

Psychopathologie professionnelle: de la prévention à la gestion

29^e journée recherche de l'IIMTPIF*
Paris, 21 mars 2024

AUTEUR:

E. Lecomte, département Études et assistance médicale, INRS

EN
RÉSUMÉ

Cette 29^e journée recherche de l'IIMTPIF a été l'occasion de faire le point sur les principaux troubles de la santé psychique au travail. Comment les caractériser, savoir identifier les facteurs de risque professionnels, quelle prévention mettre en place, définir le rôle des différents acteurs pluridisciplinaires, du point de vue de la santé mais aussi juridique (alerte du médecin du travail, avis motivé de celui-ci, repérage du suicide...), telles ont été développées les différentes pistes de prévention. Trois cas pratiques ont illustré cette présentation.

MOTS CLÉS

Risque psychosocial / RPS / Épuisement professionnel / Santé mentale / Psychopathologie / Charge psychique / Astreinte psychique / Dépression / Anxiété / Suicide / Stress / Maintien dans l'emploi

* Institut inter-universitaire de médecine du travail Paris Île-de-France

LES PRINCIPAUX SYNDROMES: SYNDROMES DÉPRESSIFS, SYNDROMES ANXIEUX, ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE, SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

C. Duret, Centre régional de pathologies professionnelles et environnementales – CRPPE – Île-de-France, Garches

La santé, notamment psychique, n'est pas un état binaire, tout ou rien. Il existe un continuum d'état entre santé et maladie, avec de grandes variations selon les personnalités, les comportements et les perceptions. Il existe également un continuum temporel de l'exposition à la pathologie, retrouvé dans les différents modèles explicatifs du stress : le modèle transactionnel de gestion du stress (porté par Lazarus, puis Lazarus et Folkman), le modèle de conservation des ressources (présenté par Hobfoll; McKay et Cooper), la balance des contraintes et ressources (par Servant).

Les facteurs d'exposition professionnelle aux risques psychosociaux (RPS) sont répertoriés de façon consensuelle par le rapport d'expertise dit «Gollac», comprenant classiquement l'intensité de travail (charge, temps, exigences, pression, enjeux, responsabilité...), pouvant être rééquilibrée par l'autonomie au travail (en notant que l'excès d'autonomie peut être déstabilisant en l'absence de *feed-back*), les exigences émotionnelles souvent liées à des conflits de valeur (qualité du travail, action allant contre ses valeurs personnelles), les relations sociales au travail (conflits voire violence relationnelle, en interne comme avec les usagers), l'insécurité du travail (insécurité socio-économique, risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail). L'orateur propose de rajouter trois paramètres: la reconnaissance, la justice (dans la répartition des charges, la gestion de l'équipe) et le sens au travail (satisfaction, apprentissages). Différents syndromes sont présentés. Tout d'abord, le syndrome anxiété, concernant 15 % des 18-65

Psychopathologie professionnelle: de la prévention à la gestion

29^e journée recherche de l'IIMTPIF

ans, peut avoir une origine professionnelle. Certains symptômes ont un impact sur la capacité de travail: ruminations («*pensées infiniées, sans solution*») centrées sur le travail, abaissement de l'estime de soi, fatigue cognitive et fatigue globale, troubles du sommeil, indécision, contrôles excessifs, difficultés à déléguer et collaborer. Ils sont générateurs d'absences au travail, ponctuelles, mais avec des reprises difficiles. Tout cela peut entraîner des difficultés relationnelles avec les collègues et avoir pour conséquences le retrait des missions intéressantes, la cassure des parcours de carrière, la stagnation dans l'évolution professionnelle.

Viennent ensuite les syndromes psychotraumatiques, également très fréquents (5-8 %), allant du «petit» traumatisme jusqu'au trouble du stress post-traumatique (TSPT). Ce dernier touche 2 % de la population, et peut s'installer à la suite d'une confrontation à la mort (avérée ou potentielle). Une origine professionnelle est possible (par exemple pour les travailleurs exerçant les premiers secours dans les métiers de la sécurité, de la santé, les militaires ou lors de confrontation à un accident grave de travail ou d'usager). Un TSPT est évoqué quand les symptômes durent plus d'un mois après le traumatisme. La souffrance qui en résulte est cliniquement significative. Tout événement traumatique sur le lieu travail doit être déclaré comme accident de travail (AT) ou comme maladie professionnelle (MP).

