

Apports d'une consultation de pathologie professionnelle dans la prise en charge des risques « dits » psychosociaux

EN RÉSUMÉ

La plupart des Centres de consultation de pathologie professionnelle et environnementale disposent d'une consultation de psychopathologie professionnelle. Cet article présente le fonctionnement de la consultation brestoise, en détaillant son assise théorique sur la clinique médicale du travail et, notamment, l'importance du retour en faits localisables dans le temps et dans l'espace. Les apports pour les médecins du travail, que ce soit pour étayer un avis d'inaptitude ou croiser les subjectivités pour se faire une meilleure idée de la situation du patient-salarié, sont abordés. Enfin, l'alimentation de la base de données du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) et la nécessité de confronter ces données aux cas cliniques individuels sont également évoquées.

AUTEURS :

Q. Durand-Moreau^{1,2}, J.D. Dewitte^{1,2}

1- Service de santé au travail et maladies liées à l'environnement, CHRU de Brest

2- Laboratoire d'études et de recherche en sociologie, Université de Bretagne Occidentale, Brest

MOTS CLÉS

Risque psychosocial / RPS / Santé au travail / Psychopathologie / Souffrance

En France, il existe à ce jour 31 centres de consultation de pathologie professionnelle et environnementale (CCPPE) situés, pour l'essentiel d'entre eux, dans des centres hospitaliers universitaires (CHU), couvrant la métropole. Dans la plupart de ces centres existent des consultations de psychopathologie professionnelle. Cet article a pour objet de décrire le fonctionnement de ces consultations – en s'appuyant sur le cas particulier du CHU régional (CHRU) de Brest – et leur apport pour les médecins du travail et dans la production de connaissances scientifiques, sans éluder les dilemmes que ces consultations posent.

LES CENTRES DE CONSULTATION DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE ET ENVIRONNEMENTALE

Les missions des CCPPE sont les suivantes :

- aider au diagnostic médical de patients atteints de maladies secondaires aux expositions professionnelles ;
- assurer la prise en charge de ces patients, leur insertion professionnelle et, pour les cas où la pathologie influe sur l'aptitude au poste de travail du patient, proposer des conseils au médecin du travail, l'avis d'aptitude restant de la

Apports d'une consultation de pathologie professionnelle
dans la prise en charge des risques
dits psychosociaux

responsabilité de ce dernier ;

- participer à l'orientation professionnelle des jeunes (apprentis...);
- coordonner certains suivis post-professionnels ou post-exposition pour proposer des dépistages approfondis, en particulier chez les travailleurs indépendants ;
- former les futurs médecins du travail et participer aux activités de recherche.

Les praticiens des CCPPE sont soit des médecins du travail, soit des spécialistes d'autres disciplines couvrant les principales pathologies professionnelles (pneumologie, dermatologie, rhumatologie, médecine physique et réadaptation, otorhinolaryngologie, psychiatrie, ophtalmologie, toxicologie...). L'offre de consultation de chaque centre est en rapport avec les compétences des professionnels y exerçant. La plupart des CCPPE propose des consultations de psychopathologie professionnelle, parfois appelées consultation de « souffrance au travail ».

L'OFFRE DE CONSULTATION EN PSYCHOPATHOLOGIE PROFESSIONNELLE AU CHRU DE BREST

L'hétérogénéité de l'organisation concrète de chacun des CCPPE – en particulier concernant les consultations de psychopathologie professionnelle – n'autorise pas à généraliser leur mode de fonctionnement. C'est donc ici l'expérience brestoise qui est rapportée.

Deux modalités de consultations existent. La première au cours de laquelle les patients voient en premier lieu un psychiatre et en second lieu un praticien ou un interne de la consultation réalisant un interroga-

toire professionnel. Cette possibilité, la plus ancienne, est particulièrement adaptée aux situations dans lesquelles les médecins du travail cherchent à obtenir un diagnostic psychiatrique.

