



UNIVERSITE DE LILLE

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Étude des motifs de consultation de psychopathologie  
professionnelle exprimés par les salariés reçus dans les  
centres de consultations de pathologie professionnelle des  
Hauts de France entre Janvier 2017 et Mai 2018.**

Présentée et soutenue publiquement le 24/01/2019 à 16 heures

Au Pôle Formation

**Par Gautier HERBET**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame le Professeur Annie SOBASZEK**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Catherine DOUTRELLOT**

**Madame le Docteur Alexandra SALEMBIER TRICHARD**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Professeur Sophie FANTONI**

---

# AVERTISSEMENT

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



# Liste des abréviations

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

AT : Accident de travail

CCPP : Centre de consultations de pathologies professionnelles

CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail

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

DRH : Directeur des ressources humaines

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

MP : Maladie Professionnelle

NAF : Nomenclature d'Activité Française

QCM : Question à choix multiples

RP : Représentant du personnel

RPS : Risques psychosociaux

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

# Table des matières

## Table des matières

RESUME .....	8
INTRODUCTION .....	9
OBJECTIFS .....	13
1. Objectif principal .....	13
2. Objectifs secondaires .....	13
MATERIEL ET METHODE.....	14
1. Type d'étude .....	14
2. Population de l'étude .....	14
3. Questionnaire de l'enquête .....	15
1. Elaboration du questionnaire.....	15
2. Description du questionnaire.....	15
3. Auto-questionnaire .....	20
4. Guide d'utilisation du questionnaire.....	20
5. Lettre d'information.....	21
6. Confidentialité .....	21
7. Analyse statistique .....	21
RESULTATS.....	24
1. Participation à notre enquête.....	24
2. Résultats descriptifs .....	24
1. Caractéristiques sociodémographiques .....	24
2. Données relatives à la consultation .....	27
3. Données relatives aux risques psychosociaux et à leur prévention primaire ...	28

4. Données relatives aux acteurs mobilisés.....	31
3. Résultats analytiques.....	35
DISCUSSION.....	47
CONCLUSION.....	56
REFERENCES .....	57
ANNEXES.....	64
Annexe 1 : Questionnaire .....	64
Annexe 2 : Auto-questionnaire .....	66
Annexe 3 : Classification des Facteurs organisationnels, relationnels et éthiques proposés par le Thésaurus harmonisé des expositions.....	67
Annexe 4 : Tableau de recueil des acteurs mobilisés depuis la dégradation des conditions de travail.....	69
Annexe 5 : Guide d'utilisation du questionnaire .....	70
Annexe 6 : Lettre d'information .....	72



# RESUME

**Contexte :** les Risques psychosociaux (RPS) sont apparus depuis une dizaine d'années comme un des sujets majeurs de la vie au travail. Des consultations de psychopathologie professionnelle, proposées dans certains Centres de Consultations de Pathologie Professionnelle (CCPP), visent à conseiller les salariés, rapportant des situations de souffrance morale en lien avec leur environnement professionnel.

**Matériel et Méthode :** Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive multicentrique prospective et non interventionnelle réalisée à partir des informations transmises par les patients reçus en consultation de psychopathologie professionnelle au sein des deux CCPP de la région des Hauts de France à Lille et Amiens entre Janvier 2017 et Mai 2018.

**Résultats :** Parmi les 126 patients inclus entre Janvier 2017 et Mai 2018, les principaux motifs de consultations étaient, pour 31% des patients, l'obtention d'un avis d'aptitude à un poste. L'analyse des principaux facteurs de risque retrouve une surreprésentation des violences en entreprise devant les troubles liés à l'organisation de l'activité. On retrouve une influence significative de la taille de l'entreprise sur la mise en place d'actions de prévention qui sont plus fréquemment décrites par les salariés de grosses entreprises ( $p < 0.01$ ) mais restent trop peu développées pour permettre de réduire la durée d'exposition des patients en souffrance au travail (31 mois).

**Conclusion :** L'information sur les RPS et l'accompagnement des entreprises dans la mise en place d'actions concrètes de prévention primaire doivent être encouragés afin de briser l'isolement des salariés victimes de souffrance au travail.



# INTRODUCTION

Bien que les Risques psychosociaux (RPS), soient apparus depuis une dizaine d'années comme un des sujets majeurs de la vie au travail, les récentes enquêtes concernant les évolutions des conditions de travail actuelles ne mettent pas en évidence de diminution des contraintes de rythmes imposés aux salariés. D'après une étude de la DARES, 31% des salariés déclarent travailler sous pression et 43% ne pas pouvoir quitter leur travail des yeux. [1]

Bien au contraire, cette analyse décrit même parallèlement une diminution de l'autonomie et des marges de manœuvres des salariés de toutes les catégories socioprofessionnelles. Ils sont ainsi 43% à répéter une même série de gestes et ne sont que 62% à pouvoir faire varier les délais fixés.

Les mécanismes liant ces conditions de travail, comme la diminution des latitudes décisionnelles, avec l'apparition d'une souffrance au travail sont bien connus depuis les années soixante-dix avec l'apparition du modèle de KARASEK et le concept de job strain (situation de fortes exigences émotionnelles associées à une faible autonomie dans le travail). [2]

Nous savons désormais qu'il existe d'autres contraintes dont la preuve de leur lien avec l'apparition de souffrance au travail n'est plus à démontrer, comme le déséquilibre effort-récompense décrit par le modèle de SIEGRIST en 1996. [3] Plus récemment, des critères ou associations de critères ont été évoqués comme des facteurs de RPS mais le poids relatif de ces nouvelles contraintes reste encore à approfondir. Celles-ci sont les conflits éthiques, les injustices organisationnelles ou le traitement inéquitable entre travailleurs d'une même entreprise, l'insécurité de l'emploi ou du salaire, les injonctions contradictoires et les violences internes ou externes. [4]

Malgré l'avancée de l'état des connaissances concernant les risques psychosociaux et leurs facteurs de risque, les taux de souffrance psychique liée au travail augmentent en France. Chez les femmes, ils ont augmenté de 2,3 % à 3,1% sur la période 2007 à 2012 ainsi que de 1,1 % à 1,4 % chez les hommes. [5]

Afin d'aider les salariés et leurs médecins à répondre à ces problématiques de souffrance au travail, des consultations de psychopathologie au travail ont été créées en 2003 au sein des centres de consultations de pathologies professionnelles et environnementales (CCPP).

Il existe actuellement trente CCPP répartis en France, parmi les différents centres hospitaliers régionaux universitaires. [6] Leurs missions sont d'aider au diagnostic médical de maladies secondaires aux expositions professionnelles, d'assurer la prise en charge de ces patients, et d'éviter leur désinsertion professionnelle en conseillant le médecin du travail. Ils participent également à l'orientation des jeunes travailleurs mais coordonnent également certains suivis post-professionnels ou post-expositions pour proposer des dépistages adaptés. Enfin, ils participent à la formation des futurs médecins du travail et aux travaux de recherche. Les acteurs des CCPP sont soit des médecins du travail soit des spécialistes des disciplines couvrant les principales pathologies professionnelles. [7]

Par le biais d'une interface web sécurisée, toutes les consultations réalisées dans les CCPP et toutes les pathologies suspectées d'être professionnelles, sont enregistrées à l'aide d'un recueil standardisé de données (données sociodémographiques, secteur d'activité, profession, pathologies, expositions professionnelles, lien entre pathologies et expositions) au sein du Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies professionnelles. [8] Les CCPP alimentent et exploitent ce réseau avec huit services de santé au travail afin, entre autres, de repérer les risques professionnels émergents et d'axer les actions prioritaires régionales ou nationales. [6]

Afin d'alimenter le RNV3P, les facteurs de risques psychosociaux sont recueillis et classés parmi les Facteurs Organisationnels, Relationnels et Ethiques (FORE) issus du Thésaurus harmonisé des expositions professionnelles.

Ce thésaurus qualificatif 2018 – Version Béta2 du 18.12.2017 est disponible en ligne sous format PDF. [9] Il s'agit du thésaurus d'expositions professionnelles le plus complet à ce jour dont la mise à jour et la veille sont assurées par le groupe nomenclature du RNV3P de l'Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail). [10]

Les Facteurs Organisationnels, Relationnels et Ethiques (FORE) de ce thésaurus sont classés en six sous-catégories :

- Exigence inhérente à l'activité
- Organisation fonctionnelle de l'activité (Management)
- Relation au travail et violence
- Ethique personnelle, conflit de valeurs
- Ethique de l'entreprise
- Autre facteur de majoration

Parallèlement aux FORE du thésaurus harmonisé des expositions professionnelles, à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail a réalisé un rapport détaillant notamment les principaux facteurs de risque au travail. Ce rapport datant de 2011 est communément appelé rapport GOLLAC du nom de son rédacteur Michel GOLLAC. [11]

Ces facteurs de risques psychosociaux proposés par le collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux sont classés en six autres catégories :

- Intensité du travail et temps de travail
- Exigences émotionnelles
- Autonomie
- Rapports sociaux au travail
- Conflits de valeurs
- Insécurité de la situation de travail

Les consultations de psychopathologie professionnelle proposées dans certains CCPP, encore appelées consultations de « souffrance au travail » visent à conseiller les salariés, rapportant des situations de souffrance morale en lien avec leur environnement de travail.

La première consultation de « souffrance au travail » a été créée en 1997 au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre par Marie PEZE, Docteur de psychologie, responsable pédagogique du certificat de spécialisation en psychopathologie du travail qu'a lancé Christophe Dejours en Novembre 2008 au CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers). [12]

Ces consultations ont pour mission d'aider les patients à comprendre les éléments qui ont participé à la dégradation de leur situation professionnelle, à identifier le retentissement

de cette situation sur leur santé, et de faire émerger par le dialogue les orientations utiles pour les accompagner dans la recherche de solutions vers un projet thérapeutique et professionnel adapté. [13]

Les patients y sont adressés pour une demande de reconnaissance en MP (Maladie professionnelle) ou une orientation vers un suivi spécialisé adapté. Le médecin de ces consultations dites de « souffrance au travail » peut également donner son avis au médecin du travail, sur la compatibilité entre l'état de santé du salarié et le maintien au poste ainsi que sur la pertinence d'une réorientation professionnelle [14]

Il s'agit d'un avis complémentaire extérieur ponctuel. Aucune prise en charge thérapeutique n'est proposée au sein du CCPP même si un suivi de certains patients par le médecin consultant peut-être décidé.

Devant ce constat d'augmentation des taux de souffrance au travail et à la possibilité d'adresser les travailleurs aux consultations de psychopathologies professionnelles au sein de certains CCPP, il est justifié de s'interroger plus finement sur les principaux motifs de consultation des salariés. Le profil sociodémographique des patients reçus, les actions de prévention primaire qu'ils ont identifiées ou non au sein de leur entreprise ainsi que les différents acteurs qu'ils ont mobilisés, pourraient également permettre d'axer les prochaines actions de prévention.

# OBJECTIFS

## **1. Objectif principal**

- Identifier les principaux motifs de consultations de psychopathologie professionnelle

## **2. Objectifs secondaires**

- Etudier le profil sociodémographique des patients consultants
- Décrire les principaux facteurs de risques professionnels perçus et relatés par les patients associés aux souffrances au travail
- Préciser le rôle du médecin du travail et des autres acteurs de prévention dans le parcours des patients adressés
- Identifier les actions de prévention primaires des RPS mises en place face à la problématique des risques psychosociaux et identifiées par les patients

# MATERIEL ET METHODE

## **3. Type d'étude**

Il s'agit d'une **étude épidémiologique descriptive multicentrique prospective et non interventionnelle** réalisée à partir des informations transmises par les patients reçus en consultation de psychopathologie professionnelle au sein des deux Centres de Consultation de Pathologies Professionnelles et Environnementales de la région des Hauts de France à Lille et Amiens entre Janvier 2017 et Mai 2018.

## **4. Population de l'étude**

Nous avons inclus 126 patients entre Janvier 2017 et Mai 2018 qui répondaient aux critères d'inclusions suivants :

- Patient ayant au moins l'expérience d'une activité professionnelle en cours ou antérieure
- Age supérieur ou égal à 18 ans.
- Patient adressé par un courrier rédigé par un médecin de leur choix, un psychologue, un avocat ou encore une assistante sociale à un Centre de Consultation de Pathologies Professionnelles.

Un seul critère de non inclusion a été retenu :

- Patient présentant des antécédents psychiatriques sans lien avec son activité professionnelle. L'évaluation de la présence d'un lien entre la pathologie et son travail était laissée au médecin consultant.

Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

## **5. Questionnaire de l'enquête**

### **1. Elaboration du questionnaire**

Notre questionnaire a été élaboré entre Février et Avril 2017 avec la collaboration du Professeur Sophie FANTONI QUINTON, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier dans le service de Pathologies Professionnelles et Environnement – Maintien dans l'Emploi du CHRU de Lille, mais également du Docteur Alexandra SALEMBIER TRICHARD, Praticien Hospitalier dans le service de Pathologies Professionnelles et Environnement – Maintien dans l'Emploi du CHRU de Lille, en charge des consultations de psychopathologies professionnelles du service ainsi que celle du Docteur Catherine DOUTRELLOT Chef du service de Pathologies Professionnelles et Environnement – Maintien dans l'Emploi du CHRU d'Amiens. Une dernière relecture du questionnaire a été réalisée par les médecins du service de service de Pathologies Professionnelles et Environnement – Maintien dans l'Emploi du CHRU de Lille.

