

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Médecine du travail

par

Bénédicte BRUNET épouse COURTOIS

née le 24/05/1973 à Fontenay aux Roses

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2013

LE VECU AU TRAVAIL DE PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Président du jury : Monsieur le Professeur Yves ROQUELAURE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bruno ROCHER

Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Monsieur le Professeur Dominique DARMAUN

Madame le Docteur Dominique DUPAS

A Monsieur Le Professeur Yves ROQUELAURE,

Professeur à l'Université de Médecine d'Angers,

Chef de service des départements d'Addictologie, des Pathologies professionnelles et psychosociales.

L'ampleur sans cesse croissante des connaissances humaines a, dit-on, pour conséquences fâcheuses d'imposer aux chercheurs une spécialisation outrancière et une constante restriction de leur champ d'investigation. Le travail que nous avons entrepris en rapprochant TCA et travail avait vocation, mais ce n'était pas intentionnel, de rapprocher des disciplines pourtant très éloignées : la médecine du travail, la nutrition, l'addictologie, la psychiatrie. Le résultat de notre travail mérite sans aucun doute des prolongements, vous vous en apercevrez en le lisant. Je vous remercie, en tous cas, infiniment de m'avoir fait l'honneur de présider à son jugement.

Veillez trouver ici, l'expression de ma très vive gratitude.

A Monsieur Le Professeur Jean-Luc VENISSE,

Professeur à l'Université de Médecine de Nantes,

Chef de service du pôle d'Addictologie du CHU de Nantes.

Vous m'avez incitée à poursuivre le projet que je vous avais soumis et vous m'avez prodigué généreusement vos conseils et vos encouragements. Je vous remercie très sincèrement d'avoir accepté de juger cette thèse. Je l'ai menée au point d'imperfection où elle se trouve aujourd'hui mais sachez bien que j'ai pris goût à sa matière, à sa nature et à sa signification.

Veillez trouver ici, l'expression de ma très grande reconnaissance.

A Monsieur Le Professeur Dominique DARMAUN,

Professeur à l'Université de Médecine de Nantes,

Chef de service de Nutrition du CHU de Nantes.

Vous avez manifesté de l'intérêt pour le sujet de notre thèse et cela m'a beaucoup touchée.

Je vous suis donc très reconnaissante d'avoir accepté de participer à son jugement.

A Madame Le Docteur Dominique DUPAS,

Maître de conférences et Praticien-Hospitalier à l'Université de Médecine de Nantes,

au Centre de Consultations des Pathologies Professionnelles.

Vous m'avez encouragée à poursuivre ce projet et m'avez témoigné en maintes circonstances soutien et réconfort. Vous m'avez apporté vos idées dans la construction du questionnaire et largement contribué à son amélioration. Je sais que je vous dois beaucoup et je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse.

Veillez trouver ici, le témoignage de mon attachement.

A Monsieur Le Docteur Bruno ROCHER,

Médecin Psychiatre et Addictologue au pôle d'Addictologie du CHU de Nantes.

Vous avez accepté de prendre la direction de ce travail. Vous avez été le témoin quotidien des joies, des exaltations, des difficultés et des désespoirs qui ont marqué l'élaboration de cette thèse.

Je vous remercie, à la fois pour votre écoute précieuse et vos conseils judicieux, ainsi que pour votre disponibilité et la confiance que vous m'avez témoignée tout au long de ce travail.

A Monsieur Le Docteur Sylvain LAMBERT,

Médecin Psychiatre et Addictologue au pôle d'Addictologie du CHU de Nantes.

Je vous suis très reconnaissante de l'aide matérielle et logistique que vous m'avez apportée en prenant en charge la passation des questionnaires aux patients de votre service.

A Monsieur Le Docteur Pascal CORBINEAU,

Médecin du travail à AIRBUS.

Je ne savais pas qu'en prenant un poste dans l'entreprise Airbus je rencontrerais une personne qui me tendrait la main pour mon envol. Non seulement tu m'as appris, aidée et soutenue dans mon nouveau métier, mais tu m'as apporté ton temps et ton aide précieuse pour exploiter les résultats de cette thèse.

Je t'en remercie infiniment.

A Monsieur Le Docteur Claude ROEDLICH,

Médecin du travail au SSTRN.

Non seulement vous avez manifesté de l'intérêt pour le sujet de ma thèse, mais vous y avez d'une certaine façon participé, d'une part par vos apports bibliographiques et d'autre part en me conseillant pour l'analyse des résultats du questionnaire.

Veillez trouver ici, l'expression de mes vifs remerciements.

A Monsieur Le Docteur Louis-Michel RELIQUET,

Médecin Addictologue.

Je te suis très reconnaissante de l'aide et des conseils que tu m'as prodigués.

Reçois mes sincères remerciements.

A Madame Marie-Christine BOURNOT,

Statisticienne, chargée d'affaire à l'Observatoire Régional de la Santé.

Je te suis redevable des nombreux conseils que tu m'as prodigué en matière de statistiques. Je vais t'avouer une chose, c'est bien grâce à toi que j'ai pris plaisir à me lancer dans la réalisation d'un questionnaire.

Je t'en remercie du fond du cœur.

A Monsieur Ralph BALEZ,

Docteur en Psychologie Sociale, Maître de conférences associé à la Faculté de Médecine de Brest.

Malgré tes nombreuses occupations, tu as eu la gentillesse de dégager un peu de ton temps pour m'éclairer de tes conseils.

Je t'exprime ici ma reconnaissance.

A Monsieur Michel CAMBRA,

Psychologue du travail.

Tu ne le sais peut-être pas mais je te suis sincèrement reconnaissante. Tu as su m'écouter et tu as pris du temps pour relire toute ma thèse.

Je t'en remercie infiniment.

A Madame Sylviane VALLEE,

Psychologue du travail à Nantes.

J'ai été bien inspirée de suivre le conseil du Docteur Ben-Brik qui m'a adressé à vous. Vous n' imaginez pas à quel point l'après-midi que nous avons passé ensemble m'a été très utile.

Je vous suis très redevable des conseils que vous m'avez prodigués.

Je remercie également et très sincèrement tous les patients qui ont accepté de participer à cette enquête, fondement de cette thèse.

Merci aussi à tous ceux et à toutes celles que je n'ai pas nommés, mais qui m'ont soutenue pour mener ce travail à son terme.

A mes collègues d'AIRBUS

J'ai une pensée toute particulière pour mes collègues d'AIRBUS. C'est absolument tous les jours que j'ai bénéficié de vos encouragements, de votre sympathie et de votre amitié. Merci Peggy, Baptiste, Gaby et Gaëlle parce que vous avez tout fait pour me faciliter la vie.

A Thomas, mon cher époux.
Ton soutien quotidien et ton amour ont été la source de mon énergie.

A mes amours d'enfants Nicolas et François.

A mes parents, merci d'avoir cru en moi.

A ma famille,

A mes amis,

A Elodie,

A Gilbert et Sabine.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	7
INTRODUCTION	11
CHAPITRE I	13
ETAT DES LIEUX SUR LES TCA. TEMOIGNAGES. MISSIONS DU MEDECIN DU TRAVAIL	13
1. Etat des connaissances sur les TCA	13
1.1. L'anorexie mentale : définition de l'anorexie	14
1.2. La boulimie nerveuse : définition de la boulimie	16
1.3. L'hyperphagie boulimique : définition de l'hyperphagie	17
1.4. Les stratégies de contrôle du poids	18
1.5. Les complications des troubles du comportement alimentaire	19
1.6. En résumé	24
2. Que sait-on de la relation entre TCA et travail ?	24
3. Les témoignages	26
3.1. Travail et anorexie	26
3.2. Travail et boulimie	28
3.3. Travail et hyperphagie	31
4. Les missions du médecin du travail	32
4.1. Le rôle de conseiller pour l'amélioration des conditions de vie et de travail: art. R. 4623-1	32
4.2. Le suivi individuel de santé du salarié : art. R. 4624-10 à 4624-36	32
4.3. Les examens complémentaires : articles R.4624-25 à R. 4624-27	33
4.4. La déclaration d'aptitude ou d'inaptitude : articles R. 4624-31 à 4624-33	34
CHAPITRE II	35
ETUDE : OBJECTIFS. METHODE. QUESTIONNAIRE	35
1. Objectifs. Enjeux. Etude préliminaire	35

1.1.	Quels objectifs ?	35
1.2.	Les enjeux : établir des liens entre médecine du travail et de soins	37
1.3.	Une étude préliminaire	37
2.	Méthode : Population d'observation. Modalités de l'étude. Questionnaire	38
2.1.	L'échantillon d'observation. Pourquoi avoir choisi une population de patients hospitalisés ?	38
2.2.	Les modalités de l'enquête	39
3.	Le questionnaire	41
3.1.	Elaboration du questionnaire. Sa spécificité	41
3.2.	Contenu des différentes parties du questionnaire	43
3.3.	Comment avons-nous fait pour que ce questionnaire soit l'objet d'un décompte de points, autrement dit d'un score ?	48
3.4.	Validation du questionnaire	51
3.5.	Mode de passation du questionnaire	52
3.6.	Aspect juridique et confidentialité des données	53
3.7.	Les biais de l'enquête	53
3.8.	Résumé sur les modalités de l'enquête	55
	CHAPITRE III	56
	RESULTATS	56
1.	Bilan du recueil des questionnaires	56
2.	Bilan sur le comportement des participants	56
3.	Résultats concernant les objectifs : principal et subséquents	57
3.1.	L'objectif principal	57
3.2.	L'analyse séquentielle des différentes divisions du questionnaire	58
4.	Résultats concernant les objectifs subsidiaires	72
4.1.	Les relations avec le médecin du travail	72
4.2.	Les critères d'aptitude médicale	73
4.3.	Les adaptations de poste	74
4.4.	Le réseau médical pluridisciplinaire	74

5. Les entretiens	75
5.1. La douleur physique	76
5.2. L'asthénie	76
5.3. Le repas, un facteur de stress très puissant au travail	77
5.4. Les relations au travail	77
5.5. Quelques autres points de l'entretien	78
CHAPITRE IV	79
DISCUSSION	79
1. Bilan du recueil des questionnaires	79
2. Bilan sur le comportement des participants	80
3. Bilan sur les catégories socio professionnelles	80
4. Bilan du questionnaire. Les objectifs : principal et subséquents	81
4.1. A propos de l'objectif principal	82
4.2. A propos des objectifs subséquents	83
5. Bilan du questionnaire. Les objectifs subsidiaires	92
5.1. A propos des relations avec le médecin du travail	92
5.2. A propos des critères d'aptitude médicale	92
5.3. Les adaptations de poste	93
5.4. Le réseau médical pluridisciplinaire	93
6. Que pourrait faire le médecin du travail ?	94
7. Réflexion à propos du réseau médical pluridisciplinaire	99
8. Réflexion à propos du retour au travail	100
CONCLUSION	102
ANNEXES	103
Annexe 1. Information aux équipes de soins	104
Annexe 2. Note d'information destinée au(x) parent(s)	105
Annexe 3. Note d'information destinée au patient	106
Annexe 4. Questionnaire	107
Annexe 5. Cotation du score	123
Annexe 6. Note d'information au patient pour l'entretien	138

Annexe 7. Avis du GNEDS	139
Annexe 8. Le déroulement de l'entretien	141
Annexe 9. Liste des tableaux et graphiques	143
BIBLIOGRAPHIE	145
LEXIQUE	148

INTRODUCTION

Les troubles du comportement alimentaire, aujourd'hui couramment qualifiés de « TCA » sont un phénomène de société de plus en plus visible. Les tendances actuelles de la mode, le rythme de vie frénétique qui nous est imposé par la société, l'intrication de plus en plus importante entre vie professionnelle et vie familiale ne sont probablement pas étrangers à l'augmentation de ces pathologies. Le corps médical s'intéresse de plus en plus à ces troubles alimentaires et les intègre depuis une quinzaine d'années dans des classifications. Les diverses catégories de ces pathologies ne sont pas toujours exactement superposables. Nous rappellerons qu'il y a une classification européenne (CIM-10) (1) et une classification américaine (DSM-IV) (2). L'une et l'autre de ces écoles répertorient tout de même les pathologies suivantes : l'anorexie, la boulimie, l'hyperphagie boulimique associées ou non à des conduites purgatives. Certes, cette liste n'est pas exhaustive, mais elle représente les trois pathologies les plus fréquentes.

