

**Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie**

ANNEE 2009

Thèse n°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue
le 12 novembre 2009
par

**Madame Blandine MOREAU LE SCANF
née le 24 août 1980**

**Étude du trouble multimatoforme
chez les patients qui présentent un problème professionnel
en médecine générale**

JURY

Président: Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Membres: Monsieur le Professeur Jean-Luc HOUETO
Monsieur le Professeur Pierre INGRAND
Monsieur le Docteur Olivier KANDEL
Directeur de thèse: Monsieur le Docteur Eric BEN-BRIK

Responsables scientifiques: Dr Gauthier BOUCHE, Dr Gilles GABILLARD et Dr Jean-François MAUGARD

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON,
Qui nous fait l'honneur de présider cette thèse.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc HOUETO,
Qui a accueilli ce travail avec intérêt.

A Monsieur le Professeur Pierre INGRAND,
Qui a accepté de juger ce travail avec enthousiasme.

A Eric BEN-BRIK,
Qui a rendu ce travail aussi agréable que fructueux.

A Olivier KANDEL, Gilles GABILLARD et Jean-François MAUGARD,
Sans qui cette thèse n'aurait pas pu être.

A Gauthier BOUCHE,
Dont l'aide et les conseils ont été précieux.

A Julie,
Avec qui travailler a été un plaisir.

*A Marielle, Gaoussou, Mathieu, Audrey, Claire, Olivier, Steven, David, Angélique,
Erwan, Stéphanie, Farid, Anne, Ivan, Laurent et Anne-Laure,*
Avec qui j'ai la chance de partager la passion de mon métier.

A Michel, Monique et Florian,
Qui m'ont soutenue durant mes études.

A ma sœur et mon frère
Pour leur aide attentionnée.

A mes parents,
Dont la confiance et le soutien ont été essentiels.

A Stéphane,
Qui embellit ma vie chaque jour.

Epilogue

Les facteurs de stress s'additionnent dans notre société mondialiste et compétitive. Stress économique d'une société en proie à une crise mondiale, stress écologique avec des perspectives d'avenir parfois inquiétantes, stress politique avec une recrudescence de l'insécurité et du terrorisme, stress social où l'individualité prime sur la solidarité... Le stress envahit notre environnement, notre quotidien, et finalement notre vie. Qui aujourd'hui peut échapper à ses effets délétères ?

Pour être confronté aux situations stressantes, le travail est un formidable terrain. Parce qu'il nous relie au monde et à ses réalités. Parce qu'il nous rend vulnérable en jouant un rôle primordial dans le maintien de notre équilibre physique et psychologique, et dans notre construction identitaire. En enfin parce que, je l'appréhendais au fil de mes lectures, le travail est vécu comme une réponse face aux attentes que nous avons de notre propre accomplissement.

Ainsi le travail devient un espace où l'individu confronte ses propres attentes à une réalité difficile. Car l'efficacité économique se gagne au prix d'une augmentation inévitable de la pénibilité: « *avant, travailler c'était coopérer, maintenant c'est performer et compétitionner* ». ¹ Si l'on observe les indicateurs, les conditions de travail se sont dégradées ces dernières années. La souffrance psychique des salariés devient de plus en plus visible, alors que les questions éthiques sur l'activité se posent à un niveau probablement jamais atteint dans les formes d'organisation ultérieures. Faut-il consentir, au nom de la productivité, à la souffrance des salariés ?

En participant à un séminaire sur la souffrance morale au travail en décembre 2007, je découvre l'ampleur de cette problématique devant laquelle les acteurs de soins sont impuissants. ² Je suis inquiète de ce processus qu'on semble ne plus pouvoir arrêter. Mais je suis aussi soulagée de pouvoir mettre des mots sur cette souffrance à laquelle je suis régulièrement confrontée en consultation, et devant laquelle je suis démunie. Je constate également la prise de conscience multidisciplinaire, point de départ d'une réflexion nécessairement collective pour l'amélioration de la santé au travail.

Le travail, à la croisée du social et de l'intime, est donc le théâtre de deux enjeux majeurs. Le premier enjeu concerne la problématique sociétale soulevée par la généralisation des difficultés professionnelles et la mutation du monde du travail. Le deuxième enjeu est l'échec de l'investissement personnel du salarié en recherche d'identité, et de la collectivité. Comment nous en protéger ? En rendant plus visibles et plus évaluables les déterminants de la santé au travail. Ensuite, les solutions devront être collectives.

1. B. LUTTON. Institut National du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (INTEFP) (1: 2005: Dijon) Souffrance mentale au travail, un repère pour l'action. Les cahiers de l'INTEFP, Paris, 2006, p9.

2 MERCIER P, JONQUILLE C, BERSON C, MARTIGNAC JC, MAUSSET J, FOUGERE P, LABUSSIÈRE P, ABECASSIS P, DEFRASNE GUERQUIN M & CASANOVA B. Le médecin généraliste face à la souffrance morale au travail. Angoulême: Séminaire MGForm, 2007.

Table des matières

INTRODUCTION	10
CHAPITRE 1: GENERALITES	13
1 EPIDEMIOLOGIE DU PROBLEME PROFESSIONNEL EN MEDECINE GENERALE	13
1.1 Données de l'Observatoire de la Médecine Générale	13
1.2 Enquête auprès de médecins généralistes	16
2 LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX	16
2.1 Une évolution de notre société	16
2.2 Définition des risques psychosociaux	17
2.3 La souffrance psychique au travail	20
3 SOMATISATION ET TROUBLE MULTISOMATOFORME	21
3.1 Définition de la somatisation.....	21
3.2 Définition du trouble multisomatoforme.....	23
3.3 Prévalences.....	24
3.4 Corrélation entre troubles multisomatoforme, de l'humeur et anxieux	24
CHAPITRE 2: METHODOLOGIE	26
1 TYPE D'ETUDE	26
2 PERIODE D'ETUDE	26
3 POPULATION ETUDIEE	26
4 POPULATION DE L'ETUDE	26
4.1 Patients exposés à un problème professionnel (groupe exposé)	27
4.2 Patients non exposés à un problème professionnel (groupe non exposé)	28
5 ESTIMATION DE LA TAILLE DES ECHANTILLONS	29
6 DETERMINATION DES CRITERES D'EVALUATION	30
6.1 Le trouble multisomatoforme, critère d'évaluation principal	30
6.2 Les critères d'évaluation secondaires.....	32
7 OUTILS DE RECUEIL	32
8 VARIABLES ETUDIEES	33
8.1 Variables liées au médecin généraliste consulté	33
8.2 Variables sociodémographiques	34
8.3 Variable du type de problème professionnel (patients exposés)	34
8.4 Variables du trouble multisomatoforme et des autres troubles psychiatriques	35
9 ANALYSE STATISTIQUE	36
9.1 Analyse descriptive.....	36
9.2 Analyse univariée	36
9.3 Analyse multivariée	36
10 DEROULEMENT DE L'ETUDE	36
CHAPITRE 3: RESULTATS	38
1 ETAPES DU RECUEIL DE DONNEES	38
2 REPARTITION DES PATIENTS EXPOSES ENTRE LES TROIS MEDECINS	39
3 PERIODES D'OBSERVATION INCOMPLETES	39
4 DONNEES MANQUANTES	39
5 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	40
5.1 Données	40
5.2 Comparaison avec la population active de la Vienne.....	40
6 TROUBLES PSYCHIATRIQUES	42
6.1 Pourcentages.....	42
6.2 Comparaison avec les prévalences annuelles des trois médecins et de l'OMG.....	42

7 TROUBLE MULTISOMATOFORME	43
7.1 Répartition du trouble multisomatoforme et de l'hyperconsommation de soins selon le nombre de symptômes somatiques	43
7.2 Rapport du trouble multisomatoforme avec l'hyperconsommation de soins.....	44
7.3 Rapport du trouble multisomatoforme avec les troubles de l'humeur et anxieux	44
7.4 Analyse multivariée des facteurs liés au trouble multisomatoforme.....	45
8 HYPERCONSUMMATION DE SOINS	47
9 PROBLEME PROFESSIONNEL	48
9.1 Répartition du trouble multisomatoforme et de l'hyperconsommation de soins selon l'exposition à un problème professionnel.....	48
9.2 Pourcentages des troubles psychiatriques et de l'hyperconsommation de soins selon l'exposition à un problème professionnel.....	48
9.3 Types de problème professionnel principal.....	49
9.4 Comparaison des prévalences annuelles du problème professionnel des trois médecins et de l'OMG.....	50
CHAPITRE 4: DISCUSSION.....	52
1 RESULTAT PRINCIPAL DE L'ETUDE	52
1.1 Caractéristiques des patients exposés à un problème professionnel.....	52
1.2 Critère de jugement principal	52
1.3 Critères de jugement secondaires.....	52
2 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	53
2.1 Concernant la méthodologie.....	53
2.2 Concernant les résultats.....	54
3 CONFRONTATION A LA LITTERATURE ET AUX DONNEES CONNUES	55
3.1 Critères du trouble multisomatoforme conformes aux données de la littérature.....	55
3.2 Absence de lien entre le trouble multisomatoforme et la présence d'un problème professionnel.....	55
3.3 Prévalence annuelle du problème professionnel élevée pour les médecins	56
3.4 Hyperconsommation de soins des patients exposés à un problème professionnel	56
3.5 Troubles anxiodépressifs plus fréquents lors d'un problème professionnel	57
3.6 Pourcentages élevés de troubles addictif et psychique.....	57
4 HYPOTHESES D'INTERPRETATION DES RESULTATS	57
5 AMELIORATION DE L'EVALUATION DU PROBLEME PROFESSIONNEL	59
5.1 Limites de la définition actuelle du problème professionnel	59
5.2 Proposition de redéfinition du problème professionnel.....	59
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXES	69
ANNEXE 1: Définition des facteurs de risque psychosociaux.....	69
ANNEXE 2: Psychopathologies reconnues maladies professionnelles par le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles	71
ANNEXE 3: Définition des troubles somatoformes par le DSM-IV-TR et la CIM-10.....	73
ANNEXE 4: Echelle du PHQ-15.....	75
ANNEXE 5: Catégories socioprofessionnelles	76
ANNEXE 6: Définition des critères d'évaluation secondaires selon le dictionnaire de la SFMG.....	78
ANNEXE 7: Procédés de tirage au sort des patients non exposés.....	83
ANNEXE 8: Caractéristiques sociodémographiques des patients exposés et non exposés	84
ANNEXE 9: Données sociodémographiques de la population étudiée et de la population active de la Vienne, et tests comparatifs	85
RESUME	88

Liste des abréviations

APA: *American Psychiatric Association*

ALD: Affection Longue Durée

CIM-10: Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} édition

CMU: Couverture Médicale Universelle

CNAMTS-DRP: Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés - Direction des Risques Professionnels

CRRMP: Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles

CSP: Catégorie Socioprofessionnelle

DSM-III: Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*), 3^{ème} édition

DSM-IV: Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition

IC 95 %: Intervalle de Confiance à 95 %

INRS: Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles

INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INVS: Institut National de Veille Sanitaire

GHQ-28: *General Health Questionnaire*: explore en 28 items le mal-être psychique au travers de quatre dimensions : santé générale, symptômes anxieux, retentissement sur la vie courante et symptômes dépressifs

MCP: Maladies à Caractère Professionnel

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

OMG: Observatoire de la Médecine Générale

OR: Odds-Ratio

ORS: Observatoire Régional de la Santé en Poitou-Charentes

PHQ-15: *Patient Health Questionnaire*: échelle de sévérité de la somatisation basée sur 15 symptômes somatiques

RC: Résultat de Consultation

RPS: Risques Psychosociaux

SAMOTRACE: programme de surveillance de la santé mentale au travail par l'Institut National de Veille Sanitaire: « SAnité Mentale Observatoire Travail régions Rhône-Alpes et CEntre ».

SFMG: Société Française de Médecine Générale

Liste des figures

Figure 1: Evolution annuelle de la prévalence du <i>problème professionnel</i> en médecine générale de 2000 à 2007 selon l'OMG.....	14
Figure 2: Evolution annuelle de la prévalence d'une <i>réaction à situation éprouvante</i> en médecine générale de 2000 à 2007 selon l'OMG	15
Figure 3: Évolution de l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt de travail en France depuis 1950	17
Figure 4: Évolution du nombre de maladies professionnelles en France de 1995 à 2007	18
Figure 5: Plan de l'étude.....	38
Figure 6: Répartition par âge et par sexe de la population de l'étude et de la population active de la Vienne	40
Figure 7: Répartition par CSP de la population de l'étude et de la population active de la Vienne.....	41
Figure 8: Pourcentages des troubles psychiatriques et de l'hyperconsommation de soins	42
Figure 9: Répartition du trouble multisomatoforme et de l'hyperconsommation de soins selon le nombre de symptômes somatiques.....	44
Figure 10: Rapports entre les troubles multisomatoforme, de l'humeur et anxieux	45
Figure 11: Répartition du trouble multisomatoforme et de l'hyperconsommation de soins selon l'exposition à un problème professionnel.....	48
Figure 12 : Pourcentages des troubles psychiatriques selon l'exposition à un problème professionnel	49
Figure 13: Types de problème professionnel principal des patients exposés	49
Figure 14: Evolution du nombre annuel de patients avec un <i>problème professionnel</i> pour les trois médecins et selon l'OMG de 2000 à 2007	50
Figure 15: Echelle du PHQ-15.....	75

Liste des tableaux

Tableau 1: <i>Problème professionnel</i> selon le dictionnaire de la SFMG.....	13
Tableau 2: <i>Réaction à situation éprouvante</i> selon le dictionnaire de la SFMG	15
Tableau 3: Equivalence des 15 symptômes somatiques du trouble multisoforme en résultats de consultation selon le dictionnaire de la SFMG.....	30
Tableau 4: Variables liées au médecin généraliste consulté	33
Tableau 5: Variables sociodémographiques	34
Tableau 6: Variable du type de problème professionnel (patients exposés)	34
Tableau 7: Variables du trouble multisoforme et des autres troubles psychiatriques	35
Tableau 8: Répartition des patients exposés entre les trois médecins.....	39
Tableau 9: Troubles psychiatriques : pourcentages dans l'étude, prévalences annuelles des médecins et données épidémiologiques de l'OMG	43
Tableau 10: Analyse multivariée des facteurs liés au trouble multisoforme	46
Tableau 11: Analyse multivariée des facteurs liés à l'hyperconsommation de soins.....	47
Tableau 12: Adjonction à la définition de <i>réaction à situation éprouvante</i>	59
Tableau 13: Proposition de redéfinition du <i>problème professionnel</i>	60
Tableau 14: Intitulé des psychopathologies reconnues maladies professionnelles par le CRMP de 2001 à 2006	71
Tableau 15: Catégories socioprofessionnelles.....	76
Tableau 16: <i>Humeur dépressive</i> selon le dictionnaire de la SFMG.....	78
Tableau 17: <i>Dépression</i> selon le dictionnaire de la SFMG.....	79
Tableau 18: <i>Syndrome maniaco-dépressif</i> selon le dictionnaire de la SFMG.....	79
Tableau 19: <i>Anxiété-angoisse</i> selon le dictionnaire de la SFMG	80
Tableau 20: <i>Phobie</i> selon le dictionnaire de la SFMG	80
Tableau 21: <i>Problème avec l'alcool</i> selon le dictionnaire de la SFMG.....	81
Tableau 22: <i>Toxicomanie</i> selon le dictionnaire de la SFMG.....	81
Tableau 23: <i>Trouble psychique</i> selon le dictionnaire de la SFMG	82
Tableau 24: Caractéristiques sociodémographiques des patients exposés et non exposés	84
Tableau 25: Répartition par tranches d'âge de la population de l'étude et de la population active de la Vienne	85
Tableau 26: Répartition par sexe de la population de l'étude et de la population active de la Vienne	85
Tableau 27: Répartition par CSP de la population de l'étude et de la population active de la Vienne	86

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le lien entre santé et travail est une préoccupation croissante dans l'ensemble des pays industrialisés. Il est de plus en plus reconnu que les conditions de travail et les expositions professionnelles induisent des risques psychosociaux¹ (RPS) qui sont source d'inégalités sociales en santé.² La récente expansion de ces RPS serait encouragée par un contexte économique défavorable. Le poids de leurs conséquences pose des problèmes complexes et importants. C'est pourquoi les RPS nécessitent une évaluation approfondie pour renforcer une prévention encore débutante.³

Pour le Ministère du Travail, les RPS recouvrent des risques notamment professionnels « *qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés* ». Le stress¹, principal facteur de RPS, affecte 20 % des salariés européens selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles⁴ (INRS). Il serait en partie responsable de la souffrance psychique, ou mal-être, constatée chez les salariés dans les études récentes. En Poitou-Charentes, la souffrance psychique prend une part croissante dans les pathologies signalées par les médecins du travail qui participent depuis 2006 au programme de surveillance des Maladies à Caractère Professionnel^{5,6,7} (MCP). Avec une prévalence de 1.5 %, elle est la 2^{ème} pathologie la plus fréquente après les affections de l'appareil locomoteur. Le mal-être mesuré par le GHQ-28, (*General Health Questionnaire*), affecte 37 % des femmes et 24 % des hommes salariés en 2007 dans l'enquête épidémiologique SAMOTRACE^{8,9} menée en régions Centre, Poitou-Charentes et Pays de la Loire. La fréquence des problèmes professionnels augmente également en consultation de médecine générale.^{10,11} Selon l'Observatoire de la Médecine Générale¹² (OMG), leur prévalence est de 0.4 % en 2007 et a doublé en 5 ans.

Si la présence d'un problème professionnel est identifiable, les RPS qui lui correspondent sont difficiles à cerner.¹ Leur origine est multifactorielle et l'attribution d'une cause plutôt professionnelle que privée est malaisée. Leurs manifestations psychiques sont celles d'autres troubles psychiatriques, principalement l'anxiété et la dépression, et leurs manifestations physiques sont semblables aux motifs de consultation les plus courants.^{13,14} Les critères d'évaluation sont récents et encore mal définis, par manque de connaissance des mécanismes impliqués et donc les troubles psychiques sont absents du tableau de maladies professionnelles.^{1,3,15} Plusieurs schémas explicatifs ont été proposés pour comprendre

comment intervenaient les défenses psychiques d'un salarié en souffrance psychique.¹⁶ Ainsi, M. PEZE¹⁷ explique la survenue de troubles somatiques après un « *débordement de l'activité mentale* », celle-ci ne pouvant plus résoudre à elle seule le conflit interne. Pour C. DEJOURS¹⁸, ils sont le résultat d'une somatisation, « *processus par lequel un conflit qui ne peut trouver d'issue mentale déclenche dans le corps des désordres endocrino-métaboliques, point de départ d'une maladie organique* ». Les mécanismes psychosomatiques donnent donc une approche intéressante des psychopathologies professionnelles par leurs symptômes somatiques. Une étude japonaise concluait en 2007 à une association entre le nombre de symptômes somatiques reportés et le stress professionnel chez 222 employés.¹⁹ A notre connaissance, la somatisation n'a pas été étudiée dans le domaine des risques professionnels en médecine générale. Nous proposons d'étudier le lien entre la présence d'un problème professionnel et la recrudescence de symptômes somatiques définissant un tableau de somatisation.

Le trouble multisomatoforme défini par K. KROENKE et coll.²⁰ est un diagnostic validé pour évaluer les situations courantes de somatisation en médecine générale.^{21,22} Il est défini par la présence de 3 symptômes au moins parmi une liste de 15 symptômes somatiques, qui doivent perdurer sans explication médicale et être responsables d'une détresse significative. Ils occasionnent souvent un recours aux soins médicaux plus important. La seule présence d'au moins 7 symptômes parmi les 15, médicalement expliqués ou non, diagnostique un trouble multisomatoforme (avec une sensibilité de 85 % et une spécificité de 77 %).²² La prévalence du trouble multisomatoforme est de 8 à 25 % en médecine générale.^{20,23,24} Comme les autres troubles de somatisation, il est corrélé aux troubles anxieux et de l'humeur.²⁵

L'objectif de cette étude était de déterminer si la prévalence du trouble multisomatoforme était plus importante chez les patients suivis pour un problème professionnel en médecine générale (critère d'évaluation principal). Nous avons tenu compte des facteurs de confusion connus ou supposés, notamment les troubles psychiatriques (critères d'évaluation secondaires).

GÉNÉRALITÉS

Chapitre 1: GENERALITES

1 Epidémiologie du problème professionnel en médecine générale

Les médecins généralistes constatent une augmentation permanente de prévalence du problème professionnel en consultation.^{10,11} Cependant, les données épidémiologiques sont peu nombreuses.

1.1 Données de l'Observatoire de la Médecine Générale

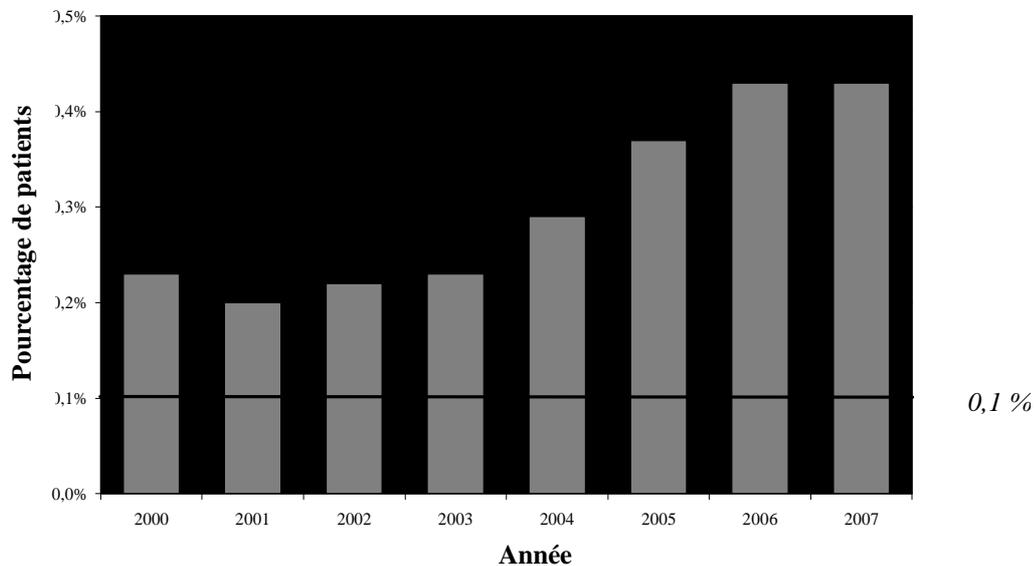
L'OMG¹² est un réseau national de 125 médecins. Ils mettent à disposition leurs données épidémiologiques depuis 1994 en utilisant un thesaurus de diagnostics standardisé qui est le dictionnaire des Résultats de Consultation (RC) de la Société Française de Médecine Générale (SFMG). La définition informatique utilisée pour le RC *problème professionnel* est donnée dans le **tableau 1**. Elle permet de relever les plaintes du patient lorsqu'il les lie à son travail.