La seconde modalité de consultation, dite consultation de psychopathologie professionnelle, a pour buts :

- d'instruire les liens entre l'état de santé du patient et son activité professionnelle ;
- d'aider les médecins du travail à la prise d'avis d'aptitude dans les situations les plus complexes ;
- d'argumenter en vue d'une demande de reconnaissance d'une maladie psychique en maladie professionnelle, au titre de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale, via le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Les patients-salariés sont adressés par leur médecin du travail. Seul celui-ci a la possibilité de proposer les aménagements du poste de travail, les formations adaptées, jusqu'à l'avis d'inaptitude. Il est donc demandé aux patients-salariés sollicitant directement une consultation de s'en référer préférentiellement à leur médecin du travail, afin que l'opérabilité de la consultation de psychopathologie professionnelle soit la meilleure possible. Pour les patients n'ayant pas de médecin du travail (comme les travailleurs non-salariés par exemple), s'agissant d'une consultation médicale, visant aussi à traiter d'une problématique de santé, il leur est demandé de faire adresser un courrier au CCPPE par leur médecin généraliste. Il est important que le rôle de la consultation de psychopathologie professionnelle soit bien expliqué aux salariés : l'objectif n'est ni de faire du suivi (ce qui relèverait d'une prise

en charge thérapeutique par un psychiatre, un psychologue ou un médecin généraliste par exemple) ni d'aider au montage d'un dossier pour aller aux prud'hommes (ce qui est le rôle des organisations syndicales ou des avocats spécialisés en droit social).

La consultation de psychopathologie professionnelle brestoise dure environ une heure et se déroule en quatre temps :

- le descriptif des antécédents personnels, médico-chirurgicaux, psychiques, addictifs et familiaux, les traitements actuels, les *habitus* ;
- le descriptif de l'intégralité du parcours scolaire, universitaire, professionnel jusqu'au jour de la consultation ;
- le descriptif de l'activité du patient à son poste de travail, qui lui pose problème ;
- la mise en perspective de l'activité du patient avec d'éventuelles problématiques de santé psychique.

Il n'est pas demandé aux patients de préparer quoi que ce soit avant de venir. Les éventuels documents apportés par les patients ne sont pas examinés pendant la consultation, mais au décours du travail de synthèse qui se fait *a posteriori*. La consultation est menée en référence au cadre théorique de la « clinique médicale du travail » [1].

L'APPROCHE SPÉCIFIQUE EN « CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL »

Dans cette approche, le principe est d'amener le patient-salarié à s'exprimer en éléments localisables dans le temps et dans l'espace lors du colloque singulier dans le but d'instruire le lien santé-travail [2]. Il s'agit de s'extraire des éléments de

langage ou des discours généraux, pour accéder à la parole en détaillant des anecdotes, des événements saillants rapportés par le patient-salarié [2, 3].

Les questionnaires (le *Job Content Questionnaire* de Karasek ou le Questionnaire du modèle de la balance effort-récompense de Siegrist) ne sont pas proposés, car la clinique médicale du travail ne s'appuie pas sur l'épistémologie de la « *clinique armée* », pour reprendre l'expression de Lagache [4]. En effet, il ne s'agit pas de faire passer des questionnaires pour objectiver ou pour chiffrer un état de mal-être chez le salarié qu'il serait nécessaire de confirmer (encadré 1) et qui correspondrait à une approche de normalité (encadré 2). La clinique médicale du travail, quant à elle, repose sur la normativité au sens de Canguilhem (encadré 2).

D'autres médias – c'est-à-dire d'autres prismes, d'autres filtres – peuvent être apportés en consul-

↓ Encadré 1

> LA PRATIQUE DES QUESTIONNAIRES

La littérature internationale semble encourager l'usage massif des questionnaires, non seulement dans une perspective épidémiologique, mais également dans le colloque singulier avec le salarié. Effectivement, les discours spontanés des salariés vont souvent dans le sens d'une attaque envers l'employeur ou les collègues de travail. Le questionnaire devient alors un média utilisé comme stérilisateur de la parole nécessairement douteuse du salarié, parce que partisane. Le médecin du travail n'est pas censé prendre parti pour l'un ou pour l'autre. Par ailleurs, la pratique des questionnaires pose la question des résultats éventuellement discordants : que faire d'un salarié qui dit aller mal à cause du travail et dont les tests seraient normaux ? N'irait-on pas plus loin dans l'instruction de la plainte ? On peut également s'interroger sur la pertinence de l'apport qualitatif d'un questionnaire. Une fois que le salarié a répondu qu'il ne bénéficie

pas d'un bon soutien social et qu'il subit une pression temporelle trop importante, quelles pistes d'action opérantes cela dégage-t-il ? Quel retour peut-on faire vers le médecin du travail, puis vers l'entreprise ? Faut-il attendre d'avoir des tests concordants provenant de salariés en souffrance avant d'aller conseiller aux employeurs – si tant est que cela puisse être utile ou immédiatement réalisable – de réduire la pression temporelle ou de manifester de l'empathie pour les salariés ? Dans la perspective clinique à focale *micro*, centrée sur l'activité déployée par un salarié donné dans une entreprise donnée – en résonance avec l'avis d'aptitude à rendre concernant un poste de travail donné pour un salarié donné d'une entreprise donnée –, l'usage des questionnaires généraux paraît fort peu contributif. Ceux-ci visent d'autres buts, notamment épidémiologiques et c'est certainement dans cette perspective qu'ils ont le plus d'intérêt.

