

## INFORMATION

### **Pour une implication de la psychiatrie dans le débat sur la souffrance psychologique au travail**

MOTS-CLÉS : TRAVAIL/PSYCHOLOGIE. SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

#### *Role of Psychiatry in the question of psychological distress at work*

KEY-WORDS: WORK/PSYCHOLOGY. BURNOUT, PROFESSIONAL.

Patrick LÉGERON \*

**L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.**

## LE CONTEXTE DES TROUBLES MENTAUX AU TRAVAIL

### **L'émergence de la pénibilité psychologique au travail**

Depuis une vingtaine d'années, la question de la santé mentale est posée avec force dans le monde du travail. Durant des siècles, pour ne pas dire des millénaires, le travail « contraignait » le corps et la pénibilité qui l'accompagnait était presque exclusivement physique. À partir des années 1970 de profonds bouleversements surviennent dans la société et le monde du travail en a été particulièrement affecté. Les spécialistes attribuent cela à l'entrée dans un monde « post-industriel » qu'ils faisaient d'ailleurs coïncider avec le premier choc pétrolier. Le monde du travail s'est alors mis à ressembler de moins en moins à celui décrit par Émile Zola dans *Germinal*. Peu à peu, les machines ont remplacé les hommes dans les activités les plus ingrates, les nouvelles technologies et les ordinateurs ont simplifiés de nombreuses tâches, les environnements de travail sont devenus plus avenants et le nombre d'heures de travail a régulièrement diminué. Mais l'illusion que la pénibilité du travail allait progressivement se réduire a été éphémère. D'autres formes de contraintes apparaissaient et avec elles, la notion de pénibilité psychologique (Légeron, 2015).

\* Psychiatre attaché de consultation Service hospitalo-universitaire du Centre Hospitalier Sainte-Anne ; Fondateur du Cabinet Stimulus ; e-mail : patrick.legeron@stimulus-conseil.com

*Tirés à part* : Docteur Patrick Légeron, même adresse  
*Article reçu le 10 juillet 2014, accepté le 20 octobre 2014*

Dans les années 1980 et surtout 1990 plusieurs grands organismes internationaux attirent ainsi l'attention sur l'inquiétant développement du phénomène de stress dans les environnements professionnels et ses graves conséquences possibles sur la santé des travailleurs. Ainsi, au début des années 90 le Bureau International du Travail indiquait que le stress était devenu l'un des plus graves problèmes de notre temps pour les individus, en mettant en péril leur santé physique mais surtout mentale (BIT, 1993). Pour cet organisme international, l'incidence du stress au début des années 90 avait au moins doublé en dix ans et était devenu un problème concernant tout le monde dans les sociétés industrielles modernes. De plus, par ses effets sur la santé et la productivité, le stress avait aussi beaucoup d'impact sur l'économie des pays.

L'émergence progressive dans le monde du travail de nouveaux concepts comme le stress, mais aussi le harcèlement moral ou le *burn out*, a ainsi mis l'accent sur des risques assez nouveaux pour la santé et sur des souffrances de plus en plus psychologiques, voire des pathologies mentales (Dejours, 1998). Ces risques ont rapidement été nommés risques psychosociaux (RPS), car à l'interface de l'individu (le psycho) et de l'environnement de travail (le social) (Sahler et al., 2007). Or, si le lien entre travail et santé est assez bien établi depuis fort longtemps car reposant sur de nombreuses études rigoureuses, il s'agit essentiellement du domaine de la santé physique et de l'impact des conditions ou des environnements de travail sur le développement de maladies somatiques (Bensadon et al., 2013). Les pathologies liées à l'exposition à l'amiante en sont un bon exemple.

