

# Maladies chroniques et travail

## Réunion intersociétés de médecine du travail d'Île-de-France. Paris, 8 décembre 2010

*Les sociétés de médecine du travail d'Ile-de-France ont organisé une réunion sur le thème « Maladies chroniques et travail ». Cette réunion a permis de faire le point sur les nouvelles thérapeutiques des maladies chroniques (cancer, diabète, syndrome anxio-dépressif) et leur influence sur la vie professionnelle des malades lors de la reprise du travail et sur le maintien dans l'emploi.*

### En résumé

L'évolution du concept de maladie chronique, notamment pour la maladie cancéreuse, a une influence pour les patients en situation de reprise du travail. Il est nécessaire de prendre en compte cette dimension du patient dans le cadre d'une prise en charge globale et intégrée. Les nouvelles thérapeutiques du cancer sont pour certaines encore mal connues en terme d'effets secondaires.

L'adaptation de la situation de travail à l'état de santé fluctuant du patient cancéreux est un enjeu important pour les services de santé au travail dans l'optique de la préservation de l'emploi et du lien social. Une étude menée sur 402 salariés suivis par 82 médecins du travail montre que lors du retour à l'emploi, le salarié traité pour maladie cancéreuse est un salarié fragilisé.

Autre maladie chronique qui a un impact certain sur le travail, le diabète. La réglementation interdit au salarié diabétique d'occuper certains postes d'où l'intérêt d'une orientation professionnelle adaptée et l'anticipation pour une éventuelle reconversion. Le médecin du travail trouve ici tout son rôle lors de la surveillance médicale périodique des salariés diabétiques.

Parmi les différentes pathologies chroniques, le poids sanitaire des maladies psychiatriques est le plus important. En milieu de travail, se rencontrent essentiellement anxiété et dépression car compatibles avec une activité professionnelle et plus fréquentes que les syndromes dissociatifs. Leur dépistage précoce ainsi que leur traitement bien conduit devrait éviter leur chronicisation ou une évolution encore plus péjorative. L'enquête internationale multicentrique « Santé mentale en population générale » (SMGP), menée de 1999 à 2004, confirme l'importante prévalence dans la population générale des pathologies psychiatriques et la gêne professionnelle qu'elles occasionnent chez les salariés. Néanmoins, le travail semble exercer un rôle protecteur quand les groupes des salariés et des chômeurs sont comparés.

### Cancer et travail

#### DONNÉES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES EN CANCÉROLOGIE

*J.P. Durand, hôpital Cochin, Paris*

Ces dernières années, les thérapeutiques anticancéreuses ont évolué de façon importante, notamment vers la thérapie génique. Néanmoins, les médecins cliniciens sont en phase d'apprentissage en matière d'effets secondaires de ces nouveaux médicaments. Ainsi, des solutions restent à trouver en cas de diarrhée chronique ou d'hyperkératose de sollicitation, qui peuvent respectivement gêner la reprise du travail ou l'activité manuelle.

Le contrôle de la douleur est un enjeu important dans l'optique d'un retour au travail. De nouvelles armes thérapeutiques ont émergé dans ce domaine : nouvelle présentation du fentanyl en spray nasal, utilisation de l'oxycodone à la fois pour les douleurs nociceptives et neuropathiques. La naloxone, habituellement prescrite dans les cas d'intoxications morphiniques, trouve également une indication dans le traitement des douleurs cancéreuses car moins pourvoyeuse de constipation que les autres antalgiques opioïdes. Deux présentations sont disponibles pour cette indication, per os et sous-cutanée.

Avec les évolutions thérapeutiques et l'amélioration du pronostic de la maladie cancéreuse, le concept même de cette maladie a évolué chez les soignants de façon à en appréhender l'aspect chronique. Les soignants sont alors amenés à prendre en compte, dans leur démarche thérapeutique, les aspects de chronicité, de vulnérabilité et d'autonomie.

