

Pathologies psychiatriques et travail

Journée de la Société française de santé au travail (SFST)

Paris, 7 octobre 2022

EN
RÉSUMÉ

AUTEURS :

S. De Capitani di Vimercate, interne en médecine du travail, A. Schaller, B. Siano, département Études et assistance médicales, INRS

Cette journée de la Société française de santé au travail (SFST) a été consacrée aux pathologies psychiatriques afin d'apporter une meilleure connaissance sur ces pathologies aux professionnels de la santé au travail et leur donner des pistes pour leur pratique quotidienne. Les rappels cliniques de certaines pathologies psychiatriques, avec un focus sur les possibles répercussions sur la vie professionnelle, ont précédé une présentation sur le positionnement du médecin du travail face à ce type de patients et son rôle d'accompagnement. Une intervention spécifique a porté sur les troubles de la personnalité. Enfin, la problématique de l'insertion et du maintien en emploi des patients ayant une pathologie psychiatrique a mis en avant les partenaires et structures à mobiliser.

MOTS CLÉS

Santé mentale /
Psychopathologie /
Maintien dans
l'emploi /
Conditions
de travail /
Désinsertion
professionnelle

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES INVALIDANTES : RAPPELS CLINIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES. RÉPERCUSSIONS SUR LA VIE PROFESSIONNELLE DES TROUBLES COGNITIFS INHÉRENTS AUX PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ET À LEURS TRAITEMENTS

EXEMPLE DE LA BIPOLARITÉ

S. Gard (Centre Expert Bipolaire, Centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux) a rappelé les définitions de la bipolarité et des termes de « manie », « hypomanie », « état mixte ». L'état mixte se caractérise par la coexistence au même moment des symptômes des deux pôles, c'est-à-dire qu'il y a l'agitation et l'excitation de la phase maniaque mais, en même temps, le désespoir de la dépression, état le plus inquiétant du point de vue du risque suicidaire. Les symptômes principaux des phases maniaque et

dépressive sont très symétriques ; 5 dimensions sont concernées : émotions, pensées, comportement, motivations et sensorialité. Dans la phase maniaque, les émotions sont exacerbées et dominées par l'euphorie et il y a une forte labilité émotionnelle. La pensée est caractérisée par des idées de grandeur, parfois même des idées délirantes mégalomaniaques. Les pensées sont très rapides, se bousculent les unes les autres (tachypsychie) engendrant distractibilité, difficulté de concentration. D'un point de vue comportemental, le patient présente une logorrhée. Au niveau motivationnel, il y a une dispersion de projets. Pour ce qui concerne la sensorialité, il peut y avoir une hyperesthésie avec l'accentuation de certaines sensations comme une sensibilité particulière aux sons ou à la musique. À l'inverse, durant la phase de dépression, les émotions sont dominées par l'anxiété et la tristesse, avec une anhédonie importante (perte de plaisir et de toute sensation agréable). Les pensées sont souvent ralenties et

sombres, avec des troubles de l'attention et de la mémoire. Le comportement est marqué par une fatigue importante, les actes de la vie quotidienne peuvent être très difficiles à réaliser. Il existe une perte de motivation et une sensibilité sensorielle affaiblie. Souvent, dans cette période, il y a aussi des idées noires, voire suicidaires. Le trouble de l'humeur bipolaire concernerait 2,4 % de la population mondiale. Le risque de surmortalité est augmenté par le risque suicidaire et le risque d'altération de la santé somatique explique les conduites addictives, fréquentes chez cette population.

Les conséquences socioprofessionnelles touchent surtout l'insertion professionnelle, avec plus de chômage et d'absentéisme et moins de productivité chez la personne touchée, avec un nombre moyen de journées de travail perdues par an plus élevé que dans le trouble dépressif. Le trouble bipolaire serait la 7^e cause de handicap dans le monde. La rémission fonctionnelle est difficile à atteindre dans la durée : les 2/3 des patients n'arrivent pas à retrouver un fonctionnement correct un an après un épisode maniaque. Même dans les phases dites « inter-critiques », des symptômes résiduels, souvent dépressifs, mais aussi des troubles cognitifs persistants (30 à 60 % des patients) peuvent être présents. Quatre grands types de troubles cognitifs sont répertoriés : les troubles de la mémoire, particulièrement impactant sur l'activité professionnelle, les troubles de l'attention, les troubles des fonctions exécutives (c'est l'ensemble des fonctions qui permettent de s'adapter à quelque chose qui n'est pas habituel) et la vitesse de traitement de l'information. Au total le patient peut avoir des difficultés à entretenir une conversation ou à

apprendre une information (problèmes d'encodage) qui aggravent souvent l'autodépréciation et l'autoculpabilité chez ces patients, ce qui augmente le risque de nouvelle rechute dépressive.

