

PERTINENCE DE LA PRESCRIPTION DE CONGES DE MALADIE DE LONGUE DUREE POUR PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

RELEVANCE OF LONG-TERM SICKNESS LEAVES' PRESCRIPTION FOR MENTAL DISORDERS

M. BOUJELBENE¹, J. BEN THABET^{2,4,*}, M. MAALEJ BOUALI^{2,4}, S. YAICH^{3,4}, S. OMRI^{2,4}, N. ZOUARI^{2,4}, L. ZOUARI^{2,4}, N. CHARFI^{2,4} ET M. MAALEJ^{2,4}

1 : Service d'anesthésie-réanimation à l'institut orthopédique Mohamed Kassab, Tunis

2 : Service de Psychiatrie C, CHU Hédi Chaker, Sfax

3 : Service de Médecine préventive, CHU Hédi Chaker, Sfax

4 : Faculté de Médecine, Université de Sfax-Tunisie

* e-mail de l'auteur correspondant : kamounjihene@yahoo.fr

Résumé

Nos objectifs étaient de dresser le profil des travailleurs du secteur public, examinés lors d'expertises pour congés de maladie de longue durée (CMLD), prescrits pour troubles mentaux, et discuter la pertinence de telles prescriptions. Notre étude a porté sur les dossiers de sujets examinés dans ce cadre sur deux ans. Près des 2/3 étaient des femmes. Il s'agissait d'enseignants (58%) et de soignants (21%). Les femmes, dont l'ancienneté professionnelle était de moins de 30 ans, étaient plus sujettes à s'absenter par rapport aux hommes de même ancienneté ($p=0,05$), qui, eux, avaient une durée d'arrêt plus longue ($p=0,039$). La durée moyenne d'arrêt était plus courte chez les enseignants ($p=0,005$). Le degré de concordance entre les diagnostics du médecin expert et celui traitant était bon ($Kappa = 0,734$, $p \ll 0,05$). La quasi-totalité des CMLD ont été considérés comme justifiés, témoignant de la réalité de la souffrance psychologique de ces fonctionnaires et de la sévérité de leurs atteintes.

Mots clés: Congé; Expertise médicale; Secteur public; Troubles mentaux.

Abstract

Our objectives were to provide the profile of public sector workers who left for long term sickness leaves (LTSL) prescribed for mental disorders and to discuss the relevance of such prescriptions. We included all the workers who were examined over a two-year period (January 2010-December 2011). The sex-ratio (M/F) was 0.51 (68/132). Most of the workers were teachers (58%) and caregivers (21%). Women with less than 30 years of service were more likely to be absent than men with the same seniority ($p = 0.05$). Men had longer average length of LTSL ($p = 0.039$). The average duration of time off was shorter for teachers ($p=0,005$). The degree of concordance between the diagnoses of the expert and the treating doctor was good ($Kappa = 0,734$ et $p \ll 0,05$). Almost all the LTSL were considered justified. This conclusion proves that these workers really suffer and it attests the severity of their psychological distress.

Key words: Leaves; Medical expertise; Public sector; Mental disorders.

ملخص

تتمثل أهدافنا في التعرف على خصائص موظفي القطاع العمومي المتحصلين على عطل مرضية طويلة الأمد بسبب أمراض نفسية وبيان مدى كان هذا الإجراء في محلّه. ركزت دراستنا على ملفات الموظفين الذين تم فحصهم في هذا السياق على مدى عامين. حوالي 3/2 من المشاركين كانوا من النساء. 58% كانوا مدرّسين و 21% من العاملين في المجال الصحي. كانت النساء اللواتي تقل أعمارهن عن 30 سنة أكثر عرضة للغياب من الرجال من نفس الأقدمية ($p = 0.05$)، أما الرجال فكان متوسط مدة إجازتهم أطول من النساء ($p = 0.039$). وكان متوسط مدة الإجازة أقصر بالنسبة للمدرّسين. كانت درجة التوافق بين تشخيص الطبيب الخبير والطبيب المباشر جيدة. وقد اعتبرت أغلبية العطل الموصفة مبررة، مما يدل على حقيقة المعاناة النفسية لهؤلاء الموظفين ويشهد على صعوبة حالتهم المرضية. الكلمات المفتاحية: عطلّة مرضية; اختبار طبي; القطاع العمومي; اضطرابات نفسية.

INTRODUCTION

L'absentéisme au travail est considéré comme un indicateur de mal-être au travail [1]. Les congés de maladie de longue durée (CMLD) constituent une forme d'absentéisme, et sont une source majeure de désorganisation et de désinsertion professionnelle.

La réglementation tunisienne reconnaît les troubles mentaux comme motif de prescription de congés (de maladie) de longue durée, sans préciser de critères de sévérité, laissant au psychiatre traitant la latitude de décider d'une telle mesure en fonction de son appréciation de la sévérité du trouble. A titre d'exemple, en 2015, et selon les chiffres du ministère de l'éducation nationale, le nombre des enseignants en CMLD était de 5000 sur un total de 201216 soit 2.48 dont 96% des congés pour pathologie psychiatrique [2].