MÉDIOUNI Z.,

*\* interne en santé  
au travail, département  
Études et assistance  
médicales, INRS*

La vulnérabilité de ces patients représente le risque qu'ils ont de souffrir d'un effet indésirable grave. Elle peut persister en situation de reprise de travail, qu'un traitement soit en cours ou pas, du fait du caractère chronique de la pathologie cancéreuse.

La notion d'autonomie est entendue comme le désir de concilier le projet de vie du patient avec le projet médical afin de définir ensemble, avec le patient, un traitement pertinent. Dans cette perspective, une structure originale est en projet à l'hôpital Cochin. L'objectif est l'individualisation thérapeutique grâce à une évaluation globale qui aura lieu dans un espace dédié permettant ce type d'évaluation de la personne dans sa complexité clinique et psychosociale puis de coordonner son parcours de soins dans l'établissement et lors du retour à domicile. Ce parcours coordonné devra être simple, intégré et adapté à chaque patient.

Ce lieu visera à réconcilier performances techniques et humanisme, médecine scientifique et médecines alternatives pour faciliter l'autonomie de la personne en s'appuyant sur l'éducation thérapeutique, le conseil diététique et toute autre technique thérapeutique utile au patient. Ce centre vise également à être un lieu ressource pour le patient cancéreux.

---

#### RÉPERCUSSION DU CANCER SUR LA VIE PROFESSIONNELLE

**M. Sevellec et B. Asselain, Institut Curie, Paris**  
**M.F. Bourrillon, Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France**

Grâce aux nouvelles thérapeutiques anticancéreuses, le taux de survie de nombreux patients est en progression. Les cancers diagnostiqués pendant la vie professionnelle active sont loin d'être une exception. Les cancers professionnels n'en présentent en fait qu'une faible proportion, ne survenant souvent qu'après la cessation de l'exposition professionnelle.

Une étude a été réalisée par 82 médecins du travail de la Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France, issus pour 56 % d'entre eux de services autonomes, pour 32 % de services interentreprises et enfin pour 12 % de la médecine de prévention de la Fonction publique. Elle avait pour objectif de mettre en évidence les répercussions du cancer sur la vie professionnelle chez 402 salariés. Le premier temps, entre 2005 et 2006, a consisté à recenser les salariés atteints de cancers, connus des médecins du travail. Quatre-cent-deux cas ont ainsi été retenus. L'enquête proprement dite a consisté en un auto-questionnaire à remplir par le salarié et un autre par son médecin du travail. Pour 42 salariés, des questionnaires semi-directifs ont été pratiqués : entretiens personnalisés du

salarié avec un psychologue, permettant de réaliser une étude qualitative.

Le questionnaire rempli par le médecin du travail concerne tous les salariés qu'il suit inclus dans l'étude.

Les salariés reçoivent un premier questionnaire quand ils ont repris une activité professionnelle au moins une fois après la phase active des traitements. Un questionnaire est envoyé aux salariés qui n'ont pas encore repris d'activité professionnelle si le médecin du travail le juge possible. Cette dernière situation a concerné 3 % des salariés de l'étude, avec un taux de réponse de 91,66 % (n = 11). Les salariés ayant repris au moins une fois leur activité professionnelle représentent 79 % de l'échantillon (n = 319). Leur taux de réponse est de 89,65 % (n = 286). Dans 18 % des cas (n = 71), le questionnaire n'a pas été envoyé (décès, refus de participation, départ à la retraite, invalidité, perdu de vue).

L'échantillon des réponders est constitué de 50 % de cadres, 39 % d'employés, 8 % d'ouvriers et 3 % d'autres professions. Près de 80 % travaillent dans le secteur privé et 42 % d'entre eux dans le secteur tertiaire. Soixante pour cent sont des femmes. Soixante-dix pour cent des patients ont une ancienneté dans l'entreprise de plus de 15 ans. Leur âge moyen est de 49 ans.