L'apparition des autres syndromes psychotraumatiques de moindre intensité varie selon le type d'agressions, leur intensité, les circonstances de survenue. Elle dépend aussi de l'individu victime de l'agression et de la gestion de l'événement par le collectif de travail. Ces syndromes se manifestent par

des symptômes d'intrusion (souvenirs pénibles récurrents, rêves répétitifs pénibles...), une détresse psychologique intense face à des rappels de l'événement, des symptômes dissociatifs, d'évitement (du souvenir, des personnes, des lieux), d'activation (perturbation du sommeil, irritabilité, hypervigilance ou problèmes de concentration), une humeur «négative» (incapacité persistante à ressentir des émotions positives).

L'épisode dépressif caractérisé (EDC) peut avoir une origine professionnelle. Il est fréquent (12,5 % des 18-85 ans en 2021 en France), et en moyenne une personne sur 5 fera un épisode durant sa vie. Il est constitué de symptômes ayant un impact sur la capacité de travail, d'une façon générale (fatigabilité, tristesse, aboulie, indécision, atteinte de l'estime de soi) ou plus spécifique (atteintes cognitives comme les troubles de la concentration). Ces symptômes peuvent avoir des impacts sur les relations interpersonnelles et sont à l'origine d'absentéisme de plus en plus prolongé pouvant avoir une incidence sur l'emploi.

La nosographie du syndrome d'épuisement professionnel, n'est pas encore validée. Ainsi, d'un point de vue théorique, sont évoqués soit un «*état de fatigue, frustration, dépression, provoqués par l'engagement dans une cause qui ne produit pas les résultats escomptés*» (Freudenberger), soit «*un état de dysphorie et dysfonction, en lien avec le travail et en l'absence de troubles psychopathologiques majeurs*» (Brill), soit un syndrome de détresse psychologique sur 3 axes : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et perte du sentiment d'accomplissement personnel (Maslach et Jackson). Dans tous les cas, ce syndrome est composé d'une dysphorie durable (sentiment profond

d'inconfort et d'insatisfaction) et de symptômes psychiques et comportementaux, d'apparition progressive, en lien avec le travail, chez des travailleurs sans antécédent psychiatrique. Les signes cliniques qui en résultent sont d'abord une irritabilité avec perte des réserves émotionnelles, fatigue intense, surinvestissement au travail et ruminations centrées sur celui-ci, réduction des activités dans sa vie personnelle, repli social et déni de la situation. Puis arrivent des troubles de la concentration, une baisse de l'estime de soi avec culpabilité et sentiment d'échec, et enfin de la tristesse, une réduction de l'élan vital et un envahissement psychique anxieux. Cet état d'épuisement professionnel a des impacts sociaux (professionnels, économiques, familiaux) et peut conduire à des pratiques addictives. Il est important de rechercher les diagnostics différentiels avec différents niveaux de dépression, des troubles anxieux ou des troubles de l'adaptation, qui peuvent avoir les mêmes conséquences.

En conclusion, ce *continuum* de la santé psychique au travail confirme l'importance de rechercher les expositions professionnelles, de tenir compte de la variabilité des personnes, et d'assurer un accompagnement médico-professionnel spécifique.

LES FACTEURS DE RISQUE PROFESSIONNELS ET IMPACTS SUR LA SANTÉ

S. Boini, département Épidémiologie en entreprise, INRS

Cette intervention a présenté les premiers résultats d'une synthèse des connaissances sur les liens entre facteurs de RPS et effets sur la santé, élaborée, par l'INRS, à partir d'une revue des articles

épidémiologiques parus au cours des 10 dernières années.

Pour mémoire, le rapport Gollac définit les RPS comme les « *risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* ».