L'intervenant a présenté la prise en charge pluridisciplinaire qu'il recommande et les centres experts sur la bipolarité, permettant de proposer aux patients la remédiation cognitive : réentraînement sous forme de séances de groupe lors desquelles chaque participant partage ses difficultés ; des tâches à domicile sont proposées pour mettre en place des stratégies au quotidien. Cette remédiation aurait des bénéfices en terme de qualité de vie et de réinsertion professionnelle. Les patients bipolaires peuvent être adressés dans ces centres experts par les médecins du travail.

EXEMPLE DE LA SCHIZOPHRÉNIE

P. Brazo (Centre Esquirol, CHU de Caen) a décrit cette maladie à début assez précoce (entre 15 et 25 ans chez les hommes et 25 et 35 ans chez les femmes) qui concernerait 1 % de la population. Il s'agit d'une maladie handicapante et chronique, avec une perte des capacités cognitives et de relation. Les patients ont souvent déjà un métier et sont insérés dans la société au moment du diagnostic. Ils ont tendance à mentir à leur entourage, notamment professionnel, sur la maladie ou, par exemple, sur la raison d'attribution d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), craignant un licenciement ou encore par « honte » de la maladie. En effet, l'image de « fou » dangereux, violent, incontrôlable, véhiculée souvent par la littérature ou le cinéma a conduit, selon l'intervenante, à une stigmatisa-

tion du patient qui souffre de schizophrénie. Il existe aussi une auto-stigmatisation chez ces patients : ceux-ci ont la sensation de souffrir d'une maladie « honteuse », avec des répercussions importantes sur l'estime de soi.

Un tiers des patients est bien stabilisé sous traitement mais il existe toujours un risque de rechute car il y a une vulnérabilité élevée vis-à-vis du stress. Le taux de mortalité est extrêmement important (augmenté de 4 fois par rapport à la population générale) et la réduction de l'espérance de vie est estimée à 10-20 ans. Les symptômes de la maladie se classent principalement en 4 groupes : les symptômes positifs, les symptômes négatifs, les symptômes de désorganisation et les troubles cognitifs. Les symptômes positifs sont les hallucinations et les idées délirantes (qui sous-tendent l'élaboration d'une réalité propre au patient, différente de la réalité commune). Parmi les symptômes négatifs, sont notables l'apathie, l'aboulie et le retrait social. Les symptômes de désorganisation peuvent se manifester à différents niveaux, avec des troubles du cours de la pensée, troubles de la logique et du langage. Selon les recherches actuelles, les troubles cognitifs peuvent précéder les symptômes (échec scolaire). L'incapacité à s'adapter à la vie quotidienne est un facteur majeur de désinsertion professionnelle chez ces patients. La « cognition » est l'ensemble des processus permettant de traiter l'information, d'acquérir des connaissances sur le monde et de réguler ses actions. Il y a deux types de cognitions : la neurocognition et la cognition sociale. Le profil d'atteinte cognitive diffère chez chaque patient. L'atteinte à la neurocognition se traduit par une perte de points de quotient intel-

lectuel (QI), des troubles des capacités exécutives et une atteinte des capacités attentionnelles et mnésiques. Les troubles de mémoire atteignent la mémoire de travail (calcul mental), la mémoire épisodique et sémantique, tandis que la mémoire procédurale est globalement conservée. Les troubles de la cognition sociale concernent la « capacité sociale » : capacité à se construire des représentations mentales des relations avec les autres et à les utiliser de façon souple pour guider le comportement social, la capacité à interagir et communiquer avec les autres. Au total, la schizophrénie est une maladie chronique, pour laquelle les soins comprennent fondamentalement les traitements médicamenteux ainsi que la réhabilitation psychosociale, la remédiation cognitive et une bonne intégration sociale et professionnelle.

