

Association des médecins agréés du Sud-Est
Conférence de l'AMASE

LES SYNDROMES PSYCHO TRAUMATIQUES

Samedi 28 Novembre 2009
Novotel Vieux-Port

Crédit
du Nord 


La force de l'association










Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille



CONFERENCE AMASE

28 Novembre 2009

LES SYNDROMES PSYCHO TRAUMATIQUES

AVEC L'OBLIGEANTE PARTICIPATION DE :

**Monsieur le Professeur LANCON Chef de service Psychiatrie Adultes Hôpitaux
Sud**

Monsieur le Docteur MAUREL Médecin Conseil DEXIA

AMASE

Association des Médecins Agréés du Sud Est

Président : Docteur Patrick DAOUD
Vices Présidents : Professeur Patrick DISDIER,
Docteur Jean Claude DURAND
Secrétaires : Docteur Christine VINCENT,
Docteur Christine CARISSIMI
Trésoriers : Docteur Maurice SOULTANIAN
Docteur Eric N'GUYEN
Conseiller : Docteur François Marie SANTINI

Avec la participation des

Docteur Ghislaine CHEVALIER
Docteur Pierre MASSIANI
Docteur Jacques MAURY

Éditorial

Les syndromes psycho traumatiques sont une réalité de pratique clinique quotidienne qui a connu une évolution spectaculaire depuis quelques années.

Le nombre croissant des agents concernés des administrations soucieuses d'une bonne gestion du retentissement professionnel sur le vécu de chacun, pose des problèmes d'imputabilité, de prise en charge et d'indemnisation.

Les progrès de l'évaluation médico-légale devraient atténuer le pessimisme de ce constat et permettre l'harmonisation de la prise en charge cette pathologie.

La médecine agréée et statutaire est confrontée à ce problème tout au long de la carrière des fonctionnaires.

Cette journée permettra d'évacuer le « stress » autour de ce thème, malheureusement d'actualité, et d'envisager une approche parfois délicate, grâce aux spécialistes dans le domaine de la psychiatrie.

Elle permettra à chacun d'exprimer sa propre vision en fonction de son rôle, de son implication et de son expérience.

Nous serons nombreux à nous rencontrer et à échanger nos idées. L'intérêt étant de s'interroger sur ces pathologies, de discerner les causes et les conséquences et, ensemble, de trouver une approche dans le respect des règles médico-légales.

Le Président de l'AMASE,

Docteur Patrick DAOUD

LES SYNDROMES PSYCHO-TRAUMATIQUES

Docteur Michel MAGNAN

Les névroses traumatiques, états de stress post-traumatique, post-traumatic stress disorder (ptsd).

Tous ces termes sont à la fois synonymes et différents car inscrits dans une dynamique historique.

Actuellement CROCQ, BARROIS et collaborateurs proposent le terme plus large de **syndrome psycho-traumatique** (immédiat ou différé, éphémère ou durable, modéré ou sévère) pour désigner l'ensemble des tableaux cliniques car le terme de névrose et de PTSD leur semble inadéquate.

I – INTRODUCTION

a - Dès l'antiquité, on a repéré l'existence de manifestations psychopathologiques consécutives à un évènement traumatique, à un combat meurtrier, à un cataclysme naturel.

b - L'étude de ces manifestations psychopathologiques n'a débuté qu'à l'ère industrielle avec les premiers accidents de chemin de fer.

c - Pendant longtemps les troubles psychosomatiques sont donc restés confondus avec les névroses telles que l'hystérie, la neurasthénie et l'hypochondrie.

d - A la fin du 19ème siècle le repérage de la clinique de la névrose traumatique débute en particulier avec "au-delà du principe de plaisir " que rédige FREUD. Cependant la névrose traumatique reste bien longtemps ignorée des neuropsychiatres.

e - L'intérêt pour les manifestations psychothérapeutiques s'éveille à nouveau dans les années 70-80 après la guerre du Vietnam et ne cesse de croître de nos jours.

f - Chaque situation traumatique, catastrophes naturelles ou situation de guerre appelle la mise en œuvre de nouveaux moyens de prévention de ce trouble.

g - Le but de notre journée sera de préciser autant que faire se peut la symptomatologie clinique de l'état de stress post-traumatique, son évolution et l'intérêt d'un dépistage précoce afin de mieux traiter.

h- Dans le cadre de l'expertise, l'évaluation et l'indemnisation des victimes.

II – HISTORIQUE ET DEFINITION ACTUELLE

Historique

Depuis l'antiquité, on rapporte une corrélation directe entre certaines pathologies mentales et un traumatisme psychique.

Nous ne prendrons que quelques exemples car ils sont nombreux dans la littérature.

HERODOTE rapporte que, lors de la bataille de Marathon, un guerrier athénien est devenu brutalement aveugle après avoir vu un guerrier perse géant passé près de lui sans le voir et tuer son camarade.

2000 ans plus tard en 1572, Charles IX confie à Ambroise Paré l'apparition de visions et de cauchemars représentant des cadavres sanglants au lendemain du massacre de la Saint Barthélémy.

De nombreux historiens décrivent des scènes analogues lors de comptes rendus de bataille.

On doit à OPPENHEIM (psychiatre Allemand) le terme de névrose traumatique en 1884.

Il décrit des troubles du sommeil avec cauchemars, des reviviscences, voire d'accidents de chemin de fer.

On doit le terme de névrose de guerre à l'allemand HONIGMAN en 1908 dans les suites du conflit russo-japonais.

Lors de la première guerre mondiale, la description d'OPPENHEIM s'affine et il est élaboré une clinique beaucoup plus spécifique en particulier dans le syndrome du "vent du boulet de canon ou obusite".

C'est pendant la deuxième guerre mondiale que sera précisé le traumatisme psychique : le délai d'apparition, ainsi que la phase d'état et l'importance des facteurs psychosociologiques individuels.

Pendant la guerre de Corée seront mises en place les premières mesures efficaces de prévention de l'apparition d'un état névrotique traumatique par l'inauguration des "unités psychiatriques de l'avant".

Lors de la guerre du Vietnam, le nombre élevé de pathologies psychiatriques traumatiques aboutit à la description du trouble de stress post-traumatique et son inscription au DSM 3 à partir de 1983.

Dans le DSM 4, le PTSD distinguera les phases aiguës et chroniques, le début immédiat ou différé, l'intensité modérée à sévère.

Il apparaîtra dans la CIM 10 en 1992.

Comme nous l'avons signalé, plus tard ce diagnostic s'est étendu aux violences urbaines, accidents, catastrophes etc... et actuellement, CROCQ et BARROIS proposent plutôt le terme plus large de **SYNDROME PSYCHO-TRAUMATIQUE**.

Définition actuelle

"L'Association Américaine de psychiatrie" définit l'état de stress post-traumatique comme « un état morbide survenu au décours d'un événement exceptionnellement violent, capable de provoquer de la détresse pour quiconque...

