InVS) a eu l'opportunité de prendre en charge l'analyse de la santé mentale selon ses caractéristiques professionnelles, à travers un échantillon de 900 individus. Cette analyse intitulée « Santé mentale en population générale : images et réalités » a permis d'avoir un premier état des lieux français des troubles de santé mentale selon l'activité professionnelle. Elle a démontré une association entre une fréquence élevée de troubles mentaux et des niveaux professionnels faibles tels que les ouvriers ou les employés. Dans leur discussion, les auteurs soulignent que ces inégalités selon la catégorie socioprofessionnelle (CSP) étaient peu retrouvées dans la littérature internationale car cet indicateur de situation sociale était peu utilisé dans la plupart des pays.

Néanmoins, une étude rétrospective de cohorte réalisée en 2001 a mis en évidence le fait que les salariés qui appartenaient aux catégories socioprofessionnelles les plus basses étaient plus fréquemment exposés à des conditions psychosociales au travail défavorables (40). Une autre étude souligne que le manque d'autonomie, de reconnaissance au travail, concernaient davantage les ouvriers et à moindre échelle les employés (101). Nous pouvons supposer que cette surreprésentation de ces CSP est en partie liée à avec une exposition plus importante à certains risques psycho sociaux.

Le type de contrat : parmi les 1850 personnes en arrêt de travail pour raison de santé mentale ayant répondu aux questionnaires dans l'étude de St Arnaud et al, 91,8% avaient un travail permanent (équivalent CDI). Dans notre étude, une fois encore, la proportion est légèrement plus importante avec 97,5%. Cette majorité de personnes en contrat à durée indéterminée (CDI) était également constatée dans l'étude de l'InVS (102).

Les horaires de travail : les horaires de travail sont compatibles avec les catégories socio professionnelles étudiées.

#### II.4.1.1.2. L'arrêt de travail

Le motif principal d'arrêt de travail dans notre étude est la dépression seule ou associée à une comorbidité (73,3%). La forte prévalence de cette pathologie concorde avec les chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Dans différents rapports sur la santé dans le monde, l'OMS dénombre 450 millions de personnes souffrant de dépression et considère que d'ici 2020 elle sera l'affection qui entraînera le plus gros coût de santé et d'ici 2030 elle sera la première cause d'incapacité dans le monde. En France, selon une étude de l'INPES, la dépression concernerait plus de 3 millions de personnes. Sa prévalence en 2010 était de 7,5% de la population générale entre 15 et 85 ans (103).

2010	Ensemble (en %)	Hommes (en %)	Femmes (en %)
Total 15-75 ans	7,8 %	5,6 %	10,0 %
15-19 ans	6,4 %	3,7 %	9,3 %
20-34 ans	10,1 %	7,0 %	13,2 %
35-54 ans	9,0 %	7,3 %	10,7 %
55-75 ans	4,7 %	6,2 %	6,6 %

Tableau 13 : prévalence de l'épisode dépressif caractérisé en population générale en France (Baromètres Santé 2010)

Les pathologies majoritairement retrouvées sont regroupées sous le terme de « troubles mentaux transitoires », que nous avons détaillés précédemment : 73,3% d'état dépressif (isolés ou associés à une comorbidité), 45,8% de troubles anxieux (isolés ou associés à une comorbidité). N'ayant pas l'ensemble des éléments cliniques, il est difficile de



poser le diagnostic de trouble de l'adaptation mais certaines personnes ayant déclaré comme motif une difficulté relationnelle ou une agression pourraient entrer dans cette catégorie.

Le recueil des motifs de l'arrêt de travail était basé sur le déclaratif. Il est possible que certaines pathologies, dont la pathologie addictive, aient été sous-déclarées, du fait d'un caractère stigmatisant et de possibles conséquences professionnelles. Il est également possible que les travailleurs n'aient pas évoqué la problématique à cause d'un déni des troubles souvent associé dans la pathologie addictive.

Le médecin initiateur de l'arrêt de travail était dans 74,2 % des cas le médecin généraliste. Ce résultat était attendu car le médecin généraliste est le premier interlocuteur médical. Par ailleurs, il assure le suivi de ses patients souvent depuis plusieurs années. Il existe donc une relation de confiance qui rend plus facile l'abord de tous les sujets sans crainte d'être jugé ou stigmatisé.

D'après une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, le médecin généraliste est le premier professionnel consulté en cas de problème de santé mentale, loin devant les psychiatres et les psychologues (104). Cette même étude souligne également les difficultés d'accessibilité au médecin psychiatre. En Limousin la densité médicale des psychiatres en 2008 était de 17,87 psychiatres pour 100 000 habitants tandis que la moyenne nationale était alors de 22,27 psychiatres pour 100 000 habitants (105).

Prolongation d'arrêt de travail : la forte proportion de personnes prolongées était également un résultat attendu. La compréhension des évolutions possibles de la dépression, motif d'arrêt le plus représenté dans notre étude, permet d'expliquer la nécessité d'un arrêt maladie relativement long. En effet, l'évolution spontanée de la dépression est l'amélioration clinique dans 80% des cas, la durée de l'épisode dépressif pouvant alors varier de plusieurs semaines à plusieurs années mais est en moyenne de six à douze mois (106). Il est donc difficile de prévoir, lors de l'instauration, le temps nécessaire de l'arrêt. Il pourra être souvent nécessaire de le prolonger. Il en est de même pour les autres pathologies psychiatriques.

La prolongation de l'arrêt de travail, tout comme l'arrêt initial et pour les mêmes raisons, était prescrit par un médecin généraliste. Néanmoins nous remarquons une augmentation de prescriptions d'arrêts par les psychiatres. Cela résulte soit d'une hospitalisation en psychiatrie soit d'un recours à un médecin psychiatre pour la poursuite des soins spécifiques. Le non

recours au médecin psychiatre peut parfois s'expliquer par des délais d'obtention de consultation important. 79% des médecins généralistes interrogés au cours d'une enquête mettent en avant cette raison pour expliquer le non recours au médecin psychiatre (104).

La durée moyenne des arrêts de travail était d'environ 9 mois, soit supérieure à celle retrouvée dans une étude canadienne portant sur 2000 travailleurs qui s'étaient absentés en raison d'un problème de santé mentale. La durée moyenne était alors de 6 mois pour ceux qui avaient repris leur activité, de 7 mois pour ceux qui étaient encore en arrêt au moment du questionnaire. Ce profil d'absence va dans le sens des travaux de Conti et Burton qui ont montré que les problèmes de santé mentale entraînent généralement de longues périodes d'invalidité en plus de compter un risque élevé de rechute (107).

La prise en charge, dans notre étude, se fait en majorité en ambulatoire. Ce constat est concordant avec les dernières recommandations françaises datant de 2002 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ( ANAES, organisme remplacé par la Haute Autorité de Santé) (108) et 2006 de par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSaPS) à propos de la dépression mais également de la majorité des autres pathologies répertoriées dans notre questionnaire.

Notre population était dans sa quasi-totalité sous traitement médicamenteux. En revanche, nous ne savons pas si les travailleurs ont bénéficié d'une psychothérapie. St Arnaud et al. ont fait un constat similaire. Les travailleurs en arrêt ont majoritairement recours à des traitements de nature pharmacologique ou psychothérapeutique (5,56). Ces traitements sont parties prenantes du processus et ont fait l'objet de nombreuses études au cours des dernières années (76,77,109).

#### **II.4.1.2 Prise en compte par les médecins (généralistes ou psychiatres) de l'activité professionnelle des personnes en arrêt de travail pour problème de santé mentale**

Pour rédiger l'auto-questionnaire, nous avons utilisé la trame du « processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle » décrit par St Arnaud et al. . Ainsi, nous avons pu aborder l'ensemble des étapes de ce processus en nous focalisant plus particulièrement sur la sphère professionnelle.

Selon cette étude canadienne, rares étaient les personnes pour qui la restauration des capacités s'était organisé dans une démarche qui intégrait l'organisation du travail (5). A travers le point de vue des travailleurs, nous avons voulu analyser ce constat. L'une de nos hypothèses était que les médecins généralistes ou psychiatres n'avaient qu'une connaissance parcellaire de l'activité professionnelle de leur patient. Afin de combler ces lacunes, les médecins de soins doivent donc interagir avec les médecins du travail.

- **Interrogation par le médecin généraliste ou psychiatre concernant l'activité professionnelle et ses interactions possible avec la santé mentale**

Comme nous l'avons vu précédemment, s'intéresser à l'environnement professionnel du travailleur d'avant son arrêt, permet d'identifier les facteurs délétères sur le plan mental et ainsi d'adapter la prise en charge pour permettre un retour au travail réussi (70).

Dans notre étude, lors de l'instauration de l'arrêt de travail, les interrogations sur l'activité professionnelle en elle-même et ses interactions avec le problème de la santé mentale ont été globalement bien évaluées.

92,5% des travailleurs affirmeraient avoir été interrogés sur leur activité professionnelle au moment de l'instauration de l'arrêt de travail. Dans cette enquête de l'INPES (91), près de huit médecins sur dix (78%) déclarent interroger fréquemment (« assez souvent » à « très souvent ») leurs patients sur leurs conditions de travail actuelles en dehors de tout problème de santé. Nous pouvons supposer que du fait de l'instauration de l'arrêt de travail, une part plus importante de médecins interroge sur l'activité professionnelle.