De telles prescriptions peuvent être perçues comme abusives par l'entourage professionnel et/ou social. Les objectifs de cette étude étaient de dresser le profil sociodémographique, professionnel et clinique, des travailleurs dans le secteur public, examinés dans le cadre d'expertises médicales, à la demande des commissions médicales régionales ou de la commission nationale des congés de maladie de longue durée suite à des CMLD prescrits pour troubles mentaux, et de discuter la pertinence de telles prescriptions.

SUJETS ET METHODES

Notre étude était de type rétrospectif et descriptif. Elle a porté sur les dossiers de sujets qui ont été examinés, pendant les années 2010 et 2011, au service de psychiatrie « C » au CHU Hédi Chaker à Sfax.

Nous avons inclus les fonctionnaires qui ont été examinés durant la période mentionnée dans un cadre expertal, à la demande des commissions médicales régionales ou de la commission médicale nationale des CMLD, et ce, en vue de se prononcer sur la justification de la prescription d'un CMLD (d'une durée minimale de trois mois) par le médecin traitant. Deux cents dossiers exploitables ont été retenus pour l'étude.

L'examen du dossier nous a permis de recueillir les données sociodémographiques, les antécédents psychiatriques et somatiques des sujets, les données professionnelles, les données cliniques, les données relatives à l'arrêt du travail et les données relatives à l'expertise.

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées en utilisant le logiciel SPSS dans sa 20^{ème} version. Les variables quantitatives ont été décrites en

utilisant les médianes, les moyennes, l'écart type et les limites. Les variables qualitatives ont été décrites en utilisant les proportions.

L'étude des associations entre les variables a été faite par les tests d'hypothèses. La comparaison des proportions a été réalisée par le test de « chi2 » de Pearson ou par le test exact de « Fisher ». Le test de Student a été utilisé pour la comparaison de deux moyennes de deux échantillons indépendants.

Pour évaluer la pertinence des congés prescrits par les médecins traitants, nous avons confronté les diagnostics établis par ces derniers à ceux retenus par le médecin expert. L'évaluation du degré d'accord ou de « concordance » a été faite par le coefficient Kappa « κ » lorsque les variables sont qualitatives.

On accompagne le calcul du coefficient « κ » de son degré de signification p afin de pouvoir interpréter le résultat avec certitude. Lorsque $p < 0,05$, on peut conclure que les deux techniques concordent significativement plus que la chance seule ne pourrait l'expliquer.

RESULTATS

1. Etude descriptive :

1.1. Données sociodémographiques :

L'âge moyen de la population étudiée était de 46 ans et 4 mois, avec des extrêmes de 27 ans et 60 ans (écart type (ET) = 8,8 ans). Le sex -ratio (H/F) était 0,51 (68/132). Les sujets de l'étude travaillaient dans le milieu rural dans 53,5% (107 personnes). Soixante-dix-sept pour cent avaient un niveau d'études supérieur.

1.2. Antécédents médicaux et psychiatriques :

Soixante-dix sujets (35%) avaient des antécédents médicaux ou chirurgicaux. Les affections chroniques type HTA, troubles musculo-squelettiques et diabète représentaient respectivement 14,3%, 11,4% et 5,7% des cas. Une pathologie psychiatrique a été trouvée chez 27%.

1.3. Données professionnelles :

Parmi les patients expertisés, 58% étaient des enseignants, 21% travaillaient dans le secteur de la santé. La moyenne de l'ancienneté professionnelle a été de 21 ans avec des extrêmes de 1 an et 38 ans (ET=10). Les conditions du travail ont été jugées défavorables par 28 sujets (14%) dont 22 en rapport avec le déplacement qu'il fallait faire pour rejoindre le lieu du travail. Des problèmes relationnels avec les supérieurs hiérarchiques et les

collègues ont été relevés dans, respectivement, 5,5% et 7% des cas.

1.4. Données cliniques et thérapeutiques :

Le médecin traitant était de libre pratique dans 90% des cas et hospitalier dans 10% des cas. Il s'agissait d'un psychiatre dans 92,5% des cas et d'un neurologue dans 6% des sujets. Le diagnostic établi par le médecin traitant était un trouble dépressif épisode isolé dans 37% des cas (N=74), un trouble dépressif récurrent dans 27,5% (N=55), un trouble bipolaire dans 19,5% (N= 39), un trouble de l'adaptation dans 9,5% (N= 19) et des troubles psychotiques dans 4% (N= 8).

L'affection psychiatrique évoluait depuis moins de 1 an dans 36% des cas. Elle évoluait depuis 1 à 2 ans dans 44,5% des cas, et depuis plus de 2 ans dans 19,5% des cas.

Le facteur incriminé par les patients dans la genèse de la maladie était le milieu professionnel dans 21,5% des cas et le milieu familial dans 20%.

La durée d'arrêt du travail était en moyenne de 9,4 mois avec un écart type de 10,5. Les extrêmes étaient 3 mois et 5 ans.