Par exemple être menacé pour sa vie ou celle de ses proches, être agressé, être victime d'un accident ou d'une catastrophe... »

Il existe souvent un temps entre l'événement stressant et la survenue d'un état de stress post-traumatique : on appelle alors cela **LA PHASE DE LATENCE**.

Selon le DSM IV, le sujet est exposé à un événement hors du commun :

"Le sujet a été exposé à un événement traumatique comprenant les deux caractères suivants :

- Le sujet a éprouvé, été le témoin ou a été confronté à un ou des événements qui impliquent qu'il est ou a été menacé de mort ou de blessures graves ou d'une atteinte de l'intégrité physique pour lui-même ou pour les autres.

- La réaction a comporté une peur intense, un sentiment de désespoir ou d'horreur. (chez l'enfant cela peut faire place à des comportements inadaptés ou à une agitation).

Les principaux traumatismes regroupent le viol, les agressions, les kidnappings, les prises d'otages, les actes terroristes, la torture, les emprisonnements abusifs, les accidents avec notions de gravité, les situations de guerre, le fait d'être témoin de blessure ou de mort non naturelle, les abus sexuels ou des sévices d'enfants.

Toutefois pour les classifications actuelles, l'existence d'un traumatisme violent est nécessaire au diagnostic de PTSD.

Rappelons que la notion longtemps admise que la blessure physique protégerait de l'accident psychique est fautive. La clinique ne vérifie pas la notion selon laquelle l'existence d'une lésion ou d'une blessure corporelle protégerait de l'apparition des troubles psychiques. Ceci est d'autant plus vrai pour les troubles différés. La blessure physique serait même un facteur aggravant.

III- EPIDEMIOLOGIE

Données générales :

Prévalence

7,8 à 9,2 % durant la vie entière

60 % des cas deviennent chroniques

1 à 3 % de la population civile en cas de catastrophe.

15 % des militaires sur le terrain pendant une guerre.

50 % des prisonniers de guerre.

75 % des victimes de viol

Cet état est considéré comme aigu si la durée maximum est de trois mois au-delà il devient chronique.

L'état de stress post-traumatique est appelé différé si l'apparition des symptômes se fait au-delà de 6 mois voir plusieurs années.

Autres données épidémiologiques

Suite aux attentats de Paris en 1995, 75 % des victimes ont développé un PTSD toujours évolutif deux ans et demi après.

44 % des Américains indirectement exposés aux attentats de 2001 ont développé un état de stress post-traumatique, 7 jours plus tard.

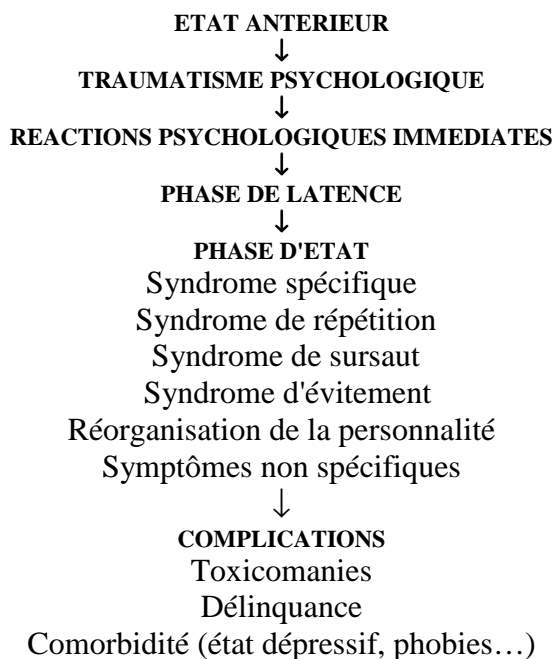
85 % des réfugiés cambodgiens ont présenté un état de stress post-traumatique...

IV - CLINIQUE

CROC en 1983 donne des névroses traumatiques la définition suivante :

"Etat névrotique organisé et durable, déterminé, provoqué ou occasionné par un traumatisme psychologique au cours duquel le sujet a senti sa vie menacé"

La chronologie d'apparition de cet état est représentée par le schéma suivant :



Nous développerons successivement chacune de ces étapes chronologiques :

A L'état antérieur :

Patent ou latent, cet état antérieur se définit par l'ensemble des prédispositions, des tares constitutionnelles ou acquises. Il revêt une importance considérable dans la détermination du taux d'IPP mais, dans la névrose traumatique, la mise en évidence lors de l'interrogation ou de l'analyse clinique est difficile et les consultations antérieures sont exceptionnelles.

B Le traumatisme psychologique :

Ethymologiquement, traumatisme désigne une blessure corporelle associée à une notion de soudaineté de violence et d'imprévisibilité.

La notion de traumatisme psychique constitue une extension du concept de traumatisme physique.

Freud en 1916 donnera la définition suivante :

" Un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans le psychisme un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient impossible. Ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie ".

Cette vision énergétique du traumatisme psychique permet d'expliquer que la répétition de microtraumatismes psychiques ou la survenue du traumatisme dans les circonstances particulières telle que la fatigue, le manque de sommeil, le sentiment d'insécurité ou la privation alimentaire ainsi qu'un isolement psychoaffectif puisse favoriser l'apparition de ce tableau.

D'autre part, l'existence subjective ressentie d'un danger vital est plus importante que la gravité objective d'un danger encouru et explique de grandes variabilités interindividuelles dans l'apparition du tableau de névrose traumatique.

A l'opposé, une perte de connaissance précédant le traumatisme soustrait le sujet à une expérience de mort imminente et le protège de l'installation ultérieure d'une névrose traumatique.

C - Conséquences immédiates du traumatisme :

Les conséquences immédiates du traumatisme sont celles que tout individu pourrait ressentir dans les suites d'un traumatisme psychique, à savoir une anxiété diffuse, accompagnée de manifestations neurovégétatives et d'une attitude plus ou moins régressive.

Leur importance est le plus souvent minime mais elle représente un facteur prédictif sur la survenue ultérieure de la névrose.

Il n'existe cependant pas de parallélisme entre la gravité et les circonstances immédiates et la gravité d'un éventuel tableau névrotique.

L'absence de conséquence immédiate pourrait laisser supposer la simulation mais n'exclue en aucun cas le diagnostic.

D - La phase de latence :

Autrefois qualifiée " d'incubation", de "contemplation", de "méditation" ou de "ruminantion" etc, cette phase de latence est un élément indispensable pour poser le diagnostic de névrose traumatique.

Cette phase peut être en apparence silencieuse laissant le soin au clinicien avisé de desceller quelques petits signes spécifiques, distractibilité, tendance au retrait.

La durée de cette phase de latence est très variable de quelques semaines à plusieurs années.

Dans cette dernière éventualité, les circonstances exactes du traumatisme deviennent alors difficiles à préciser.

D'autres traumatismes ont pu survenir, l'imputabilité à un traumatisme précis devient difficile à affirmer. Pourtant c'est un des points importants de la discussion médico-légale.