Au sujet de l'impact de la santé mentale sur le travail, les notions les moins développées étaient les répercussions directes sur le travail telles que la réalisation de la tâche, le maintien de la cadence. Le faible résultat de l'interrogation sur le fait de travailler en sécurité peut s'expliquer par une méconnaissance des postes dits « de sécurité ». Il aurait pu être intéressant de regarder si les individus travaillant à un poste de sécurité étaient interrogés à ce sujet. En effet, une vigilance accrue est nécessaire pour ces patients, en particulier dans le choix du traitement (molécule, posologie, horaire d'administration). Si le traitement ne semble pas compatible avec l'activité professionnelle du travailleur, des solutions doivent être rapidement envisagées (adaptation des horaires de travail, reclassement...). La consultation de préreprise prend tout son sens dans ce type de situation complexe.



Dans la première partie, nous avons évoqué une pathologie en lien direct avec le travail : le burnout. Si nous nous attardons sur un questionnaire (annexe 5) l'évaluant : le MBI (Maslach Burnout Inventory) (110), nous remarquons que les questions concernant les interactions avec l'entourage professionnel sont nombreuses. Dans notre étude, l'existence de relations avec la hiérarchie sont davantage recherchées (68,5%) que les relations avec les collègues (50%) ou les personnes extérieures à l'entreprise (43%). Nous constatons également que cette problématique est amplement développée dans le questionnaire de Karasek (annexe 4) (111), qui recherche les risques psycho sociaux.

Une période de transition existe entre la période où le travailleur envisage la reprise et le retour au travail. Elle débute lorsque les personnes commencent à entrevoir une amélioration clinique. D'ailleurs, Bernier (78) avait nommé cette étape « l'exploration des possibles » pour distinguer le moment où les travailleurs font l'inventaire des opportunités qui s'offrent à eux avant de reprendre leur activité professionnelle. Ce moment semble opportun pour intervenir car il ne se situe pas trop tôt dans le processus et les travailleurs sont réceptifs à l'aide qui peut leur être offerte. D'ailleurs, dans une étude sur la conception et l'implantation d'un programme intégré de soutien au retour au travail, une période est dédiée à l'accompagnement du travailleur et à l'identification d'obstacles et de leviers pour le retour au travail (112).

Dans notre étude, lors de cette période, le sujet de la reprise a été évoqué la plupart du temps. Néanmoins, il semblerait que l'évaluation des capacités de travail ne soit pas systématique comme on pourrait s'y attendre à l'approche de la reprise d'une activité professionnelle. Les chiffres sont à modérer car ils reflètent uniquement la vision du travailleur ; nous n'avons pas le point de vue du médecin.

L'encadrement et l'accompagnement au moment de la reprise restent limités ; moins des trois quarts de la population a eu une consultation au moment de la reprise et la même proportion avait une consultation prévue après la reprise. Nous pouvons nous interroger sur cette faible proportion, en sachant que la reprise correspond une étape importante dans le processus de guérison.



- **La coordination médecin généraliste ou psychiatre et médecin du travail**

Que la pathologie à l'origine de l'arrêt de travail soit ou non liée au travail, elle peut induire du fait de ses répercussions, une situation d'arrêt. Le médecin généraliste ou psychiatre a un rôle important pour orienter les patients vers le médecin du travail, lequel a un rôle pivot dans les enjeux de maintien dans l'emploi.

Les médecins généralistes ou psychiatres ont en principe une bonne connaissance des problèmes de santé mentale pour lesquelles ils ont prescrit un arrêt de travail. Ils sont chargés d'orienter leurs patients dans le système de soins mais aussi sur un plan social. Ils devraient jouer également un rôle important dans l'évocation du lien entre maladie ou symptômes et activité professionnelle. Cependant, ils ne disposent pas toujours d'éléments précis sur la nature des tâches accomplies par leurs patients dans le cadre de leur travail : il peut leur être difficile d'apprécier le retentissement des problèmes de santé sur les capacités de travail exigées par le poste. Afin d'apporter une prise en charge holistique du patient, un contact avec le médecin du travail peut utilement être recherché.

Dans notre étude, 51,2% des personnes avaient évoqué le fait d'avoir été informées de la possibilité d'une consultation de reprise du travail.

44% médecins du travail (91) dans l'étude de l'INPES déclarent être sollicités par les médecins généralistes au sujet des consultations de reprise, toutes pathologies confondues. 29% des médecins du travail déclarent également avoir été sollicités pour le stress ou la dépression d'un patient. La même proportion dit avoir été interpellée pour donner un avis concernant l'aptitude du travailleur, toutes pathologies confondues. Dans notre étude, 15% des médecins du travail déclaraient avoir été sollicités à ce sujet. L'écart de résultat peut s'expliquer par le fait que nous nous sommes attachés uniquement aux problèmes de santé mentale.

Seulement un tiers (33%) des médecins du travail ont été contactés par les médecins généralistes ou psychiatres. Pourtant 59,2% des personnes déclaraient que leur médecin leur avait proposé de contacter le médecin du travail. Nous pouvons peut-être justifier cet écart par un refus de cette intervention par certains travailleurs.

Le faible pourcentage de contact entre médecin généraliste ou psychiatre et médecin du travail peut être secondaire à plusieurs freins, le principal étant probablement la



méconnaissance de la pratique des médecins du travail (secret médical, indépendance...). Nous avons déjà abordé cette notion dans la première partie.

Selon l'étude de l'INPES, deux tiers (65 %) des médecins du travail se sentent incompris des généralistes. Ces résultats sont probablement révélateurs de ce que les médecins du travail ne se sentent pas suffisamment consultés par les généralistes. Par ailleurs, des opinions négatives des médecins généralistes sur l'indépendance des médecins du travail persistent : 58 % des généralistes se sont déclarés plutôt méfiants à l'égard de l'indépendance des médecins du travail ; une relation de méfiance également ressentie par un médecin du travail sur deux. Ce type de perception peut trouver son origine dans le positionnement du médecin du travail hors du milieu de soins et proche des entreprises. Le travailleur peut aussi ne pas percevoir l'intérêt de ce contact et en dissuader le médecin de soins, par crainte d'une part de la perte de son emploi et par crainte d'autre part d'une mauvaise perception de la pathologie mentale. Les travailleurs peuvent aussi méconnaître le rôle du médecin du travail.

#### **II.4.1.3 Vécu de l'arrêt de travail de l'instauration à la consultation de préreprise ou de reprise**

- **Avant l'arrêt de travail et les problèmes de santé mentale**

71,7% de notre échantillon considéraient leur travail comme étant un élément bénéfique pour leur équilibre psychique, avant la survenue de leur problème de santé mentale. Dans le travail de St Arnaud et al, 68% des personnes étudiées occupaient leur emploi depuis au moins 10 ans. Ce résultat laisse supposer que la grande majorité de leur population était bien intégrée dans ses activités professionnelles avant la survenue du problème de santé mentale.

Le travail apparaît donc comme un élément bénéfique au fonctionnement antérieur. Nous pouvons de ce fait envisager le travail lorsqu'il est bénéfique comme un levier positif dans le processus thérapeutique de guérison. Dans le cas contraire, il semble important d'identifier les éléments délétères afin d'apporter des aménagements. Dans les deux situations, nous soulignons l'importance d'interroger le patient à ce sujet.



- **Au moment de l'instauration de l'arrêt de travail**

Le soulagement prédominait dans notre étude au moment de l'instauration de l'arrêt de travail. Le travailleur a parfois attendu longtemps avant de parler de cette problématique à son médecin. Dans l'étude canadienne, les travailleurs décrivaient souvent un sentiment de fatigue et des difficultés de concentration anciennes. Les personnes atteintes espéraient souvent l'éliminer par l'arrivée des vacances ou encore par quelques journées de repos. Mais souvent vient un temps où ces périodes de répit ne permettent plus de récupérer, la fatigue s'accumule et un profond sentiment d'épuisement se fait ressentir. Malgré l'évidence des signes et des symptômes avant-coureurs, certains employés éprouvent beaucoup de difficultés à réaliser l'ampleur du problème. La consultation avec le médecin de soins permet de donner du sens à la symptomatologie et à leurs difficultés. Comme nous l'avons dit précédemment, cette étape indique de façon officielle le moment où l'on considère que l'atteinte des capacités fonctionnelles de la personne est d'une telle intensité que la personne n'est plus en mesure de poursuivre son travail. La reconnaissance de la problématique permet une acceptation de la pathologie.

Un quart des personnes interrogées auraient souhaité maintenir une activité professionnelle malgré leur problème de santé mentale. Parmi elles, la moitié le voulait car leur travail était une échappatoire à leur situation médicale. Nous supposons donc que l'environnement professionnel n'était pas à l'origine de leur problème de santé. Dans l'étude de St Arnaud et al. 8,9% de personnes ont considéré des problèmes personnels comme premiers responsables à leur problème de santé et à leur arrêt.

- **Durant l'arrêt de travail**

Durant l'arrêt de travail, 62,5% de la population maintenaient le contact avec le milieu professionnel, parmi lesquels 65,8% le considéraient comme ayant un impact bénéfique ou plutôt bénéfique. Une méta-analyse confirme l'impact positif de ces relations (70). Durant cette période, le support social montre que le travailleur est respecté et regretté. Les collègues et la hiérarchie doivent le soutenir. Selon cette méta-analyse le maintien des relations serait encore un phénomène rare ou, lorsqu'il existe, il aurait pour but d'obtenir des informations concernant la pathologie. Ce phénomène pourrait expliquer les impacts négatifs rapportés par les autres travailleurs interrogés.