SALARIÉS PRÉSENTANT UNE PATHOLOGIE PSYCHIQUE INVALIDANTE : QUEL POSITIONNEMENT ET ACCOMPAGNEMENT PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

C. Duret (Centre de Pathologie professionnelle et environnementale de Garches) a proposé une réflexion sur le positionnement du médecin du travail ou du service de prévention et de santé au travail (SPST) pour la prise en charge de salarié porteur d'une pathologie psychique, s'agissant d'une situation fréquente. Environ 15 à 20 % de la population générale sera touchée par un problème de santé mentale dans sa période de vie active. Toutes les pathologies psychiques peuvent avoir des conséquences d'intensité différente sur l'employabilité

d'un salarié. Il est important de connaître les grands axes de ces conséquences. Le premier est l'impact des symptômes eux-mêmes sur le fonctionnement interne du salarié. Il s'agit des atteintes cognitives, de l'anxiété, les motivations et les conséquences sur le comportement. Il pourra aussi y avoir des impacts sur le lien au travail, avec les collègues et l'encadrement. Les médications et les absences maladies pourront avoir des conséquences sur les parcours de carrière. Évidemment, un impact sur le poste de travail ou des conflits dans le travail pourront également survenir. Les liens managériaux et RH auront toute leur importance, avec la question de la solidité de la personne recrutée. Une synthèse par pathologie a ensuite été réalisée, en commençant par **l'épisode dépressif caractérisé**. L'origine peut en être parfois professionnelle, avec une double peine pour le salarié qui a été très investi dans son travail (conséquences sur la santé et sur l'emploi). Le risque évalué en population générale est de 20 % sur une vie. Les symptômes impactant le plus la capacité de travail sont notamment : fatigue et fatigabilité, tristesse, aboulie, indécision, atteinte de l'estime de soi (cercle vicieux), atteintes cognitives (les plus handicapantes au quotidien), dont les troubles de la concentration. Le lien avec les collègues et leur soutien sont variables. Il est important de les évaluer pour chaque salarié afin de savoir si le maintien dans l'activité est possible à l'instant t. S'il n'y a pas de ressources, l'arrêt de travail est nécessaire. Les symptômes dépressifs vont être générateurs d'absences, ponctuelles puis prolongées. Le risque sur l'emploi est important, avec un retrait des missions d'intérêt (on ne peut

plus compter sur la personne). L'isolement est important et il existe un risque de désinsertion sociale avec la possibilité de ne plus trouver d'emploi du fait de la sévérité des symptômes et d'évolution vers l'invalidité. L'invalidité de deuxième catégorie posée rapidement présente un réel risque de désinsertion. Pour **l'anxiété**, l'orateur a conseillé de s'intéresser aux symptômes sans caractériser une pathologie, en dehors des phobies spécifiques (exemple du cordiste qui a peur de la hauteur). Les symptômes ayant un impact sur la capacité de travail sont notamment : les ruminations centrées sur le travail (avec impossibilité de déconnecter du travail en rentrant chez soi), l'atteinte de l'estime de soi, la fatigue cognitive et la fatigue globale, les troubles du sommeil (impossibilité de récupérer), l'indécision, le contrôle excessif (impacte beaucoup le travail, empêche toute pensée), les difficultés à déléguer et collaborer. Les personnes anxieuses peuvent manifester des symptômes à type d'irritabilité. L'anxiété peut engendrer des absences même si les salariés feront tout pour les éviter (car cela génère de l'anxiété). En général, les reprises sont difficiles car l'exposition à la cause a été suspendue, d'où l'importance de la visite de pré-reprise pour anticiper les différentes tâches. Le risque principal sur l'emploi est plutôt la stagnation mais tout dépend de l'intensité des symptômes : à l'extrême, une inaptitude médicale peut être décidée. Il est important de connaître le niveau d'anxiété en dehors des crises pour évaluer ce risque. Ont ensuite été abordées **la schizophrénie et les autres psychoses** qui présentent une intégration plus faible dans le monde du travail. Le premier épisode psychotique représente