Le questionnaire finalisé a été reproduit en format papier et mis à disposition des médecins consultants dans le bureau des internes du service de Pathologies Professionnelles et Environnement du CHRU de Lille et adressé en format numérique au Docteur Catherine DOUTRELLOT, seule consultante des consultations de psychopathologie professionnelle au CHRU d'Amiens.

### **2. Description du questionnaire**

Le questionnaire est adressé au médecin consultant de la consultation de psychopathologie professionnelle dite de souffrance au travail. Il est demandé au médecin de répondre aux questions à partir des informations qui lui seront transmises par le patient. Le questionnaire est strictement anonyme, un numéro de patient et de centre d'investigation est annoté en en-tête du questionnaire uniquement afin de faciliter le classement et de limiter le risque de perte de données lors du recueil. Il n'est pas possible de retrouver l'identité d'un patient à partir de son numéro de patient ou de centre.

Le nombre de questions a été volontairement limité afin que celles-ci tiennent sur une feuille A4 recto verso. Le temps de remplissage du questionnaire est estimé entre 5 et 10 minutes.

Le questionnaire est disponible en Annexe 1.

Ce questionnaire est accompagné d'un auto-questionnaire remis au patient en salle d'attente. Cet auto questionnaire est également anonyme et reprend uniquement le numéro de patient et de centre du salarié reçu en consultation. Une fois l'auto-questionnaire rempli, il est transmis au médecin consultant durant le temps de la consultation.

L'auto questionnaire est disponible en Annexe 2.

### 1. Première partie :

Cette première partie a pour objectif d'obtenir des informations sociodémographiques sur la population adressée aux consultations de psychopathologie professionnelle, ainsi que des informations sur l'entreprise dans laquelle l'activité professionnelle est exercée. Les questions sont posées au patient par le médecin consultant qui retranscrit secondairement les réponses dans le questionnaire.

Ainsi, pour chaque patient reçu en consultation ont été récupérées les données suivantes :

- L'âge
- La domiciliation
- Le sexe
- Le secteur d'activité (privé ou public)
- La catégorie socioprofessionnelle
- Le type de contrat signé avec son employeur
- Le type d'activité de l'entreprise
- Code NAF de l'activité
- La taille de l'entreprise
- Leur ancienneté dans l'entreprise traduite ici par le mois et l'année d'arrivée dans l'entreprise.



## 2. Deuxième partie

La deuxième partie du questionnaire porte d'avantage sur la consultation en elle-même.

La première question vise à recueillir l'objectif de la consultation. Celui-ci pouvait être exprimé par le patient s'il en avait connaissance ou bien pouvait être exprimé dans le courrier adressant le patient au centre de consultations de pathologies professionnelles. La question est posée sous la forme d'une question à choix multiples établie à partir des motifs les plus courants, connus par les médecins consultants. Une case d'expression libre permet toutefois d'y apporter une réponse différente en cas d'objectif particulier. Une seule réponse est acceptée.

La question suivante est posée sous la forme d'un tableau et vise à préciser l'identité des professionnels adressant. Les entrées en colonnes proposent cinq professionnels dont le service reçoit régulièrement des demandes de consultation. On y retrouve le médecin du travail, le médecin traitant, la CARSAT (par le biais d'une assistante sociale le plus souvent), le psychiatre ou psychologue clinicien et l'avocat. Pour le psychologue, il est précisé clinicien afin de le différencier du psychologue du travail travaillant souvent au sein d'une équipe pluridisciplinaire animée par un médecin du travail. Une dernière entrée « Autres » permet d'y apporter une réponse libre

La première entrée en ligne du tableau vise à connaître le professionnel à l'initiative de la demande de consultation, c'est à dire celui ayant informé le patient de l'existence de la consultation ou l'ayant convaincu de s'y rendre.

La deuxième ligne cible uniquement le professionnel ayant rédigé le courrier adressant.

### 3. Troisième partie

Cette partie est dévolue à la situation de souffrance au travail que décrit le patient.

La première question de cette troisième partie du questionnaire vise à identifier et hiérarchiser les facteurs de risque de troubles au travail vécus et exprimés par le patient.

Dans un premier temps, il avait été décidé de baser les choix de cette question à choix multiples sur les facteurs de risques psychosociaux proposés par le collègue d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail.

Toutefois, il a été souligné par le Docteur Catherine DOUTRELLOT, la nécessité pour tous les médecins consultants en CCPP de coder les données de la consultation selon le thésaurus harmonisé des expositions professionnelles afin d'alimenter le RNV3P. Dans le but de limiter le surcroît d'activité imposé aux médecins consultants, lié au remplissage du questionnaire, et dans le but d'optimiser leur participation, il a donc été décidé de remplacer le classement des facteurs de risques psychosociaux par les 6 catégories de Facteurs Organisationnels, Relationnels et Ethiques (FORE) du thésaurus harmonisé des expositions.

La classification des FORE (facteurs organisationnels, relationnels et éthiques) proposés par le thésaurus harmonisé des expositions est disponible en Annexe 3.

La question suivante a pour objectif d'évaluer le temps d'exposition du patient à la situation professionnelle pathogène. Ce temps d'exposition correspond au délai séparant l'apparition des troubles au travail et la prise en charge du patient en consultation de psychopathologie professionnelle. Pour ce faire, il est demandé au médecin consultant de préciser le mois et l'année du début de la situation de travail conduisant à la consultation. Le délai est calculé en soustrayant cette date à la date de consultation puis en divisant le résultat par 365,25 afin d'obtenir le délai en année.

Enfin la dernière question de cette troisième partie, tente de déterminer si cette situation de travail pathogène est liée à un évènement particulier, identifiable par le patient. Si c'est le cas, il est proposé au patient de préciser la nature de cet évènement, en texte libre. Secondairement, des regroupements de ces évènements ont été réalisés afin de pouvoir mettre en évidence certains types d'évènements à risque de développer des situations de souffrance au travail.

#### 4. Quatrième partie

C'est la dernière partie du questionnaire rempli par le médecin. Celle-ci a été proposée sous la forme d'un tableau permettant de détailler en ligne, différents acteurs de l'entreprise et en colonne des questions relatives à la mobilisation ou non par le travailleur de ces acteurs depuis la dégradation des conditions de travail jusqu'à la date de la consultation.

Parmi les acteurs proposés sont cités :

- Le médecin du travail
- Les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire
- Le CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail) <sup>1</sup>
- Les représentants du personnel
- L'inspection du travail
- L'encadrement hiérarchique (Niveau N+1)
- L'encadrement hiérarchique (Niveau N+2)
- La Direction des Ressources Humaines
- Une entrée Autre est prévue en texte libre.

En colonne, Les questions posées pour chaque acteur précédemment cité sont les suivantes :

- L'acteur a-t-il été contacté au sujet de la situation de travail ?
- Si oui, dans quel délai ? A préciser en mois.
- Si celui-ci n'a pas été contacté, pour quelles raisons ?
- En cas de contact, des actions ont-elles été mises en œuvre ?

Cette dernière partie du questionnaire sous forme de tableau est proposée en Annexe 4.

---

<sup>1</sup> Remplacé par le CSE Comité Social et Economique par l'ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales.

L'objectif de cette dernière partie du questionnaire est d'identifier le parcours des patients adressés en consultation de psychopathologies par le biais des principaux interlocuteurs en entreprise.

### 3. Auto-questionnaire

#### **« Actions de prévention primaire mises en œuvre par l'employeur selon le salarié »**

Remis au patient en salle d'attente, cet auto-questionnaire aborde la prévention primaire des risques psychosociaux au sein de l'entreprise telle que perçue par le travailleur. Y sont énumérées sept mesures de prévention primaire, pour chacune d'entre elles, le salarié précise par un QCM, si oui ou non la mesure existe selon lui dans l'entreprise où il travaille. Pour chaque mesure, une réponse « Ne sait pas » est également disponible. Enfin, un emplacement « autres » sous la forme d'un texte libre est réservé en bas de page, pour y inscrire une mesure existante, connue du salarié et non proposée précédemment.

### 6. **Guide d'utilisation du questionnaire**

Un guide d'utilisation du questionnaire a été rédigé à destination des médecins consultants des centres de consultations de pathologies professionnelles de Lille et d'Amiens. Celui-ci explique l'attribution du numéro patient et du numéro de centre puis reprend toutes les questions du questionnaire et en précise les modalités de remplissage.

Le guide d'utilisation est disponible en Annexe 5.

## **7. Lettre d'information**

Sur les conseils du Docteur Nadège LEPAGE, Praticien Hospitalier dans le service de Pathologies Professionnelles et Environnement – Maintien dans l'Emploi du CHRU de Lille, une lettre d'information a été rédigée à destination des patients inclus dans l'étude afin, en mon absence, de leur transmettre en salle d'attente les informations indispensables.

La lettre rappelle les objectifs principaux de l'étude, et reprend les principaux critères étudiés par le questionnaire. Le patient est informé que le questionnaire rempli durant la consultation ainsi que l'auto-questionnaire qui lui est remis, sont anonymes et que les données recueillies sont analysées collectivement à partir d'un fichier sécurisé. Enfin, il est rappelé au patient inclus qu'il a le droit d'accès et de retrait aux données le concernant.

La lettre d'information est disponible en Annexe 6.

## **8. Confidentialité**

Un exemplaire de notre questionnaire a été transmis aux attachés de la CNIL au CHRU de Lille ainsi qu'une déclaration simplifiée en date du 05.04.2017. Devant la confirmation du caractère strictement anonyme des questionnaires, le recueil des données a été validé sans qu'une déclaration officielle de la base de données soit envoyée à la CNIL.

## **9. Analyse statistique**

Le recueil des données s'est déroulé entre le 26 Janvier 2017 et le 24 Avril 2018, date à laquelle les 100 inclusions initialement prévues ont été atteintes. Ce nombre d'inclusions a même été dépassé durant l'intervalle de temps nécessaire à la récupération des questionnaires sur le deuxième centre.

Les données ont été recueillies dans un fichier Excel ® sécurisé par un mot de passe. Chaque questionnaire correspondait à une ligne et toutes les variables de chaque question étaient reprises en colonne. Tous les questionnaires remplis ont été analysés, même si pour certaines questions des données étaient manquantes.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS. Une première analyse descriptive a été réalisée à l'aide de tableaux croisés dynamiques afin d'obtenir les principales caractéristiques de notre population étudiée ainsi que le pourcentage de réponses aux différentes questions du questionnaire.

Nous avons également réalisé, à l'aide d'un test du  $\chi^2$  Pearson en analyse bidimensionnelle, une recherche de lien statistiquement significatif entre certaines caractéristiques de la population (l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, la taille de l'entreprise, le secteur d'activité) et l'objectif de la consultation.

Nous avons fait de même pour nos objectifs secondaires, les facteurs de risques associés aux souffrances au travail et les acteurs mobilisés.

Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

Afin de pouvoir analyser les données recueillies, des variables ont dû être créées telles que :

- Le temps d'exposition obtenu en soustrayant à la date de consultation, la date du début de la dégradation des conditions de travail, le tout divisé par 365,25 et exprimé en année.
- La variable unique « prévention primaire », regroupant toutes les mesures de prévention primaire proposées dans l'auto-questionnaire.
- Concernant les acteurs mobilisables en entreprise, une variable « Instance représentative du personnel (IRP) » a été créée en regroupant le CHSCT et les représentants du personnel, une variable « hiérarchie » a été créée, elle regroupe l'encadrement N+1, N+2 et le DRH. Enfin, une variable « acteurs » a également été créée en regroupant tous les acteurs mobilisés par les salariés en entreprises.

Des regroupements de réponses ont dû être envisagés afin de permettre une meilleure analyse statistique, c'est le cas des secteurs d'activités des patients consultants, qui ont

été regroupés suivant les grandes catégories de leur code libellé NAF (Nomenclature d'Activité Française).

Les évènements identifiables ayant déclenchés la situation de travail ont également été regroupés en 7 types d'évènements, selon les récurrences les plus importantes.

Ces types d'évènement sont :

- Arrêt Maladie et/ou congé maternité
- Modification de l'organisation ou de la charge de travail
- Altercation avec l'employeur
- Altercation avec un collègue
- Altercation avec un client
- Changement de direction
- Autres (Licenciement, Accident de travail, Sanction disciplinaire)

Afin d'obtenir de diminution des taux de significativité de nos croisements statistiques, certains regroupements ont dû être réalisés. Parmi les objectifs de consultations d'abord, devant la répartition de ces objectifs, il a été décidé de regrouper dans la catégorie « Autres », les objectifs les moins représentés soit, les motifs apportés en texte libres, les conseils juridiques et les aides au diagnostic. Ensuite parmi les FORE, les propositions « Autres facteurs de majoration », « conflits de valeur » et « éthique de l'entreprise » ont été regroupés au sein de la variable « Autres ».

# RESULTATS

## **1. Participation à notre enquête**

Au total, 126 questionnaires ont été recueillis dans notre base de données et analysés.

Parmi eux, seuls 83 questionnaires étaient complets, mais les réponses des questionnaires incomplets ont quand même été comptabilisées dans l'analyse statistique.

Un seul patient n'a pu être inclus dans l'étude, conformément à l'unique critère de non inclusion. En effet, la consultation a mis à jour dans le dossier du patient des antécédents psychiatriques significatifs jugés sans lien avec son activité professionnelle par un des médecins consultants du centre n°1.

## **2. Résultats descriptifs**

### **4. Caractéristiques sociodémographiques**

Les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée sont reprises dans le tableau 1.

La répartition des patients reçus par catégorie socioprofessionnelle est résumée dans la figure 1.



