Dépressions sévères et travail

Dominique Lhuilier

▶ **To cite this version:**

Dominique Lhuilier. Dépressions sévères et travail. L'Encéphale, 2009, 35, pp.S291-S295. 10.1016/S0013-7006(09)73489-X . hal-04059946

HAL Id: hal-04059946
https://hal.science/hal-04059946

Submitted on 5 Apr 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Article publié dans la revue l'Encéphale (2009), supplément 7, 291-295

Dépressions sévères et travail

Dominique LHUILIER
CRTD-Cnam

Si nombre de publications signalent aujourd'hui une augmentation des troubles de la santé mentale en milieu de travail, nous ne disposons que de très peu de données concernant spécifiquement les syndromes dépressifs et *a fortiori* les dépressions sévères.
Les publications les plus récentes font état d'une prévalence des dépressions d'environ 10 % en population générale et les chiffres concernant le milieu de travail, bien que très partiels, sont du même ordre.
Une étude menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (9) a analysé trois enquêtes réalisées entre 1999 et 2005. Les corrélations relevées entre caractéristiques sociodémographiques et épisodes dépressifs montrent un risque supérieur pour les femmes, les faibles niveaux d'études et de qualification, les expériences de rupture professionnelle - les chômeurs déclarent un épisode dépressif entre 1,4 et 2,1 fois plus souvent que les actifs.
Le rapport publié en 2007 par l'Institut National de Veille Sanitaire (17) sur la santé mentale et l'activité professionnelle analyse les données de l'enquête décennale Santé 2003 menée par l'INSEE sur 25 021 ménages. La population étudiée ne retient ici que les actifs occupant un emploi au moment de l'enquête. L'objectif vise à repérer les associations entre déclarations de symptômes dépressifs et certaines conditions de travail. Les résultats mettent en évidence une prévalence de « dépressivité » (terme employé dans le rapport) d'environ 11%. Chez les hommes, les catégories professionnelles les plus touchées sont les employés (15,7% de dépressivité), les agriculteurs et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise. Les cadres et les professions intellectuelles supérieures sont les moins touchés 7,8%. Chez les femmes, ce sont les ouvrières et les employées qui ont les taux les plus élevés. L'insuffisance de moyens pour mener à bien son travail et la pression temporelle sont significativement associées à la dépressivité.
Les études épidémiologiques relèvent des liens, établissent des corrélations sans que pourtant des relations de causalité simples et directes puissent être établies. La perspective déterministe qui cherche à mettre en évidence des chaines 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. Entre les contraintes du travail et les troubles psychiques s'interpose en effet un sujet capable de comprendre sa situation, de la transformer et l'étude de l'activité de travail s'accompagne d'une analyse des ressources mobilisées, créées ou manquantes pour aménager, composer, faire face aux exigences de la situation de travail.
Et c'est sans doute dans cette perspective que peuvent être éclairés à la fois la prévalence des troubles dépressifs en lien avec le travail et les processus susceptibles d'accroître à la fois la

sévérité de ces troubles et la gravité des conséquences de la dépression sur la vie professionnelle et extra-professionnelle. Nous retiendrons ici deux axes d'investigation : les transformations du monde du travail et leurs incidences subjectives, les difficultés de diagnostic et de traitement des dépressions en milieu de travail.

1 – Transformations du monde du travail et problématique de la perte.

La dépression est plurielle dans ses manifestations cliniques comme dans ses causalités, toujours complexes, qui interrogent les liens entre la réalité interne du sujet et la réalité externe. Mais, qu'il s'agisse de dépressions réactionnelles ou structurelles, elles apparaissent toujours en lien avec une problématique centrale de la vie psychique révélée dans les figures de la dépression, celle de la perte (2). Problématique qui résonne aujourd'hui massivement avec les grandes évolutions du travail classiquement déclinées autour de ce double processus toujours souligné : accroissement des exigences du travail et réduction des moyens pour y répondre (12).