E- La phase d'état :

La phase d'état associe une triade caractéristique de symptômes spécifiques, une réorganisation de la personnalité et des symptômes non spécifiques.

Parfois cette phase d'état fait suite à un évènement d'apparence anodine mais qui a valeur de rappel du traumatisme initial.

1 - Les symptômes spécifiques :

Leurs observations sont à la base des premières observations d'Oppenheim. Ils originalisent et spécifient le tableau des névroses traumatiques.

a - Le syndrome de répétition dit aussi reviviscence est un signe pathognomonique de la névrose traumatique.

Typique dans sa forme nocturne le patient est régulièrement éveillé par des cauchemars ou il revit la scène traumatisante.

Dans sa formule diurne les troubles du comportement à type d'agressivité, de violence, de rumination concernant l'évènement traumatique, de flash-back...ces symptômes pouvant entraîner les difficultés d'ordre familial ou professionnel.

b - Les réactions de sursaut ou encore syndrome d'hyper vigilance anxieuse :

Il s'agit de crises émotives accompagnées d'une hypersensibilité aux stimuli visuels et auditifs.

Le sujet reste en alerte permanente.

Il n'y a plus de distinction entre les bruits dangereux et les bruits neutres par exemple, et entraînent des réactions de sursaut exagérées.

Le sujet a l'impression qu'un nouvel évènement grave peut arriver à tout instant.

c - Le syndrome d'évitement

Le sujet fait des efforts importants pour éviter toutes pensées, conversations ou situations associées au traumatisme.

Ce traumatisme d'évitement est associé à une fatigue, à une réduction nette des intérêts pour les activités habituelles, un repli sur soi et, au final, des altérations du fonctionnement socioprofessionnel et familial.

Ce syndrome d'évitement peut se décliner de la façon suivante :

- * – Effort pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
- * – Effort pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent les souvenirs du traumatisme. Cela peut s'étendre à tous les stimuli sensoriels (images, bruits, odeurs, sensations tactiles...).
- * – Incapacité à se rappeler les aspects importants du traumatisme.
- * – Réaction nette de l'intérêt pour les activités importantes ou réduction de la participation à ces activités.
- * – Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
- * – Restriction des affects (par exemple : incapacité à éprouver des sentiments tendres).
- * – Sentiment « d'avenir bouché » : par exemple ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, avoir un cour normal de la vie...

2 – La réorganisation de la personnalité :

On se réfèrera essentiellement à la réorganisation de la personnalité sur un mode névrotique.

3 – Les symptômes non spécifiques :

- Les crises d'angoisses aiguës récurrentes.
- Les symptômes phobiques, obsessionnels ou hystériques qui sont souvent présents avant mais à un moindre degré.
- Les troubles psychosomatiques (réactions cutanées, ulcère gastrique...).
- Les troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie...).
- Les abus de substances (toxicomanie, alcoolisme...).
- Les conduites anti-sociales (le syndrome de RAMBO).
- Le syndrome de culpabilité du survivant. Il apparaît surtout lors des grandes catastrophes collectives et pourrait s'exprimer en : "j'ai trahi mon groupe ou mes proches en ne mourant pas avec eux"...

Dans les symptômes non spécifiques :

On peut observer habituellement les symptômes de névrose :

- Les rituels et les compulsions des névroses obsessionnelles,
- Le théâtralisme ou l'immaturité affective des névroses hystériques,
- Une crainte d'objets et de situations vécues comme potentiellement dangereuses dans les névroses phobiques.
- Les signes moins spécifiques tels qu'une anxiété diffuse avec éventuellement un cortège de manifestations somatiques de la névrose d'angoisse.

V – EVOLUTION

La gravité de la névrose traumatique dépend plus de l'évolution chronique des troubles que de l'importance des troubles eux-mêmes.

A long terme, les symptômes spécifiques tendent à disparaître, les symptômes non spécifiques persistant, voire s'aggravant.

Il devient alors malaisé de discuter, au sein d'un tableau d'allure névrotique, ce qu'il ressort d'une névrose traumatique.

Les complications plus graves à type de toxicomaniaco-délinquance ou suicidaires peuvent aussi s'observer.

LES SYNDROMES PSYCHO-TRAUMATIQUES

Evolution - Diagnostic différentiel

Docteur Michel AUBRY

1 – EVOLUTION

ELLE EST FLUCTUANTE

- La guérison sous traitement est plus fréquente qu'il est habituel de le dire, du moins lors des catastrophes naturelles et des attentats, hors période de guerre.
- Dans certain cas les troubles se perpétuent :
 - Les symptômes spécifiques (syndrome de répétition) s'estompent
 - Tandis qu'apparaissent ou s'accroissent des manifestations anxieuses et dépressions, qui évoluent pour leur propre compte
 - La personnalité colore les troubles (soit en les contenant, soit en favorisant l'expression)
 - En matière d'anxiété :
 - lassitude
 - tension interne
 - algies
 - troubles d'endormissement
 - troubles de concentration
 - doute, indécision
 - En matière de dépression :
 - démotivation
 - émoussement affectif
 - désintérêt, détachement
 - perte de plaisir
 - pessimisme en l'avenir
 - interrogation existentielle péjorative
- Le traumatisme peut aboutir selon les cas, la personnalité, l'environnement
 - à des troubles durables dans une atmosphère de préjudice
 - ou
 - à des troubles aménagés assortis d'une réflexion stimulante sur le sens de la vie

2 - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1. Les critères diagnostiques du Trouble Etat de Stress post-traumatique

- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessé ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
 2. la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
N.-B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
- B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.
N.-B. : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant les thèmes ou les aspects du traumatisme
 2. Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
N.-B. : Chez les enfants il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable
 3. Impression ou agissement soudains, « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).
N.-B. : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir
 4. Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause
 5. réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause
- C. Evitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois manifestations suivantes :
6. efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
 7. efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
 8. incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
 9. réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
 10. sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
 11. restriction des affects (par ex. : incapacité à éprouver des sentiments tendres)

12. sentiment d'avenir « bouché » (par ex. : pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neuro-végétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

1. difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
2. irritabilité ou accès de colère
3. difficultés de concentration
4. hypervigilance
5. réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (sympômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

2. Les caractéristiques et troubles mentaux associés

- Sentiments de culpabilité douloureuse (pour avoir survécu alors que d'autres n'ont pas survécu... en raison de ce qu'il a fallu faire pour survivre)
- Conflits dans les relations interpersonnelles (hostilité, repli social, sentiment d'être menacé)
- Altération de la modulation des affects
- Comportements autodestructeurs et impulsifs
- Symptômes dissociatifs
- Sentiments d'inefficience, de honte, de désespoir
- Sentiment de n'être plus comme avant
- Perte des croyances

3. A priori facile

Puisque l'on doit, pour établir le diagnostic, mettre en évidence :