souvent la sortie du milieu de travail. Les délires paranoïaques débutent généralement vers 40-45 ans quand les personnes sont intégrées dans le monde du travail. Elles arrivent alors chez le médecin du travail à l'occasion d'une décompensation. Dans les psychoses, les symptômes ont tous un fort impact sur la capacité de travail. Cependant, il y a une question d'équilibre du moment : les personnes avec un traitement adapté peuvent rester équilibrées pendant 10 ans et leur pathologie passer inaperçue dans le monde du travail. Le médecin du travail s'engage, quand il a l'information, sur un contrat de soins. Il est à leur disposition mais les informe sur les risques de décompensation, notamment s'ils ne suivent pas leur traitement. L'atteinte du lien avec la réalité est le principal risque au travail. Il s'agit de pathologies avec une fatigue cognitive et une fatigue globale dues à la maladie elle-même et aux traitements. D'autres symptômes peuvent impacter le travail : interprétations, méfiance, retrait des tâches. Le lien avec les collègues est très altéré en raison de bizarrerie, repli, idées paranoïaques et de persécution. Il y a un poids important sur le collectif et sur le manager. Il faut lui expliquer qu'il doit être bienveillant mais mettre un cadre rigoureux (ne pas tolérer des absences par exemple), et quand il doit adresser le salarié au médecin. Les psychoses sont génératrices d'absences, d'abord ponctuelles puis plus importantes. Au bout d'un an à un an et demi d'arrêt, s'il n'y a pas de stabilisation avec un traitement adapté (pathologie sévère), l'invalidité peut être adaptée, notamment si la personne est toujours dans l'entreprise (prévoyance). Le risque sur l'emploi est très important. Dans

le trouble bipolaire, l'intégration dans le monde du travail est meilleure, parfois jusqu'à la retraite, parfois jusqu'à 50-55 ans quand les troubles cognitifs deviennent plus importants. Les symptômes ayant un fort impact sur la capacité de travail sont les troubles du sommeil, l'hyperactivité improductive, les multiples actions de travail sans terminaison, les projets grandioses, les prises de décision rapides et risquées. Le lien avec les collègues est bon en période peu symptomatique ; inquiétude et fatigue de l'environnement peuvent survenir en période de décompensation. Cette pathologie est génératrice d'absences, ponctuelles, généralement courtes, puis importantes. Le risque sur l'emploi existe également et dépend du lien avec le collectif.

L'orateur a ensuite abordé les enjeux pour le médecin du travail. Le psychiatre gère le soin ; le médecin du travail est l'interlocuteur fondamental dans l'emploi et fait le lien entre le monde de la ville, du soin, et celui du travail. Pour le soin, le travail est un facteur consolidant et de maintien mais la médecine de ville connaît mal le travail, les expositions spécifiques du salarié et les relais internes. Le médecin du travail est ainsi le pivot entre la médecine de soin et le monde du travail : il vérifie que le salarié est engagé dans un suivi, la compatibilité actuelle de sa santé avec son travail, conseille un arrêt de travail en phase aiguë. Il va également orienter et conseiller sur le parcours médicoprofessionnel. Pour y parvenir, le point crucial est le lien avec le salarié, permettant d'être perçu comme un soutien, d'obtenir plus d'informations médicales et d'améliorer la prise en charge médico-sociale. Pour établir ce lien, il est nécessaire d'éviter les pièges relationnels (jugement de

valeur, promesse difficile à tenir...) et d'utiliser des outils relationnels (écoute active, position de non jugement, explications, information). Le respect du secret médical doit être absolu. En revanche, avec l'accord du salarié, des échanges sont possibles avec le manager sur les conséquences de la pathologie, l'aménagement de poste de travail, les tâches qui posent problème et lui conseiller de solliciter une visite à la demande de l'employeur si la situation se dégrade. Pour les collègues de travail, il est nécessaire de rappeler le respect de l'intimité du salarié.

GESTION D'UNE « PERSONNALITÉ DIFFICILE » EN MILIEU DU TRAVAIL : QU'EST-CE QU'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ET QUELLES SONT LES SPÉCIFICITÉS DE PRISE EN CHARGE DE TELS TROUBLES ?

M. Vacheret (Centre hospitalier de Libourne) a décrit la personnalité comme ce qui caractérise ou définit chaque personne. Elle résulte d'une intégration stable et individualisée d'un ensemble de comportements, d'émotions, de cognitions, fondée sur des modes de fonctionnement face à l'environnement et d'interactions vécues depuis l'enfance. La personnalité, qui apparaît à l'adolescence, est acquise à l'âge adulte. La signature comportementale se définit par le tempérament, d'origine génétique, et le caractère, lié à l'apprentissage et aux éléments de vie de chacun. Les troubles de la personnalité (TP) posent un souci pour l'individu et dans ses interactions avec les autres. Des schémas omniprésents de perceptions, de comportements, de réactions et

de relations entraînent une souffrance importante pour la personne mais aussi un problème de lien avec l'autre. Les TP sont décrits selon des processus émotionnels, cognitifs et comportementaux, fixés et persistants dans le temps, sans lien avec un événement, une décompensation, une prise de substances... Cette modalité durable des conduites dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, est envahissante et rigide et est source d'une souffrance ou d'une altération du comportement.