La conclusion de l'expertise était d'écourter le congé dans 1% des cas. Dans 99% le congé a été considéré comme justifié : pour épuisement physique et/ou intellectuel (20%), pour amélioration insuffisante (26%), avec ou sans recommandation particulière (20%), et avec indication de la date de reprise (33%).

2. Etude analytique :

2.1. Corrélation selon le sexe :

Il y avait plus de CMLD parmi les femmes (50,8% versus 32,4% ; $p=0,013$). Lorsque l'ancienneté professionnelle était inférieure à 30 ans, les femmes étaient significativement plus enclines à s'absenter par rapport aux hommes de même ancienneté (64,4% versus 51,5% ; $p=0,050$).

Les femmes paraissaient moins affectées par les mauvaises conditions de travail que les hommes (5,4 % versus 18% ; $p=0,018$).

Les hommes avaient une durée moyenne d'arrêt de travail significativement plus longue (11 mois pour les hommes versus 8 mois pour les femmes ; $p=0,039$).

Les conflits familiaux et l'altération de l'état de santé physique étaient incriminés par les sujets comme facteur déclenchant dans respectivement 20% et 9% des cas. Le milieu familial a été incriminé surtout par les femmes (54,4% versus 18,9% ; $p=0,000$), alors que les hommes mettaient

en cause leur état de santé physique (29,7% versus 7,9% ; $p=0,001$).

2.2. Corrélation selon la profession :

Dans notre étude, les enseignants dont l'âge était inférieur à 45 ans étaient significativement plus enclins à s'absenter pour troubles mentaux (52,6% versus 47,4% ; $p=0,008$). De même ceux qui travaillaient en zone urbaine (53,5% versus 46,5% ; $p=0,22$). La profession d'enseignant avait des liaisons significatives avec les paramètres suivants : Antécédents personnels psychiatriques ($p=0,012$) et somatiques ($p=0,039$), ancienneté professionnelle inférieure à 30 ans ($p=0,027$), les mauvaises conditions du travail ($p=0,002$), l'âge de début de la maladie inférieur à 40 ans ($p=0,000$).

La durée moyenne d'arrêt de travail était moins importante chez les enseignants que chez les autres fonctionnaires (1,5 an versus 1,8 an ; $p=0,005$).

Les enseignants de notre étude présentaient de façon significative plus d'épisodes dépressifs par rapport aux autres fonctionnaires (41,2 % versus 24,4% ; $p= 0,013$).

Les soignants en CLMD travaillaient essentiellement en milieu rural ($p= 0,003$). Il n'y avait pas de lien significatif entre le fait d'être un soignant en CMLD et le sexe, l'âge et le niveau socio-économique.

2.2. Etude de concordance des diagnostics :

Le degré de concordance entre le diagnostic du médecin expert et celui du médecin traitant était significativement bon (Kappa = 0,734 et $p <<< 0,05$).

DISCUSSION

1. Profil du fonctionnaire bénéficiaire d'un CMLD pour troubles mentaux:

Selon notre étude, le profil type du fonctionnaire bénéficiaire d'un CMLD pour troubles mentaux est celui d'une femme (dans 2/3 des cas). Ces résultats sont proches de ceux issus d'une étude menée sur les patients adressés aux Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle de Nancy [3], avec 62% de femmes. La surreprésentation des femmes pourrait être en rapport avec le « double rôle » qu'elles occupent fréquemment : à la fois travailleuse et mère, ce qui est d'autant plus difficile lorsqu'elles élèvent seules leurs enfants.

L'âge moyen était de 46 ans et 4 mois. Plusieurs explications pourraient être avancées quant à la prédominance de cette tranche d'âge. Le début de la quarantaine correspond à la période du premier

bilan que l'on dresse par rapport aux fantasmes préexistants de réussite professionnelle et/ou de métier idéal. En plus, c'est dans cette tranche d'âge que les enfants commencent à avoir des exigences autrement plus pressantes quant à la disponibilité des parents. Enfin, selon certains auteurs [3, 4, 5], avec l'avance de l'âge, certains travailleurs s'adaptent mal aux conditions pénibles du travail d'équipe ; ils sont plus vulnérables au stress professionnel.

Il s'agissait d'enseignant dans 58% des cas, et de professionnel de la santé (cadre médical et paramédical) dans 21% des cas. Le lieu de l'exercice est rural dans 53,5% des cas. Ces résultats sont comparables à ceux rapportés dans la littérature [3, 6, 7], où les professions les plus représentées parmi ceux qui bénéficient de CMLD sont celles en rapport avec la santé et l'action sociale.

Dans 35% des cas, le fonctionnaire présentait une comorbidité somatique, elle était chronique dans plus de la moitié des cas (51,4%). L'altération de la santé physique constitue un facteur de risque déterminant dans la souffrance mentale des patients [8, 9].

Le motif du CMLD le plus fréquent était un trouble dépressif (64,5% des cas).