Ainsi l'avis de l'entourage professionnel aura un effet marquant sur le processus de rétablissement et sur le retour au travail (54). Ce constat est confirmé par notre étude, la majorité des personnes qui se sentaient capable de reprendre avaient maintenu des relations de qualité avec le monde professionnel. A l'inverse, ceux qui n'avaient pas entretenu de relation ou qui avaient conservé un lien mais de mauvaise qualité, se sentaient incapables de reprendre.

- **Au moment de la consultation de pré reprise ou de reprise**

La majorité des personnes interrogées appréhendaient un éventuel retour au travail. Il en était de même dans l'étude canadienne citée précédemment. Ce résultat pouvait être prévisible : l'association de la rupture prolongée avec le monde du travail et une pathologie ayant été à l'origine d'une perte de capacité fonctionnelle sont déstabilisantes et engendrent l'appréhension au moment de la reprise. 63,3% des personnes redoutaient le regard de leur entourage professionnel sur leur arrêt de travail.

Ainsi selon Dejours (113), la santé mentale au travail ne peut se concevoir uniquement comme une construction strictement individuelle. La santé, comme la maladie, s'apprennent et demeurent fondamentalement attachées à la qualité de l'engagement du sujet dans sa relation à l'autre. Dejours souligne donc l'importance de la dynamique des rapports sociaux de travail comme vecteur de construction identitaire et de défense de la santé. Dans cette perspective, le travail de restauration de la santé et de la capacité de travail passerait par la reconstruction du sens et du lien au travail, entendu ici par le lien à l'autre. Ce lien ne peut être rétabli que sur la base d'une clinique qui permet un travail d'élaboration sur le vécu subjectif du travail.

Il est donc primordial d'interroger les travailleurs en arrêt de travail sur les différents sujets, bien en amont de la reprise, afin de préparer et d'améliorer si besoin les conditions de travail.





#### **II.4.1.4 Facteurs favorisant la reprise ou non de l'activité professionnelle lors de la consultation de reprise**

Dans l'étude de St Arnaud et al., 68,9% des personnes interrogées reprenaient leur activité et 31,1% au contraire ne la reprenaient pas, dont 16,2% étaient considérées inaptes (114). Ces résultats sont relativement similaires aux nôtres puisque, lors de la consultation de reprise, 63,8% reprenaient, tandis que 36,2% ne retournaient pas au travail, dont 24,6% étaient déclarées inaptes. En comparant les 2 groupes « reprise » et « non reprise », nous avons cherché à déterminer des facteurs favorisant ou non la reprise ou la non reprise.

##### **II.4.1.4.1. Les facteurs non favorisants**

Nous regroupons sous cette appellation l'ensemble des éléments qui ne sont pas liés significativement aux conclusions de la consultation de reprise.

- **Les caractéristiques individuelles**

Le sexe féminin ressortait comme étant un facteur favorisant du retour au travail. Les auteurs canadiens l'expliquaient par un soutien social plus important chez les femmes, ainsi qu'un recours plus rapide aux aides, comparativement aux hommes. St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse et Darsigny (75) montrent que 66,2% des sujets ayant participé à l'étude sont des femmes et parmi elles 73,8% sont revenues. La population comprenait 33,8% d'hommes et 64,2 % ont réintégré le travail. Nous pouvons expliquer ces différences du fait de la taille de notre échantillon mais également par le contexte socioculturel. Les deux études ont été réalisées à une vingtaine d'années d'intervalles ; la société a donc évolué.

L'âge est également un critère sur lequel les 2 études diffèrent. L'aspect sociétal peut également expliquer la différence. Nous avons également une répartition inégale de nos effectifs entre les tranches d'âge. A la lumière de leur recherche, P. Nystuen, KB. Hagen et J. Herrin concluent que plus la personne avance en âge, plus son retour au travail prend du temps (115). Qui plus est, la proportion d'individus retournant au travail après une période d'arrêt causée spécifiquement par des problèmes de santé mentale diminue sensiblement au fur et à mesure qu'avance leur âge. Cette seconde conclusion, DJ. Pluta et MP. Accordino

(116) l'expliquent en bonne partie en fonction de la perception des travailleurs plus âgés ; ces derniers conçoivent qu'ils sont en droit de recevoir des prestations de la part de leurs assureurs car ils ont cotisé plus longtemps que leurs cadets aux assurances et avantages sociaux rattachés à leur emploi. Les travailleurs plus âgés utilisent par ailleurs les diverses prestations auxquelles ils sont éligibles, notamment celles qui sont relatives aux incapacités et invalidités, afin de prendre une retraite anticipée. L'ensemble de ces conclusions ne sont pas transposables à notre étude car le système de soins évoqué correspond au système canadien et non français.

Le statut marital : l'étude de St-Arnaud et al. (54) explore de façon quantitative l'impact de la présence d'un conjoint sur le retour au travail des travailleurs ayant été en congé maladie à la suite de problèmes de santé mentale. Au terme de leurs conclusions, ils allèguent que le présent déterminant ne possède pas d'impact significatif.

Par ailleurs, l'étude de Pluta et Accordino (116) stipule que, selon leurs résultats quantitatifs, la situation de famille des travailleurs n'est statistiquement pas significatif. Les résultats de ces deux études sont similaires aux nôtres.

Le statut socioprofessionnel, aucune catégorie socio professionnelle ne semble être un facteur favorisant d'une reprise. Nous n'avons pas retrouvé de résultat à ce sujet dans la littérature ; la plupart des études abordant une catégorie socioprofessionnelle particulière, il n'existe pas de comparaison.

- **Le vécu de l'arrêt de travail**

La volonté de travail malgré les problèmes de santé n'est pas associée à un plus grand nombre de reprises que les autres. Nous aurions pu nous attendre à un tel résultat car ces individus semblaient avoir un attachement au travail plus important que d'autres personnes.

L'appréhension du retour au travail était majoritairement représentée, mais elle n'influe pas sur la conclusion. Nous aurions pu penser que l'appréhension aurait pu favoriser la non reprise mais même dans le cadre de la reprise, l'appréhension était présente. Nous

avons expliqué précédemment les raisons de cette appréhension. Cette dernière est incluse dans le processus de guérison normal lors de la reprise de l'activité professionnelle.

#### **II.4.1.4.2. Les facteurs favorisants**

- **Le vécu du travailleur**

Le ressenti positif ou négatif du travailleur, que ce soit à propos de son état de santé ou de ses capacités, ressort comme un facteur favorisant de reprise ou de non reprise lors de la consultation de reprise. Nous n'avons pas apparié nos variables, il peut donc y avoir des biais de confusion.

L'analyse quantitative de l'étude de St Arnaud et al. avait permis aux auteurs de faire le lien entre le ressenti de l'état de santé et la difficulté de retourner au travail (114). Parmi les personnes qui étaient toujours absentes, plusieurs ont prétexté d'une santé trop précaire. L'analyse qualitative de cette même étude indique qu'il y a une proportion plus importante de personnes qui se perçoivent en moins bon état de santé parmi celles qui n'ont pas effectué un retour au travail. D'autres études corroborent ces résultats, dont celle de Post et al. (73) Cette dernière traite de la perception de sa propre santé par l'individu lui-même ; cette recherche identifie un certain lien entre l'évaluation personnelle en question et le retour au travail de travailleurs en congé maladie de longue durée. Ainsi, selon l'étude en question, les travailleurs aux prises avec des problèmes de santé mentale reviendraient davantage au travail selon qu'ils évaluent leur santé comme étant « bonne ».

Dans notre étude la relation entretenue par l'intéressé avec son emploi intervient aussi dans la reprise. Les personnes qui considéraient leur travail comme bénéfique avant leur problème de santé mentale reprenaient davantage leur activité professionnelle que ceux qui le considéraient comme un élément négatif. Cette différence est également présente si nous nous focalisons sur les personnes qui reprennent et celle qui voient leur arrêt de travail prolongé au terme de la consultation de reprise. Ainsi, il semblerait important d'interroger les travailleurs au sujet de leur vécu du travail avant l'apparition de leur problème de santé, afin d'identifier les personnes à risque de désinsertion professionnelle en fin d'arrêt de travail. Il

apparaît souhaitable de proposer plus particulièrement les consultations de préreprise à ces personnes, afin d'envisager précocement des solutions.

L'évaluation que fait le travailleur de ses capacités concordait de façon significative dans notre étude avec les conclusions de la consultation de reprise. Toujours dans l'étude St Amaud et al. (54), les auteurs abordent « le sentiment d'être prêt au retour au travail » comme étant une influence certaine du succès de celui-ci chez les employés ayant connu une période d'arrêt causée par des problèmes de santé mentale.

A travers son étude qualitative, Lavoie souligne que lorsque les personnes ne se sentent pas prêtes à retourner au travail, leurs chances de rechute augmentent sensiblement et, qui plus est, le congé maladie subséquent tend à être beaucoup plus long lors de ces rechutes.(117) Cette dernière étude souligne aussi la peur réelle du retour au travail lorsque ce sentiment d'être prêt au retour ne coïncide pas avec l'autorisation de ce retour.

Le fait de maintenir ou non des relations avec son environnement professionnel durant son arrêt de travail n'était pas statistiquement significatif. En revanche, ceux qui entretenaient des relations avec un « impact positif », reprenaient davantage leur activité professionnelle que ceux qui en entretenaient un à « l'impact négatif ».

- **Rôle du médecin**

Dans notre étude, au premier abord nous pourrions conclure que les contacts entre médecin généraliste ou psychiatre et médecin du travail favorise la non reprise mais si nous regardons plus précisément les « non reprise », nous constatons une majorité d'inaptitudes. Nous supposons que les médecins généralistes ou psychiatres contactent leurs collègues médecins du travail pour demander d'aborder la notion d'une éventuelle inaptitude. Dans tous les cas cette coordination favorise une prise de décision claire au terme de la consultation de reprise que ce soit une reprise ou un avis d'inaptitude.