Tableau 1: *Problème professionnel* selon le dictionnaire de la SFMG

PROBLEME PROFESSIONNEL	Code CIM-10: Z56
++++ PLAINTES SECONDAIRES À	
++1 CONFLIT D'ENTREPRISE	
++1 général	
++1 individuel	
++1 hiérarchie	
++1 collègues	
++1 CONDITIONS DE TRAVAIL	
++1 trajet	
++1 nuisance	
++1 toxique	
++1 radiation	
++1 horaires	
++1 dangerosité	
++1 pénibilité	
++1 autre	
++1 PRÉCARITÉ DU TRAVAIL	
++1 peur de perdre son emploi	
++1 chômage	
++1 changement d'emploi	
++1 MISE À LA RETRAITE	
+ - récursive	
+ - asymptomatique	

Avec: ++++ : critère obligatoire pour retenir ce diagnostic
 ++1| : au moins un des critères doit être présent
 +/- : complément sémiologique qui enrichit la description du cas

D'après l'OMG, la prévalence annuelle du problème professionnel ainsi définie est de **0.4 % en 2007**. Elle a doublé en 5 ans, comme le montre la **figure 1**.



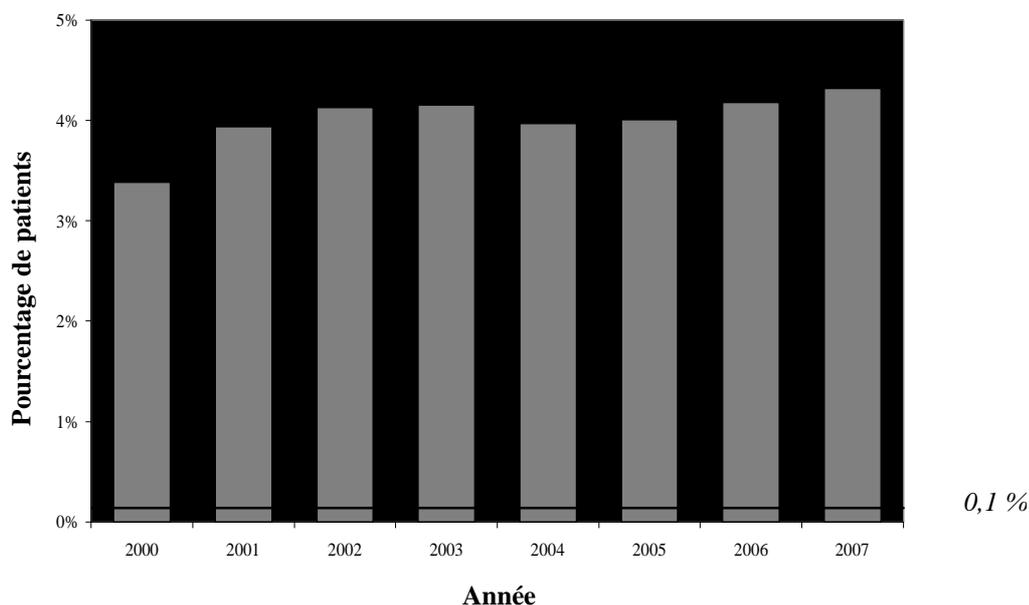
Source: Observatoire de la Médecine Générale (SFMG) 2007

Figure 1: Evolution annuelle de la prévalence du *problème professionnel* en médecine générale de 2000 à 2007 selon l'OMG

Cette prévalence annuelle est **inhomogène** entre les médecins du réseau de l'OMG. En 2007, pour un nombre moyen de 5.5 patients /médecin /an vus pour un problème professionnel, la médiane est de 0 patient /médecin/ an et le 3^{ème} quartile de 7 patients /médecin/ an. Ainsi, l'ensemble des diagnostics de *problème professionnel* sont posés par moins de la moitié des médecins. Cette inhomogénéité, si elle suggère d'abord une sensibilisation inégale des médecins aux difficultés professionnelles, s'explique surtout par l'utilisation préférentielle d'un autre type de diagnostic dans le thésaurus face aux difficultés professionnelles. En effet, le RC de *réaction à situation éprouvante* est plus adapté au relevé symptomatologique de la plainte, qui importe plus au médecin que sa cause. Elle peut être d'origine professionnelle ou tout autre, comme le montre sa définition dans le **tableau 2**. La **figure 2** illustre la hausse de sa prévalence annuelle ces 10 dernières années. Cette hausse est stable cependant, contrairement à la nette augmentation de la prévalence du *problème professionnel*.

Tableau 2: Réaction à situation éprouvante selon le dictionnaire de la SFMG

REACTION A SITUATION EPROUVANTE	Code CIM-10: F43.9
++++ EXPRESSION D'UN "MAL ÊTRE" (AVEC REVIVISCENCE FRÉQUENTE DE L'ÉPREUVE DÉCLENCHANTE)	
++1 agitation ou prostration	
++1 manifestations anxieuses	
++1 manifestations dépressives	
++1 mauvais sommeil	
++1 trouble(s) du comportement	
++1 addiction(s)	
++1 autre	
++++ ÉPREUVE DÉCLENCHANTE DE MOINS DE 6 MOIS	
++1 familiale (conflit, séparation, deuil)	
++1 professionnelle	
++1 scolaire	
++1 maladie ou accident corporel ou matériel	
++1 agressions diverses (viol, attentat)	
++1 catastrophe naturelle	
++1 autre(s)	
+ - entourage présent pendant la séance	
+ - récidive	



Source: Observatoire de la Médecine Générale (SFMG) 2007

Figure 2: Evolution annuelle de la prévalence d'une réaction à situation éprouvante en médecine générale de 2000 à 2007 selon l'OMG

1.2 Enquête auprès de médecins généralistes

Une étude de thèse¹⁰ a été menée en 2006 auprès de 104 médecins généralistes répartis sur le territoire français. Tous constatent une recrudescence des symptômes liés à un stress professionnel chez leurs patients, avec une hausse des prescriptions de psychotropes et des arrêts de travail en rapport. Selon les médecins interrogés, 23 % des patients souffriraient de stress professionnel chronique, 7 % de « harcèlement moral » et 13 % d'épuisement professionnel. La responsabilité des facteurs causaux professionnels et privés dans la souffrance des patients leur est difficile à apprécier. En effet, 79 % des médecins pensent qu'il existe des traits de personnalité qui prédisposent certains patients à des répercussions néfastes du stress professionnel sur leur santé. Et 97 % d'entre eux pensent qu'il existe des situations hors du travail qui peuvent aggraver nettement le stress perçu au travail.

2 Les risques psychosociaux

2.1 Une évolution de notre société

Les RSP¹ sont apparus dans les années 1995-1998. Ils seraient la conséquence des transformations du monde du travail, notamment de ses modes organisationnels.^{17,18,26,27,28} Ces changements témoignent d'une véritable révolution: pendant des millénaires, la pénibilité des tâches était principalement due à leur caractère physique éprouvant, elle est plus aujourd'hui d'origine psychosociale.^{29,30}

Les RPS occasionnent des pathologies professionnelles difficiles à cerner, car leurs causes sont multifactorielles. Une phase d'observation préalable est nécessaire pour mieux les définir,¹ et les enquêtes de grande ampleur se démultiplient.^{8,31,32,33} Mieux établir les RPS est fondamental, car ils posent des problèmes complexes et majeurs par le poids de leurs conséquences. Leur absence des tableaux de maladie professionnelle entraîne des négociations entre patronat et syndicats. Le patronat refuse toute reconnaissance normée qui entraînerait une présomption d'origine professionnelle. Il dénonce des fragilités personnelles et un environnement global de plus en plus stressant, qui dépasse la seule sphère professionnelle.

Aujourd'hui, la prévention collective des RPS en entreprise est un enjeu de santé majeur. La lutte contre le stress est son objectif premier. En octobre 2004, les partenaires sociaux ont établi un accord européen pour « *prévenir, éliminer et réduire les problèmes issus du stress au travail* ». Il a été transposé en droit français le 2 juillet 2008. Les événements récents chez

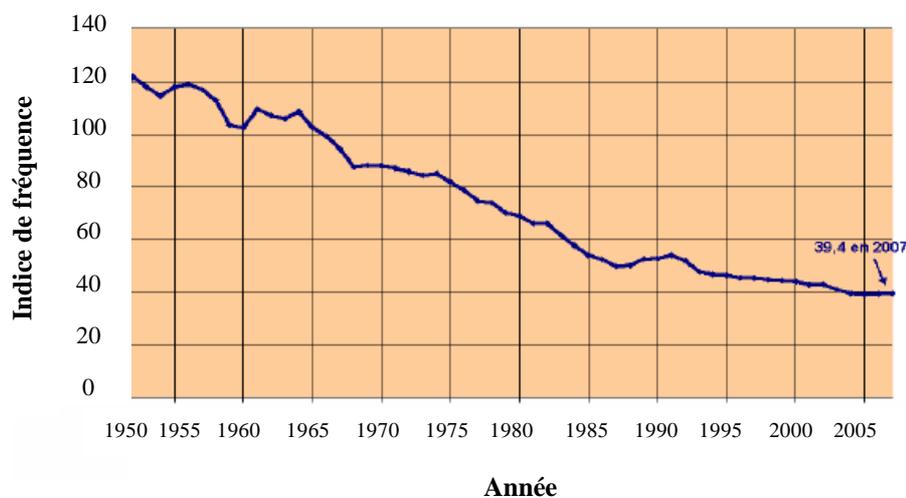
France Télécom (avec 25 suicides depuis février 2008 à la date du 19 octobre 2009) ont conduit la Direction des Ressources Humaines à ouvrir une négociation sur la prévention du stress afin de prévenir les suicides. L'actuel président de France Télécom s'est engagé à finaliser pour décembre un « plan anti-stress ». Un questionnaire de 170 questions a été adressé aux 102 000 salariés de l'entreprise. Cette situation concerne aussi d'autres entreprises, comme Renault SA à Guyancourt qui vient de connaître le nouveau suicide d'un ingénieur, alors que 4 cas ont été recensés récemment (dont un reconnu en accident du travail). C'est la raison pour laquelle le Ministre du Travail a décidé d'élargir l'application de cette négociation à l'ensemble des 2 500 entreprises françaises de plus de 1 000 salariés. Elle doit aboutir à un accord des entreprises avant février 2010. En ce qui concerne les petites et moyennes entreprises, le ministère promet une « politique d'information » avec des outils diagnostiques et des indicateurs d'action qui restent à définir.

2.2 Définition des risques psychosociaux

2.2.1 Les trois grands risques professionnels

2.2.1.1 Les risques physiques ou d'« accident »

Les risques physiques traitent des atteintes brutales à l'intégrité des individus. C'est le domaine traditionnel de la sécurité, au sens de lutte contre la survenue d'accidents du travail. Le nombre d'accidents déclarés et reconnus a fortement décru suite aux importantes évolutions structurelles de la population active.³⁴ Comme le montre la **figure 3**, il a diminué de plus d'un tiers entre 1970 et 2000, puis il s'est stabilisé.

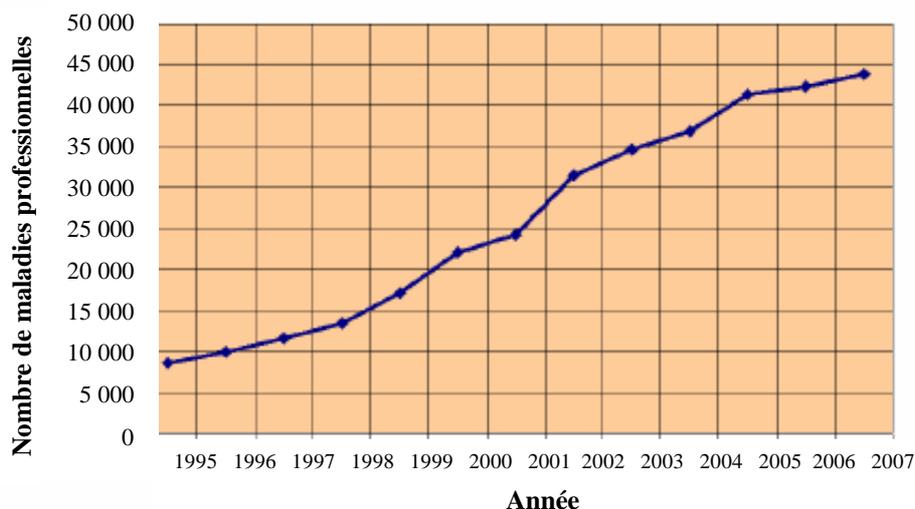


Source CNAMTS- Direction des Risques Professionnels / Statistiques technologiques

Figure 3: Évolution de l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt de travail en France depuis 1950 (pour mille salariés)

2.2.1.2 Les risques physiologiques ou de « maladie »

Les risques physiologiques concernent les nombreuses formes d'expositions cumulées à l'origine de maladies liées au travail. Il s'agit ici de santé physique au travail. Le nombre de maladies professionnelles reste en constante augmentation.³⁴ Comme le montre la **figure 4**, leur progression est plus modérée ces dernières années, avec des taux d'évolution annuelle respectifs de +2.3 % en 2006 et de +3.6 % en 2007.



Source CNAMTS- Direction des Risques Professionnels /Statistiques technologiques

Figure 4: Évolution du nombre de maladies professionnelles en France de 1995 à 2007

2.2.1.3 Les risques psychologiques ou de « souffrance »

Les risques psychologiques seraient en grande partie la conséquence indésirable des nouvelles formes de management. Ils intéressent l'impact psychologique sur le salarié et l'impact relationnel entre les salariés et le travail. Ils appartiennent au vaste ensemble des RPS.

Pour le Ministère du Travail, **les RPS recouvrent « des risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés »**. Ils sont en forte expansion et interfèrent entre eux de manière complexe et inextricable.¹ Le Code du travail français est resté longtemps sans reconnaître la composante psychique de la protection de la santé au travail. En effet, le rapport entre le travail et la santé mentale est plus difficile à cerner que celui entre l'activité physique et la santé physique. La **loi du 17 janvier 2002 dite de « modernisation sociale »** introduit dans le **Code du travail** la notion de santé mentale au sein de l'obligation générale de prévention de l'employeur.

Dans cette étude, nous abordons exclusivement cette dernière catégorie de facteurs: les RPS.

2.2.2 Les trois niveaux de risques psychosociaux

Il existe 3 niveaux contribuant aux RPS, qui correspondent aux situations porteuses de risque, aux facteurs de risque eux-mêmes et à leurs dommages.

2.2.2.1 Les situations porteuses de risques (les causes)

Les conditions de travail induisent des risques dont les causes sont organisationnelles. Les réactions des salariés sont toutefois différentes d'un individu à l'autre face à des situations professionnelles similaires. Il faut donc considérer:

- **l'organisation du travail**: ce sont les facteurs liés aux exigences du travail, à la nature des tâches, à l'organisation du travail et aux relations de travail
- **la réaction des individus**: ce sont les facteurs liés aux exigences des salariés vis à vis de leur travail, à la politique de ressources humaines et à la difficulté de vivre des changements

2.2.2.2 Les facteurs de risque psychosociaux

Le facteur de risque psychosocial est considéré au sens de facteur pouvant induire la survenue d'un trouble. On distingue:

- **le stress**, qui est le premier et le plus important des RPS
- **les violences internes**, dont le harcèlement sexuel et le harcèlement moral
- **les violences externes**

Leurs définitions sont précisées **en annexe 1**.

2.2.2.3 Les troubles psychosociaux

Ils sont les dommages des facteurs de risque psychosociaux. Le trouble psychosocial désigne la présence de signes plus ou moins perceptibles, qui peuvent s'aggraver progressivement. On distingue deux types de troubles qui interfèrent l'un avec l'autre:

- **les troubles psychiques**: démotivation, irritabilité, autodépréciation, perte de l'estime de soi, souffrance psychique, dépression, anxiété, épuisement (ou *burnout*), comportements alimentaires compulsifs, addictions, suicide
- **les troubles psychosomatiques**: troubles musculosquelettiques (TMS), troubles cardiaques, digestifs, fatigue, insomnie,...

Dans cette étude, nous souhaitons évaluer l'importance des troubles psychosociaux d'ordre psychique en quantifiant les troubles psychosomatiques qui les accompagnent.

2.3 La souffrance psychique au travail

2.3.1 Définition

La souffrance psychique est le premier trouble psychosocial. Elle correspond à un **mal-être**, une **détresse psychologique** et peut évoluer vers un tableau anxiodépressif. Sa subjectivité rend difficile la pertinence d'un indicateur. Elle est exprimée par les salariés sous différentes modalités: sentiment de lassitude, de solitude, d'inhibition et propension à la colère.³⁵ Elle peut avoir des **retentissements somatiques**, de gravité croissante suivant la durée de la situation.¹⁷ Leur prise en charge constituerait la première demande des patients pour un tiers des médecins.¹⁴

La souffrance psychique augmenterait avec l'âge, le fait de vivre seul et concernerait d'avantage les femmes.²⁶ Les facteurs responsables souvent cités sont les problèmes de collectif au travail, la violence psychologique, le déséquilibre effort/récompense et les pratiques de travail qui heurtent la conscience professionnelle.^{5,6,8}

Il faut distinguer clairement souffrance psychique et harcèlement moral. La souffrance psychique est une maladie résultant d'une organisation du travail. Elle n'a pas de statut juridique. Le harcèlement moral s'applique à des actes exercés par une hiérarchie, à l'existence d'un couple « *victime-pervers* », et relève de la nuisance. Il a sa définition juridique propre. Le danger d'une qualification de harcèlement à outrance est l'enfermement dans le statut de victime.²⁶

2.3.2 Prévalence en Poitou-Charentes

2.3.2.1 Programme de surveillance des Maladies à Caractère Professionnel

Depuis 2005, le programme national de surveillance des MCP, mis au point par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) en collaboration avec l'Inspection Médicale du Travail, répertorie les maladies liées au travail. Ce système a pour objectif d'estimer la prévalence des MCP et de mesurer la sous-déclaration des maladies professionnelles. En **2008**, l'étude menée en Poitou-Charentes a porté sur 4 342 salariés.⁶ Le taux de signalement des MCP était de 5.7 %. Avec une prévalence de 1.5 %, **la souffrance psychique était en 2^{ème} position** du signalement des MCP, après les affections de l'appareil locomoteur (prévalence 3.5 %). Sa proportion dans les maladies signalées tend à augmenter: 18 % en 2006, 17 % en 2007 et 24 % en 2008.^{5,7}

2.3.2.2 Enquête épidémiologique SAMOTRACE

En 2007, l'enquête épidémiologique SAMOTRACE^{8,9} (SAnté Mentale Observatoire TRavail régions Rhône-Alpes et CEntre) a été pilotée par l'INVS en régions Centre, Poitou-Charentes et Pays de la Loire. L'échantillon comportait 6 056 salariés et la prévalence du **mal-être mesuré par le GHQ-28**, qui s'apparente à une souffrance psychique, était de **24 % chez les hommes** et de **37 % chez les femmes**.

2.3.3 Reconnaissance en maladie professionnelle indemnisable

Les psychopathologies professionnelles sont absentes des tableaux de maladie professionnelle. Une reconnaissance est possible par le **Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles** (CRRMP). La victime doit prouver le lien direct entre son travail habituel et la maladie, et présenter un taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP) d'au moins 25 % (cf. 4^{ème} alinéa de l'article L 461-1 et article R 461-8 du Code de la Sécurité Sociale). Pour l'année 2006, **les affections psychologiques représentent 19 % des avis favorables** du CRRMP.³⁶ Les termes sont très divers pour dénommer les syndromes, comme le montre leur liste en **annexe 2**.

3 Somatisation et trouble multisomatoforme

3.1 Définition de la somatisation

La somatisation est un concept complexe et polysémique recouvrant différentes situations cliniques.³⁷ La définition de Z. LIPOWSKI³⁸ est la plus consensuelle: « *tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique et à rechercher pour eux une aide médicale* ». Ce processus de somatisation intervient en réponse à un « *stress psychosocial ou une souffrance psychologique* ». Elle se démarque du concept plus ancien de maladie psychosomatique, qui relie la maladie organique lésionnelle aux traits psychologiques. P. CATHEBRAS donne 3 interprétations à cette définition communément admises:³⁹

- la somatisation comme expression atypique d'une maladie psychiatrique
- la somatisation comme groupe de désordres psychiatriques spécifiques
- la somatisation comme comportement anormal vis-à-vis de la santé et de la maladie

3.1.1 La somatisation comme expression atypique d'une maladie psychiatrique

Plus de la moitié des patients avec un trouble psychiatrique suivis par des médecins généralistes se présentent avec des symptômes somatiques seuls, alors que moins de 20 % d'entre eux se présentent avec des symptômes psychologiques.⁴⁰ Il existe une forte association entre la somatisation et les troubles de l'humeur et anxieux.^{41,42,43,44,45}

3.1.2 La somatisation comme groupe de désordres psychiatriques spécifiques

La somatisation peut être envisagée comme un groupe de désordres psychiatriques spécifiques.⁴⁶ Elle rejoint la définition des troubles somatoformes établie en 1980 par l'*American Psychiatric Association* (APA) dans la 3^{ème} édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-III): « *troubles caractérisés par la présence de symptômes physiques suggérant l'existence d'une maladie somatique, en l'absence d'une lésion organique ou d'un mécanisme physiopathologique défini, à la base d'une souffrance cliniquement significative et/ou d'un dysfonctionnement social, et pour lesquels il existe de fortes présomptions que les symptômes soient liés à des facteurs psychologiques* ». Les définitions des différentes catégories de troubles somatiques sont précisées en **annexe 3**. Elles sont utilisées pour former des groupes homogènes dans les études cliniques. Mais leurs descriptions sont restrictives car seuls les cas les plus sévères sont diagnostiqués. Elles sont inadaptées à la pratique courante. Plusieurs reclassements ont déjà été proposés.^{23,47,48,49}

3.1.3 La somatisation comme comportement anormal vis-à-vis de la santé et de la maladie

Cette définition de la somatisation recouvre les cas les plus fréquents vus en médecine générale. Elle correspond aux symptômes médicalement inexplicables ne répondant pas aux diagnostics psychiatriques précédents: trouble dépressif et anxieux, et troubles somatoformes. Cette approche cognitivo-comportementale est centrée sur la perception du symptôme par le patient et le comportement pathologique qui en résulte.⁵⁰ Elle développe l'hypothèse que chaque individu a une perception de symptômes qui lui est personnelle et familière, et dont la connaissance s'accumule au cours de la vie dans un processus continu. Il juge ainsi sa situation à partir de sa propre évaluation qui prend en compte ses expériences antérieures. Des informations de source extérieure s'ajoutent (entourage, médecin, médias) et peuvent initier une modification de l'interprétation individuelle des perceptions habituelles. Le symptôme est alors perçu comme le signe d'une maladie et l'individu focalise son attention sur la partie du corps suspecte.⁵¹ Ces phénomènes cognitifs (perceptifs, évaluatifs, interprétatifs) peuvent conduire à un comportement de recherche de soins.^{52,53,54}

La somatisation est fréquente en médecine générale,^{43,55} en médecine spécialisée⁵⁶ et à l'hôpital.⁵⁷ Elle existe dans toutes les sociétés⁵⁸ mais l'expression de la détresse diffère selon les croyances, les pratiques culturelles, la familiarité avec les systèmes de santé et l'accès aux soins.^{59,60}

3.2 Définition du trouble multisomatoforme

La définition du trouble multisomatoforme a été proposée par K. KROENKE et coll.²⁰ en 1997, face aux critères inclusifs trop restrictifs du trouble somatoforme dans le DSM-III. Il est validé pour évaluer les situations courantes de somatisation en médecine générale.²¹

Ce trouble est défini par la présence actuelle d'**au moins 3 symptômes**:

- parmi une **liste de 15 symptômes somatiques** représentant 90 % de ceux motivant une consultation en médecine générale, à l'exception des symptômes d'infection respiratoire haute
- **sans explication médicale**, ou plus invalidants que ne peut l'expliquer une affection médicale éventuellement associée
- responsables d'une **détresse significative**
- ressentis comme gênants pendant au moins la moitié du temps et **au moins 2 ans**
- ne correspondant pas à un autre trouble mental présent, et non feints ou produits intentionnellement

Les 15 symptômes somatiques sont ceux du PHQ-15 (*Patient Health Questionnaire*) et sont répertoriés en **annexe 4**.