Différentes atteintes à la santé sont repérées comme étant en sur-risque, à partir de différents indicateurs portant sur les sphères les plus impactées : métabolique (surpoids/obésité) et cardiovasculaire, psychologique (troubles dépressifs, troubles du sommeil, *burnout*, idées suicidaires, consommation de psychotropes), musculosquelettique (localisations lombaire, scapulo-cervicale, membres supérieurs) et taux d'AT. Deux niveaux de preuve (élevé ou modéré) sont distingués, selon le nombre d'études présentant des résultats convergents vis-à-vis de l'existence de sur-risques.

Les résultats de cette synthèse sont présentés selon la classification en 6 familles de facteurs de RPS : intensité et temps de travail, manque d'autonomie, exigences émotionnelles (y compris du fait de violences externes), conflits de valeurs, rapports sociaux au travail dégradés, insécurité de la situation de travail. Selon la sphère impactée, des liens apparaissent bien établis, en particulier pour le manque de soutien social ou l'insécurité de la situation de travail. D'autres liens restent à confirmer.

QUELLE PRÉVENTION AU NIVEAU COLLECTIF ?

V. Langevin, département Études et assistance médicales, INRS

Dans le cadre de la prévention collective des RPS, une démarche est

proposée par l'INRS, visant à agir sur les modalités d'organisation du travail et les relations de travail, en considérant les RPS comme les autres risques professionnels (impliquer les mêmes acteurs, utiliser les mêmes cadres de références méthodologiques institutionnels et réglementaires). Cette démarche de prévention collective des RPS peut être initiée à partir de quatre circonstances : des situations de travail existantes, en cas de projet modifiant les conditions de travail, suite à une alerte, ou suite à une atteinte à la santé déclarée en AT ou MP.

La démarche proposée suit cinq étapes. La **préparation** est essentielle, notamment parce que les RPS sont les seuls risques professionnels pour lesquels la prévention peut participer à aggraver le risque lui-même. Ainsi, la démarche doit être définie et validée par ses acteurs (au moins l'employeur et les instances représentatives du personnel), avec en particulier un cadre et des règles de fonctionnement (démarche centrée sur le travail, participative en impliquant tous les acteurs, engagement de l'employeur sur son implication, les moyens, la protection de la parole des salariés, le plan d'actions consécutif à l'analyse), avec une information régulière des salariés. L'**analyse** proprement dite porte sur les situations concrètes de travail pour y repérer la présence des facteurs de RPS. Elle peut recourir à quatre sources d'informations complémentaires : entretiens (individuels ou collectifs), questionnaires, observations au poste de travail, analyse de documents. Les résultats de l'analyse permettent l'**élaboration** puis la **mise en œuvre d'un plan d'actions** concret, opérationnel. La dernière étape concerne le **suivi et l'évaluation** de ces actions, pour les ajuster si besoin, constituant ainsi une démarche itérative.

Deux grilles d'entretiens collectifs (ou individuels après adaptation) ont été élaborées par l'INRS pour aider les entreprises à intégrer les RPS dans le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)¹ : les outils « *RPS-DU* » pour les grandes entreprises et « *Faire le point RPS* » pour les petites. La brochure « *Démarche d'enquête paritaire du CSE concernant les suicides ou les tentatives de suicide* »² peut aussi être utilisée suite à une atteinte à la santé ou une alerte RPS. Le recours à des questionnaires individuels est utile pour un nombre important de salariés à condition de choisir le questionnaire selon la situation et sa validité scientifique, de bien le situer dans la démarche de prévention des RPS, de le compléter par des entretiens ou des observations, et de disposer des ressources et compétences. Les SPST, les CARSAT et des consultants référencés interviennent également pour accompagner les acteurs de l'entreprise dans ces démarches.

La démarche de prévention collective des RPS est donc située à la source, centrée sur le travail et son organisation, participative et paritaire, selon le cadre de référence de la prévention des risques professionnels en général, ainsi que les connaissances scientifiques sur les RPS, leurs facteurs et leurs effets sur la santé.

LES ALERTES DU MÉDECIN DU TRAVAIL, LES ENQUÊTES RPS DANS L'ENTREPRISE, LES COURRIERS MÉDICAUX AUX CONFRÈRES

V. Genty, juriste, Paris

L'alerte collective ne doit mentionner aucune information nominative (L. 4624-9, du Code du travail).