### **La prise en compte actuelle des risques psychosociaux**

En France l'intérêt porté aux risques psychosociaux est apparu tardivement. Ce n'est qu'à la suite de la médiatisation des suicides survenant dans le monde du travail que les pouvoirs publics se sont impliqués. Ainsi le premier rapport gouvernemental sur ce sujet n'a été publié qu'en 2008 à la demande du Ministre du travail (Nasse et Légeron, 2008). C'est également la même année qu'un Accord national interprofessionnel a été signé au niveau national sur la prévention du stress au travail par les partenaires sociaux (organisations syndicales et représentants du patronat), alors que de tels accord avaient été signés au Danemark dès la fin des années 70. Dans une étude publiée il y a peu d'années par l'Agence européenne de sécurité et santé au travail, la France s'avérait être assez en retard par rapport à ses voisins dans la lutte menée par les entreprises contre le stress au travail et la prévention des RPS (EU-OSHA, 2009).

C'est non seulement tardivement mais aussi de façon dramatique que notre pays a porté son attention à l'impact du travail sur la santé mentale des salariés. La prise de conscience dans l'opinion publique (mais aussi des pouvoirs publics et des entreprises) s'est faite en effet largement d'une part après les cas de harcèlement moral décrits par la psychiatre Marie-France Hirigoyen (1998) et d'autre part par la succession de suicides apparus chez France Télécom et ayant conduit respec-

tivement au vote du parlement français d'une loi réprimant le harcèlement moral au travail en 2002 et à la mise en place d'un plan d'urgence de prévention des RPS par le Ministre du travail en 2009. Les pays régulièrement cités en exemple comme ayant mieux réussi que nous à promouvoir la santé mentale au travail (essentiellement les pays d'Europe du Nord et le Canada), ont davantage mis en avant le concept de bien-être des individus au travail plutôt que celui de la souffrance avec d'ailleurs, dans la plupart des cas, une forte préoccupation de performance économique des entreprises qui les emploient (EU-OSHA, 2013).

À ces deux spécificités françaises de l'abord des risques psychosociaux au travail (tardivement et négativement) s'en ajoute une troisième qui nous semble tout aussi regrettable : la faible place accordée à la connaissance médicale et psychiatrique non seulement dans l'analyse et la compréhension de ces phénomènes mais aussi dans la détermination des actions à mettre en place. Nous observons ainsi qu'en France le rôle attribué au Ministère de la Santé est quasiment inexistant dans ce domaine alors que nous sommes à l'évidence face à une question de santé publique. C'est le Ministère du Travail qui en est en charge et plus précisément sa Direction générale du travail (DGT). Ceci n'est pas le cas dans d'autres pays comme la Suède ou le Luxembourg. On note aussi que des grands organismes de référence scientifique et médicale comme l'Inserm sont rarement consultés pour apporter leur expertise à la connaissance de ces problématiques. Enfin, dans les entreprises, les services de santé au travail et les médecins du travail ne sont qu'exceptionnellement sollicités pour la mise en place de véritables stratégies de promotion de la santé mentale au travail qui restent dans le domaine des ressources humaines et plus précisément des relations sociales.

Au total, cette préoccupation avant tout sociétale et politique vis-à-vis des risques dits « psychosociaux » et de leur responsabilité à engendrer des pathologies mentales a pu paraître louable. Elle a conduit à une nécessaire prise de conscience des opinions. Elle n'est cependant pas sans poser un certain nombre de questions auxquelles la discipline médicale, qui a été trop négligée mais aussi trop silencieuse sur ce sujet, doit aujourd'hui répondre.

### **La « souffrance au travail », un concept flou**

Le concept de « souffrance au travail » s'est très vite imposé dans notre pays pour recouvrir l'ensemble des impacts négatifs sur le psychisme humain que peuvent avoir les environnements de travail. Concept très flou qui englobe à la fois des réalités morbides et des manifestations non pathologiques. On sait bien sûr que, plus que dans tout autre domaine de la médecine, la frontière entre le « normal » et le « pathologique » est ténue en psychiatrie. Il est pourtant nécessaire malgré tout de mieux la cerner.