L'approche catégorielle du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques (DSM-V - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5^e Édition) est utilisée, mais, pour l'intervenante, une approche dimensionnelle est à privilégier car elle permet de mieux identifier les traits de caractère de l'individu. Les 10 troubles de la personnalité peuvent être classés en 3 groupes (A, B et C). Dans chaque groupe, les différents types partagent certains traits de personnalité essentiels, mais chaque trouble a ses propres caractéristiques distinctives :

- les troubles du groupe A ont pour traits communs une apparence ou un comportement étrange ou excentrique : chez l'individu paranoïaque, la méfiance et la suspicion sont dominantes, avec un sentiment de tromperie (les autres sont malveillants...), avec des doutes injustifiés, une susceptibilité et une psychorigidité. La personne schizoïde souffre d'un désintérêt pour les autres, d'un repli sur soi, est inhibée et a des croyances et des pensées magiques. La personne schizotypique souffre également de repli et de pauvreté des affects, accompagnés de bizarreries et d'excentricités ;

- les troubles du groupe B ont pour traits communs une apparence ou un comportement excessif, émotionnel ou erratique : la personne antisociale est intolérante à la frustration, impulsive et agressive, dangereuse et transgressive, avec une absence de culpabilité, indifférente aux autres. L'individu *borderline* (trouble de la personnalité limite) est très impulsif, souffre d'instabilité relationnelle, avec un sentiment de vide chronique et d'angoisse abandonnique ; auto-agressif, il adopte des conduites à risque. La personne histrionique est très égocentrique, utilise une séduction inappropriée, le théâtralisme, l'hyperexpressivité, avec une superficialité des affects. Enfin, la personne narcissique souffre d'une hypertrophie du moi, de mégalomanie, elle manque d'empathie et exploite et méprise les autres ;

- les troubles du groupe C ont pour traits communs l'anxiété ou la crainte : la personnalité évitante souffre d'une dévalorisation de soi, évite les contacts, vit en appréhension constante et dans l'angoisse du rejet et du jugement, et est inhibée. La personne dépendante est soumise, recherche du soutien de façon excessive en ayant du mal à prendre des décisions, des responsabilités, à exprimer un désaccord. La personnalité obsessionnelle est perfectionniste, méticuleuse, psychorigide, conformiste, a des difficultés à déléguer, doute, est anxieuse.

Le médecin du travail peut identifier les traits psychologiques de personnalité qui peuvent poser problème, notamment au travail. Le diagnostic et les soins appartiennent aux spécialistes. Il s'agit de l'aider à comprendre ce qui lui arrive de façon bienveillante, car, fréquemment, il ne se sait pas atteint d'un TP, mais ce sont ses

collègues qui se plaignent et lui « collent » une étiquette. L'intérêt est de le convaincre qu'identifier ses troubles lui permettra d'être moins en souffrance avec son fonctionnement pathologique. Il ne faut pas oublier de tenir compte du contexte (deuil...), de la culture (ne pas parler la langue...) dans un TP. Le diagnostic différentiel est important dans l'identification d'un TP (comorbidités, intoxication, maladie mentale...). En revanche, l'entretien ne doit jamais être réalisé en période de crise du patient, lors de prise de substances ou d'événements traumatiques. Tous les troubles du groupe A peuvent être prémorbides de maladies psychotiques chroniques. Par ailleurs, de nombreuses comorbidités existent avec un TP : alcoolisme, prise de stupéfiants... Le risque de mise en danger de la personne est donc à prendre en compte également.

Dans tous les cas, les principes d'accueil du patient sont de sécuriser les lieux (en cas de comportement agressif...), d'offrir une écoute empathique et bienveillante, de s'adapter à l'interlocuteur, de communiquer de façon claire, loyale et adaptée, centrée sur les émotions (réassurance, calme, neutralité bienveillante...). L'intervenante cite un ouvrage de référence : « *Comment gérer les personnalités difficiles* » de F. Lelord et C. André. À travers de multiples études de cas, les auteurs insistent sur le fait que gérer une personne souffrant de TP consiste à essayer de changer ses comportements et non sa vision du monde ; de comprendre ses craintes et ses appréhensions derrière ses comportements difficiles, et non de penser qu'il s'agit de mauvaise volonté, sans la juger ni lui faire la morale ; d'accepter un changement progressif voire partiel, et, surtout, ne jamais

« rentrer dans son jeu ». Idéalement, il faudrait lui proposer des situations qui respectent ses besoins, voire privilégier une activité professionnelle qui peut transformer son TP en qualité (une personne obsessionnelle peut parfaitement s'épanouir à un poste de contrôle par exemple).