Ces troubles alimentaires sont des maladies de longue durée qui peuvent devenir chroniques. Leurs complications peuvent être graves, voire mortelles. Nous savons qu'un certain nombre de patients atteints de ces pathologies exerce une activité professionnelle et il n'est pas douteux que l'exportation du mal-être de ces patients dans le monde de l'entreprise ne soit pas sans conséquence. Bien que le lien direct entre troubles du comportement alimentaire et travail soit très peu relevé dans la littérature scientifique, il existe quelques pistes. On sait, par exemple, que l'épuisement professionnel ou « burn out » expose au risque de troubles alimentaires (3). Il a été également montré que le stress au travail est source d'un comportement alimentaire inhabituel et d'une perturbation de l'image de son corps (4).

Il est donc parfaitement souhaitable et justifié que la médecine du travail s'implique délibérément dans cette problématique de la relation entre travail et TCA. Le médecin du travail, comme le recommande la Haute Autorité de Santé (HAS) (5), doit être intégré dans une équipe pluridisciplinaire comprenant le médecin traitant, le psychiatre, l'endocrinologue, etc. Dans ces conditions, il pourra prendre alors les mesures adéquates pour le maintien dans l'emploi de ces personnes grâce au lien privilégié établi avec le salarié et grâce à la connaissance précise de sa pathologie.

Le sujet de notre thèse se rapporte précisément au lien existant entre troubles du comportement alimentaire et travail et son intitulé le souligne parfaitement : « *Le vécu au travail de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire* ».

Nous disons plus haut qu'un certain nombre de personnes atteintes de TCA exerçait une activité professionnelle. C'est en fonction de ce fait que nous avons eu l'idée d'imaginer un questionnaire dédié à des patients hospitalisés pour TCA ayant ou ayant eu, en même temps, une expérience professionnelle. Pour les besoins de notre enquête, nous avons pu disposer d'une population d'une trentaine de personnes. Nous avons pensé que dans la mesure où ces gens

répondraient avec honnêteté et spontanéité aux différents items de ce questionnaire, nous pourrions éclairer les liens entre TCA et travail. Nous avons eu également le projet d'apporter des éléments de réponses concernant l'impact du travail sur leur état de santé.

CHAPITRE I

ETAT DES LIEUX SUR LES TCA. TEMOIGNAGES. MISSIONS DU MEDECIN DU TRAVAIL

1. Etat des connaissances sur les TCA

Les comportements alimentaires singuliers sont certainement très anciens et ont pu être observés comme des curiosités. Ce n'est qu'assez récemment qu'on s'intéresse à ces difficultés alimentaires avec une certaine rigueur scientifique et qu'on cherche à en identifier les causes.

Comme le souligne le Professeur Jeammet, en 2012, (6), les TCA ont une origine multifactorielle. Il existe des facteurs de vulnérabilité liés à la personnalité, le plus souvent un héritage génétique, mais aussi des facteurs liés à une comorbidité de troubles obsessionnels compulsifs et de troubles de l'attachement et du développement pouvant être favorisés par des traumatismes. Sur une personnalité ainsi fragilisée, peut se déclencher un trouble du comportement alimentaire par différents facteurs (puberté, problèmes familiaux, sociaux et culturels). L'entretien de cet état va être source d'une organisation nouvelle et péjorative de la vie personnelle, affective, sociale et professionnelle. Ce comportement devenu pathologique entraîne progressivement une restriction de tous les autres centres d'intérêt. Il se met alors en place un besoin, une nécessité absolue du contrôle de soi, par peur de perdre précisément ce contrôle. A cette angoisse s'associe une grande sensibilité à toutes les manifestations extérieures, (remarque anodine du supérieur hiérarchique, regard mal interprété d'un collègue... etc.). Ces événements, qui sont en vérité et habituellement sans conséquence, influent sur l'équilibre émotionnel et l'image de soi de l'individu.

Les troubles du comportement alimentaire les plus fréquemment étudiés sont essentiellement l'anorexie mentale (*Anorexia nervosa*) et la boulimie nerveuse (*Bulimia nervosa*). Nous citerons également l'hyperphagie boulimique (*Binge-Eating Disorder ou BED*) également défini par le DSM-IV et les formes subsyndromiques des TCA nommées en anglais EDNOS (*Eating Disorders Not Otherwise Specified*) (6, 7). Mais il existe d'autres troubles moins connus, moins étudiés, sans doute parce que plus rares. C'est ainsi qu'on peut y ajouter des pathologies comme la carpophobie, le mérycisme, le pica, l'orthorexie, la phagomanie, la sitiomanie, la voracité, la goinfrerie ou la glotonnerie et la coprophagie. Devant la diversité des troubles du comportement alimentaire, nous n'aborderons qu'une partie de ceux-ci à savoir les conduites alimentaires reconnues comme faisant partie des pathologies addictives : l'anorexie, la boulimie et la forme mixte associée ou non à des conduites purgatives.

En l'état actuel de nos connaissances, la prévalence des TCA dans la population générale n'est pas précisément déterminée et il semble qu'elle soit difficile à déterminer. Pourquoi ? Ce type de pathologie est très particulier et les personnes qui souffrent de TCA sont difficiles à

repérer. Il s'agit, en effet, essentiellement de malades dans le déni de leur pathologie, ou qui désirent la cacher. De plus, les critères sélectifs qui définissent les différents TCA ne prennent pas en compte toutes les formes et notamment les formes subsyndromiques.

Une étude diligentée par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) de Berne en 2010, indique que la prévalence, en Suisse, des troubles du comportement alimentaire, selon les critères DSM-IV, pourrait s'élever jusqu'à 5,3% chez les femmes âgées de 15 à 60 ans (8).

Dans les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'HAS parues en juin 2010 (5), nous notons une prévalence de l'anorexie mentale répondant aux critères diagnostiques du DSM-IV relativement rare chez les femmes ; elle varierait dans la population générale entre 0,9% à 1,5% (5). Toujours selon la même source, les formes subsyndromiques d'anorexie mentale seraient deux à trois fois plus fréquentes et atteindraient 5% de la population (5). Il s'agirait, soit de formes prodromiques de TCA, soit de formes résolutives, soit encore de formes évoluant sur un mode mineur. Ces dernières, c'est à dire les formes subsyndromiques, seraient présentes chez 50% des sujets consultant pour troubles du comportement alimentaire (5). Il est certain que les formes subsyndromiques d'anorexie mentale sont, de fait, les plus fréquentes dans la population.

Concernant la boulimie, selon l'étude déjà un peu ancienne, de Hoek et coll. en 2003 (9), sa prévalence sur la vie entière est estimée à 1%.

Nathalie Godart estime, dans une publication récente (6), que la prévalence des formes subsyndromiques des TCA, autrement nommées EDNOS, c'est-à-dire des formes ne présentant qu'une partie des critères de DSM-IV, serait beaucoup plus fréquente que l'anorexie mentale ou la boulimie nerveuse.

Enfin la prévalence de l'hyperphagie boulimique (*Binge Eating Disorder : BED*) définie selon les critères du DSM-IV varierait chez l'adulte entre 1 et 4,5% selon la définition choisie (6).

L'ensemble de ces résultats suggère que les TCA diagnostiqués en tant que tels, sont probablement sous-estimés, en raison d'une part, du déni ou de la honte des patients, mais également d'autre part, en raison du fait que les critères de diagnostic, pour l'ensemble des formes subsyndromiques, ne prennent en compte qu'une partie des critères du DSM-IV. Cet état statistique des lieux montre l'importance des troubles alimentaires dans la société, un phénomène resté longtemps ignoré. Cela montre, par conséquent, l'intérêt d'une prise en charge précoce et pluridisciplinaire de ce type de pathologie et confirme donc l'intérêt de l'étude que nous menons. Plus qu'une réflexion, c'est une action qui vise *in fine* à la prise en charge des travailleurs souffrant de TCA dans leur milieu professionnel.

1.1. L'anorexie mentale : définition de l'anorexie

Les signes évocateurs d'une anorexie mentale chez l'adulte se résument à :

- une perte de poids importante associée à un indice de masse corporelle faible,
- une peur de prendre du poids associée à des biais d'évitement de certains aliments et parfois à des conduites purgatives,
- une dysmorphophobie, une image corporelle influençant l'image de soi dans un contexte de déni,

- chez la femme, il existe une aménorrhée secondaire et chez l'homme une baisse marquée de la libido et de l'érection.

Selon les **critères CIM-10** (1) de l'anorexie mentale F50 .0, le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments qui suivent.

A) Poids corporel inférieur à la normale de 15% (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou un index de masse corporelle de Quételet (IMC) inférieur ou égal à 17,5.

B) La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement « des aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.

C) Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.

D) Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte de l'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.

Diagnostic différentiel :

Le trouble peut s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de traits de personnalité faisant évoquer un trouble de celle-ci. Dans ce cas, il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. Doivent être exclues toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier une maladie chronique invalidante, une tumeur et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption.

Selon les **critères DSM-IV** (2) de l'anorexie mentale le diagnostic repose sur la présence d'éléments similaires à ceux du CIM-10 cités ci-dessous.

A) Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille etc...

B) Peur intense de la perception du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

C) Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur.

D) Chez les femmes post pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).

Il existe deux types d'anorexie :

- *le type restrictif (Restricting Type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs, c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements,*

- *le type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (Binge Eating-Purging Type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et (ou) recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs, c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements.*

Les signes de dénutrition à rechercher sont l'amyotrophie, le lanugo, des œdèmes des membres inférieurs, une bradycardie, une hypothermie, et une hypotension artérielle. Cet ensemble clinique témoigne d'une adaptation du corps à la dénutrition.

La forme restrictive de l'anorexie mentale se caractérise par des complications somatiques et psychiques, lors d'une restriction de plus en plus sévère et sélective tant qualitative que quantitative au fil du temps. D'autres symptômes comportementaux peuvent être associés : le tri alimentaire, la réduction du volume des bouchées, la manipulation et le découpage des aliments, la lenteur excessive de la prise des aliments, le stockage alimentaire dans le « syndrome du hamster » ou même d'autres rituels alimentaires. Autant de troubles visibles et « critiquables » lors de la pause déjeuner par les collègues de travail. L'anorexie mentale revêt une gravité potentielle avec un risque de décès.

La grande majorité des patients souffrant d'anorexie mentale se déclare envahie ou préoccupée de façon obsessionnelle en ce qui concerne le poids et l'alimentation, avec l'apparition dans le temps de croyances erronées. Le plus grand changement est la distorsion de l'image de son corps, la dysmorphophobie. Il existe également des anomalies neuropsychologiques dans le domaine de la mémoire, de l'attention et de la concentration. Ces troubles fonctionnels sont associés à des anomalies structurelles cérébrales, comme l'élargissement des ventricules et une atrophie frontale.

1.2. La boulimie nerveuse : définition de la boulimie

La boulimie (du grec *bous* « bœuf » et *limos* « faim ») se traduit par une sensation de faim permanente, entraînant une ingestion excessive de nourriture mais qui n'aboutit jamais à la satiété. Russell. G.M.F (10), un chercheur qui s'est concentré sur les aspects spécifiques de la boulimie moderne, est habituellement présenté comme le révélateur de cette nouvelle maladie en 1979. Bien que les recommandations du DSM-IV soient l'objet de critiques quelquefois virulentes et ne soient pas toujours en accord avec le CIM-10, nous soulignerons, ici, ce que sont les critères diagnostiques (DSM-IV), qui ont été utilisés pour repérer la boulimie chez un sujet.

- A. *Episodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. Un épisode d'hyperphagie incontrôlée consiste en :*
- 1) *prises alimentaires, dans un temps court inférieur à deux heures, d'une quantité de nourriture largement supérieure à celle que la plupart des personnes mangeraient dans le même temps et dans les mêmes circonstances.*
 - 2) *une impression de ne pas avoir le contrôle des quantités ingérées ou la possibilité de s'arrêter.*
- B. *Le sujet met en œuvre des comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercices excessifs).*
- C. *La crise de boulimie et les comportements compensatoires pour prévenir une prise de poids ont lieu en moyenne deux fois par semaine durant au moins trois mois.*
- D. *Le jugement porté sur soi-même est indûment influencé par la forme et le poids du corps.*
- E. *Le trouble ne survient pas au cours d'une anorexie mentale.*

Généralement, le boulimique décrit une peur de perte du contrôle de soi au moment de l'accès boulimique, moment où il consomme sa nourriture en secret. Il se cache, car son comportement s'accompagne d'un sentiment de dégoût de soi, voire de honte, dans un contexte de grande fatigue. Cette frénésie alimentaire et le processus d'élimination ou de purge qui l'accompagne se passe n'importe où et se répète de plusieurs fois par semaine à plusieurs fois par jour. Il existe également des stratégies de contrôle du poids, notamment par les conduites purgatives, afin de le maintenir approximativement normal dans un contexte de fluctuation pondérale. Dans un article paru en 2012 il existe, selon le Docteur Christine Foulon (11), surtout chez les femmes, des préoccupations extrêmes concernant le poids et la forme corporelle (largeur des hanches, de la taille et des fesses...etc.). Il s'y ajoute selon ses propres termes : « *une instabilité affective, une peur de grossir, parfois une dépression, de l'anxiété avec des tentatives de suicide, une honte du fait de perdre le contrôle, une impulsivité, des comportements auto agressifs, d'autres conduites addictives, des difficultés d'adaptation sociale, une faible estime de soi et une autodépréciation* ». Différents autres symptômes accompagnent ces comportements boulimiques : d'après Lasater et Mehler (12), les conséquences somatiques sont une hypertrophie des glandes salivaires, un mauvais état nutritionnel par carence, malgré l'apparence faussement rassurante d'une personne normo pondérée.