En l'absence de contact, les résultats ne sont pas significatifs et la tendance oriente vers une majoration des prolongations d'arrêt de travail. Il faudrait un échantillon de plus grande taille pour confirmer cette tendance. Ainsi, selon nous, la concertation entre professionnels peut permettre d'éviter la prolongation, donc de limiter la durée d'un arrêt de travail et de



coordonner les discours médicaux en planifiant des étapes vers la reprise du travail si elle ne peut pas être immédiate. Cela va dans le sens de limiter l'appréhension du travailleur et d'ouvrir une perspective de retour à l'emploi.

Le rôle des médecins est de construire un projet thérapeutique concernant l'ensemble des sphères constituant un individu.

#### **II.4.2. Biais et limites**

Notre travail avait pour objectif de nous intéresser à une population de travailleurs en arrêt pour problème de santé mentale, de l'instauration de leur arrêt de travail à la consultation de préreprise ou de reprise par le médecin du travail.

Certains points de méthodologie de notre étude sont à discuter car ils pourraient être à l'origine de biais.

Nous avons décidé de recruter les travailleurs au moment de leur consultation de reprise ou de préreprise au sein de services de santé au travail. Ce moyen de recrutement permettait un large et facile accès aux individus en arrêt de travail pour raison de santé mentale mais il était également source de biais de sélection. En effet, le motif de l'arrêt de travail était uniquement sur le déclaratif des travailleurs. Certains travailleurs, du fait du caractère parfois stigmatisant des pathologies mentales présentées ou bien du déni de la problématique ou de la méconnaissance du diagnostic, ont pu omettre de mentionner le motif et n'ont donc pas été recrutés. Le recrutement demandait également un investissement de la part des médecins du travail, des secrétaires et des infirmiers ; du fait de leur charge de travail, certains n'ont pas proposé systématiquement les questionnaires. Nous ne connaissons pas le nombre de personnes ayant les critères d'inclusion mais n'ayant pas participé à l'étude soit du fait de leur refus, soit du fait qu'on ne leur ait pas proposé. Par ailleurs, la participation des médecins du travail était réalisée sur la base du volontariat.

Les deux auto-questionnaires ont été rédigés après analyse de la littérature et en particulier sur la base des travaux de l'équipe de St Arnaud et al. Aucun des questionnaires présentés n'a été validé au préalable. Ils peuvent donc présenter des biais de mesure. Nous avons fait des questions fermées à choix multiples pour faciliter l'exploitation des réponses.



A travers le questionnaire, nous avons, interrogé, les travailleurs sur des faits passés pouvant être source de biais de mémorisation d'autant plus que les arrêts de travail ont été au total relativement longs.

Afin d'uniformiser le mode de diffusion des questionnaires, l'ensemble des médecins du travail ont eu une présentation avec diaporama durant laquelle ils ont pu poser leurs questions. L'ensemble de leurs collaborateurs ont reçu une note d'informations.

Par ailleurs, une des limites de cette étude concerne la généralisation de ces résultats à partir d'une population issue essentiellement de travailleurs du régime général de sécurité sociale et du secteur privé.

### **II.4.3. Perspectives d'avenir**

Durant cette étude nous avons exploré le parcours du travailleur de l'instauration de l'arrêt de travail jusqu'au moment de la consultation de préreprise ou de reprise par le médecin du travail. Il serait pertinent de s'intéresser au devenir de ces travailleurs après cette consultation afin de connaître entre autres le déroulement de la reprise.

Les modèles conceptuels en matière de réadaptation se sont transformés ces dernières années pour mieux tenir compte du rôle de l'environnement dans la compréhension du processus de production du handicap et en particulier du handicap psychique. Mais ces avancées concernent principalement les populations dont le handicap est reconnu. Or, la grande majorité des personnes incluses dans notre étude sont des individus dont la maladie se définit plus comme « des troubles transitoires » impliquant une interaction avec l'environnement du travail et les événements de la vie hors du travail. Dans ce contexte, ces personnes échappent aux programmes de réadaptation conçus plus spécifiquement pour les malades reconnus sur la base d'un handicap.

Malgré ses limites méthodologiques notre étude a permis de mettre en évidence les lacunes de la prise en compte par les médecins généralistes ou psychiatres d'environnement professionnel en particulier au moment de la reprise. Elle a aussi souligné l'importance de la collaboration entre les différents intervenants médicaux. Par ailleurs, elle a montré que cette connaissance de la sphère professionnelle permettait d'identifier des facteurs favorisant la



reprise ou non de l'activité professionnelle tels que le vécu du travail avant les problèmes de santé mentale du travail...

Les données de la littérature et celles de notre étude peuvent permettre d'inciter à améliorer l'accompagnement de cette population. Ces connaissances sont également susceptibles d'ouvrir le champ de la réflexion au sujet de la création ou de l'amélioration d'un système de réadaptation adaptée à cette population de travailleurs, incluant l'ensemble des intervenants médicaux mais aussi le monde de l'entreprise. Elles permettent également d'insister sur la nécessité d'anticiper et de coordonner le retour au travail pour limiter le risque d'échec.



## Conclusion

---

Le travail n'est jamais neutre. Soit il joue en faveur de la santé et devient un médiateur précieux pour le rétablissement voire même pour la guérison, soit il joue contre et participe à la détérioration de la santé de la population active. Lorsque nous prenons en charge un patient, il est donc important de considérer le facteur travail, lorsqu'il existe.

Les résultats concernant l'exploration de la prise en compte par les médecins généralistes ou psychiatres de l'activité professionnelle des travailleurs en arrêt de travail en raison d'un problème de santé mentale ont montré que le sujet du travail était abordé tout au long de l'arrêt de travail mais de façon partielle et de façon inégale tout au long de l'arrêt.

Nous avons identifié des facteurs favorisant la reprise tels que le vécu du travail avant la survenue des problèmes de santé mentale, le maintien de relations professionnelles de qualité durant l'arrêt de travail, le ressenti du patient en ce qui concerne sa pathologie ou ses capacités. Autant d'éléments à rechercher afin de favoriser le maintien dans l'emploi ou d'envisager des alternatives en collaboration avec le médecin du travail.

Notre étude nous a donc permis de mieux connaître la population active en arrêt de travail pour raison de santé mentale et de confronter nos résultats aux données de la littérature, afin d'améliorer nos prises en charge et de renforcer la communication entre les différents intervenants.

Ces connaissances peuvent également ouvrir le champ de la réflexion au sujet de la création ou de l'amélioration d'un système de réadaptation adapté à cette population de travailleurs et incluant l'ensemble des intervenants médicaux mais aussi le monde de l'entreprise.





## Références bibliographiques

---

1. Haute Autorité de Santé. Programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale » [Internet]. 2013 [cité 19 juill 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has)
2. Cohidon C, Imbernon E, Gorlberg M. Prevalence of common mental disorders and their work consequences in France, according to occupational category. *Am J Ind Med.* févr 2009;52(2):141-52.
3. Henderson M, Glozier N, Holland Elliott K. Long term sickness absence. *BMJ.* 9 avr 2005;330(7495):802-3.
4. Vézina M, IRSST (Québec), Institute national de santé publique (Quebec), Institut de la statistique (Quebec). Enquête québécoise sur des conditions de travail d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTSST). Montréal, Québec: Institute national de santé publique, Institut de la statistique, IRSST; 2011.
5. Saint-Arnaud L, Saint-Jean M, Rhéaume J. De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale. *Santé mentale au Québec.* 2003;28(1):193.
6. Méda D. *Le travail.* Paris: Presses universitaires de France; 2010.
7. Smith A, Garnier G. *La Richesse des nations. Tome I.* Paris: Flammarion; 1999.
8. Karnas G. *Psychologie du travail.* Presse Universitaire de France. Paris; 2009.
9. Dejours C. « Subjectivité, travail et action ». *La pensée.* (328):7-19.
10. Roussay P. Souffrance et plaisir au travail: Du taylorisme aux nouvelles formes d'organisation du travail. *Le Journal des psychologues.* 2007;249(6):34.
11. Billard I. *Le travail : un concept inachevé.* Education Permanente. 1993;(116):19-32.
12. Jahoda M, Lazarsfeld P, Zeisel H. *Les chômeurs de Marienthal.* Editions de Minuit. 1981.
13. Jahoda M. *Wieviel Arbeit braucht der Mensch?: Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert.* Beltz; 1983. 182 p.
14. Vulbeau A. *Histoires de vie.* Informations sociales. 1 févr 2008;(145):39-40.
15. ADISP-CMH (diffuseur), Institut National de la Statistique et des Études Économiques (producteur). Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, partie variable : travail et modes de vie - janvier 1997 [Internet]. ADISP-CMH. 1997 [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.cmh.ens.fr/greco/enquetes/XML/lil.php?lil=lil-0118>
16. Confédération française démocratique du travail, éditeur. *Le travail en questions: enquêtes sur les mutations du travail.* Paris: Syros; 2001. 237 p.
17. FREUD S. *Malaise dans la civilisation.* Payot. Paris; 1930.
18. Pour en finir avec le travail ( visite à André Gorz) [Internet]. [cité 4 avr 2016]. Disponible sur: [http://www.alternatives-economiques.fr/pour-en-finir-avec-le-travail---vis\\_fr\\_art\\_21\\_1817.html](http://www.alternatives-economiques.fr/pour-en-finir-avec-le-travail---vis_fr_art_21_1817.html)