↓ Encadré 2

> NORMALITÉ ET NORMATIVITÉ

La normalité suppose la conformité de valeurs à des normes, définies à l'avance. C'est le sens de la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), considérée comme un état de « *complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Il s'agit d'un état statique et quelque part, inatteignable, car il est impossible d'être dans un état de « *complet bien-être* », c'est-à-dire absolument parfait, à la fois sur les plans physique, mental et social. Cette approche est également celle de médecins qui projettent leur propre vision de la santé à leurs patients, connaisseurs de normes et demandant aux patients de

s'y conformer (manger moins gras pour avoir moins de cholestérol, arrêter de fumer, pratiquer une activité physique...). Finalement, il leur est demandé de tenir des comportements visant à éviter la maladie, ce qui serait le moyen d'être en bonne santé. Celle-ci serait une situation objective, indépendante du sujet. Maladie et santé seraient antinomiques. La normativité permet au patient de se construire ses propres normes. La santé est plutôt perçue comme une dynamique. Cette perspective est celle de Canguilhem : « *Je me porte bien dans la mesure où je suis capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence et de créer*

entre les choses des rapports qui n'existeraient pas sans moi » ; ou de Winnicott : « *La vie d'un individu sain se caractérise autant par des peurs, des sentiments conflictuels, des doutes, des frustrations que par ses aspects positifs. L'essentiel est que l'homme ou la femme se sente vivre sa propre vie, prendre la responsabilité de son action ou de son inaction, se sente capable de s'attribuer le mérite d'un succès et la responsabilité d'un échec* » [5]. Dans cette perspective, maladie et santé ne sont pas nécessairement antinomiques : une personne atteinte d'une maladie peut se sentir en bonne santé.

Apports d'une consultation de pathologie professionnelle
dans la prise en charge des risques
dits psychosociaux

tation par les salariés eux-mêmes. Il s'agit de documents, parfois en quantités pléthoriques : échanges de mails, courriers de convocation à des entretiens préalables à des sanctions, journaux tenus par les salariés, photographies... Ces documents présentés par le salarié vont appuyer le positionnement du médecin comme « officier de police judiciaire » : ils sont présentés par le salarié dans le but d'emporter la conviction du médecin quant à la matérialité d'un comportement maltraitant à son encontre.

Finalement, l'approche par l'intersubjectivité seule amène le médecin du travail à devoir se positionner soit en prenant parti ou en refusant de prendre parti pour le salarié ou l'employeur, soit en se plaçant comme vérificateur de la matérialité des faits subis par le salarié. Il est possible d'adopter un autre positionnement en réintroduisant d'emblée la question du travail. Selon Davezies [6], les situations de souffrance au travail sont souvent des symptômes d'un dysfonctionnement organisationnel prenant ses racines ailleurs que dans une intersubjectivité décontextualisée. L'apport de la clinique de l'activité et notamment du modèle de l'activité dirigée est particulièrement utile pour envisager la consultation différemment (encadré 3).

Le retour en termes d'éléments localisables dans le temps et dans l'espace permet d'investiguer l'activité, au-delà de la seule dimension intersubjective. Cette méthode permet à la fois au médecin et au patient de se mettre au travail. Se retrouve ici l'idée défendue par Tosquelles concernant à la base la psychothérapie institutionnelle [7] : « Il s'agit aussi, en clinique du travail, de faire travailler nos interlocuteurs pour "soigner" le travail afin que l'organi-

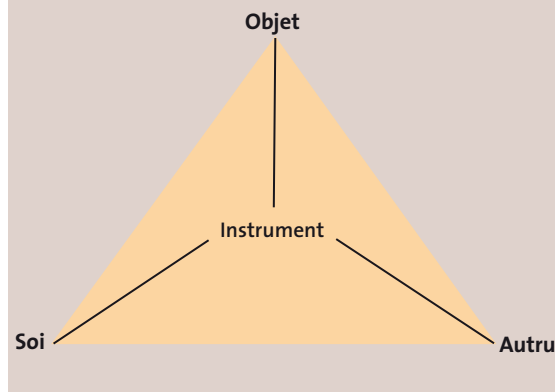
✚ Encadré 3

> LE MODÈLE DE L'ACTIVITÉ DIRIGÉE

Ce modèle est issu des théories de Bakhtine, psychologue russe du XX^e siècle, portant sur le dialogue et a été formulé par Yves Clot [7]. De ce point de vue, l'activité est triplement dirigée :

- elle est développée par un individu et est donc dirigée vers soi. Elle est personnelle et personnalisante ;
- elle est tournée vers l'objet du travail, ce sur quoi on agit ;
- elle est également adressée vers autrui – les collègues de travail, l'employeur par exemple – dont l'activité porte sur le même objet.