1.3. L'hyperphagie boulimique : définition de l'hyperphagie

L'hyperphagie boulimique est un trouble alimentaire fréquent. Elle est une variante de la boulimie nerveuse où les stratégies de contrôle de poids et les accès compulsifs sont absents. Elle est distinguée par les anglo-saxons (*Binge-Eating Disorder*) de la boulimie, mais elle est peu ou pas du tout prise en compte par la nosographie française. La conséquence principale en est simple : prise de poids pouvant être importante et obésité durable. La distinction se fait donc par des critères de morbidité à long terme, ce qui s'explique par le fait qu'à l'origine de la série des

DSM, le but était surtout orienté vers le dépistage, non dans un souci de santé publique, mais à la demande des assurances privées pour calculer les risques financiers associés à telle ou telle pathologie. Dans le cas précis de l'hyperphagie boulimique, les risques sont grandement augmentés à cause du surpoids et de l'obésité. Ces personnes ont nettement plus de risques de développer une maladie cardio-vasculaire et une hypertension artérielle.

Nous soulignerons, ici, ce que sont les critères diagnostiques (DSM-IV) pour repérer l'hyperphagie boulimique chez un sujet :

- A. *Episodes de crises de boulimies. Une crise de boulimie répond à ces deux caractéristiques.*
 - 1) *Absorption, en une courte période de temps (moins de deux heures), d'une quantité de nourriture dépassant notablement ce que la plupart des personnes mangent dans le même temps et dans les mêmes circonstances.*
 - 2) *Sentiment de perte de contrôle sur le comportement pendant la crise (par exemple, le sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter ou de ne pas pouvoir contrôler ce qu'on mange ou la quantité de ce qu'on mange).*

- B. *Durant ces crises de boulimie, au moins trois des critères suivant d'absence de contrôle sont présents.*
 - 1) *Prise alimentaire nettement plus rapide que la normale.*
 - 2) *L'individu mange jusqu'à l'apparition de sensation de distension abdominale inconfortable.*
 - 3) *Absorption de grandes quantités d'aliments sans sensation physique de faim.*
 - 4) *Prises alimentaires solitaires afin de cacher aux autres les quantités ingérées.*
 - 5) *Sensations de dégoût de soi, de dépression, ou de grande culpabilité après avoir mangé.*

- C. *Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée.*

- D. *Le comportement boulimique survient en moyenne au moins deux fois par semaine sur une période de six mois.*

- E. *Le comportement boulimique n'est pas associé à des comportements compensatoires inappropriés (par exemple vomissements, prise de laxatifs, exercice physique intense), ne survient pas au cours d'une Anorexie mentale (Anorexia nervosa) ou d'une Boulimie (Bulimia nervosa).*

1.4. Les stratégies de contrôle du poids

Le contrôle du poids corporel existe dans toutes les catégories de troubles du comportement alimentaire, sauf dans l'hyperphagie boulimique.

Les stratégies de contrôle du poids sont nombreuses. Elles sont toutes destinées à éviter de « prendre des kilos » ou mieux de « les perdre ». Nous citerons les plus fréquentes d'entre elles.

- Les restrictions alimentaires.
- Les vomissements provoqués et répétés.
- L'usage de médicaments comme les laxatifs sources d'une hypokaliémie et d'une mélanose colique, la consommation de diurétiques pouvant être responsable de troubles ioniques et d'une insuffisance rénale fonctionnelle. On utilisait autrefois les coupe-faim, mais ils sont aujourd'hui retirés du marché.
- Le mérycisme surviendrait dans 20 à 30% des troubles du comportement alimentaire. Il correspond à une stratégie de contrôle du poids par l'extériorisation définitive du bol alimentaire mâché et remâché (6).
- La potomanie, qui rappelons-le, consiste à avaler de grandes quantités d'eau de façon compulsive, est sans aucun doute source d'une hyponatrémie qui se complique de crises convulsives.
- L'hyperactivité physique, qui est amplifiée par la dénutrition, est également une stratégie courante de contrôle du poids.

1.5. Les complications des troubles du comportement alimentaire

L'apparition de nouveaux phénomènes morbides au cours de ce type très particulier de pathologie que sont les TCA, est évidemment à craindre. Nous dirons quelques mots sur les complications de l'anorexie et de la boulimie : ce sont les plus documentées.

L'anorexie et la boulimie sont des pathologies à fort déterminant psychologique, mais dont le pronostic, selon le Professeur Jean-Claude Melchior, en 2010 (13), est conditionné par le retentissement somatique. Les troubles du comportement alimentaire comme l'anorexie et la boulimie sont dominés par trois dangers :

- les troubles métaboliques
- la chronicité
- la mort

1.5.1. Les troubles métaboliques

Les troubles métaboliques peuvent survenir à tout moment de l'évolution d'un trouble du comportement alimentaire donné et de façon imprévisible.

Parmi les troubles métaboliques, citons en premier lieu l'hypokaliémie, consécutive aux vomissements (par perte de chlore, de potassium et d'ions hydrogène) source d'une alcalose métabolique. L'hypokaliémie peut également être favorisée par la prise de laxatifs ou de diurétiques de type thiazidique. Cet état peut entraîner des troubles du rythme cardiaque, notamment des torsades de pointe, allant jusqu'à la mort subite.

En deuxième lieu, citons également l'hyponatrémie, secondaire à la potomanie, sans oublier qu'elle peut parfois être liée aux vomissements. Dans les deux cas, cette hyponatrémie peut entraîner un coma ou des convulsions.

Enfin, citons comme troisième point et ce n'est pas le moins important, l'hypoglycémie symptomatique ou plus grave encore les oublis volontaires d'insuline en cas de diabète insulino-dépendant.

Les différents troubles métaboliques que nous venons de citer sont des complications parfois graves. Comme nous l'avons déjà souligné, c'est en raison de leur imprévisibilité que réside le danger. L'« accident métabolique » peut ainsi être directement source de « l'accident de travail ou de l'accident de trajet ». Le lien est ainsi fait entre le trouble du comportement alimentaire et son impact sur le travail.

En cas de vomissements, s'ajoutent aux troubles métaboliques cités plus haut, des désordres organiques : érosion dentaire, œsophagite, gastrite, hypertrophie des glandes salivaires et fausse route pouvant être source d'une infection pulmonaire majorée par un état de dénutrition.

1.5.2. La chronicité

La dénutrition et ses complications ainsi que le suicide sont un risque majeur dans les formes chroniques de la boulimie et de l'anorexie. Selon les recommandations de l'HAS (5), **l'anorexie mentale chronique** est définie par la persistance, au-delà de cinq ans, des symptômes qui la définissent initialement. La persistance des symptômes suivants sont remarquables :

- des conduites de restrictions alimentaires tant qualitatives que quantitatives,
- un amaigrissement associé à un indice de masse corporelle de Quételet au-dessous du seuil de 17,5KG/m²,
- une hantise de grossir,
- la sensation d'avoir une corpulence sans rapport avec l'état de maigreur réelle du sujet,
- des stratégies de contrôle du poids alliant vomissements spontanés ou provoqués, ou encore prise de laxatifs, diurétiques et hyperactivité physique,
- et dans un cas sur deux, des conduites de boulimie.

Avec la chronicité de la maladie, s'installent d'autres signes. Il faut les distinguer des symptômes initiaux. Ce sont les signes d'adaptation physiologique à la pathologie, la réponse du corps à la maladie. Nous citerons quelques exemples clinico-biologiques (13).

- **Sur le plan clinique**, nous pouvons retrouver :

- une bradycardie inférieure à 60 battements par minute,
- une hypotension artérielle avec une systolique inférieure à 90 mmHg,
- une hypothermie entre 35 et 36 °C,
- un lanugo,
- une abolition des réflexes ostéo-tendineux.

- **Sur le plan biologique**, il existe également quelques signes témoignant de l'adaptation physiologique, tels que :
 - une insuffisance rénale fonctionnelle,
 - une leucopénie,
 - une macrocytose,
 - ou encore une hypoglycémie non symptomatique.

Comme nous le disions plus haut, ces signes sont à différencier de ceux qui définissent la gravité de l'anorexie mentale nécessitant une hospitalisation (13). Nous pouvons les trier selon quatre critères des recommandations de l'HAS (5).

- **Les critères somatiques :**

- un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 14 kg/m²,
- un important amaigrissement de plus de 20% en moins de 3 mois,
- l'apparition de malaises, de chutes ou de pertes de connaissance,
- une hypotension artérielle inférieure à 90/60 mmHg,
- une bradycardie sinusale, fréquence cardiaque inférieure à 40 battements par minute,
- une tachycardie de repos, fréquence cardiaque supérieure à 60 battements par minute, si IMC inférieur à 13 kg/m²,
- une hypothermie inférieure à 35°C,
- la présence d'anomalies à l'électrocardiogramme (ECG) en dehors du rythme cardiaque,
- des vomissements incoercibles,
- des signes cliniques de déshydratation,
- une amyotrophie importante avec hypotonie axiale.

- **Les critères biologiques :**

- une hypokaliémie inférieure à 3 mEq/L,
- une natrémie en dehors de l'intervalle 125-150 mmol/L,
- une hypertransanémie à plus de 10 fois la normale,
- une hypoglycémie symptomatique inférieure à 0,60 g/L ou
- une hypoglycémie asymptomatique inférieure à 0,30 g/L,
- une leucopénie inférieure à 1000/mm³ ou des neutrophiles inférieurs à 500 /mm³,
- une thrombopénie inférieure à 50 000/mm³,
- une hypophosphorémie inférieure à 0,5 mmol/L.
- une insuffisance rénale : clairance de la créatinine inférieure à 40mL/ min.

- **Les critères psychiatriques :**

- le risque suicidaire,
- les comorbidités (tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation : dépression, abus de substances, anxiété, symptômes psychotiques, troubles obsessionnels compulsifs),
- l'anorexie mentale :
 - une obsession : idéation obsédante intrusive et permanente, incapacité à contrôler les pensées obsédantes,
 - une renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire,
 - une activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation),
 - une conduite de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques), incapacité à contrôler seul des conduites de purges intenses.

- **Les critères environnementaux d'hospitalisation :**

- la disponibilité de l'entourage (problèmes familiaux, épuisement familial),
- le stress environnemental (conflits familiaux sévères, critiques parentales élevées, isolement social sévère),
- les disponibilités des soins et les échecs des traitements antérieurs avec aggravation ou « chronicisation ».

A ces désordres clinico-biologiques s'ajoutent des manifestations physiques et organiques souvent préoccupantes, s'aggravant à long terme. C'est ainsi que se retrouvent dans un contexte de dénutrition ; des œdèmes de carence, une amyotrophie, des troubles cardio-vasculaires (insuffisance cardiaque), des troubles digestifs, une insuffisance rénale, des atteintes cutanées ou encore dentaires, avec notamment une détérioration de l'émail dentaire. L'ostéopénie touche près de 50% des patients souffrant d'anorexie mentale. L'ostéoporose et ses manifestations peuvent affecter un tiers de ces malades après 10 ans d'évolution (5). Cet état peut se détériorer jusqu'à l'incurie, donnant le sentiment d'une maltraitance physique majeure.

Les infections aiguës, rares mais graves, quelquefois chroniques, sont secondaires à l'immunodépression liée à la dénutrition. Nous mentionnerons, à titre d'exemple, un cas clinique cité par le Professeur Melchior de l'hôpital Raymond Poincaré à Garches (13). Il s'agit d'une patiente qui après avoir consommé de l'huile de paraffine pour se faire vomir a contracté une pneumopathie huileuse. En effet, à la suite d'une fausse route l'huile de paraffine a pénétré dans les poumons créant une infection.