19. Gorz A. Métamorphoses du travail: Quête du sens . Critique de la raison économique. Éditions Galilée; 1988. 308 p.
20. Laflamme G, Lapointe P-A, industrielles ULD des relations. Le travail tentaculaire: existe-t-il une vie hors du travail? Presses Université Laval; 2005. 262 p.
21. LaRue A, Malenfant R, Mercier L, Vézina M. Intermittence en emploi et construction de la compétence professionnelle. Nouveaux cahiers de la recherche en éducation. 1999;6(3):351.
22. American psychiatric association, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
23. OMS | La santé mentale: renforcer notre action [Internet]. WHO. [cité 21 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
24. Bonnafé L. Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses. Desclée de Brouwer; 1950. 232 p.
25. Ganem V, Gernet I, Dejours C. Le travail : que signifie ce terme en clinique et psychopathologie du travail ? L'information psychiatrique. 1 nov 2008;me 84(9):801-7.
26. Sivadon P. Psychopathologie du travail. L'évolution psychiatrique. 1952;(3):441-74.
27. Guillant LL. Le drame humain du travail: essais de psychopathologie du travail. Erès; 2006. 263 p.
28. Billiard I. Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail. Cliniques méditerranéennes. 1 oct 2002;no 66(2):11-29.
29. Veil C. Phénoménologie du travail. L'évolution psychiatrique. 1957;(4):693-721.
30. Billiard I. Claude Veil, un pionnier de la psychopathologie du travail. Travailler. (5):175-88.
31. Dejours C. Travail, usure mentale : essai de psychopathologie du travail. Le Centurion. Paris: Centurion; 1980. 153 p.
32. Peze N. Le travail, un risque ou une chance pour la santé mentale ? Santé mentale et travail 4 e journée scientifique du Département santé travail; 2009 mars 26; Ministère de la santé et des sports, salle Pierre Laroque.
33. Ragot A, Guiho-Bailly M-P, Tanguy M, Gohier B, Garré J-B, Roquelaure Y. Troubles psychiatriques rencontrés en consultation de psychopathologie du travail au Centre hospitalier universitaire d'Angers. Santé Publique. 1 déc 2013;25(6):729-36.
34. Cox T, Griffiths A. The nature and measurement of work stress: theory and practice. In: The Evaluation of Human Work: A Practical Ergonomics Methodology. J. Wilson and N. Corlett; 1995.
35. Agence Française de sécurité sanitaire et de l'environnement. Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles. 2015.
36. Code du travail - Article L4121-1. Code du travail.
37. Code du travail - Article L4121-2. Code du travail.

38. Code du travail - Article L4121-3. Code du travail.
39. Van Wassenhove W. Modèle de Karasek. Dictionnaire des risques psychosociaux. 2014;170–174.
40. Niedhammer I, David S, Bugel I, Chea M. Catégorie socioprofessionnelle et exposition aux facteurs psychosociaux au travail dans une cohorte professionnelle. *Travailler*. (5):23-45.
41. Collange J, Tavani J-L, Soula M-C. Regards croisés sur le burn-out : aspects médicaux et psychologiques. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. févr 2013;74(1):35-43.
42. Truchot D. *Épuisement professionnel et burnout: concepts, modèles, interventions*. Paris: Dunod; 2004.
43. Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale*. déc 2007;33(6):947-53.
44. Provencher HL. L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*. 2002;27(1):35.
45. Ochocka J, Nelson G, Janzen R. Moving forward: negotiating self and external circumstances in recovery. *Psychiatr Rehabil J*. 2005;28(4):315-22.
46. Mancini MA, Hardiman ER, Lawson HA. Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J*. 2005;29(1):48-55.
47. Rebeiro KL, Cook JV. Opportunity, not prescription: an exploratory study of the experience of occupational engagement. *Can J Occup Ther*. oct 1999;66(4):176-87.
48. Mee J, Sumsion T. Mental health clients confirm the motivating power of occupation. *British Journal of Occupational Therapy*. 2001;
49. Scheid, Anderson. Living with chronic mental illness: Understanding the role of work. *Community Mental Health Journal*. 1995;
50. Young, Ensing. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*,. 1999;
51. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. La Mesure canadienne du rendement occupationnel [Internet]. [cité 17 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.caot.ca/copm/indexfr.htm>
52. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1996;63(1):9–23.
53. St-Arnaud L, Bourbonnais R, Saint-Jean M, Rhéaume J. Determinants of Return-to-Work among Employees Absent Due to Mental Health Problems. *Relations Industrielles / Industrial Relations*. 2007;62(4):690-713.
54. St-Arnaud L, Saint-Jean M, Damasse J. S'absenter du travail pour un problème de santé mentale. Une épreuve qui exige du soutien *Le Médecin du Québec*. 2004;39(5):89–93.

55. Dufresne J, Dumont F, Martin Y. *Traité d'anthropologie médicale: l'institution de la santé et de la maladie*. Presses de l'Université du Québec; 1985. 1276 p.
56. St-Arnaud L, Saint-Jean M, Damasse J, Équipe de recherche R.I.P.O.S.T, Québec (Province), Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, et al. *La réintégration au travail à la suite d'un problème de santé mentale* [Internet]. Québec: Centre d'expertise en gestion des ressources humaines [Secrétariat du Conseil du trésor; 2006 [cité 23 juin 2016]. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/64223>
57. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH a. M, Siemerink JCMJ, Tummers-Nijssen D. Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study. *Occup Environ Med*. juin 2003;60 Suppl 1:i21-25.
58. Lépine J-P. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 14:4-8.
59. Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2001*. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2001.
60. Organisation mondiale de la Santé. *LA SITUATION DE LA SANTE MENTALE*. 2004;
61. Morvan Y, Prieto A, Briffault X, Blanchet A, Dardennes R, Rouillon F, et al. La dépression: prévalence, facteurs associés et consommation de soins. *Baromètre santé 2005*. 2005;487-506.
62. Cohidon C. Veille nationale en santé mentale au travail: Samotrace et dispositifs non spécifiques. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2008;69(2):174-182.
63. Casey P, Dowrick C, Wilkinson G. Adjustment disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 1 déc 2001;179(6):479-81.
64. Bottéro A. Trouble de l'adaptation le diagnostic éludé? *Neuropsychiatrie: Tendances et Débats*. 2001;15:21-22.
65. Jones R, Yates WR, Zhou MH. Readmission rates for adjustment disorders: comparison with other mood disorders. *J Affect Disord*. sept 2002;71(1-3):199-203.
66. Semaan W, Hergueta T, Bloch J, Charpak Y, Duburcq A, Le Guern ME, et al. Étude transversale de la prévalence du trouble de l'adaptation avec anxiété en médecine générale. *L'Encéphale*. 2001;27(3):238-44.
67. Evans RG, Marmor TR. Être ou ne pas être en bonne santé: biologie et déterminants sociaux de la maladie. *John Libbey Eurotext*; 1996. 372 p.
68. Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MNM, Anema JR. A developmental conceptualization of return to work. *J Occup Rehabil*. déc 2005;15(4):557-68.
69. Baril R, (Québec) I. *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec; 1994.
70. Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2012;38(2):93-104.

71. Frigul N. Penser le rapport au travail pour comprendre le chômage. Une analyse de la construction sociale de la précarisation du travail et de la santé à partir d'une enquête menée auprès d'une population féminine en chômage de longue durée. [Paris]: René Descartes; 1997.
72. Dessors D, Schram J, Volkoff S. Les conditions de travail antérieures aux licenciements. Paris: Centre National des Arts et Métiers, Laboratoire d'Ergonomie et de Neuropsychologie du travail; 1990. Report No.: 101.
73. Post M, Krol B, Groothoff JW. Work-related determinants of return to work of employees on long-term sickness absence. *Disabil Rehabil.* 6 mai 2005;27(9):481-8.
74. Nieuwenhuijsen K. Employees with common mental disorders: from diagnosis to return to work. [Amsterdam]: University of Amsterdam; 2004.
75. St-Arnaud L, Damasse J, École nationale d'administration publique (Québec), Québec (Province), Conseil du trésor, Université Laval, et al. La réintégration au travail à la suite d'un problème de santé mentale. [Québec]: Centre d'expertise en gestion des ressources humaines; 2004.
76. Brenninkmeijer V, Houtman I, Blonk R. Depressed and absent from work: predicting prolonged depressive symptomatology among employees. *Occup Med (Lond).* 1 juin 2008;58(4):295-301.
77. Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Houtman ILD. Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress.* avr 2006;20(2):129-44.
78. Bernier D. La crise du burnout : S'en remettre, c'est refaire sa vie. Québec : Stanké; 1994.
79. Code de la sécurité sociale - Article L323-3. Code de la sécurité sociale.
80. Durand MJ, Loisel P. La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé.* 1 oct 2001;(3-2).
81. Huijs JJJM, Koppes LLJ, Taris TW, Blonk RWB. Differences in predictors of return to work among long-term sick-listed employees with different self-reported reasons for sick leave. 2012.
82. Corbière M, Durand M-J, éditeurs. Du trouble mental à l'incapacité au travail: une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'interventions. Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec; 2011. 408 p.
83. Moore M. Retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale Cheminement de travailleurs du secteur privé. Québec, Canada; 2013.
84. Tjulin A, MacEachen E, Ekberg K. Exploring the meaning of early contact in return-to-work from workplace actors' perspective. *Journal of Disability and Rehabilitation.* 2010;
85. Franche R-L, Baril R, Shaw W, Nicholas M, Loisel P. Workplace-Based Return-to-Work Interventions: Optimizing the Role of Stakeholders in Implementation and Research. *J Occup Rehabil.* déc 2005;15(4):525-42.