Les instruments de travail, les outils à disposition pour travailler, sont le lien entre ces trois pôles de l'activité.



sation saisisse sur le vif qu'ils sont des êtres humains toujours responsables de ce qu'ils font, ce qui ne peut être mis en évidence qu'à condition de faire avec eux quelque chose d'autre que ce qu'ils font d'habitude, qu'à condition de rendre transformable ce qu'ils font d'habitude. Par une activité dialogique sur le travail ».

Le patient se met alors dans un travail particulièrement intense car le médecin résiste au déroulé naturel d'un discours préparé de longue date. On tente de passer du « mon patron ne fait que me disputer constamment » à un « racontez-moi la dernière fois que vous vous êtes

disputés, pas un exemple général, pas l'avant-dernière, mais la dernière fois ». Quand la consultation s'organise ainsi, il existe un moment de « lutte » entre le médecin et le patient. Ce dernier va résister, ce qui est tout naturel. Il peut assez souvent tenter de ramener l'incitation à aller sur du particulier à du général ; quand le patient déclare « mais docteur, des exemples de ce type, j'en ai des dizaines », le médecin doit insister pour que le patient se remémore une situation singulière. En insistant, il arrive que le patient déclare qu'il ne s'en souvient plus...

Cette résistance à se focaliser sur ces éléments localisables dans le temps et dans l'espace se matérialise jusque dans les variations syntaxiques utilisées par les patients-salariés. Il est effectivement très peu probable qu'un patient qui s'exprime au présent de l'indicatif soit réellement focalisé sur des éléments précis et datés. Lorsqu'il cesse brutalement de s'exprimer en utilisant le présent de l'indicatif pour recourir à l'imparfait ou au passé composé, cela signe un basculement dans son esprit et une focalisation de sa part en termes d'éléments réellement localisés dans le temps et l'espace. Il peut donc passer d'éléments du type : « le matin j'arrive, j'allume mon ordinateur, je salue mes collègues... » à « ce matin-là, j'ai démarré mon ordinateur et, j'ai été saluer mes collègues, j'ai été me faire un café... ». Si le patient se cantonne à l'évocation des éléments de langage qu'il a préparé – l'invocation des classeurs remplis de pièces justificatives, les discours généraux, voire surgénéralisés [8] –, le médecin court le risque de devoir se positionner en termes de justice ou d'injustice. Or, ce n'est pas au cabinet de consultation que se joue cette question – pourtant légitime – du sentiment de justice

ou d'injustice, elle se traite aux Prud'hommes. L'objet de la consultation médicale doit être la mise en lien avec la pathologie. Est-ce que le vécu subjectif du travail rend le patient malade ? La question n'est donc pas de savoir si sa situation est juste ou non. Estimer qu'il existe un lien entre le vécu subjectif délétère des conditions de travail et l'état de santé du salarié ne préjuge pas de la justice ou non de la situation. Dire qu'un salarié vit mal son travail, que cela le rend malade, ne signifie pas que son employeur soit intentionnellement malveillant. Cette volonté de clarifier, de séparer le médical du judiciaire explique la réticence pouvant exister, dans le contexte de la consultation de psychopathologie professionnelle, à instruire des demandes émanant directement des organisations syndicales pour le compte d'un salarié ou bien de leurs avocats. Des exemples de cas cliniques rapportés utilisant cette approche sont disponibles dans la littérature [2, 3].

L'approche en clinique médicale du travail, en revenant en termes de faits localisables dans le temps et l'espace, peut permettre une telle décentration, même s'il faut être particulièrement lucide sur les perspectives concrètes de changement des représentations, de transformation du travail dans une simple consultation d'une heure.

La clinique médicale du travail se rapproche de ce qui est appelée la clinique du travail [9] : « *La démarche clinique s'oppose à la démarche positiviste de la science, elle est analyse du particulier plutôt que du général, elle est qualitative (fondée sur l'expression symbolique) plutôt que quantitative (fondée sur la mesure), elle privilégie la compréhension plutôt que l'explication*

causale, laisse en suspens la question du régime de production du savoir et le rapport dialectique entre connaissance et action ».