Les principales évolutions recensées sont la précarisation de l'emploi par le développement de la flexibilité externe, la précarisation du travail par la multiplication des réorganisations internes qui se soldent par des mutations géographiques et professionnelles, l'intensification du travail, la fragilisation des cadres d'élaboration collective de l'expérience professionnelle, des repères et des règles de l'action que sont les collectifs de travail et les communautés professionnelles, l'érosion des références et des appartenances aux métiers au profit d'exigences de mobilité, adaptabilité, polyvalence. Les épreuves de la solitude au travail sont encore alimentées par l'individualisation des « ressources humaines » : individualisation des rémunérations, des horaires et rythmes de travail, des carrières, des dispositifs et critères de l'évaluation, des parcours de formation…Dans de tels contextes, chacun doit compter sur ses ressources propres pour soutenir la sollicitation managériale à l'implication, l'autonomie, la responsabilité.

La quête – illusoire - de l'autosuffisance fait écho à une idéologie individualiste qui occulte la nécessité de repères symboliques et se déploie sur fond de déni de l'inscription dans une chaîne et une histoire.

L'exigence accrue de performance, d'efficience, sur fond de radicalisation de la compétition sur des marchés mondialisés, mais aussi dans les relations de travail, dresse deux figures de salariés : celle des performants relevant les défis qui se présentent, celle des perdants, vulnérables… et coupables, renvoyés à leurs propres insuffisances. Quand l'individualisme s'hypertrophie, il chasse le social et la déliaison prévaut. On peut évoquer ici, avec R. Castel, (1), des risques de la désaffiliation par le haut de la figure de l' « individu par excès », individu solipsiste récusant la dépendance et qui se prend lui même pour objet et pour fin. Le mythe de Narcisse nous rappelle que le solipsisme peut mener à la tragédie et à des effondrements d'autant plus graves que cette nouvelle culture psychologique se caractérise aussi par une sollicitation au refoulement de la potentialité dépressive. Cette dépressivité n'est pas la dépression, elle ne fige pas, ne met pas en échec mais rend possible la confrontation et l'élaboration au renoncement, à la perte, à la finitude (4). Sur la scène du travail, l'inflation imaginaire de la toute puissance et de l'autosuffisance ne peut compter indéfiniment sur le déni du réel qui l'accompagne : travailler, c'est toujours aussi se trouver confronté à des limites, des difficultés, des échecs. Mais, l'épreuve de réalité peut être soutenue par la valence positive de la potentialité dépressive qui permet d'endurer, de se protéger du trop plein, de se retirer, de se distancier tout en reconnaissant la difficulté, voire la perte. Il y a une dépressivité nécessaire au fait même de vivre, de traverser des moments de crise, de laisser transparaître une authentique fragilité. Mais celle-ci semble de moins en moins « autorisée » dans un

monde du travail arc-bouté autour des représentations valorisées de disponibilité, d'engagement, de performance, voire d'excellence. A contrario, l'hyper activité sollicitée peut fonctionner comme défense maniaque, lutte contre le vide, l'effondrement… jusqu'à l'épuisement ou la rupture déstabilisante de la mise à la retraite. Celle-ci peut inaugurer alors l'entrée dans une dépression dont la sévérité des troubles sera à la mesure des pertes d'objets et de la déstabilisation des systèmes défensifs.

On voit se multiplier les signes d'une usure physique et psychique au travail et les catégories du « stress » et du « burn-out » sont alors convoquées pour signaler l'intensité de la pression et l'impossibilité de surmonter les épreuves du travail. Entre stress, burn-out et dépressions, les diagnostics différentiels sont l'objet de controverses : si le stress au travail est considéré comme un facteur de risque d'épisode dépressif majeur (22 ;15), le burn-out a des liens plus discutés avec la dépression. Leurs communes manifestations cliniques conduisent à définir le burn-out comme une dépression professionnelle, ou un nouveau mot pour désigner un mal ancien (18), une étiquette nosographique moins stigmatisante que la dépression car moins connotée d'un point de vue psychiatrique (17). La différence entre les deux, quand elle est soulignée, porte alors sur l'intensité et sur l'évolution temporelle : le burn-out serait un antécédent, culminant dans la dépression dont les formes sont toujours plus graves (20).