2. Variables corrélées au CMLD :

Sexe

Les femmes de notre série paraissaient moins affectées par les conditions de travail et l'environnement physique que les hommes ($p=0,018$). Paradoxalement, on trouve chez les femmes une réelle satisfaction au travail, malgré des conditions de travail souvent plus difficiles que celles des hommes [10, 11]. Les femmes entreraient dans le monde du travail avec différents éléments de comparaison et d'évaluation ; elles valoriseraient moins que les hommes les reconnaissances de salaire et d'autorité [12, 13].

Lorsque l'ancienneté professionnelle était inférieure à 30 ans, les femmes étaient significativement plus enclines à s'absenter par rapport aux hommes de même ancienneté ($p=0,050$). En début de carrière, le travail jouerait un rôle constructeur pour l'homme en quête d'accomplissement personnel ou d'identité dans le cadre de son besoin d'apporter sa contribution à la construction d'une œuvre ou à la création sociale. Alors que la femme aura toujours autant de difficultés à s'imposer et sera freinée par le sentiment de culpabilité [14].

Les hommes avaient une durée moyenne d'arrêt de travail significativement plus longue (11 mois versus 8 mois; $p=0,039$). Ce résultat pourrait être en rapport avec une atteinte plus sévère, donc nécessitant plus de repos, chez les hommes.

Antécédents psychiatriques familiaux et personnels

Dans notre étude, plus de la moitié (50,5%) des sujets avaient un membre de la famille qui était suivi en psychiatrie. Les antécédents familiaux psychiatriques sont reconnus comme étant un facteur de risque de survenue de troubles mentaux [8, 15]. Vingt-sept pour cent des sujets de notre étude avaient consulté, antérieurement, en psychiatrie pour maladie mentale. Il s'agissait essentiellement, de troubles de l'humeur (trouble dépressif récurrent et trouble bipolaire). La dépression est une affection psychiatrique qui évolue souvent sur un mode récurrent [16]. Un antécédent dépressif peut ainsi servir d'indice de grand intérêt dans le dépistage des dépressions en milieu professionnel.

La vulnérabilité à la décompensation psychiatrique se juge sur l'existence d'antécédents personnels ou familiaux de troubles mentaux. Mais, dans notre étude, 73% des sujets n'avaient aucun antécédent psychiatrique. On pourrait penser, alors, que le travail constitue le facteur en cause dans l'éclosion de certains troubles mentaux, et que ces derniers sont susceptibles de survenir chez tous les fonctionnaires et non pas uniquement chez les individus « fragiles ».

Comorbidité somatique

La co-morbidité somatique a été relevée chez plus du tiers (35%) des sujets de notre étude. La pathologie observée était, dans plus de la moitié des cas (51,4%), une affection chronique. Les hommes avaient plus d'antécédents somatiques que les femmes (51,5% vs 26,5% ; $p=0,000$). Par ailleurs, les hommes avaient des CMLD plus longs. Ce résultat corrobore l'hypothèse que l'altération de l'état de santé somatique constitue un facteur de fragilité entretenant la souffrance psychologique, altérant les stratégies de résistance aux obligations professionnelles et freinant sa rentabilité.

Diagnostic mentionné par le médecin traitant

Conformément aux données de la littérature épidémiologique internationale telle que le bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'institut de veille sanitaire (INVS), il existe des liens clairs

entre des expositions professionnelles et une altération de la santé mentale [17].

Selon l'OMS [18], quatre des six principales maladies à l'origine d'années vécues dans l'incapacité sont des troubles neuropsychiatriques (dépression, troubles liés à la consommation d'alcool, schizophrénie et troubles bipolaires).

La dépression est la cause la plus importante, affectant de plus en plus la productivité et le bien-être des personnes au travail. De plus, l'OMS prévoit qu'en 2020 la dépression sera la deuxième cause d'invalidité dans le monde [19, 20]. Enfin, les problèmes de santé mentale au travail constituent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence au travail, et ce phénomène a connu une croissance marquée au cours des dernières années [7, 21, 22]

Dans notre série, les troubles psychopathologiques mentionnés par les médecins traitants étaient les troubles dépressifs (64,5%), les troubles bipolaires (19,5%), les troubles d'adaptation (9,5%) et les pathologies de nature psychotique (près de 4 %). Nos résultats se rapprochent de ceux rapportés dans la littérature [3].

En se référant aux diagnostics mentionnés par les médecins traitants, la prévalence des troubles dépressifs dans notre population d'étude (64,5%) était supérieure à celle de la population générale (10 à 15%) [3, 15, 22]. En fait, Il s'agissait d'un épisode dépressif majeur isolé dans 37% des cas et récurrent dans 27,5% des cas.

De nombreuses études ont pu mettre en évidence une association significative entre la survenue de dépression, et certains facteurs psychosociaux liés au travail, comme la demande psychologique élevée au travail [23, 24]. A contrario, la présence d'un soutien social au travail diminue ce risque [25].

Ces troubles dépressifs sont associés à un coût économique important et qui s'accompagne d'altération de la qualité de vie pour le patient et sa famille ainsi que d'une morbi-mortalité élevée [20]. D'après une revue de littérature française, l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la Prévention des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles avance, dans une étude menée en 2007, que les maladies cardiovasculaires, les troubles musculo-squelettiques et les dépressions, provoqués par une longue exposition au stress, sont les plus chers à prendre en charge par les soins qu'ils nécessitent et l'absentéisme ou les cessations d'activité anticipées qu'ils provoquent.