- L'événement traumatique
- L'évolution caractéristique
- Le syndrome de répétition traumatique
- L'hyperactivité neurovégétative
- L'altération de la personnalité (avec les conduites d'évitement)

4. En pratique pas si simple

1. La recherche trop systématique, par une méthodologie d'entretien très technique, des symptômes caractéristiques, peut suggérer des symptômes et conduire à un certain nombre de « Faux positifs ».
2. Certains symptômes caractéristiques sont, en fait, peu discriminants. Par exemple :
 - Le syndrome d'évitement versus les phobies sociales
 - Le désintérêt / retrait / inhibition versus l'état dépressif majeur
3. Surtout il existe des très nombreuses comorbidités
 - Anxiété (sous toutes ses formes)
 - Asthénie (physique, psychique, sexuelle)
 - Toutes les pathologies névrotiques (comorbidité ou personnalité antérieure)
 - Troubles psychosomatiques (ulcère, affections dermatologiques, pathologie thyroïdienne)
 - Troubles des conduites (alcoolisme, toxicomanie, troubles des conduites alimentaires)
 - Etats dépressifs : prévalence comorbide très élevée (de 20 à 61% selon les études)

QUELQUES EXEMPLES

- Les troubles de l'adaptation
 - Réponse psychologique à un ou à des facteurs de stress identifiable qui conduit au développement de symptômes dans les registres émotionnels ou comportementaux
 - Par définition ne dure pas plus de six mois une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu
 - Les symptômes peuvent persister au delà de six mois s'ils surviennent en réaction à un facteur de stress prolongé (affection médicale générale chronique invalidante, par exemple)
 - Le facteur de stress peut être unique (rupture sentimentale) multiple, discontinu ou continu, associé parfois à des événements spécifiques de vie (entrée à l'école, mariage, paternité, retraite,...) de n'importe quelle gravité (et non extrême comme dans le SPT)
- Le trouble obsessionnel – compulsif

Il existe des pensées intrusives, répétitives mais elles sont éprouvées comme inopportunes et ne sont pas associées au vécu d'un événement traumatique.
- Le syndrome subjectif et les troubles psychiques des traumatisés crâniens

se dilue désormais dans le cadre général des névroses post-traumatiques.
- Sinistrose (Brissaud – 1908)

Etat mental particulier de certains accidentés qui prolongent anormalement leur inaptitude au travail en invoquant une série de malaises subjectifs et manifestent des tendances revendicatrices en vue d'une indemnisation « maximum » du préjudice causé.
- Troubles factices
 - Symptômes physiques ou psychologiques qui sont produits intentionnellement ou qui sont feints, dans le but de jouer le rôle de malade
 - Absence de motifs extérieurs à ce comportement (par exemple : obtenir de l'argent, fuir une responsabilité légale ou améliorer sa situation matérielle ou physique)

- Simulation

- Production volontaire et présentation de symptômes physiques et psychologiques inauthentiques ou nettement exagérés
- Le patient a toujours une motivation extérieure :
 - Éviter une situation difficile ou dangereuse
 - Éviter des responsabilités
 - Éviter une punition
 - Rechercher un avantage
 - Se venger

TRAITEMENT

ABORD PREVENTIF

- Permettre une verbalisation, au décours de l'événement traumatique, afin d'en faire revivre l'expérience dans un but cathartique (abréaction)
- Reconnaître que la personne a vécu un drame et manifeste une souffrance
- Rassurer la personne sur ses possibilités à aménager la situation
- Réduire une éventuelle culpabilité d'avoir été épargné (syndrome des survivants)
- Evaluation de l'impact du traumatisme, des possibilités du sujet d'y faire face
- Information concernant l'apparition retardée d'éventuels troubles

TRAITEMENT CURATIF

- A. Réduire les symptômes spécifiques (c'est à dire le syndrome de répétition et les conduites d'évitement)
 1. Les thérapies cognitivocomportementales
 - Thérapie d'exposition
 - Restructuration cognitive
 - Techniques de gestion de l'anxiété
 2. La désensibilisation par mouvements oculaire et re-programmation (EMDR)
 3. Chimiothérapie psychotrope
 - Les ISRS apparaissent comme le traitement de première intention
 - Le TRT doit être commencé une fois que le diagnostic a été bien établi
 4. Psychothérapie d'inspiration analytique (Brève)
- B. Traiter la symptomatologie anxieuse et dysthymique

POUR CONCLURE

- Le TRT nécessite des abords diversifiés et une combinaison des différents traitements entre eux.
- La prise en charge psychosociale des conséquences du SPT et l'analyse de la personnalité du patient (prémorbide) paraissent tout aussi importants que l'utilisation séquentielle des traitements.

LES SYNDROMES PSYCHO-TRAUMATIQUES

Evolution - Diagnostic différentiel

Docteur Michel AUBRY

HARCELEMENT MORAL

DEFINITION(S) :

- Définition 1 : Heinz Leyman, en 1993, met à jour le concept : « *Par mobbing, nous entendons une situation communicative qui menace d'infliger à l'individu de graves dommages, psychiques et physiques. Le mobbing est un processus de destruction. Le concept de mobbing définit l'enchaînement sur une assez longue période de propos et d'agissements hostiles, exprimés ou manifestés par une ou plusieurs personnes envers une tierce personne (la cible). Par extension, le terme s'applique aussi aux relations entre les agresseurs et leurs victimes (...).*

Les caractéristiques du mobbing sont les suivantes : confrontation, brimades et sévices, dédain de la personnalité et répétition fréquente des agressions sur une assez longue durée ».

- Définition 2 : Marie-France Hirigoyen, psychiatre, psychanalyste, publie en 1998 "Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien" : « *Le harcèlement moral au travail se définit comme toute conduite abusive (gestes, paroles, comportement, attitude...) qui porte atteinte, par sa répétition ou sa systématisation, à la dignité ou à l'intégrité psychique ou physique d'une personne metta,nt en péril l'emploi de celle-ci, dégradant le climat de travail ».*- Définition 3 : Michelle Drida, Présidente de l'Association "Mots pour Mauv", créée en 1997

à Strasbourg, propose une autre définition : « *Le harcèlement est une souffrance infligée sur le lieu de travail de façon durable, répétitive et / ou systématique par une ou des personnes à une autre personne, par tous les moyens relatifs aux relations, à l'organisation, aux contenus ou aux conditions*

de travail, en les détournant de leur finalité, manifestant ainsi une intension consciente ou inconsciente de nuire voir de détruire ».

- Définition 4 : Christophe Dejours, psychiatre, psychanalyste, professeur à la Chaire de Psychologie du travail au CNAM, parle de « *pathologies consécutives non seulement à un harcèlement ou à une persécution, mais à un contexte de solitude résultant d'une stratégie d'isolement par une technique de management visant la désagrégation de la solidarité et du collectif de travail* ».

LE CADRE JURIDIQUE

Il est fixé par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002.

- Aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont 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.
- Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont 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.
- 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 euros d'amende.

Pour qualifier le harcèlement moral, les juristes examinent les faits suivants :

- **Le détournement du lien de subordination :** incivilité à caractère vexatoire, refus de dialoguer, remarques insidieuses ou injurieuses, mots qui blessent, dénigrement et volonté de ridiculiser, moqueries.
- **Le détournement des règles disciplinaires :** sanctions injustifiées basées sur des faits inexistantes ou véniels.
- **Le détournement du pouvoir de direction :** ne pas donner de travail, donner des objectifs irréalisables, donner du travail inutile, isoler.
- **Le détournement du pouvoir d'organisation :** modifier arbitrairement les conditions de travail ou les attributions essentielles du poste de travail.

TABLEAU CLINIQUE

PHASE D'ALERTE :

Sa forme clinique est difficile à repérer, infraliminaire. L'anxiété, les troubles du sommeil, le désengagement social, l'ennui, l'augmentation de prise de médicaments ou de différents toxiques (addictions), en sont les signes précurseurs, sans oublier *la fatigue*. Souvent banalisé, ce symptôme est disqualifié. Il faut le considérer comme le premier niveau d'usure de geste de travail, vidé de son pouvoir de construction identitaire, signe précurseur d'une dépression asymptomatique.

Le salarié dans cette phase ne s'exprime pas, ne pleure pas, ne parle plus à ses collègues ou à son entourage. Il se contente de « tenir », englué dans une hyper vigilance au travail, une hyperactivité réactionnelle, supposées permettre l'évitement des critiques et des brimades. Cette phase d'alerte et donc difficile à mettre en évidence sauf pour le médecin généraliste qui connaît son patient de longue date et le médecin du travail attentif à ce genre de pathologies.

PHASE DE DECOMPENSATION EN DEUX TEMPS :

● Premier temps :

Si le procédé de harcèlement perdure et si un réseau de coopération ne se crée pas autour de l'agent concerné, les signes cliniques apparaissent. La forme la plus grave correspond au tableau *de névrose traumatique et s'apparente au syndrome de stress post-traumatique (DSM IV)*.

La névrose traumatique survient dans les situations où le sujet vit une menace, réelle ou ressentie, contre son intégrité physique ou psychique. Elle correspond à un débordement de l'appareil psychique, qui pris par surprise, ne peut solliciter des mécanismes de défense adéquats.

Il existe pour chacun d'entre nous des circonstances spécifiques capables en raison de leur signification, de déclencher une névrose traumatique. Il n'y a pas de proportionnalité objective entre la gravité de la situation et la gravité du tableau clinique.

La névrose traumatique se caractérise par son début, dans les suites immédiates de la situation de travail ayant valeur de traumatisme :

- **L'angoisse** du patient harcelé est subaiguë avec des manifestations physiques : tachycardie, tremblements, sueurs, boule œsophagienne.
- **Le retour en boucle** des scènes traumatisantes s'imposent au patient et les lui fait revivre.
- **Les attaques d'angoisse** surgissent spontanément, déclenchées par une perception analogique avec tel ou tel détail cardinal de la scène traumatique : bruit, couleur du mur, mimiques d'une personne présente, odeur particulière...
- **Les cauchemars intrusifs** apparaissent, entraînant le réveil immédiat en sueurs, en criant.
- **L'insomnie réactionnelle** devient le moyen de bloquer la survenue des cauchemars intrusifs. L'insomnie, la fatigue, la lutte contre les crises d'angoisse génèrent un repli social, affectif et sexuel majeur, une altération progressive de l'état général sur tous ses versants, somatique, cognitif et psychique.
- **Les atteintes cognitives** sont toujours présentes : perte de mémoire, troubles de concentration, de logique.

- **Les atteintes psychiques** entraînent : la perte de l'estime de soi, un sentiment de dévalorisation, de perte de ses compétences, un sentiment de culpabilité, une position défensive de justification, un effondrement anxio-dépressif, pouvant mener à un état d'angoisse paroxystique à évolution suicidaire (raptus suicidaire).
 - **Les atteintes somatiques** sont le signe de l'atteinte des défenses immunitaires après l'effondrement des défenses psychiques.
 - Il existe un **désarroi identitaire spécifique** pour les patients subissant des situations professionnelles contradictoires où leurs difficultés de terrain n'ont pu remonter dans la hiérarchie, être reconnues et mises en débat jusqu'au traumatisme : altération des repères moraux, le vrai et le faux, le juste et l'injuste, le bien et le mal.
- Deuxième temps

Derrière ce tableau de névrose traumatique spécifique, immédiatement ou à distance, c'est avec sa structure de personnalité que le patient va décomposer : bouffée délirante aiguë, dépression grave, désorganisation psychosomatique, paranoïa, etc... **Le type de décompensation, névrotique, psychotique, somatique, ne dépend pas uniquement du travail mais en dernier ressort de la structure de la personnalité.**

SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL **Z73-0 de la CIM10**

DEFINITION(S)

13. Le syndrome d'épuisement professionnel ou *burn-out* est un syndrome qui fait partie des risques psychosociaux professionnels, consécutif à l'exposition à un stress permanent et prolongé.
- Pour les premiers observateurs, le syndrome d'épuisement professionnel vise principalement les personnes dont l'activité professionnelle implique un engagement relationnel important, comme les travailleurs sociaux, les professions médicales, les enseignants, etc...
- On admet généralement que Herbert Freudenberger est l'auteur des premières recherches sur le syndrome d'épuisement professionnel, dès 1974. Il souligne davantage les symptômes comportementaux et dresse le portrait d'individus submergés par leurs émotions.
- Burn-out* signifie « *s'user, s'épuiser, craquer en raison de demandes excessives, d'énergie, de forces ou de ressources* ».
14. Le burn-out est perçu comme la « maladie du battant (Winner disease) et définit « un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement du travail. »
15. Christina Maslach, chercheuse en psychologie sociale, compte parmi ceux qui ont contribué à imposer le concept et à asseoir sa validité. Dans un texte datant de 1993, elle émet l'hypothèse que travailler avec d'autres, en particulier dans une relation d'aide, est le cœur du phénomène. Elle situe davantage les causes du *burn-out* dans l'environnement du travail et ses conditions.

16. Les points forts :

- Certaines professions sont plus « à risque » que d'autres, notamment celles :
 - à fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives,
 - à forte responsabilité notamment vis-à-vis d'autres personnes,
 - où l'on cherche à atteindre des objectifs difficiles, voire impossibles,
 - où il existe un fort déséquilibre entre les tâches à accomplir et les moyens mis en œuvre,
 - où il existe une ambiguïté ou un conflit des rôles ;
- Certaines personnes sont plus « à risque » que d'autres :
 - Personnes ayant des idéaux de performance et de réussite,
 - Personnes liant l'estime de soi à leurs performances professionnelles,
 - Personnes sans autre centre d'intérêt que leur travail,
 - Personnes se réfugiant dans leur travail et fuyant les autres aspects de leur vie ;
- Les différents symptômes rencontrés dans le burnout sont :
 - Les douleurs généralisées,
 - Le manque d'attention,
 - L'insomnie,
 - L'irritabilité,
 - L'impatience,
 - L'épuisement physique et psychologique,
 - Le manque de motivation pour se lever et aller travailler le matin.