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES, INSERTION ET MAINTIEN EN EMPLOI : PARTENAIRES ET STRUCTURES À MOBILISER

LE RÔLE DU SERVICE SANTÉ AU TRAVAIL : EXEMPLE DU DISPOSITIF AMEST (ACCOMPAGNEMENT AU MAINTIEN EN EMPLOI - SANTÉ TRAVAIL) AU CHU DE BORDEAUX

A. Gonzalez (Centre hospitalier universitaire de Bordeaux)

a indiqué que l'enjeu, au sein du service de santé au travail (SST) du personnel hospitalier du CHU de Bordeaux, avait été de mettre en place le dispositif AMEST (Accompagnement au Maintien en Emploi – Santé Travail), permettant de maintenir en emploi un agent confronté à une situation de handicap physique, psychique, mental ou cognitif, en incluant le service des ressources humaines et tous les acteurs, même extérieurs, dans un parcours cohérent tout en préservant le secret médical. L'expérience montre que plus l'entourage est riche et diversifié autour de l'agent, plus les risques de rechute diminuent.

L'agent est l'acteur central de son parcours de maintien dans l'emploi. La collaboration entre les différents intervenants du parcours ne peut se faire qu'avec son accord

et c'est lui-même qui fait le lien entre eux. Une pluralité d'acteurs existe : le SST (médecins du travail, infirmiers et psychologues en santé au travail, ergonomes, préventeurs hygiène et sécurité), la Direction des ressources humaines (unité et conseillers mobilité santé, référents santé de site, conseillers mobilité carrière, assistantes sociales...), l'encadrement de proximité et supérieur, le collectif de travail (équipes/collègues) et les intervenants extérieurs (médecin traitant, psychologue/psychiatre, autres spécialistes...).

Il est souhaitable que l'agent signale le plus précocement possible sa problématique de reprise ou de maintien en emploi auprès de ces personnes ressources. S'il décide d'entrer dans le dispositif, sous réserve de la validation par le médecin du travail, un entretien initial lui présente la démarche et son cadre éthique. Sa situation médicopsychosociale est évaluée et une identification des contraintes et des ressources est réalisée. L'intérêt d'un échange entre le SST et le service des ressources humaines, si besoin et toujours avec l'accord de l'agent, est à souligner car il peut apporter des données que le SST ne possède pas. Des éléments complémentaires peuvent aussi venir de l'extérieur (thérapeute, spécialiste...). Dans le dispositif, la rencontre de l'encadrement et/ou du collectif de travail permet d'évaluer le contexte en matière de maintien dans l'emploi et d'accompagner l'équipe dans l'insertion, la reprise ou le maintien en emploi de l'agent. La poursuite de l'accompagnement, si besoin, se fait à l'aide d'entretiens individuels avec l'agent ; une réorientation est possible. Un suivi auprès de l'encadrement peut compléter le dispositif.

L'intervenante a illustré le dispositif par des exemples :

- celui d'une infirmière souffrant d'une dépression chronique avec résistance aux traitements et plusieurs hospitalisations : accompagnée pendant 6 ans, elle a vécu 3 retours en emploi. La récurrence des arrêts est un frein pour l'encadrement. Un premier échange entre cadre, cadre supérieur et psychologue a servi d'éclairage des besoins de l'agent et de levier d'acceptation de l'agent puis de levier à l'adaptation de ses différents postes, suivi d'une discussion relative aux capacités et besoins de l'agent. Un lien fort entre l'agent, la psychologue du SST, le service social et la conseillère mobilité ainsi qu'une bienveillance institutionnelle se sont mis en place dans cet accompagnement ;

- un agent, souffrant de trouble addictif, s'alcoolisait sur son lieu de travail. Il était depuis longtemps protégé par son équipe qui cachait les impacts sur son travail. Une demande d'accompagnement de la part de l'équipe a été émise pour le retour de l'agent. Cette démarche a permis à l'agent d'accepter un suivi en santé au travail par un psychologue ;

- une infirmière, avec trouble bipolaire et une addiction, avait connu 3 phases maniaques lors d'arrêt des traitements. Le lien et la communication entre cadre, institution, SST et conseiller mobilité ont été une aide à l'accompagnement de l'agent. Le SST a placé des mots sur l'impact de sa situation, notamment en matière cognitive, alors que l'encadrement l'évaluait incompétente professionnellement. La prise en charge a contribué à l'équilibre de la maladie et à la reconversion (temporaire) sur un poste de personnel technique.