Plusieurs études ont montré que la dépression engendrait de nombreux arrêts de travail et constituait un facteur prédictif d'invalidité [26, 27]. En France, les pathologies mentales dont la dépression est la plus fréquente, représentaient en 2004 la deuxième cause d'accident de travail [20], et se situaient en 2006 au troisième rang des maladies invalidantes [28].

Dans notre étude, 19,5% des sujets présentaient un trouble bipolaire de type I ou II. Dans des études réalisées au cours des années soixante-dix par le National Institute of Mental Health (NIMH) aux Etats-Unis [29] moins de la moitié des patients bipolaires avaient retrouvé leurs postes de travail après la fin de leur hospitalisation. Deux ans plus tard, un tiers d'entre eux avait des difficultés professionnelles et cinq ans plus tard, même les patients stabilisés durant les deux dernières années, présentaient des altérations au niveau social. Ainsi entre 35% et 38% des patients étudiés ont eu des difficultés professionnelles et sociales pendant environ 4,3 ans. Tsuang [30] a trouvé qu'après 30 ans de suivi, presque 33% des patients bipolaires avaient de faibles rendements professionnels et 24% étaient en « situation d'incapacité professionnelle à cause de la maladie mentale ».

Facteur incriminé

Les résultats de notre étude ont montré que le milieu professionnel était incriminé dans les décompensations psychopathologiques de nos sujets dans 21,5% des cas. En fait, la perspective déterministe qui cherche à mettre en évidence des chaînes causales linéaires entre expositions professionnelles et altération de la santé mentale a été très vite abandonnée en psychopathologie du travail au profit d'une investigation pluridimensionnelle. L'exploration étiologique suppose de prendre en compte les interactions multiples entre l'individu, son histoire, ses fragilités, les conditions matérielles du travail, l'environnement relationnel et enfin l'activité. Cette dernière doit être considérée comme la variable intermédiaire qui régule les relations entre santé et travail [31].

Dans notre étude, les conflits familiaux et l'altération de l'état de santé physique étaient incriminés par les sujets comme facteur déclenchant dans respectivement 20% et 9% des cas. Le milieu familial a été incriminé surtout par les femmes ($p=0,000$), alors que les hommes mettaient en cause leur état de santé physique ($p=0,001$). Il est vrai que pour les maladies mentales en général et pour le cas

particulier de la dépression, ce n'est pas seulement l'événement, qui paraît être causal, mais aussi son impact subjectif (aspect cognitif) et son écho qui prend sens pour le patient (aspect psychodynamique) [28].

3. Professions à risque ?

D'après nos résultats, les deux catégories de professions les plus fréquentes parmi les fonctionnaires adressés pour expertise psychiatrique dans le cadre d'un CMLD étaient les enseignants avec 58% et les professionnels de la santé avec 21%.

Ces types d'activités professionnelles sont particulièrement réputés pour être parmi les plus stressantes [32, 33, 34, 35, 36], puisque ils impliquent, d'une part, des relations d'assistance et de soins, et, d'autre part, engagent une responsabilité morale envers les autres.

Nos résultats concordent avec les résultats de nombreuses enquêtes, dont celle menée par la direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques du ministère du Travail en France (DARES) et celle menée par la fondation européenne de Dublin [3, 26]. Les résultats de ces dernières ont indiqué que les personnes occupant des activités en contact direct avec, soit le client, soit le patient, sont de plus en plus malmenées. Ces fonctionnaires vivent alors des conflits d'éthique ou des conflits de valeurs. Ils subissent un hyper contrôle, une augmentation de l'exigence de la clientèle (parents d'élève, patients...), ou un sous-effectif etc., qui sont sources d'épuisement. Dans le même sens, et d'après une étude [15] comparant le nombre de CMLD pour troubles mentaux accordés aux fonctionnaires, la majorité était des enseignants suivis par le personnel hospitalier. Le motif du CMLD était essentiellement des symptômes d'épuisement. Les métiers d'enseignant et d'infirmier rendraient ainsi plus vulnérables au burn out.

Enseignement :

Les enseignants subissent les sollicitations des apprenants, le jugement des parents. Le décalage entre le but idéal de l'enseignant, et l'aboutissement de ses efforts concourent habituellement à une détresse psychologique [37, 38].

Le stress des enseignants serait en rapport avec un ensemble d'affects négatifs, d'émotions pénibles (tension, sous estime de soi, dépression...), résultant directement du fait d'enseigner, et le

syndrome qui résulte de l'exposition prolongée à ce stress constitue le « burn out » [38].

Cet aspect de la profession d'enseignement rejoint le syndrome général d'adaptation qui décrit trois phases suivant l'exposition aux stressors : l'alarme, la résistance et l'épuisement. Chez l'enseignant, cette dernière phase se traduit par l'augmentation de l'absentéisme au travail et le désir de reconversion [3].