86. Pransky G, Shaw W, Franche R-L, Clarke A. Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers--current models and opportunities for improvement. *Disabil Rehabil.* 3 juin 2004;26(11):625-34.
87. Loisel P, IRSST (Québec). Évolution comparée de la douleur et du statut de travail à la suite d'un programme de réadaptation pour des travailleurs ayant des troubles musculo-squelettiques. Montréal, Qué.: IRSST; 2012.
88. Code du travail - Article R4624-22. Code du travail.
89. Code du travail - Article R4624-23. Code du travail.
90. Code du travail - Article R4624-20. Code du travail.
91. Ménard C, Demortière G, Durand E, Le Luong T, Pimbert S, Bled J-J, et al. Médecins du travail, médecins généralistes regards croisés: prise en compte des pratiques addictives par les médecins du travail, approche des problématiques de santé au travail chez les médecins généralistes, relations entre médecins du travail et médecins généralistes. Saint-Denis: INPES; 2012.
92. Code de la santé publique - Article R4127-5. Code de la santé publique.
93. Code de la santé publique - Article R4127-95. Code de la santé publique.
94. Code du travail - Article L4623-8. Code du travail.
95. Code pénal - Article 226-13. Code pénal.
96. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
97. Buijs P, van Amstel R, van Dijk F. Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. *Occupational and Environmental Medicine.* 1999;56(10):709–713.
98. Breton C. Travail et santé des Franciliens : résultats d'enquête, enjeux en termes de soins et prévention. *Pratiques et Organisation des Soins.* 40(2):113-23.
99. Prang K-H, Bohensky M, Smith P, Collie A. Return to work outcomes for workers with mental health conditions: A retrospective cohort study. *Injury.* janv 2016;47(1):257-65.
100. L'Institut national de la statistique et des études économiques. Portrait de Territoire : Département de la Haute Vienne. 2014.
101. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Les risques psychosociaux au travail. Un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010. *Dares Analyses*, publication de la direction de l'animation de recherche, des études et des statistiques [Internet]. 2014 [cité 25 juill 2016];(31). Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/les-risques-psychosociaux-au-travail-un-panorama-d-apres-l-enquete-sante-et>
102. Caria A, Roelandt J-L, Bellamy V, Vandeborre A. Santé Mentale en Population Générale« Santé Mentale en Population Générale: Images et Réalités (Smpg) » : Présentation de La méthodologie d'enquête. *L'Encéphale.* 1 janv 2010;36(3):1-6.



103. BECK F, GUIGNARD R. « la dépression en france (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population ». La santé de l'Homme. 2012;(421):43-45.
104. Hélène, Sébastien, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. L'information psychiatrique. 12 juin 2014;me 90(5):341-52.
105. ARS - Agences Régionales de Santé: Démographie médicale [Internet]. [cité 25 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.ars.limousin.sante.fr/Demographie-medicale.92238.0.html>
106. AOUIZERATE B. Dépression [Internet]. [cité 14 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression>
107. Conti DJ, Burton WN. The economic impact of depression in a workplace. J Occup Med. sept 1994;36(9):983-8.
108. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), Service Recommandations professionnelles. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire mai 2002. Paris: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 2002.
109. Nieuwenhuijsen K, Verbeek J, de Boer AGEM, Blonk R, van Dijk FJH. Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. Occup Environ Med. oct 2004;61(10):817-23.
110. Maslach C, Jackson SE. MBI: Maslach burnout inventory. Palo Alto, CA. 1981;
111. Karasek RA, Theorell T, Schwartz JE, Schnall PL, Pieper CF, Michela JL. Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). American journal of public health. 1988;78(8):910–918.
112. St-Arnaud L, Pelletier M, Briand C. Special Section on Action Research. 2011 [cité 10 juill 2016]; Disponible sur: [http://www.integration-travail.fse.ulaval.ca/fichiers/site\\_chaire\\_ipept/documents/Texte\\_Louise/Paradoxes\\_of\\_Managing\\_Employees\\_Absences\\_.pdf](http://www.integration-travail.fse.ulaval.ca/fichiers/site_chaire_ipept/documents/Texte_Louise/Paradoxes_of_Managing_Employees_Absences_.pdf)
113. Dejours C. Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? Le Travail Humain. 1995;58:1-16.
114. St Arnaud L. Désinsertion et réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale [Thèse en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor]. [Montréal, Québec]: Univeristé de Montréal; 2001.
115. Nystuen P, Hagen KB, Herrin J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. Scand J Public Health. sept 2001;29(3):175-82.
116. Pluta D, Accordino M. Predictors of return to work for people with psychiatrie disabilities: a private sector perspectives. Rehabilitation Counseling Bulletin. 2006;102-10.

117. Dupéré N. Étude descriptive du retour au travail chez les travailleurs ayant vécu une période d'incapacité causée par des troubles mentaux: portrait des Forces canadiennes. 2009.





## Listes des sigles

---

AFSaPS : l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AIST : Association Interprofessionnelle pour la Santé au Travail

AMCO-BTP : Association Médicale du Centre-Ouest pour les Bâtiments et les Travaux Publics

ANAES : l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CCPP : centre de consultation de pathologies professionnelles

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

CFDT : Confédération française démocratique du travail

CHE : Centre Hospitalier Esquirol

CTRS : Centre de traitement et de réadaptation sociale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux)

EDF-GDF : Electricité de France - Gaz de France

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

MBI : Maslach Burnout Inventory

MRCO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RNV3P : Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles

RPS : Risques Psychosociaux

SNCF : Société Nationale des Chemins de fer Français

SST : services de santé au travail

TMT : Troubles Mentaux Transitoires



## Annexes

---

Annexe 1. Note d'information médecins du travail et secrétaires .....	115
Annexe 2. Note d'information participant.....	117
Annexe 3. Auto questionnaires du travailleurs et de son médecin du travail .....	118
Annexe 4. Questionnaire de KARASEK.....	123
Annexe 5. Test d'inventaire de Burnout de Maslach (MBI).....	125



## Annexe 1. Note d'information médecins du travail et secrétaires

### **Prise en compte par les médecins de l'activité professionnelle pendant le processus thérapeutique d'un patient souffrant d'une pathologie psychiatrique**

*Etude descriptive à travers deux auto questionnaires adressés l'un au travailleur et l'autre à son médecin du travail au moment de la visite de pré reprise ou de reprise*

Madame, Monsieur,

Actuellement en dernière année d'internat de psychiatrie, je vous propose de participer à mon travail de thèse.

#### **Objectifs de ma thèse :**

- explorer, à travers le regard des travailleurs, la prise compte par les médecins (psychiatre ou généraliste) de l'activité professionnelle des patients dans le processus thérapeutique : de l'instauration de l'arrêt de travail à la visite de pré reprise ou de reprise de la médecine du travail
- étudier le vécu du travailleur de l'arrêt travail, en fonction de sa pathologie psychiatrique et de son rapport au travail
- évaluer à travers la vision du travailleur, l'accompagnement médical au moment de sa reprise
- avoir un aperçu de la collaboration entre les médecins (psychiatre et généraliste) et les médecins du travail afin d'envisager si nécessaire des pistes d'améliorations pour faciliter la réinsertion des travailleurs après un arrêt de travail pour raison psychiatrique

**Méthodes :** deux auto-questionnaires : un pour le travailleur et un pour le médecin du travail

**Critères d'inclusion :** Tous travailleurs

- majeurs, volontaires
- du régime général et agricole, de la fonction publique d'Etat, territoriale ou hospitalière
- se présentant à la consultation de pré reprise ou de reprise
- ayant eu un arrêt de travail pour raison psychiatrique dépression, addiction, trouble anxieux, décompensation d'une pathologie psychiatrique (schizophrénie, trouble bipolaire...)
- la pathologie étant ou non d'origine professionnelle

**Déroulement de l'étude :** début novembre 2015, durée 6 mois

- Proposition de la note d'information et de l'auto questionnaire par le médecin du travail avec l'aide de sa secrétaire au travailleur inclus à l'accueil du travailleur avant la visite de pré reprise ou de reprise.
- Après avoir accepté et rempli l'auto-questionnaire, le travailleur le glisse dans une enveloppe, qu'il cache.
- Il remet cette enveloppe au médecin du travail au moment de la consultation.
- A la fin de la consultation le médecin du travail rempli son propre auto questionnaire.
- Cet auto-questionnaire est plié en deux puis agrafé sur l'enveloppe remise par le travailleur.
- Une grande enveloppe sera remise aux médecins pour retourner les questionnaires remplis.



**Rôles du médecin du travail :**

- Proposer avec l'aide de sa secrétaire les questionnaires
- Répondre à l'auto-questionnaire correspondant à chacun des travailleurs ayant participé

Les résultats globaux de l'étude vous seront communiqués.

Je vous remercie de votre attention et de votre aide. Je me tiens à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

Marine PAREAUD (Interne de psychiatre Centre Hospitalier Esquirol Limoges)  
marine.pareaud@wanadoo.fr



## Annexe 2. Note d'information participant

### **Prise en compte par les médecins de l'activité professionnelle pendant le processus thérapeutique d'un patient souffrant d'une pathologie psychiatrique**

*Etude descriptive à travers deux auto questionnaires adressés l'un au travailleur et l'autre à son médecin du travail au moment de la visite de pré reprise ou de reprise*

Madame, Monsieur,

Actuellement en dernière année d'internat de psychiatrie, je vous propose de répondre à un auto-questionnaire afin de m'aider dans mon travail de thèse de fin d'étude.