Défini le plus souvent par le modèle tridimensionnel de Maslach et Jackson (14) combinant sentiments d'épuisement émotionnel, deshumanisation ou désinvestissement de la relation et diminution du sentiment d'accomplissement personnel au travail, le burn-out est une crise de la relation du sujet à son travail (et non des relations de travail). Une relation potentiellement pathogène par le double mécanisme d'un engagement personnel intense dans le travail et d'une sur-sollicitation du milieu de travail. La conscience professionnelle, la force de l'implication dans le travail, demandées et appréciées par le management comme conditions de la performance, sont aussi le creuset d'une vulnérabilité qui peut déboucher sur le burn-out voire des dépressions sévères quand la personne a le sentiment qu'elle perd pied, qu'elle est mise en échec au regard de ses exigences professionnelles. Le passage du burn-out à la dépression sévère peut tenir aux effets perçus du désinvestissement sur la qualité du travail et des relations de travail, ou encore à la perte d'emploi, conséquence du désengagement professionnel.

On peut encore évoquer, au titre des évolutions observées, la montée de la violence et notamment du harcèlement, dans les situations de travail : produite par ces forces de désintégration sociale qui constituent des individus solitaires aux prises avec des relations intersubjectives sans médiations collectives et institutionnelles assurant une fonction de tiers. Entre le professionnel et l'usager, comme entre le salarié, ses collègues et l'encadrement, s'inscrit la défaillance des cadres contenants et régulateurs des échanges, au risque de toutes les dérives et excès (11). Ici, les violences internes et externes renouvellent les pathologies post-traumatiques classiquement décrites à propos des accidents du travail. Et les études épidémiologiques confirment l'association forte et marquée entre violence au travail et apparition de dépressions, y compris dans leurs formes les plus sévères (8 ; 16).

Enfin, on doit souligner une autre transformation décisive dans le monde du travail, et qui nous conduit à rappeler qu'on ne peut, en psychopathologie du travail, réserver les investigations à la population dite active et qu'il faut, notamment pour éclairer les liens entre dépressions sévères et travail, s'intéresser aussi à ceux qui sont tenus à la marge du monde du travail ou à ceux qui font l'expérience d'un licenciement. Cette transformation est double : installation d'un chômage de masse et institutionnalisation du précariat par l'effet combiné de la labilité des rapports au travail et de l'érosion du droit du travail et des protections sociales. La condition de chômeur et de précaire est caractérisée par une manque de ressources