Dans notre étude, les enseignants dont l'âge était inférieur à 45 ans étaient significativement plus enclins à s'absenter pour troubles mentaux ($p=0,008$). Ce constat peut s'expliquer par un simple temps d'adaptation nécessaire pour accepter la réalité et développer des stratégies d'acclimatation. On peut dire que les enseignants, au début de leur carrière professionnelle ne parviendraient pas à s'adapter à leur nouvelle situation sociale par manque de stratégies d'ajustement (coping). Et, c'est au fil du temps qu'ils élaborent des ressources, leur permettant avec l'âge de s'adapter et de mûrir.

Dans notre étude, la durée moyenne d'arrêt de travail était moins importante chez les enseignants que chez les autres fonctionnaires ($p=0,005$). Il va de soi que malgré toutes les contraintes de l'enseignement, il reste un métier où le sens de « donner », de transmettre quelque chose est très important. D'ailleurs, les émotions positives associées à l'enseignement peuvent être considérées comme un indicateur central de l'épanouissement professionnel et un important prédicteur de la volonté de continuer à enseigner [39]. Il s'agit donc d'un métier tellement gratifiant et valorisant que l'enseignant veut répondre aux besoins des élèves, et réclamerait ainsi moins de repos.

Une autre explication peut être avancée : les enseignants de notre étude présentaient de façon significative des troubles dépressifs : il s'agissait d'un épisode isolé pour 41,2 % ($p=0,013$) et récurrent pour 28,1% ($p=0,018$). Dès la rémission ou plus précisément dès l'amélioration des troubles cognitifs, ils peuvent reprendre le travail. Ce constat est encore plus vrai lorsqu'il s'agit d'un épisode isolé. Pour les sujets présentant un trouble plus sévère (trouble bipolaire ou schizophrénie), la prise en charge est plus difficile et habituellement plus longue.

Le diagnostic d'épisode dépressif isolé était significativement plus fréquent chez les enseignants de notre étude ($p=0,013$). La fréquence du burn out parmi eux pourrait sous-tendre ce résultat. Les manifestations cliniques communes entre burn out et dépression conduisent

à définir le premier comme une dépression professionnelle, une étiquette nosographique moins stigmatisante que la dépression car moins connotée d'un point de vue psychiatrique [31].

Personnel soignant : Selon Barbier [40], les soignants sont singulièrement concernés par l'épuisement puisqu'ils sont aux prises avec la souffrance, la misère, le malheur, la maladie et la mort et qu'ils ont « choisi d'aider autrui alors qu'ils ne se sentent pas toujours payés en retour ».

Certains facteurs de stress sont spécifiquement liés à la fonction soignante, comme la nécessité de prendre des décisions vitales sur la base d'informations ambiguës, le risque d'erreur aux conséquences graves, les contacts émotionnellement chargés avec les patients, leurs familles et les autres professionnels de santé [41, 42].

En milieu hospitalier, les stressés dus à l'organisation du travail sont en rapport avec l'interruption des tâches et l'ambiguïté des rôles, alors que les stressés dus aux conditions de travail comprennent un système de cinq M : le milieu, les matières premières, le matériel, les méthodes de travail et la main-d'œuvre [43]. Dans notre contexte, tous ces facteurs semblent être détériorés et davantage médiocres en zone rurale. Le milieu (température, lumières, sonneries, alarmes, architecture des services) est généralement peu adapté à la fonction de soins. La matière première indispensable pour les soins est la plupart du temps indisponible. Le matériel, conçu pour faciliter le travail quotidien des soignants et contribuer au maintien de leurs santé physique et psychique (lits électriques, élévateurs pour les personnes lourdes, meubles mis à disposition dans la chambre...) est inexistant. Les méthodes de travail (protocoles, règles du service...) sont rarement respectées. L'ensemble de ces facteurs aura des conséquences délétères sur la main d'œuvre avec notamment l'insatisfaction du personnel [44]. D'ailleurs, dans notre étude, les soignants en CLMD travaillaient essentiellement en milieu rural ($p=0,003$).

Les soignants ne peuvent apporter à leurs patients des soins de qualité quand eux-mêmes sont éreintés. Le burn out est un facteur d'instabilité professionnelle et d'absentéisme ; mais il entraîne aussi une détérioration de la qualité des soins fournis aux patients [45, 46, 47].

4. Conclusion de l'expertise :

Dans notre étude, le degré de concordance entre le diagnostic du médecin expert et celui du médecin

traitant était significativement bon ($Kappa = 0,734$ et $p < < < 0,05$). Il n'en fut pas de même dans des études occidentales [26]. Le fait que les médecins traitants soient majoritairement psychiatres dans notre étude, et généralistes dans les études occidentales pourrait expliquer, du moins en partie, la divergence des résultats.

Limites de l'étude :

Notre étude présente certaines limites, notamment un biais de recrutement. En effet, les patients inclus dans l'étude ont tous bénéficié d'un CMLD, ce qui suppose la sévérité de leur atteinte. Ceci limite la portée de nos résultats, et empêche de les généraliser à toute la masse salariale du secteur public.