Pour 1 000 patients consultant en médecine générale aux Etats-Unis, la prévalence de ces symptômes est comprise entre 3 et 58 %.²² Leur proportion attribuable à un trouble multisomatoforme est comprise entre 16 et 33 %. La seule présence d'au moins 7 de ces symptômes, médicalement expliqués ou non, diagnostique un trouble multisomatoforme avec une sensibilité de 85 % et une spécificité de 77 %.²⁵

Le trouble multisomatoforme serait plus fréquent chez les femmes.^{20,21,24} Il est associé à un trouble de l'humeur ou anxieux dans plus de la moitié des cas.²² L'altération de la qualité de vie y est comparable et est corrélée au nombre de symptômes.²⁰ Le recours aux soins médicaux est plus fréquent.^{20,61}

3.3 Prévalences

La prévalence de la somatisation varie selon sa définition et les instruments de mesure utilisés. Affirmer la nature « *inexpliquée* » des symptômes est aussi difficile. Cela explique des divergences importantes de prévalence, notamment entre cliniciens et chercheurs.

3.3.1 Prévalence de la somatisation dans la population générale

En 1987, une étude menée à Los Angeles⁶² calcule la prévalence de la somatisation à **4.4 % dans la population**. On estime que parmi 1 000 personnes, 800 ressentent des symptômes en un mois, 327 songent à prendre un avis médical, 217 consultent un médecin, 21 consultent à l'hôpital, 13 vont aux urgences, 8 sont hospitalisés dont 1 en hôpital universitaire.⁶³

3.3.2 Prévalence de la somatisation en médecine générale

Avec une prévalence de **10 % à 50 %**, la somatisation est une des 3 plus fréquentes psychopathologies traitées en médecine générale, avec la dépression et l'anxiété.^{21,61,64}

3.3.3 Prévalence du trouble multisomatoforme en médecine générale

La prévalence du trouble multisomatoforme est de **8.2 %** pour 1 000 patients vus en médecine générale aux Etats-Unis, selon l'étude de référence de K. KROENKE et coll. en 1997.²⁰ Elle varie entre 19 et 25 % dans plusieurs études américaines récentes, avec des groupes de patients plus petits.^{21,24,61}

3.4 Corrélation entre troubles multisomatoforme, de l'humeur et anxieux

En 2008, une étude nord-américaine de grande ampleur retrouve une comorbidité entre somatisation, dépression et anxiété dans plus de 50 % des cas en médecine générale.⁴³ De même, la moitié des patients avec un trouble multisomatoforme ont une comorbidité anxiodépressive:²¹ une dépression est associée dans 30 à 50 % des cas, et une anxiété ou phobie dans 30 % des cas.^{22,24}

METHODOLOGIE

Chapitre 2: METHODOLOGIE

1 Type d'étude

Il s'agit d'une **étude rétrospective « sujets exposés / non exposés »**.

2 Période d'étude

Les patients ont été sélectionnés sur la période du **1^{er} octobre 2006 au 30 juin 2008**. Une durée de 21 mois a permis la constitution d'un échantillon de taille suffisante pour rendre l'étude avec une puissance statistique significative. La période a été choisie la plus récente possible, afin d'éviter les biais de mémorisation, fréquents dans ce genre d'étude, et en cas de manque de données dans les dossiers informatiques des patients.

3 Population étudiée

Nous avons compris dans notre étude la population de patients consultant **trois médecins généralistes** de Poitiers (86). Ils ont encadré mon Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) de mai à octobre 2008. Ils pratiquent depuis 17 à 22 ans une médecine générale de type urbaine à plein temps en cabinet de groupe. Deux de ces médecins exercent dans le même cabinet. Ils sont enseignants à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

4 Population de l'étude

Nous avons constitué deux groupes de patients. Le premier groupe comprend tous les patients qui ont présenté un problème professionnel au cours de la période d'étude (**groupe exposé**). Le second groupe est un échantillon de patients sans problème professionnel, tirés au sort parmi ceux qui ont consulté au cours de la même période (**groupe non exposé**). Les patients non exposés ont été appariés sur l'âge (+/- 6 ans), le sexe, la catégorie socioprofessionnelle (CSP) et le cabinet médical de consultation, à raison de 2 patients non exposés pour chaque patient exposé.

4.1 Patients exposés à un problème professionnel (groupe exposé)

4.1.1 Critères d'inclusion

Les dossiers médicaux sont tous informatisés. Les situations cliniques sont décrites en RC selon le **dictionnaire de la SFMG**. Nous avons sélectionné les dossiers par le **RC *problème professionnel*** apparu au cours de la période d'étude. Sa définition informatique est donnée dans le **tableau 1** à la page 13. Il relève les plaintes du patient lorsqu'il les lie à son travail. C'est ce lien de causalité qui est codé, et non les éventuelles conséquences. Ainsi, la pathologie sera relevée parallèlement dans la même séance. Les critères d'inclusion soulignent la plainte. Ils font la liste des principaux problèmes rencontrés au travail: les conflits, les conditions de travail, les difficultés dues à la précarité professionnelle et au passage à la retraite et les situations de chômage. La prévalence annuelle du problème professionnel pour les trois médecins généralistes de l'étude est de 1.8 % en 2007.

4.1.2 Critères de non inclusion

Lorsqu'un patient consulte pour un problème professionnel, le médecin peut choisir de ne pas retenir le RC *problème professionnel*, mais celui de ***réaction à situation éprouvante***. Sa définition informatique est donnée dans le **tableau 2** à la page 15. Elle correspond à l'expression d'une souffrance reliée par le patient à un événement particulier, ici professionnel. Nous avons choisi de ne pas inclure les patients présentant ce tableau syndromique, car le diagnostic de *réaction à situation éprouvante* souligne un tableau anxiodépressif prédominant, dont la cause peut être difficile à établir. Le suivi ultérieur permet d'évaluer s'il est relié à une difficulté professionnelle plus qu'à une fragilité personnelle. Le RC *problème professionnel* peut apparaître alors secondairement.

4.1.3 Critères d'exclusion

Nous avons exclu du groupe les patients lorsque:

- le problème professionnel correspondait aux situations de **chômage, de licenciement, de mise en inaptitude ou à la retraite**
- leur **antériorité** dans le cabinet était **inférieure à 12 mois** avant le problème professionnel
- leur **suivi** était **inférieur à 12 mois** après le problème professionnel (déménagement, changement de médecin généraliste)

4.2 Patients non exposés à un problème professionnel (groupe non exposé)

4.2.1 Critères d'inclusion

Les patients du groupe non exposé ont été inclus lorsqu'ils étaient appariables à un patient du groupe exposé par **âge** (+/- 6 ans), **sexe**, **CSP** et **cabinet médical de consultation**, dans une limite de 2 patients non exposés par patient exposé. Les CSP sont celles définies par l'INSEE⁶⁵ en 1982 et sont répertoriées en **annexe 5**.

4.2.2 Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus les patients tirés au sort appariables selon les critères préalables lorsque:

- ils étaient **inactifs** professionnellement
- ils présentaient un **problème professionnel 2 ans avant ou après** la période d'étude
- leur **antériorité** dans le cabinet était **inférieure à 12 mois** avant la période d'étude
- leur **suit** dans le cabinet était **inférieur à 12 mois** après la période d'étude (déménagement, changement de médecin généraliste)

4.2.3 Tirage au sort

Pour constituer le groupe non exposé, nous avons réalisé un tirage au sort parmi les patients ayant consulté au cours de la période d'étude dans le même cabinet médical. Lorsque le patient tiré au sort ne présentait pas tous les critères d'inclusion, il était rejeté **sans remise**.

Le tirage au sort a été réalisé de la manière suivante:

- à partir des agendas de rendez-vous des médecins, nous avons sélectionné les patients ayant consulté pendant la période d'étude (du 1^{er} octobre 2006 au 30 juin 2008)
- une date a été choisie au hasard, à laquelle nous avons tiré au sort un premier patient
- les patients suivants ont été choisis selon un pas de sélection constant, calculé à partir de la formule suivante:

$$\text{Pas de sélection} = \frac{\text{Nombre de consultations /mois} \times \text{Durée de l'étude en mois}}{\text{Nombre souhaité de patients non exposés}}$$

Le nombre mensuel de consultations pour chaque médecin a été estimé à partir du relevé individuel d'activité et de prescription de l'année 2007 (relevé SNIR) adressé par la Sécurité sociale. Les deux médecins qui travaillent dans le même cabinet ont un agenda commun. Nous avons donc considéré leur activité commune, d'autant qu'ils suivent certains patients conjointement et que leur activité individuelle est similaire.

Devant les cas particuliers suivants, nous avons procédé ainsi:

- à la fin de la période d'étude, soit au 30 juin 2008, nous avons repris le tirage au sort au début de la période d'étude, soit au 1^{er} octobre 2006
- lorsque la CSP était inconnue, le patient était non inclus
- lorsque le prénom du patient était inconnu ou s'il possédait un ou plusieurs homonymes, nous avons choisi un patient au hasard parmi ceux-là jusqu'à en trouver ou non un qui soit appariable
- lorsque la tranche horaire de consultation était vide, nous avons sélectionné le patient suivant ou précédent
- lorsque le médecin était absent (vacances, formation), soit nous avons sélectionné un patient qui consultait au même horaire un autre médecin (confrère, interne, remplaçant), soit nous sommes passés au suivant
- lorsque le tirage au sort est devenu trop fastidieux, en raison du nombre réduit de patients à inclure, nous avons sélectionné sur la liste alphabétique de tous les patients connus, en partant du dernier patient tiré au sort, le premier présentant tous les critères d'inclusion

5 Estimation de la taille des échantillons

L'estimation du nombre de sujets requis a été réalisée avec le logiciel de statistiques **STATA® version 8** pour Windows® (Stata Corporation, Lakeway Drive, Texas, USA).

Nous avons posé un niveau de confiance de 95 % (soit un risque α de 5 %) et une puissance de test de 80 % (soit un risque β de 20 %). Nous avons estimé la prévalence du trouble multisomatoforme à 8.2 % en médecine générale. Il s'agit de la prévalence observée pour 1 000 patients aux Etats-Unis dans l'étude de référence de K. KROENKE et coll.²⁰ Nous avons calculé un **nombre minimum de 100 patients** dans chaque groupe, nécessaire pour mettre en évidence une différence significative d'au moins 15 % entre leurs pourcentages de trouble multisomatoforme.

6 Détermination des critères d'évaluation

6.1 Le trouble multisomatoforme, critère d'évaluation principal

6.1.1 Critères inclusifs

A l'aide de la définition du trouble multisomatoforme, nous avons estimé sa présence devant l'un des 3 critères suivants, sur une **période d'observation de 2 ans**:

- soit la présence de 7 symptômes somatiques au moins, parmi les 15 symptômes de sa définition, expliqués ou non médicalement (**critère quantitatif**)
- soit la présence de 3 symptômes somatiques au moins répondant à un critère de chronicité, défini par leur répétition au moins 3 fois (**critère de chronicité**)
- soit la présence de *plaintes polymorphes*, définies par le dictionnaire de la SFMG (**diagnostic de somatisation établi par le médecin**)

6.1.2 Equivalence entre les 15 symptômes somatiques du trouble multisomatoforme et les résultats de consultation du dictionnaire de la SFMG

Nous avons établi une correspondance entre la liste de 15 symptômes somatiques entrant dans la définition du trouble multisomatoforme et les RC du dictionnaire de la SFMG. Cette correspondance figure dans le **tableau 3**. Les symptômes ont été retenus lorsqu'ils existaient sous la forme de RC, mais aussi lorsqu'ils étaient souvent suggérés par le médecin dans ses notes. Ils ont été considérés **en dehors de la survenue d'une pathologie organique aiguë** (précordialgies et syndrome coronarien aigu, asthénie sous chimiothérapie, douleur abdominale et appendicite, etc).

Tableau 3: Equivalence des 15 symptômes somatiques du trouble multisomatoforme en résultats de consultation selon le dictionnaire de la SFMG

Liste des 15 symptômes somatiques du trouble multisomatoforme	Equivalence en RC selon le dictionnaire de la SFMG
1. <i>Stomach pain</i>	Epigastralgie Reflux-Pyrosis-Œsophagite Ulcère duodéal Ulcère gastrique
2. <i>Back pain</i>	Lombalgie Dorsalgie Cervicalgie Myalgie Arthrose Douleur non caractéristique

Liste des 15 symptômes somatiques du trouble multisomatoforme	Equivalence en RC selon le dictionnaire de la SFMG
3. <i>Pain in your arms, legs or joints (knees, hips, etc)</i>	Arthropathie-Périarthropathie Epaule (téno-synovite) Epicondylite Tarsalgie-Métatarsalgie Téno-synovite Sciatique Névralgie-Névrite Douleur non caractéristique Arthrose
4. <i>Menstrual cramps or other problems with your periods (women only)</i> En l'absence de grossesse diagnostiquée	Dysménorrhée Syndrome prémenstruel Ménorragie-Métrorragie Aménorrhée-Oligoménorrhée- Hypoménorrhée Douleur pelvienne
5. <i>Headaches</i>	Céphalées Migraines
6. <i>Chest pain</i>	Précordialgies
7. <i>Dizziness</i>	Vertiges - Etat vertigineux Accès et crise
8. <i>Fainting spells</i>	Malaise – Evanouissement Accès et crise
9. <i>Feeling you heart pound or race</i>	Palpitation – Eréthisme cardiaque Accès et crise
10. <i>Shortness of breath</i>	Dyspnée Accès et crise
11. <i>Pain or problems during sexual intercourse</i>	Dysfonction sexuelle
12. <i>Constipation, loose bowels, or diarrhea</i>	Constipation Diarrhée-Nausée-vomissement Diarrhée (isolée) Syndrome colique
13. <i>Nausea, gas, or indigestion</i>	Plainte abdominale Diarrhée-Nausée-vomissement Météorisme
14. <i>Feeling tired or having low energy</i>	Asthénie – Fatigue Amaigrissement
15. <i>Trouble sleeping</i>	Insomnie

6.2 Les critères d'évaluation secondaires

Les critères d'évaluation secondaires étudiés ont été:

- l'hyperconsommation de soins, définie par au moins 16 consultations sur 2 ans
- le trouble de l'humeur comprenant les diagnostics d'*humeur dépressive*, de *dépression* et de *syndrome maniaco-dépressif*
- le trouble anxieux comprenant les diagnostics d'*anxiété-angoisse* et de *phobie*
- le trouble addictif comprenant les diagnostics de *problème avec l'alcool* et de *toxicomanie*
- le *trouble psychique*
- la présence d'une situation éprouvante personnelle ou familiale (divorce, deuil, pathologie médicale grave)

Le seuil de 16 consultations sur 2 ans a été choisi en référence à une étude de R. SMITH et coll.²³ qui décrit un recours important aux soins médicaux à partir de 8 consultations par an. Hormis la situation éprouvante et l'hyperconsommation de soins, les critères d'évaluation secondaires apparaissent sous la forme de RC dont les définitions sont données en **annexe 6**.

7 Outils de recueil

Les trois médecins ont le même **logiciel médical** de traitement des dossiers **EASYPRAT® version V6** (Biostat, Orléans, France). Il a les avantages suivants:

- une sélection facile et rapide des dossiers, à partir d'un RC et d'une période choisie
- l'utilisation d'un langage médical commun selon le dictionnaire de la SFMG
- la saisie systématique d'un ou plusieurs RC pendant l'examen clinique, qui évite la perte de données (oublis, illisibilité, perte du dossier).

Les informations contenues dans les dossiers et nécessaires à notre étude ont été les suivantes:

- données administratives: date de naissance, situation familiale, CSP, contrat médecin référent, Affection Longue Durée (ALD) et Couverture Médicale Universelle (CMU)
- date de consultation médicale et RC correspondant(s) selon le dictionnaire de la SFMG
- traitement médicamenteux prescrit

Les données recueillies sur le logiciel EASYPRAT® ont été transférées sur **OFFICE EXCEL® version 2003** (Microsoft Corporation, Imprensa Systems, Santa Rosa, Californie, USA), puis exploitées à l'aide du logiciel statistique STATA®.

8 Variables étudiées

Nous avons retenu la première date du *problème professionnel* apparaissant sur la période d'étude, même s'il existait antérieurement pour le patient. L'équivalent de cette date pour les patients non exposés est celle de la consultation par laquelle ils ont été tirés au sort. L'âge des patients a été calculé à ces dates et la période d'observation a débuté 1 an auparavant.

La validité des variables sociodémographiques est celle du jour du recueil des données. Certaines ont pu être actualisées après la période d'étude, ce dont nous n'avons pas connaissance.

Les troubles de l'humeur, anxieux, addictif et psychique ont été considérés présents devant:

- leurs RC correspondants « symptomatiques » (c'est-à-dire en excluant les RC « asymptomatiques » indiquant la prise en compte d'un antécédent)
- la répétition au moins 3 fois du RC sur la période d'étude et les 2 ans qui précèdent
- et/ou un traitement psychotrope en rapport pendant la période d'étude

Lorsque les RC correspondants aux troubles de l'humeur et anxieux apparaissaient moins de 3 fois, ils ont été comptabilisés en supplément des 15 symptômes somatiques.

Les patients qui présentaient une toxicomanie et traités par substitution orale ont été considérés comme relevant d'une ALD. Cela a permis d'homogénéiser les données, puisque la demande d'ALD pour ces patients était variable d'un médecin à l'autre selon sa pratique.

Les patientes enceintes, fragiles professionnellement, ont été considérées comme relevant d'une situation éprouvante.

Les **tableaux 4, 5, 6 et 7** présentent les 20 variables étudiées pour chaque patient.

8.1 Variables liées au médecin généraliste consulté

Tableau 4: Variables liées au médecin généraliste consulté

Variable	Modalité	Justification
11. Cabinet médical	0 = 1 ^{er} cabinet médical 1 = 2 ^{ème} cabinet médical	Description de la répartition des patients exposés inclus dans l'étude
12. Médecin généraliste consulté	1 = 1 ^{er} médecin généraliste 2 = 2 ^{ème} médecin généraliste 3 = 3 ^{ème} médecin généraliste 4 = suivi conjoint par les 1 ^{er} et 2 ^{ème} médecins généralistes	

8.2 Variables sociodémographiques

Tableau 5: Variables sociodémographiques

Variable	Modalité	Justification
1. Sexe	0 = homme 1 = femme	Etude descriptive Appariement des patients non exposés
2. Date de naissance	X = JJ/MM/AAAA	Etude descriptive Calcul de l'âge du patient au moment de la survenue du <i>problème professionnel</i> ou à la date de consultation tirée au sort Appariement des patients non exposés
3. Situation familiale	0 = seul(e) 1 = en couple	Etude descriptive
4. Médecin référent	0 = non 1 = oui	Donnée d'évaluation du suivi réel du patient, et de son adhésion aux soins
5. ALD	0 = non 1 = oui	Intervient dans la fréquence de consultation
6. CMU	0 = non 1 = oui	Difficultés économiques occasionnant une fragilité personnelle
7. CSP	1 = exploitants agricoles 2 = artisans, commerçants et chefs d'entreprise 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures 4 = professions intermédiaires 5 = employés 6 = ouvriers	Etude descriptive Reprise de 6 CSP de l'INSEE (annexe 5) Appariement des patients non exposés

8.3 Variable du type de problème professionnel (patients exposés)

Tableau 6: Variable du type de problème professionnel (patients exposés)

Variable	Modalité	Justification
10. Type de problème professionnel principal	1 = conflit général ou individuel 2 = conditions de travail 3 = précarité professionnelle 4 = manque de reconnaissance professionnelle 5 = harcèlement moral ou pathologie du supérieur hiérarchique 6 = pas de plainte principale distinguishable	Etude descriptive Données reprenant en partie les critères du <i>problème professionnel</i> selon le dictionnaire de la SFMG

8.4 Variables du trouble multisoforme et des autres troubles psychiatriques

Tableau 7: Variables du trouble multisoforme et des autres troubles psychiatriques

Variable	Modalité	Justification
13. Nombre de consultations sur la période d'observation	0: < 16 consultations 1: = 16 consultations	Définition d'une hyperconsommation de soins
14. Nombre de symptômes parmi les 15 symptômes somatiques et/ou présence de <i>plaintes polymorphes</i>	0: absence 1: 1 symptôme 2: 2 symptômes 3: 3 symptômes 4: 4 symptômes 5: 5 symptômes 6: 6 symptômes 7: = 7 symptômes et/ou <i>plaintes polymorphes</i>	Critère quantitatif inclusif du trouble multisoforme
15. Persistance (=3 répétitions) de =3 symptômes somatiques ou de <i>plaintes polymorphes</i>	0 = non 1 = oui	Critère de chronicité inclusif du trouble multisoforme
16. Trouble de l'humeur	0 = non 1 = oui	- RC <i>humeur dépressive, dépression, syndrome maniaco-dépressif</i>
17. Trouble d'anxiété	0 = non 1 = oui	- RC <i>anxiété-angoisse, phobie</i>
18. Trouble addictif	0 = non 1 = oui	- RC <i>problème avec l'alcool, toxicomanie</i>
19. Trouble psychique	0 = non 1 = ou	- RC <i>trouble psychique</i>
20. Situation éprouvante	0 = non 1 = oui	Facteur pouvant favoriser une somatisation: - personnel: maladie, grossesse, logement - familial: décès ou maladie d'un proche, divorce

9 Analyse statistique

Les données ont été analysées avec le logiciel statistique **STATA®**.