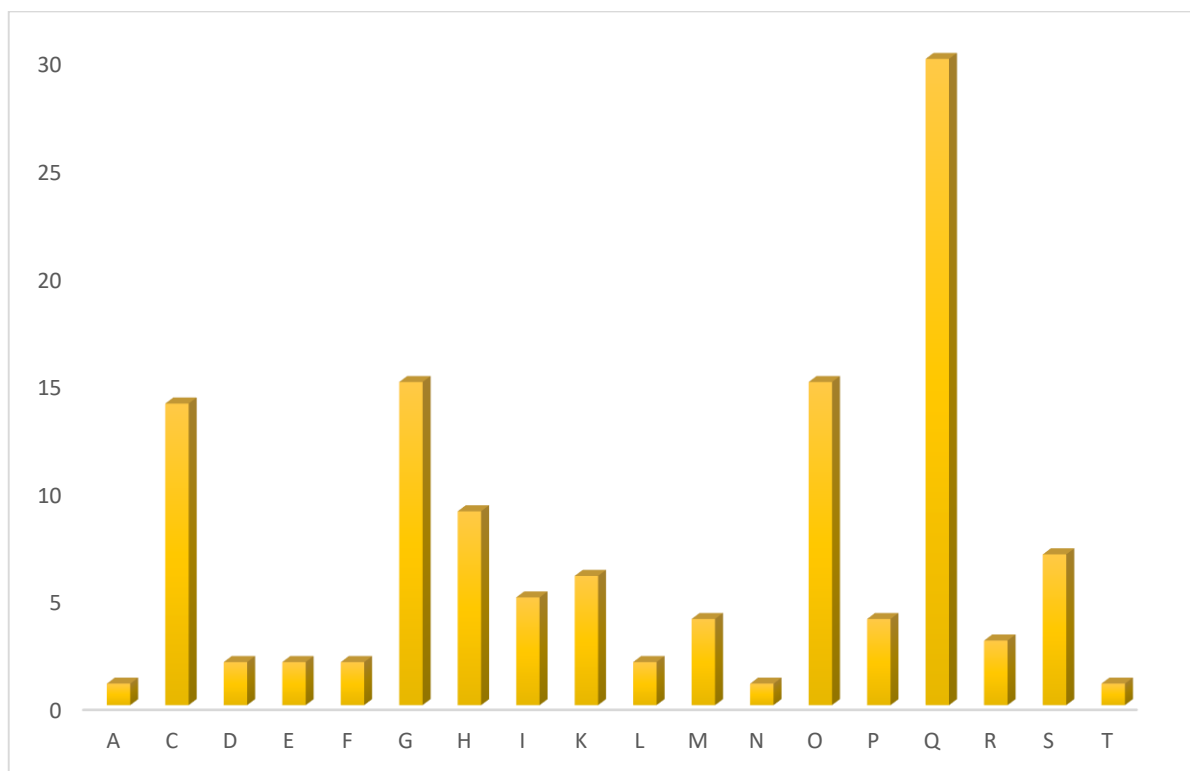
**Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population reçue en consultation de psychopathologie professionnelle entre Janvier 2017 et Mai 2018.**

Age	Nombre de réponse	Répartition des âges
41 - 50 ans	51	41%
> 50 ans	42	34%
31 - 40 ans	27	22%
16 - 30 ans	5	4%
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100%</b>
Domiciliation	Nbre	%
Nord	42	37%
Somme	30	26%
Oise	24	21%
Pas de Calais	16	14%
Autres	3	3%
<b>Total général</b>	<b>115</b>	<b>100%</b>
Sexe	Nbre	%
Féminin	83	66,9%
Masculin	41	33,1%
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0%</b>
Secteur Professionnel	Nbre	%
Secteur Privé	99	80%
Secteur public	25	20%
<b>Total général</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>
Catégorie socio-professionnelle	Nbre	%
Employé	56	47%
Cadre supérieur, profession libérale	27	23%
Profession intermédiaire	27	23%
Ouvrier	10	8%
<b>Total général</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>
Type de contrat	Nbre	%
CDI	97	85%
Fonctionnaire	16	14%
CDD	1	1%
<b>Total général</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>
Taille de l'entreprise	Nbre	%
> 250	54	35%
50 - 250	26	20%
< à 50	43	45%
<b>Total général</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

\*Nbre = Nombre de réponse / % = Répartition des réponses

\*\*Est reprise ici, la taille de l'entreprise où la situation de souffrance est décrite, en nombre de salariés.

**Figure 1 : Histogramme résumant la répartition des patients reçus en consultation par secteurs d'activité regroupés par catégories de code libellé NAF.**



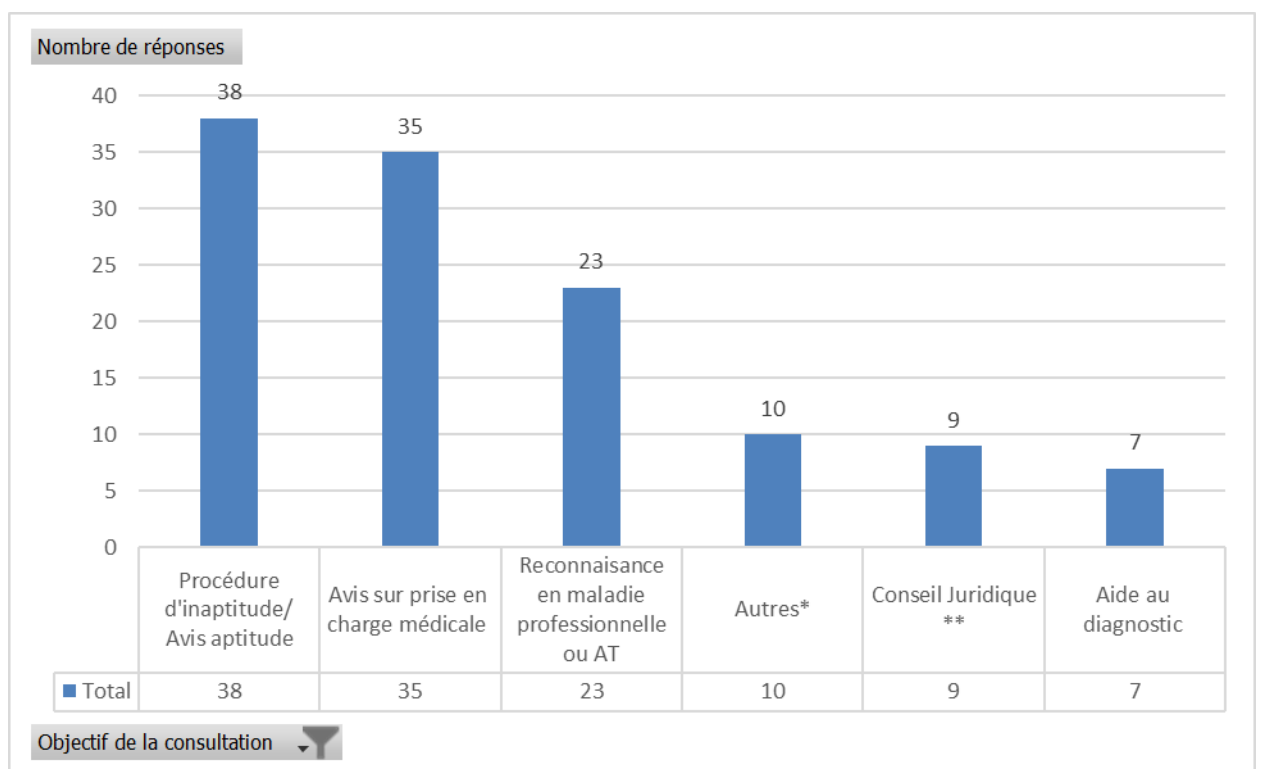
Légende : Code NAF, Liste des sections de Niveau 1, 2008, source INSEE.

Code	Libellé
A	Agriculture, sylviculture et pêche
B	Industries extractives
C	Industrie manufacturière
D	Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné
E	Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution
F	Construction
G	Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles
H	Transports et entreposage
I	Hébergement et restauration
J	Information et communication
K	Activités financières et d'assurances
L	Activités immobilières
M	Activités spécialisées, scientifiques et techniques
N	Activités de services administratifs et de soutien
O	Administration publique
P	Enseignement
Q	Santé humaine et action sociale
R	Arts, spectacles et activités récréatives
S	Autres activités de services
T	Activités des ménages en tant qu'employeurs ; activités indifférenciées des ménages en tant que producteurs
U	Activités extraterritoriales

## 5. Données relatives à la consultation

La figure 2 représente la répartition des objectifs de consultation rapportés par le patient ou précisés par le médecin adressant dans son courrier d'orientation. La question était posée sous la forme d'un QCM. Une deuxième réponse pouvait être recueillie pour plus de précisions mais les médecins consultants ne l'ont utilisée que pour 26% des 126 patients inclus.

**Figure 2 : Répartition des objectifs des consultations de psychopathologie professionnelle entre Janvier 2017 et Mai 2018. (n=122 patients)**



\*Autres : Un espace de texte libre était proposé au médecin consultant afin de préciser l'objectif de la consultation. Parmi les 9 réponses recueillies, on retrouve des demandes d'écoute, des conseils vis-à-vis de certaines formalités administratives.

\*\*Conseil juridique : Cette catégorie regroupe principalement des demandes d'orientation vers une instance juridique compétente en cas de litige sur un licenciement ou de problématique de harcèlement.

Concernant les professionnels adressants, nous avons recueilli 129 réponses précisant le professionnel à l'initiative de la demande. A cette question, plusieurs réponses pouvaient être formulées afin d'y noter la personne qui a informé le patient de l'existence de la consultation et celle qui l'a convaincu de s'y rendre. Parmi les 129 réponses, 39% placent le médecin du travail comme à l'initiative de la consultation devant le médecin traitant (23%). Les autres professionnels, Psychiatre/Psychologue, Avocat et assistante sociale de la CARSAT représentent respectivement 9%, 7% et 4% des 129 réponses. Enfin, parmi les réponses libres étaient retrouvés par ordre de fréquence, le patient lui-même et le médecin conseil.

A l'inverse, pour le médecin rédacteur du courrier, c'est le médecin traitant qui ressort majoritairement des 110 réponses recueillies, avec 55% des réponses, devant le médecin du travail 36% et le Psychiatre/Psychologue clinicien 6%.

## 6. Données relatives aux risques psychosociaux et à leur prévention primaire

Les réponses de l'auto-questionnaire concernant les mesures de prévention primaire mises en place dans les entreprises et recensées par les salariés reçus en consultation sont décrites dans le tableau 2.

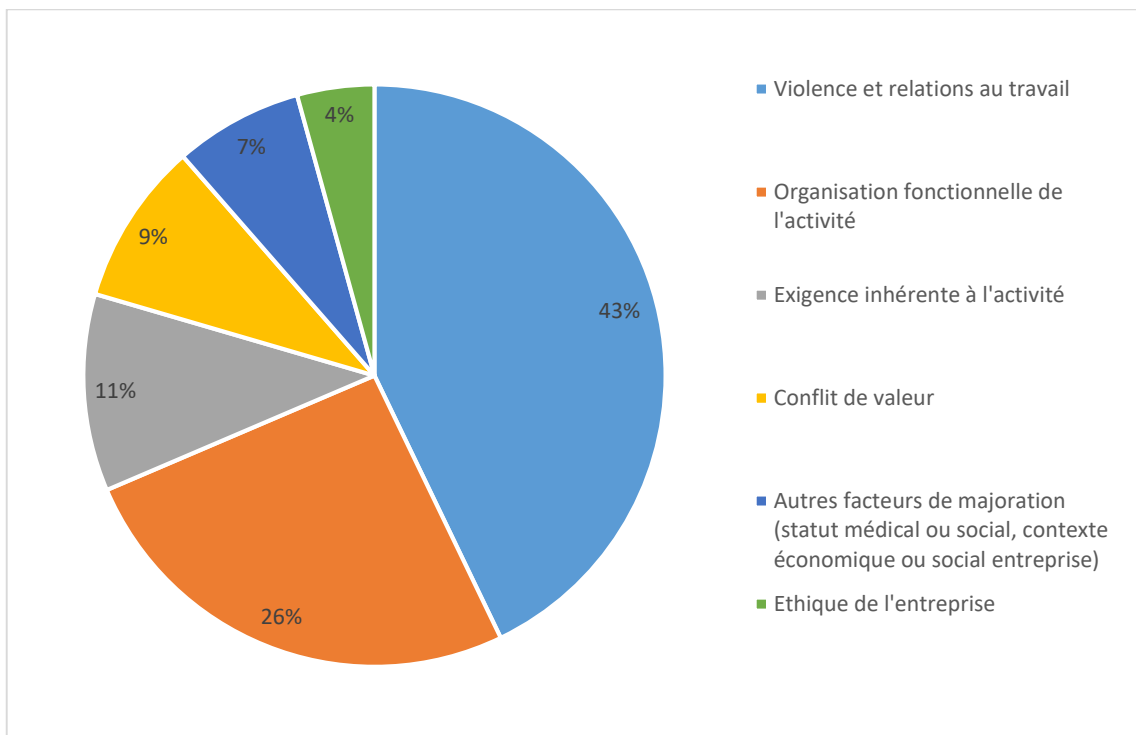
**Tableau 2 : Mesures de prévention primaire des risques psychosociaux existantes dans leurs entreprises et connues des salariés.**

Mesures de Prévention primaire	OUI	NON	NE SAIT PAS	Total des réponses
Information sur les RPS %*	25 21%	75 63%	20 17%	120 100%
Information sur les missions du SST %	61 51%	28 25%	30 24%	119 100%
Réalisation du DUERP %	30 25%	49 41%	41 34%	120 100%
Existence d'une charte de référence %	13 11%	58 48%	49 41%	120 100%
Evaluation interne/externe des RPS %	21 17%	62 52%	37 31%	120 100%
Facilités d'échange %	45 38%	65 54%	10 8%	120 100%
Organisation de travail favorisant l'autonomie %	41 35%	66 57%	9 8%	116 100%

\*Répartition en pourcentage de réponses des patients ayant répondu à la question par rapport au nombre total de réponses obtenues.