matérielles mais aussi d'appartenances collectives. Cette déprivation concerne aussi l'activité empêchée : l'exclusion du travail est relégation dans un apartheid spatio-temporel, impossible accès à l'inscription matérielle d'une efficacité opérationnelle. Sans travail, au sens d'activité, le sujet ne peut se prouver à lui-même et aux autres qu'il peut. Sans mise à l'épreuve du réel, avec ce qu'il contient de limitations mais aussi de possible, le « sans travail » risque de dériver vers un sentiment d'impuissance radicale voire une anesthésie du désir pour prévenir la douleur du manque. Confronté à la violence symbolique d'une mise à mort sociale, les « sans travail » (chômeurs, petits boulots, placardisés (10), font massivement l'expérience de la perte : perte des étayages qui soutiennent la conscience et la continuité de soi, perte des attributs investis du travail qui résonne comme une sorte d'amputation de soi. L'empêchement de l'activité entraîne une immobilisation du dynamisme interne d'autant plus douloureuse que l'énergie, inutilisée par défaut d'objet à investir, est toute entière engagée dans la contention interne par impuissance à agir. Le retrait du travail remet en cause le plaisir issu de l'exercice du corps et de la pensée. Il y substitue le déplaisir d'une excitation, une énergie en manque d'exutoire. Et celle-ci peut trouver une issue dans des décompensations psychosomatiques, qu'il s'agisse de l'éclosion de nouvelles pathologies ou de l'aggravation d'affections chroniques jusque là compensées. On retrouve ici cette co-morbidité qui caractérise souvent les formes les plus sévères de la dépression.
L'empêchement de l'activité est fondamentalement privation du pouvoir de l'action. Car travailler, ce n'est pas seulement s'acquitter des tâches attribuées, c'est aussi être en mesure de marquer de son empreinte son environnement et le cours des choses. L'expérience de l'inactivité, ou de la sous-activité, imposée est bien celle de la perte des étayages du sujet : étayage sur le corps - la pulsion étant ici réprimée par l'amputation du pouvoir d'agir -, étayage sur l'intersubjectivité - la relation aux autres étant suspendue par l'isolement et la relégation. On retrouve ici les risques de la désaffiliation par le bas de « l'individu par défaut », autre figure de l'individu hypermoderne décrit par R .Castel (1). Dans un monde qui valorise efficience et performance, le « sans travail » porte le signe inversé de la norme qu'il n'accomplit pas. Improductif, impuissant, incapable, il est l'envers de nos normes de socialisation. Condamné comme sans valeur d'usage, il fait figure de supplément indésirable. L'évolution vers des formes sévères de dépression peut tenir à cette mise au rebut perçue.

2 – Freins au diagnostic et au traitement

Les problèmes de santé mentale en lien avec le travail font l'objet d'une préoccupation grandissante qui se traduit par le développement d'enquêtes épidémiologiques, des alertes de nombreux médecins du travail, des dispositifs mis en place par les acteurs sociaux en entreprise (du type observatoires du stress, numéros verts, cellules d'écoute…), des dispositions prises par les pouvoirs publics (accord cadre sur le stress au travail, rapport sur les risques psychosociaux…).
Les investigations réalisées en France s'appuient sur des modèles et outils utilisés et présentés dans la littérature épidémiologique internationale : essentiellement le modèle « tension au travail » (job strain) de Karasek et le modèle « effort-récompense » de Siegrist. Les troubles dépressifs sont détectés à l'aide d'échelles basées sur des questionnaires d'inventaires de symptômes ou d'outil de diagnostic tels que le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) ou le CIDI (Composite International Diagnostic Interview). Mais l'analyse des enquêtes réalisées, comme les études sur les modes de diagnostic, prise en charge et prévention, montrent les limites des connaissances et des actions réalisées (3).
Pour ce qui concerne plus spécifiquement les dépressions en milieu de travail, on peut penser

que le processus morbide est susceptible d'être renforcé sous le double effet de l'invisibilité sociale de ces troubles et de l'isolation des sujets. Le défaut de prise en charge et de soins peut conduire à une invalidité durable, voire au passage à l'acte suicidaire, souvent rencontré dans les formes graves de la dépression, même s'il est l'objet d'une omerta à la mesure du trouble dans lequel il plonge le milieu de travail (13).Nombre d'obstacles contribuent à l'invisibilité de ces troubles (7). La dépression constitue la version inversée des valeurs promues aujourd'hui dans le monde du travail : l'inertie dépressive associée à sa dimension d'improductivité, de stérilité, s'accorde mal avec les modèles d'efficience, d'engagement combattif et de rendement. L'opprobre sociale guette et la prévention du stigmate passe par le silence sur la détresse, le retrait ou le recours à d'autres pathologies masquant les troubles dépressifs. La fréquente co-morbidité favorise l'invisibilité sociale, au risque d'un diagnostic tardif et d'une absence de traitement. La sous-déclaration des dépressions en milieu professionnel tient encore à la difficulté pour le sujet de penser les liens entre sa souffrance et sa situation professionnelle, comme à la difficulté pour les professionnels des soins primaires de voir le travailleur dans le patient. Comme d'ailleurs les psychiatres, psychologues et psychanalystes, qui conduisent peu souvent leurs investigations du coté de la situation de travail du patient. L'arrêt de travail, et *a fortiori* la mise en invalidité, formalisent un retrait du milieu professionnel souvent déjà amorcé par le sujet lui-même qui tend à s'isoler. Un isolement qui constitue sans doute une des conséquences les plus graves de la dépression en ce qu'elle favorise son évolution vers des formes plus sévères.