Plus de 2 ans en moyenne après le diagnostic, 79 % des salariés travaillent au moment de l'enquête et 27 % ont continué à travailler pendant leur traitement.

Les localisations de la maladie dans l'échantillon sont variables, avec par ordre de fréquence décroissante : le sein, la prostate, le colo/rectum, le poumon, la thyroïde, l'utérus, le testicule, le rein, les lymphomes, la cavité buccale. Le taux de reprise du travail le plus élevé est retrouvé pour le cancer du sein alors que le taux le plus bas est celui du cancer du poumon.

Quatre-vingt trois pour cent des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, un peu plus de la moitié ont reçu un traitement par radio ou chimiothérapie.

La durée moyenne de l'arrêt de travail était de 6,5 mois dans la population de l'étude et dépassait un an pour 25 % des salariés.

Une visite de pré-reprise a été réalisée dans 24 % des cas (22 % à l'initiative du salarié et 2 % à celle de son médecin traitant). Dans 8 % des cas, le médecin du travail a été en contact avec les soignants et plus rarement avec le médecin conseil de la Sécurité sociale.

Le salarié est à l'origine de la reprise de travail dans 66 % des cas puis viennent par ordre décroissant, le médecin cancérologue, le médecin traitant puis le médecin conseil de la sécurité sociale.

À leur retour au travail, 84 % des salariés occupent le même poste qu'avant leur maladie. Ce poste a été aménagé dans 61 % des cas, majoritairement à la suite d'une visite de pré-reprise (88 % des cas). Quand il y a

eu un changement de poste de travail, il était dû dans la moitié des cas à l'état de santé du salarié.

Les aménagements du poste de travail ont consisté principalement en une réduction du temps de travail pour 50 % des salariés, un aménagement des horaires dans 16 % des cas et un aménagement de la charge de travail pour 32 % des salariés. Ces aménagements ont eu comme résultat une baisse de l'activité pour 31 % des salariés mais aussi une baisse des responsabilités pour 7 % d'entre eux. Un changement d'activité a concerné 10 % des salariés et un changement d'équipe, 7 % d'entre eux.

Pour 69 % des 27 % de salariés ayant continué à travailler pendant la phase active de traitement, des aménagements ou des changements de poste ont eu lieu. Les aménagements de poste de travail ont consisté en une réduction du temps de travail dans 48 % des cas, des aménagements d'horaires dans 35 % des cas et des aménagements de la charge de travail dans 39 % des cas. Les changements de poste de travail sont moins fréquents, avec un changement d'activité dans 9 % des cas et un changement d'équipe dans 8 % des cas.

Concernant le bilan de ces aménagements et changements de poste de travail, 45 % des salariés se déclarent satisfaits de ces changements contre 92 % des médecins du travail qui les ont proposés.

À la reprise du travail, 18 % des salariés sont encore sous traitement pour leur pathologie et 61 % se plaignent de fatigue. Le facteur le plus souvent retrouvé dans la genèse de cette fatigue est le temps de transport. Un tiers des salariés a eu des arrêts de travail de courte durée depuis la reprise du travail et 40 % d'entre eux ont besoin d'une pause dans leur journée. Les troubles du sommeil sont aussi fréquents puisqu'ils sont retrouvés chez 41 % des salariés. Les autres signes fonctionnels sont des douleurs chroniques dans 14 % des cas, une gêne dans les mouvements pour 21 % des salariés. Sur le plan psychique, 38 % des salariés sont traités par psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques ou somnifères). Vingt-neuf pour cent ont un score d'anxiété (échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression Scale*) supérieur ou égal à 11 ; 6 % ont un score de dépression (échelle HAD) supérieur ou égal à 11. Vingt pour cent d'entre eux auraient souhaité avoir un soutien psychologique dans leur parcours de soin mais ne l'ont pas eu et 20 % des salariés ont bénéficié d'un soutien psychologique.