L'Organisation mondiale de la santé, dans l'abord de la santé mentale, distingue clairement trois niveaux bien différents : le bien-être psychologique, la détresse psychologique et les troubles mentaux. La psychiatrie s'est attachée depuis fort

longtemps (en tout cas depuis qu'elle a revendiqué le statut de discipline scientifique) a bien distinguer les deux derniers niveaux. La détresse psychologique est inhérente à la condition humaine et se manifeste en particulier lors d'événements de vie ou de situations particulièrement éprouvantes que rencontre l'individu (perte d'un être cher, chômage, etc.). La prise en compte de cette détresse est une nécessité de même que l'aide qui doit y être apportée pour l'alléger. Mais il n'y a pas lieu d'en faire un trouble mental. Malheureusement on observe dans notre société une tendance à « psychiatriser » de plus en plus cette détresse psychologique, comme en témoigne, par exemple, les prescriptions inappropriées de psychotropes. La revendication de nos contemporains à ne pas souffrir (et même à être heureux !) est l'une des caractéristiques majeurs de nos sociétés avancées. Elle est légitime et signe le progrès de l'humanité. Elle s'est observée tout d'abord dans le domaine de la souffrance physique comme en témoigne la lutte (relativement récente et retardée dans notre pays comparée aux pays anglo-saxons) contre la douleur présente maintenant dans toutes les disciplines médicales.

Le refus de la détresse psychologique au travail (la « souffrance ») s'inscrit dans cette même démarche. Elle est salutaire. Mais trop souvent cette détresse psychologique est assimilée aux yeux de non experts à une pathologie induite par le travail. Il n'est ainsi que de constater la position prise par certains de faire reconnaître en maladies professionnelles les diverses manifestations de la souffrance au travail dont la description et les contours demeurent actuellement extrêmement flous.

Cette approche très extensive de la pathologie mentale va à l'opposé de la cause qu'elle prétend servir (protéger les salariés des effets néfastes sur le psychisme des environnements de travail). Il est donc nécessaire d'y apporter une clarification et c'est avant tout à la science médicale de le faire.

## **LES QUESTIONS POSÉES À LA SCIENCE MÉDICALE**

La médecine et plus spécifiquement la psychiatrie sont interpellées et se doivent d'apporter des réponses solides et expertes à un certain nombre de questions et ce, dans plusieurs domaines.

### **Des entités cliniques mal définies**

La nosographie et la définition des pathologies mentales pouvant être générées par le travail restent extrêmement approximatives et parfois même en contradiction avec les connaissances médicales. Prenons deux exemples : le stress et le *burn out*. Le stress est défini scientifiquement comme la réaction d'adaptation de l'organisme à une situation adverse (Lôo et *al.*, 2003). Il peut bien sûr, lorsqu'il s'avère chronique et/ou intense, conduire à des dérèglements de l'organisme et diverses pathologies. Mais en faire d'emblée, comme affirmé parfois, une pathologie est un contresens scientifique. Quant au terme de *burn out*, il n'appartient pas à la nosographie psychiatrique telle

qu'elle apparaît dans les classifications des troubles mentaux internationales (Organisation mondiale de la santé, 2008), nord-américaines (American Psychiatric Association, 2013) ou françaises (Sadoun et Quemada, 1969). Ses critères diagnostics sont encore très discutés. La question se pose donc de savoir s'il s'agit d'une forme particulière de dépression (celle d'épuisement par exemple). Le débat actuel de reconnaissance du *burn out* comme maladie professionnelle apparaît surréaliste alors qu'il n'y a pas encore de reconnaissance de cette entité en tant que maladie. Les très vagues définitions données ici et là du *burn out* laissent à penser qu'il s'agit, au vu des symptômes mis en avant, d'une forme particulière de dépression. Mais alors que la dépression est une entité clinique bien définie dont les composantes symptomatiques sont bien établies (Olié, 2009), le *burn out* reste encore très flou quant à ses manifestations.