DES APPORTS POUR LES MÉDECINS DU TRAVAIL

La consultation de psychopathologie professionnelle a un but prescrit officiel (concernant l'instruction des liens santé-travail, les dossiers de maladie professionnelle, l'aide à l'avis d'aptitude). Mais elle produit d'autres apports pour les médecins du travail. Deux d'entre eux seront détaillés ci-dessous : l'argumentation des avis d'aptitude en vue d'une éventuelle contestation et l'apport d'un deuxième regard sur la situation d'un salarié.

DES ARGUMENTS POUR ÉTAYER UNE POTENTIELLE CONTESTATION DES AVIS D'INAPTITUDE

Un grand nombre de demandes est fait par des médecins du travail qui souhaitent étayer une décision d'inaptitude à tout poste dans l'entreprise qu'ils ont souvent déjà prise, mais dont ils estiment qu'elle a un risque d'être contestée par l'employeur ou le salarié.

La décision d'aptitude (ou d'inaptitude) est une incertitude [10] : elle n'est jamais incontestable et se fonde sur une connaissance toujours incomplète, pour le médecin du travail, des déterminants qui concernent le salarié. Dans ce contexte, vouloir étayer son avis peut être une demande des médecins du travail. L'inaptitude est une décision qui doit être prise de façon mesurée tant le devenir socioprofessionnel des inaptes est incertain [11].

Relativement rares il y a quelques années encore, les recours (par les employeurs ou les salariés) contre les décisions des médecins du travail sont souvent mal vécus par ceux-ci. Quand bien même il n'y a pas de conséquence judiciaire pour le médecin du travail, retourner vers un employeur qui a contesté un avis peut être délicat. Seuls les avis prononcés par le médecin du travail du salarié ont une valeur réglementaire auprès d'un employeur. Le praticien de consultation de psychopathologie professionnelle vient donc en appui au médecin du travail : il ne s'y substitue pas. Pourtant, il est fréquent que le médecin du travail ait en fait déjà sa propre opinion, voire, qu'il ait déjà lancé la procédure d'inaptitude médicale au poste en deux visites¹. Dans cette perspective, souvent, la demande de consultation vient pour étayer une orientation déjà prise. Néanmoins, il est important de savoir pouvoir remettre en question ces décisions si l'analyse le justifie. En l'occurrence, il apparaît nécessaire que le praticien de la consultation de psychopathologie professionnelle échange avec le médecin du travail afin, notamment, de recueillir des éléments difficiles à écrire tels que le ressenti du médecin du travail vis-à-vis du salarié, de l'employeur, de l'entreprise. Pour autant, les médecins du travail restent libres de suivre ou non les propositions faites par le praticien de psychopathologie professionnelle. Même si, *de facto*, c'est souvent le cas, la consultation ne peut pas uniquement se contenter de « valider » une décision d'inaptitude au poste.

Lorsqu'un médecin du travail en vient à demander l'avis de la consultation de psychopathologie professionnelle, cela intervient le plus souvent pour des salariés en

1. Pour mémoire, cet article a été écrit avant les modifications législatives sur la procédure d'inaptitude (NDLR).

Apports d'une consultation de pathologie professionnelle
dans la prise en charge des risques
dits psychosociaux

bout de parcours. Ils ont déjà vu un grand nombre d'interlocuteurs et souvent, le médecin de la consultation de psychopathologie professionnelle vient confirmer une inaptitude qui paraît inéluctable. Dans un certain nombre de situations, la consultation de psychopathologie professionnelle est placée au bout du bout de la prévention tertiaire, s'adressant à des patients souvent malades de leur travail. Néanmoins, pour ceux qui y ont recours plus précocement dans leur histoire, les perspectives de prévention peuvent être différentes : proposition de formation, de rendez-vous à trois entre le patient, le médecin du travail et l'employeur pour préparer la reprise, de changement de poste au sein de l'entreprise, d'affectation à des tâches différentes...

UN DEUXIÈME REGARD SUR LA SITUATION D'UN SALARIÉ

Le médecin du travail peut avoir une grande connaissance des entreprises de son secteur et des salariés dont il assure le suivi. Il s'agit là du développement des connaissances du médecin du travail, du rationnel. Mais il développe également des sentiments, des affects vis-à-vis des employeurs ou des salariés. On peut bien aimer tel ou tel, ou bien le détester. Cela n'a rien de rationnel ou de maîtrisable. Mais ce n'est pas anormal ou pathologique pour autant.