À la reprise du travail, les salariés ayant été traités pour maladie cancéreuse sont donc une population fragilisée. La moitié d'entre eux fait l'objet d'une surveillance médicale renforcée.

En revanche, la situation familiale des salariés est remarquablement stable puisque celle-ci ne s'est pas modifiée dans 90 % des cas. De plus, quand elle s'est modifiée, le changement est perçu positivement dans la moitié des cas.

Vingt pour cent des salariés estiment avoir été pénalisés sur le plan professionnel en raison de leur maladie (rétrogradation, refus de promotion, réduction des responsabilités). Les plaintes des salariés concernant leur situation de travail ont permis d'identifier 4 groupes :

- « **Les pénalisés** » : salariés qui présentent un fort sentiment de frustration, ont un affect plutôt dépressif mais ne considèrent pas que leur travail est particulièrement stressant ou fatigant.

- « **Les anxieux fatigués** » : salariés qui trouvent leur travail fatigant et stressant, présentent un fort score HAD, des troubles du sommeil, fournissent des efforts importants mais ont des difficultés à réaliser les objectifs.

- « **Les adaptés** » : salariés bien intégrés dans l'entreprise qui ne se plaignent ni de stress ni de fatigue.

- « **Les courageux fatigués** » : salariés bien intégrés dans l'entreprise alors que le travail est stressant et fatigant.

En conclusion, cette étude a permis de déterminer certains facteurs prédictifs de difficultés lors du retour au travail tel un arrêt de travail de plus d'un an, un traitement par chimiothérapie ou le statut de cadre. Le sexe, l'âge et la nature de l'entreprise n'ont pas été identifiés parmi ces facteurs. L'existence de ces facteurs prédictifs souligne l'intérêt de définir des stratégies adaptatives pour le salarié et son entreprise et de fournir l'accompagnement nécessaire pour cela. Des recommandations sont proposées pour limiter ces effets et faire du retour au travail une étape de la stratégie thérapeutique :

- promouvoir la coopération entre équipes soignantes, médecin traitant, médecin conseil de l'assurance maladie et médecin du travail autour de la reprise de travail,
- sensibiliser les malades et leurs cancérologues aux difficultés spécifiques de la reprise du travail,
- systématiser la visite de pré-reprise,
- promouvoir dans l'entreprise la réflexion autour du retour des salariés à leur poste de travail pour faciliter leur réintégration au sein du collectif de travail,
- évaluer l'adhésion du salarié lors de la formalisation des aménagements proposés par le médecin du travail,
- évaluer les difficultés rencontrées par le salarié et son environnement professionnel,
- instaurer un suivi médical rapproché, en particulier en cas de traitement par radio ou chimiothérapie pour évaluer la fatigue du sujet et les temps de transport principalement incriminés dans la genèse de cette fatigue, proposer du télétravail en cas de fatigue,
- travailler en réseau avec les services sociaux,
- associer le salarié à l'évolution des aménagements de son poste de travail,
- préparer la reprise complète du poste quand elle est possible.

## Diabète et travail

**A. Bonnafé, interne en médecine du travail,  
hôpital Hôtel-Dieu, Paris**

Le diabète est une maladie chronique qui concerne 2,5 millions de patients en France et 185 millions dans le monde. C'est une maladie fréquente et en constante progression.

Le diabète a un impact certain sur le travail. Certains postes sont déconseillés aux salariés diabétiques. D'autres sont réglementairement interdits :

- les métiers de l'armée (terre, air, mer, pompiers de Paris, gendarmerie), de la marine, de l'aviation civile et commerciale (personnel navigant, aiguilleur), les services de déminage ;
- certains métiers liés à la sécurité comme conducteur de train, surveillant pénitentiaire, douanier, policier, pompier.

L'Éducation nationale n'admet à l'embauche que les diabétiques sans complications dégénératives. Un comité médical de la Fonction publique rend son avis concernant l'état de santé du salarié lors de l'admission des candidats à la Fonction publique. Par ailleurs, la loi 90-602 du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre la discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap élargit à tous les salariés la garantie du droit au travail face aux discriminations, notamment pour des raisons de santé.