La prise en charge de ces maladies infectieuses est longue. Il s'agit de pathologies dont l'évolution est incertaine et qui laissent souvent des séquelles.

Concernant plus particulièrement les femmes atteintes de troubles du comportement alimentaire, n'oublions pas de mentionner les importantes conséquences gynécologiques avec notamment les difficultés de procréation, voire une impossibilité de grossesse dans les formes évoluées de TCA.

Sur le plan psychologique, il apparaît assez régulièrement une ritualisation des gestes, une rigidité des attitudes avec un appauvrissement de la vie relationnelle. Cet appauvrissement peut s'étendre à la vie affective et sexuelle, elle est en tout cas source d'un isolement social avec un retentissement sur la vie professionnelle.

Les complications psychiatriques peuvent apparaître ou révéler des fragilités antérieures, non seulement sous forme d'épisodes dépressifs, de phobies diverses, d'obsessions et de plaintes hypochondriaques, mais aussi de troubles de la personnalité avec une baisse de l'estime de soi et une perte de confiance en soi.

Les troubles du comportement alimentaire que l'on peut assimiler à des comportements addictifs (14) peuvent évoluer dans leur objet d'addiction. Il n'est pas rare que les patients deviennent dépendants à l'alcool, aux drogues et aux psychotropes (15). Enfin, il faut également prendre en compte le risque de passage à l'acte auto-agressif (scarification, automutilation) ou hétéro-agressif.

Les patients souffrant d'un trouble du comportement alimentaire qui atteint le stade de la chronicité, auraient pu être détectés dès le début de leur maladie. En effet, il s'agit le plus souvent de patients qui, dès le début de leur TCA, n'ont pas cessé d'alterner les périodes de rémissions partielles et de rechutes. Chez ces malades, malgré les thérapeutiques mises en œuvre, on ne voit pas de périodes franches et durables de guérison, comme on pourrait l'espérer. On assiste au contraire à une reprise rapide et déroutante des conduites et des rituels alimentaires, sans parler de certains rituels de la vie quotidienne propres à chacun de ces patients.

Nous évoquerons brièvement l'évolution des formes subsyndromiques de ces pathologies. Si elles n'atteignent pas l'intensité ou l'ensemble des critères des formes diagnostiquées, ces formes cliniques n'en ont pas moins des conséquences sévères au plan de la santé. Ainsi, Johnson et *al.* (5, 16) ont montré que l'existence de formes atténuées de TCA à l'adolescence est un facteur de risque important susceptible de développer des troubles physiques et psychiques à l'âge adulte. Il s'agit, selon ces auteurs, notamment :

- de troubles anxieux,
- de symptômes cardiovasculaires,
- d'un syndrome de fatigue chronique,
- de douleurs chroniques,
- de troubles dépressifs,
- d'une limitation de l'activité liée à une mauvaise santé,
- de maladies infectieuses,
- d'insomnie,
- de symptômes neurologiques,
- de tentatives de suicide.

1.5.3. *La mort*

Les trois causes principales de décès sont les troubles métaboliques, les complications de la dénutrition et le suicide. Une étude importante, menée par l'équipe Fotios et al, sur une population de 6009 sujets hospitalisés en Suède pour anorexie mentale entre 1973 et 2000 a estimé que la mortalité était 6,2 fois plus fréquente chez ces personnes que dans la population générale (5,17). Les études concernant la mortalité chez les patients atteints de boulimie sont contradictoires. Certains avancent qu'il y aurait une surmortalité par rapport à la population générale (5, 18,19) tandis que d'autres concluent que la boulimie n'aurait aucune incidence sur la mortalité (20). En ce qui concerne les personnes souffrant des EDNOS, troubles parfois considérés comme des formes moins sévères, la surmortalité serait également notable (18). L'équipe française de Huas estime, dans une publication récente, que les cas de boulimie nerveuse sévère entraînent un risque plus élevé de décès, essentiellement par suicide (19).

1.6. **En résumé**

La situation est donc complexe. Non seulement il existe différentes formes de troubles du comportement alimentaire, mais il y a aussi une sous-estimation épidémiologique de la population souffrant de TCA. Cette sous-estimation est évidemment due au fait que les formes subsyndromiques ne sont pas prises en compte ou rarement prises en compte. Et si elles ne sont pas prises en compte, c'est parce qu'elles ne remplissent pas les conditions diagnostiques édictées, aussi bien par le CIM-10 que par le DSM-IV.

Il s'ajoute à la prise en charge de toutes ces personnes deux obstacles majeurs :

- le déni résolu du patient,
- la honte que ce patient a de son trouble et qu'il cache longtemps.

Ces deux obstacles retardent, par conséquent et très considérablement le diagnostic. Cette perte de temps permet au mal d'évoluer comme « un cri interne » que personne n'entend. La maladie suit son cours inexorablement jusqu'aux complications souvent graves qu'elle engendre.

Si le diagnostic est souvent malaisé, la prise en charge de cette pathologie de longue durée en est donc tout aussi difficile. C'est en raison de cette complexité que le médecin du travail pourrait trouver sa place et justifier son rôle dans une prise en charge pluridisciplinaire incluant l'axe professionnel et le maintien dans l'emploi, mais aussi dans sa mission de prévention.

2. **Que sait-on de la relation entre TCA et travail ?**

Les données bibliographiques concernant les troubles du comportement alimentaire, stricto sensu, sont à la fois documentées et plutôt riches. Il s'agit pour l'essentiel de données en langue anglaise (1, 2, 3, 4, 7, 9, 10,12, 16, 17, 18, 19). Nous rappelons, ici, quelques articles essentiels, mais il y en a bien d'autres. La bibliographie est donc vaste en ce qui concerne le

diagnostic, les complications, l'évolution et les recherches étiologiques sur les TCA. Mais elle devient parcimonieuse pour ne pas dire confidentielle lorsqu'il s'agit de mettre en relation troubles du comportement alimentaire et travail. La question de l'incidence du travail sur les personnes souffrant de ce type de pathologie n'est abordée que de façon partielle. Comme nous l'indiquons brièvement dans notre introduction, il a été démontré que l'épuisement professionnel pouvait occasionner des troubles du comportement alimentaire (3) ou encore que le stress au travail pouvait être source d'une difficulté alimentaire et d'une perturbation de l'image de son propre corps. Il s'agit d'une étude portant sur une population de 435 infirmiers montrant que l'augmentation du stress au travail et une faible estimation de son image corporelle, augmentaient le risque d'apparition de TCA (4).

Un article publié par une équipe française en 2010 assure qu'il existe un impact des troubles du comportement alimentaire sur le travail. Cette équipe estime que 54% des 238 malades hospitalisés pour anorexie ou boulimie étaient en arrêt de travail depuis plus de deux mois (21).

Nous n'avons pas trouvé en revanche, de publications portant sur les conséquences des TCA dans une population de patients exerçant une activité professionnelle.

Posons-nous, aussi, la question de savoir quels sont les secteurs d'activités qui semblent attirer plus particulièrement les personnes souffrant de TCA ?

Une étude porte sur cette problématique et elle indique que ce sont :

- le secteur alimentaire, la restauration,
- le monde du sport, fitness, danse,
- le secteur de la mode, mannequinat, la publicité, le théâtre,
- le secteur de la santé, services sociaux, diététique etc.

Ces personnes souffrant de TCA ne présentent que peu de difficultés dans leur travail car elles excellent le plus souvent dans leur profession. Elles font surtout d'énormes efforts pour que leurs troubles ne se voient pas au travail. Pouvant avoir des difficultés dans les relations personnelles, familiales, sociales, elles s'investissent d'autant plus dans leur activité professionnelle. Mais est-ce toujours suffisant pour que ces personnes y trouvent un équilibre ? Il semble que cela ne soit pas toujours le cas !

C'est ainsi que le Professeur Julien Cohen, psychiatre au CHU de Sainte Marguerite, dans sa description des Risques Psycho Sociaux (RPS), burn out, dépression, suicide et conduites addictives, narre l'histoire « *d'une jeune femme âgée de 25 ans, étudiante en 3^{ème} année dans une formation d'élite, nouvellement recrutée en stage dans une entreprise de pointe. Cette personne a présenté des antécédents d'anorexie à l'adolescence et va actuellement très bien. Elle est extrêmement perfectionniste, méticuleuse, et appréciée dans son travail. Ses résultats scolaires ont toujours été excellents. Le degré d'exigence est très élevé dans cette entreprise, tout le monde s'investit à 200% et évolue dans un contexte de stress important, ce qui entretient la réputation d'élite de l'entreprise. Après 4 mois de stage, cette jeune étudiante de 25 ans a été retrouvée pendue sur son lieu de travail* » (22).

Que pouvons-nous retenir de notre recherche bibliographique ? Nous n'avons trouvé aucun article traitant des difficultés du quotidien professionnel des sujets atteints de TCA. Il semble que l'impact du travail sur les TCA n'ait pas été analysé et l'inverse non plus d'ailleurs. Il n'existe donc pas d'observation ou d'hypothèse ou de donnée concernant le vécu des personnes atteintes de troubles alimentaires au travail. Il s'agit donc d'ouvrir les yeux sur un problème médico-social apparemment très peu connu.

C'est en raison de ce manque d'information que nous nous sommes donc intéressés à ce qui se passe sur la « toile ». Il est clair que depuis l'avènement de l'outil informatique, nous avons accès à une multitude de données nouvelles. Il est facile de constater que, dans ce contexte, les langues se délient. Ce que les gens n'osent pas dire à autrui *de visu* et qu'ils osent à peine se dire à eux-mêmes, grâce à l'assurance de l'anonymat absolu, ils commencent à en parler dans les forums. Le malade parle, raconte, « vide son sac », celui qui souffre déverse son mal-être. Il livre tout de sa souffrance quotidienne, de sa souffrance au travail. L'anorexique confie son mal à son voisin, le boulimique ne se cache plus. Ils se réconfortent les uns les autres, ils se conseillent mutuellement, ils se font du bien et ils ne sentent plus seuls.

Nous avons eu le sentiment que ces échanges étaient profondément honnêtes et spontanés. C'est pourquoi, dans la création de notre questionnaire, nous avons pris le parti de puiser des idées dans le contenu de ces surprenants échanges.

3. Les témoignages

Des témoignages directs et anonymes nous ont permis d'identifier les problèmes majeurs des sujets atteints de troubles du comportement alimentaire y compris dans le cadre du travail. Les textes que nous présentons ci-après, ont été empruntés à un forum « d'échanges anonymes » sur le thème travail et troubles du comportement alimentaire.

Remarque : Seules les fautes d'orthographe les plus importantes ont été corrigées, pour faciliter la lecture des textes.

3.1. Travail et anorexie

- **7 mai. BAW**

« Voilà, je voudrais savoir comment se passe votre vie professionnelle avec votre maladie, les collègues sont-ils au courant, vos patrons, avez-vous des crises au boulot...cela m'intéresse, merci. »

- **8 mai. CAL**

« Je suis actuellement au chômage mais j'ai travaillé 3 ans et demi en tant qu'aide éducatrice dans une école primaire en étant anorexique. C'était très très difficile. J'étais complètement à plat et en plus j'avais pas mal de route à faire pour me rendre à l'école. J'ai bien failli plus d'une fois faire un accident car je m'endormais au volant !!! Et puis, je travaillais aussi dans les cantines : l'horreur !!! Je ne pouvais rien avaler et c'était très mal vu : je dois normalement donner le bon exemple aux enfants. Les enseignants ont d'ailleurs décidé de m'en exclure. J'en ai terriblement souffert car ils n'ont jamais voulu avouer que c'était à cause de ma

maladie et ne m'en ont pas parlé avant. Ils m'ont mis devant le fait accompli. Bref, c'est très difficile de concilier maladie et travail. »

- **9 mai. CRISE**

« Coucou, j'ai toujours « compil » anorexie et travail et même mon rôle de mère (célibataire même pendant un temps), c'est dur parfois, mais moi le boulot était et est ma bouffée d'oxygène en fait. J'ai un travail de formatrice et le fait d'apporter aux autres me permet de me sentir valorisée, utile et donc bien mieux dans ma peau que pendant la période où j'étais au chômage. Par contre, physiquement c'est dur, car je dois passer mes journées à aller d'une personne à une autre pour leur expliquer les choses et en plus mon cerveau doit fonctionner au max puisque des questions fusent dans tous les sens, et c'est dur d'être toujours au top quand on ne mange pas, mais j'y arrive. C'est incroyable ce que le corps peut être résistant... jusqu'au moment où il lâche (chutes de tensions, malaises...), je vis ça régulièrement aussi, mais que peut-on y faire ? En tout cas mon anorexie ne m'a jamais empêché de travailler, le regard des gens est un peu dur à porter parfois, mais j'en profite pour parler de cette maladie et essayer d'amener les gens « normaux » (si tant est que cela existe) à comprendre que c'est une vraie maladie et qu'on ne décide pas un matin de se dire « tiens, je vais être anorexique maintenant » et surtout qu'on ne peut pas contrôler la maladie comme on veut, qu'on ne peut pas se dire « bon, aujourd'hui j'arrête » comme on peut le faire avec une régime. »