Le médecin du travail a une activité dirigée vers la santé du salarié, dirigée vers les collègues, l'employeur, médiée par des instruments techniques (le stéthoscope, le marteau-réflexe, l'audiomètre...) ou symboliques (l'entretien médical). Mais le médecin du travail est lui-même sujet de sa propre activité. Un sujet pensant, mais également traversé par des sentiments vis-à-vis des

salariés. Ils peuvent l'émouvoir, susciter la sympathie, ou au contraire l'agacer, l'énerver...

L'avis d'un autre médecin peut permettre aux médecins du travail de rechercher à prendre la décision la plus juste. Ils peuvent l'exprimer en disant : « *là, je ne suis plus neutre* ». Mais le médecin de consultation de psychopathologie professionnelle est également sujet de sa propre activité... Il se fait son opinion dans un temps relativement court. Il n'y a aucune raison qu'il ait un sentiment « *supérieur* » ou « *de meilleure qualité* » que le médecin du travail adressant. Le médecin de consultation de psychopathologie professionnelle n'est pas nécessairement plus objectif. L'idée, pour certains médecins du travail, pourrait être de croiser les regards afin de dégager l'idée la plus juste possible.

D'UNE ACTIVITÉ CLINIQUE À UNE COLLECTION DE CAS

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), regroupant l'ensemble des CCPPE, a été créé au début des années 2000 pour mettre en commun les connaissances acquises dans les CCPPE dans une perspective d'analyse épidémiologique [12].

Chaque consultation fait l'objet d'un codage qui prend en compte :

- la pathologie principale et, le cas échéant, les autres pathologies, codées selon la 10^e édition de la Classification internationale des maladies (CIM-10) ;
- les nuisances codées selon un thésaurus spécifique ;
- le poste de travail responsable de la pathologie principale et, s'il est différent, le poste actuellement

occupé, codés selon la classification internationale type des professions établie par le Bureau international du travail (BIT) ;

- le secteur d'activité de l'entreprise responsable de la pathologie principale et, s'il est différent, celui de l'entreprise où travaille le salarié lors de la consultation selon la nomenclature des activités française (NAF).
- Enfin, Le praticien ayant réalisé la consultation doit se prononcer sur la force du lien entre le ou les facteurs de risques mis en évidence et l'atteinte à la santé (lien fort, moyen, faible ou nul).

Une école de codage réunissant au moins un praticien de chaque CCPPE se réunit régulièrement pour garantir la qualité de celui-ci.

L'intérêt majeur de ce codage est de permettre une exploitation statistique des données des consultations offrant la possibilité d'études d'envergures [13 à 15]. Parallèlement, le RNV3P contribue à faire de la vigilance en matière de maladies professionnelles émergentes [16].

La prise en charge des problématiques psychiques et de l'instruction de leur lien avec le travail est particulièrement hétérogène au sein des CCPPE selon les pratiques cliniques, et par conséquent les postures épistémologiques qu'elles sous-tendent (la psychodynamique du travail, la clinique de l'activité, la psychosociologie du travail, la clinique médicale du travail, les approches épidémiologiques du stress...). De ce fait, il n'existe pas de dénomination univoque de ces consultations et leur codage, avec une affectation à des facteurs de risques fixés dans un thésaurus limitatif s'avère délicat. De plus, le passage d'une activité de consultation à un codage, puis à la récupération de ce codage se traduit forcément par un « broyage » de cette activité.

L'intérêt du RNV3P au regard de ces consultations semble être davantage dans la production de données statistiques du cadre de travail des patients-salariés, mais il ne peut y avoir aucune prétention à investiguer l'activité proprement dite.

Ainsi, l'analyse des données montre que la population des patients consultants pour une problématique de souffrance psychique professionnelle est majoritairement féminine, majoritairement constituée d'employé(e)s, travaillant essentiellement dans le domaine de la santé et de l'action sociale ou du commerce [17,18].