1. <https://www.inrs.fr/publications/outils/methodesRPS.html>

2. <https://www.inrs.fr/media.html?ref1NRS=ED%206125>

Psychopathologie professionnelle: de la prévention à la gestion

29^e journée recherche de l'IIMTPIF

Dans un premier temps, elle peut s'effectuer oralement auprès de l'employeur (maintien du contact direct avec l'employeur) puis un écrit peut confirmer l'alerte et donner des préconisations éventuelles. L'écrit (courrier, fiche d'entreprise) est essentiel pour la nécessaire traçabilité de l'alerte. Le médecin du travail transmet l'alerte à l'employeur par courrier simple ou mail et, en dernier, recours en lettre recommandée avec accusé de réception. En retour, l'employeur doit prendre en considération les propositions du médecin du travail, ou faire connaître par écrit ses motifs de refus. L'employeur transmet le courrier du médecin du travail et sa réponse au Comité social économique (CSE) ainsi qu'à l'inspecteur du travail, au médecin inspecteur, aux agents de la Caisse régionale d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) même si ceci est peu fait en pratique.

Sont ensuite présentées quelques propositions pour rédiger une alerte collective, en sachant qu'il n'existe pas de courrier type, si bien que chaque écrit doit s'adapter à la situation constatée. Quelques conseils de rédaction sont donnés : ne pas indiquer d'information nominative sur les salariés, ne pas s'approprier leurs propos, ne pas émettre d'avis sur la responsabilité de l'employeur. Le médecin du travail doit indiquer le contexte dans lequel il intervient, les éléments sur lesquels il se fonde pour justifier son alerte, les facteurs de RPS en lien avec les difficultés exprimées, les conséquences potentielles ou avérées de ces risques pour la santé des salariés, et enfin des suggestions pour prévenir les RPS.

Après le courrier d'alerte du médecin du travail sur la présence de

RPS, une évaluation de ceux-ci doit être menée, suivie d'une planification d'actions de prévention (il s'agit d'une mise à jour de la partie RPS du DUERP si elle avait déjà été menée). Les enquêtes RPS dans l'entreprise sont présentées avec les indicateurs à prendre en compte, qu'ils portent sur le fonctionnement de l'entreprise (*turn-over*, relations sociales, organisation du travail...) ou sur la santé et sécurité au travail (fréquence et gravité des AT/MP, stress, pathologies...). Bien que pouvant faire appel au SPST ou à un cabinet extérieur pour l'analyse des facteurs de risques organisationnels, l'employeur doit s'impliquer dans l'évaluation du risque.

Enfin sont évoqués les courriers entre médecin traitant et médecin du travail. La rédaction de ceux-ci nécessite une grande vigilance. Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) recommande de se limiter aux constatations médicales, ne pas faire de lien entre l'état de santé et les conditions de travail du salarié. S'il s'avère utile de reprendre les propos du salarié pour apporter le contexte, il est essentiel de les citer par des guillemets. Les arrêts des chambres disciplinaires nationale et régionales (de première instance) de l'Ordre des médecins constituent une jurisprudence, en particulier concernant les plaintes à l'encontre d'un médecin du travail.

Le médecin du travail exerce ses missions en toute indépendance à l'égard de l'employeur. Il dispose d'une connaissance sur les conditions de travail des salariés, et dans un but de prévention, il peut les décrire au médecin traitant, sans que ce soit considéré comme un rapport tendancieux ou un certificat de complaisance.