Enfin, les épisodes dépressifs des chômeurs et des précaires sont plus exposés encore à l'invisibilité et au défaut de diagnostic et de soins : les plus souvent absents des populations retenues pour les enquêtes épidémiologiques, ils ne bénéficient pas ou peu des services de santé au travail. Leur suivi médical dépend essentiellement de leurs initiatives et orientations propres en matière de demande de soins. Ces différents obstacles ou freins ont conduit à l'expérimentation de programmes d'amélioration de la détection et de la prise en charge des troubles dépressifs – mais toujours en population dite active. (5 ; 6).

Cette amélioration suppose aussi sans doute une approche thérapeutique différente des formes traditionnelles dominées par le modèle curatif de la cure individuelle. Si les traitements classiques permettent d'obtenir une réduction des symptômes, ils ne semblent pas pouvoir avoir autant d'effets attendus sur la vie au travail. La disparité entre gains cliniques et gains en terme de résultats au travail conduit à évoquer la part des « facteurs extrinsèques » (19): ce qui confirme encore une fois la nécessité de combiner soins proposés au patient et interventions sur les situations de travail afin de réduire leurs potentiels pathogènes. L'ouverture du champ thérapeutique des interventions, prenant en compte la pluralité des problèmes psychologiques, sociaux, professionnels que posent les dépressions sévères, passerait alors par un travail de remise en lien et de mobilisation des ressources résiduelles par la médiation de l'activité. Cette approche, au-delà du recours aux échelles de mesure et questionnaires, tend à replacer la santé psychique dans la perspective d'un état dynamique qui se construit individuellement et collectivement dans le lien social. Elle tend encore à réarticuler diagnostic, traitement et prévention, accompagnement de la construction de la santé d'un sujet singulier avec son inscription dans une dynamique collective, et interventions dans des milieux de travail visant, au-delà du soin des salariés en souffrance, à soigner le travail. La clinique du travail est action et pas seulement inventaire ou étude de cas : elle a pour objet la transformation du travail pour revitaliser l'activité propre des sujets, au sens que lui donne le psychiatre F. Tosquelles : l'activité ici n'est pas réductible à la prestation de mouvements voire simple bougeotte ou occupation ; l'activité propre est personnelle et personnalisante, elle prend source et s'enracine dans le sujet actif pour s'épanouir dans un

contexte social, elle conduit à façonner des alliages entre les pulsions agressives, mortifères, disjonctives et les pulsions conjonctives d'Eros (19).

Conclusion :

La perspective privilégiée ici rejoint celle de la psychopathologie du travail qui considère à la fois qu'un traitement étiologique de la souffrance doit passer par une transformation du travail et que le travail peut être thérapeutique. Si le travail peut contribuer à une altération de la santé, il peut aussi favoriser sa construction, sa restauration. La prévention et le traitement des dépressions en milieu de travail visent à la fois la réduction de l'intensité des troubles comme de la gravité des conséquences que ceux-ci sont susceptibles d'engendrer dans la vie personnelle et professionnelle. Et le maintien d'une activité professionnelle est sans nul doute un instrument essentiel de prévention d'une évolution vers les formes graves de la dépression. Il suppose la reconnaissance de la valence positive de la potentialité dépressive, de la vulnérabilité comme éprouvé constitutif de la vie humaine. Le travail est toujours une mise à l'épreuve de la subjectivité : elle peut en sortir grandie ou meurtrie. Travailler n'est pas seulement produire : c'est vivre avec les autres et se transformer soi-même, occasion à la subjectivité de s'accomplir.