9.1 Analyse descriptive

Les variables continues ont été décrites par la moyenne et l'écart-type, et les variables qualitatives par l'effectif et la fréquence.

9.2 Analyse univariée

Les patients exposés ont été comparés aux patients non exposés par un test du χ^2 pour les variables qualitatives. La relation entre les variables qualitatives a été résumée par un Odds-Ratio (OR) pour la présence de la maladie, avec son intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

9.3 Analyse multivariée

La recherche des variables ayant une valeur explicative indépendante sur la présence d'une symptomatologie a été réalisée à l'aide d'une régression logistique conditionnelle. Toutes les variables liées à la symptomatologie avec un $p < 0.20$ ont été considérées dans le modèle maximal. Nous avons utilisé le modèle complet sans application d'une stratégie pas à pas descendante. Les critères d'appariement dans les analyses étaient l'âge (+/- 6 ans), le sexe, la CSP et le cabinet médical de consultation. Une valeur de $p < 0.05$ a été considérée comme significative.

10 Déroulement de l'étude

Nous avons procédé aux étapes successives suivantes:

1. Etablissement du critère d'évaluation principal et des critères secondaires par l'analyse des données disponibles
2. Validation du protocole méthodologique et estimation de la taille des échantillons par G. BOUCHE, service de Biostatistiques et Informatique Médicale (BIM) au pôle de pharmacie et santé publique du CHU de Poitiers (P. INGRAND)
3. Recueil de données pour le groupe de patients exposés à un problème professionnel
4. Appariement de 2 patients non exposés tirés au sort pour chaque patient exposé, avec recueil de données
5. Analyse statistique des données par logiciel

RÉSULTATS

Chapitre 3: RESULTATS

1 Etapes du recueil de données

Le recueil de données s'est déroulé en deux étapes:

- 3 jours de recueil pour les patients exposés
- 7 jours de recueil pour les patients non exposés

La **figure 5** illustre les étapes de ce recueil de données:

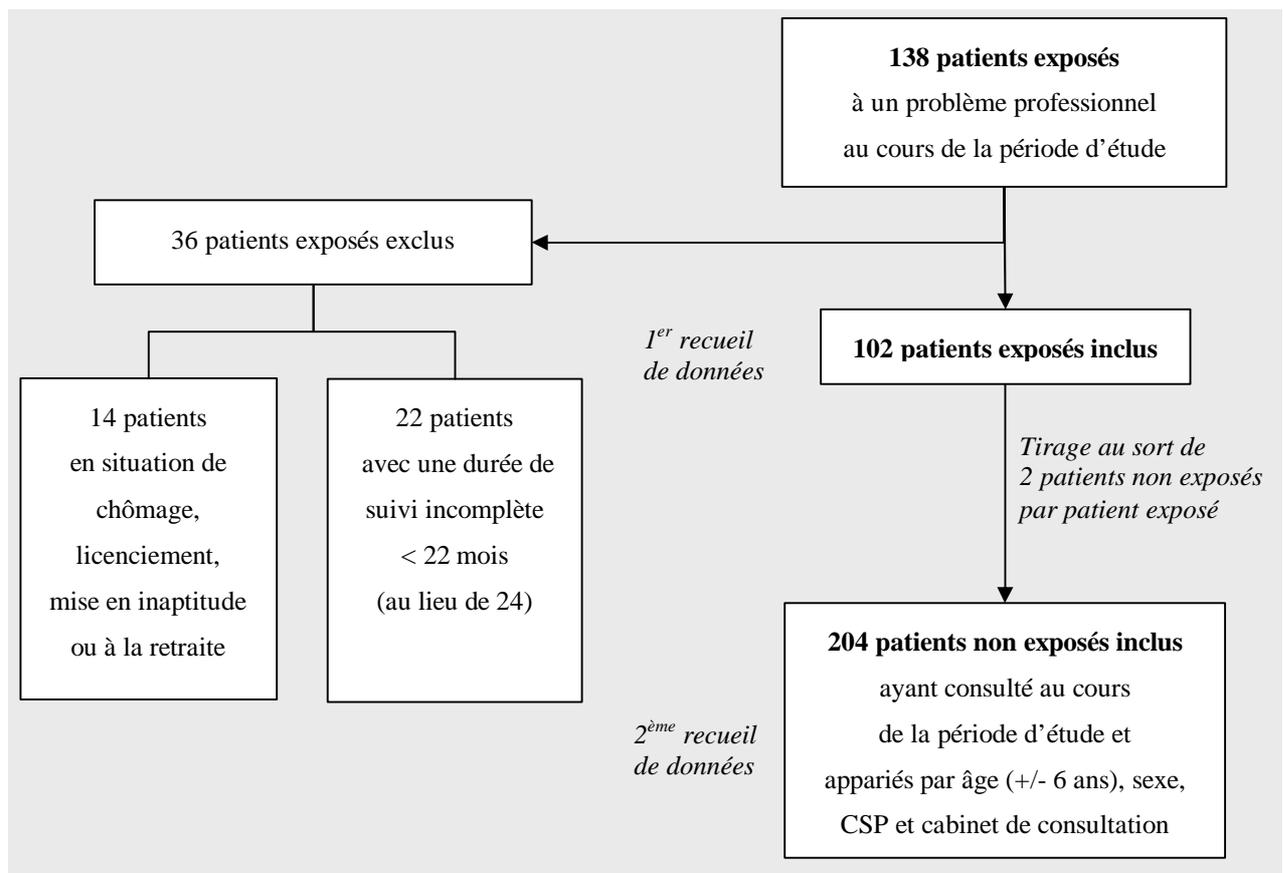


Figure 5: Plan de l'étude

Les précisions sur la réalisation du tirage au sort des patients non exposés sont données en **annexe 7**.

2 Répartition des patients exposés entre les trois médecins

Le **tableau 8** illustre la répartition des patients exposés entre les trois médecins généralistes.

Tableau 8: Répartition des patients exposés entre les trois médecins

Médecin généraliste		Patients exposés durant la période d'étude				Patients exposés inclus n = 102
		Effectif total n = 138	Chômage, licenciement, inaptitude ou retraite n = 14 (<i>exclusion</i>)	Période d'observation incomplète n = 25		
				< 22 mois (<i>exclusion</i>)	= 22 mois (<i>inclusion</i>)	
1 ^{er} cabinet médical	1 ^{er} médecin	54	8	4	2	42
	2 ^{ème} médecin	46	3	10	1	33
	suivi conjoint	5	1	1	0	3
2 ^{ème} cabinet médical	3 ^{ème} médecin	33	2	7	0	24

3 Périodes d'observation incomplètes

Parmi les 124 patients exposés restant après exclusion des situations de chômage, licenciement, mise en inaptitude ou mise à la retraite, 25 patients avaient une période d'observation incomplète. Nous avons maintenu dans l'étude les 3 patients dont la période d'observation était d'au moins 22 mois (au lieu de 24 mois), considérant qu'elle était alors suffisante pour l'exploitation des données. La fréquence de consultation de ces patients a été appréciée selon leur durée d'observation. Ainsi, une hyperconsommation de soins a été considérée à partir de 14 consultations sur 22 mois et 15 consultations sur 23 mois.

4 Données manquantes

Parmi les 102 patients exposés inclus, 2 patients avaient une donnée inconnue: une situation familiale et une CSP. Parmi les 204 patients non exposés, 6 patients avaient une situation familiale inconnue. Ces 8 patients ont été maintenus dans l'étude et leurs données manquantes ont été indiquées non connues. Le patient exposé avec une CSP inconnue a été apparié par âge, sexe et cabinet de consultation.

5 Caractéristiques sociodémographiques

5.1 Données

La moyenne d'âge des patients de l'étude est de **39.1 ans ± 10.4**. Il y a **66.7 % de femmes** et 33.3 % d'hommes. Les patients vivent en couple dans 66 % des cas et seuls dans 34 % des cas. Le médecin consulté est le médecin référent dans 90.5 % des cas. Les patients sont en ALD dans 13.1 % des cas et ont une CMU dans 9.5 % des cas. Les données sociodémographiques de patients exposés et non exposés sont précisées en **annexe 8**.

5.2 Comparaison avec la population active de la Vienne

La représentativité sociodémographique de la population étudiée reflète celle du groupe de patients exposés à un problème professionnel. L'appariement par âge, sexe et CSP rend ces données nécessairement similaires pour les patients non exposés. Nous avons comparé les caractéristiques sociodémographiques de la population de l'étude avec celles de la population active de la Vienne selon l'INSEE en 2006. Les données comparées et les valeurs du test du χ^2 de conformité utilisé sont indiquées en **annexe 9**.

5.2.1 Répartition par âge et par sexe

La **figure 6** compare la répartition par âge et par sexe de la population de l'étude avec celle de la population active de la Vienne. Dans notre étude, la tranche d'âge prédominante est celle des 25/54 ans. Les hommes de 55 ans et plus ne sont pas représentés. Il y a une prédominance des patients de sexe féminin (66.7 %).

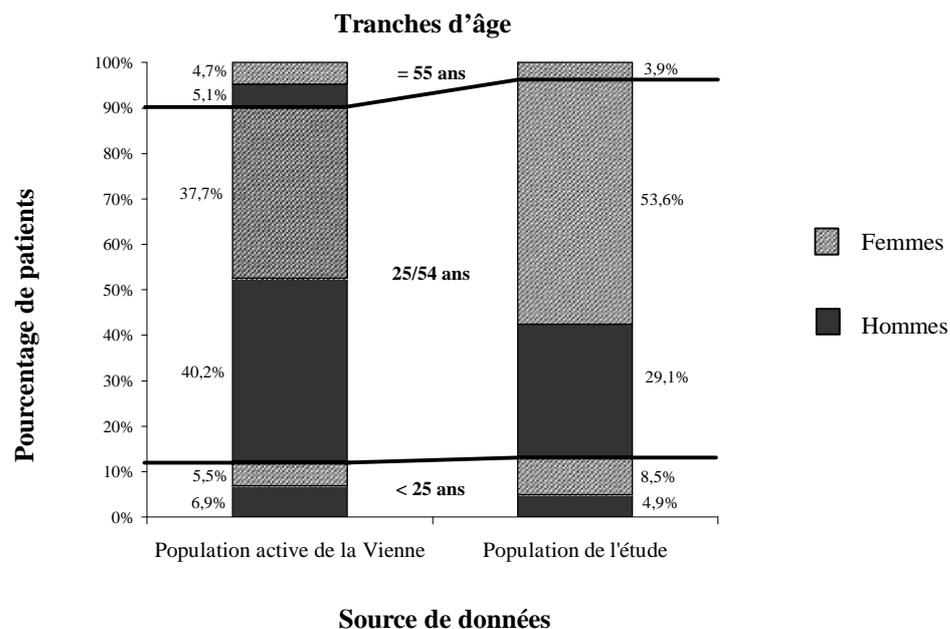


Figure 6: Répartition par âge et par sexe de la population de l'étude et de la population active de la Vienne

5.2.1.1 Test du χ^2 sur la répartition par tranches d'âge

Selon le test du χ^2 de conformité, la population de l'étude diffère dans sa répartition par tranche d'âge de la population active de la Vienne. **Les patients de 55 ans et plus sont sous-représentés**, avec un degré de signification égal à 0.002.

5.2.1.2 Test du χ^2 sur la répartition par sexe

Selon le test du χ^2 de conformité, la population de l'étude diffère dans sa répartition par sexe de la population active de la Vienne. **Les femmes sont sur-représentées**, avec un degré de signification supérieur à 0.0001.

5.2.2 Répartition par CSP

La **figure 7** compare la répartition par CSP de la population de l'étude avec celle de la population active de la Vienne. Dans notre étude, la CSP prédominante est celle des employés (43.6 %). Les exploitants agricoles ne sont pas représentés.

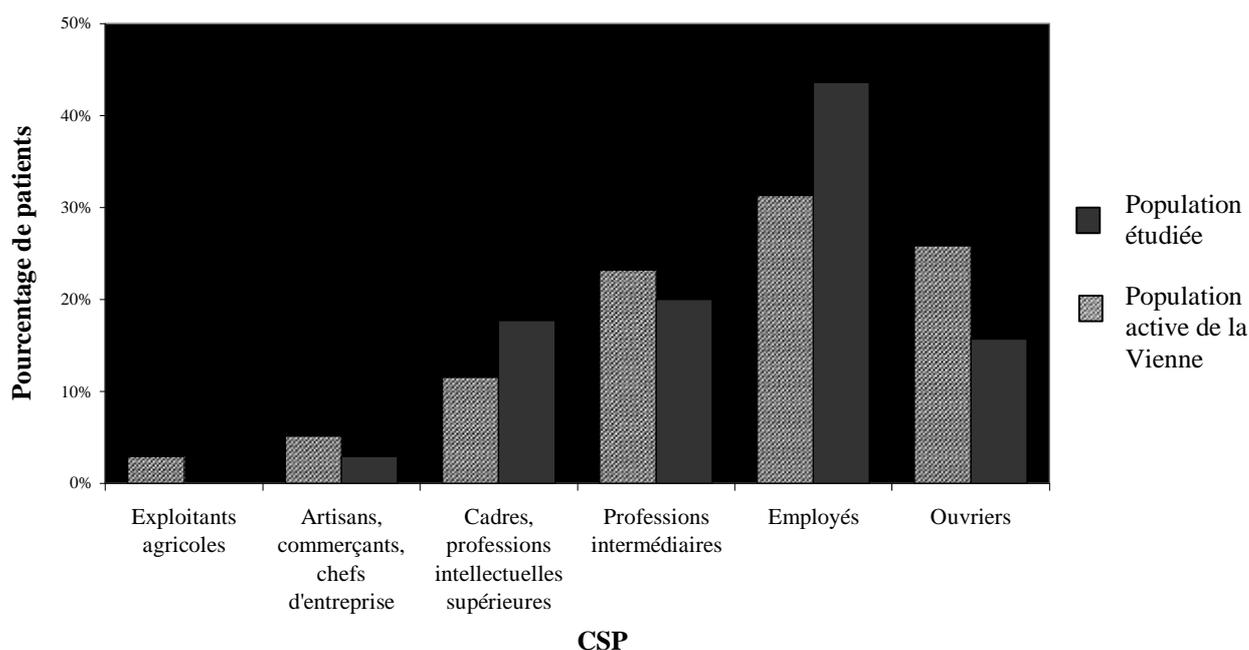


Figure 7: Répartition par CSP de la population de l'étude et de la population active de la Vienne

5.2.2.1 Test du χ^2 sur la répartition par CSP

Selon le test du χ^2 de conformité, la population de l'étude diffère dans sa répartition par CSP de la population active de la Vienne. **Les employés et les cadres sont sur-représentés**, avec un degré de signification égal à 0.0005.

6 Troubles psychiatriques

6.1 Pourcentages

Les pourcentages des troubles psychiatriques étudiés et de l'hyperconsommation de soins sont présentés dans la **figure 8**. Le **trouble multiforme** est retrouvé chez **13.1 % des patients**. Le trouble de l'humeur est le trouble psychiatrique le plus représenté (17.3 %). Un quart des patients ont une situation éprouvante connue sur leur période d'observation. L'hyperconsommation de soins concerne 22.5 % des patients.

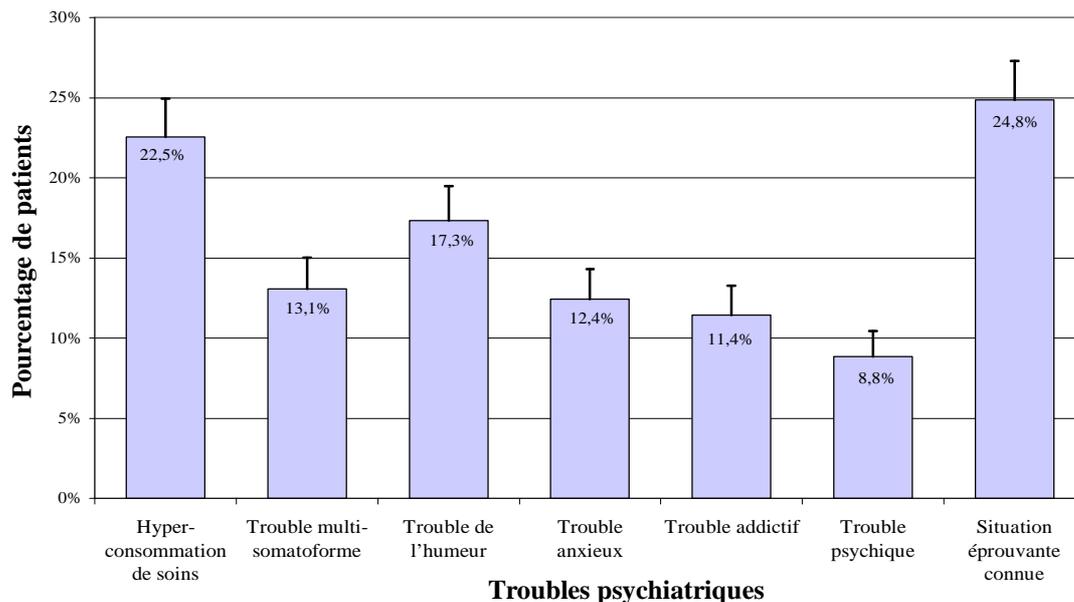


Figure 8: Pourcentages des troubles psychiatriques et de l'hyperconsommation de soins

6.2 Comparaison avec les prévalences annuelles des trois médecins et de l'OMG

Le **tableau 9** compare les pourcentages des troubles psychiatriques dans l'étude avec leurs prévalences en 2007 pour chaque médecin et selon les données épidémiologiques de l'OMG.

Les prévalences annuelles des troubles de l'humeur et anxieux sont similaires aux données de l'OMG pour les 1^{er} et 3^{ème} médecins, et sont 2 fois plus élevées pour le 2^{ème} médecin. Les pourcentages de troubles de l'humeur et anxieux de la population de l'étude sont 2 à 5 fois plus élevés que leurs prévalences annuelles.

Les prévalences annuelles des troubles addictif et psychique sont similaires aux données de l'OMG pour le 3^{ème} médecin, et sont 2 fois à 4 fois plus élevées pour les 1^{er} et 2^{ème} médecins. Les pourcentages de troubles addictif et psychique de la population de l'étude sont 2 à 5 fois plus élevés que leurs prévalences annuelles.

Tableau 9: Troubles psychiatriques: pourcentages dans l'étude, prévalences annuelles des médecins et données épidémiologiques de l'OMG

Troubles psychiatriques <i>RC correspondants</i>	1 ^{er} cabinet			2 ^{ème} cabinet		Données épidémiologiques de l'OMG	Patients de l'étude n=306
	1 ^{er} méd.	2 ^{ème} méd.	3 ^{ème} méd.	2 ^{ème} méd.	3 ^{ème} méd.		
	n=1809	n=1759	n=1680	prévalence en 2007 (%)			pourcentage (%)
Trouble de l'humeur							
<i>Humeur dépressive</i>	2.4	4.5	1.0	2.8	}	17.3	
<i>Dépression</i>	2.7	4.0	2.5	2.3			
<i>Syndrome maniaco-dépressif</i>	0.1	0.5	0.1	0.1			
Trouble anxieux							
<i>Anxiété-angoisse</i>	4.4	6.1	4.0	3.2	}	12.4	
<i>Phobie</i>	0.8	0.2	0.1	0.1			
Trouble addictif							
<i>Toxicomanie</i>	2.4	2.2	0.4	0.7	}	11.4	
<i>Problème avec l'alcool</i>	2.3	5.5	1.0	1.3			
Trouble psychique							
<i>Trouble psychique</i>	4.5	4.9	0.5	0.7		8.8	

7 Trouble multisomatoforme

7.1 Répartition du trouble multisomatoforme et de l'hyperconsommation de soins selon le nombre de symptômes somatiques

La **figure 9** illustre la répartition du trouble multisomatoforme et de l'hyperconsommation de soins selon le nombre de symptômes somatiques répertoriés sur la période d'observation. Le nombre le plus fréquent est celui de 2 symptômes (21.2 % des cas). Puis le pourcentage de patients diminue parallèlement à l'augmentation du nombre de symptômes, avant de remonter au nombre de 7 symptômes et plus. Le trouble multisomatoforme est absent en dessous de 6 symptômes. Il est associé à une hyperconsommation de soins dans 55 % des cas. L'hyperconsommation de soins est présente quelque soit le nombre de symptômes.