### DIABÈTE ET CONDUITE

#### Réglementation

Concernant la conduite automobile des véhicules légers et lourds, l'arrêté ministériel du 31 août 2010 fixe la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire met en place des conditions qui concernent l'ensemble des salariés diabétiques quel que soit leur poste. Il traduit une préoccupation particulière concernant le risque d'hypoglycémie, l'altération de la fonction visuelle et les problèmes cardio-vasculaires.

Cet arrêté définit « l'hypoglycémie sévère » comme l'état dans lequel l'assistance d'une tierce personne est requise et « l'hypoglycémie récurrente » quand une deuxième hypoglycémie sévère survient au cours d'une période de 12 mois. Le permis de conduire n'est ni délivré ni renouvelé lorsque le candidat ou le conducteur souffre d'hypoglycémie sévère récurrente et/ou d'une perception altérée de l'hypoglycémie. Le conducteur diabétique doit prouver qu'il comprend le risque d'hypoglycémie et qu'il maîtrise la maladie de manière adéquate.

Le conducteur diabétique de véhicule léger est tenu de justifier d'un avis spécialisé et d'un examen médical régulier, adapté à son cas. Le permis est délivré après avis d'une commission médicale ou d'un médecin agréé pour une durée limitée de 5 ans.

Pour les diabétiques conducteurs de poids lourds, l'arrêté ministériel est moins restrictif qu'auparavant, il ne mentionne pas d'interdiction franche, même pour le diabétique insulinotraité. Quand le conducteur est traité par de l'insuline et/ou des médicaments pouvant provoquer des hypoglycémies, la délivrance du permis de conduire est subordonnée à la réunion de 5 critères :

- aucune crise d'hypoglycémie sévère ne s'est produite au cours des 12 derniers mois,
- le conducteur identifie correctement les symptômes liés à l'hypoglycémie,
- le conducteur fait preuve d'une maîtrise adéquate de la maladie en contrôlant régulièrement sa glycémie au moins deux fois par jour lorsqu'il envisage de conduire,
- le médecin s'assure que le conducteur diabétique comprend le risque d'hypoglycémie et qu'il maîtrise la maladie de manière adéquate,
- l'absence d'autre complication liée au diabète qui puisse interdire la conduite.

La délivrance du permis de conduite est subordonnée à l'avis d'un médecin agréé ou de la Commission médicale départementale et à un suivi médical régulier et doit être réévaluée au moins tous les 3 ans.

#### Conséquences du diabète sur la conduite

Une étude a analysé les risques qu'encourent les diabétiques lors de la conduite automobile. Sur le plan médical, le risque principal est la survenue d'hypoglycémie au volant. Risque inégal selon le type de diabète, il est plus important pour le diabétique de type 1 (risque d'accidents et d'erreurs de conduite). L'étude montre également que l'éducation du diabétique est particulièrement importante : le nombre d'accidents diminue significativement chez les patients diabétiques de type 1 ayant suivi un cours sur la reconnaissance précoce des hypoglycémies.

### EMBAUCHE DES DIABÉTIQUES

En 1999, une étude, menée sur 4300 jeunes diabétiques, essaie de répondre à la question de l'éventuelle difficulté d'embauche des travailleurs diabétiques. Dans son enquête, la majorité des salariés (90 %) ne signale pas de problème lié au diabète.

Il n'y a pas non plus de différence significative de recrutement entre ceux ayant mentionné leur diabète et ceux qui ne l'ont pas fait lors de leur entretien d'embauche. Seuls 4 % des salariés n'ayant pas été embauchés et ayant mentionné leur maladie estiment que leur maladie pouvait être la cause du rejet de leur candidature. Le taux de chômage chez les diabétiques (6,7 %) était même inférieur à celui de la population générale du même âge (9,2 %) dans cette étude.