La population étudiée est aussi composée majoritairement d'enseignants et de soignants; elle n'est donc pas représentative de l'ensemble des salariés du secteur public.

Enfin, l'absence de comparaison avec un groupe témoin formé de travailleurs du secteur public n'ayant pas bénéficié de CMLD est aussi une limite de notre étude.

CONCLUSION

Les congés de maladie de longue durée (CMLD) constituent une forme d'absentéisme. En Tunisie, la pathologie mentale est l'une des principales raisons de ces CMLD, ce qui peut être considéré comme des prescriptions abusives.

Le fait qu'à l'issue de l'expertise, la quasi-totalité des CMLD de notre série ont été considérés comme justifiés témoigne de la réalité de la souffrance psychologique des fonctionnaires expertisés et atteste de la sévérité de leur atteinte. Le CMLD prend ici une valeur thérapeutique. Il a pour but de donner au fonctionnaire le temps et les moyens nécessaires à son rétablissement. Il est généralement fondé sur la longue durée du traitement et non sur la longue durée de la maladie. De ce fait, il devrait être maintenu si la guérison ou l'espoir de guérison apparaît encore possible.

D'une façon générale, bien que le travail puisse être à l'origine de souffrance, il peut aussi générer le meilleur. Il procure du lien social. Pour beaucoup, il est un opérateur de construction et de stabilisation de l'identité et de la santé mentale. D'ailleurs, la privation de travail, le licenciement, l'inactivité professionnelle de longue durée augmentent considérablement le risque de décompensation psychopathologique.