- **9 mai. PAR**

« qq1 pe m'expliquer ce qu'est une crise d'anorexie svp ? »

- **9 mai. CRISE**

« Pour moi une crise, même si le terme n'est peut-être pas vraiment adapté c'est une période pendant laquelle je me privais de manger complètement pour moi zéro aliment solide (ou quasiment), je ne m'accordais que des tisanes, de l'eau, du thé (sucré), du coca. Et ça pouvait durer entre quelques jours et 2 mois voir un peu plus. Dans ces longues périodes, les meilleurs jours je m'accordais le droit de manger 1 gâteau sec ou deux dans la journée ; Voila. »

- **9 mai. PAR**

« Ah oki je te remercie g un peu de mal à comprendre, ça veut dire qu'après la « crise » l'ano réaccepte de remanger davantage, et le vit bien ? pr les boulimiques c curieux, le terme s'applique à la période de perte de repères, des qtés, et après il est impossible sans se forcer ou être forcé de se satisfaire de peu, sans que tomber ds l'autre versant de la maladie, enfin je crois ? »

- **9 mai. CRISE**

« Dire que l'on réaccepte d manger davantage et qu'on le vit mieux n'est pas exact, je crois qu'on vit toujours mal de manger, amis pour ma part en tout cas, mon mode sans aliment ne pouvait pas durer éternellement, sinon physiquement à un moment donné j'en serais morte je pense. Disons que par moment psychologiquement j'étais un peu moins mal et qu'avec du soutien j'arrivais à consommer un peu plus d'aliments, pour ma part le soutien et l'amour sont

une aide précieuse pour améliorer les choses. Je consommait toujours un peu de choses et de préférences pas « lourdes », mais je me remettais à manger un minimum pour tenir. »

- **11 mai. FRUIT**

« Moi non plus, la maladie ne m'a jamais empêchée de travailler, cependant j'ai été victime d'un grave accident de la circulation, un matin, en allant travailler, justement parce que gt trop faible (-12kgs en 1 mois).pareil pour les journées hyperspeed de plus de 12heures,avec5cafés,112 cigarettes, et rien d'autre ds l'estomac ;mais c bien la le plus inquiétant, l'organisme repousse ses limites au-delà du possible...perso, officiellement t mon entourage prof n'était pas au courant, mais certains signes ne trompent pas, jepense, d'autant que je suis dans le milieu médical... »

Si nous essayons d'extraire de ces textes les renseignements les plus significatifs sur les conséquences de l'anorexie sur le travail, on retiendra plusieurs notions.

- Les personnes atteintes d'anorexie mentale ont une réelle difficulté physique à travailler, à exécuter leurs tâches quotidiennes. Associée à cette faiblesse, s'ajoute une fatigue extrême permanente, source de difficulté supplémentaire pour effectuer l'aller-retour domicile-travail. L'accident de la circulation ne semble pas rare. On remarque cependant que cette fatigue n'est pas reconnue et abordée sur le lieu du travail.
- Ces personnes mettent en avant l'importance d'avoir une activité professionnelle, avec le besoin impérieux d'être valorisées par le travail, même s'il est pénible. Elles expriment un besoin de reconnaissance. L'idée d'être exclue de son travail est vécue, par l'anorexique, comme une véritable souffrance. Le maintien dans l'emploi paraît donc capital, mais il doit être adapté à la santé fragile de la personne avec un encadrement indispensable.
- Un autre aspect émerge de ces extraits. La personne atteinte d'anorexie n'est pas systématiquement dans le déni, mais cache soigneusement « sa » pathologie. Elle vit une sorte de double vie où la notion de temps l'habite sans cesse : « combien de temps vais-je tenir ? », se demande-t-elle.
- Il ressort de ces témoignages un enseignement très important. L'énergie fournie par l'anorexique pour « criser », c'est-à-dire se priver de manger, montre qu'il fait preuve d'une volonté, d'un courage et d'une détermination incroyables.
- La dernière remarque que nous tirons de ces extraits, et ce n'est pas la moindre, est que l'anorexique a un besoin accru de soutien et d'amour. Le premier de ces deux termes donne à réfléchir quant à la prise en charge de ce type de patient dans le monde du travail.

3.2. Travail et boulimie

- **13 Octobre. SAM**

« Bonjour à tous, j'aimerais savoir comment vous arrivez à gérer la boulimie et le travail. Dans mon cas je suis prof et quand une pulsion boulimique se manifeste, je ne peux pas toujours

l'éviter. Alors il m'arrive d'être absente ; aujourd'hui par exemple, je commençais à 13h, j'ai fantasmé une crise toute la matinée en essayant de l'éviter. Au final, j'ai échoué. J'ai appelé le collègue, j'ai dit que j'étais souffrante et j'ai fait ma crise. Je sais que mon psy justifiera mon absence mais je me sens très gênée... Suis-je la seule à avoir du mal à être au boulot quand il faut ? suis-je la seule à être souvent absente pour cause de boulimie ? »

- **13 octobre. SEV**

« Hello ! Comment je gère ? je mange le midi avec les collègues...parfois compliqué mais je ne « sèche » pas le travail pour autant. Lors de crise sympas, il m'est arrivé de me gaver de chocolats achetés près du travail et voyant l'heure limite approcher, revenir au travail au plus mal...offrant même des chocolats à tout le monde pour en prendre avec eux, l'air de rien, comme si je ne m'en étais pas goinfré juste avant... Je suis peut-être physiquement au travail mais mon esprit n'y est pas (pour preuve, je suis sur ce forum !lol) ...j'y suis parce qu'il le faut, j'essaye de limiter les crises durant ce laps de temps, acceptant de manger de manière normale, raisonnée et plaisir en même temps en me prenant un dessert de temps à autre mais, lorsque je pars en crise, c'est l'horreur de devoir se remélanger aux autres comme si de rien n'était... »

- **13 octobre. SAM. Intervention dans le forum d'une ABM (Anorexie, Boulimie Mixte ? ou Anorexie, Boulimie Mentale ?)**

« Sevdu, merci pour ta réponse. La différence entre nous deux c'est que je suis également anorexique. Je suis donc anorexique et boulimique V. lorsque je fais une crise, je ne peux pas m'empêcher de vomir. De plus, il est complètement impossible pour moi de me présenter devant les élèves avec un ventre gonflé et défoncé par la nourriture. Je ne mange jamais au collège ou avant d'aller travailler. Je mange que le soir, un bout de poisson vapeur et quelques haricots verts. Vomir avant d'aller travailler est très compliqué aussi puisque j'en ai au moins pour 1h30 à tout dégager et j'en sors jamais en très grande forme. Dans ces conditions, oui je suis obligée de sécher parfois.... Je me sens seule dans ce cas, vous avez toutes l'air de répondre à vos obligations sans difficulté. »

- **13 octobre. SEV**

« De rien pour la réponse. Je commence par la fin de ton message : répondre à ses obligations ne se fait jamais sans difficulté mais on essaye de faire de notre mieux, toujours. Depuis le début de la semaine, j'ai le moral en dessous de tout, ce qui aide aux crises, malgré cela, je souris aux collègues, je souris aux connaissances et personne ne se rend compte de rien parce que personne n'est au courant... si j'arrête de sourire, les gens s'inquiètent et se posent des questions, ce n'est pas ce que je recherche et je fais donc bonne figure. Tu n'es pas seule.... Ces maladies sont des maladies solitaires par défaut. »

- **14 octobre. LA BRAVE**

« Hello, j'ai été dans le même cas que toi, j'ai fait pendant des années un job que je détestais et j'avais souvent envie de partir pour me goinfrer...d'ailleurs je le faisais, j'ai perdu plusieurs fois mon job pour ça, enfin il faut dire que je n'aimais pas ce que je faisais donc inconsciemment je l'ai probablement provoqué. Tout comme toi, j'étais très souvent absente pour cause de crises, bref je me portais malade, j'apportais un certificat. Et puis très souvent je partais à midi pour

faire ma crise et revenir au job l'après midi, super état physique ☹ bref c'était juste horrible. Alors non tu n'es pas seule, je pense que bon nombre de bouli vivent cela, maintenant il y a celles qui gèrent toute la journée pour mieux craquer le soir, ça aussi ça m'est arrivé. Enfin je ne dirai pas gérer, je dirais plutôt se retenir et dieu sait à quel point c'est dur de garder cette tension en soi tout au long de la journée. Comme tu le décris très bien on est certes là physiquement mais notre tête est ailleurs. Alors moi à ta place je me demanderais quand ces envies de te remplir surviennent ? Est-ce des choses que tu n'oses pas exprimer au travail ? Est un mal être vis-à-vis des taches qui te sont confiées ? est-ce le sentiment que tu ne seras pas capable d'accomplir le travail qui t'es demandé ? est-ce des soucis d'ordre relationnel avec un collègue ? Un chef ? Ou plusieurs ? On dit souvent que la boulimie n'est qu'un simple indicateur de grosses tensions intérieures, bref que l'on n'exprime pas nos émotions et que l'on bloque tout ça par manque de confiance en soi, en son ressenti. Est-ce que ça te parle ? »

- **14 octobre. FLEUR**

« Non tu n'es pas seule... Ca m'est arrivé aussi, et j'ai démissionné avant de me faire licencier, je le sentais venir... »

- **14 octobre. SAM.** Intervention dans le forum d'une **ABM**

« Ah merde ! tu as démissionnée parce que tu étais trop absente pour cause de boulimie ? »

- **15 octobre. DRA**

« Même quand j'étais encore bv (boulimique vomitive ?) (et pourtant reconnue comme sévère), la bv est toujours passée après mes jobs d'étudiants (je suis encore étudiante) qu'ils soient pendant les vacances à plein temps ou que ce soit en parallèle de mes semaines de cours ; idem pour les cours, manquer un cours à cause de la bv, ça a toujours été non (hormis le lycée mais j'étais en pleine phobie scolaire suite au harcèlement à mon lycée donc là c'est autre chose). »

- **14 octobre. VACHE** Intervention au forum d'une **AMB**

« Je suis anorexique-bnv (boulimique non vomitive ?) et comme toi j'enseigne. Cependant, mon boulot est au contraire mon exutoire, je m'y sens si bien, je suis passionnée que j'en oublie totalement mon corps ! Donc je ne crise absolument pas ! Bien sur cela dit que mes TCA ont un retentissement sur mon boulot. En période de restriction, mon corps est faible, je suis fatiguée, j'ai froid mais ma passion passe au-dessus de tout ça. Je ne sais pas comment je serais sans mon travail et je ne me pardonnerais jamais de le perdre à cause des TCA ! »

- **15 octobre. DRA**

« Vu les conditions de travail des profs à l'heure actuelle, vaut mieux pas qu'on te dise quoi que ce soit de toute façon. Bon nombre de prof se font mettre en arrêt maladie à cause de ça (dépression...) à priori. »

- **21 octobre. CLEZ**

« p... Je relance cette discussion qui me touche aussi beaucoup. Car je ne sais pas combien de temps je vais tenir au rythme où je vais. Je travaille (sur ordi) de 8h30 à 18h30, depuis

environ 2 mois. Mon premier « vrai » job. Je m'étais dit que jamais, au grand jamais, je ne criserai au boulot...Tu parles ! Trois jours et hop, c'était reparti. Il y a des journées où je passe mon temps à bouffer en bossant, aller aux toilettes, re-aller à la cafétéria chercher des provisions...une horreur ☹.Bref, là l'hiver avançant, je commence à fatiguer... »

Si nous essayons d'extraire de ces textes les enseignements les plus significatifs concernant les conséquences de la boulimie sur le travail, plusieurs notions se dégagent.