EXEMPLE DE L'AUTISME (ASPERGER)

S. Slezakova (CHU de Lille) a présenté son travail de thèse (« *Leviers et freins de l'insertion professionnelle et du maintien en emploi des personnes adultes autistes sans déficience intellectuelle* »). Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble du neurodéveloppement qui affecte la communication et le comportement. Le patient autiste souffre de troubles d'interaction et communication sociale avec des intérêts restreints et des gestes et comportements répétitifs. Ces symptômes entraînent des répercussions importantes, notamment dans le domaine professionnel. L'autisme est un trouble qui est en augmentation aujourd'hui avec, en France, 600 000 adultes souffrants de cette pathologie, dont 50 % sans déficit intellectuel. Parmi ces derniers, environ 50 % ont un emploi. Les salariés souffrants d'autisme ont des qualités professionnelles telles que la persévérance, la fiabilité, l'attention aux détails, la concentration prolongée. Toutefois, ils rencontrent aussi plus de difficultés que leurs collègues : difficultés dans les interactions sociales avec la hiérarchie et les collègues, hypersensibilité sensorielle qui rend parfois difficile la concentration.

Le travail de thèse avait pour objectifs d'identifier les caractéristiques permettant une insertion professionnelle et un maintien à l'emploi de ce profil de patient et, secondairement, de déterminer le rôle du médecin du travail. Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale par auto-questionnaire distribué sur les réseaux sociaux et les sites web des différentes associations des personnes autistes en France

de juin 2020 à mars 2021. Les critères d'inclusion étaient d'être un adulte ayant un diagnostic formel de TSA sans déficience intellectuelle. Au total, les résultats mettaient en valeur un âge médian de diagnostic de 34 ans, avec 98 % des répondants ayant eu le diagnostic à l'âge adulte. Dans la population examinée, 80 % présentaient un trouble associé (troubles du sommeil pour 53 % et trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité pour 21 % d'entre eux, troubles anxieux ou dépressifs, syndromes post-traumatiques). Concernant le statut professionnel, 58 % de la population était en emploi au moment de l'étude (comparativement au 65 % de la population générale française en 2019), 17 % en recherche d'emploi et 13 % sans emploi. Parmi les personnes professionnellement actives, 51 % avait un CDI, comparativement au 71 % des salariés français en 2019. Ils étaient principalement employés en milieu ordinaire. Ils exerçaient principalement dans les secteurs de l'enseignement, de la santé et de l'action sociale. Pour ce qui concerne l'accès à l'emploi, 71 % des sujets ont rencontrés des difficultés à trouver un emploi pendant leur parcours de vie. Les difficultés les plus fréquemment rapportées étaient l'entretien d'embauche, le manque d'expérience professionnelle, le manque d'offre d'emploi et aussi la rédaction du CV et/ou de la lettre de motivation. Concernant le maintien en emploi, pour 86 % des sujets, la difficulté majeure était l'interaction sociale, suivie par des difficultés sensorielles, la fatigabilité et le fait de devoir faire face aux situations « imprévues » au travail. Parmi les répondants, 71 % ont déjà ressenti le sentiment d'avoir été harcelé au travail, 75 % ont déjà