### ABSENTÉISME DES TRAVAILLEURS DIABÉTIQUES

Une étude cas-témoins, menée en 2001 sur 400 salariés suivis pendant un an, montre que l'absentéisme est significativement plus élevé chez les diabétiques en fréquence et en durée surtout dans les métiers du bâtiment. Les principales causes d'absentéisme sont les douleurs ostéo-articulaires et les accidents avec une égale fréquence chez les diabétiques et les non-diabétiques. Puis par ordre décroissant, sont notés les causes cardio-vasculaires chez les diabétiques et les troubles psychiatriques chez les non-diabétiques.

Une autre étude menée sur des salariés diabétiques de type 1 (cohorte 1954-1960 *Children's hospital of Pittsburgh Registry* 1990) montre que l'absentéisme concerne principalement le sous-groupe des diabétiques qui présentent des complications de la maladie et qui ont un mauvais équilibre de leur diabète.

### ÉVALUATION DU RISQUE POUR LE DIABÉTIQUE

L'évaluation du risque pour la santé du salarié diabétique doit prendre en compte plusieurs éléments.

En ce qui concerne la maladie, doivent être pris en compte :

- l'équilibre glycémique et son contrôle régulier (notamment avant la conduite automobile ou l'utilisation de machines dangereuses),
- le suivi médical régulier, les traitements suivis,
- l'existence et la gravité d'épisodes hypoglycémiques,
- la connaissance du seuil hypoglycémique par le patient,
- le fait que le salarié ait toujours du sucre sur lui (15 g au moins, ce qui correspond à 3 morceaux de sucre),
- l'existence de complications, oculaires, neurologiques, cardiovasculaires, rénales.

Les situations de travail à risque sont :

- poste de sécurité,
- travail isolé,
- travail en hauteur,

- travail sur machines dangereuses,
- conduite automobile.

Les conditions de travail pouvant être néfastes pour l'équilibre du diabète sont :

- horaires irréguliers, travail de nuit, horaires postés,
- situations de stress,
- efforts physiques,
- températures extrêmes,
- difficulté au contrôle glycémique et aux prises de repas réguliers.

En matière de santé au travail, l'évaluation du risque pour le salarié diabétique s'attachera à répondre aux questions suivantes :

- Y a-t-il des risques pour la personne ou son entourage en cas d'hypoglycémie ? l'hypoglycémie est-elle bien perçue par le salarié ?
- Les conditions de travail peuvent-elles déséquilibrer le diabète ?
- Peut-on anticiper les futures problématiques de maintien au travail liées aux complications dégénératives de la maladie ?

Ainsi, le médecin du travail veillera au suivi régulier du salarié diabétique en collaboration avec son médecin traitant. Il s'assurera de l'équilibre glycémique et de la bonne compréhension du salarié des risques d'hypoglycémie et de la conduite à tenir dans ces circonstances (notamment perception des premiers signes et avoir en permanence sur soi 3 morceaux de sucre). Il participera au dépistage des complications de la maladie susceptibles d'interférer avec des contraintes du poste de travail et d'influer sur l'aptitude au poste de travail (rétinopathie : diminution de l'acuité visuelle, diminution du champ visuel en cas de traitement laser ; neuropathie diabétique : notamment insensibilité des pieds qui peut altérer la capacité à conduire ; le risque cardio-vasculaire : infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral).

Outre les situations néfastes à court terme pour l'équilibre du diabète, l'évaluation des risques prendra en compte les expositions à long terme et notamment à des produits néphrotoxiques, neurotoxiques ou dont l'influence sur l'apparition d'un diabète présente un doute (arsenic, polychlorobiphényles [PCB], pesticides...). Ces expositions devront alors être évitées. Le médecin du travail devra également prendre en compte la sensibilité du patient diabétique aux infections (travail exposant à un risque infectieux, traumatismes à l'origine de portes d'entrée...).