17. On peut définir le burn-out comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ».

ÉVOLUTION

Le syndrome d'épuisement professionnel évolue selon 4 phases :

- **La phase d'alarme** : le stress persistant cause l'apparition de réactions caractéristiques indiquant la présence de stressseurs.
- **La phase de résistance** : les stressseurs persistent malgré la disparition physique des réactions caractéristiques de la phase d'alarme, le métabolisme s'adapte à la situation et le corps devient plus résistant.
- **La phase de rupture** : l'exposition continue aux stressseurs crée une rupture entraînant la réapparition des réactions caractéristiques de la phase d'alarme tout en les rendant irréversibles sans traitement approprié.
- **La phase d'épuisement** : les défenses psychologiques du patient sont dérégées, il se rend donc émotionnellement invalide et vit dans une perpétuelle angoisse.

LES SYNDROMES PSYCHO-TRAUMATIQUES

Problèmes médico-légaux

Docteur Robert GUERRINI

En préambule, il faut noter que, jusqu'aux années 1980, la névrose traumatique était assimilée à une névrose de revendication dont les enjeux principaux étaient une réparation financière suspecte aux yeux de tous, et liée à la sinistrose (définie par BRISSAUD en 1908) actuellement récusée pour des raisons d'ordre socio psychologiques.

L'identification de pathologies psychiatriques spécifiques comme les syndromes psycho-traumatiques a permis d'ouvrir droit à réparation pour des victimes, même en l'absence de séquelles physiques.

La notion de traumatisme initial événementiel, d'expérience extrême a évolué ces dernières années vers une liste d'événements plus ou moins banaux de la vie (travail difficile, harcèlement au travail, mauvaise nouvelle...), le lieu même du travail devenant traumatogène.

Ainsi, la circulaire de l'Assurance-maladie du 10/12/99 concernant la prise en charge en AT du syndrome post-traumatique évolue de la conséquence d'un fait accidentel (comme une agression, un braquage...) à l'accumulation d'incivilités répétées et d'agressions verbales pour les personnels exposés (transports en commun, CAF, ANPE...) prenant en charge le syndrome psycho-traumatique en « maladie professionnelle » au titre de l'alinéa 4 de l'Article L 461.1 du Code de la Sécurité Sociale.

A / Relation de Cause à Effet :

Quoiqu'il en soit, l'analyse de l'imputabilité repose sur trois points :

La faute

Le dommage

La relation de cause à effet

a) La faute :

Il faut tenter d'établir la certitude et la nature du traumatisme, en dehors des cas d'événements particuliers (catastrophes naturelles...) Le plus souvent en l'absence de traumatisme physique initial, il n'existe pas de « certificat initial ».

Il est, de plus, souvent difficile de faire préciser les troubles initiaux et ce d'autant plus que la phase de latence a été longue ; ce qui a amené le secrétariat d'État aux Droits des Victimes à proposer dans ses derniers rapports une « présomption de bonne foi » ?

b) Le dommage :

Je vous renvoie la clinique vue auparavant pour rétablir la certitude du diagnostic. Il faudra recueillir les doléances de la victime et décrire la symptomatologie objective, tout en sachant que l'expérience subjective ressentie est souvent plus importante que la gravité objective des faits. Les

circonstances aggravantes au moment du traumatisme (fatigue, isolement socio-affectif...) sont plus ou moins facilement repérables en fonction de la durée de la phase de latence.

De plus la crainte du blessé, en l'absence de lésions organiques objectivables, est de ne pas voir ses troubles reconnus, ce qui peut l'amener à une exagération plus ou moins consciente de ses troubles réels.

c) La relation de cause à effet :

Pour reprendre le protocole d'une expertise « organique » :

La concordance de siège :

A la différence de la pathologie somatique, il s'agit ici d'un traumatisme psychologique. On présuppose donc qu'à celui-ci correspond une pathologie psychiatrique.

L'enchaînement anatomoclinique :

Il faut tenter d'établir si possible l'enchaînement des symptômes psychologiques, de la réaction immédiate au traumatisme puis de la phase de latence à l'apparition des troubles actuels.

Les conditions de temps et le délai d'imputabilité :

Comme nous l'avons vu, la phase de latence variant de quelques mois à plusieurs années accroît la difficulté à préciser le traumatisme initial.

L'exclusion d'une cause étrangère au traumatisme initial :

Elle comprend :

La survenue pendant la phase de latence d'autres traumatismes psychologiques d'intensité variable pouvant aggraver les effets du premier traumatisme. Il est parfois difficile de rattacher la part de responsabilité de chaque traumatisme dans la pathologie observée au jour de l'examen.

L'état antérieur : l'apparition d'une névrose traumatique présuppose l'existence d'une pathologie préexistante même non patente (traits de personnalité, troubles divers du comportement...) Mais l'existence d'un état antérieur ayant permis une vie normale ne saurait être retenue pour diminuer les conséquences de l'accident.

Pour être retenu, l'état antérieur devra avoir significativement altéré la vie personnelle sociale et/ou professionnelle du sujet avant l'événement et il devra avoir été médicalement constaté.

B / Les barèmes :

Barème sécurité sociale

Etats dépressifs d'intensité variable :

- soit asthénie persistante	10 à 20 %
- soit à l'opposé, grande dépression mélancolique, anxiété pantophobique	50 à 100 %
Troubles du comportement d'intensité variable	10 à 20 %

Barème indicatif du Code des Pensions civiles et militaires de Retraite **(Décret du 13.08.68 modifié par le décret 2001-99 du 31.01.2001)**

Psycho Syndrome traumatique :

Troubles légers	20 %
Troubles modérés	40 %
Troubles intenses	60 %
Troubles très intenses	80 %
Déstructuration psychique totale + assistance	100 %

Barème Concours Médical :

Manifestations anxieuses discrètes spécifiques, quelques réminiscences pénibles	jusqu'à 3 %
Manifestations anxieuses phobiques spécifiques avec répétition	conduites d'évitement et syndrome de de 3 à 10 %
Anxiété phobique généralisée avec attaques de panique, syndrome de répétition diurne et nocturne	conduites d'évitement étendues et de 10 à 15 %
Exceptionnellement	20 %

Guide barème européen :

Manifestations anxieuses discrètes spécifiques, quelques réminiscences pénibles	jusqu'à 3 %
Manifestations anxieuses phobiques spécifiques avec répétition	conduites d'évitement et syndrome de de 3 à 8 %
Anxiété phobique généralisée avec attaques de panique, syndrome de répétition diurne et nocturne	conduites d'évitement étendues et de 8 à 12 %
Grand syndrome phobique	de 12 à 20 %

En conclusion :

L'expertise psychiatrique est le plus souvent difficile car se pose la question, lors de l'évaluation, de savoir qu'elle aurait été en l'absence de l'accident, l'évolution « normale » de l'individu dans sa vie personnelle, sociale et professionnelle.