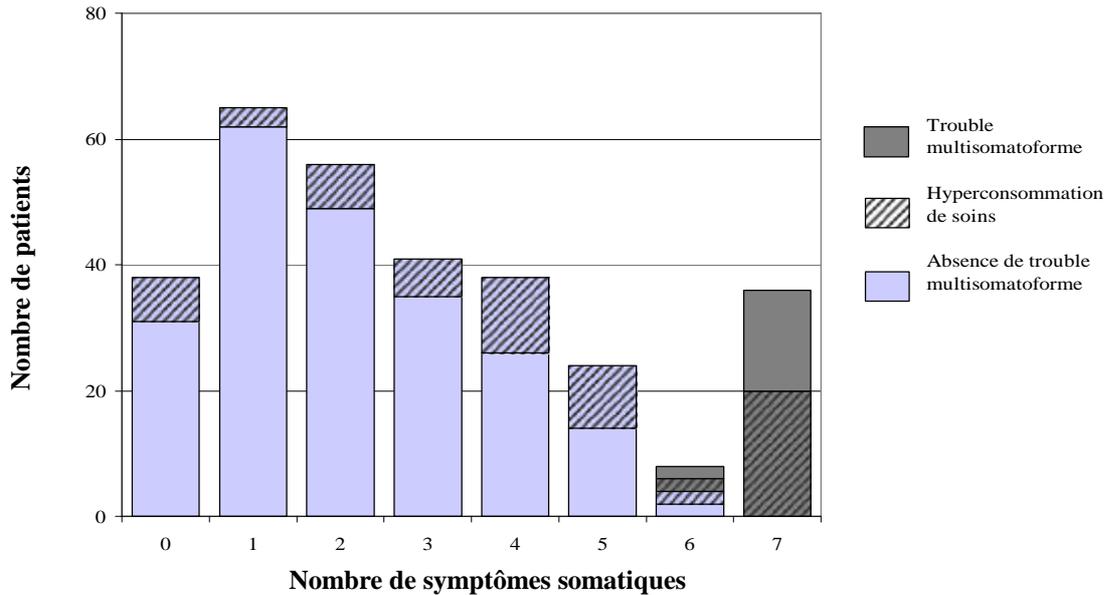


Figure 9: Répartition du trouble multisomatoforme et de l’hyperconsommation de soins selon le nombre de symptômes somatiques

7.2 Rapport du trouble multisomatoforme avec l’hyperconsommation de soins

L’analyse univariée du trouble multisomatoforme et de l’hyperconsommation de soins met en évidence un lien très fort entre ces deux variables. Les données sont les suivantes:

OR: 4.4 IC 95 %: [1.7-11.4] $p < 0.01$

Ce résultat sous-tend un modèle de variables emboîtées: les patients avec un trouble multisomatoforme ont par définition une hyperconsommation de soins. Aussi, nous avons étudié les deux variables séparément dans les analyses multivariées qui suivent, afin que leur interaction n’interfère pas sur le lien avec les autres variables.

7.3 Rapport du trouble multisomatoforme avec les troubles de l’humeur et anxieux

La **figure 10** illustre la répartition des troubles multisomatoforme, de l’humeur et anxieux pour la population de l’étude. On constate que:

- un tiers des patients présentent un des 3 troubles, seul ou associé (soit 33.6 %)
- plus de la moitié des patients avec un trouble multisomatoforme (soit 52.7 %) ont un trouble de l’humeur et/ou anxieux associé
- 1 % des patients ont les 3 troubles associés (soit 3 patients)

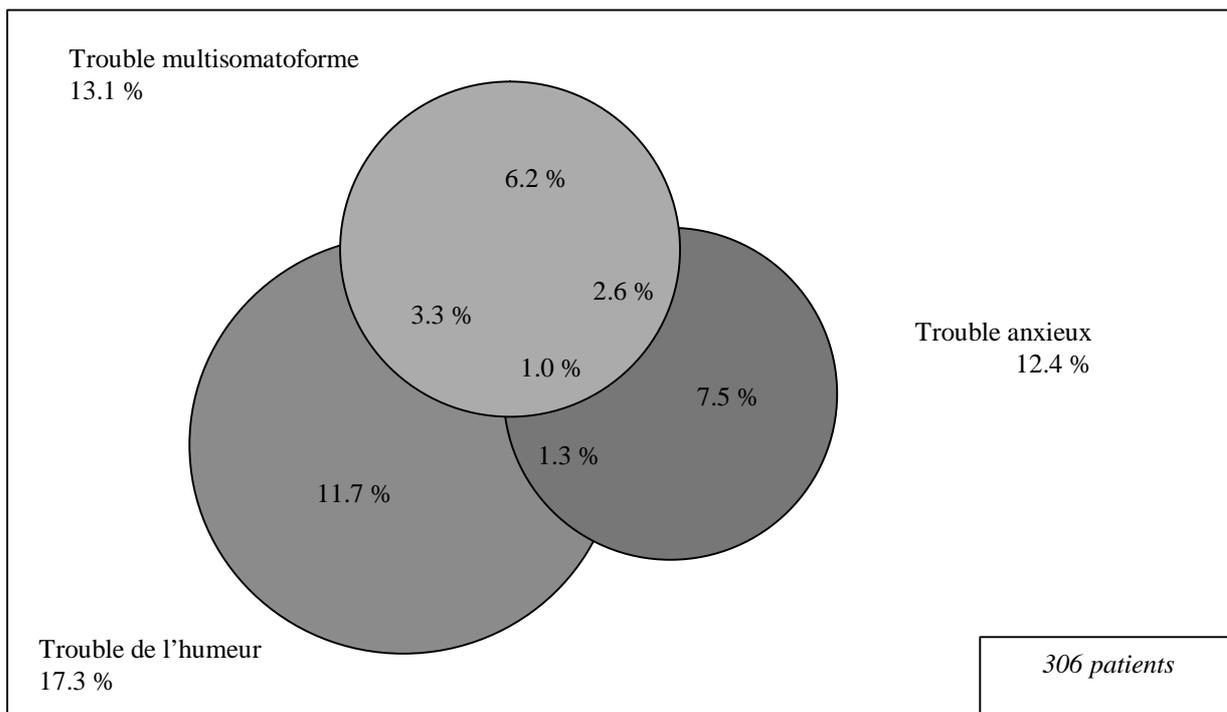


Figure 10: Rapports entre les troubles multisoforme, de l'humeur et anxieux

7.4 Analyse multivariée des facteurs liés au trouble multisoforme

L'analyse multivariée des facteurs liés au trouble multisoforme, selon une régression logistique avec modèle complet, est détaillée dans le **tableau 10**. **La présence d'un problème professionnel n'est pas un facteur favorisant l'apparition d'un trouble multisoforme**. Ce dernier est favorisé par les troubles de l'humeur et anxieux et tend à être modéré par le trouble addictif. Il n'est pas influencé par le trouble psychique, ni par la présence d'une situation éprouvante.

Tableau 10: Analyse multivariée des facteurs liés au trouble multisomatoforme

Facteurs associés	Eff. total	Trouble multi-somatoforme		Analyse univariée			Analyse multivariée [†]		
	n= 306	n	(%)	OR brut	IC95%	p [‡]	OR ajusté	IC95%	p [‡]
Situation familiale[§]									
<i>Seul(e)</i>	99	10	(10.1)	1	-		1	-	
<i>En couple</i>	200	30	(15.0)	2.5	[0.9-7.2]	*	2.8	[0.8-10.3]	°
Médecin référent									
<i>Non</i>	29	1	(3.5)	1	-				
<i>Oui</i>	277	35	(12.6)	2.2	[0.3-4.4]	NS			
ALD									
<i>Non</i>	266	35	(13.2)	1	-				
<i>Oui</i>	40	5	(12.5)	1.1	[0.3-3.7]	NS			
CMU									
<i>Non</i>	277	33	(11.9)	1	-				
<i>Oui</i>	29	7	(24.1)	1.1	[0.4-3.6]	NS			
Problème professionnel									
<i>Absence</i>	204	23	(11.3)	1	-		1	-	
<i>Présence</i>	102	17	(16.7)	1.6	[0.8-3.2]	°	0.8	[0.3-2.0]	NS
Trouble de l'humeur									
<i>Non</i>	253	27	(10.7)	1	-		1	-	
<i>Oui</i>	53	13	(24.5)	2.5	[0.9-6.4]	°	5.1	[1.4-18.2]	*
Trouble anxieux									
<i>Non</i>	268	29	(10.8)	1	-		1	-	
<i>Oui</i>	38	11	(28.9)	3.7	[1.1-12.1]	*	5.9	[1.1-31.2]	*
Trouble addictif									
<i>Non</i>	271	38	(14.0)	1	-		1	-	
<i>Oui</i>	35	2	(5.7)	0.1	[0.0-1.0]	°	0.1	[0.0-0.8]	*
Trouble psychique									
<i>Non</i>	279	36	(12.9)	1	-				
<i>Oui</i>	27	4	(14.8)	1.1	[0.5-2.4]	NS			
Situation éprouvante									
<i>Non</i>	230	28	(12.2)	1	-				
<i>Oui</i>	76	12	(15.8)	1.1	[0.5-2.4]	NS			

[†] Modèle complet (sans application d'une stratégie pas à pas descendante)

[‡] *** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, ° $p < 0.20$, NS différence non significative

[§] Variable qualitative sans les données manquantes

8 Hyperconsommation de soins

L'analyse multivariée des facteurs liés à l'hyperconsommation de soins, selon une régression logistique avec modèle complet, est détaillée dans le **tableau 11**. La **présence d'un problème professionnel favorise l'hyperconsommation de soins**. Elle est aussi favorisée par le trouble psychique. Elle n'est pas influencée par les troubles de l'humeur et anxieux, ni par la présence d'une ALD ou d'une CMU.

Tableau 11: Analyse multivariée des facteurs liés à l'hyperconsommation de soins

Facteurs associés	Eff. total	Hyper-consommation de soins		Analyse univariée			Analyse multivariée [†]		
	n =306	n	(%)	OR brut	IC 95 %	p [‡]	OR ajusté	IC 95%	p [‡]
Situation familiale[§]									
<i>Seul(e)</i>	99	24	(24.2)	1	-				
<i>En couple</i>	200	45	(22.5)	1.6	[0.7-3.5]	NS			
ALD									
<i>Non</i>	266	51	(19.2)	1	-		1	-	
<i>Oui</i>	40	18	(45.0)	4.6	[1.7-12.9]	**	2.6	[0.8-8.8]	°
CMU									
<i>Non</i>	277	58	(20.9)	1	-				
<i>Oui</i>	29	11	(37.9)	1.7	[0.5-5.5]	NS			
Problème professionnel									
<i>Absence</i>	204	36	(17.7)	1	-		1	-	
<i>Présence</i>	102	33	(32.4)	2.4	[1.3-4.3]	**	2.1	[1.0-4.3]	*
Trouble de l'humeur									
<i>Non</i>	253	76	(30.0)	1	-		1	-	
<i>Oui</i>	53	26	(49.1)	2.4	[1.3-4.4]	**	2.2	[0.8-5.9]	°
Trouble anxieux									
<i>Non</i>	268	54	(20.1)	1	-		1	-	
<i>Oui</i>	38	15	(39.5)	4.8	[1.3-17.8]	*	4.0	[0.8-20.4]	°
Trouble addictif									
<i>Non</i>	271	51	(18.8)	1	-		1	-	
<i>Oui</i>	35	18	(51.4)	4.0	[1.2-12.9]	*	3.0	[0.7-13.3]	°
Trouble psychique									
<i>Non</i>	279	50	(17.9)	1	-		1	-	
<i>Oui</i>	27	19	(70.4)	18.3	[2.4-141.8]	**	12.1	[1.4-103.3]	°
Situation éprouvante									
<i>Non</i>	230	48	(20.9)	1	-				
<i>Oui</i>	76	21	(27.6)	1.2	[0.6-2.4]	NS			

[†] Modèle complet (sans application d'une stratégie pas à pas descendante)

[‡] ** p < 0.01, * p < 0.05, ° p < 0.20, NS différence non significative

[§] Variable qualitative sans les données manquantes

9 Problème professionnel

9.1 Répartition du trouble multiforme et de l'hyperconsommation de soins selon l'exposition à un problème professionnel

La **figure 11** illustre la répartition du trouble multiforme et de l'hyperconsommation de soins pour les patients exposés et non exposés à un problème professionnel. Parmi les patients exposés, 39.2 % ont soit une hyperconsommation de soins, soit un trouble multiforme, soit les 2 associés. Ce pourcentage n'est que de 22.5 % pour les patients non exposés. Les pourcentages d'hyperconsommation de soins pour les patients exposés et non exposés sont statistiquement différents (32.4 % vs 17.6 %), et les pourcentages de trouble multiforme ne sont pas différents (16.7 % vs 11.3 %).

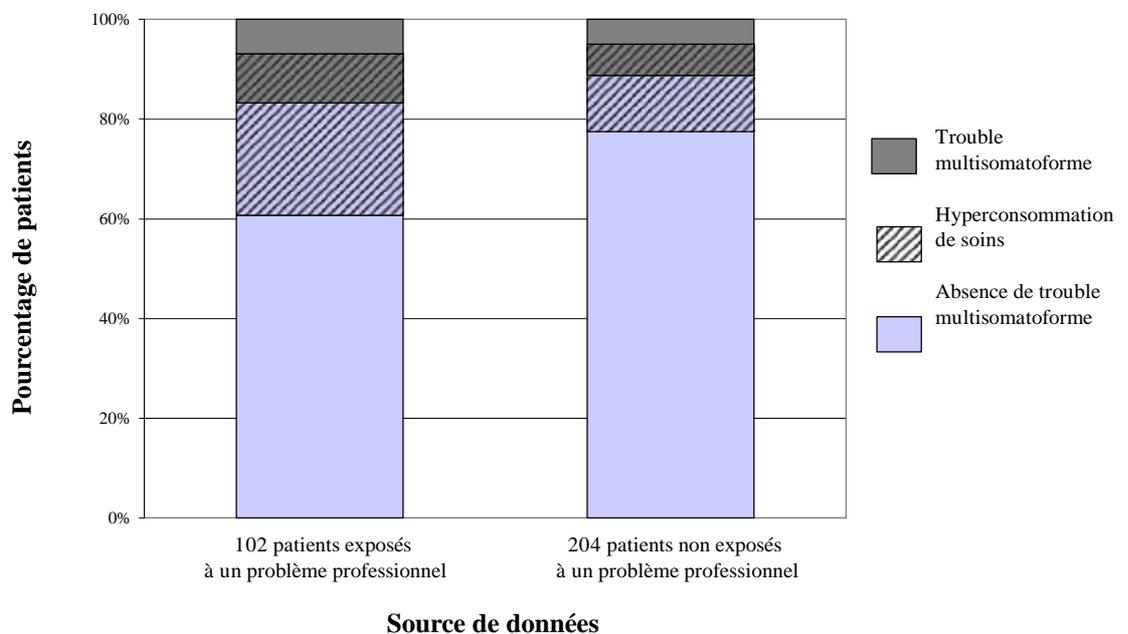


Figure 11: Répartition du trouble multiforme et de l'hyperconsommation de soins selon l'exposition à un problème professionnel

9.2 Pourcentages des troubles psychiatriques et de l'hyperconsommation de soins selon l'exposition à un problème professionnel

La **figure 12** illustre les pourcentages de troubles psychiatriques et de l'hyperconsommation de soins pour les patients exposés et non exposés à un problème professionnel. Les pourcentages du trouble de l'humeur (25.5 % vs 13.2 %) et du trouble anxieux (21.6 % vs 7.8 %) sont statistiquement très différents ($p < 0.01$). Les pourcentages des autres troubles psychiatriques ne sont pas statistiquement différents.

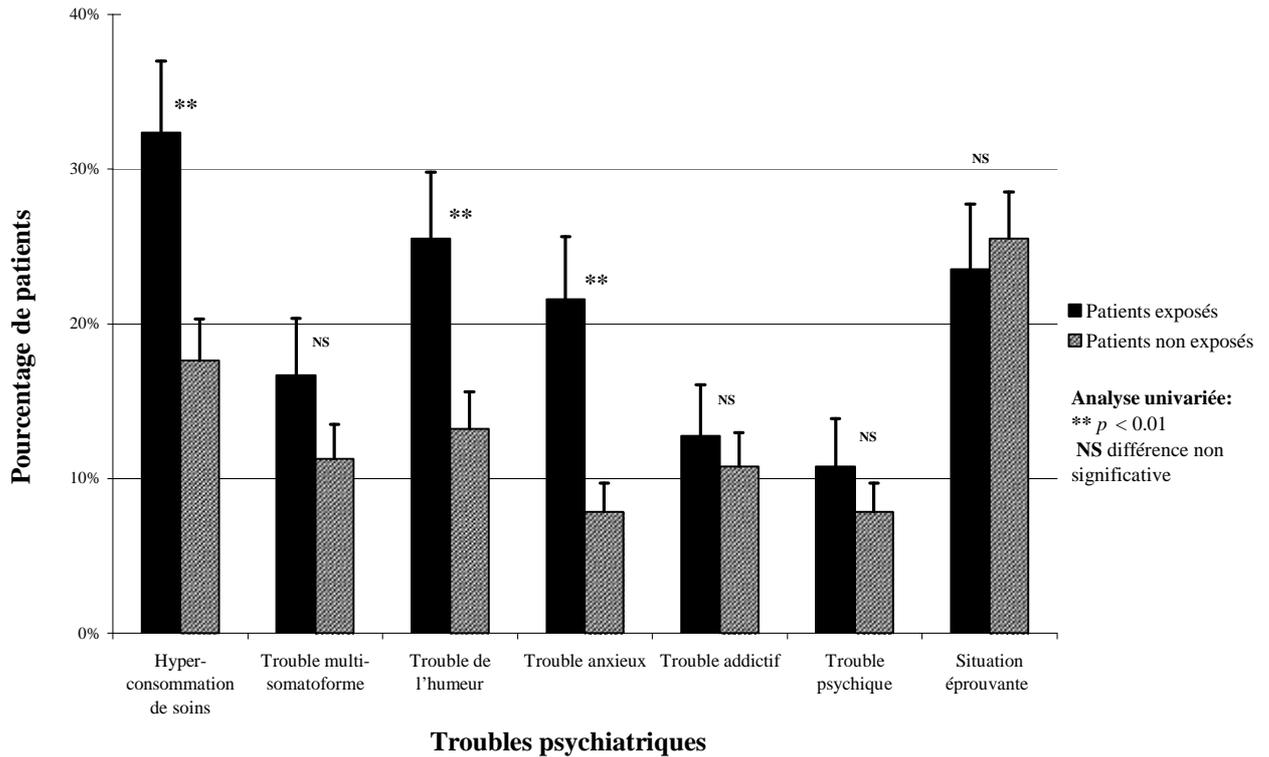


Figure 12: Pourcentages des troubles psychiatriques selon l'exposition à un problème professionnel

9.3 Types de problème professionnel principal

La **figure 13** illustre la répartition des types de problème professionnel principal rapportés par les 102 patients exposés. Le **conflit** individuel ou général (41 %) et les **conditions** de travail (34 %) représentent les **trois quarts des problèmes professionnels principaux** rapportés.

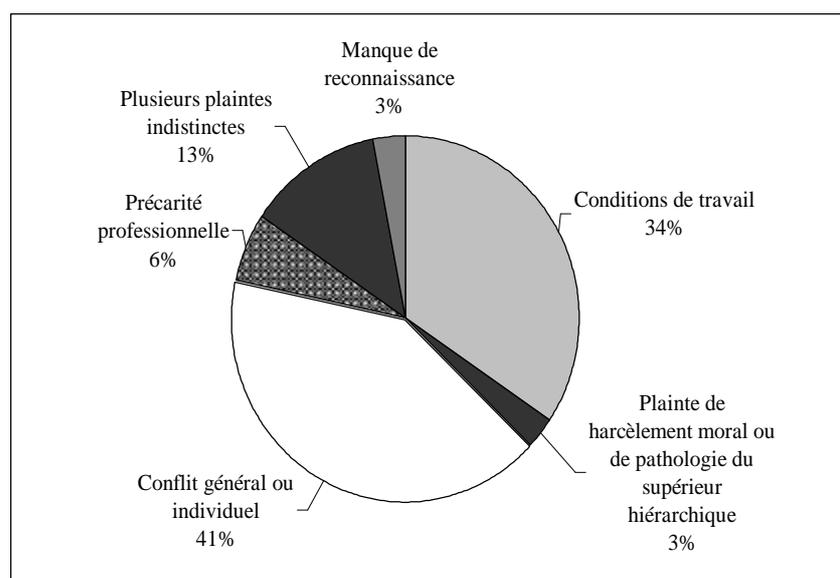


Figure 13: Types de problème professionnel principal des patients exposés

9.4 Comparaison des prévalences annuelles du problème professionnel des trois médecins et de l'OMG

La **figure 14** compare l'évolution annuelle du nombre de patients présentant un problème professionnel pour les trois médecins de l'étude et selon l'OMG de 2000 à 2007. Ce nombre est nettement plus important pour les trois médecins en comparaison données épidémiologiques de l'OMG. Pour chacun, il augmente progressivement entre 2000 et 2007, avec un taux maximum pour l'année 2007.

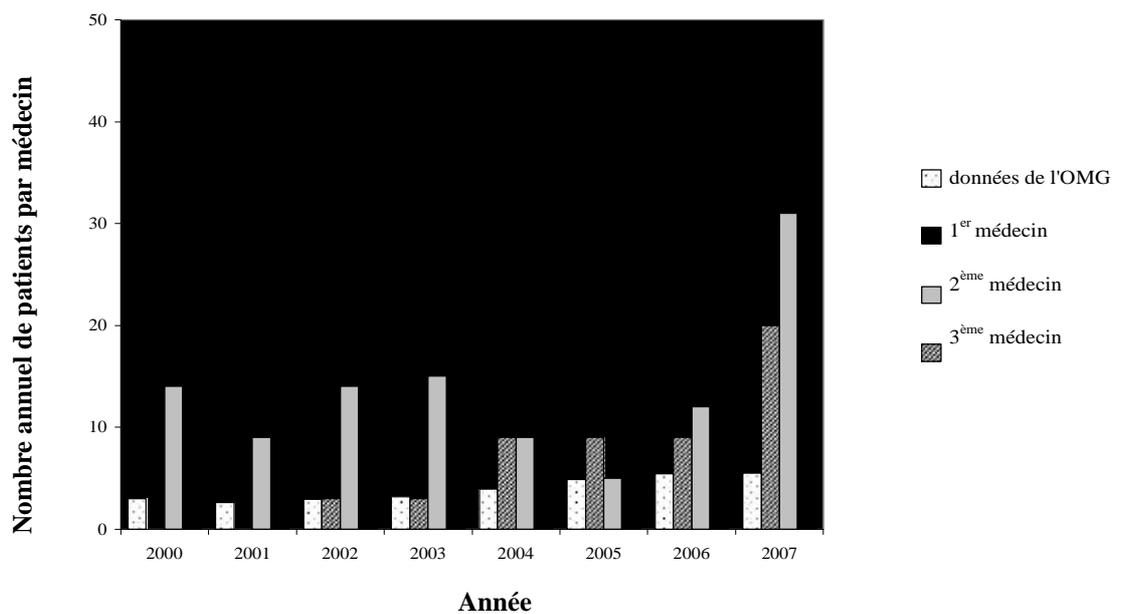


Figure 14: Evolution du nombre annuel de patients avec un *problème professionnel* pour les trois médecins et selon l'OMG de 2000 à 2007

DISCUSSION

Chapitre 4: DISCUSSION

1 Résultat principal de l'étude

1.1 Caractéristiques des patients exposés à un problème professionnel

La moyenne d'âge des patients présentant un problème professionnel était de 39.2 ans \pm 10.8. Les patients de 55 ans et plus étaient sous-représentés. Il existait une **prédominance des patients de sexe féminin** (66.7 %). Les **cadres** et les **employés** étaient sur-représentés, et les exploitants agricoles étaient absents de l'étude. Le **conflit individuel ou général** (41 %) et les **conditions de travail** (34 %) représentaient les trois quarts des types de problèmes professionnels rapportés.