- Il existe un absentéisme important, la personne atteinte de boulimie ne vient pas au travail ou abandonne son poste pendant sa crise compulsive. Cette attitude analysée comme irresponsable par la hiérarchie, peut entraîner le licenciement de la personne.
- L'envie compulsive d'ingestion alimentaire est tellement forte que la personne présente d'importants troubles de concentration, préjudiciables à la qualité du travail. La crise de boulimie paraît inévitable. Elle se produit sur le lieu du travail, mais peut également être différée en fin de journée, jusqu'au retour au domicile. Ce dernier comportement témoigne d'une certaine force de caractère.
- L'anxiété fait partie de leur vie quotidienne avec des périodes d'exacerbation précédant la crise. La peur d'une compulsion alimentaire sur le lieu du travail est le premier facteur d'angoisse. La résistance à cette compulsion alimentaire induit alors une tension nerveuse insupportable. Enfin dernier facteur de cette anxiété, la personne boulimique met tout en œuvre pour que ses collègues de travail ne s'aperçoivent de rien. Le boulimique a une honte extrême de son état et organise sa vie de façon à le cacher.
- D'après l'ensemble de ces témoignages, nous retiendrons que les personnes boulimiques paraissent en grande souffrance, non seulement en raison du trouble lui-même, mais aussi par les efforts qu'elles s'imposent pour que cela ne se voit pas. En effet, le boulimique passe la majorité de sa journée au travail avec ses collègues.

3.3. Travail et hyperphagie

- **15 mars. THAL**

« Grosse rivière de larmes. Je n'arrive pas à m'arrêter de pleurer. Je suis à mon travail et c'est difficile de se cacher des clients ; je ne me supporte plus avec ces crises et mes genoux qui me font mal. Essaie de perdre du poids me dit mon doc. Je veux bien moi mais plus j'essaie plus c'est compliqué. J'essaye votre méthode RA(?)... »

- **11 novembre. BOUD**

*« J'ose enfin poster, avec honte et dégoût de moi-même. Ce soir, une belle crise pr finir une journée de m***...frustration=bouffe...Je me sentais bien, enfin j'avais trouvé un boulot et ajd j'apprends qu'il préfère voir qqn d'autre (bien + présentable bien sûr)...tout s'est écroulé...je me sens trop mal, si honteuse...Je vois un psychiatre, j'ai eu mon 1^{er} rdv... »*

- **6 janvier. KRYS**

« Punaise, c'est dingue comme je me reconnais dans tout ce que tu as écrit...Moi aussi je suis hyperphagique, petite et grosse de surcroix ☹ ! Je ne travaille pas non plus car j'ai peur de

sortir, au pire je sors qu'avec mes parents ☹...J'ai une peur panique de mourir, alors ça me déprime, je fais des crises d'angoisses aussi puisque comme je n'ai pas de travail, et pas d'études, je n'ai rien d'autre à penser donc je ne suis obsédée que par la mort... »

Si nous essayons d'extraire de ces textes les enseignements les plus significatifs concernant les conséquences de l'hyperphagie boulimique sur le travail, nous retiendrons que :

- la personne atteinte d'hyperphagie souffre également de ses crises alimentaires.
- elle porte les stigmates de sa pathologie de façon plus visible que les personnes atteintes d'autres troubles du comportement alimentaire, surtout avec le problème d'obésité et de ses conséquences sur la santé.
- cet aspect physique a également une conséquence directe sur la recherche d'un emploi ou le maintien dans l'emploi, car il ne plaît pas, selon ces personnes, dans le paysage de l'entreprise.

4. Les missions du médecin du travail

Comment le médecin du travail peut-il intégrer une équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge d'un patient atteint de TCA, alors qu'hormis les soins d'urgence, il n'assure pas de soins ?

Nous avons retenu de la législation sur le code du travail (23) quelques extraits d'articles concernant les principales missions du médecin du travail. Il a vocation, en effet, à tout faire pour maintenir le salarié à son poste de travail dans les meilleures conditions possibles, c'est-à-dire proposer d'adapter le poste de travail à l'état de santé de la personne. Il a, en outre et surtout, l'importante mission de juger de l'aptitude médicale du salarié à occuper son poste de travail.

4.1. Le rôle de conseiller pour l'amélioration des conditions de vie et de travail : art. R. 4623-1

Nous retiendrons essentiellement que dans cet article R. 4623-1, le médecin du travail intervient comme conseiller pour l'amélioration des conditions de vie et de travail de l'ensemble des salariés dans l'entreprise par l'adaptation :

- des postes,
- des techniques,
- des rythmes de travail,

à la santé physique et mentale, afin de préserver le maintien dans l'emploi des salariés.

4.2. Le suivi individuel de santé du salarié : art. R. 4624-10 à 4624-36

Des articles R. 4626-10 à 4626-36, nous rappelons succinctement les missions du médecin du travail pour accomplir le suivi médical individuel des salariés. Il doit assurer :

- la visite d'embauche,
- les visites périodiques permettant d'assurer le maintien de l'aptitude médicale,
- les visites à la demande du salarié, de l'employeur ou du médecin du travail,
- **les visites de pré-reprise (VPR),**
- **les visites de reprise (VR),**
- **la surveillance médicale renforcée (SMR).**

Nous donnerons quelques explications un peu détaillées sur les **visites de pré-reprise, de reprise et de surveillance médicale renforcée.**

- Les visites de pré-reprise. Elles sont décrites dans les articles R.4624-20 à R. 4624-24, qui semblent être des points-clés dans la reprise du travail après un arrêt de longue durée (24).

En vue de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, une visite de pré-reprise est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil, des organismes de sécurité sociale ou du salarié. Au cours de l'examen de pré-reprise, le médecin du travail peut recommander des aménagements et (ou) des adaptations du poste de travail. Il peut préconiser des reclassements. Il peut recommander des formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle. Sauf opposition du salarié, le médecin du travail informe l'employeur et le médecin conseil de ces recommandations afin que toutes les mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi du salarié. Nous rappelons qu'en cas d'arrêt de travail, le contrat de travail est suspendu, ce qui implique que seul le salarié ou le médecin conseil peut prendre contact avec le médecin du travail et non l'inverse.

- La visite de reprise est réalisée suite à une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident de travail, d'accident de trajet, de maladie, ou d'accident non professionnel. Elle a pour objectif de délivrer l'avis d'aptitude médicale du salarié à reprendre son poste, de préconiser l'aménagement, l'adaptation du poste ou le reclassement du salarié, d'examiner les propositions de l'employeur à la suite des recommandations émises par le médecin du travail lors de la visite de pré-reprise. Dès que l'employeur a connaissance de la date de fin d'arrêt de travail il saisit le service de santé au travail qui organise l'examen de reprise dans un délai de huit jours, à compter de la reprise du travail par le salarié.

- Les travailleurs handicapés bénéficient selon les articles R. 4624-18 à R.4624-19, d'une surveillance médicale renforcée (SMR) dont les modalités sont établies par le médecin du travail en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes. Cette surveillance comprend au moins un ou des examens médicaux selon une périodicité n'excédant pas vingt-quatre mois.

4.3. Les examens complémentaires : articles R.4624-25 à R. 4624-27

Le médecin du travail peut prescrire des examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude médicale du salarié à son poste de travail, notamment au dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail. Les examens

complémentaires sont à la charge de l'employeur lorsqu'il dispose d'un service autonome de santé au travail ou du service de santé au travail inter-entreprises dans les autres cas. Le médecin du travail choisit l'organisme chargé de pratiquer les examens. Ils sont réalisés dans les conditions garantissant le respect de l'anonymat.

4.4. La déclaration d'aptitude ou d'inaptitude : articles R. 4624-31 à 4624-33

L'aptitude médicale est l'adéquation entre l'état de santé de la personne et la charge physique ou mentale dont est assorti le poste de travail. Selon Sylvie Bourgeot, magistrat et professeur à la faculté de droit et sciences politiques de l'université de Nantes, « *La notion d'aptitude n'apparait pas comme une notion bien définie et stable mais comme un point d'équilibre fragile entre l'homme et son travail. C'est la compatibilité optimale entre le salarié et le poste de travail, c'est la synthèse de la connaissance qu'a le médecin du travail de l'entreprise, du poste de travail et de l'état de santé du salarié* » (25).

Le médecin du travail ne peut constater **l'inaptitude médicale** du salarié à son poste de travail que s'il a réalisé une étude de ce poste, une étude des conditions de travail dans l'entreprise, deux examens médicaux de l'intéressé espacés de deux semaines et le cas échéant, des examens complémentaires. Lorsque le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour sa santé, pour sa sécurité ou celle des tiers, ou bien encore lorsqu'un examen de pré-reprise a eu lieu dans un délai de trente jours au plus, l'avis d'inaptitude médicale peut être délivré en un seul examen.

CHAPITRE II

ETUDE : OBJECTIFS. METHODE. QUESTIONNAIRE

1. Objectifs. Enjeux. Etude préliminaire

1.1. Quels objectifs ?

En raison de l'importance et de l'accroissement des TCA dans la population générale, s'est imposée pour nous et en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS (5), la nécessité d'intégrer la médecine du travail dans leur prise en charge pluridisciplinaire.

C'est dans ce sens que nous avons réalisé une enquête sur le vécu au travail des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire, mais dans des conditions très particulières que nous allons développer plus avant. L'intérêt essentiel, en effet, d'une enquête de cette nature, consisterait à repérer dans une population de personnes exerçant une activité professionnelle dans une entreprise, celles qui pourraient être atteintes d'un TCA. Pour des raisons pratiques d'échantillonnage, nous avons procédé à l'inverse. L'enquête que nous proposons aujourd'hui, par le biais d'un questionnaire, s'est déroulée en milieu hospitalier, dans un service où étaient déjà pris en charge des patients atteints d'un TCA. Il s'est agi d'un échantillon de personnes qui savent ce que travailler veut dire : elles travaillent actuellement ou bien elles ont travaillé récemment. Ces personnes étaient toutes atteintes, en même temps, d'un TCA, motif de leur soin. Nous avons pensé que l'interprétation des réponses précises, honnêtes et spontanées qu'apporteraient ces patients, serait de nature à identifier les points remarquables et signifiants de leur pathologie mise en relation avec l'activité qu'ils exercent ou ont exercé dans leur entreprise.

Dans ces conditions, nous avons poursuivi plusieurs objectifs :

- un objectif principal accompagné de deux objectifs subséquents concernant les patients en tant que personne.
- deux objectifs subsidiaires intéressant plus spécialement les rapports de chaque patient avec le médecin du travail.

1.1.1. L'objectif principal

L'objectif principal de cette enquête, effectuée en milieu hospitalier, visait à connaître l'ensemble des difficultés rencontrées par ces personnes dans leur quotidien professionnel. Nous avons fait en sorte que la somme de ces difficultés puissent être quantifiée, qu'elle soit donc

l'objet d'un dénombrement et se traduisent par un score global pour chaque participant. La procédure que nous avons imaginée pour établir ce score sera explicitée plus loin, dans le *chapitre IV*.

De cet objectif principal et grâce à l'analyse séquentielle des différentes divisions du questionnaire, découlaient naturellement, deux autres objectifs subséquents.

- Le premier a été la mise en évidence d'un éventuel et spécifique ***impact du travail sur les personnes souffrant d'un TCA***. La question se posait de savoir, en effet, quelle représentation se faisait du travail cette population particulière de patients ? Nous avons eu l'ambition d'appréhender, aussi objectivement que possible, le vécu au travail de ces patients, qu'il s'agisse de ce qu'ils pensent de l'organisation de leur propre travail, de leurs conditions de travail ou de leurs missions professionnelles. Pour certains d'entre eux, en effet, le travail peut être vécu comme bénéfique, bienfaisant, alors que pour d'autres, c'est exactement l'inverse. Nous avons tenté également d'évaluer leur relation avec la hiérarchie, avec les collègues, et avec le médecin du travail.
- Le deuxième de ces objectifs subséquents, a été la mise en évidence d'un éventuel et spécifique ***impact du TCA sur la faisabilité du travail*** (fatigabilité, épuisement, qualité du travail, incidents au travail, accidents du travail, accidents de trajet, absentéisme, etc.). Le lien « TCA-Travail » a donc également retenu notre attention. Grâce à notre questionnaire nous souhaitions aussi mettre en évidence, s'ils existaient, les situations de précarité, de nomadisme professionnel, d'isolement social, de même que les cas de licenciement, conséquences directes de l'impact du TCA sur le travail.

Nous avons enfin eu l'ambition, par des dénombrements séquentiels, d'établir les profils graphiques des difficultés les plus remarquables rencontrées par l'ensemble de nos participants.

1.1.2. Les objectifs subsidiaires

Comme objectifs subsidiaires, nous nous sommes fixés:

- de connaître quel type de relation s'est établi entre le salarié et le médecin du travail,
- d'établir le bilan des mesures mises en place pour les adaptations de postes, que ce soit sur le plan de l'organisation ou de la charge de travail,
- d'apprécier les critères d'aptitude médicale des personnes atteintes de TCA,
- de savoir si une relation ou une collaboration existent entre le médecin du travail et le réseau de soins.