REFERENCES

- 1- Institut de veille sanitaire. Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. 2007.
- 2- Ministère de l'éducation nationale. <http://www.education.gov.tn/index.php?lan=2&id=380>. consulté le 29/01/2016.
- 3- Gingembre L. Psychopathologie d'origine professionnelle: caractérisation des différents profils des patients adressés en consultation de pathologie professionnelle entre 2003 et 2007 au CHU de Nancy. Nancy : Université Henri Poincaré I; Jan 2010.
- 4- Gouroubera D. Absentéisme au travail : Etude comparée secteur public-secteur privé (cas de Cotonou). Ecole nationale d'administration. Université nationale de Bénin; 1998.
- 5- Brami L, Damart S, Kletz F. Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management & Avenir*. 2013/3 ; 61 : 168-189.
- 6- De Clavière C, Kasbi-Benassouli V, Paollilo A G, Puypalat A, D'Escatha A, Paireon J C. Devenir médical et socioprofessionnel des patients pris en charge pour souffrance psychologique au travail au sein d'une consultation de pathologie professionnelle. *Arch Mal Prof*. 2008 ; 69 : 24-30.
- 7- Brun J P, Biron C, Ivers H. Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail. Santé psychologique. Études et recherches. Rapport R-514. L'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST); 2007.
- 8- Guide de la santé mentale en milieu de travail. Groupe des publications des affaires et professionnelles. Toronto : Les éditions Rogers; 2007.
- 9- Labbe E, Moulin J-J, Fontana L, Charbotel B, Moulin M, Sass C et al. Agir pour la santé des travailleurs vulnérables : expérimentation d'un partenariat entre services de santé au travail et centres d'examen de santé de l'assurance maladie (PREMTES). *Arch Mal Prof*. 2012 ; 73 : 127-137.
- 10- Joulain M. La satisfaction au travail des femmes. *Psychol Fr*. 2005 ; 50 : 181-194.
- 11- Le Floc'h N, Clarisse R, Testu F, Kindelberger C. La conciliation des rôles professionnels et parentaux, un facteur de stress professionnel : construction et première validation d'une échelle de mesure. *Eur Rev Appl Psychol*. 2005 ; 55 : 9-20.
- 12- Lease H S . Annual Review, 1993-1997: work attitudes and outcomes. *J. Vocat. Behav*, 1998 ; 53 : 154-183.
- 13 - Morin Estelle M . La santé mentale au travail : une question de gros bon sens. *Gestion*, 2010; 35 : 34-40.
- 14- Aryee S, Luk V . Work and non work influences on the career satisfaction of dual-earner couples. *J.Vocat. Behav*. 1996; 49 : 38-52.
- 15- Mustapha M, Abdelkrim D, Tachon J-P. Dépression dans le milieu du travail. *Presse Med*. 2006; 35(5): 823-830.
- 16- Mouqla Y . Etude de la satisfaction au travail du personnel infirmier. Royaume du Maroc: Institut National d'administration sanitaire; 1999.
- 17- Vézina M. Santé mentale et travail : un enjeu de santé publique. *Bull Epidemiol Hebd*. 2009; 25-26: 257-273.
- 18- Organisation mondiale de la santé (OMS). Investir dans la santé mentale. En ligne: http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHBr8.pdf, consulté le 10/04/2018.
- 19-. Les indicateurs de santé mentale en milieu de travail : leur impact, selon le PAE. Groupe de recherche Shepell. 2005; 1: 1.
- 20- Raffaitin F, Caparros Panduro C, Biro G, Dardennes R. Dépression et activité professionnelle : Résultats de l'observatoire NEXTEP. *Encephale*. 2011 ; 37 : 59-67.
- 21- St-Arnaud L, Briand C, Corbière M, Durand M J, Bourbonnais R, Saint-Jean M et al. Retour au travail après une absence pour un problème de santé mentale. Conception, implantation et évaluation d'un programme intégré des pratiques de soutien. Réadaptation au travail, Études et recherches. Rapport : R-706. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), 2011.
- 22- Derriennic F, Vézina M. Organisation du travail et santé mentale : approches épidémiologiques. *Travailler*, 2001; 5 : 7-22.
- 23- Service de santé au travail de Saint Malo. Stress et Travail. Journée Santé et Travail de Saint-Malo. 2009.
- 24- Garnier D. Les facteurs psychosociaux de risque au travail. Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail. 2011.
- 25- Wallace J E. Job Stress. Depression and Work-to-Family Conflict. A Test of the Strain and Buffer Hypotheses. *RI/IR* , 2005 ; 60(3) : 510-539.
- 26- Trentzsch-Joye S . Rupture du contrat psychologique, stress et souffrance au travail : Une recherche réalisée au sein du dispositif souffrance au travail du CHU de Toulouse-Purpan. Université de Toulouse Mirail Laboratoire Psychologie du Développement et Processus de Socialisation ; Sept 2011.
- 27- Bardot F, Huez D. Clinique médicale du travail et souffrance au travail : les dépressions réactionnelles professionnelles. *Travail et Emploi* Oct 2003 ; (96) : 55-66.
- 28- Ferreri F, Agbokou C, Nuss P, Peretti C-S. Clinique des états dépressifs. *EMC psychiatrie* 2006 ; 37 : 110-A-10.
- 29- Carlson G A, Kotin J, Davenport Y B, Adland M. Follow-up of 53 bipolar manic-depressive patients. *Br J Psychiatry*. 1974; 124: 134-139.
- 30- Tsuang MT, Woolson RF, Fleming JA. Long-term outcome of major psychoses. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 1979 ; 36: 1295-1301.
- 31- Lhuillier D . Dépressions sévères et travail. *L'Encéphale*. 2009 Supplément 7, S291-S295.
- 32- Laugaa D , Rasclé N , Bruchon-Schweiter M . Stress and burn out among French elementary school teacher: A Transactional approach. *Eur Rev Appl Psychol*. 2008 ; 58 : 241-251.
- 33- Genest M. La prise en charge des personnes en souffrance au travail. Université Paris Descartes. Laboratoire d'Éthique Médicale et Médecine Légale 2010.
- 34- Grebot E, Berjot S. Défenses et dépersonnalisation de la relation enseignante et soignante. *Ann Med Psychol*. 2012 ; 170 : 554-561.
- 35- Personne M . Trois origines d'épuisement professionnel. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 2009 ; 9 : 245-250.
- 36- Bellinghausen L. Le stress dans le monde professionnel : mode ou réalité à enjeux multiples? Université Paris Descartes, Laboratoire Neurosciences et psychologie cognitive; 2006 - 2007.
- 37- Aloulou J, Damak R, Masmoudi F, Sidhom O, Amami O. L'épuisement professionnel du soignant : Etude tunisienne à propos de 142 infirmiers. *Tunis Med*. 2013; 91 (1) : 44 - 49.
- 38- Chennoufi L, Ellouze F, Cherif W, Mersni M, M'rad M.F. Stress et épuisement professionnel des enseignants Tunisiens. *Encephale* 2012 ; 38 :480-487.
- 39- Coridé A. Malaise chez l'enseignant : l'éducation confrontée à la psychanalyse. Paris: Le Seuil 1998.

- 40- Barbier D. Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant. *Presse Med* 2004 ; 33 : 394-398
- 41- Mouqla Y. Etude de la satisfaction au travail du personnel infirmier. Royaume du Maroc: Institut National d'administration sanitaire; 1999.
- 42- Devos C, Dupriez V, Paquay L. Does the social working environment predict beginning teachers' self-efficacy and feelings of depression? ». *Teach Teach Educ* 2012; 28: 206-217.
- 43- Perruchoud J. Épuisement professionnel des soignants exerçant leur profession dans un service d'oncologie valaisan : état des lieux et prévention. HES-SO // Valais, Centre de Sion Domaine de la santé, Filière soins infirmiers. Juil 2008.
- 44- Lamy S, De Gaudemaris R, Sobaszek A, Caroly S, Descatha A, Lang T. Améliorer les conditions de travail à l'hôpital ? : ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention. *Sante Publique*. 2013/4. 25 : 389-397.
- 45- Daloz L, Benony H. Le sujet en état d'épuisement professionnel. *Approche clinique sur une population de soignant. Arch Mal Prof Env*. 2007 ; 68 :126-135.
- 46- Ramos M. Le burn out ou syndrome professionnel du soignant (SEPS). *Soins Aides-soignantes*; 2006: 10.
- 47- Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel, une réalité de plus en plus fréquente. *Revue de l'infirmière*; 2007: 128.