D'autre part, la clarification entre des états de détresse psychologique réelle (mais non pathologiques) et de véritables troubles mentaux (comme la dépression ou des pathologies anxieuses avérées) n'est pas suffisamment faite. D'où trop souvent une « psychiatrisation » excessive des phénomènes d'épuisement psychologique.

Depuis plus de trente ans, et en particulier la publication aux États-Unis du DSM III (American Psychiatric Association, 1980), des critères diagnostiques garantissent une approche fiable d'identification, de définition et de délimitation des troubles mentaux. Le diagnostic de ceux-ci repose ainsi sur la présence de critères d'inclusion et l'absence de critères d'exclusion. Cette rigueur « critériologique » apparaît complètement absente dans le repérage de la souffrance, de la détresse ou de la pathologie mentale induite par le travail. Les notions même de symptômes constitutifs d'une entité clinique précise, d'intensité ou de fréquence de leurs manifestations et de durée de ces manifestations ne sont pas abordées alors qu'elles constituent la base même de l'approche diagnostique en psychiatrie aujourd'hui.

### **Une approche épidémiologique souvent fantaisiste**

Les quelques données épidémiologiques des manifestations psychologiques et des pathologies psychiatriques liées au milieu du travail apparaissent aussi fortement contestables. Régulièrement sont publiés (et relayés avec force par les médias) des chiffres et statistiques étonnants sur l'importance de la souffrance des salariés. Nous n'évoquerons même pas les innombrables enquêtes sur le stress des salariés dont les résultats sont extraordinairement divers, allant de 10 à 60 % des populations suivant les études. Des enquêtes récentes annoncent des taux très élevés de « pré-burn out » (un nouveau concept ?) pouvant atteindre 30 % des individus au travail. Ces chiffres apparaissent pour le moins fantaisistes et on ne sait pas très bien sur quelle base critériologique ils ont été recueillis. Les questionnaires utilisés n'ont la plupart du temps aucune validité psychométrique et leur fiabilité est rarement interrogée. Pourtant, les connaissances épidémiologiques sérieuses nous donnent des repères fiables largement ignorés. Ainsi en France en population générale, la prévalence de la dépression est bien établie à environ 3 000 000 de cas, tout comme le nombre de

suicides aux alentours de 11 000 par an. En revanche, la « vague » de suicide au travail, qui a été largement commentée, n'a jamais été analysée au regard de nos connaissances chiffrées sur l'épidémiologie du suicide en population générale qui touche chaque année 16 français adultes sur 100 000. Étonnamment, on pourrait même constater parfois que les « vagues » de suicide survenues dans certaines entreprises sont de même ampleur que dans une population générale comparable en terme d'âge et de sexe.

### **L'absence de l'expertise médicale**

La place de la médecine et de la psychiatrie a été le plus souvent réduite à peu de choses. Une approche des problèmes de santé mentale au travail doit s'appuyer fortement (sinon exclusivement) sur les connaissances issues de la psychiatrie. Nous l'avons souligné précédemment dans les domaines de la nosographie, de la critèresologie, du diagnostic, de l'épidémiologie.

Mais cette discipline est plutôt absente dans les grands débats sociétaux autour de la souffrance mentale au travail. L'une des explications est le rôle donné exclusivement au Ministère du travail dans ce domaine (et plus précisément à la Direction générale du travail) et la non implication du Ministère de la Santé (à la différence d'autres pays où ce ministère joue un rôle majeur). Nos grands organismes comme l'Inserm ne sont pas sollicités pour apporter leurs connaissances. Les partenaires sociaux (représentants du patronat et des salariés) se sont emparés à juste titre de ces questions mais ils ne disposent pas de connaissances médicales pour guider, seuls, une démarche de prévention et de santé mentale au travail.