En plus de ces différentes mesures de prévention primaire des RPS, il était demandé au patient, durant le temps de la consultation, de préciser quels étaient les facteurs de risques psychosociaux, qu'ils avaient identifiés au sein de leur entreprise, et de les hiérarchiser. La figure 3 représente la distribution des principaux facteurs de risques cités par les salariés.

**Figure 3 : Répartition des principaux facteurs de risques psychosociaux cités par les patients comme en lien avec leur « souffrance au travail » (n=120 patients)**



La question était posée sous la forme d'un QCM et plusieurs réponses pouvaient être saisies. Au total, 210 réponses ont été analysées. 75 patients ont décrit plus d'un facteur de risque. 10 patients ont décrit une association de 3 facteurs de risques en lien avec leur situation professionnelle.

La principale association de facteurs de risques observée est l'association de violences et de troubles de l'organisation fonctionnelle de l'activité qui représente 29% des associations de facteurs.

Parallèlement à ces facteurs de risques psychosociaux, certains patients décrivent également des évènements bien identifiables à partir desquels leur situation de travail s'est détériorée. Parmi les 124 patients à avoir répondu, ils sont 94 à identifier un évènement déclenchant, soit 76%. Lorsqu'il existait, il était demandé au patient de préciser cet évènement. Nous en avons recueilli le détail pour 92 patients. Les plus fréquents sont les changements de direction représentant 27% des évènements décrits, puis les modifications d'organisation ou de charge de travail pour 24%. Les altercations avec l'employeur représentent 16% des 92 réponses. Les maladies ou maternités et les altercations avec les collègues ne représentent eux que, respectivement, 8% et 7 % des réponses.

Enfin, la dernière question de cette deuxième partie du questionnaire avait pour objectif de déterminer la durée d'exposition qui correspond au délai séparant le début de la dégradation de la situation de travail avec la prise en charge du patient en consultation de psychopathologie professionnelle. Nous avons obtenu 126 réponses et avons pu calculer une durée **d'exposition moyenne de 2,6 ans**. La médiane et l'écart type sont respectivement de 2ans et 3,1ans. Parmi les 126 durée d'exposition calculées, 40% ont duré moins d'un an, et 43% entre 2 et 4 ans.

## 7. Données relatives aux acteurs mobilisés

La dernière partie du questionnaire montre que 91,2% des 125 patients répondants, ont mobilisé au moins un acteur entre le début de la dégradation des conditions de travail et la date de la consultation. Parmi ces acteurs, le médecin du travail est le plus représenté avec 83% des patients répondants, loin devant les instances représentatives du personnel (RP+CHSCT), mobilisées par 36% des 118 patients répondants à cette catégorie. Bien que le médecin du travail soit surreprésenté, ils sont tout de même 79% (n=125) à avoir mobilisé un autre acteur depuis le début de la situation de travail pathogène. La répartition entre ces autres acteurs ne retrouve pas de suprématie de l'un par rapport aux autres.

La répartition des données relatives à la mobilisation des acteurs en entreprise est reprise dans le tableau 3.

Dans cette dernière partie du questionnaire, des colonnes du tableau ont été placées afin de renseigner le délai écoulé entre le début de la dégradation des conditions de travail et la prise de contact avec les différents acteurs. La comparaison de ces différents délais devait permettre d'appréhender le parcours des patients entre ces différents acteurs jusque leur prise en charge en consultation de « souffrance au travail ». Toutefois, nous n'avons pas pu recueillir assez de données pour pouvoir les analyser. Il a été de même pour les colonnes recueillant les raisons des absences de prise de contact ainsi que celles recueillant l'existence ou non d'actions mises en œuvre après la mobilisation.

Seules les questions relatives au médecin du travail ont pu rassembler un nombre significatif de données.



**Tableau 3 : Répartition des données relatives à la mobilisation des principaux acteurs en entreprises depuis le début de la dégradation des conditions de travail**

<b>Médecins du Travail contactés</b>	<b>Nombre de réponses</b>	<b>Répartition(en %)</b>
Oui	104	83%
Non	21	17%
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100%</b>
<b>CHSCT Contactés</b>	<b>Nombre de réponses</b>	<b>Répartition</b>
Oui	20	17%
Non	96	83%
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100%</b>
<b>Représentants du personnel contactés</b>	<b>Nombre de réponses</b>	<b>Répartition</b>
Oui	35	30%
Non	83	70%
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100%</b>
<b>Instances représentatives (RP+CHSCT)</b>	<b>Nombre de réponses</b>	<b>Répartition</b>
Oui	43	36%
Non	75	64%
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100%</b>
<b>Inspection du travail contactée</b>	<b>Nombre de réponses</b>	<b>Répartition</b>
Oui	33	28%
Non	85	72%
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100%</b>
<b>N+1 contactés</b>	<b>Nombre de réponses</b>	<b>Répartition</b>
Oui	37	32%
Non	79	68%
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100%</b>
<b>N+2 contactés</b>	<b>Nombre de réponses</b>	<b>Répartition</b>
Oui	35	33%
Non	70	67%
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>
<b>DRH contactés</b>	<b>Nombre de réponses</b>	<b>Répartition</b>
Oui	44	44%
Non	57	56%
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>

### Médecin du travail

Parmi les 104 patients ayant mobilisé le médecin du travail, 38 nous ont précisé le délai séparant le début de la dégradation des conditions de travail et leur rendez-vous avec le médecin du travail. Ce délai moyen est de 15,5 mois.

72 salariés ont également été interrogés afin de savoir si des actions avaient été mises en œuvre au décours de cette rencontre. Ils sont 42 patients à considérer qu'une action avait été initiée, soit 58%.

Seulement 11 patients nous ont précisé la raison pour laquelle ils n'avaient pas rencontré leur médecin du travail et celle-ci concernait majoritairement l'absence de médecin rattaché à l'entreprise pour 5 d'entre eux.

### Autres acteurs mobilisés

Quelques acteurs extérieurs à l'entreprise ont été cités de façon récurrente en texte libre, en fin de questionnaire. Il s'agit du directeur du site, (cité 4 fois), qu'il convient de rapprocher des réponses recueillies pour la « hiérarchie » dans notre tableau, l'avocat (cité 3 fois) et le médecin conseil (cité 2 fois).

### **3. Résultats analytiques**

Pour répondre à nos objectifs, principaux et secondaires, nous avons croisé nos principaux critères de jugement, les motifs de consultations, les facteurs de risques psychosociaux et les acteurs mobilisés avec certaines caractéristiques générales de la population, l'âge, la taille de l'entreprise, la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité, à la recherche d'un lien statistique significatif.

Le tableau 4 représente le croisement statistique des motifs de consultations, des facteurs de risques psychosociaux et des acteurs mobilisés avec l'âge.

**Tableau 4 : Croisement statistique des objectifs de la consultation, des facteurs de risques psychosociaux et des acteurs mobilisés avec l'âge des patients.**

		Age			Total	P
		<40ans	41-50ans	>50ans		
<b>Objectifs de consultation</b>						
	Reconnaissance en maladie professionnelle ou AT	3 (13%)	5 (21,7%)	15 (65,2%)	23 (100%)	<b>P=0,001</b>
	Procédure d'inaptitude/ Avis aptitude	11 (28,9%)	24 (63,2%)	3 (7,9%)	38 (100%)	
	Avis sur prise en charge médicale	10 (28,6%)	11 (31,4%)	14 (40%)	35 (100%)	
	Autres	7 (26,9%)	10 (38,5%)	9 (34,6%)	26 (100%)	
<b>Facteurs de risques psychosociaux</b>						
	Violences et relations au travail	25 (34,7%)	26 (36,1%)	21 (29,2%)	72 (100%)	P=0,140
	Organisation fonctionnelle de l'activité	4 (15,4%)	10 (38,5%)	12 (46,2%)	26 (100%)	
	Exigence inhérente à l'activité	2 (12,5%)	8 (50%)	6 (37,5%)	16 (100%)	
	Autres	1 (9,1%)	7 (63,6%)	3 (27,3%)	11 (100%)	
<b>Acteurs mobilisés</b>						
	Médecin du travail	26 (25%)	41 (39,4%)	37 (35,6%)	104 (100%)	NS*
	IRP	16 (37,2%)	12 (27,9%)	15 (34,9%)	43 (100%)	<b>P=0,047</b>
	Inspection du travail	11 (33,3%)	13 (39,4%)	9 (27,3%)	33 (100%)	NS
	Hiérarchie	21 (26,3%)	33 (41,3%)	26 (32,5%)	80 (100%)	P=0,8

\* NS = Non Significatif

Les objectifs de consultations étaient donc statistiquement liés à l'âge des patients consultants. On observe un nombre plus important de patients de plus de 50 ans reçus pour une demande de reconnaissance en maladie professionnelle, alors que les patients d'âge intermédiaire entre 41 et 50 ans se présentent à la consultation pour davantage de procédures d'inaptitude. Il n'est par contre pas retrouvé de lien significatif entre l'âge et les facteurs de risques psychosociaux décrits. La violence au travail semble ici concerner les patients consultants à tout âge de leur carrière professionnelle. Enfin l'âge des patients victimes de souffrance au travail et orientés vers le CCPP ne semble pas influencer le choix des acteurs interpellés en entreprise. Le croisement statistique ne retrouve de lien statistiquement significatif que pour les instances représentatives du personnel (représentants du personnel + CHSCT) mais il n'est pas retrouvé de surreprésentation d'une tranche d'âge par rapport à une autre.

Afin de rechercher un lien entre l'âge des patients et leur capacité à mobiliser un acteur de l'entreprise quel qu'il soit, nous avons croisé la variable unique « acteurs mobilisés » avec les catégories d'âge. Ce croisement n'a toutefois pas permis de mettre en évidence d'influence statistiquement significative, ni de tendance de surreprésentation d'une catégorie d'âge par rapport à une autre sur les acteurs mobilisés.

Le tableau 5 analyse le lien entre la taille de l'entreprise et nos critères de jugement.

**Tableau 5 : Croisement statistique des objectifs de consultation, des facteurs de risques psychosociaux et des acteurs mobilisés avec la taille des entreprises.**

		Taille de l'entreprise			Total	P
		<50	50-250	>250		
<b>Objectifs de consultation</b>						
	Reconnaissance en maladie professionnelle ou AT	4 (17,4%)	6 (26,1%)	13 (56,5%)	23 (100%)	<b>P=0,02</b>
	Procédure d'inaptitude/ Avis aptitude	19 (52,8%)	6 (16,7%)	11 (30,6%)	36 (100%)	
	Avis sur prise en charge médicale	9 (26,5%)	4 (11,8%)	21(61,8%)	34 (100%)	
	Autres	10 (38,5%)	8 (30,8%)	8 (30,8%)	26 (100%)	
<b>Facteurs de risques psychosociaux</b>						
	Violences et relations au travail	28 (38,9%)	15 (20,8%)	29 (40,3%)	72 (100%)	P=0,396
	Organisation fonctionnelle de l'activité	4 (16,7%)	6 (25%)	14 (58,3%)	24 (100%)	
	Exigence inhérente à l'activité	5 (33,3%)	3 (20%)	7 (46,7%)	15 (100%)	
	Autres	6 (54,5%)	1 (9,1%)	4 (36,4%)	11 (100%)	
<b>Acteurs mobilisés</b>						
	Médecin du travail	29 (28,7%)	25 (24,8%)	47 (46,5%)	101 (100%)	<b>P=0,01</b>
	IRP	7 (16,3%)	13 (30,2%)	23 (53,5%)	43 (100%)	<b>P=0,01</b>
	Inspection du travail	17 (53,1%)	6 (18,8%)	9 (28,1%)	32 (100%)	<b>P=0,03</b>
	Encadrement N+1	4 (11,4%)	6 (17,1%)	25 (71,4%)	35(100%)	<b>P&lt;0,01</b>
	Encadrement N+2	7 (21,2%)	6 (18,2%)	20 (60,6%)	33 (100%)	P=0,08
	DRH	12 (27,9%)	11 (25,6%)	20 (46,5%)	43 (100%)	P=0,72

Un lien significatif est retrouvé entre les objectifs de consultation et la taille de l'entreprise, ainsi les reconnaissances en maladie professionnelle et les avis sur la prise en charge médicale seraient des motifs de consultation plus fréquents lors des consultations destinées à des salariés de grandes entreprises de plus de 250 salariés, alors que les procédures d'inaptitude semblent un motif de consultation de psychopathologie professionnelle plus important pour les salariés de petites entreprises.

Il n'est pas retrouvé de lien significatif entre les facteurs de risques psychosociaux décrits et la taille de l'entreprise. Ici aussi, la répartition des troubles des relations au travail et des violences, selon la taille de l'entreprise ne montre pas de différence significative, contrairement aux troubles organisationnels qui semblent être davantage décrits par les salariés de grosses entreprises (plus de 250 salariés).