Toujours se rappeler que, souvent contestées, les conclusions de l'expertise peuvent avoir une influence sur l'évolution de la pathologie constatée soit sur un mode thérapeutique soit sur un mode pathogène.

L'expertise doit écarter :

Le mythe du « dommage irréparable », car 70 % des victimes ne développent pas un syndrome psycho traumatique.

Le mythe de l'identité : la victimisation secondaire, car plus nous stigmatisons la victime, moins nous lui donnons la chance de se réorganiser différemment.

Le mythe de la banalisation et du déni : « rien de grave » car reconnaître le traumatisme de l'autre, c'est autoriser sa souffrance et lui permettre d'évoluer.

Prise en charge du stress dans le cadre du risque professionnel dans la Fonction publique territoriale et hospitalière.

Docteur Jean-Michel MAUREL , médecin conseil Dexia Sofaxis.

La reconnaissance d'imputabilité d'un point de vue administratif

En matière de reconnaissance de maladie professionnelle (MP), le statut de la Fonction publique (circulaire FP4 du 30/01 1989) prend comme référence les tableaux des maladies professionnelles du régime général (code de la sécurité sociale ; articles L.461-1 et 462-2). La présomption d'imputabilité joue dès lors que tous les critères du tableau correspondant sont réunis. En pratique, il n'existe pas réellement de caractère limitatif, car il « suffit » d'établir le lien de causalité entre la pathologie et les fonctions exercées pour qu'elle puisse relever d'une maladie imputable au service, ou acquise dans l'exercice des fonctions. Cela correspond à une forme simplifiée de la procédure de reconnaissance des maladies professionnelles « hors tableau » telle que prévue dans le régime général (Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles, CRRMP, alinea 4 de l'art L.461-1 du CSS). La prise en charge est alors la même que celle d'un accident de service (100% frais médicaux réels et IJ, sans limitation de durée).

Depuis le 18 avril 2002, un salarié du privé peut se voir reconnaître comme maladie professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime, dès lors que le taux de l'incapacité permanente s'élève **au moins à 25 %**. Ces dispositions n'influent en rien le régime des agents affiliés à la CNRACL. compte-tenu des dispositifs déjà existants.

Le stress source de pathologies reconnues au titre de la MP

Depuis 1999 le régime général reconnaît le traumatisme psychologique comme accident du travail. A ce jour le nombre de harcèlements reconnus comme maladies professionnelles ne dépasseraient pas 10 cas (par an ?). Il en est de même du suicide sur le lieu de travail. Selon la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), 49 suicides ont fait l'objet d'une déclaration comme accident du travail en 2008, mais après enquête, la Cnam n'en reconnaît en moyenne comme tel qu'un sur cinq. Le harcèlement moral en lui-même n'est pas une maladie professionnelle, mais ses conséquences sur l'état de santé sont potentiellement imputables.

L'instauration de la notion de harcèlement moral **au sein de la fonction publique** (qu'elle soit d'Etat, territoriale ou hospitalière), provient de la création d'un article 6 quinquies au sein de la Loi n° 83-634 portant droits & obligations des fonctionnaires. La Loi rappelle qu'un fonctionnaire coupable de harcèlement est sanctionnable. La Loi de modernisation sociale du 17/01/2002 (n° 2002-73, art.178) a également établi, les principes de lutte contre le harcèlement moral au travail (art. 168 et suivants).

La démarche déclarative en accident de service ou MP.

Au sein des fonctions publiques territoriales et hospitalières, nous observons une augmentation significative des demandes de reconnaissance de maladie imputable au service pour pathologie psychiatrique. Elle se déclare schématiquement de deux façons :

1/ Deux pathologies en cause : l'une organique et l'autre, sa décompensation psychologique

- La prise en charge est simple quand elle s'inscrit dans la continuité d'un traumatisme initial imputable au service. Le lien de causalité entre les deux pathologies est plus délicat quand les

symptômes psychiatriques se révèlent à distance de l'accident d'origine, parfois sous forme de rechute isolée.

2/ Une seule pathologie en cause : psychiatrique

1. Il s'agit le plus souvent d'une demande de transformation d'un risque maladie (initialement COM, CLM, CLD) arrivé en fin de droits
2. ou d'une demande ab initio. Dans ce cas de figure, la demande fait immédiatement suite à un événement déclencheur clairement identifié suivi dans un délai très bref d'un arrêt de travail qui peut servir de support à une démarche de dénonciation d'un conflit, voire d'un harcèlement.

Il est donc possible de déclarer une souffrance morale en accident de service si elle est consécutive à un événement ponctuel (ex : agressions verbales, menaces...). Ce type de déclaration est en augmentation significative, parfois groupée quand l'organisation est en cause ou que l'exposition au risque exogène concerne plusieurs agents en même temps..

Les problèmes techniques de la reconnaissance

Quel que soit le facteur à l'origine d'un stress post traumatique, la vulnérabilité idiosyncrasique du déclarant est ce qui reste le plus difficile à évaluer. Mais en fin de compte, celle-ci a moins de valeur que la découverte d'un état antérieur ou de pathologies associées interférentes.

Pour reconnaître l'imputabilité au fait déclaré, une fois que le diagnostic est établi, différents critères sont à prendre en compte selon la situation :

- Le **décal** d'apparition des symptômes pathologiques et leur nature
- La **gravité** de l'événement causal
- L'existence d'un **état antérieur**
- L'existence de **pathologies intercurrentes**
- La prise en compte de **l'organisation du travail**
- La (mé) connaissance de la **situation extra-professionnelle**

Une fois la réponse apportée à ces différents points, l'expert doit aussi répondre à la question de la justification de l'arrêt de travail en cours. Ce qui soulève celle de la gestion des conflits sur le lieu du travail (et pas forcément à cause du travail) qui a tendance à passer par le recours à l'évitement de la confrontation, plutôt que par la médiation. Position confortable encouragée par le statut, qui peut arranger autant l'agent que l'employeur. Ce qui a pour effet de cristalliser une situation, et d'installer durablement l'arrêt de travail sans apporter de solution.

*Les éléments déclaratifs sont les mêmes que pour tout accident, à la différence que **l'enquête administrative** est souvent bien plus complexe à réaliser. En effet, elle doit faire appel à des éléments qui parfois échappent totalement à l'employeur (accident de trajet), ou nécessite une **véritable enquête** rétrospective sur des périodes assez longues avec des témoignages difficiles à obtenir (harcèlement, dépression réactionnelle...).*

Dans ces conditions, il n'est pas rare que la collectivité se contente de faire suivre une demande d'imputabilité à la commission de réforme, sans avoir pris la peine de monter un dossier qui lui permette de forger sa propre conviction, ou de se décharger purement et simplement sur le médecin agréé.