Votre participation est entièrement volontaire et anonyme. Si vous ne désirez pas prendre part à cette recherche, cela n'influencera pas votre prise en charge.

#### **But de cette étude ?**

- explorer, à travers votre regard, la prise compte par les médecins (psychiatres ou généralistes) de votre activité professionnelle dans votre prise en charge
- étudier votre vécu de l'arrêt travail
- évaluer à travers votre vision, l'accompagnement médical au moment de votre reprise
- avoir un aperçu de la collaboration entre les médecins (psychiatre et généraliste) et les médecins du travail

#### **Qui peut participer à l'étude ?**

Tous travailleurs : - majeurs, volontaires

- se présentant à la consultation de pré reprise ou de reprise
- ayant eu un arrêt de travail pour raison psychiatrique (dépression, addiction, trouble anxieux, décompensation d'une pathologie psychiatrique (schizophrénie, trouble bipolaire...))
- la pathologie étant ou non d'origine professionnelle

#### **Comment participer à cette étude ?**

- Après avoir lu cette note d'information, si vous êtes d'accord, remplir l'auto-questionnaire
- une fois remplie le glisser dans l'enveloppe et la cacheter
- remettre cette enveloppe à votre médecin du travail au moment de la consultation.
- A la fin de la consultation votre médecin du travail remplira son propre auto questionnaire.
- Cet auto-questionnaire sera plié en deux puis agrafé sur votre enveloppe
- Une grande enveloppe sera remise aux médecins pour retourner les questionnaires remplis.

Je vous remercie de votre attention et de votre aide.

Marine PAREAUD (Interne de psychiatrie à Limoges)



### Annexe 3. Auto questionnaires du travailleurs et de son médecin du travail

#### Prise en compte par les médecins (généralistes et psychiatres) de l'activité professionnelle pendant le processus thérapeutique d'un patient souffrant d'une pathologie psychiatrique

##### Questionnaire travailleur

Vous êtes :  une femme  un homme

Quel est votre âge ? ..... ans

Quelle est votre situation familiale ?

Célibataire  Divorcé(e)  Veuf(ve)  
 Marié(e)  Pacsé(e) ou concubinage

Avez-vous des enfants à votre charge ?

Oui  Non

#### INFORMATIONS MEDICALES :

Avez-vous eu avant cet épisode des problèmes de santé au niveau psychiatrique ?

Oui  Non

Avez-vous déjà été hospitalisé pour raison psychiatrique (dépression, addiction...) ?

Oui  Non

#### PROFESSION :

Quelle profession exercez-vous exactement ?

.....

A quelle catégorie socioprofessionnelle appartient elle ?:

Agriculteurs exploitants  Professions intermédiaires  
 Employés  Artisans, commerçants, chefs d'entreprise  
 Ouvriers  Cadres

Quel type de contrat avez-vous ?

CDD  Temps plein  
 CDI  Temps partiel

Quelles sont vos horaires de travail ?

Horaire normal  2 x 8  Autres .....  
 Horaire de nuit uniquement  3 x 8

#### L'ARRET DE TRAVAIL :

L'arrêt de travail initial a été prescrit par :

Votre médecin généraliste  votre psychiatre

Pour quel motif avez-vous été arrêté ? (plusieurs réponses possibles)

Dépression  
 Trouble anxieux  
 Aggravation d'une pathologie psychiatrique connue (trouble bipolaire, schizophrénie...)  
 Addiction (alcool, autres) : préciser le produit svp .....  
 Autre (précisez svp) .....



Votre arrêt de travail a-t-il été prolongé ?

Oui  Non

→ Si OUI a été prolongé par :

le même médecin que pour l'arrêt de travail initial

un autre médecin :  psychiatre  généraliste

Durée totale de votre arrêt de travail à ce jour : .....

Avez-vous été hospitalisé durant votre arrêt de travail :

Oui  Non

→ Si OUI, vous avez été hospitalisé :

au CHU de Limoges

au CH Esquirol  autre (précisez svp) .....

Avez-vous un traitement médicamenteux pour votre pathologie ?

Oui  Non

→ Si OUI, continuez-vous à prendre ce traitement actuellement ?

Oui  Non

## EVALUATION DE LA PRISE EN COMPTE DE VOTRE TRAVAIL PAR LE MEDECIN AU COURS DE VOTRE PRISE EN CHARGE :

**Au moment de la rédaction de l'arrêt de travail :**

Votre médecin vous a-t-il interrogé sur votre travail ?

Oui  Non

→ Si OUI, il vous a interrogé sur (plusieurs réponses possibles) :

votre profession (en quoi consiste votre travail)

les caractéristiques de votre travail (horaires, conduites de machine...)

vos conditions de travail (rapport avec la hiérarchie...)

vos rapports avec vos collègues

Selon vous à travers ses questions, le médecin a-t-il recherché l'impact de votre état de santé SUR votre travail ?

Oui  Non

→ Si OUI, il vous a interrogé sur :

votre fatigue au travail

votre capacité de concentration au travail

vos capacités à réaliser les tâches demandées

vos capacités à maintenir votre rythme de production

vos capacités à travailler en sécurité

vos relations avec vos collègues ou votre hiérarchie

D'après vous, a-t-il recherché les répercussions de votre travail SUR votre maladie :

Oui  Non

→ Si OUI, il vous a interrogé sur :

la charge de travail

les cadences de travail

les contraintes horaires

la relation avec les personnes extérieurs à votre entreprise (clients, fournisseurs)

la relation avec votre hiérarchie

la relation avec vos collègues

Autres .....



Vous a-t-on expliqué pourquoi l'arrêt de travail était nécessaire

Oui  Non

→ Si NON, auriez vous aimé qu'on vous l'explique ?

Oui  Non

**Au cours de votre prise en charge médicale durant votre arrêt de travail :**

Avez-vous discuté avec votre médecin de la reprise de votre activité professionnelle

Oui  Non

D'après vous, le médecin a-t-il évalué votre capacité à reprendre votre travail :

Oui  Non

A-t-il évoqué l'éventualité d'un aménagement de poste ? (mi temps thérapeutique, adaptation du poste ...)

Oui  Non

Vous a-t-il proposé de contacter le médecin du travail ?

Oui  Non

Vous a-t-il conseillé d'organiser une consultation de pré reprise avec votre médecin du travail ?

Oui  Non

Avez-vous consulté votre médecin à la fin de votre arrêt de travail, avant de reprendre votre travail :

Oui  Non

Avez-vous une consultation de prévue avec votre médecin généraliste ou votre psychiatre pour voir l'évolution de votre santé après la reprise de votre activité (si elle est confirmée par le médecin du travail aujourd'hui) :

Oui  Non

**VOTRE RESENTI SUR L'ARRET DE TRAVAIL ET LE RETOUR AU TRAVAIL :**

**Avant vos problèmes de santé :**

Votre travail était dans votre équilibre personnel un élément :

bénéfique  plutôt négatif  
 plutôt bénéfique  négatif

**Au moment de l'arrêt de travail initial :**

Lorsque votre médecin a évoqué l'arrêt de travail cela vous a : une seule réponse possible

Surpris  Angoissé  
 Soulagé  laissé indifférent

Selon vous, l'arrêt de travail vous paraissait il nécessaire ?

Oui  Non





Auriez-vous souhaité travailler malgré vos problèmes de santé ?

Oui  Non

→ Si OUI, pour quelle(s) raison(s) ?

- Le travail était une échappatoire à vos problèmes
- Vous pensiez aux difficultés financières
- Vous considérez que vos responsabilités ne vous permettaient pas d'être en arrêt de travail
- Autre : .....

**Au cours de l'arrêt de travail :**

Avez-vous gardé des contacts avec votre milieu professionnel ?

Oui  Non

→ Si OUI qui a maintenu le contact ?

- L'entreprise : -  hiérarchie  
-  collègues

Vous

→ Si OUI, sous quelle forme ?

mail  téléphone  visite

→ Si OUI quel impact cela a-t-il eu sur votre maladie :

- bénéfique  plutôt négatif
- plutôt bénéfique  négatif

**A ce jour :**

Pensez-vous que votre arrêt travail a été :

d'une durée correcte  trop long  trop court

Au moment de la reprise, vous sentez vous :

→ Concernant votre maladie :

rétabli  en cours de rétablissement  encore malade

→ Concernant votre activité professionnelle :

- Capable de reprendre votre activité professionnelle
- Incapable de reprendre votre activité professionnelle

Appréhendez-vous ou avez-vous appréhendé votre retour au travail ?

Oui  Non

→ Si OUI, cela est-il lié (plusieurs réponses possibles) :

- à votre état de santé actuel ou au traitement suivi
- à la charge de travail
- à des doutes sur vos compétences suite à votre arrêt de travail
- au regard des autres sur votre arrêt de travail
- au regard des autres sur votre pathologie



**Prise en compte par les médecins (généralistes et psychiatres) de l'activité professionnelle pendant le processus thérapeutique d'un patient souffrant d'une pathologie psychiatrique**  
*Questionnaire Médecin du travail*

Type de consultation :

- visite de pré reprise du travail       visite de reprise du travail

Quel a été le motif de l'arrêt de travail ? (plusieurs réponses possibles)

- Dépression  
 Trouble anxieux  
 Aggravation d'une pathologie psychiatrique connue (trouble bipolaire, schizophrénie...)  
 Addiction à l'alcool ou à un autre produit  
 Autre (précisez svp) : .....