Ces quatre objectifs devraient permettre de faire un état des lieux sur les actions diligentées par les services de santé au travail. Le but étant d'adapter au mieux, par un suivi individuel, le poste de travail à la santé du salarié, ici les TCA et leurs complications. Ces missions sont indispensables pour assurer la réinsertion ou le maintien dans l'emploi du salarié et

diminuer les arrêts de travail, pourvoyeurs d'isolement social. Notre réflexion nous a conduit à penser, de plus en plus, que la vie professionnelle du patient est une composante incontournable de la prise en charge des TCA.

1.2. Les enjeux : établir des liens entre médecine du travail et de soins

Nous espérons, par le biais de cette enquête, non seulement sensibiliser les médecins du travail aux problèmes posés par les troubles du comportement alimentaire, mais aussi rapprocher, autant que faire se peut, les services de prévention et de soins les prenant en charge. Il s'agit de mettre en exergue la nécessité de l'intégration de la médecine du travail dans la prise en charge pluridisciplinaire.

1.3. Une étude préliminaire

A titre d'information, il nous semble tout de même utile de mentionner les réflexions qui nous ont été faites par deux médecins du travail en parlant du sujet de thèse. Bien qu'intéressés par notre questionnaire (puisqu'ils désirent en avoir des exemplaires), ces collègues avancent que les personnes atteintes d'un trouble du comportement alimentaire en parlent exclusivement à leur médecin traitant et que par conséquent leur champ d'action resterait très limité. Un autre médecin du travail a pourtant fait l'observation inverse : dans le cadre de son activité, il a été à même de surveiller deux personnes atteintes d'un TCA dont une, en invalidité deuxième catégorie, se trouvait en cours de licenciement et l'autre en arrêt de travail. Lui aussi a été intéressé par notre questionnaire. Nous pensons que dans le cas où ce travail de thèse serait validé, il pourrait être diffusé, bien entendu sous une forme adaptée cette fois à l'entreprise et non plus au seul milieu hospitalier. En effet notre travail de thèse et les résultats que nous allons mettre en exergue dans le chapitre IV, n'ont de véritable intérêt, que s'ils sont par la suite appliqués à une plus grande échelle. Et c'est cela sans doute, qui nous tient le plus à cœur.

Pour réussir ce pari, redisons-le encore une fois, nous devons absolument sensibiliser nos autres collègues, médecins du travail, à ce thème mal connu des troubles du comportement alimentaire. Les impliquer dans la gestion de ce problème, c'est aussi étendre le champ de leurs liens entre prévention et soin, établir un pont entre les services de santé au travail et les services de soins, c'est à dire, entre la médecine du travail et la médecine de soins (médecin traitant, addictologue, psychiatre, nutritionniste...etc.). Les missions du médecin du travail concerneraient, à la fois le champ préventif, si celui-ci venait à soupçonner une difficulté alimentaire chez un salarié (il pourrait l'orienter alors vers le médecin traitant), mais également le champ de la surveillance en faisant partie intégrante du groupe médical pluridisciplinaire pour la prise en charge.

Si nous avons utilisé le conditionnel, c'est bien parce que ce qui devrait exister, n'existe pas encore, ne semble pas encore être une préoccupation majeure des médecins du travail. Bien que ce travail de thèse doive être considéré comme une étude préliminaire, nous souhaiterions qu'il soit en quelque sorte *la mouche du coche* et qu'il contribue à changer les habitudes. Il serait assurément souhaitable qu'à la suite de celui-ci, soit réalisé un questionnaire nouveau, un

questionnaire qui serait cette fois destiné et adapté totalement au milieu professionnel, au monde de l'entreprise.

Ce questionnaire à venir pourrait permettre :

- d'aborder plus aisément le diagnostic et l'évaluation de la gravité d'un TCA,
- d'orienter le salarié vers une démarche de soins et une prise en charge pluridisciplinaire (médecin généraliste, psychiatre, nutritionniste...),
- d'évaluer le lien entre travail et santé pour chacune des personnes et tenir compte des impacts qui en découlent.

2. Méthode : Population d'observation. Modalités de l'étude. Questionnaire

2.1. L'échantillon d'observation. Pourquoi avoir choisi une population de patients hospitalisés ?

Le champ de l'enquête a porté sur un ensemble de personnes originaires de la région et de l'inter région grand-ouest.

2.1.1. La population d'observation

Nous avons inclus dans l'enquête trente-deux (32) personnes souffrant d'un TCA parmi les plus fréquents, à savoir l'anorexie et la boulimie. Ces patients, pris en charge pour un trouble du comportement alimentaire sévère étaient hospitalisés dans les services du pôle d'addictologie du CHU de Nantes dont il existe deux sites : le centre Barbara, hôpital de jour (HDJ) et le service Andréa Salomé de l'hôpital Saint Jacques où s'effectue l'hospitalisation à temps plein (HTP).

2.1.2. Les critères d'inclusion

Nous avons retenu trois critères d'inclusion.

- L'âge
 - le patient devait avoir plus de 16 ans.
- Le patient devait être atteint d'un TCA :
 - un TCA diagnostiqué (anorexie, boulimie) et
 - nécessitant une prise en charge hospitalière dans les services cités ci-dessus.
- L'expérience professionnelle :
 - le patient devait avoir une activité professionnelle présente ou passée.
 - il pouvait exécuter une mission dans le cadre d'un stage de formation ou d'un travail d'été.

- la durée minimale de son expérience professionnelle devait être supérieure à un mois consécutif.

2.1.3. Les critères d'exclusion

Les critères d'exclusion ont été également au nombre de trois.

- L'âge
 - Le patient ne devait pas avoir moins de 16 ans.
- Le deuxième critère d'exclusion concernait la pathologie: ont été exclus les patients souffrant d'un TCA,
 - autre que l'anorexie ou la boulimie,
 - du type anorexique et boulimique en cours de diagnostic,
 - de type anorexique et boulimique ne nécessitant pas d'hospitalisation sur le site.
- Le troisième critère d'exclusion concernait l'expérience professionnelle : ont été exclus les patients anorexiques et boulimiques pris en charge mais,
 - n'ayant pas d'expérience professionnelle
 - ou ayant une expérience professionnelle de moins de un mois consécutif

Les critères concernant les troubles du comportement alimentaire n'ont pas été un obstacle à l'étude. Par contre, les critères concernant l'expérience professionnelle ont restreint massivement la population étudiée. En effet, les personnes hospitalisées pour trouble du comportement alimentaire étaient majoritairement jeunes, donc ayant peu ou pas d'expérience professionnelle. Il n'existe pas, à notre connaissance, de données indiquant le pourcentage de travailleurs souffrant d'un trouble du comportement alimentaire. Pour élargir notre échantillon, nous avons décidé d'inclure des étudiants ayant réalisé un stage de formation dans le cadre de leur cursus. C'est arbitrairement que nous avons établi cette durée de un mois car nous avons pensé et nous pensons que cette période est très suffisante pour établir un lien entre le trouble du comportement alimentaire du sujet et l'exercice de son activité professionnelle.

2.2. Les modalités de l'enquête

Si nous avons envisagé de soumettre un questionnaire établissant des liens entre TCA et travail à des travailleurs et travailleuses dans une entreprise, nous aurions, faute de moyens, rencontré de nombreuses difficultés méthodologiques, essentiellement matérielles et logistiques. C'est pourquoi nous avons mis en œuvre un projet plus modeste, mais susceptible malgré tout, de nous apporter quelques informations utiles. Ce projet nous a permis d'aborder l'ensemble de la représentation que se font du travail des patients déjà identifiés comme ayant un TCA, en utilisant un questionnaire adapté hors du cadre de l'entreprise. Nous avons regroupé une population d'observation, non pas en commençant par le critère travail, mais par le critère TCA. Les personnes atteintes d'un trouble du comportement alimentaire sont prises en charge dans un

service de soins dédié à ces pathologies. Dans le cadre de notre projet, cette méthode paraissait judicieuse, simple, faisable et nous avons escompté qu'elle permettrait de mettre en exergue les points les plus pertinents reliant TCA et travail. Dans ces services de soins, par conséquent, toutes les personnes sont atteintes d'un TCA déjà diagnostiqué, que ce soit l'anorexie ou la boulimie. Ces patients ne sont plus au stade du déni ou alors, le déni est déjà partiellement levé. Quel que soit le cas de figure, leur prise en charge est effective. Nous avons pensé qu'il était plus facile de trouver dans cette population de patients hospitalisés, des personnes ayant ou ayant eu une expérience professionnelle. Une enquête multicentrique aurait certainement été tout à fait enrichissante, mais des questions de faisabilité l'ont empêchée.

2.2.1. Le déroulement de l'enquête

Il s'est agi de soumettre le questionnaire à la population étudiée lors sa prise en charge sur le site. Cette population est composée de trente-deux personnes ayant ou ayant eu une expérience professionnelle. Après une information orale et écrite sur l'intérêt et les enjeux de l'étude, mais aussi sur son déroulement, l'équipe de soins a recueilli oralement le consentement éclairé des patients. Si le patient était mineur, le consentement des parents était également sollicité. La prise en charge des patients inclus dans l'enquête, se déroulait soit en hospitalisation à temps plein à l'unité Andrea Salomé de l'hôpital Saint Jacques soit en hôpital de jour au centre Barbara de ce même hôpital.

Une fois ces formalités remplies, le patient a répondu au questionnaire édité sur papier, dans un local calme et agréable. Pour cela, un des membres du personnel a présenté le questionnaire au patient, en lui affectant un numéro d'identification codé. Il était important de préserver l'anonymat de chacun des participants. L'équipe soignante a fait également les recommandations nécessaires pour que le patient puisse remplir sereinement le questionnaire. Celui-ci a pu avoir recours à un membre du service en cas de besoin. Le temps de réponse a été estimé entre 25 et 35 minutes. Une fois l'ensemble du questionnaire rempli et enregistré, nous avons proposé un entretien au participant dans le cas où celui-ci aurait souhaité apporter des informations complémentaires : des renseignements sur son vécu au travail et sur l'aspect professionnel de sa prise en charge pluridisciplinaire. Il a même pu faire des suggestions pour améliorer éventuellement la précision et la qualité de l'enquête. La participation du patient était alors terminée. Une information sur les résultats et les conclusions de l'enquête sera mise à disposition des participants, une fois le travail de thèse présenté et validé. Un retour aux équipes ayant facilité le déroulement de cette enquête est également prévu.

2.2.2. Les avantages de la méthode

- Comme premier avantage, notons que l'ensemble de cette population étant hospitalisée sur le même site, les déplacements ont été inexistantes. Les participants ont répondu au questionnaire lors de la journée de soins.
- Un deuxième avantage et ce n'est pas le moindre, est qu'en étant hospitalisés, les patients ont disposé de tout le temps nécessaire pour remplir le questionnaire. L'enquête en a été

grandement facilitée. Nous supputons que ces patients ont été plus disponibles et mieux disposés pour participer à notre enquête. Pour en garantir le succès, les soignants ont insisté auprès d'eux sur l'importance qu'il y avait à répondre avec le maximum de spontanéité et de totale honnêteté aux différentes questions. Ils n'avaient, en principe, aucune raison objective de cacher la vérité, leur vérité. Ils avaient eux-mêmes fait le choix, rappelons-le, de leur hospitalisation.

- Le troisième avantage est que le questionnaire étant rempli lors d'une journée de soins, sa récupération a été facilitée. La participation de chaque patient à l'étude s'est faite en un seul temps et en un seul lieu.

3. Le questionnaire

3.1. Elaboration du questionnaire. Sa spécificité

Une enquête de ce type qui visait, souvenons-nous, à mettre en évidence un vécu au travail spécifique chez des personnes souffrant d'un trouble du comportement alimentaire, ne manque pas d'une certaine ambition. Elle oblige à une articulation, une étroite collaboration entre la médecine du travail, la psychiatrie, l'addictologie, et différentes autres spécialités médicales comme la nutrition et la médecine générale. Pour réaliser cette étude nous avons conçu un questionnaire original, adapté à notre échantillon. La réalisation de ce dernier s'est inspirée de plusieurs autres questionnaires déjà existants et déjà validés. Nous les avons adaptés, bien entendu, à notre problématique très particulière, à savoir, la relation entre TCA et travail. Ce questionnaire se trouve en annexe n° 4 page 107.