L'AVIS MOTIVÉ EN CAS DE SOLlicitation DU MÉDECIN DU TRAVAIL PAR UN COMITÉ RÉGIONAL DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES

C. Duret ; M.H. Lefèvre, Direction régionale du service médical de l'Assurance maladie d'Ile-de-France

Les intervenants commencent par des rappels sur la présomption d'origine (article L461-1 alinéa 5 du Code de la Sécurité sociale) et le système complémentaire qui s'appuie sur le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) (6^e alinéa de l'article précité qui nécessite l'établissement d'un lien direct entre l'activité professionnelle et la maladie ; et 7^e alinéa qui demande d'une part que la maladie cause le décès ou entraîne un taux d'incapacité prévisible au moment de la demande supérieur à 25 % et d'autre part que soit établi un lien direct et essentiel entre la maladie et l'activité professionnelle). Il est également rappelé que la déclaration, à l'initiative de la victime, comporte l'imprimé de déclaration de maladie professionnelle signée du demandeur, le certificat médical initial (CMI) signé par le médecin du choix de la victime, accompagné des éventuels examens médicaux complémentaires prévus par le tableau. Cette déclaration doit être faite à l'organisme de Sécurité sociale au plus tard dans les 2 ans suivant la signature du CMI (délai de prescription).

L'avis motivé du médecin du travail est très important, notamment quand le dossier est étudié par le CRRMP et tout particulièrement

dans le cadre de l'alinéa 7. En effet, cet avis motivé permet une vision experte des conditions de travail, en plus des informations recueillies lors de l'enquête administrative. Les éléments à faire figurer dans l'avis motivé portent sur la connaissance du salarié et son contexte personnel particulier, ses expositions professionnelles, son suivi spécifique, ses symptômes et leur chronologie. Concernant les atteintes psychiques liées aux facteurs psychosociaux, il est rappelé que seules trois maladies peuvent éventuellement être reconnues en maladie professionnelle : la dépression sévère caractérisée, les troubles anxieux et les états de stress post-traumatiques. Ces situations sont systématiquement examinées en hors tableau, au titre des alinéas 7 et 9 de l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale. Le caractère direct et essentiel du lien peut être difficile à établir (50 % des dossiers sont acceptés) et l'avis motivé du médecin du travail est ici souvent déterminant. L'instruction de ces dossiers est longue (jusqu'à 8 mois), mais c'est une possibilité dont les salariés doivent être informés. Les enjeux psychiques sont importants : besoin et recherche de reconnaissance, de justice et importance d'une prévention collective.

LE REPÉRAGE DU RISQUE SUICIDAIRE

H. Hérali, psychiatre libéral, Paris

La crise suicidaire est un moment de crise psychique où les ressources psychologiques et comportementales sont épuisées jusqu'à envisager le suicide comme seule possibilité de réponse. Le geste suicidaire s'inscrit dans le déroulement de

cette crise. On parle de comportement suicidaire quand il est potentiellement dangereux avec démonstration que la personne a tenté de se tuer. S'en rapprochent les comportements auto-destructeurs indirects (refus de traitement essentiel, anorexie mentale...) ou les conduites à risque. Une tentative de suicide est un comportement suicidaire sans issue fatale, mais avec une vraie intention de mourir. L'intention suicidaire est fonction de l'intensité du désir du patient d'en finir avec sa vie.

Des données épidémiologiques sur le suicide en France sont accessibles par le Centre d'Épidémiologie sur les Causes Médicales de Décès (CépiDc-INSERM) à partir des informations fournies par les certificats médicaux de décès. Entre 2016 et 2021, le taux est de 16,2 suicides pour 100 000 habitants, avec un ratio hommes/femmes de 2 à 3 et une augmentation globale avec l'âge. Les chômeurs se suicident 8,5 fois plus que la population générale, et de grandes variations s'observent entre catégories professionnelles et à l'intérieur de celles-ci. Le risque suicidaire est plus élevé chez les sujets de bas niveau socio-économique.

Le processus suicidaire peut être décrit en 5 phases, les 4 premières dites pré-suicidaires, par ordre croissant de gravité (recherche active de solutions, à défaut apparition d'idées suicidaires, puis rumination de celles-ci, puis planification d'un scénario), la cinquième phase étant celle du passage à l'acte après un événement déclencheur. Il convient d'appréhender la situation non par rapport à l'événement, mais sur l'ensemble du processus. L'évaluation du risque suicidaire est un temps essentiel pour ensuite assurer la prise en charge. Elle

comprend l'évaluation du risque, de l'urgence et de la dangerosité (d'où l'acronyme «RUD»), qui sont trois composantes indépendantes. L'analyse repose sur des éléments de contexte détaillés et l'appréciation des facteurs de risque individuels, familiaux et psychosociaux, en regard des facteurs de protection. L'évaluation de l'urgence va de faible à élevée. La dangerosité dépend de l'accessibilité et de la létalité du moyen envisagé. L'évaluation RUD sur 7 niveaux permet de définir les actions adaptées. En complément, il est rappelé que parler du suicide n'augmente pas le risque. Parmi les numéros téléphoniques de support, le **3114** est dévolu aux personnes confrontées à un risque suicidaire.