fait un *burnout* et 58 % estimaient qu'ils avaient déjà perdu leur emploi en raison d'isolement dans leur interaction professionnelle. Concernant les leviers de l'insertion professionnelle, la plupart des sujets ont répondu qu'il s'agissait de l'accompagnement par des proches, des associations spécifiques à l'autisme ou des services d'accès et maintien en emploi. Pour une autre partie des sujets, la réponse était la persévérance, la suradaptation et le fait de « se surpasser ». Enfin, en parts égales, le restant des sujets ont répondu « l'entraînement à l'entretien d'embauche » et la « reconversion professionnelle ». Il est à noter que 19 % des patients n'ont jamais eu aucune difficulté à trouver un emploi. Un autre résultat qui est sorti de l'étude est qu'une partie des sujets n'avait jamais eu de visite médicale d'embauche, ou alors que le sujet de l'autisme n'y avait pas été abordé. Seulement 9 % ont bénéficié d'un aménagement de poste ou d'une étude de poste proposée à l'issue de la visite. Au total, la majorité des patients inclus dans l'étude n'ont jamais eu un aménagement de poste et seulement un quart des aménagements à la demande du médecin du travail avait été fait. Parmi les aménagements, le plus fréquent était la mise en place du télétravail à plein temps ou l'aménagement des horaires de travail. Enfin la partie du questionnaire en texte libre portait sur des propositions d'aménagements supplémentaires. Les réponses les plus fréquentes étaient la mise en place du télétravail ou le bureau seul, le temps partiel, la proposition d'un casque anti-bruit, des aménagements des horaires de travail mais aussi l'utilisation de l'écrit plutôt que de l'oral pour les descriptions de tâches et objectifs

de travail. Cette étude encourage à une meilleure sensibilisation à l'autisme dans les entreprises et une meilleure information des services de prévention et de santé au travail.

ACCOMPAGNEMENT DES SALARIÉS PSYCHOTIQUES

C. Necoï (Route Nouvelle Alsace – RNA) dirige une association qui propose des solutions graduées en fonction des besoins et des capacités des personnes porteuses d'un handicap psychique pour l'emploi et le maintien en emploi, avec un ESAT (établissements ou services d'aide par le travail) pour les personnes qui ont le plus besoin d'accompagnement, une entreprise adaptée dans le domaine tertiaire pour les personnes qui sont plus autonomes et qui ont des compétences plus avancées et le SIMOT (Service d'insertion en milieu ordinaire de travail). Le SIMOT réalise de l'accompagnement vers l'emploi et du maintien en emploi (notamment à la demande d'entreprises ou de médecins du travail). Il s'agit d'un dispositif unique en France basé sur un modèle expérimental sans limitation de durée. Le fait qu'il n'y ait pas de limitation de durée est un facteur puissant pour l'accompagnement. D'après l'UNAFAM (Union nationale des amis et familles de malades psychiques), seulement 19 % des personnes en situation de handicap psychique travaillent alors que 70 % des personnes interrogées déclarent vouloir travailler. Le travail est un facteur de rétablissement, un facteur d'émergence de contacts sociaux et d'échanges, et un facteur de restauration et d'amélioration de l'estime de soi. Cela se traduit

par une baisse du recours à l'hospitalisation. Le travail restaure le sentiment d'utilité sociale et de reconnaissance sociale. Il existe différentes méthodes d'accompagnement, toutes bonnes et complémentaires. Pour RNA, l'accompagnement est individualisé, basé sur le projet de la personne. Dans un premier temps, il y a un travail sur les habilités en mettant en vis-à-vis ce qui est attendu dans l'entreprise (codes sociaux par exemple). Les ateliers sont divers et variés, certains proprement attachés au monde de l'emploi, d'autres connexes (logement, vie quotidienne...). Certains ateliers émergent des demandes des personnes (maquillage...). Ensuite, ou de façon connexe, viennent la question des formations, puis la phase complexe et stressante de la préparation à l'embauche et à l'entretien d'embauche (ateliers CV, répétition de l'entretien d'embauche...). Parmi 209 personnes accompagnées en 2021, 109 ont un contrat de travail dont 70 en CDI et 39 en CDD. Une fois l'embauche faite se pose la question du maintien dans l'emploi. Les personnes sont suivies tous les 15 jours et autant de fois que nécessaire à leur demande. À ce stade se pose la question d'informer ou non l'employeur. C'est la personne accompagnée qui décide. En préparation à l'embauche, 50 % des personnes souhaitent faire part de leur RQTH, 30 % vont y venir à terme, souvent après des échecs successifs, 20 % refusent tout au long de leur parcours. Il y a néanmoins un point important : l'environnement, s'il est averti, pourra détecter les signaux faibles pour intervenir et prévenir une situation de rupture massive.

L'intervenant termine sa présentation sur les enjeux et les gains. Pour la personne, il s'agit certes

d'un risque d'échec mais aussi d'une possibilité d'améliorer ses revenus, ses rapports sociaux. Pour l'employeur, il y a un risque pour la productivité, une nécessaire adaptation des postes de travail mais aussi des compensations en terme d'image de marque, de responsabilité sociale de l'entreprise, de respect des 6 % d'emploi de personnes handicapées et de qualité de vie au travail.