1.2 Critère de jugement principal

Le problème professionnel ne favorisait pas la présence d'un trouble multisomatoforme.

Le trouble multisomatoforme tel que nous l'avons défini rétrospectivement avait un pourcentage de **13.1 %** dans la population de l'étude. Les patients concernés présentaient **au moins 6 symptômes** parmi les 15 symptômes somatiques entrant dans sa définition. Le trouble multisomatoforme avait un lien très fort avec l'hyperconsommation de soins, et plus de la moitié des patients concernés avaient un trouble de l'humeur et/ou anxieux associé.

1.3 Critères de jugement secondaires

L'hyperconsommation de soins (au moins 16 consultations sur 2 ans) était corrélée à la présence d'un problème professionnel. Elle concernait près d'**un tiers des patients exposés** (32.4 %). Elle était indépendante des modalités d'ALD et de CMU, ainsi que des troubles de l'humeur et anxieux. Elle se distinguait donc des suivis de pathologies chroniques, psychiatriques ou non, et des situations de fragilité sociale.

Les troubles de l'humeur et anxieux étaient fortement corrélés à la présence d'un problème professionnel. Pour les patients exposés, leurs pourcentages respectifs étaient de 25.5 % et 21.6 %.

Une situation personnelle éprouvante était retrouvée pour un quart des patients de l'étude. Elle n'influçait ni l'apparition d'un problème professionnel, ni celle d'un trouble multisomatoforme.

2 Forces et faiblesses de l'étude

2.1 Concernant la méthodologie

2.1.1 Le choix d'une étude d'observation en médecine générale

Notre observation du problème professionnel en médecine générale permet une approche individuelle centrée sur le ressenti du patient. Son avantage est une meilleure appréciation des particularités individuelles, par la neutralité du médecin vis-à-vis du milieu professionnel et par le suivi médical préalable. L'inconvénient est l'absence d'évaluation possible de la réalité du problème professionnel.

2.1.2 Une évaluation médicale rigoureuse des troubles observés

L'absence de définition entre le normal et le pathologique face au ressenti somatique d'un patient pose des difficultés. Quand les perceptions somatiques d'un individu relèvent-elles de l'anormalité ? Ces difficultés d'appréciation sont ici limitées par une expertise médicale rigoureuse. Les troubles considérés sont l'aboutissement d'une évaluation concluant à la présence d'un trouble significatif, selon des critères précis établis dans le dictionnaire de la SFMG. Cette expertise médicale est un point fort.

2.1.3 Les biais de la méthodologie

2.1.3.1 Biais de sélection lié aux particularités de la population d'étude

Nous avons réalisé cette étude avec trois médecins généralistes. Les particularités de leur mode d'exercice (hommes, activité urbaine, enseignement, proximité d'un centre social, suivi d'addictologie) correspondent à une population étudiée avec des caractéristiques particulières.

2.1.3.2 Biais de sélection des patients exposés liés aux critères d'inclusion

Nous n'avons pas inclus dans notre étude les patients présentant une *réaction à situation éprouvante* correspondante à un problème professionnel. Cela tend à minorer la prévalence du problème professionnel. Cela répond surtout à une volonté de ne pas confondre les causalités professionnelle et individuelle dans la survenue des symptômes, ici mal identifiées.

2.1.3.3 Biais liés à la fréquence de consultation

Avec un tirage au sort par l'agenda de rendez-vous, les patients qui consultent plus souvent ont plus de chance d'être tirés au sort. Le risque est une surreprésentation des patients non exposés avec une pathologie chronique. La fréquence de consultation influence aussi l'observation des symptômes somatiques. Elle intervient sur la répétition des symptômes et donc l'établissement de leur chronicité, et peut-être même sur le nombre de symptômes. Elle

influence donc la mesure du trouble multisoforme qui peut être plus important chez les patients qui consultent plus souvent. Les résultats montrent cependant l'absence de lien entre trouble multisoforme et ALD. Ce biais de mesure semble donc limité.

2.2 Concernant les résultats

2.2.1 Une représentativité des patients exposés à un problème professionnel conforme aux données connues

L'âge, le sexe et la CSP des patients de l'étude sont des variables appariées. Les caractéristiques sociodémographiques de la population de l'étude sont donc le reflet de celles des patients exposés à un problème professionnel. Elles sont comparables aux données connues sur les salariés en souffrance psychique selon le programme de surveillance des MCP en Poitou-Charentes en 2007 et 2008.^{6,8} En effet, la souffrance psychique y était plus fréquente chez les femmes, particulièrement entre 45 et 55 ans, et chez les employés.

2.2.2 Une banque de données riche et très peu de données manquantes

Les dossiers informatisés utilisés pour cette étude constituent une banque de données d'une richesse exceptionnelle. Elle a permis une étude rigoureuse et comparative d'un grand nombre de symptômes. Les données manquantes sont très peu nombreuses. Elles concernent moins de 2 % des patients exposés et moins de 3 % des patients non exposés, avec pour chacun seulement une donnée manquante.

2.2.3 Les difficultés d'interprétation liées à la période d'étude

La chronologie et l'évolution du problème professionnel ne sont pas connues. Il est donc difficile d'interpréter le lien entre le trouble multisoforme observé et la présence d'un problème professionnel à un moment indéterminé de son évolution. Il peut en effet fluctuer selon une période d'adaptation, un événement aigu, les périodes de vacances ou d'arrêt maladie, etc. La longue durée d'observation, ici de 2 ans, nous donne cependant une vue d'ensemble de son impact.

2.2.4 Les difficultés d'interprétation liées à l'intrication des troubles étudiés

Il existe des causes multifactorielles aux troubles psychiatriques observés, et leurs interrelations sont complexes. Pour ces raisons, nous manquons d'éléments dans cette étude pour interpréter la forte corrélation observée entre la présence d'un problème professionnel et celle des troubles de l'humeur et anxieux.

3 Confrontation à la littérature et aux données connues

3.1 Critères du trouble multisomatoforme conformes aux données de la littérature

Le pourcentage de trouble multisomatoforme dans notre étude était de 13.1 %. Il se situe entre la prévalence de 8.7 % de K. KROENKE²⁰ et celles de 19 à 25 % retrouvées dans les autres études américaines.^{21,24,61} Il n'y a pas d'étude européenne ou française estimant cette prévalence, à notre connaissance. Cependant, les études ont montré d'une part l'absence d'influence de la culture et des ressources économiques sur la somatisation,⁵⁸ d'autre part le rôle facilitateur de la familiarité avec les systèmes de santé et l'accès aux soins sur son mode d'expression.⁶⁰ On peut donc penser que la somatisation en médecine générale en France se rapproche de celle des Etats-Unis, dans sa présentation et dans sa prévalence.

La forte corrélation entre le trouble multisomatoforme et l'hyperconsommation de soins retrouvée dans cette étude est connue.⁶¹ Il est même considéré comme un critère d'appartenance aux troubles de somatisation, ce qui conforte la validité de notre critère de jugement principal. Une comorbidité anxiodépressive était présente dans 50 % des cas, conformément aux études.^{21,22,24} Cependant, la proportion de trouble anxieux était plus importante (58 % contre 30 % dans les études), et la proportion de trouble de l'humeur moins importante (36 % contre 30 à 50 %). Le trouble multisomatoforme tendait à être modéré par le trouble addictif, alors que l'étude d'A. FEDER et coll.²⁴ établissait l'absence de lien.

La similarité des données du trouble multisomatoforme défini dans notre étude avec celles des études américaines est très intéressante, en l'absence d'études françaises s'y rapportant. Elle nous aide à mieux percevoir la réalité de la somatisation en médecine générale, d'autant plus qu'elle est fréquente, difficile à diagnostiquer et à traiter. Ce diagnostic rétrospectif de la somatisation est aussi un exemple de la puissance des possibilités épidémiologiques offertes par la banque de données des logiciels médicaux actuels avec l'utilisation d'un thésaurus commun.

3.2 Absence de lien entre le trouble multisomatoforme et la présence d'un problème professionnel

Il n'existe à ce jour aucune étude sur la relation entre la somatisation et l'existence d'un problème professionnel à laquelle nous pourrions comparer notre étude. Si les théories psychosomatiques connues proposent une explication aux symptômes somatiques des patients souffrant de psychopathologie professionnelle, la somatisation semble ne pas être pour autant

un axe d'observation informatif face aux problèmes professionnels des patients vus en médecine générale. Car le problème professionnel n'est qu'un facteur parmi de nombreux autres impliquant la survenue des symptômes d'origine psychosomatique. Cela pourrait expliquer pourquoi sa présence n'influence pas à elle seule la survenue d'un tableau de somatisation. Cela présume aussi des difficultés que nous aurions à lui en attribuer la responsabilité à lui seul. C'est peut-être pour des raisons similaires qu'une situation éprouvante connue sur la période d'étude n'influait pas la présence d'un trouble multiforme. On peut donc retenir la complexité de l'interaction des facteurs favorisant ou précipitant la survenue d'une somatisation.

3.3 Prévalence annuelle du problème professionnel élevée pour les médecins

La prévalence annuelle du *problème professionnel* est nettement élevée pour les trois médecins en comparaison des données épidémiologiques de l'OMG. Cela peut s'expliquer par leur sensibilisation particulière aux difficultés professionnelles, favorisée par un échange fréquent et varié avec des confrères: enseignement, groupe de pairs, association de la SFMG. Cela peut aussi être la conséquence d'une population étudiée plus exposée à une précarité professionnelle. En effet, le 1^{er} cabinet médical est situé à proximité d'une association de soutien aux demandeurs d'asile et aux personnes en précarité, et les médecins font un suivi d'addictologie important. Le 2^{ème} cabinet médical est à proximité d'un Etablissement Spécialisé d'Aide par le Travail (ESAT).

3.4 Hyperconsommation de soins des patients exposés à un problème professionnel

Dans notre étude, les patients exposés à un problème professionnel avaient une fréquence de consultation plus élevée, sans rapport avec des plaintes relevant d'une somatisation, et indépendamment d'une pathologie chronique ou d'un trouble de l'humeur ou anxieux pourtant beaucoup plus fréquent. En 2002, H. ANDREA et coll.⁶⁶ se sont intéressés aux particularités de 1 653 salariés ayant recours à une consultation auprès de leur médecin généraliste pour problème professionnel. Ils avaient plus de problèmes de santé et une moins bonne perception de leur environnement professionnel que ceux qui ne consultaient pas pour ce motif. Cette conclusion invitait à prendre en considération l'impact des facteurs de risque psychosociaux sur l'état de santé de ces patients. L'hyperconsommation de soins peut donc être ici le reflet d'un besoin de prise en charge de patients davantage exposés à des facteurs de

risques psychosociaux et à leurs effets délétères. Ces derniers n'apparaissent pas cependant sous la forme d'une somatisation.

3.5 Troubles anxiodépressifs plus fréquents lors d'un problème professionnel

Les troubles de l'humeur et anxieux étaient très corrélés à la présence d'un problème professionnel ($p < 0.01$). Une étude récente de C.GODARD et coll.⁶⁷, qui vise à améliorer la prise en charge de ces troubles dans la population active, retrouve également ces résultats. Pour 673 actifs français, le trouble anxieux est très corrélé à la présence d'un problème professionnel ($p < 0.001$), mais aussi à celle d'un problème privé ($p < 0.001$). Pour 667 actifs, le trouble dépressif est corrélé à la présence d'un problème professionnel ($p < 0.05$), mais aussi à celle d'un problème médical ($p < 0.05$) et plus encore à celle d'un problème privé ($p < 0.001$). Ainsi, le lien fort entre problème professionnel et troubles de l'humeur et anxieux était déjà connu. Cependant, le manque de connaissance des autres facteurs causaux ainsi que la complexité de leur interaction nous empêche de donner une interprétation à nos résultats.

3.6 Pourcentages élevés de troubles addictif et psychique

Les pourcentages de troubles addictif et psychique de la population de l'étude sont 2 à 5 fois plus importants que leurs prévalences annuelles. Ils ne sont pas statistiquement différents entre les patients exposés et non exposés. On note déjà l'importance de la prévalence annuelle de ces deux troubles dans le 1^{er} cabinet médical par rapport aux données de l'OMG. Les deux médecins de ce cabinet ont en effet une activité importante de suivi d'addictologie. L'importance de ces pourcentages pour les patients exposés à un problème professionnel pourrait s'expliquer par une précarité professionnelle plus importante. Pour les patients non exposés, elle pourrait s'expliquer par leur fréquence de consultation plus élevée, liée à un suivi médical rapproché qui entrainerait leur surreprésentation lors du tirage au sort. Le trouble psychique était d'ailleurs un facteur favorisant l'hyperconsommation de soins dans notre étude.

4 Hypothèses d'interprétation des résultats

Cette étude a établi que les patients vus en médecine générale avec un problème professionnel consultaient leur généraliste plus souvent que les autres, mais pour des motifs sans rapport avec les symptômes d'un trouble multisomatoforme.

Nous nous attendions à établir un lien entre somatisation et problème professionnel, conformément aux théories psychosomatiques des spécialistes. **Ce lien était finalement absent.** Nous proposons plusieurs explications au fait de ne pas avoir mis en évidence ce lien possible:

1) Tout d'abord, la présence d'un *problème professionnel* tel qu'il est défini dans le dictionnaire de la SFMG ne présume pas de l'existence d'un trouble psychosocial en rapport. Les patients dits exposés à un problème professionnel ne présentent pas nécessairement un trouble psychosocial. Le lien entre le problème professionnel et un trouble multiforme oétudié ici ne mettraient pas alors en jeu les mécanismes psychosomatiques attendus.

2) Ensuite, il est difficile d'attribuer une causalité étiologique aux symptômes somatiques inexpliqués qui peuvent avoir été observés. Le médecin a pu les attribuer à un trouble de l'humeur ou anxieux, associé a fortiori au trouble multiforme et à la présence d'un problème professionnel. Il a pu réduire la description des symptômes observés, devant leur étiologie supposée connue. Le lien entre le problème professionnel et un trouble multiforme serait alors minoré jusqu'à la non significativité.

3) Enfin, il est possible qu'une banalisation du stress professionnel ait incité le patient ou le médecin à minorer la symptomatologie en rapport, surtout si la consultation avait un tout autre motif. Le lien entre le problème professionnel et un trouble multiforme serait alors occulté.

L'établissement d'un **lien entre hyperconsommation de soins et problème professionnel** était une donnée nouvelle. Notre étude ne permet pas de distinguer clairement un lien de cause à effet. Cela nous amène à nous poser les questions suivantes :

1) Les patients qui consultent plus souvent bénéficient-ils d'une écoute plus importante permettant d'évoquer ou de diagnostiquer plus facilement une difficulté professionnelle ?
(lien fortuit)

2) Les patients qui consultent plus souvent sont-ils plus demandeurs de prise en charge que les autres, à problème professionnel égal ? **(conséquence)**

3) Les patients avec un problème professionnel ont-ils besoin de consulter plus souvent, pour des motifs autres que les symptômes d'un trouble multiforme ? **(cause)**

5 Amélioration de l'évaluation du problème professionnel

5.1 Limites de la définition actuelle du *problème professionnel*

La définition actuelle du *problème professionnel* par le dictionnaire de la SFMG se limite à son lien de causalité. L'introduction de critères d'évaluation supplémentaires améliorerait notre observation des RSP, dans leur globalité et leur diversité. Ces critères sont:

- l'exposition aux facteurs de risque psychosociaux: stress, violences externes et internes
- la chronologie et l'évolutivité du problème professionnel
- les éléments relatifs à l'adaptation du patient: absentéisme, handicap
- le soutien social dont bénéficie le patient et la manière personnelle dont il gère le stress
- l'impact du problème professionnel: présence d'une symptomatologie psychologique ou somatique en rapport, maintien impossible de l'activité professionnelle

5.2 Proposition de redéfinition du *problème professionnel*

Le codage possible du problème professionnel par le RC *réaction à situation éprouvante* induit une perte de données. Afin de l'éviter, nous proposons de compléter sa définition par le renseignement systématique du RC *problème professionnel* lorsque la cause est supposée professionnelle. Le **tableau 12** montre la suggestion de cette adjonction.

Tableau 12: Adjonction à la définition de *réaction à situation éprouvante*

REACTION A SITUATION EPROUVANTE	Code CIM-10: F43.9
++++ EXPRESSION D'UN "MAL ÊTRE" (AVEC REVIVISCENCE FRÉQUENTE DE L'ÉPREUVE DÉCLENCHANTE)	
++1 agitation ou prostration	
++1 manifestations anxieuses	
++1 manifestations dépressives	
++1 mauvais sommeil	
++1 trouble(s) du comportement	
++1 addiction(s)	
++1 autre	
++++ ÉPREUVE DÉCLENCHANTE DE MOINS DE 6 MOIS	
++1 familiale (conflit, séparation, deuil)	
++1 professionnelle (<u>à préciser par l'ajout du RC PROBLEME PROFESSIONNEL</u>)	
++1 scolaire	
++1 maladie ou accident corporel ou matériel	
++1 agressions diverses (viol, attentat)	
++1 catastrophe naturelle	
++1 autre(s)	
+ - entourage présent pendant la séance	
+ - récédive	

Nous proposons ensuite une redéfinition du RC *problème professionnel* selon le **tableau 13**. Comme pour la définition actuelle, c'est le lien de causalité rapporté par le patient qui est codé et non les éventuelles conséquences. La pathologie est relevée parallèlement dans la même séance, soit dans *réaction à situation éprouvante*, soit dans un autre RC. Cette séparation entre la pathologie et son apparente causalité professionnelle s'impose par la présence possible d'autres facteurs responsables, perceptibles ou non.

Tableau 13: Proposition de redéfinition du *problème professionnel*

PROBLEME PROFESSIONNEL	Code CIM-10: Z56
++++ PLAINTÉ SECONDÁIRE Á	
++1 STRESS (correspondant à une tension interne ressentie par le patient)	
++1 lié aux exigences professionnelles	
++1 lié aux aspects organisationnels	
++1 autre (dont le manque de reconnaissance)	
++1 VIOLENCES PHYSIQUES OU VERBALES	
++1 internes (par un supérieur hiérarchique, un collègue, un subordonné)	
++1 externes (par des personnes extérieures à l'entreprise)	
++1 par conflit	
++1 par agression	
++1 par intimidation	
+ - plainte d'un harcèlement moral	
++1 PRÉCARITÉ PROFESSIONNELLE	
++1 peur de perdre son emploi	
++1 chômage	
++1 changement d'emploi	
++1 MISE Á LA RETRAITE OU EN INAPTITUDE	
++1 RISQUE PHYSIQUE OU PHYSIOLOGIQUE (radiation, toxiques, nuisances, dangerosité)	
+ - difficultés d'adaptation (absentéisme, handicap)	
+ - difficulté de gestion personnelle du problème	
+ - absence de soutien social	
+ - récurrence	
+ - asymptomatique	

L'appellation-même des RC *problème professionnel* et *réaction à situation éprouvante* suggère l'existence de troubles plus ou moins apparents. L'observation se fait donc au stade d'un trouble psychosocial, pouvant évoluer vers une psychopathologie professionnelle. La distinction entre ces deux derniers se fait par appréciation de la pathologie relevée parallèlement. En revanche, l'évaluation des facteurs de risque psychosociaux en dehors d'une plainte professionnelle nécessite l'intervention spontanée et volontaire du médecin, ce qui serait difficile à systématiser.

CONCLUSION

CONCLUSION

La prévalence du problème professionnel pour la population étudiée est de 1.8 %. Elle est supérieure aux données épidémiologiques connues, cependant pauvres. Le problème professionnel concerne particulièrement les **femmes** (66.7 %), les **employés** (43.6 %) et les cadres (17.7 %), comme attendu par les études récentes. Les patients à partir de 55 ans sont moins concernés. Les exploitants agricoles sont absents de l'étude. Les situations de **conflits** et les **conditions de travail** représentent les trois quarts des problèmes professionnels rapportés.

Le trouble multisomatoforme est indépendant d'un problème professionnel. Il est conforme aux critères établis par la littérature, ce qui valorise sa description peu fréquente. Les patients concernés ont au moins 6 symptômes somatiques répertoriés sur 2 ans.

Le problème professionnel est corrélé à une hyperconsommation de soins, présente dans près d'un tiers des cas, et distincte des suivis de pathologies chroniques. **Il est aussi très corrélé aux troubles de l'humeur et anxieux**, conformément aux études récentes. L'absence d'identification de l'ensemble des facteurs impliqués rend cependant difficile l'interprétation de ce lien.

Une situation personnelle éprouvante est présente pour un quart des patients et n'influence ni l'apparition d'un problème professionnel, ni celle d'un trouble multisomatoforme. Les troubles addictif et psychique sont plus fréquents dans la population de l'étude. Cela pourrait être lié à une précarité professionnelle plus importante et à une fréquence de consultation plus élevée entraînant la surreprésentation des patients considérés.