LE RÔLE DE CHACUN DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE POUR PRÉVOIR UN RECLASSEMENT PROFESSIONNEL ET UN MAINTIEN DANS L'EMPLOI

G. Saba, ACMS, Suresnes

L'équipe pluridisciplinaire est d'abord présentée dans sa composition, avec le médecin du travail (qui « anime et coordonne »), les autres médecins (collaborateurs, internes), les infirmiers en santé au travail (IDEST), les préventeurs (assistants en santé au travail – AST – et intervenants en prévention des risques professionnels – IPRP), l'assistant du service social. Parmi ses missions prescrites, l'équipe pluridisciplinaire en couvre deux principales : éviter l'altération de l'état de santé des salariés du fait de leur travail et assurer la prévention de leur désinsertion professionnelle. Ainsi, les tâches réelles de l'équipe

Psychopathologie professionnelle: de la prévention à la gestion

29^e journée recherche de l'IIMTPIF

pluridisciplinaire peuvent être décrites dans la séquence «repérer, analyser, orienter, accompagner, évaluer».

Repérer une situation à risque de désinsertion professionnelle peut être réalisé lors de tout entretien individuel ou bien lors d'une action en milieu de travail. **Analyser** (au moyen de visites, d'entretiens individuels, d'échanges, d'études de postes) permet d'effectuer un diagnostic de situation, en relevant les facteurs de risque, individuels comme professionnels, et les conséquences en termes médicaux et sociaux. **Orienter** signifie construire une prise en charge avec les institutions disponibles, celles pour le soin, pour l'expertise ainsi que les dispositifs du maintien en emploi ou de retour au travail. **Accompagner la reprise** dans l'entreprise se fait par différentes démarches complémentaires (rendez-vous de liaison, visites de pré-reprise et de reprise, échanges avec l'employeur, recommandation d'aménagement de poste, suivi des préconisations...). **Accompagner le maintien en emploi** est essentiel face au risque de désinsertion professionnelle, particulièrement fort en cas de RPS. **Évaluer** le risque permet de le prévenir, par le recours précoce aux différents acteurs dans l'entreprise et à l'extérieur.

Un reclassement est à penser d'abord en interne à l'entreprise, par l'aménagement du poste de travail ou par mobilité interne, ou à défaut en externe, vers une autre entreprise. Différents acteurs peuvent être impliqués, en premier lieu l'employeur, l'équipe pluridisciplinaire du SPST, éventuellement en partenariat avec les services de l'Assurance maladie, les acteurs du maintien en emploi et de compensation du handicap. Plusieurs dispositifs peuvent être mobilisés :

bilan de compétence, essai encadré, convention de rééducation professionnelle en entreprise pour se former à un nouveau métier, projet de transition professionnelle, avec formation certifiante.

Le reclassement est un parcours long et complexe, selon divers paramètres concernant le salarié (évolution de son état de santé et de sa motivation) et les acteurs de maintien en emploi (capacité à intervenir précocement). Il est essentiel d'assurer un suivi régulier auprès du salarié, son employeur et les autres intervenants dans le domaine du soin ou du maintien en emploi.