Enfin pour certains des acteurs proposés, l'analyse statistique a pu mettre en évidence une influence statistiquement significative de la taille de l'entreprise sur leur capacité à être interpellés par les patients en cas de souffrance au travail. C'est le cas des médecins du travail, des instances représentatives du personnel et de l'encadrement de proximité (N+1) qui semblent être plus souvent interpellés dans les entreprises de plus de 250 salariés. A l'inverse, l'inspection du travail est mobilisée dans plus de la moitié des cas (53,1%) par des salariés de petites entreprises.

Comme nous l'avons réalisé pour l'âge, nous avons recherché une influence significative de la taille de l'entreprise sur la capacité du patient à mobiliser un acteur de l'entreprise. Le croisement de la variable unique « acteurs mobilisés » avec les différentes catégories de taille d'entreprise ne permet pas non plus, ici, d'identifier de lien statistiquement significatif.

Les liens entre nos critères de jugement et la catégorie socioprofessionnelle des patients reçus en consultation sont résumés dans le tableau 6.

**Tableau 6 : Croisement statistique des objectifs de consultation, des facteurs de risques psychosociaux et des acteurs mobilisés avec la catégorie socioprofessionnelle des patients reçus en consultation.**

		Catégories socioprofessionnelles					Total	P
		Cadre supérieur, profession libérale	Profession intermédiaire	Ouvrier	Employé			
Objectifs de consultation								
	Reconnaissance en maladie professionnelle ou AT	7 (33,3%)	5 (23,8%)	0 (0%)	9 (42,9%)	21 (100%)	<b>P=0,04</b>	
	Procédure d'inaptitude/ Avis aptitude	4 (11,4%)	5 (14,3%)	4 (11,4%)	22 (62,9%)	35 (100%)		
	Avis sur prise en charge médicale	11 (32,4%)	9 (26,5%)	5 (14,7%)	9 (26,5%)	34 (100%)		
	Autres	5 (19,2%)	7 (26,9%)	0 (0%)	14 (53,8%)	26 (100%)		
Facteurs de risques psychosociaux								
	Violences et relations au travail	13 (19,4%)	12 (10,1%)	7 (10,4%)	35 (52,2%)	67 (100%)	NS*	
	Organisation fonctionnelle de l'activité	9 (34,6%)	8 (30,8%)	1 (3,8%)	8 (30,8%)	26 (100%)		
	Exigence inhérente à l'activité	4 (26,7%)	5 (33,3%)	1 (6,7%)	5 (33,3%)	15 (100%)		
	Autres	1 (9,1%)	2 (18,2%)	1 (9,1%)	7 (63,4%)	11 (100%)		
Acteurs mobilisés								
	Médecin du travail	21 (21,4%)	23 (23,5%)	10 (10,2%)	44 (44,9%)	98 (100%)	NS*	
	IRP	12 (30,8%)	9 (23,1%)	5 (12,8%)	13 (33,3%)	32 (100%)		
	Inspection du travail	6 (18,8%)	5 (15,6%)	2 (6,3%)	19 (59,4%)	32 (100%)		
	Hiérarchie	16 (21,3%)	19 (25,3%)	6 (8%)	34 (45,3%)	75 (100%)		

\*NS = Non significatif



Par ce croisement statistique, il est mis en évidence une influence significative de la catégorie professionnelle des patients sur leur motif de consultation. L'analyse de la répartition des objectifs de consultation par catégorie professionnelle montre une fréquence plus importante des procédures d'inaptitude et de reconnaissance en maladie professionnelle parmi les motifs de consultation des employés. Toutefois, cette analyse est à relativiser devant le nombre bien supérieur de dossiers d'employés analysés (54 consultations), comparé aux professions intellectuelles supérieures (27 consultations) ou aux professions intermédiaires (26 consultations).

L'analyse de la répartition par catégories socioprofessionnelles confirme toutefois une importante fréquence des procédures d'inaptitude chez les employés, avec 22 consultations (40,7%) contre 9 consultations (16,7%) pour les reconnaissances en maladie professionnelle et 9 consultations (16,7%) pour les avis sur la prise en charge médicale, pour 54 dossiers d'employés recueillis.

Concernant les facteurs de risques, le croisement avec la catégorie professionnelle ne met pas en évidence d'influence significative de la catégorie professionnelle sur les facteurs de risques psychosociaux décrits lors des consultations de psychopathologie professionnelle.

En observant la répartition des facteurs de risques décrits au sein de chaque catégorie professionnelle, on note toutefois une prédominance des troubles des relations au travail pour tous les professionnels. Ils représentent 48,1% des troubles au travail décrits par les cadres supérieurs, 44,4% des professions intermédiaires, 63,6% des employés, et enfin 70% des ouvriers, bien que seulement 10 ouvriers aient été reçus en consultation ( $P=0,4$ ).

Il est à noter, que la part des violences au travail décrites par les cadres supérieurs et les professions intermédiaires est limitée par celle des facteurs organisationnels qui représentent 33,3% des facteurs de risques psychosociaux décrits par les cadres supérieurs et 29,6% des facteurs décrits par les professions intermédiaires, contre seulement 14,5% et 10% des facteurs de risques décrits respectivement par les employés et les ouvriers.

Concernant les acteurs mobilisés par les patients victimes de souffrance au travail, l'analyse statistique ne met pas en évidence de lien significatif entre la catégorie socioprofessionnelle des patients et les acteurs interpellés. Il en est de même concernant le croisement des catégories professionnelles avec la variable unique « acteurs

mobilisés » qui ne retrouvent pas d'influence significative de la catégorie socioprofessionnelle sur la mobilisation des acteurs de l'entreprise.

Afin d'étudier le lien entre les secteurs d'activité des patients et les critères de jugement de notre enquête, nous avons regroupé les secteurs selon les grandes catégories de code libellé NAF et avons analysé statistiquement le croisement des données. Toutefois, il n'a pas été mis en évidence de lien statistiquement significatif.

Le secteur d'activité le plus représenté parmi les patients reçus en consultation « souffrance au travail » est le secteur de la santé humaine et de l'action sociale comme résumé en figure 2. En observant la répartition des objectifs de consultation pour ce secteur d'activité, il ressort que les avis sur prise en charge médicale (9 patients (31%)) sont les motifs de consultation les plus représentés, suivi des avis sur aptitude (8 patients (27,6%)). Concernant, les facteurs de risques psychosociaux, les troubles de la relation au travail et violences représentent 13 patients sur 30 soit 43,3% des troubles décrits au travail. Les autres facteurs de risques les plus représentés sont liés à l'organisation fonctionnelle de l'activité pour 20% des patients reçus (soit 6 patients sur 30) et les exigences inhérentes à l'activité pour 16,7% des patients (soit 5 patients sur 30).

Enfin, le croisement entre les acteurs mobilisés et les secteurs d'activité n'a pu être analysé en raison d'effectifs trop petits, liés au nombre important de section des catégories NAF.

Dans un second temps, des croisements complémentaires nous sont parus intéressants afin de tenter d'expliquer la répartition des actions de prévention primaire en entreprise. Les résultats suivants concernent le croisement statistique des actions de prévention primaire observées par le patient avec :

#### *La taille de l'entreprise,*

L'information sur les RPS n'est proposée dans les entreprises que pour 25% des patients. Un seul patient d'entreprise de moins de 50 salariés déclare y avoir eu accès contre 35 patients à affirmer le contraire. Les 5 derniers patients ne savent pas si l'information est mise à disposition par l'employeur. Parmi les entreprises comptant entre 50 et 250 salariés, ils ne sont que 5 patients sur 24 à avoir connaissance d'une information

sur les RPS, soit 20%. Ce chiffre atteint 36%, pour les entreprises de plus de 250 salariés où 19 patients sur 56 ont répondu positivement.

Cette tendance est confirmée par le lien statistiquement significatif observé entre la taille de l'entreprise et la mise en place d'information sur les RPS. ( $p < 0,01$ )

Parmi les patients reçus en consultation de psychopathologie professionnelle, seul 30% des 118 patients répondants ont connaissance de l'existence d'un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) dans leur entreprise. La majorité de ces 30 patients proviennent d'une entreprise de plus de 250 salariés (66,7%). Ici aussi, un lien statistiquement significatif est retrouvé entre la taille de l'entreprise et la connaissance de l'existence d'un DUERP dans l'entreprise.

L'existence d'une charte de référence n'est décrite que par 11% des 118 patients répondants. Parmi ces 11 patients, 84,6% proviennent d'une entreprise de plus de 250 salariés.

Une influence significative de la taille de l'entreprise sur l'existence d'information sur les missions du service de santé au travail est également retrouvée avec un  $p$  inférieur à 0,01. Sur les 118 patients répondants, 50% affirment ne pas avoir été informé des missions du SST contre 23,7% à l'avoir été, soit 28 patients. Sur ces 28 patients, 64,3% viennent d'entreprise de plus de 250 salariés, 25% d'entreprises de 50 à 250 salariés et 10,7% de petites et très petites entreprises.

Les salariés des très grandes entreprises déclarent également disposer de plus de facilité d'échange. Ils sont 60% des 45 patients à avoir répondu positivement, à provenir d'une entreprise de plus de 250 salariés. Le croisement retrouve ici un lien statistiquement significatif. ( $p = 0,01$ )

Il n'est pas, par contre, retrouvé d'influence significative de la taille de l'entreprise sur les allégations des patients relatives à l'existence d'évaluation des RPS et/ou d'organisation favorisant l'autonomie au sein de leur entreprise.

### *Le secteur d'activité,*

Il n'est pas retrouvé d'influence significative entre le secteur d'activité et la répartition des mesures de prévention primaires décrites par les salariés.

### *Les facteurs de risques psychosociaux,*

Il est retrouvé un lien statistiquement significatif entre la connaissance par le patient de l'existence d'un DUERP dans son entreprise et le principal facteur de risques psychosociaux décrit. **La répartition des données semble montrer une plus faible exposition aux troubles des relations au travail chez les patients ayant connaissance de l'existence du DUERP rédigé par leur employeur.** Sur les 120 patients répondants, 30 patients affirment que le DUERP a été rédigé dans leur entreprise, 17% de ces 30 patients décrivent des violences contre 51,4% des 49 patients affirmant qu'il n'existe pas de DUERP au sein de leur entreprise.

Ils sont 41 patients à ne pas être informé de l'existence d'un document unique et 31,4% de ces patients décrivent des violences.

La répartition s'inverse par contre concernant les troubles de l'organisation fonctionnelle de l'activité qui sont plus représentés chez les patients ayant affirmé qu'un DUERP était rédigé dans leur entreprise. Sur les 30 patients ayant répondu positivement à la question sur le document unique, ils sont 36,7% à décrire des troubles de l'organisation. Ils ne sont que 8,2% sur les 49 patients assurant l'absence de DUERP dans leur entreprise.

Une influence significative de l'existence d'une charte de référence connue par le patient sur les types de troubles au travail décrits est mise en évidence par le croisement statistique des données. Toutefois, les effectifs des patients ayant affirmé l'existence d'une telle charte sont trop réduits pour pouvoir être croisés avec les différents types de facteurs de risques.

Il n'est pas retrouvé de lien statistiquement significatif entre les autres mesures de prévention primaire proposées et les facteurs de risques psychosociaux décrits.

### *La durée d'exposition,*

Nous nous sommes interrogés à savoir si les mesures de prévention primaire mises en place pouvaient avoir un impact sur la durée d'exposition des salariés. C'est-à-dire, si certaines mesures de prévention primaire pouvaient permettre d'accélérer l'orientation des patients vers la consultation de psychopathologie professionnelle.

Le croisement statistique des données n'a malheureusement pas permis de mettre en évidence de lien statistiquement significatif.

Toutefois parmi les patients ayant affirmé avoir eu accès à une information sur les RPS, les taux de durée d'exposition inférieure ou égale à 1 an sont supérieurs à ceux des autres patients. Sur 113 répondants, 23 patients ont eu accès à une information sur les RPS. 56,5% de ces 23 patients ont eu un temps d'exposition inférieur ou égal à 1 an. Cette tendance se retrouve chez les 27 patients (sur 113 répondants) ayant eu accès à une information sur les missions du Service de Santé au Travail. Ils sont 55,6% à décrire une durée d'exposition inférieure ou égale à 1 an.

Enfin, nous nous sommes interrogés sur l'influence du professionnel adressant sur le motif de consultation de psychopathologies professionnelles. Le croisement statistique des données de 105 patients a permis de mettre en évidence un lien statistiquement significatif. ( $p < 0,01$ )

Parmi les 39 patients adressés par le médecin du travail, ils sont 46,2% soit 18 patients, à consulter dans le cadre d'un avis d'aptitude ou d'une procédure d'inaptitude contre seulement 20,5% soit 8 patients pour une reconnaissance en maladie professionnelle ou accident de travail.

Concernant les 58 patients adressés par le médecin traitant, la majorité est adressée pour un avis sur la prise en charge médicale, à hauteur de 46,6%, soit 27 patients. Ils ne sont que 17% à consulter pour un avis d'aptitude et 12% pour une reconnaissance en maladie professionnelle.

Les effectifs attachés aux autres professionnels (Psychiatre/Psychologue, Autres) sont trop réduits pour pouvoir être analysés.

# DISCUSSION

L'objectif principal de notre étude était d'étudier les principaux motifs de consultations des patients reçus en consultations de psychopathologie professionnelle. L'analyse de nos résultats montre qu'entre Janvier 2017 et Mai 2018 ces principaux motifs de consultations étaient, pour 31% des patients, l'obtention d'un avis d'aptitude à un poste ou au contraire la confirmation de l'inaptitude d'un salarié à son poste de travail. Les avis sur la prise en charge médicale à adopter représentaient également une part importante de ces consultations, avec 29% des patients reçus.