Notre étude a pour points forts son expertise médicale rigoureuse et le nombre important de patients inclus. Elle est limitée par l'insuffisance d'éléments d'appréciation du problème professionnel, notamment sa chronologie et son ampleur. L'introduction de critères d'évaluation supplémentaires dans sa définition actuelle pourrait améliorer notre observation des RSP. En cela, la somatisation s'avère être un axe d'étude difficile, en raison de l'existence de facteurs causaux multiples autres que professionnels. La forte demande de soins associée au problème professionnel est en revanche une donnée nouvelle qui peut nous aider à mieux repérer les patients concernés. Elle pourrait être la conséquence d'une plus forte exposition aux facteurs de risque psychosociaux, ce qui reste à évaluer.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. NASSE P et LEGERON P. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail remis le 12 mars 2008 à Xavier Bertrand, Ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité. Paris: 2008, 42p.
2. LECLERC A, KAMINSKI M et LANG T. Inégaux face à la santé: du constat à l'action. La Découverte, Paris: 2008, p164-77
3. Institut National du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (1: 2005: Dijon). Souffrance mentale au travail, un repère pour l'action. Les cahiers de l'INTEPF, Paris: 2006, 30p.
4. Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles. Le stress au travail. INRS, Paris: 2008, 19p.
5. BERSON C et DEBARRE J. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en région Poitou-Charentes - Résultats de l'année 2007. Rapport d'étude n°119. Observatoire Régional de la Santé du Poitou-Charentes, Poitiers: 2008, 41p.
6. BUZELAY L, DEBARRE J et BERSON C. Les maladies à caractère professionnel en Poitou-Charentes. Résultats des quinzaines 2008. Observatoire Régional de la Santé du Poitou-Charentes, Poitiers: 2009, 8p.
7. DEBARRE J et SERRAZIN C. Quinzaines MCP - Région Poitou-Charentes – Rapport d'étude de la 1^{ère} et 2^e quinzaine 2006: du 12 au 23 juin 2006 / du 20 novembre au 1^{er} décembre 2006. Rapport d'étude n°112. Observatoire Régional de la Santé du Poitou-Charentes, Poitiers: 2007, 43p.
8. COHIDON C, ARNAUDO B, MURCIA M et le comité de pilotage de Samotrace Centre. Mal-être et environnement psychosocial au travail: premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2009; 25-26: 265-9.
9. COHIDON C, MURCIA M et le comité de pilotage de Samotrace région Centre. Samotrace – Volet "Epidémiologie en entreprise". Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice: 2007, 4p.
10. HABERT M. Aspects spécifiques de la souffrance morale liée aux conditions de travail: enquête en vue d'une réflexion sur une prise en charge par le médecin généraliste. 152p. Th: Méd.: Paris 6, Saint Antoine: 2006.
11. MERCIER P, JONQUILLE C, BERSON C, MARTIGNAC JC, MAUSSET J, FOUGERE P, LABUSSIÈRE P, ABECASSIS P, DEFRASNE GUERQUIN M et CASANOVA B. Le médecin généraliste face à la souffrance morale au travail. Séminaire MGForm, Angoulême: 2007, 74p.
12. Observatoire de la Médecine Générale. Société Française de Médecine Générale, Issy-les-Moulineaux: 2007. <http://omg.sfm.org>
13. LAUVRAY-BOUILLET C. La souffrance au travail: dépistage et prise en charge en médecine générale. Revue de la littérature et enquête d'intention de pratique auprès des médecins généralistes des Hauts-de-Seine. 126p. Th: Méd.: Versailles Saint-Quentin en Yvelines, Paris-Ile-de-France-Ouest: 2005; 32.
14. AMOROS-BESSEDE C. Le médecin généraliste face à la souffrance morale au travail. 94p. Th: Méd.: Dijon: 2006; 27.
15. CHOUANIERE D. Dépister ou diagnostiquer les risques psychosociaux: quels outils? Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2009; 25-26: 261-5.
16. DAVEZIES P. Stress, pouvoir d'agir et santé mentale. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2008; 69: 195-203. Disponible à la rubrique Publications à l'adresse <http://philippe.davezies.free.fr>
17. PEZE M. Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés, journal de la consultation "Souffrance et Travail" 1997-2008. Pearson Education France, Paris: 2008, 220p.

18. DEJOURS C. Travail, usure mentale Nouvelle édition augmentée. Bayard, Paris: 2000: 155-70.
19. NOMURA K, NAKAO M, SATO M, ISHIKAWA H and YANO E. The association of the reporting of somatic symptoms with job stress and active coping among Japanese white-collar workers. *Journal of Occupational Health* 2007; 49: 370-5.
20. KROENKE K, SPITZER RL, DEGRUY FV, HAHN SR, LINZER M, WILLIAMS JBW, BRODY D and DAVIES M. Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54: 352-8.
21. DICKINSON WP, DICKINSON LM, DEGRUY FV, CANDIB LM, MAIN DS and LIBBY AM. The somatization in primary care study: a tale of three diagnoses. *General Hospital Psychiatry* 2003; 25: 1-7.
22. KROENKE K, SPITZER RL, DEGRUY F and SWINDLE R. A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics* 1998; 39: 263-72.
23. SMITH RC, GARDINER JC, LYLES JS, SIRBU C, DWAMENA FC, HODGES A, COLLINS C, LEIN C, GIVEN CW, GIVEN B and GOODEERIS J. Exploration of DSM-IV in primary care patients with medically unexplained symptoms. *Psychosomatic Medicine* 2005; 67: 123-9.
24. FEDER A, OLFSO M, GAMEROFF M, FUENTES M, SHEA S, LANTIGUA RA and WEISSMAN MN. Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice. *Psychosomatics* 2001; 42: 261-8.
25. KROENKE K, SPITZER RL, WILLIAMS JBW, LINZER M, HAHN SR, DEGRUY III FV and BRODY D. Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of Family Medicine* 1994; 3: 774-9.
26. HIRIGOYEN M. Malaise dans le travail. Le harcèlement moral: démêler le vrai du faux. La découverte, Paris: 2004, 294p.
27. GOLLAC M, CASTEL MJ, JABOT F et PRESSEQ P. Du déni à la banalisation. Note de recherche sur la souffrance mentale au travail. *Actes de la recherche en sciences sociales* 2006; 163: 39-45.
28. THERY L. Le travail intenable. La Découverte, Paris: 2006, p17-168.
29. LEGERON P. Le stress au travail. Odile Jacob, Paris: 2006, 384p.
30. LEGERON P. La santé mentale au travail, un enjeu humain et économique. *La presse médicale référence* 2006; 35: 821-2.
31. VALENTY M, CHEVALIER A, HOMER J, LE NAOUR C, MEVEL M, TOURANCHET A, IMBERNON E et le réseau MCP. Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire - Institut de Veille Sanitaire* 2008; 32: 281-4.
32. Equipe Sumer. Enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels - Sumer, France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2009; 25-26: 280.
33. COHIDON C et SANTIN G. Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice: 2007, 76p.
34. DOOR JP. Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (n°1157). Assemblée Nationale, Paris: 2008, N°1211 Tome II, p85-106.
35. BERTIN C et DERRIENNIC F. Souffrance psychique, âge et conditions de travail. *Travailler* 2000; 1: 73-99.
36. DIRICQ N, GUILLET G, DALPHIN J, IMBERNON E, LASFGARGUES G, SERMET C, VANDENBERGHE O, LARCHE-MOCHEL M, MILLOT M, IZARD J, de-VIVIES A, LECOINTE D, SEILLER S, ALLARD B, FOUGHALI A et LESPAGNOL C. Rapport de la commission instituée par l'article L.176-2 du code de la Sécurité sociale. Le portail de la Sécurité sociale française, Paris: 2008, 2vol., 135p.

37. CATHEBRAS P. Plaintes somatiques médicalement inexplicées. *Médecine* 2006; 2: 72-5.
38. LIPOWSKI ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry* 1988; 145: 1358-68.
39. CATHEBRAS P. Troubles fonctionnels et somatisation: comment aborder les symptômes médicalement inexplicées. Masson, Issy-les-Moulineaux: 2006, p21-65.
40. BRIDGES KW and GOLDBERG DP. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *Psychosomatics* 1985; 29: 563-9.
41. VACCARINO AL, SILLS TL, EVANS KR and KALALI AH. Prevalence and association of somatic symptoms in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2008; 10: 1-7.
42. GRABE HJ, MEYER C, HAPKE U, RUMPF HJ, FREYBERGER HJ, DILLING H and JOHN U. Specific somatoform disorder in the general population. *Psychosomatics* 2003; 44: 304-11.
43. LÖWE B, SPITZER RL, WILLIAMS JBW, MUSSEL M, SCHELBERG D and KROENKE K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry* 2008; 30: 191-9.
44. BROWN FW, GOLDING JM and SMITH R. Psychiatric comorbidity in primary care somatization disorder. *Psychosomatic Medicine* 1990; 52: 445-51.
45. CLARKE DM, PITERMAN L, BYRNE CJ and AUSTIN DW. Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatisation in Australian general practice. *Medical journal of Australia* 2008; 189: 560-564.
46. GUELFY JD et ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. Masson, Issy-les-Moulineaux: 2007, p302-22.
47. ESCOBAR JI, RUBIO-STIPEC M, CANINO G and KARNO M. Somatic Symptom Index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1989; 177: 140-6.
48. KROENKE K, SHARPE M and SYKES R. Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics* 2007; 48: 277-85.
49. MAYOU R, KIRMAYER LJ, SIMON G, KROENKE K and SHARPE M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-IV. *The American Journal of Psychiatry* 2005; 162: 847-55.
50. HEINRICH TW. Medically unexplained symptoms and the concept of somatization. *Wisconsin Medical Journal* 2004; 103: 83-7.
51. LIPOWSKI ZJ. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *Canadian Medical Association Journal* 1986; 135: 609-14.
52. CHAMBERLAIN JR. Approaches to somatoform disorders in primary care. *Advanced Studies in Medicine* 2003; 3: 438-47.
53. BARSKY AJ, ORAV EJ and BATES DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62: 903-10.
54. ESCOBAR JI, GOLDING JM, HOUGH RL, KARNO M, BURNAM AM and WELLS KB. Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *American Journal of Public Health* 1987; 77: 837-40.
55. REID S, WESSELY S, CRAYFORD T and HOTOPF M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *British Medical Journal* 2001; 322: 6767-9.
56. JUNG WIGGINS E. Patients souffrant de troubles somatoformes: évaluation d'une prise en charge intégrée médico-psychiatrique et revue de la littérature. 27p. Th. Méd.: Genève: 2000; 10253.

- 57.** BALINT M. *Le médecin, son malade et la maladie* 3^{ème} édition, Payot, Paris: 1988, 419p.
- 58.** GUREJE O, SIMON GE, USTUN TB and GOLDBERG DP. Somatization in cross-cultural perspective: a world health organization study in primary care. *The American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 989-95.
- 59.** KIRMAYER LJ, GROLEAU D, LOOPER KJ and DOMINICE DAO M. Explaining medically unexplained symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry* 2004; 49: 663-72.
- 60.** KIRMAYER LJ & YOUNG A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine* 1998; 60: 420-30.
- 61.** LYNCH DJ, MAC GRADY A, NAGEL R and ZSEMBIK C. Somatization in family: comparing 5 methods of classification. *The Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 1: 85-9.
- 62.** ESCOBAR JI, BURMAN M, KARNO M, FORSYTHE A and GOLDING JM. Somatization in the community. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 713-8.
- 63.** GREEN LA, FRYER GE, YAWN BP, LANIER D and DOVEY SM. The ecology of medical care revisited. *The New England Journal of Medicine* 2001; 344: 2021-5.
- 64.** FINK P, SORENSEN L, ENGBERG M, HOLM M and MUNK-JORGENSEN P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 1999; 40: 330-8.
- 65.** Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Paris: 2009. <http://www.insee.fr/fr/default.asp>
- 66.** ANDREA H, BEURSKENS AJHM, METSEMAKERS JFM, VAN AMELSOORT LGPM, KANT Y and VAN SCHAYCK C. Health and psychosocial work characteristics of employees who did or did not consult the general practitioner in relation to work. *International archives of occupational and environmental health* 2003; 76: 69-74.
- 67.** GODARD C, CHEVALIER A et GOULFIER C. Améliorer le diagnostic et la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs en population active: l'expérience du programme Aprand, France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2009; 25-26: 275-9.
- 68.** NIEDHAMMER I, DAVID S, BUGEL I et CHEA M. Catégorie socioprofessionnelle et exposition aux facteurs psychosociaux au travail dans une cohorte professionnelle. *Travailler* 2001; 1: 23-45.
- 69.** NIEDHAMMER I, DAVID S et DEGIOANNI S. Violence psychologique au travail et santé mentale: résultats d'une enquête transversale en population salariée en région Paca, France, 2004. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2009; 25-26: 271-5.

ANNEXES

ANNEXES

ANNEXE 1: Définition des facteurs de risque psychosociaux

1. Le stress

D'après l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail, le stress survient *«lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement, et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité.»* On distingue ici 3 notions:

- les contraintes au travail (les causes)
- l'**état de tension** ou état de stress généré par la perception d'un déséquilibre entre contraintes et ressources
- les conséquences ou effets du stress sur la santé des salariés et sur leur productivité (les troubles psychosociaux)

Si dans le langage courant le terme « stress » désigne indifféremment l'un de ces trois éléments, il est réservé dans le langage scientifique à l'état de tension.

Le stress augmente constamment depuis son apparition à la fin du 21^{ème} siècle. Il est le RPS **le plus fréquent**: **20 % des salariés européens** estiment leur santé affectée par un stress au travail.⁴ Il n'épargne aucun secteur d'activité. Il est aussi le RPS **le plus important**, à la fois cause et la conséquence des autres RPS.¹ Son dépistage, sa prise en charge et sa prévention sont essentiels.²⁹

Le stress proviendrait principalement de l'**interaction entre un individu et son environnement professionnel**.¹⁸ Plusieurs modèles explicatifs ont été élaborés.^{1,68} Différents éléments en ressortent, notamment:

- **les facteurs extrinsèques** liés à l'exécution de la tâche sous l'influence des exigences professionnelles, et liés aux aspects organisationnels (notamment à la latitude décisionnelle): modèle de R. KARASEK dans les années 1980
- **les facteurs intrinsèques** liés aux différentes facettes de la personnalité du travailleur et à la notion de récompense, qu'elle soit monétaire ou statutaire: modèle de J. SIEGRIST dans les années 1990
- **l'influence protectrice du soutien social** au travers des relations de travail: modèle de J. JOHNSON en 1989

L'adaptabilité de chacun face au stress dépend aussi de facteurs individuels: la perception du stress, l'évaluation de ses capacités à y faire face, sa tendance à externaliser ou internaliser la cause du stress (ou « *locus de contrôle* ») et ses stratégies d'adaptation (ou *coping*).²⁹

2. Les violences professionnelles

Les études épidémiologiques récentes décrivent l'émergence des violences professionnelles dans certains secteurs d'activité.^{5,6,7} Parmi les salariés, 8 à 15 % se disent directement exposés, et près d'un tiers en serait témoin.⁶⁹ Elles sont fortement associées à un mal-être.^{8,9} Elles doivent être intégrées dans les études épidémiologiques futures.

2.1 Les violences internes

Elles correspondent aux agressions physiques ou verbales (insultes, brimades, intimidations) et aux conflits exacerbés entre **collègues** ou avec les **responsables hiérarchiques**. Elles incluent les situations de harcèlement moral et sexuel.

Le législateur a reconnu le **harcèlement sexuel** avant le harcèlement moral. La loi du 17 janvier 2002 reprise dans le Code pénal en donne la dernière définition: « *le fait de harceler autrui dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.* »

Le **harcèlement moral** est également défini par la loi du 17 janvier 2002 du Code pénal: « *le fait de harceler autrui par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.* »

3.2 Les violences externes

Elles sont exercées contre une personne sur son lieu de travail par des **personnes extérieures à l'entreprise**, et qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être. Elles comprennent l'incivilité (manque de respect), l'agressivité physique ou verbale (volonté de blesser) et l'agression (volonté de « détruire »). Les facteurs de risques sont: le travail isolé; la manipulation d'argent liquide ou d'objets précieux; l'exercice de fonctions d'inspection, contrôle et exécution; le travail dans le secteur des services de soins, des conseils ou de l'éducation; l'emploi au contact de populations difficiles.

ANNEXE 2: Psychopathologies reconnues maladies professionnelles par le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles

Le **tableau 14** donne la liste des psychopathologies reconnues maladies professionnelles par le CRRMP de 2001 à 2006:³⁶

Tableau 14: Intitulé des psychopathologies reconnues maladies professionnelles par le CRRMP de 2001 à 2006

Syndrome	Libellé du syndrome	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
F432	Troubles de l'adaptation	0	0	10	8	10	6	34
F322	Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques	0	1	3	1	3	0	8
F329	Episode dépressif sans précision	0	1	1	0	0	1	3
F41	Autres troubles anxieux	0	0	0	1	1	1	3
F204	Dépression post-schizophrénique	0	0	0	0	2	0	2
F321	Episode dépressif moyen	0	0	0	0	2	0	2
F328	Autres épisodes dépressifs	0	0	1	0	0	1	2
F408	Autres troubles anxieux phobiques	0	0	0	2	0	0	2
F412	Trouble anxieux et dépressif mixte	1	0	0	0	0	1	2
F067	Trouble cognitif léger	0	0	0	0	0	1	1
F072	Syndrome post-commotionnel	0	0	1	0	0	0	1
F232	Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique	0	0	0	1	0	0	1
F239	Trouble psychotique aigu et transitoire sans précision	0	0	0	0	1	0	1
F28	Autres troubles psychotiques non organiques	0	0	0	1	0	0	1
F315	Trouble affectif bipolaire épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques	0	1	0	0	0	0	1
F32	Episodes dépressifs	0	0	0	0	1	0	1
F33	Trouble dépressif récurrent	0	0	0	0	0	1	1
F341	Dysthymie	0	0	1	0	0	0	1
F409	Trouble anxieux phobique sans précision	0	0	0	0	0	1	1
F411	Anxiété généralisée	0	0	0	0	0	1	1

Syndrome	Libellé du syndrome	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
F449	Trouble dissociatif (de conversion) sans précision	0	1	0	0	0	0	1
F489	Facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs	0	0	0	0	0	1	1
F69	Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte sans précision	1	0	0	0	0	0	1
F989	Trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence sans précision	0	0	0	0	0	1	1
T743	Séances psychologiques	0	0	0	0	0	1	1
Z730	Surmenage	0	0	0	0	0	1	1
Z733	Stress non classé par ailleurs	0	0	0	0	1	0	1
	TOTAL	2	4	17	15	21	18	92

Source: CNAMTS –DRP

ANNEXE 3: Définition des troubles somatoformes par le DSM-IV-TR et la CIM-10

Les troubles somatoformes appartiennent à une catégorie créée par APA dans le DSM-III en 1980.⁴⁶ Cette catégorie désigne la présence de symptômes physiques pouvant évoquer une affection médicale, mais qui ne peuvent s'expliquer ni par une affection médicale générale, ni par un autre trouble mental. Le DSM-III est un manuel utilisé pour les statistiques et la recherche. Il s'appuie sur un modèle biomédical d'observation de données cliniques et paracliniques fournies par les examens complémentaires. Il coïncide avec la démarche médicale d'exclure une affection organique ou une substance comme cause des symptômes physiques. Il diffère donc du modèle psychanalytique basé sur une étiologie (causes) ou des mécanismes communs.

On retrouve aujourd'hui la définition suivante des **troubles somatoformes** (*Somatoform Disorders*), dans la 4^{ème} édition du manuel parue en 2000, avec texte révisé (DSM-IV-TR):

- **Trouble somatoforme (*Somatization Disorder*):**
Antécédents de plaintes somatiques débutant avant l'âge de 30 ans, évoluant depuis plusieurs années. Les symptômes surviennent à n'importe quel moment et ne sont jamais produits intentionnellement. Il y a des symptômes douloureux (tête, dos, articulations, extrémités, poitrine, rapports sexuels), des symptômes gastro-intestinaux, des symptômes sexuels et des symptômes pseudo neurologiques.
- **Trouble somatoforme indifférencié (*Undifferentiated Somatoform Disorder*):**
Plaintes somatiques inexplicables pendant au moins 6 mois, qui sont en dessous du seuil de diagnostic de Trouble somatoforme.
- **Trouble de conversion (*Conversion Disorder*):**
Un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou des fonctions sensitives ou sensorielles, suggérant une affection neurologique ou médicale générale. Il y a des facteurs psychologiques associés aux symptômes ou aux déficits (conflits ou autres facteurs de stress). Ils ne sont pas produits intentionnellement.
- **Hypochondrie (*Hypochondriasis*):**
 Crainte d'être atteint d'une maladie grave fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques. C'est une préoccupation persistante non délirante, et ce malgré un bilan médical rassurant.
- **Peur d'une dysmorphie corporelle (*Body Dysmorphic Disorder*):**
Préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence, ou préoccupation manifestement démesurée d'un léger défaut.
- **Trouble somatoforme non spécifié (*Somatoform Disorder, Not Otherwise Specified*):**
Troubles somatiques n'ayant pas de critère pour rentrer dans une catégorie spécifique.

La CIM-10 est l'alternative la plus couramment utilisée au DMS-IV-TR. Ce classement conserve certains aspects de la psychopathologie en cours dans la psychanalyse. Les troubles somatoformes sont compris comme trouble névrotique et mis aux côtés de troubles anxieux.

Les troubles somatoformes selon la CIM-10 sont les suivants:

- Somatisation
- Trouble somatoforme indifférencié
- Trouble hypocondriaque
- Dymorphophobie (non délirante)
- Hypochondrie
- Névrose hypocondriaque
- Nosophobie
- Peur d'une dysmorphie corporelle
- Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme
- Syndrome douloureux somatoforme persistant
- Autres troubles somatoformes
- Trouble somatoforme, sans précision

Le diagnostic de « *somatisation* » repose sur chacun des éléments suivants:

- antécédents de plaintes somatiques multiples et variables pendant au moins 2 ans, ne pouvant être expliquées par un trouble somatique identifiable
- refus persistant d'accepter les conclusions des médecins concernant l'absence de toute cause organique
- perturbation du comportement et altération du fonctionnement social et familial

On constate la catégorie « *dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme* », définie par « *symptôme fonctionnel en rapport avec un hyperfonctionnement neurovégétatif (palpitations, transpiration, bouffées de chaleur ou de froid, tremblements) accompagné d'un sentiment de crainte ou de détresse, et de plaintes subjectives non spécifiques et variables (douleurs vagues, brûlures, lourdeur, oppression...) attribuées par le patient à un organe ou un système spécifique* ».

Le trouble de conversion n'est pas compris dans les troubles somatoformes, mais dans la catégorie des troubles dissociatifs.

ANNEXE 4: Echelle du PHQ-15

Patient Health Questionnaire 15-Item Somatic Symptom Severity Scale (PHQ-15)

During the <i>past 4 weeks</i> , how much have you been bothered by any of the following problems?	Not bothered at all	Bothered a little	Bothered a lot
a. Stomach pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Back pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pain in your arms, legs, or joints (knees, hips, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstrual cramps or other problems with your periods [Women only]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Chest pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fainting spells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Feeling your heart pound or race	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Shortness of breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Pain or problems during sexual intercourse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Constipation, loose bowels, or diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Nausea, gas, or indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Feeling tired or having low energy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Trouble sleeping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright © 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission.