Données statistiques :

Aucune statistique fiable sur le risque stress n'existe à l'heure actuelle dans la fonction publique. Pour ce faire, il faudrait un recueil épidémiologique des données au travers de l'activité des comités médicaux départementaux et des commissions de réforme, voire de la médecine du travail.

Le stress d'une façon générale, et post traumatique en particulier, n'est jamais déclaré en tant que tel et n'est pas identifiable isolément. Il est souvent décelé lorsqu'une situation pathologique initialement organique évolue plus ou moins rapidement vers une prise en charge à visée essentiellement psychiatrique. L'autre mécanisme est lié franchement à une situation d'emblée qualifiée de souffrance au travail, et dans ce cas la codification fera plutôt référence à des « troubles psychologiques » non sérieusement étiquetés.

Côté commission de réforme, la situation n'est pas plus favorable, et depuis le décret du 17 novembre 2008 portant sur son organisation, les collectivités reconnaissant l'imputabilité n'ont plus besoin de solliciter son avis. De fait, il ne peut plus y avoir de traçabilité car l'information reste au sein de la collectivité. Il faudrait au moins que l'employeur informe obligatoirement la commission des reconnaissances et des pathologies

associées, pour qu'elle puisse éventuellement relever des anomalies. Mais cette mission de suivi par la commission n'est pas (encore ?) prévue par le statut.

L'ANACT a réalisé en 2009 une enquête qui apporte cependant un éclairage intéressant sur le ressenti du stress au travail avec des indicateurs propres à la fonction publique : (SONDAGE ANACTS 2009, Stress au travail CSA/ Malakoff). Au travers des ces résultats, peut-on penser qu'il y aurait **davantage de stress dans le secteur public** ?

- Les salariés du secteur public attribuent à 42% leur stress à une charge de travail trop importante contre 36% des personnes sondées.
- 41% l'imputent au fait de devoir mener de front plusieurs tâches (contre 35% pour l'ensemble).
- 38% disent vivre des situations de tension et de conflits au travail contre 30%.
- Ils sont plus nombreux à estimer manquer de moyens pour faire leur travail (48% contre 37%)
- 74% d'entre eux se tournent vers leurs collègues en cas de stress, contre 65%.

Selon cette étude, les attentes et les aspirations des salariés du secteur public ne sont pas identiques à celle de l'ensemble des salariés. Le sens donné au métier a toute son importance, 50% citent l'intérêt du métier comme un des composants essentiels du travail contre 44% pour l'ensemble des sondés. Les salariés du public accordent plus d'importance au temps libre dont ils disposent (21 % contre 16 %).

Le sondage met en évidence un point essentiel : globalement le stress touche 4 salariés tous secteurs sur 10.

41% des salariés se déclarent stressés dans leur quotidien et 60% attribuent ce stress à leur vie professionnelle. L'influence de l'organisation du travail sur le stress apparaît très affirmée. 40% des salariés répondent que l'organisation du travail génère du stress.

De son côté, le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) a relevé qu'en 2007, pour la première fois, les **risques psycho-sociaux** ont représenté le **premier motif de consultation** (27%) en service de médecine professionnelle. Et cela devant les problèmes respiratoires, dermatologiques et les TMS. **80%** de ces consultations seraient **imputées au travail**. Il faut cependant noter que les services de consultation de médecine professionnelle concentrent par nature les cas les plus lourds.

Enfin, autre indicateur intéressant, en 2006, une enquête menée auprès des médecins du travail de la région PACA, a montré que la **souffrance morale au travail était en 2ème position des maladies à caractère professionnel** signalées (22%), derrière les troubles musculo-squelettiques (50%).

Profil des déclarations en rapport avec le stress :

Les stress post traumatiques les plus lourds sont rencontrés principalement suite aux accidents de trajet dont 80% restent bénins. De cet échantillon, 20% sont néanmoins prolongés pour des motifs psychologiques souvent mal étiquetés alors que les problèmes organiques n'expliquent plus toujours à eux seuls l'arrêt de travail. Pour les accidents avec tiers impliqué (Recours, Loi Badinter), plus des deux tiers des dossiers expertisés aboutissent au refus de la durée d'arrêt de travail au-delà d'une date de consolidation bien inférieure à celle retenue par le médecin agréé. Les durées incriminées vont de 4 mois à 2 ans, voir plus... Mais les situations sont souvent complexes et sont parasitées par les problèmes d'aménagement de poste qui incombent à la collectivité.

Principales causes identifiées de PTSD dans le cadre des accidents de service et de MP :

1. Souffrance au travail :
 - a. la notion de harcèlement moral étant clairement écrite sur un certificat médical dans 1 déclaration sur 3. ,
 - b. les problèmes organisationnels à composante conflictuelle
 - c. Choc psychologique suite à agression directe avec ou sans blessures, ou simples menaces
2. Accident de trajet
3. Autres : témoins d'un évènement grave, altercations entre agents, victimes indirectes, tentative de suicide ...

Les déclarations ne sont pas suffisamment précises pour identifier les différents mécanismes causals. Nous constatons que majoritairement les pathologies présentées sont multifactorielles et peuvent souvent être à la frontière entre la vie privée et la vie professionnelle. C'est justement le point de discussion sensible que le médecin expert doit essayer de préciser en matière d'imputabilité.

Paradoxalement, il ne peut pas être établi de lien significatif entre l'importance du traumatisme initial et la durée de l'arrêt de travail qui en découle, ce qui serait pourtant bien pratique pour estimer à partir de quand un arrêt n'est raisonnablement plus en rapport avec le sinistre d'origine. A côté de ce point délicat, celui de la consolidation en matière de PTSD n'est pas des moindres.

En conclusion.

S'il n'existe pas de statistiques précises ou d'étude épidémiologique, plusieurs arguments convergent vers le constat d'une aggravation de l'impact du stress sur les agents des fonctions publiques territoriales et hospitalières. Ainsi le sondage réalisé par l'ANACT en 2009 sur « stress au travail » donne des indicateurs en faveur de cette évolution, tout comme l'augmentation nette des demandes de reconnaissance d'imputabilité observée par Dexia Sofaxis.

Le phénomène observé dans le régime général n'épargne donc aucun type de salariés. Il nécessite une analyse approfondie dans le secteur de la fonction publique, qui ne peut passer que par la mise en œuvre d'outils permettant de recenser ces situations, et probablement de revoir les missions des comités médicaux et commissions de réforme, et au-delà, des médecins agréés. Le régime général apparaît de fait encore mieux loti que le régime spécial des fonctionnaires.

Nos remerciements à :

AGIPI

AP - HM

CREDIT DU NORD

DEXIA

LILLY

MEDICALE DE FRANCE

MSD

NORDIC PHARMA

SANOFI