C'est la convergence entre les données médicales du salarié diabétique et celles issues de l'évaluation des risques après l'étude du poste de travail qui permettra au médecin du travail de préconiser des aménagements de postes, parfois simples, qui favoriseront le maintien d'un équilibre glycémique satisfaisant, le maintien au poste de travail et la prévention des complications à court et moyen terme.

Les complications de la maladie et leur impact sur le poste de travail doivent être anticipés, avec éventuellement une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Le médecin du travail peut jouer un rôle actif dans l'éducation du salarié diabétique. Enfin, plus en amont, l'orientation des jeunes vers des métiers compatibles avec leur état de santé est soulignée.

## Anxiété, dépression et travail

### DONNÉES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES RÉCENTES EN PSYCHIATRIE : ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION

**F. Rouillon, hôpital Sainte-Anne, Paris**

Les troubles psychiatriques sont très fréquents et en augmentation, ils constitueraient 17 % des pathologies. Pour illustrer son propos, l'orateur cite une étude américaine qui rapporte que les 5 maladies les plus fréquentes sont la dépression, la schizophrénie (1 % de la population), le trouble bipolaire, les conduites addictives avec dépendance et les troubles obsessionnels compulsifs.

**Le syndrome dépressif** est un état clinique associant plusieurs symptômes devant être recherchés de façon systématisée afin de ne pas méconnaître un authentique syndrome dépressif ou au contraire y assimiler abusivement une baisse de moral ou une humeur triste réactionnelle par rapport à un deuil par exemple. Le syndrome dépressif, tel qu'il est défini par le DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV<sup>th</sup> edition*), associe au moins cinq symptômes sur neuf qui durent depuis au moins deux semaines : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, perte d'appétit et de poids d'au moins 5 % par mois, insomnie ou hypersomnie (plus rare), agitation ou retard au niveau psychomoteur, fatigue et perte d'énergie, sentiment de culpabilité ou manque de valorisation de soi, trouble de concentration ou pensée de mort et de suicide.

Ces symptômes provoquent une détresse chez la personne ou une diminution des capacités sociales et professionnelles. Ils ne sont ni reliés à l'utilisation de médicaments ou d'une substance, ni secondaires à une cause somatique ou consécutifs à un deuil. La tristesse seule n'est pas assimilable à un syndrome dépressif.

L'association de ces éléments cliniques les uns avec les autres donnent lieu à des formes cliniques variables dont les extrêmes du spectre clinique vont de la mé-

lancolie (du grec *melas* = noir, *kholê* = bile), dépression très sévère, à l'humeur triste persistante.

Les signes d'alerte du syndrome dépressif sont en premier lieu, la tristesse et l'anhédonie (perte de la capacité à éprouver du plaisir), le retentissement psychomoteur (voix monocorde, mimique figée, clinophylie, troubles de l'attention, troubles cognitifs à type de troubles de la mémoire), réaction de repli, troubles du sommeil (insomnie, parfois hypersomnie), troubles de l'appétit (le plus souvent à type d'anorexie avec perte de poids), idées de culpabilité, autodépréciation, sentiment d'inutilité, parfois autoaccusation de crimes non commis, vision pessimiste de l'avenir, idées noires et geste suicidaire.

Les idées noires et le geste suicidaire ont une valeur sémiologique importante. La moitié des tentatives de suicide est due à la dépression. C'est la première cause de mortalité avant 25 ans. Le suicide n'est pas une fatalité, le dépistage précoce est la clé de la prévention. Le médecin doit savoir aborder la question mais ne pas l'éviter.

**Le syndrome anxieux** peut correspondre soit à une anxiété organisée soit constituer un symptôme.

L'anxiété organisée ou anxiété-maladie regroupe plusieurs troubles comme le trouble anxieux généralisé (généralisation de l'anxiété à tous les domaines), le trouble obsessionnel compulsif ou le trouble phobique (peur avec ou sans objet).