Figure 15: Echelle du PHQ-15

ANNEXE 5: Catégories socioprofessionnelles

Le **tableau 15** donne 6 CSP de la population active parmi les 8 CSP déclinées par l'INSEE⁶⁵ en 1982:

Tableau 15: Catégories socioprofessionnelles

Niveau agrégé	Niveau de publication courante	Niveau détaillé
1. Agriculteurs exploitants	10. Agriculteurs exploitants	11. Agriculteurs sur petite exploitation 12. Agriculteurs sur moyenne exploitation 13. Agriculteurs sur grande exploitation
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	21. Artisans	21. Artisans
	22. Commerçants et assimilés	22. Commerçants et assimilés
	23. Chefs d'entreprises de 10 salariés et plus	23. Chefs d'entreprises de 10 salariés et plus
3. Cadres et Professions intellectuelles supérieures	31. Professions libérales	31. Professions libérales
	32. Cadres de la fonction publique et professeurs	33. Cadres de la fonction publique 34. Professeurs, professions scientifiques 35. Professions de l'information, des arts et des spectacles
	36. Cadres d'entreprises	37. Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises 38. Ingénieurs et cadres techniques d'entreprises
4. Professions intermédiaires	41. Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique	42. Instituteurs et assimilés 43. Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44. Clergé, religieux 45. Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46. Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	46. Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47. Techniciens	47. Techniciens
	48. Contremaîtres, agents de maîtrise	48. Contremaîtres, agents de maîtrise

Niveau agrégé	Niveau de publication courante	Niveau détaillé
5. Employés	51. Employés de la fonction publique	52. Employés civils et agents de service de la fonction publique 53. Policiers et militaires
	54. Employés administratifs d'entreprises	54. Employés administratifs d'entreprises
	55. Employés de commerce	55. Employés de commerce
	56. Personnels des services directs aux particuliers	56. Personnels des services directs aux particuliers
6. Ouvriers	62. Ouvriers qualifiés	62. Ouvriers qualifiés de type industriel 63. Ouvriers qualifiés de type artisanal 64. Chauffeurs 65. Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
	66. Ouvriers non qualifiés	67. Ouvriers non qualifiés de type industriel 68. Ouvriers non qualifiés de type artisanal
	69. Ouvriers agricoles	69. Ouvriers agricoles

INSEE, 1982

ANNEXE 6: Définition des critères d'évaluation secondaires selon le dictionnaire de la SFMG

Les **tableaux 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 et 23** donnent les définitions informatiques des diagnostics psychiatriques utilisés dans notre étude selon le dictionnaire de la SFMG¹², avec:

- ++++ : critère obligatoire pour retenir ce diagnostic
- ++1| : au moins un des critères doit être présent
- +/- : complément sémiologique qui enrichit la description du cas

Tableau 16: Humeur dépressive selon le dictionnaire de la SFMG

HUMEUR DEPRESSIVE	Code CIM-10: F32.0
++++ TENDANCE À LA TRISTESSE	
++1 baisse d'intérêt ou de plaisir	
++1 manque de confiance en soi	
++++ BAISSÉ DES ACTIVITÉS	
++1 physiques (asthénie, sexe, appétit)	
++1 psychiques (parole, mémoire, concentration)	
++1 de relation ou repli sur soi	
++1 sociale et professionnelle	
++++ ABSENCE D'AUTODÉVALUATION MAJEURE OU D'AUTOACCUSATION	
++++ ABSENCE D'IDÉES SUICIDAIRES (EXPRIMÉES OU RETROUVÉES AU COURS DE L'ENTRETIEN)	
++++ ABSENCE DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ	
+ - évolution depuis plus de deux ans chez l'adulte	
+ - évolution depuis plus de un an chez l'enfant	
+ - anxiété d'intensité identique à la tendance à la tristesse	
+ - facteur déclenchant identifié depuis plus de 6 mois	
+ - insomnie	
+ - hypersomnie	
+ - difficulté à prendre des décisions	
+ - prédominance matinale des symptômes	
+ - irritabilité, agressivité	
+ - récurrence	

Tableau 17: Dépression selon le dictionnaire de la SFMG

DEPRESSION	Code CIM-10: F32.9
++++ DOULEUR MORALE	
++2 autodévaluation	
++2 tristesse	
++2 idée(s) suicidaire(s) ou idée(s) récurrente(s) de la mort	
++++ INHIBITION (BAISSE OU DIMINUTION)	
++2 de l'activité physique (asthénie, sexe, appétit)	
++2 de l'activité psychique (parole, mémoire, concentration)	
++2 des fonctions de relations sociales	
++++ TROUBLES DU SOMMEIL	
++1 insomnie	
++1 somnolence, hypersomnie	
++++ ABSENCE DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ	
++++ ÉVOLUANT DEPUIS 15 JOURS AU MOINS	
+ - anxiété	
+ - prédominance matinale des symptômes	
+ - récidive	

Tableau 18: Syndrome maniaco-dépressif selon le dictionnaire de la SFMG

SYNDROME MANIACO DÉPRESSIF	Code CIM-10: F31
++++ ALTERNANCE DE PHASES MANIAQUES ET DÉPRESSIVES	
++1 rapportée	
++1 constatée	
++1 PHASE DÉPRESSIVE	
++1 douleur morale	
++1 perte du sentiment de plaisir	
++1 troubles du sommeil	
++1 fonctions vitales corporelles diminuées	
++1 fonctions relations sociales diminuées	
++1 PHASE MANIAQUE	
++1 augmentation de l'activité	
++1 paroles précipitées	
++1 insomnie croissante	
++1 irritabilité, agressivité	
++1 levée d'inhibition	
++1 fuite des idées	
++1 hallucinations	
++1 délire	

Tableau 19: Anxiété-angoisse selon le dictionnaire de la SFMG

ANXIETE – ANGOISSE	Code CIM-10: F41.9
++++ SENSATION DE MALAISE PSYCHIQUE	
++1 tension interne, appréhension	
++1 sensation d'un danger imprécis, peur de mourir	
++1 crainte diffuse (inquiétude, attente craintive)	
++++ SANS CRITÈRE ÉVOQUANT UN AUTRE RÉSULTAT DE CONSULTATION	
++++ NE SURVENANT PAS DANS UNE SITUATION STÉRÉOTYPÉE	
+ - malaise physique	
++1 neurologique (céphalée, paresthésies, algie, tremblements, spasmes)	
++1 respiratoire (oppression thoracique, dyspnée, tachypnée)	
++1 cardiaque (palpitations, tachycardie, précordialgie)	
++1 digestive (nausée, vomissement, épigastralgie, douleur abdominale, diarrhée)	
++1 neurovégétative (bouffées de chaleur, sueurs, vertiges, sécheresse de bouche, boule dans la gorge)	
+ - non reconnue comme telle par le patient	
+ - fond permanent d'anxiété quasi quotidien depuis au moins 6 mois	
+ - anxiété transitoire	
+ - attaque de panique	
+ - examen après disparition des symptômes	
+ - perturbations du sommeil	
+ - récidive	

Tableau 20: Phobie selon le dictionnaire de la SFMG

PHOBIE	Code CIM-10: F40
++++ CRAINTE IRRATIONNÉE SURVENANT	
++1 dans un lieu spécifique	
++1 pour une situation particulière	
++1 en présence de personne(s) particulière(s)	
++1 en présence d'objet(s) particulier(s)	
++1 en présence d'animaux particuliers	
++++ AVEC CONDUITE CONTRAPHOBIQUE	
++1 par l'évitement	
++1 par l'utilisation d'objet(s)	
++1 par le recours à l'alcool, à des médicaments	
++1 par des gestes stéréotypés	
+ - retentissement	
++1 familial	
++1 socioprofessionnel	
++1 modéré	
++1 sévère	
+ - panique	
+ - récidive	

Tableau 21: Problème avec l'alcool selon le dictionnaire de la SFMG

PROBLÈME AVEC L'ALCOOL	Code CIM-10 F10.9
++++ PLAINTES OU TROUBLES LIÉS À UNE CONSOMMATION ANORMALE DE BOISSON ALCOOLISÉE, DE TYPE	
++1 buveur excessif à l'interrogatoire (h >28 verres d'alcool par semaine et f > 14 verres)	
++1 dépendance psychologique (désir irrésistible de boire par moments dans certaines situations)	
++1 dépendance physique (incapacité d'arrêter de boire plus de 3 jours)	
++1 ivresse aiguë (violence, blessure, coma)	
++1 syndrome de sevrage, pré-DT (anxiété, énervement, insomnie, tremblements, sueurs)	
+ - problème évoqué par	
++1 le patient	
++1 l'entourage (famille, amis, entreprise, autres professionnels)	
++1 le médecin	
+ - prise en charge avec d'autres intervenants (médical, social, structure spécialisée)	
+ - entourage reçu pendant la séance	
+ - déni malgré des troubles évidents (peur, honte)	
+ - poursuite de l'alcoolisation ou refus de changement immédiat	
+ - crainte de réalcoolisation + - réalcoolisation (rechute)	
+ - facteur déclenchant identifié depuis plus de 6 mois	
+ - insomnie	
+ - hypersomnie	
+ - difficulté à prendre des décisions	
+ - prédominance matinale des symptômes	
+ - irritabilité, agressivité	
+ - récursive	

Tableau 22: Toxicomanie selon le dictionnaire de la SFMG

TOXICOMANIE	Code CIM-10: F1x.x
++++ PLAINTES OU TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES	
++1 haschich	
++1 héroïne	
++1 autres opiacés	
++1 benzodiazépines	
++1 autre	
+ - comportement et signes physiques de l'effet d'une drogue	
+ - syndrome de manque physique ou psychique	
+ - accident de surdosage	
+ - substitution	
+ - prise en charge conjointe avec structures spécialisées	
+ - demande directe de produit	
+ - demande de sevrage	
+ - demande d'aide sans sevrage (psychologique, sociale, physique)	
+ - récursive	

Tableau 23: Trouble psychique selon le dictionnaire de la SFMG

TROUBLE PSYCHIQUE	Code CIM-10: F99
++++ PERCEPTION D'UN TROUBLE PSYCHIQUE	
++++ NON SPÉCIFIQUE D'UN AUTRE RC	
++1 amnésie ou fugue psychogène (dissociative)	
++1 catatonie (immobilité, activité excessive, négativisme)	
++1 confusion des idées	
++1 comportement caractériel	
++1 discours ou comportement désorganisé	
++1 discours ou comportement délirant	
++1 hallucinations	
++1 idée de persécution, propos paranoïde	
++1 sentiment de détachement, déréalisation, dépersonnalisation	
++1 excentricité, traits histrionique	
++1 immaturité affective ou du comportement	
++1 psychasthénie	
+ - début brusque	
+ - stress ou anxiété	
+ - récédive	

ANNEXE 7: Procédés de tirage au sort des patients non exposés

La date du 10 juin a été choisie au hasard pour débiter le tirage au sort.

1. Premier cabinet médical

Dans le 1^{er} cabinet médical, non avons tiré au sort **156 patients non exposés** appariables aux 78 patients exposés. L'activité de chacun des deux médecins a été estimée à 395 consultations par mois en 2007, soit 98.75 par semaine.

Le calcul du pas de sélection était le suivant:

$$\begin{aligned} \text{Pas de sélection} &= \frac{(\text{Nombre de consultations/ mois/ médecin}) \times 2 \times \text{durée d'étude en mois}}{\text{Nombre souhaité de patients non exposés}} \\ &= \frac{395 \times 2 \times 21}{156} = 106.4 \text{ actes ? 1 semaine d'activité} \end{aligned}$$

Pour simplifier, nous avons considéré le **pas de sélection égal à une semaine** pour chaque médecin. Nous avons sélectionné 2 patients par semaine (un pour chaque médecin) décalés de 2 jours 1/2, en progressant systématiquement d'une tranche horaire de consultation. La période d'étude a été parcourue 3 fois pour aboutir à la sélection du nombre souhaité de patients non exposés. Chaque tranche horaire de consultation à été utilisée 2 fois.

2. Deuxième cabinet médical

Dans le 2^{ème} cabinet médical, non avons tiré au sort **48 patients non exposés** appariables aux 24 patients exposés. L'activité du 3^{ème} médecin a été évaluée à 297.5 consultations par mois en 2007, soit 68.65 actes par semaine.

Le calcul du pas de sélection était le suivant:

$$\begin{aligned} \text{Pas de sélection} &= \frac{(\text{Nombre de consultations/ mois}) \times \text{durée de l'étude en mois}}{\text{Nombre souhaité de patients non exposés}} \\ &= \frac{297.5 \times 21}{48} = 129.28 \text{ consultations ? 2 semaines d'activité} \end{aligned}$$

Pour simplifier, nous avons considéré le **pas de sélection égal à deux semaines** et avons sélectionné chaque patient en progressant systématiquement d'une tranche horaire de consultation. La période d'étude a été parcourue 5 fois pour aboutir à la sélection du nombre souhaité de patients non exposés. Chaque tranche horaire de consultation a été utilisée 2 fois.

ANNEXE 8: Caractéristiques sociodémographiques des patients exposés et non exposés

Tableau 24: Caractéristiques sociodémographiques des patients exposés et non exposés

Facteurs associés	Patients exposés		Patients non exposés	
	n = 102		n = 204	
	n	(%)	n	(%)
Age*				
< 25 ans	14	(13,7)	27	(13,2)
25 à 34 ans	23	(22,6)	47	(23,0)
35 à 44 ans	29	(28,4)	56	(27,5)
45 à 54 ans	31	(30,4)	67	(32,9)
= 55 ans	5	(4,9)	7	(3,4)
Moyenne	39,2		39,1	
Ecart-type	10,8		10,1	
Sexe*				
Homme	34	(33,3)	69	(33,8)
Femme	68	(66,7)	135	(66,2)
Situation familiale[†]				
Seul(e)	35	(34,7)	64	(33,3)
En couple	66	(65,3)	134	(67,7)
Médecin référent				
Non	6	(5,9)	23	(11,3)
Oui	96	(94,1)	181	(88,7)
ALD				
Non	81	(79,4)	185	(90,7)
Oui	21	(20,6)	19	(9,3)
CMU				
Non	94	(92,2)	183	(89,7)
Oui	8	(7,8)	21	(10,3)
CSP^{*†}				
Exploitants agricoles	0	(0,0)	0	(0,0)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	3	(3,0)	6	(2,9)
Cadres, professions intellectuelles supérieures	18	(17,8)	36	(17,7)
Professions intermédiaires	20	(19,8)	41	(20,1)
Employés	44	(43,6)	89	(43,6)
Ouvriers	16	(15,8)	32	(15,7)

* Variables soumises à un appariement entre les patients exposés et non exposés

[†] Variables qualitatives sans les données manquantes

ANNEXE 9: Données sociodémographiques de la population étudiée et de la population active de la Vienne, et tests comparatifs

Les **tableaux 25, 26 et 27** reprennent les valeurs sociodémographiques de la population de l'étude et de la population active de la Vienne qui ont été comparées. Ils sont suivis des données des tests d'indépendance du χ^2 réalisés.

Tableau 25: Répartition par tranches d'âge de la population de l'étude et de la population active de la Vienne

Tranches d'âge*	Population active de la Vienne		Population de l'étude	
	n = 190 138		n = 306	
	N	%	n	%
< 25 ans	23 529	(12.4)	41	(13.4)
25/54 ans	147 945	(77.8)	253	(82.7)
≥ 55 ans	18 664	(9.8)	12	(3.9)

* Variable qualitative soumise à un appariement entre les patients exposés et non exposés

H₀: population de l'étude non différente de la population active de la Vienne

H₁: population de l'étude différente de la population active de la Vienne (retenue)

Degrés de liberté: 2 risque $\alpha = 0.05$ $\chi^2_{théorique} = 5.99$ $\chi^2_{calculé} = 12.02$

Tableau 26: Répartition par sexe de la population de l'étude et de la population active de la Vienne

Sexe*	Population active de la Vienne		Population de l'étude	
	n = 190 138		n = 306	
	n	%	n	%
Hommes	99 127	(52.1)	104	(34.0)
Femmes	91 011	(47.9)	202	(66.0)

* Variable qualitative soumise à un appariement entre les patients exposés et non exposés

H₀: population de l'étude non différente de la population active de la Vienne

H₁: population de l'étude différente de la population active de la Vienne (retenue)

Degrés de liberté: 1 risque $\alpha = 0.05$ $\chi^2_{théorique} = 3.84$ $\chi^2_{calculé} = 40.38$

Tableau 27: Répartition par CSP de la population de l'étude et de la population active de la Vienne

CSP*	Population active de la Vienne		Population de l'étude	
	n = 190 138		n = 306	
	n	%	n	%
Exploitants agricoles	5 592	(3.0)	0	(0.0)
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	9 730	(5.1)	9	(3.0)
Cadres, professions intellectuelles supérieures	21 758	(11.5)	54	(17.7)
Professions intermédiaires	43 898	(23.2)	61	(20.0)
Employés	59 269	(31.3)	133	(43.6)
Ouvriers	48 847	(25.8)	48	(15.7)

* Variable qualitative sans les données manquantes ; soumise à un appariement entre les patients exposés et non exposés

H₀: population de l'étude non différente de la population active de la Vienne

H₁: population de l'étude différente de la population active de la Vienne (retenue)

Degrés de liberté: 5 risque ? = 0.04 ?²_{théorique} = 11.07 ?²_{calculé} = 22.22

RESUME

RESUME

Introduction: Selon la théorie psychosomatique, les troubles psychosociaux impliqueraient la survenue de troubles somatiques secondaires.

Objectif: Comparer les symptômes somatiques définis par un trouble multisomatoforme chez les patients exposés et non exposés à un problème professionnel

Méthodes: Pour trois médecins généralistes du Poitou-Charentes, nous avons comparé le pourcentage du trouble multisomatoforme des patients exposés à un problème professionnel avec celui de patients non exposés. La présence d'un trouble multisomatoforme a été établie sur le nombre et la répétition de 15 symptômes somatiques sur 2 ans. Les autres troubles psychiatriques et la fréquence de consultation ont été étudiés comme facteurs de confusion.

Résultats: L'étude inclut 102 patients exposés à un problème professionnel et 204 patients non exposés. Le problème professionnel n'influence pas la présence d'un trouble multisomatoforme. Il est corrélé aux troubles de l'humeur et anxieux, et à une hyperconsommation de soins.

Conclusion: Notre étude a pour points forts une expertise médicale rigoureuse et un nombre important de patients inclus. Le point faible est l'insuffisance d'éléments d'appréciation du problème professionnel. La somatisation s'avère être un axe d'étude difficile, en raison de l'existence de multiples facteurs causaux autres que professionnels. L'absence d'identification de ces facteurs rend aussi difficile l'interprétation du lien observé entre le problème professionnel et les troubles de l'humeur et anxieux. En revanche, la forte demande de soins des patients exposés à un problème professionnel est une donnée nouvelle qui pourrait nous aider à mieux les repérer. Elle pourrait être la conséquence d'une plus forte exposition aux facteurs de risque psychosociaux, ce qui reste à déterminer.

Mots clefs: Problème professionnel, trouble multisomatoforme, symptômes somatiques, médecine générale, risques psychosociaux, santé au travail, hyperconsommation de soins, souffrance psychique, troubles psychiatriques, anxiété, dépression, trouble de l'humeur, stress.

Introduction: Selon la théorie psychosomatique, les troubles psychosociaux impliqueraient la survenue de troubles somatiques secondaires.

Objectif: Comparer les symptômes somatiques définis par un trouble multisomatoforme chez les patients exposés et non exposés à un problème professionnel

Méthodes: Pour trois médecins généralistes du Poitou-Charentes, nous avons comparé le pourcentage du trouble multisomatoforme des patients exposés à un problème professionnel avec celui de patients non exposés. La présence d'un trouble multisomatoforme a été établie sur le nombre et la répétition de 15 symptômes somatiques sur 2 ans. Les autres troubles psychiatriques et la fréquence de consultation ont été étudiés comme facteurs de confusion.

Résultats: Nous avons inclus 102 patients exposés à un problème professionnel et 204 patients non exposés. Le problème professionnel n'influence pas la présence d'un trouble multisomatoforme. Il est corrélé aux troubles de l'humeur et anxieux, et à une hyperconsommation de soins.

Conclusion: Notre étude a pour points forts une expertise médicale rigoureuse et un nombre important de patients inclus. Le point faible de notre étude est l'insuffisance d'éléments d'appréciation du problème professionnel. La somatisation s'avère être un axe d'étude difficile, en raison de l'existence de multiples facteurs causaux autres que professionnels. L'absence d'identification de ces facteurs rend aussi difficile l'interprétation du lien observé entre le problème professionnel et les troubles de l'humeur et anxieux. En revanche, la forte demande de soins des patients exposés à un problème professionnel est une donnée nouvelle qui pourrait nous aider à mieux les repérer. Elle pourrait être la conséquence d'une plus forte exposition aux facteurs de risque psychosociaux, ce qui reste à déterminer.

Study of multisomatoform disorder among patients who present a professional problem in general medicine

Introduction: According to the psychosomatic theory, the psychosocial disorders would lead to somatic disorders after an "overflow of the mental activity".

Objective: To compare the somatic disorders specified by a multisomatoform disorder among patients exposed and non-exposed to a professional problem

Methods: For three general practitioners in Poitou-Charentes, we have compared the percentage of multisomatoform disorder of patients who are exposed to a professional problem with that of non-exposed patients. The presence of a multisomatoform disorder has been established by the quantity and the repetition of 15 somatic symptoms over 2 years. The other psychiatric disorders and the frequency of consultation have been studied as factors of confusion.

Results: We have included 102 patients exposed to a professional problem and 204 non-exposed patients. The professional problem was not linked to a multisomatoform disorder. It was correlated to mood, to anxiety disorders as well as to high utilization of care.

Conclusion: The positive aspect of our study is the rigorous medical expertise and the significant number of included patients. The weak point of our study is the insufficiency of information to evaluate the professional problem. The somatization does prove to be a difficult issue of study, because of the existence of multiple causal factors other than professional ones. The absence of identification for these factors make it also difficult to interpret the link between the professional problem and the mood and anxiety disorders. On the other hand, the strong demand of care of patients who are exposed to professional problem is a new data which could help us to pointing them better. It could be the consequence of a higher exposition to psychosocial factors, what has to be determined

Mots clefs: Problème professionnel, trouble multisomatoforme, médecine générale, symptômes somatiques, hyperconsommation de soins, risques psychosociaux, santé au travail, souffrance psychique, troubles psychiatriques, anxiété, dépression, trouble de l'humeur, stress.

Key words: Professional problem, multisomatoform disorder, general medicine, somatic symptoms, , high utilization of care, psychosocial risks, health at work, psychic suffering, psychiatric disorders, anxiety, depression, mood disorder, stress.