Avez-vous eu un courrier ou un contact téléphonique concernant ce salarié avant ou au cours de cette consultation concernant sa pathologie et sa reprise de son activité :

- Oui       Non

→ Si OUI, par quel professionnel :

- médecin généraliste       médecin psychiatre       travailleur social

→ Si OUI, quel en est ou était l'objet ?

- demande de renseignement sur le poste de travail  
 sollicitation pour un aménagement de poste (mi temps thérapeutique...)  
 transmission d'information sur l'état de santé et le traitement suivi  
 autre : .....

Vous aurait-il paru utile d'avoir un contact avec le médecin prescripteur de l'arrêt de travail ?

- Oui       Non

→ Si oui pour quel(s) motif(s) ?

.....  
.....

Votre décision au décours de la consultation :

- Reprise à son poste antérieur, dans les mêmes conditions qu'avant l'arrêt de travail

- Reprise avec un aménagement de poste :

- Temps partiel thérapeutique       Restriction vis-à-vis d'un poste de sécurité  
 Aménagement des horaires       Autre.....

- Une prolongation de l'arrêt de travail est souhaitable car :

- Affection non stabilisé  
 Traitement incompatible avec le poste occupé  
 Besoin d'une concertation pour aménager le poste  
 Besoin d'une étude de poste

- Inaptitude au poste de travail car :

- Pathologie incompatible avec le poste occupé  
 Risque d'aggravation de l'état de santé  
 il existe un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou celle des tiers



## Annexe 4. Questionnaire de KARASEK

### Questionnaire de karasek, version francisée validée

Les questions ci-dessous concernent votre travail et les relations avec votre entourage professionnel  
Cocher une seule case par question

	fortement en désaccord	en désaccord	d'accord	tout à fait d'accord	
1 - Mon travail nécessite que j'apprenne des choses nouvelles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	1 <input type="checkbox"/>
2 - Mon travail nécessite un niveau élevé de qualifications	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	2 <input type="checkbox"/>
3 - Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	3 <input type="checkbox"/>
4 - Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	4 <input type="checkbox"/>
7 - Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	7 <input type="checkbox"/>
9 - Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	9 <input type="checkbox"/>
6 - Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	6 <input type="checkbox"/>
5 - J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	5 <input type="checkbox"/>
8 - J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	8 <input type="checkbox"/>
10 - Mon travail exige d'aller très vite	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	10 <input type="checkbox"/>
11 - Mon travail exige de travailler très fort mentalement	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	11 <input type="checkbox"/>
12 - On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	12 <input type="checkbox"/>
13 - J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	13 <input type="checkbox"/>
14 - Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	14 <input type="checkbox"/>
15 - Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	15 <input type="checkbox"/>
16 - Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	16 <input type="checkbox"/>
17 - Mon travail est très souvent mouvementé	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	17 <input type="checkbox"/>
18 - Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	18 <input type="checkbox"/>
19 - Mon chef se soucie du bien-être des travailleurs qui sont sous sa supervision	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	19 <input type="checkbox"/>
20 - Mon chef prête attention à ce que je dis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	20 <input type="checkbox"/>



	fortement en désaccord	en désaccord	d'accord	tout à fait d'accord	
21 – Mon chef a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	21 <input type="checkbox"/>
22 – Mon chef facilite la réalisation du travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	22 <input type="checkbox"/>
23 – Mon chef réussit à faire travailler les gens ensemble	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	23 <input type="checkbox"/>
24 – Les gens avec qui je travaille sont qualifiés pour les tâches qu'ils accomplissent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	24 <input type="checkbox"/>
25 – Les gens avec qui je travaille s'intéressent personnellement à moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	25 <input type="checkbox"/>
26 – Les gens avec qui je travaille ont des attitudes hostiles ou conflictuelles envers moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	26 <input type="checkbox"/>
27 – Les gens avec qui je travaille sont amicaux	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	27 <input type="checkbox"/>
28 – Les gens avec qui je travaille s'encouragent mutuellement à travailler ensemble	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	28 <input type="checkbox"/>
29 – les gens avec qui je travaille facilitent la réalisation du travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	29 <input type="checkbox"/>

- ☞ Latitude décisionnelle : LD = “ skill discretion ” (1, 2, 3, 4, 7, 9) + “ Decision authority (6, 5, 8)
- ☞ Exigences mentales (psychological job demands) : (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18)  
Inverser les questions 12 (quantité excessive), 13 (assez de temps), 14 (demandes contradictoires)
- ☞ Support social  
Hiérarchie : 19, 20, 21, 22, 23  
Inverser la question 21  
Collègues : 24, 25, 26, 27, 28, 29  
Inverser la question 26

Calcul :

Latitude décisionnelle =  $q1 + q2 + q3 + (5 - q4) + q7 + q9 + q6 + q5 + q8$

Exigences mentales =  $q10 + q11 + (5 - q12) + (5 - q13) + (5 - q14) + q15 + q16 + q18$

Support social = support hiérarchique + support collègues

$[q19 + q20 + (5 - q21) + q22 + q23] + [q24 + q25 + (5 - q26) + q27 + q28 + q29]$

Traduction française validée au Canada (Brisson, Bourbonnais), utilisée par de Gaudemaris

#### Références

Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease : prospective study of Swedish men. American Journal of Public Health 1981, 71 : 694-705.

Karasek R, Theorell T, Schwartz JE, Schnall PL, Pieper CF, Michela JL. Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). American Journal of Public Health 1988 ; 78 : 910-918.

Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease : a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. American Journal of Public Health 1988;78:1336-1342.



## Annexe 5. Test d'inventaire de Burnout de Maslach (MBI)

### Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?  
 Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?  
 Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais ↓		Chaque jour ↓					
	0	1	2	3	4	5	6	
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6	
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6	
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6	
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6	
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6	
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6	
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6	
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6	
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6	
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6	
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
18 - Je me sens ragaillardé(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6	
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6	
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6	



**Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)**

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP =

Épuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

**Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)**

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

**Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)**

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Degré de Burn Out

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge !

Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatiguant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dénigratifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

Maslach, C et col. (2006). *Burn-out : l'épuisement professionnel*. Presses du Belvédère.



## **Serment d'Hippocrate**

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.







## **Place donnée à l'activité professionnelle par les médecins généralistes ou psychiatres : étude de 120 questionnaires de travailleurs en arrêt de travail en raison d'un problème de santé mentale**

---

Depuis plusieurs années, les absences au travail liées à des problèmes de santé mentale augmentent, ce qui constitue un enjeu majeur de santé publique.

L'objectif de cette étude était l'exploration de la prise en compte par les médecins généralistes ou psychiatres de l'activité professionnelle de patients en arrêt de travail pour problème de santé mentale. Elle portait aussi sur le vécu de l'arrêt par les travailleurs et sur les facteurs favorisant la reprise du travail.

Des travailleurs, suite à un arrêt de travail pour raison de santé mentale, se présentant à la consultation de préreprise ou de reprise du médecin du travail, étaient invités à remplir un auto questionnaire. Le médecin du travail faisait de même. L'étude a été réalisée de novembre 2015 à mai 2016, au sein de services de santé au travail du Limousin.

120 questionnaires « travailleur » et « médecin du travail » ont été recueillis. Parmi les interrogés, 73,3% étaient en arrêt pour état dépressif. Selon les travailleurs, le sujet du travail était abordé de façon quasi systématique par leur médecin généraliste ou psychiatre mais de façon partielle et inégale au cours de l'arrêt de travail. Un vécu positif de son travail par le travailleur avant l'arrêt ( $p = 0,008$ ), un maintien des relations socioprofessionnelles de qualité ( $p = 0,001$ ) et l'évaluation positive de ses capacités de travail ( $p = 0,008$ ) étaient des facteurs favorisant la reprise du travail.

Cette étude confirme la nécessité d'inclure le travail dans la prise en charge des travailleurs tout au long de l'arrêt. Cela passe par une meilleure considération de l'activité professionnelle du travailleur et par une meilleure communication entre les intervenants.

---

Mots-clés : santé mentale, médecin généraliste, psychiatre, travail, arrêt de travail, travailleur, reprise, médecin du travail

## **Given up to work by GPs or psychiatrists : study of 120 questionnaires of workers in sick leave due to mental health problems**

---

Since many years, work absences related to mental health problems are increasing, which is a major issue in public health.

Aims of this study was to understand GPs or psychiatrists' consideration regarding the professional activity of people sick leave due to mental health problems. The purpose was to study how workers were facing sick leaves and to identify reintegration to work factors.

Workers following a sick leave due to mental health, presenting the pre recovery ("préreprise") consultation or recovery ("reprise") consultation performed by the occupation physician, were asked to fill in a self questionnaire. The occupational physicians did the same. The study was conducted from November 2015 to May 2016, in the Limousin at occupational physicians department.

120 questionnaires "workers" and "occupational physician" had been filled in. Among those surveyed, 73.3% were in sick leave for depression. According to the workers, the work's subject was brought up by their GPs or psychiatrists but partially and unevenly from the sick leave start to the reintegration consultation. A positive experience of work by the worker before stopping ( $p = 0,008$ ), good work relationship ( $p = 0,001$ ) and positive evaluation of work capacity ( $p = 0,008$ ) were factors favoring the resumption of work.

This study confirms the need to include the work in support of workers throughout the sick leave. This requires a better understanding of the professional activity of the worker and better communication between stakeholders

Keywords : mental health problem, GPs, psychiatrist, sick leave, workers, professional reintegration, occupational physician