### **LA PLACE DE LA MÉDECINE DANS LA SANTÉ AU TRAVAIL**

Il ne s'agit pas de méconnaître l'intérêt de la multiplicité des expertises pour aborder la question de la santé mentale au travail et la prévention du stress, des suicides et des risques psychosociaux, et pour lutter contre le *burn out*. Le rôle du dialogue social et de l'expression des salariés, tout comme la place de disciplines variées (l'organisation du travail, le management) sont incontournables. Il n'en est pas moins vrai que la médecine doit clairement affirmer et faire connaître sa position dans un domaine qui est aussi le sien, celui des pathologies mentales, même si celles-ci se développent au sein du milieu du travail.

Or il faut noter que cette « voix » de la médecine a été très peu entendue alors que de vraies problématiques de santé publique ont émergé au travail sous la forme de la souffrance psychologique et de troubles mentaux. Il apparaît souhaitable que la médecine, et principalement sa spécialité psychiatrique, « s'empare » elle aussi de ce sujet en l'analysant mieux et en y apportant ses connaissances et son éclairage incontournable et complémentaire aux autres disciplines. Cette voix doit s'exprimer clairement pour servir de repère à tous ceux, nombreux, qui souhaitent que les

démarches de prévention et de lutte contre les risques psychosociaux, reposent sur des bases valides et ne soient pas entachées de considérations partisanses. Les confrontations parfois brutales, tout comme les points de vue très divergents entre les partenaires sociaux sur les thématiques de la souffrance au travail, se nourrissent trop d'a priori bien éloignées des connaissances valides fournies par la science médicale.

Si le rôle de la négociation sociale et l'implication des partenaires sociaux et des pouvoirs publics sont incontournables dans plusieurs domaines comme la reconnaissance en maladie professionnelle de certaines pathologies liées au travail, la définition même de ces maladies, la clarification des entités cliniques et leurs limites avec le non pathologique appartiennent avant tout à la médecine et à la psychiatrie. Dans ce domaine aussi la clarté des rôles de chacun mériterait d'être mieux affirmée.

## RÉFÉRENCES

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>rd</sup> Ed.) DSM III. APA, Washington, 1980.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> Ed.) DSM V. APA, Washington, 2013.
- [3] Bensadon AC., Barbezieux Ph et Champs FO. Interactions entre santé et travail. Rapport pour l'Inspection des Affaires Sociales. La Documentation Française, Paris, 2013.
- [4] Bureau International du Travail. Le travail dans le monde — Chapitre 5 : Le stress dans le monde du travail, BIT, Genève, 1993.
- [5] Dejours Ch. Souffrance en France — La banalisation de l'injustice sociale. Editions du Seuil, Paris, 1998.
- [6] EU-OSHA. European survey on new and emerging Risks: Overview and main results. Etude ESENER. Agence Européenne de sécurité et Santé au Travail. Bilbao, 2009.
- [7] EU-OSHA. Well-being at work : Creating a positive work environment. Agence Européenne de sécurité et Santé au Travail. Bilbao, 2013.
- [8] Hirogoyen MF. Le harcèlement moral. Éditions Syros, Paris, 1998.
- [9] Légeron P. Le stress au travail, un enjeu de santé. Éditions Odile Jacob, Paris, 2015.
- [10] Lôo P, Lôo H, Galinowski A. Le stress permanent. Masson, Paris, 2003.
- [11] Nasse Ph, Légeron P. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. La Documentation Française, Paris, 2008.
- [12] Olié JP. Guérir la souffrance psychique. Editions Odile Jacob, Paris, 2009.
- [13] Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, CIM-10. OMS, Genève, 2008.
- [14] Sadoun R., Quemada N. « Classification française des troubles mentaux ». Bull 24 N° 2, INSERM, Paris, 1969.
- [15] Sahler B, Berthet B, Douillet Ph, Mary-Cheray I. Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail. Anact, Lyon, 2007.