QUAND DÉCIDER D'UNE INAPTITUDE EN CAS DE PSYCHOPATHOLOGIES DU TRAVAIL

C. Duret

L'inaptitude n'est pas contradictoire avec le maintien dans l'emploi, elle peut contribuer à trouver un nouvel emploi qui soit plus adapté. Ainsi, la décision d'une inaptitude repose sur trois enjeux : choisir le bon moment médical car la pathologie demeure, limiter les risques de désinsertion professionnelle et limiter l'impact sur l'estime de soi. La question du moment pertinent pour évoquer une inaptitude repose sur des critères médicaux : symptômes psychiques incompatibles avec la reprise (incapacité à reprendre le travail de façon prolongée, pas ou peu d'amélioration, trouble majeur de la concentration, ralentissement psychomoteur, tristesse et pleurs, ruminations intenses...), risque de décompensation à la reprise du fait de troubles anxieux (conduite d'évitement du lieu de travail, anticipation anxieuse majeure, ruminations

permanentes sur le sujet professionnel, phobie centrée sur l'entreprise ou sur un collègue) ou troubles de la personnalité (impulsivité, risque hétéro-agressif). Un cas intermédiaire réside dans une amélioration clinique encore trop fragile, nécessitant de poursuivre l'arrêt-maladie puis de réévaluer la situation.

La temporalité doit être appréciée afin d'éviter de précipiter cette décision ou d'attendre trop longtemps. Plusieurs mois sont à envisager comme délai d'amélioration clinique si l'arrêt de travail vient de commencer, ou bien en cas d'absence de prise en charge suffisante, tant médicamenteuse que psychothérapeutique. À l'inverse, une inaptitude trop rapidement prononcée sera mal vécue, survenant trop tôt dans la prise en charge et pouvant se traduire par une incapacité symptomatique à chercher du travail (atteinte de l'estime de soi, perception d'incapacité, épisode dépressif majeur).

Les circonstances pour évoquer une inaptitude, au poste de travail actuel ou bien à tout poste, dépendent de la symptomatologie (en particulier de l'anxiété), du lien avec l'entreprise (degré de méfiance, sentiment d'abandon voire trahison), de la capacité de reclassement, tout en prenant en compte les souhaits du salarié. Le médecin du travail doit expliciter auprès du salarié sa décision d'inaptitude en détaillant les critères médicaux et les paramètres professionnels qui la justifient, tout en mettant en perspective l'amélioration de sa santé et la poursuite de sa carrière. De fait, une aptitude ou inaptitude est posée pour un poste de travail, et dans des conditions données précises (selon l'équipe de travail, le management, la culture de l'entreprise et les moyens attribués). En psychopathologie, les inaptitudes au «métier» sont rares.

PRÉSENTATION DE CAS PRATIQUES

Le premier cas proposé est celui d'une femme dans une petite structure, dans laquelle les contours des différents postes sont un peu flous. La salariée est très investie dans son travail. Elle présente des symptômes anxieux dans un contexte de montée en charge des activités de l'entreprise sans ressources humaines supplémentaires, l'amenant à consommer de l'alcool. L'employeur demande une visite suite à des arrêts courts répétés. Plutôt bienveillant, il souhaite garder cette salariée très appréciée pour son travail. Cependant, il craint que la consommation d'alcool devienne une addiction qui pourrait avoir des conséquences sur la bonne marche de l'entreprise. Sur le plan médical, une orientation vers le médecin traitant a été faite pour une prise en charge en psychothérapie de type thérapie cognitivo-comportementale, en parallèle d'un suivi régulier par le médecin du travail et l'infirmière de santé au travail. A été mis en place un accompagnement managérial par l'employeur notamment sur la répartition de la charge et la redéfinition du contenu des différents postes. Ce cas a été l'occasion de rappeler d'une part que la consommation d'alcool doit être aussi recherchée en dehors du lieu du travail et d'autre part que ce type de personne très investie peut « perdre pied » si la charge et l'organisation du travail sont mal définies. Sur un plan juridique, l'employeur ne peut pas légalement conserver sur le lieu de travail une personne ivre. En revanche, il ne peut pratiquer de contrôle aléatoire de l'alcoolémie que pour des postes dit de sécurité. L'alcootest ne peut être pratiqué que si cette possibilité

est inscrite dans le règlement intérieur, qu'il puisse y avoir une contre-expertise et que les sanctions éventuelles soient également inscrites dans le règlement intérieur. Dans le cas où l'alcootest est réalisé au SPST, le résultat relève du secret médical et ne peut donc être transmis à l'employeur.