En croisant nos données, nous avons pu montrer que ces motifs de consultations sont influencés significativement par les médecins adressants. Les avis d'aptitude sont majoritairement demandés par les médecins du travail et leur surreprésentation pourrait donc s'expliquer par le fait que les médecins du travail sont les professionnels les plus fréquemment à l'initiative des consultations. Un biais de sélection pourrait donc gêner l'extrapolation de ces résultats à une population plus large.

L'étude Héraclès [15] menée en 2014 auprès de 121 médecins généralistes du Nord Pas de Calais montre que parmi les 2036 patients inclus, plus d'un quart soit 525 patients ont été diagnostiqués avec une souffrance psychique identifiée par le médecin généraliste comme en lien avec le travail. Ce chiffre pourrait laisser prévoir un besoin important pour les médecins généralistes de s'appuyer sur l'expertise du CCPP concernant la prise en charge de ces troubles. Les résultats de l'étude ne vont pas dans ce sens, ne relevant que peu de liens entre les médecins généralistes et les spécialistes concernant les dossiers des patients inclus. Une meilleure information des médecins généralistes sur les missions du CCPP pourrait peut-être permettre d'optimiser leur collaboration dans la prise en charge des troubles psychiques liés au travail.

Concernant l'analyse sociodémographique de notre population, celle-ci montre que les femmes, et les salariés âgés de plus de 40ans sont les personnes les plus adressées aux consultations de psychopathologies professionnelles. Les employés de grosses structures dans le domaine de la santé humaine et des actions sociales sont également surreprésentés et semblent être une population plus à risque.

L'étude de la littérature, nous a permis de confirmer certaines de ces observations. De nombreuses enquêtes retrouvent une prédominance féminine de la population adressée aux consultations de psychopathologie professionnelle. [16] [17] [18] [19] [20]

Il en est de même pour la surreprésentation des employés, qui ne représente pourtant que 27,2% de la population française en 2017, [21] ainsi que pour la sous-représentation des ouvriers qui est confirmée dans une étude rétrospective menée par le CCPP de Reims en 2012. [22]

Les études divergent en ce qui concerne la taille des entreprises les plus représentées, Pour De Clavière, en 2004, ils sont près de 63% à travailler pour des entreprises de plus de 50 salariés. [23] Ceci concorde avec nos résultats autour de 65% des patients reçus. Ils ne seraient par contre que 28% à travailler pour des entreprises de plus de 50 salariés pour Chiaroni en 2001. [18]

Le secteur de la santé humaine et des actions sociales est décrit dans la plupart des études comme le secteur le plus pourvoyeur de souffrance psychique au travail. [16] [17] [18] [19] [22] [23] [24]. Les autres secteurs à risque cités sont les secteurs du commerce, de l'administration publique et de l'industrie manufacturière tout comme nous l'avons décrit plus haut. [20]

Notre étude met en évidence une influence significative de l'âge des patients sur leur motif de consultation. Les travailleurs entre 41 et 50 ans ont majoritairement consulté le CCPP dans un contexte de procédure d'inaptitude (49%) alors que leurs aînés de plus de 50ans représentent, à eux seuls, plus de la moitié des consultations en vue d'une reconnaissance de maladie professionnelle ou d'accident de travail (65,2%). Il est également apparu une nette prédominance des procédures d'inaptitude chez les employés adressés en CCPP. Cette tendance n'est pas retrouvée chez les professions intermédiaires, ni chez les cadres supérieurs.



Ces avis d'aptitude représentent sûrement, pour les 41-50ans, la possibilité d'obtenir une « porte de sortie » de leur situation professionnelle délétère par le biais d'un licenciement suite à une inaptitude, ceci expliquerait en partie la surreprésentation des avis d'aptitude dans cette tranche d'âge. L'état actuel du marché du travail et les taux élevés de chômage pourraient expliquer à contrario pourquoi cette solution est moins souvent envisagée chez les patients de plus de 50ans, plus à risques de désinsertion professionnelle que leurs collègues plus jeunes.

Concernant les principaux facteurs de risques décrits par les patients, la majorité des situations de souffrance au travail décrites sont liées (60% d'entre eux) à des troubles des relations au travail, pouvant aller jusqu'aux violences subies en entreprise. Outre cette surreprésentation des violences au travail, l'analyse croisée des résultats a permis de faire ressortir une prédominance des troubles liés à l'organisation fonctionnelle de l'activité chez les salariés de grosses entreprises. (Plus de 250 salariés).

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de travaux analysant la répartition des facteurs de risques psychosociaux au sein d'une population de salariés en souffrance au travail afin de comparer nos résultats.

Une étude de Marie PEZE en 2003, évoque l'existence d'évènements récurrents identifiés au début des dégradations des conditions de travail au sein d'une cohorte de patients harcelés. Parmi ces évènements, les changements de responsables et les nouvelles organisations de travail représentaient déjà les modifications les plus représentées et viennent confirmer nos résultats [25].

Concernant l'étude des principaux acteurs mobilisés, 96% des 125 patients répondants avaient préalablement mobilisé au moins 1 acteur en entreprise avant d'être reçus en consultation de psychopathologie professionnelle. Parmi ces acteurs, le médecin du travail est ici aussi l'acteur principal mobilisé mais sachant que celui-ci est également le professionnel à l'initiative de 39% des 126 consultations incluses, la répartition est de ce fait sans doute biaisée. Il semble toutefois apparaître, que la taille de l'entreprise a une influence significative sur la mobilisation de certains acteurs. Effectivement, les salariés d'entreprises de plus de 250 salariés mobilisent davantage le médecin du travail et les

instances représentatives du personnel. Cette moindre mobilisation du médecin du travail dans les petites et très petites entreprises pourrait s'expliquer par une information insuffisante auprès de ces salariés sur les missions du médecin du travail et du service de santé au travail, dont les missions de conseil et de prévention sont souvent ignorées. L'allongement du délai des consultations périodiques ne favorise pas non plus la proximité du médecin du travail auprès des salariés des petites entreprises et de leurs employeurs et freine probablement la mobilisation précoce du médecin du travail lors de la dégradation des conditions de travail.

A l'inverse, l'inspection du travail est davantage mobilisée par les entreprises de moins de 50 salariés. Le CHSCT et les représentants du personnel n'étant pas obligatoires dans les entreprises de moins de 50 salariés, l'inspection du travail est de ce fait devenue un interlocuteur privilégié de ces patients en souffrance.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de travaux épidémiologiques explorant la souffrance au travail et analysant le parcours des acteurs mobilisés en entreprise.

Nous avons par contre pu comparer les durées d'exposition moyennes avec celles retrouvées dans la littérature. Ceux-ci sont de 19 mois [18] et 27 mois [17] [19]. Notre résultat de 31 mois est légèrement supérieur à ces résultats et bien qu'ils restent dans un même ordre de grandeur, ils ne tendent pas non plus à montrer une amélioration de ce délai avec le temps. Pourtant, l'étude de BENSEFA en 2004 montrait déjà cette durée d'exposition comme un facteur pronostique défavorable des patients harcelés.

Le croisement des temps d'exposition recueillis avec les actions de prévention primaire mises en place en entreprise ne retrouve pas d'influence statistiquement significative mais la mise en place d'informations des salariés sur les RPS et les missions des SST auraient tendance à raccourcir les durées d'exposition. Cette tendance serait à confirmer dans une prochaine étude de puissance supérieure.

C. Dejours, en 2003 [26], a introduit l'isolement comme facteur de développement de la souffrance au travail, dans un contexte d'individualisation du travail lié en partie aux organisations Tayloriennes et au développement des évaluations individuelles des performances. L'accès facilité à la mobilisation d'acteurs en entreprises peut donc, être envisagé comme une action de prévention primaire et la durée d'exposition des salariés, comme un indicateur intéressant de l'efficacité des mesures de prévention mises en place en entreprise.

C'est à partir de ce constat et en se basant sur les travaux récents, qui placent les espaces autonomes d'élaboration des enjeux de travail comme leviers de réponse à l'individualisation et l'intensification du travail [27] que nous avons travaillé au choix des mesures d'actions de prévention primaire proposées dans notre auto-questionnaire. En proposant « l'accès à des facilités d'échange » ou une « organisation favorisant l'autonomie » parmi la liste des actions de prévention primaire recherchées dans les entreprises, nous avons tenté d'identifier ces capacités d'échange entre salariés.

Bien sûr on est en droit de penser que la mise à disposition d'une salle de pause n'aura pas le même impact qu'un espace dédié de réflexion autour des règles de travail, mais cela nous semblait tout de même être un point de départ à la démarche, qui plus est, facilement identifiable par les patients. De plus, le faible nombre de mesures de prévention primaire identifiées par nos patients inclus, vient conforter notre stratégie méthodologique en vue d'obtenir un nombre de réponses analysable. Sur respectivement 120 et 116 réponses, ils ne sont que 38% à confirmer l'existence de facilités d'échange et 35% à profiter d'une organisation favorisant l'autonomie.

Le croisement des données a permis de mettre en évidence une influence significative de la taille de l'entreprise sur la mise en place d'actions de prévention. Parmi les 28 patients ayant eu accès à une campagne d'informations sur les missions du SST, 64% proviennent d'une grosse entreprise. D'après nos résultats, l'information concernant les RPS, la rédaction du DUERP, l'existence d'une charte de référence et les facilités d'échange semblent également plus fréquemment retrouvées dans les entreprises de plus de 250 salariés.

Seule « l'organisation favorisant l'autonomie » reste plus fréquente chez les petites et très petites entreprises. Effectivement, la DARES montre, déjà en 2010, qu'il existait une moindre fréquence des « job strains » dans les très petites entreprises où les relations internes seraient plus favorables et bénéficieraient d'un meilleur soutien social. [28] Ces statistiques confortent nos précédents résultats liés aux troubles de l'organisation. Ceux-ci seraient décrits plus fréquemment dans les grosses entreprises de plus de 250 salariés.

Bien que nos résultats semblent cohérents avec ceux qui sont retrouvés dans la littérature, ils sont toutefois difficilement extrapolables à la population générale victime de souffrance au travail à cause de l'existence de plusieurs biais.

Tout d'abord, il existe bien un biais de sélection lié au recrutement de notre population, qui répond aux conditions d'orientation vers le CCPP. Comme montré précédemment, les patients orientés vers le CCPP sont majoritairement adressés à l'initiative de leur médecin du travail. Ceci exclut donc beaucoup de patients n'ayant pas pu mobiliser leur médecin du travail ou n'ayant pas souhaité le consulter ainsi que les patients dont le médecin n'avait pas connaissance de l'existence de ces consultations. Une étude réalisée par Marie-Cécile BENOIST—TORRIN pour son travail de thèse en 2016 [29] précise justement que sur 122 médecins du travail du Nord-Pas de Calais, 16% n'avaient jamais adressé de patient au CCPP. Ces médecins précisait n'y avoir jamais recouru car ils n'avaient, pour certains, jamais rencontré de cas pour lesquels ils jugeaient nécessaire d'orienter vers le CCPP ou ne connaissaient pas l'existence du CCPP ou encore n'en connaissaient pas les missions. Aussi, on ne peut s'empêcher de penser que les patients adressés en consultations de psychopathologie professionnelle ne représentent que les cas les plus compliqués ou les cas ayant pu mettre en difficulté les médecins du travail de la région et ne représentent donc pas la grande majorité des cas de souffrance au travail. Par ailleurs, concernant les autres professionnels de santé ou acteurs intervenant sur la question de l'accompagnement de salariés en souffrance au travail, on ne peut qu'être sceptique sur leur pleine connaissance des consultations dédiées au CCPP.

Le principe même de notre étude consistant à obtenir les informations par le biais des allégations des salariés reçus en consultation implique un risque de recueillir des erreurs liées à un biais de mémorisation ou un biais de mesure.

En comparant notre enquête avec la littérature, il peut paraître surprenant que notre questionnaire n'aborde pas les troubles psychiatriques déclarés par les patients en lien avec leur situation professionnelle pathogène. La question était envisagée dans les premières ébauches du questionnaire, toutefois, l'absence de spécialiste en psychiatrie parmi les consultants actuels des centres de consultations de la région a soulevé la question de l'établissement, par le médecin consultant, d'un diagnostic, si celui-ci n'était pas déjà établi lors de la consultation. Après concertation des médecins participant à l'enquête, la question des troubles psychiatriques a été supprimée.

Enfin, bien que le nombre d'inclusions initialement prévues ait été dépassé, les nombreuses réponses à certaines questions ainsi que les questionnaires incomplets ont

réduit la taille de certains effectifs limitant ainsi la puissance de notre étude et l'extrapolation de nos résultats.

Malgré ces différents biais, notre enquête permet d'apporter un regard nouveau sur la question de la souffrance au travail en basant le recueil des données sur les seules allégations des victimes de souffrance au travail. Elle permet, ainsi, de dégager les caractéristiques sociodémographiques des patients décrivant des cas graves de souffrance au travail dans la région et offre un aperçu de l'état de la prévention primaire des risques psychosociaux dans les entreprises de la région telle qu'elle est perçue par ceux qui aujourd'hui souffrent de son échec.

Une étude réalisée en 2018, a analysé « la perception par les employeurs des salariés en situation de souffrance au travail ». Cette étude qualitative aborde les incompréhensions et interrogations des employeurs face à la souffrance au travail à travers quinze entretiens réalisés avec des employeurs et DRH.