L'anxiété symptôme est une peur en réaction à une situation.

Certains critères diagnostiques sont communs entre le syndrome dépressif et le trouble anxieux comme la durée minimale de 15 jours (habituellement 2 à 3 mois), la présence d'un retentissement clinique significatif avec un retentissement familial, social ou professionnel, et une scissure nette par rapport à l'état antérieur. En milieu professionnel, quelques signes peuvent alerter : absentéisme ou au contraire présentéisme, diminution de l'efficacité, isolement... Le risque du point de vue du travail est la vulnérabilité professionnelle.

Le principal diagnostic différentiel du trouble anxieux est la personnalité hystérique avec pathomimie.

De façon globale, les aspects thérapeutiques pour le syndrome dépressif comprennent l'empathie, l'accompagnement, le soutien, les antidépresseurs mis en place après un diagnostic positif bien conduit et pendant une durée suffisante (délai d'action des antidépresseurs de 2 à 3 semaines et durée minimale de traitement de 6 mois) et une psychothérapie selon les traits de personnalité. Les antidépresseurs sont efficaces dans 75 % des cas. En cas d'échec, d'autres armes thérapeutiques sont disponibles comme le lithium, la sismothérapie, la stimulation transcranienne ou la luminothérapie.

Il existe un lien certain entre événement de vie et trouble anxieux et/ou dépressif. La rechute est fréquente en cas de primo-épisode même pour des événements d'intensité plus faible. De plus, si la dépression se chronicise, elle peut devenir autonome.

---

## DÉPRESSION, ANXIÉTÉ ET TRAVAIL.

### **A. Metlaine, hôpital Hôtel-Dieu, Paris**

Une étude internationale multicentrique « Santé mentale en population générale » (SMGP) menée de 1999 à 2004, pilotée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (ASEP) et l'Organisation mondiale de la santé, a permis d'évaluer la prévalence des troubles psychiatriques et la gêne professionnelle occasionnée par les troubles de la santé mentale. En France, l'échantillon a porté sur 36 000 personnes qui ont été soumises au questionnaire MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*).

Le test MINI comporte 120 questions permettant d'explorer les 17 principales pathologies psychiatriques du DSM IV.

Ainsi, près de la moitié des sujets ayant déclaré un trouble de santé mentale a témoigné d'une gêne professionnelle consécutive à ce trouble. Au sein de ce groupe,

66 % de femmes souffrent de phobie sociale et 28 % des personnes présentent un problème d'addiction.

Cette gêne professionnelle est allée jusqu'à l'interruption de travail chez 12 % des personnes souffrant d'anxiété généralisée et 37 % des femmes présentant une dysthymie. Les artisans et les commerçants s'arrêtent peu de travailler malgré la fréquence de la gêne.

Par ailleurs, quelle que soit la pathologie, l'enquête a révélé une prévalence plus élevée chez les chômeurs (souvent deux fois plus élevée chez les hommes inactifs que chez les actifs) et dans les catégories sociales les moins favorisées (employés, ouvriers). Ces observations témoigneraient de l'influence de l'environnement et du milieu social sur l'apparition des troubles. En effet, les récentes recherches montrent que ce dernier pourrait contribuer au déclenchement des troubles mais n'en serait pas la cause. Il n'y a donc pas à proprement parler de déterminisme social des troubles psychiatriques, mais environnement, critères génétiques, biologiques interagissent pour aboutir parfois à l'apparition de pathologies psychiatriques.

Enfin, les données issues de l'étude SMGP donnent un aperçu des conséquences économiques importantes des troubles psychiatriques.

Le rôle du médecin du travail en matière de pathologie psychiatrique est un rôle de dépistage et de prévention aussi bien du syndrome anxieux ou dépressif que des risques psychosociaux. Il s'attachera à favoriser le travail en réseau avec les médecins traitants pour limiter les rechutes et prévenir le suicide.