Le deuxième cas exposé est celui d'un ingénieur de 31 ans chargé de projet dans l'industrie. Très impliqué et engagé dans son travail, il a eu une promotion récente et a commencé un parcours de formation devant l'amener à des fonctions plus élevées. De ce fait, il ressent une pression importante. Il vient, à son initiative, voir le médecin du travail en visite de pré-reprise. L'arrêt de travail a été motivé par une sensation pesante de fatigue, une irritabilité avec des troubles de la concentration, des difficultés à produire et une sensation de perte de capacités. Le salarié se pose des questions sur la suite possible de sa carrière professionnelle. Il est actuellement responsable de différents projets capitaux pour l'entreprise, mais ne dispose pas des ressources nécessaires. Une prise en charge par un psychiatre et un psychologue est mise en œuvre. Après dialogue avec l'employeur, celui-ci s'est engagé sur un aménagement de la charge de travail en trouvant des ressources pour aider ce salarié. La reprise de travail de ce dernier dans ces conditions s'est bien passée. Ce cas montre l'importance de l'information sur la visite de pré-reprise précoce. Dans l'épuisement professionnel, il faut bien sûr chercher le contexte exposant mais également le contexte interne à la personne qui fait que celle-ci ne peut se protéger d'un contexte professionnel exigeant. La prise en charge porte alors l'aide à comprendre les mécanismes du surinvestissement, en

regard d'une situation professionnelle pathogène. Ce cas est également l'occasion d'apporter quelques précisions sur le rendez-vous de liaison entre l'employeur et le salarié et dont le but unique est de présenter au salarié les dispositifs de maintien dans l'emploi.

Le troisième cas proposé est celui d'une femme de 52 ans, DRH d'une entreprise de taille moyenne. Elle assure également la fonction HSE, celle de l'assistante sociale, de la psychologue... Suite à des difficultés financières de l'entreprise, un plan de sauvegarde de l'emploi est mis en place et le directeur général lui demande de commencer à « couper les têtes » ce qui l'a mise en situation de conflit de valeur. Elle vient en visite de pré-reprise sur l'insistance de son mari, après un mois d'arrêt. Elle présente un important amaigrissement, des troubles du sommeil sévères, des symptômes dépressifs et signale l'abus de consommation de substances, notamment de l'alcool. Une orientation vers le psychiatre a été faite pour instauration d'un traitement médicamenteux et une psychothérapie de soutien. Deux tentatives de reprise ont été des échecs malgré les aménagements prévus par l'employeur qui a embauché un directeur administratif et financier. La salariée s'est sentie dépossédée de son poste et a développé une phobie de l'entreprise conduisant à une inaptitude. Elle a fait une demande de reconnaissance en maladie professionnelle qui dans un premier temps a été refusée parce qu'il était noté sur le certificat médical initial « épuisement professionnel » qui n'est pas une maladie. Une nouvelle demande avec « épisode dépressif caractérisé » a été faite et acceptée. Ce cas permet d'insister sur le fait que la fonction RH est très exposée aux RPS, subissant notamment de

Psychopathologie professionnelle: de la prévention à la gestion

29^e journée recherche de l'IIMTPIF

fortes pressions pour ne pas être en arrêt ou reprendre très vite. Il est important alors pour le médecin du travail de demander au salarié quelles sont les conditions dont il a besoin pour pouvoir reprendre son poste dans la durée. Sur un plan juridique, ce cas a permis de revenir sur la notion de résiliation judiciaire du contrat de travail qui peut être demandée quand le salarié, qui est toujours dans l'entreprise (en arrêt ou en activité), pense qu'il y a eu manquement de l'employeur. Cette procédure fait intervenir le Conseil des Prud'hommes qui doit statuer sur les torts de l'employeur. Si ces derniers sont établis, la rupture du contrat est prononcée aux torts de l'employeur et ce dernier devra payer des indemnités de licenciements (souvent assez conséquentes). Cette procédure n'entre pas en concurrence avec celle de l'inaptitude pour raison médicale.