La majorité des employeurs interrogés concèdent une méconnaissance globale de la problématique des RPS et une absence de compétence vis-à-vis de la gestion des cas de souffrance psychologique au travail dans leur entreprise. Ces incompréhensions concernant les facteurs de risques de souffrance au travail semblent avoir tendance à compliquer les situations de travail en dégradant les relations employeur/salarié. [30]

Une action régionale portée par les services de santé au travail pourrait permettre d'accompagner les entreprises dans leur réflexion visant à mettre en place des actions concrètes de prévention primaire des risques psychosociaux avec comme ligne directrice les 10 propositions du rapport Lachmann [31] de 2010 :

1. L'implication de la direction générale et de son conseil d'administration est indispensable. L'évaluation de la performance doit intégrer le facteur humain, et donc la santé des salariés.
2. La santé des salariés est d'abord l'affaire des managers, elle ne s'externalise pas. Les managers de proximité sont les premiers acteurs de santé.
3. Donner aux salariés les moyens de se réaliser dans le travail. Restaurer des espaces de discussion et d'autonomie dans le travail.

4. Impliquer les partenaires sociaux dans la construction des conditions de santé. Le dialogue social, dans l'entreprise et en dehors, est une priorité.
5. La mesure induit les comportements. Mesurer les conditions de santé et sécurité au travail est une condition du développement du bien-être en entreprise.
6. Préparer et former les managers au rôle de manager. Affirmer et concrétiser la responsabilité du manager vis-à-vis des équipes et des hommes.
7. Ne pas réduire le collectif de travail à une addition d'individus. Valoriser la performance collective pour rendre les organisations de travail plus motivantes et plus efficaces.
8. Anticiper et prendre en compte l'impact humain des changements. Tout projet de réorganisation ou de restructuration doit mesurer l'impact et la faisabilité humaine du changement.
9. La santé au travail ne se limite pas aux frontières de l'entreprise. L'entreprise a un impact humain sur son environnement, en particulier sur ses fournisseurs.
10. Ne pas laisser le salarié seul face à ses problèmes. Accompagner les salariés en difficulté.

Au-delà de ces dix propositions, la préparation d'une réflexion autour des risques psychosociaux en entreprise apparaît comme une étape fondamentale qui nécessite plus qu'une simple implication de la direction et de son conseil d'administration.

Le projet ELVIE, méthode de diagnostic des risques psychosociaux développée par l'ARACT Martinique précise qu'il doit s'agir d'une démarche concertée, socialement construite, où les acteurs sociaux de l'entreprise sont d'accord pour que l'intervention soit mise en œuvre. [32] Il rappelle également que la phase de structuration du projet est primordiale à sa bonne réalisation nécessitant la création d'un noyau dur, pilote du projet rassemblant la direction et les représentants du personnel. Dans les très petites entreprises, l'absence de représentants du personnel nécessite l'implication de salariés concernés et volontaires ainsi qu'une communication au reste du personnel, en toute transparence, sur la conduite du projet.

Le rôle du médecin du travail n'est que peu mentionné dans ces propositions. Notre travail montre pourtant qu'il est un levier important en cas de situation

professionnelle pathogène. Au-delà de son rôle connu de prévention tertiaire, son activité de suivi de santé des salariés peut permettre d'intégrer des données relatives à l'état de santé des travailleurs aussi bien lors de l'évaluation des risques psychosociaux que lors de l'évaluation des actions entreprises. Lui et son équipe peuvent également apporter un regard extérieur à l'entreprise sur l'analyse de l'activité, ce qui les place en parfaite position pour diriger le diagnostic des risques psychosociaux en toute neutralité.

Philippe Davezies dans ses perspectives interdisciplinaires sur la santé et le travail [27] rappelle que la plupart des actions menées aujourd'hui dans les entreprises ont pour objectif d'informer la direction en sautant l'étape majeure qui est l'expression de l'expérience de travail. Les résultats de ces diagnostics des RPS devraient donc être destinés aux salariés eux-mêmes afin d'encourager et de soutenir leur réflexion sur les enjeux de leur activité dans le cadre d'espaces de discussion dédiés. L'organisation de ces espaces de discussion permet de ramener au plan collectif des difficultés souvent source de souffrance au niveau individuel. Ceux-ci permettent d'harmoniser les discours et donc de faciliter le travail des managers en améliorant également la communication avec la direction.

Cette action régionale pourrait permettre de renforcer le rôle de conseillers et de moteurs de prévention des équipes de santé au travail dans la région. Celle-ci doit pouvoir cibler en priorité les salariés à risque de décompensations graves liées aux risques psychosociaux et employés dans des structures de santé humaine, d'action sociale, de commerce ou d'industrie manufacturière, surreprésentés parmi les patients reçus en consultations de psychopathologies professionnelles.

# CONCLUSION

Malgré l'importante médiatisation autour des conséquences dramatiques liées aux risques psychosociaux depuis le début des années 2010 et la multiplication des travaux tentant de proposer des pistes d'actions de prévention primaire, notre enquête confirme les caractéristiques sociodémographiques des principales populations à risque de souffrance au travail connues depuis plus de dix ans. Elle met également en évidence le faible développement des mesures de prévention primaire en entreprises dont les salariés concernés ont connaissance. Bien que la grande majorité des patients reçus aux centres de consultations de pathologie professionnelle, y ait été adressée grâce à la mobilisation d'un des acteurs en entreprise, le temps d'exposition de ces salariés à une situation professionnelle pathogène ne semble pas se raccourcir et confirme l'isolement de ces actifs soumis à l'intensification des rythmes de travail et l'individualisation des procédures. Une action régionale portée par les services de santé au travail pourrait permettre d'accompagner la mise en place de plan d'actions collectives au sein des entreprises de secteurs d'activité connus comme particulièrement exposant aux risques psychosociaux. Enfin, l'information autour des risques psychosociaux et des missions des services de santé au travail doit être plus largement encouragée afin de permettre aux salariés de se replacer comme acteur de la prévention des RPS dans leur entreprise et de briser l'isolement.



# REFERENCES

1. DARES, Analyses, Dec.2017, n°082, Disponible en ligne : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2017-082v3.pdf>
2. Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308.
3. Siegrist, Johannes. « Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions ». *Journal of Occupational Health Psychology* 1, n° 1 (1996): 27-41.
4. Chouanière, D., Christine, C., Gamassou, C. E., Kittel, F., Lafferrerie, A., Langevin, V., ... & Weibel, L. (2011). Expositions psychosociales et santé: état des connaissances épidémiologiques. *Documents pour le médecin du travail*, (127), 509-517.
5. Khireddine-Medouni, I., Lemaître, A., Homère, J., Plaine, J., Garras, L., Riol, M. C., & Valenty, M. (2016). Augmentation des taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 77(3), 438.
6. Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnv3p) : rapport d'activité 2015-2016 [En ligne]. Disponible : <https://www.anses.fr/fr/system/files/RNV3P-RA-2016.pdf>

7. DURAND-MOREAU, Q. et DEWITTE, J. D. Apports d'une consultation de pathologie professionnelle dans la prise en charge des risques dits psychosociaux. Références en Santé au Travail, 2016.
8. Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail. RNV3P : le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles [En ligne]. Disponible : <https://www.anses.fr/fr/content/réseau-national-de-vigilance-et-de-prévention-des-pathologies-professionnelles-rnv3p>
9. Version Beta 2 qualif2018 du Thésaurus harmonisé des expositions en date du 18/12/2017, Disponible en ligne : [http://www.presanse.fr/wpFichiers/1/1/Ressources/File/THESAURUS/versions\\_pour\\_2018/ThesaurusHarmonise\\_expo\\_pro\\_beta2\\_qualif2018.pdf](http://www.presanse.fr/wpFichiers/1/1/Ressources/File/THESAURUS/versions_pour_2018/ThesaurusHarmonise_expo_pro_beta2_qualif2018.pdf)
10. Informations sur le Thésaurus harmonisé des expositions, site internet de PRESANCE, <http://www.presanse.fr/article/229/Thesaurus-des-expositions-professionnelles.aspx>
11. Gollac M, Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du Travail et des Affaires sociales, Paris, 2011. Disponible en ligne sur : [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_SRPST\\_definitif\\_rectifie\\_11\\_05\\_10.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf)
12. Site internet de l'association Souffrance et travail - <http://www.souffrance-et-travail.com/>

13. BEAUMONT, D., MOROY, A., JAWORSKI, F., *et al.* Les consultations « souffrance et travail–psychopathologie du travail » des Centres de pathologie professionnelle d’Île-de-France: présentation. Pour qui? Pourquoi?. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 2017, vol. 78, no 1, p. 64-67.
14. Marie Cécile Benoist-Torrin, « Enquête sur le recours des médecins du travail du Nord Pas-de-Calais au Centre de Consultations de Pathologies Professionnelles du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille », Thèse de doctorat en médecine, Lille, 2016, p.36
15. RIVIÈRE, M., LEROYER, A., CARREIRA, L. Ferreira, et al. Caractéristiques professionnelles associées aux troubles mentaux fréquents: étude en médecine générale. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 2018, vol. 79, no 4, p. 57
16. Ragot, A., Guiho-Bailly, M., Tanguy, M., Gohier, B., Garré, J. & Roquelaure, Y. (2013). Troubles psychiatriques rencontrés en consultation de psychopathologie du travail au Centre hospitalier universitaire d'Angers. *Santé Publique*, vol. 25,(6), 729-736. doi:10.3917/spub.136.0729.
17. Bensefa L, Sandret N, De Clavière C, D’Escatha A, Pairon JC. Harcèlement moral et pronostic professionnel chez 126 patients d’une consultation de pathologie professionnelle. *Arch. mal. prof.*, 2004;65(5):387-95.
18. Chiaroni J. Le harcèlement moral au travail. Étude auprès des médecins du travail de la région PACA. *Arch. mal. prof.*, 2001; 62:410-11.
19. Egreteau F, Marguet G. Souffrance mentale au travail en Franche-Comté. Analyse de 121 cas de psychopathologies au travail en Franche-Comté de janvier 1997 à juillet 2001. *Arch. mal. prof. env.*, 2002;63:512-15.

20. Paolillo AG, Haubold B, Leproust H, d'Escatha A, Soula MC, Ameille J. Devenir socioprofessionnel de patients en situation de harcèlement moral présumé. Documents pour le Médecin du Travail, 2006;105:49-59.
21. Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge en 2017, source INSEE paru le 13/04/2018 Disponible en ligne sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546#tableau-Donnes>
22. S. Michelet, F.-X. Lesage, Devenir des patients reçus en consultation de souffrance psychologique au travail au CHU de Reims en 2012, Arch. Mal. Prof., 2015 ; 76 :11-20.
23. De Clavière C, Bensefa L, Leker L, et al. Profil des patients adressés pour souffrance psychologique au travail dans une consultation de pathologie professionnelle. Arch. mal. prof. env., 2004;65(2):151.
24. De Clavière C, Kasbi-Benassouli V, Paolillo AG, Puypalat A, d'Escatha A, Pairon JC. Devenir médical et socioprofessionnel des patients pris en charge pour souffrance psychologique au travail au sein d'une consultation de pathologie professionnelle. Arch. mal. prof. env., 2008;69:24-30.
25. DE GASPARO, Claudia et GRENIER-PEZÉ, Marie. Etude d'une cohorte clinique de patients harcelés : une approche sociologique quantitative. Documents pour le médecin du travail, 2003, vol. 95, p. 307-322.
26. DEJOURS Christophe, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, Paris, INRA Éditions. (2003)

27. Philippe Davezies, « Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail », Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé. 2012. Disponible en ligne : <http://pistes.revues.org/2566>
28. COUTROT, Thomas et LÉONARD, Martine. Les expositions aux risques professionnels dans les petits établissements en 2010. 2017. Disponible en ligne : <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/60873/1/2017-049.pdf>.
29. Marie Cécile Benoist-Torrin, « Enquête sur le recours des médecins du travail du Nord Pas-de-Calais au Centre de Consultations de Pathologies Professionnelles du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille », Thèse de doctorat en médecine, Lille, 2016, p.74
30. FOURE, Julien, VINCENT, Fabien, CADE, C., *et al.* Perceptions par leurs employeurs des salariés en situation de souffrance psychique liée au travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 2018. Disponible en ligne : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/14007122/2018MCEM8551/fichier/8551F.pdf>.
31. Lachmann H. ; Larose, C. ; Pénicaud, M. 2010. Bien-être et efficacité au travail : 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail, Rapport fait à la demande du Premier ministre.
32. ELVIE, une méthode de diagnostic et de prévention des risques psychosociaux au travail, Disponible en ligne : [https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/ELVIE-ARACT\\_Martinique.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/ELVIE-ARACT_Martinique.pdf)





# ANNEXES

## Annexe 1 : Questionnaire

### **Recueil des motifs de consultation « Souffrance au travail » au sein des centres de consultations de pathologies professionnelles de la région des Hauts de France**

Date de la demande : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Numéro du centre : \_\_\_ (Lille : 1/Amiens : 2)  
 Date de la consultation : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Numéro du Patient : \_\_\_

- Age du patient :**     16-30 ans     31-40 ans     41-50 ans     >50 ans  
**Domiciliation :**     Nord     Pas de Calais     Somme  
                                   Oise     Aisne    Autres : \_\_\_ (N° du département)  
**Sexe :**     Féminin     Masculin
- Catégorie socio-professionnelle :**     Secteur Privé     Secteur Public  
 Agriculteur, Exploitant     Employé  
 Profession intermédiaire     Artisan, commerçant, chef d'entreprise  
 Cadre supérieur, profession libérale     Ouvrier
- Type de contrat :**     CDI     CDD     Fonctionnaire  
 Contrat de professionnalisation

**Secteur/Activité de l'entreprise/établissement :** \_\_\_\_\_ NAF : \_\_\_\_\_  
**Taille de l'entreprise : (Nombre de salariés) :**     - de 50     50-250     + de 250  
**Mois et année d'arrivée dans l'entreprise :**    \_\_\_ / \_\_\_

- Objectifs de la consultation :**  
 Reconnaissance en maladie professionnelle ou AT     Avis sur prise en charge médicale  
 Avis d'aptitude/inaptitude     Diagnostic     Conseil Juridique  
 Autre : \_\_\_\_\_

#### **Professionnels adressant le patient**

(Cocher les cases correspondante)	Médecin du travail	Médecin Traitant	CARSAT	Psychiatre/ Psychologue e clinicien	Avocat	Autres
Initiative de la demande						
Rédaction du courrier adressant						

**Actions de prévention primaire mises en œuvre par l'employeur selon le salarié :** cf. questionnaire joint



**Type de troubles au travail décrits par le patient :** (En référence au thésaurus du RNV3P)

- Exigence inhérente à l'activité
- Violences et Relations au travail
- Organisation fonctionnelle de l'activité
- Ethique de l'entreprise
- Conflit de valeur
- Autres facteurs de majoration (statut médical ou social particulier, contexte économique ou social de l'entreprise)
- Pas de lien avec l'activité professionnelle

**Mois et année du début de la situation de travail conduisant à la consultation :** \_\_\_\_/\_\_\_\_

**Est-ce lié à un élément déclencheur identifiable :**  Oui  Non

Si oui, Précisez le type d'événement : \_\_\_\_\_

## Annexe 2 : Auto-questionnaire

Recueil des motifs de consultation « Souffrance au travail » au sein des centres de consultations de pathologies professionnelles de la région des Hauts de France

### Actions de prévention primaire mises en œuvre par l'employeur selon le salarié :

1) Information/Formation sur les RPS (gestion du stress, incivilités internes et externes).