Bibliographie

1- Castel R., La montée des incertitudes, Paris, Seuil, 2009.

2- Chabert C., Kaës R. et coll., Figures de la dépression, Paris, Dunod, 2005.

3- Cohidon C., Santé mentale et travail, de la connaissance à la surveillance, BEH thématique 25-26, 2009, 275-279.

4- Fédida P., Les bienfaits de la dépression. Eloge de la psychothérapie, Paris, Odile Jacob, 2001.

5- Godard C., Chevalier A., Goullier C., Améliorer le diagnostic et la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs en population active : l'expérience du programme Aprand, France,BEH thématique 25-26, 2009, 275-279.

6- Golinkoff M., Managed care best practices : the road from diagnostic to recovery access to appropriate care, J. Manag. Care Pharm ., 2007, 13 (9 suppl A), S23-7.

7- Huez D., Souffrances invisibles et dépressions professionnelles. Mettre l'organisation du travail en délibération, Travailler, 2003, 2, 10, 39-55.

8- Kirimaki M., Virtanen M., Vartia M. et coll., Workplace Bulling and the Risk of Cardiovascular Disease and Depression, Occupational and Environnemental Medicine, 2003, 60, 10, 779-783.

9- Leroux I., Morin T., Facteurs de risques des épisodes dépressifs en population générale, Etud. Result., 2006, 545, 1-8.

10- Lhuilier D., Placardisés : des exclus dans l'entreprise, Paris, Seuil, 2002.

11- Lhuilier D., Harcèlement : inflation imaginaire, déficience du symbolique et déni du réel, in Sanchez-Maza M., Koubi G., Le harcèlement, de la société solidaire à la société solitaire, Bruxelles, Ed. Univ. Bruxelles, 2005, 125-139.

12- Lhuilier D., Cliniques du travail, Toulouse, Erés, 2006.

13- Lhuilier D., Les suicides en milieu de travail, in Courtet JP. (s/dir), Suicides et tentatives de suicide, Paris, Flammarion Médecine Sciences, (à paraître 2009)

14- Maslach C., Jackson SE., The measurement of experienced burnout, Journal of Occupational Behaviour, 1981, 2, 2, 99-113.

15-Niedhammer I., Golbert M., Leclerc A et al, Psychososial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort., Scan. J. Work Environ. Health, 1998, 24(3), 197-205.
16- Niedhammer I. et coll, Violence psychologique au travail et santé mentale : résultats d'une enquête transversale en population salariée en réfion PACA, France, 2004, BEH thématique, 25-26, 2009, 271-275.
17- Pezet-Langevin V., Le burnout, conséquence possible du stress au travail, in Neboit N., Vezina M. (s/dir), Stress au travail et santé psychique, Toulouse, Erés, 2002, 99-109.
18- Raix A., Le burnout, Arch. Mal. Prof., 1991, 52, 4, 264-266.
19- Timbie JW, Horvitz-Lennon M., Frank RG. Et al., A Meta-Analysis of Labor Supply Effects of Inerventions for Major Depressive Disorder, Psychiatric Services, 2006, 57 (2), 212-218.
20- Tosquelles F., Le travail thérapeutique en psychiatrie, Toulouse, Erés, 2009.
21- Truchot D., Epuisement professionnel et burn-out. Concepts, modèles, interventions, Paris, Dunod, 2004.
22- Wang J., Work stress as a risk factor for major dépressive épisode (s), Psychological Medecine, 35 (6), 2005, 865-871.