Néanmoins, il est important que les deux (cadre et activité) soient mis en perspective. Analyser les chiffres indépendamment de l'activité peut conduire à des interprétations fausses. Par exemple, un grand nombre de salariés se présentant en consultation de psychopathologie professionnelle vient du secteur du commerce. Une explication rapide, assez souvent avancée, est que cette souffrance, plus importante dans ce domaine d'activité, serait liée à une exposition au public. Être confronté au public serait donc d'une part, une spécificité du commerce et d'autre part, cette exposition serait intrinsèquement pathogène. Or, dans la description de cas cliniques de salariés travaillant dans ce secteur d'activité, peuvent être retrouvés des facteurs causaux autres que la simple exposition au public, comme le montrent les situations authentiques suivantes schématiquement résumées :

- Mme D., née en 1994, est équipière en restauration. Elle a de multiples comorbidités addictives (alcool, cannabis, antécédent d'anorexie mentale, achats pathologiques, jeux excessifs...). En cas d'absence de la responsable, il lui est demandé de

la remplacer. Dans cette situation, elle se trouve donc en situation de manager ses propres collègues, ce qui lui pose des problèmes de positionnement et de légitimité. Elle ne rapporte aucune problématique avec le public ;

- Mme G., née en 1965 est VRP en matériel de bureau. Elle a 17 ans d'ancienneté à ce poste, qu'elle s'est créée elle-même. Un nouveau manager est arrivé par la suite. Celui-ci demande du *reporting* d'objectifs très détaillé. Ce secteur économique est en difficulté du fait des restrictions budgétaires des collectivités locales qui centralisent leurs achats. Mme G. a donc ainsi perdu de gros clients. Elle s'est donc retrouvée en difficulté, sa part variable de rémunération a diminué et elle a développé un syndrome dépressif. Ce n'est pas le contact avec le public qui lui a posé problème : elle a toujours entretenu d'excellentes relations avec ses clients ;

- Mme R., née en 1958, travaille comme vendeuse ambulante de vêtements. Elle est rémunérée à la part variable, a le stock de marchandise à son domicile. Elle dispose d'un téléphone portable de fonction qui lui sert autant pour les appels professionnels que personnels. Elle a développé une addiction au travail (workaholisme). Ce n'est pas la relation au public qui en est responsable, mais les modalités d'organisation du travail. Ce cas clinique a été publié *in extenso* [3] ;

- Mme C., née en 1985, travaille comme chargée de clientèle en assurance et vend notamment des assurances vie et des conventions obsèques. Elle a développé un trouble anxieux généralisé. Au décès de son mari, elle s'est retrouvée en grande difficulté financière parce qu'ils n'avaient pas eux-mêmes souscrit de produit financier de ce type. Elle

ne pouvait plus exercer cette activité professionnelle du fait d'un questionnement sur sa propre légitimité à vendre ces produits. Là encore, ce n'est pas le simple contact avec le public qui a été responsable de son état de santé. Ce cas clinique a également été publié *in extenso* [2].

Dans l'expérience de la CCPPE, l'explication de l'état de souffrance psychique des salariés par le simple contact avec le public n'a jamais, *in fine*, été retenue. Cette explication toute faite est un prêt-à-penser, un élément de langage qui n'est pas confirmé par l'étude de l'activité.

Peut-être qu'il ne faudrait pas réduire le potentiel du RNV3P en termes de recherche scientifique à la seule exploitation de la base de données informatisée. La confrontation des données épidémiologiques aux données issues directement des consultations permet une interprétation, une lecture plus fine et plus avisée de chiffres. Le retour direct vers les praticiens, les dossiers, les courriers de cas d'intérêt semblent essentiels. Il s'agirait alors de décrire des cas cliniques – ou *case-reports* –, figure malheureusement la moins valorisée dans les standards de l'écriture d'articles médicaux, mais pourtant probablement la plus riche en clinique médicale du travail.

CONCLUSION

Le rôle de ces consultations est souvent d'étayer un avis d'inaptitude que va prendre le médecin du travail. Devant l'augmentation du nombre de contestations des avis d'inaptitude, la volonté d'un certain nombre de médecins du travail est de conforter leur avis. Les acteurs des consultations de psychopa-

Apports d'une consultation de pathologie professionnelle
dans la prise en charge des risques
dits psychosociaux

thologie professionnelle en France proviennent d'horizons divers. C'est certainement là une grande richesse, même si les prises en charge dans ces consultations sont, de fait, hétérogènes sur le territoire. Le codage de l'activité des praticiens permet d'alimenter le RNV3P et de produire des données statistiques sur le cadre de travail de ces patients. Néanmoins, il est essentiel de confronter les déductions que l'on

peut faire de ces chiffres à l'activité afin d'avoir une vision plus élargie et contextualisée du sujet et éviter de tirer des conclusions hâtives à propos de la souffrance au travail. La tentation pourrait être grande ici de justifier *mordicus* l'existence de consultations de psychopathologie professionnelle. Or, certains médecins du travail, particulièrement à l'aise, formés sur les questions de psychopathologie professionnelle,

investiguent bien mieux le travail que ce qui peut être fait dans un CCPPE en une seule consultation d'une heure. La consultation de psychopathologie professionnelle n'est donc pas indispensable pour tout patient. Le recours à celle-ci doit émaner d'une demande clairement formalisée du médecin du travail.