Oui       Non       Ne sait pas

2) Réalisation du DUERP

Oui       Non       Ne sait pas

3) Existence d'une charte de référence

Oui       Non       Ne sait pas

4) Information sur l'accès et les missions du SST

Oui       Non       Ne sait pas

5) Réalisation d'une évaluation interne ou externe des facteurs de RPS

Oui       Non       Ne sait pas

6) Facilités d'échange entre collègues ou avec la hiérarchie (ex : mise à disposition d'une salle de pause)

Oui       Non       Ne sait pas

7) Organisation de travail favorisant l'autonomie et la marge de manœuvre

(Le patient peut-il prendre des décisions seul, influencer sur le déroulement de son travail, changer l'ordre des tâches à accomplir, varier les délais fixés)

Oui       Non       Ne sait pas

8) Autres : (Précisez) \_\_\_\_\_

## **Annexe 3 : Classification des Facteurs organisationnels, relationnels et éthiques proposés par le Thésaurus harmonisé des expositions**

### Exigence inhérente à l'activité

Horaire de travail  
Déplacement professionnel  
Autre modalité particulière imposée de travail  
Caractéristique propre à l'activité  
Autre exigence générale inhérente à l'activité

### Organisation fonctionnelle de l'activité (Management)

Changement dans l'organisation et modalité particulière de management  
Surcharge ou sous-charge de travail ressentie  
Procédure et contrôle excessifs  
Faible latitude de décision dans l'organisation de son travail  
Peu de possibilités d'apprendre ou de développer de nouvelles compétences  
Déficit de reconnaissance (encouragements, félicitations...) ou de récompense (ex : salaire, promotion, entretien annuel d'évaluation)  
Insuffisance de moyens  
Dysfonctionnement des prescriptions de la hiérarchie  
Mutation sur un autre poste ou autre site (ou annonce faite dans les 3 mois précédents les premiers signes)  
Autre modalité générale d'organisation fonctionnelle de l'activité

### Relation au travail et violence

Qualité de la relation au travail  
Violence extérieure (personnes extérieures à l'établissement)  
Violence interne (autre salarié de l'entreprise)  
Contentieux, action en justice  
Autre modalité générale de relation au travail

### Ethique personnelle, conflit de valeurs

Faire un acte allant à l'encontre de ses principes (vente abusive, réaliser des licenciements)  
Être témoin impuissant d'actes allant à l'encontre de ses principes  
Manquer de moyens ou de temps pour faire un travail de qualité  
Autre conflit de valeur du fait de l'éthique personnelle

## Ethique de l'entreprise

Niveau général de sécurité ou culture de sécurité faible

Niveau général d'hygiène ou culture d'hygiène faible

Manque de moyens

Manque de respect dans la communication verbale

Autre manque à l'éthique de l'entreprise

## Autre facteur de majoration

Statut médical ou social particulier pouvant modifier la relation

Revendication de droits, comprend : revendication concernant les congés, une formation, une prime non reçue, le paiement d'heures supplémentaires, signature d'une pétition

Prise de position ou acte individuel mettant en cause l'entreprise

Modalité particulière choisie de travail

Facteur de majoration lié à l'entreprise (contexte social, contexte économique)

Autre modalité générale constituant un facteur de majoration

## **Annexe 4 : Tableau de recueil des acteurs mobilisés depuis la dégradation des conditions de travail**

### Acteurs et/ou outils mobilisés dès la dégradation ressentie des conditions de travail

	Acteurs contactés (Cocher les cases correspondantes)	Si l'acteur a été contacté ultérieurement, Dans quel délai? (En mois)	S'il n'a pas été contacté, Pour quelles raisons? (Préciser en quelques mots)	Des actions ont été mises en œuvre ? (Oui/Non)
Médecin du travail				
Autre membre du service pluridisciplinaire	(Précisez)			
CHSCT				
Représentants du Personnel				
Inspection du travail				
Encadrement (N+1)				
(N+2 ou supérieur)				
DRH				
Autres : _____				

## **Annexe 5 : Guide d'utilisation du questionnaire**

### Guide d'utilisation du questionnaire

#### Recueil des motifs de consultation « souffrance au travail » au sein des centres de consultations de pathologie professionnelles de la région des hauts de France

Ce questionnaire est à destination du médecin consultant lors des consultations de « Souffrance au travail » et non du patient.

##### Identification :

Le numéro du patient correspond au numéro par ordre chronologique du questionnaire depuis le début des inclusions, l'objectif est de pouvoir comptabiliser le nombre d'inclusion par centre.

Le numéro de centre est déjà préétabli : Lille =1, Amiens = 2.

La date de la demande correspond à la date de prise de rendez-vous pour la consultation.

La date de la consultation correspond à la date à laquelle se déroule la consultation Souffrance au travail.

##### Données personnelles :

Concernant l'âge, la domiciliation, le sexe, la catégorie socio-professionnelle et le type de contrat, il convient de cocher la case correspondante pour chaque question. *Une seule case ne peut être cochée par question.*

##### Données concernant l'entreprise :

Préciser le secteur d'activité en notant le code NAF correspondant, si celui-ci n'existe pas, préciser simplement l'activité de l'entreprise.

Cocher la case correspondante à la taille de l'entreprise selon le nombre de salariés. *Une seule case ne peut être cochée.*

Enfin, préciser en chiffre le mois et l'année d'entrée dans l'entreprise du salarié consultant.

##### Modalité de la consultation :

Les objectifs de la consultation rendent compte de la ou des demandes initiales du professionnel adressant le patient. *Vous avez la possibilité de cocher une ou plusieurs cases.*

Tableau des Professionnels adressant : Il convient de cocher une case par ligne pour désigner respectivement, la personne à l'origine de la demande et qui a orientée le patient vers les consultations de souffrance au travail et celle ayant rédigé le courrier pour l'adresser.

### Actions de prévention mises en œuvre par l'employeur:

Cette question a pour objectif de relever les différents moyens de prévention primaire mises en place par les employeurs et identifiés par les salariés.

Pour chaque exemple de prévention primaire proposé, il est possible de cocher la case *OUI*, si l'exemple cité est présent au sein de l'entreprise ou si cette action a été réalisée, ou bien la case *NON* ou enfin la case *NE SAIT PAS* selon les connaissances du patient. (*une seule case ne peut être cocher par proposition*)

### Type de troubles au travail :

Il convient pour cette question, de ne cocher que les réponses pour lesquelles l'imputabilité du travail est forte. *Vous avez la possibilité de cocher plusieurs cases si nécessaire*

Afin de faciliter la réponse à cette question, vous pouvez vous référer au thésaurus du RNV3P « *facteurs organisationnels, relationnels et éthiques* » ci-joint. Celui-ci regroupe les différentes réponses proposées et les situations concrètes qui s'y rapportent.

S'il n'est retrouvé aucun lien entre les difficultés du patient et son activité professionnelle, cocher la case *Pas de lien avec l'activité professionnelle*.

Mois et année du début de la situation de travail conduisant à la consultation : *Préciser en chiffre la date à laquelle le salarié identifie le début des troubles au travail.*

Est-ce lié à un élément déclencheur indetifiable ? *Oui/Non*

Si oui, précisez le type d'événement : *Texte libre*

### Tableau « Acteurs et/ou outils mobilisés dès la dégradation des conditions de travail ».

Dans la première colonne « Acteur contacté », il convient de préciser en cochant une ou plusieurs cases, les professionnels ayant été interpellés par le salarié, dès le début de la dégradation des conditions de travail.

La deuxième colonne « Si l'acteur a été contacté ultérieurement » a pour objectif de recenser les professionnels ayant été mobilisés par le salarié dans un second temps et d'évaluer le délai entre le début des troubles et leur mobilisation. *Cocher la ou les cases correspondantes et préciser-y le délai en mois.*

La troisième colonne « S'il n'a pas été contacté », vise à préciser la raison, d'après le patient, de l'absence du professionnel dans sa démarche, précédant la consultation « souffrance au travail ».

*Préciser par texte libre dans la case correspondante.*

Enfin la colonne « Des actions ont été mises en œuvre » vise à déterminer si des actions ont suivi la mobilisation des différents acteurs ou outils à disposition du patient.

## **Annexe 6 : Lettre d'information**

# **LETTRE D'INFORMATION** **DESTINÉE AUX PATIENTS** **DES CONSULTATIONS « SOUFFRANCE AU** **TRAVAIL ».**

### **Recueil des motifs de consultation « Souffrance au travail » au sein des centres de consultations de pathologie professionnelle de la région des Hauts de France**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un travail de thèse, nous vous proposons de participer à une enquête.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette enquête.

Les objectifs de ce travail sont d'évaluer les principaux motifs de consultation des patients adressés aux consultations de psychopathologie professionnelle, de décrire des facteurs professionnels associés à la souffrance au travail, de préciser le rôle du médecin du travail et autres acteurs de prévention dans le parcours des patients adressés et d'identifier des actions de prévention des risques psychosociaux mises en place dans les entreprises de la région des Hauts de France.

L'enquête se déroule sous la forme d'un premier questionnaire étudiant les caractéristiques de votre travail, les difficultés rencontrées et les acteurs sollicités dans ce contexte et d'un second questionnaire sur les actions de prévention primaire mises en place dans votre entreprise.

Les données de ce questionnaire anonymisé seront analysées de façon collective et aucun résultat individuel ne sera diffusé.

Les données enregistrées à l'occasion de cette enquête feront l'objet d'un traitement informatisé sécurisé.

Vous avez droit d'accès ou de retrait des informations qui vous concernent en contactant le médecin concerné du service de Pathologies Professionnelles (Mme le Pr FANTONI au 03.20.44.57.94).

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.



**AUTEUR : HERBET Gautier**

**Date de Soutenance : 24 Janvier 2019**

**Titre de la Thèse : Étude des motifs de consultation de psychopathologie professionnelle exprimés par les salariés reçus dans les centres de consultations de pathologie professionnelle des Hauts de France entre Janvier 2017 et Mai 2018.**

**Thèse - Médecine - Lille 2019**

**Cadre de classement : Médecine du travail**

**DES + spécialité : Médecine du travail**

**Mots-clés : souffrance au travail, risques psychosociaux, prévention primaire**

**Résumé :**

**Contexte :** Sujets majeurs de la vie au travail, les Risques Psychosociaux conduisent certains travailleurs à solliciter les consultations de psychopathologie professionnelle, proposées dans les Centres de Consultations de Pathologie Professionnelle (CCPP). Nous avons voulu connaître les principaux motifs de consultations de ces salariés en souffrance au travail.

**Matériel et Méthode :** Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive multicentrique prospective et non interventionnelle réalisée à partir des informations transmises par les patients reçus en consultation de psychopathologie professionnelle au sein des deux CCPP de la région des Hauts de France à Lille et Amiens entre Janvier 2017 et Mai 2018.

**Résultats :** Parmi les 126 patients inclus entre Janvier 2017 et Mai 2018, les principaux motifs de consultations étaient, pour 31% des patients, l'obtention d'un avis d'aptitude à un poste. L'analyse des principaux facteurs de risque retrouve une surreprésentation des violences en entreprise devant les troubles liés à l'organisation de l'activité. On retrouve une influence significative de la taille de l'entreprise sur la mise en place d'actions de prévention qui sont plus fréquemment décrites par les salariés de grosses entreprises ( $p < 0.01$ ) mais restent trop peu développées pour permettre de réduire la durée d'exposition des patients en souffrance au travail (31 mois).

**Conclusion :** L'information sur les RPS et l'accompagnement des entreprises dans la mise en place d'actions concrètes de prévention primaire doivent être encouragés afin de briser l'isolement des salariés victimes de souffrance au travail.

**Composition du Jury :**

**Président : Madame le Professeur Annie Sobaszek**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Sophie Fantoni-Quinton**

**Madame le Docteur Catherine Doutrelot**

**Madame le Docteur Alexandra Salembier-Trichard**