BIBLIOGRAPHIE

1 | DAVEZIES P, DEVEAUX A, TORRES C - Repères pour une clinique médicale du travail. *Arch Mal Prof Environ*. 2006 ; 67 (2) : 119-25.

2 | DURAND-MOREAU Q - Apports de la psychosociologie du travail pour la clinique médicale du travail. *Arch Mal Prof Environ*. 2015 ; 76 (2) : 107-14.

3 | DURAND-MOREAU Q, RAGOT A, BALEZ R, ALASOEUR A ET AL. - De l'importance des collaborations médicales pluridisciplinaires en santé au travail : à propos d'un cas de workaholism. *Arch Mal Prof Environ*. 2014 ; 75 (3) : 303-08.

4 | OHAYON A - La psychologie clinique en France. *Eléments d'histoire. Connex*. 2006 ; 85 (1) : 9-24.

5 | CLOT Y, GOLLAC M - Le travail peut-il être supportable ? Paris : Armand Colin ; 2014 : 256 p.

6 | DAVEZIES P - Les coûts de l'intensification du travail. *Cah Fps*. 2007 ; 6 : 39-42.

7 | CLOT Y - Travail et pouvoir d'agir. Le travail humain. Paris : Presses Universitaires de France ; 2008 : 312 p.

8 | DAVEZIES P - Stress, pouvoir d'agir et santé mentale. *Arch Mal Prof Environ*. 2008 ; 69 (2) : 195-203.

9 | LHUILIER D - Cliniques du travail. In : CLOT Y, LHUILIER D (Eds) - Perspectives en clinique du travail. Poche-Société. Toulouse : Eres ; 2015 : 246-69, 272 p.

10 | DURAND-MOREAU Q, DEWITTE JD - Les déterminants de l'inaptitude. In : DEL SOL M, HÉAS F (Eds) - Variations sur et autour de l'inaptitude en santé-travail. *Le travail en débats*. Toulouse : Octarès ; 2016 : 95-116, 246 p.

11 | BUCHET C, COL A, DE LABRUSSE H, RIGAUT H ET AL. - Devenir des salariés licenciés suite à une inaptitude au poste de travail en Vaucluse de 2002 à 2004. *Arch Mal Prof Environ*. 2010 ; 71 (2) : 108-16.

12 | APTEL M, BONNETERRE V, DE GAUDEMARIS R, PARIS C ET AL. - Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) : un réseau pérenne d'experts au service de la santé au travail. Dossier médico-technique TC 132. *Doc Méd Trav*. 2010 ; 122 : 167-83.

13 | BENSEFA-COLAS L, TELLE-LAMBERTON M, PARIS C, FAYE S ET AL. - Occupational allergic contact dermatitis and major allergens in France : temporal trends for the period 100-2010. *Br J Dermatol*. 2014 ; 171 (6) : 1375-85.

14 | PARIS C, NGATCHOU-WANDJI J, LUC A, McNAMEE R ET AL. - Work-related asthma in France: recent trends for the period 2001-2009. *Occup Environ Med*. 2012 ; 69 (6) : 391-97.

15 | DURAND-MOREAU Q, LODDÉ B, MEMBRES DU RÉSEAU RNV3P, DEWITTE JD - Work-related post-traumatic stress disorder cases: data from the French national occupational surveillance and prevention network (RNV3P), 2002-2012. 31^e congrès de l'International Commission on Occupational Health (ICOH). Séoul, Corée du Sud, 31 mai-5 juin 2015.

16 | BONNETERRE V, BICOUT DJ, LARABI L, BERNARDET C ET AL. - Detection of emerging diseases in occupational health: usefulness and limitations of the application of pharmacosurveillance methods to the database of the French National Occupational Disease Surveillance and Prevention network (RNV3P). *Occup Environ Med*. 2008 ; 65 (1) : 32-37.

17 | RAGOT A, GUIHO-BAILLY MP, TANGUY M, GOHIER B ET AL. - Troubles psychiatriques rencontrés en consultation de psychopathologie du travail au Centre hospitalier universitaire d'Angers. *Santé Publique*. 2013 ; 25 (6) : 729-36.

18 | MICHELET S, LESAGE FX - Devenir des patients reçus en consultation de souffrance psychologique au travail au CHU de Reims en 2012. *Arch Mal Prof Environ*. 2015 ; 76 (1) : 11-20.