Les questionnaires standardisés, dont nous nous sommes inspirés, sont les suivants : SIGRIEST (26), KARASEK (27), GHQ28 (28), EVREST (29), et HAD (30). Pour aborder différents thèmes de pathologies associées telles que : épuisement professionnel, dépression, anxiété, nous avons choisi quelques questions issues de ces différents questionnaires. Nous avons pris également quelques idées dans des publications scientifiques analysant la relation entre épuisement au travail (burn out) et troubles du comportement alimentaire (3), ou encore entre stress au travail et déviance alimentaire (4). Au final, le questionnaire que nous avons proposé, est un mélange de questions déjà existantes et de questions originales. Il constituait un nouvel outil de travail pour découvrir les liens existants entre travail et TCA et réciproquement.

Nous devons préciser, en outre, que les questions extraites d'un ensemble déjà validé mais transposées dans notre questionnaire ne conservent plus la même valeur de preuve que lorsqu'elles étaient incluses dans leur ensemble originel. Il était impossible, en conséquence, d'établir un quelconque diagnostic de dépression, d'épuisement professionnel ou d'anxiété dans le questionnaire que nous avons réalisé.

Les questions nouvelles ont été inspirées par les profils psychologiques établis et reconnus (1, 2, 3) des personnes souffrant de TCA. Nous avons d'une part retenu, le perfectionnisme pouvant aller jusqu'à l'obsession, le manque, voire la perte de confiance en soi,

le sentiment de honte, l'anxiété quotidienne avec crises d'angoisse, mais nous avons aussi et d'autre part, pris notre inspiration dans les témoignages anonymes. Nous sommes convaincus que la prise en compte du témoignage de ces personnes est un élément original de la stratégie de cette enquête, car il est spontané et tout à fait éclairant (ces témoignages anonymes sont cités de la page 26 à la page 32).

Nous avons fait de notre mieux pour que le questionnaire soit aussi adapté que possible aux différents types de troubles du comportement alimentaire mentionnés plus haut. Un effort tout particulier a été fait pour que nos questions soient formulées dans un langage compréhensible par le plus grand nombre en évitant les termes trop techniques, trop médicaux. Etant donné que la population étudiée était majoritairement féminine, nous avons choisi de poser les questions au féminin afin que chaque personne se sente mieux concernée par les différentes questions.

Dans l'élaboration du questionnaire, nous avons fait le choix de poser le plus souvent possible des questions fermées binaires afin de simplifier ensuite l'analyse des résultats. Nous n'avons pas pu, bien entendu, éviter de poser quelques questions ouvertes. Elles étaient indispensables. A la fin du questionnaire, nous avons réservé une partie dédiée aux commentaires personnels. Le patient avait ainsi toute latitude pour donner son avis sur les thèmes abordés et même proposer des idées nouvelles, des idées qui lui seraient apparues de nature à améliorer la pertinence du questionnaire.

Nous n'avons pas hésité non plus à poser des questions dérangeantes, des questions touchant à l'intimité de la personne, à son mal-être, en incluant également des demandes sur ce que l'on considère ordinairement comme normal ou anormal. Par exemple, il n'est pas difficile d'imaginer, qu'un patient souffrant d'anorexie ait de grandes difficultés à admettre l'aspect péjoratif du travail obsessionnel, travail qu'elle qualifierait, elle, simplement de bien fait. Admettre qu'elle se surinvestit au travail en arrivant *tous les jours* en avance et en quittant le travail *tous les jours* en retard, voire en emportant de l'ouvrage à domicile, ne correspond pas, pour elle, à une attitude anormale. Cette attitude que nous aurions tendance à qualifier de perfectionniste, elle, la qualifie plutôt de normale. Ces personnes sont comme le fildefériste sur son câble d'acier, dans un état de fragile équilibre. Elles peuvent à tout moment chuter, leur vie peut subitement devenir invivable, aussi bien sur le plan professionnel que sur le plan social. L'effet destructeur de la maladie s'exprime alors dans toute sa violence : l'isolement physique et l'enfermement psychologique deviennent immédiats et insupportables.

Afin de récupérer le maximum d'informations grâce à cette enquête, nous avons choisi d'interroger les patients sur leurs conditions de vie professionnelle au cours du **dernier mois d'activité**. Nous avons pensé que cet ultime mois de labeur correspondait à la période clef où le vécu quotidien devenait le plus insupportable. A bien y réfléchir, c'est en fait, le moment où s'exacerbent les symptômes, les difficultés et les souffrances. C'est l'instant de plus grande fragilité pour le patient et en même temps la période plus propice pour le recueil d'informations.

3.2. Contenu des différentes parties du questionnaire

Le questionnaire que nous avons proposé aux participants comprend 46 questions et se subdivise en six parties.

- 1) La situation de vie
- 2) Les conditions de travail
- 3) Le vécu au travail
- 4) Les accidents et les symptômes au travail
- 5) La relation avec le médecin du travail
- 6) Les observations personnelles

Une des caractéristiques de ce questionnaire est qu'il aborde les thèmes relevant des symptômes alimentaires tels que les crises de boulimie, la volonté de s'abstenir de manger, les crises de vomissement etc. dans les différentes parties énumérées ci-dessus. Le but de cette stratégie est de relier en permanence les difficultés alimentaires avec tout ce qui de près ou de loin se rapporte au travail.

Une deuxième caractéristique de notre questionnaire est qu'il aborde délibérément dans les différents thèmes, en les mélangeant, les questions auxquelles le patient est amené à répondre objectivement (durée du temps de travail, accidents...etc.) et celles auxquelles il est fait appel à la subjectivité (entente avec les collègues, humeur, fatigue, ...etc.).

La troisième caractéristique de ce questionnaire est qu'il vise à surprendre le questionné en plaçant une question signifiante de la pathologie ou une question signifiante de la pathologie en relation avec le travail, au milieu de questions « plus anodines » qui traitent, par exemple, du vécu au travail en général.

Voyons à présent les grandes lignes des six parties de notre questionnaire.

3.2.1. La situation de vie

Nous avons entamé ce questionnaire par une évaluation succincte des conditions de vie de la personne, de son niveau d'étude et de son entourage familial ou social. Savoir, en premier lieu, si des démarches ont été entreprises par le patient sur le plan de la reconnaissance de travailleur handicapée (RQTH) et si une invalidité de première ou de deuxième catégorie a été reconnue. Ces démarches soulèvent une question importante, celle du lourd impact possible des troubles du comportement alimentaire sur la santé. En deuxième lieu, un ensemble de questions a porté sur la définition du statut du patient et surtout s'il avait un projet professionnel. Enfin, nous avons fait un questionnement sur la date d'apparition du TCA et sa relation éventuelle avec l'activité professionnelle.

3.2.2. *Les conditions de travail*

Il s'agissait d'évaluer les difficultés engendrées par l'organisation du travail chez les personnes atteintes d'un trouble du comportement alimentaire. Dans cette division nous avons traité différents thèmes.

- Le métier

Nous avons pris connaissance de la dernière profession exercée par nos patients. Il était question pour nous, en effet, de repérer les domaines d'activité les plus fréquemment investis par les personnes souffrant de troubles alimentaires. Nous nous attendions à retrouver parmi les professions les plus couramment exercées, celles qui concernent la santé, l'aide à la personne, mais aussi les professions d'enseignants, les professions dédiées au commerce alimentaire (restauration, sandwicherie, pâtisserie, boulangerie), ou encore les professions où l'apparence physique est importante et enfin les postes à responsabilité.

Un autre sujet d'importance a été envisagé. C'est la notion de « nomadisme professionnel ». Nous avons cherché à savoir si les personnes souffrant de TCA avaient plus tendance à changer de métier, d'orientation professionnelle et s'il ne se révélait pas une certaine instabilité professionnelle dans leur carrière. La stabilité est à l'ancienneté dans l'entreprise ce que l'instabilité est au nomadisme professionnel. Le seul motif de nomadisme professionnel que nous avons cherché à identifier a été celui du licenciement pour absentéisme, causé par les troubles du comportement alimentaire. Nous n'avons pas recherché d'autres causes possibles, que la récursivité de l'absentéisme, au fractionnement d'une carrière. Elles sont sans doute multiples et mériteraient une étude plus approfondie.

- L'emploi du temps et les horaires de travail

Nous considérons que c'est un paragraphe d'importance car nous avons voulu évaluer ici, non seulement la charge de travail (horaires irréguliers, travail de nuit, travail pendant le weekend, astreintes) mais aussi l'existence d'un hyper investissement de la personne dans son activité professionnelle. Nous voulions savoir premièrement si les horaires atypiques, particuliers, conduisaient à un éventuel isolement social, à un stress ou encore à l'évolution péjorative du trouble du comportement alimentaire. Deuxièmement savoir, si comme l'ont souligné Nevanperä N J et coll. en 2012 (3), le stress engendré par l'anarchie du rythme des astreintes, peut être source de décompensation des troubles du comportement alimentaire.

- La pause déjeuner

Nous disions que le paragraphe précédent revêtait une grande importance pour notre enquête. Celui que nous décrivons à présent l'est tout autant, car il traite de la situation probablement la plus critique pour nos patients qui met en évidence le conflit entre le travail et les troubles du comportement alimentaire au milieu de l'entourage professionnel. Ont été ici et aussi soigneusement que possible, analysées les habitudes et les attitudes des personnes souffrant de troubles alimentaires au cours de la pause déjeuner. Il est évident que cette pause perturbe leur

quotidien professionnel, que ce soit au niveau de son organisation, de sa durée, ou des rituels du repas. Tout ceci est générateur de stress et de souffrance autant par le rapport aux aliments que par le rapport à l'entourage. Cette partie a été une source essentielle de renseignements pour connaître cette difficulté quotidienne de la mi-journée de chaque patient. Le moment du repas est celui de l'accroissement de l'anxiété, elle-même source d'acutisation de symptômes alimentaires, que ce soit par privation ou par crise de boulimie. A force de manger seule ou de sauter le déjeuner, la personne perd les repères comportementaux habituels du repas. Elle renforce la perte de convivialité et les angoisses alimentaires. Or, manger avec les autres permettrait au patient d'entrevoir un moyen d'insertion sociale et au-delà son maintien dans le monde du travail.

Une description des difficultés rencontrées notamment dans le choix de la nourriture, le temps mis pour manger, le ressenti au cours du repas pris au travail et les observations des autres convives ont été de précieuses sources de renseignements. Elles ont permis d'évaluer avec une certaine objectivité, les véritables obstacles auxquels doivent faire face ces personnes au moment du déjeuner. Redisons encore une fois que se mesure à ce moment-là, le point culminant de l'angoisse.

- Les contraintes physiques

Notre investigation a porté également sur la pénibilité au travail, autrement dit, sur les contraintes physiques imposées par l'activité professionnelle. Par exemple: la station, les postures, la manutention, la répétitivité des gestes et l'exposition à des variations de températures ou à des températures inhabituelles. Ces contraintes physiques déjà difficiles à négocier pour des personnes en bonne santé peuvent devenir insupportables et incompatibles chez des personnes souffrant de dénutrition.

- Les agents chimiques

Deux autres paramètres ont été étudiés dans la partie consacrée aux agents chimiques. Il s'est agi d'abord des odeurs et des conséquences qu'elles pouvaient entraîner, par exemple, dans les Syndromes d'Intolérance Aux Odeurs Chimiques (SIOC) ou dans les phobies. Le deuxième a porté sur les atteintes cutanées que les agents chimiques pouvaient provoquer, comme les dermatites inflammatoires spécifiques ou non spécifiques.

3.2.3. Le vécu au travail

- Les relations dans l'entreprise

Nous avons mis l'accent, ici, sur les relations du salarié, au sein de l'entreprise, avec ses collègues et avec la hiérarchie. Les questions ont porté notamment sur l'intégration de la personne dans son entourage professionnel et sur les contraintes psychiques induites par l'isolement social et les troubles de l'humeur liés à son TCA. Dans le monde du travail, il est difficile de rester seul, sauf dans des cas particuliers comme le télétravail. L'un des premiers

items mentionnés, a donc été celui du travail en équipe associé aux notions de solitude ou d'intégration dans une équipe. La notion d'équipe va de pair avec l'idée de solitude, car on peut très bien se sentir seul au sein du groupe, au milieu des autres. Le concept d'amis ou de « personnes sur qui l'on peut compter » en cas de difficultés sur le lieu du travail, nous a paru également important. A été abordé ensuite le ressenti de la personne sur ses relations au sein de l'entreprise, en premier lieu sa relation avec les autres, que ce soit avec les collègues ou avec le supérieur. Ces relations ont été évaluées en lien avec le développement narcissique des personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire. En deuxième lieu, nous avons interrogé le participant sur la description de son ressenti, de son point de vue et de son analyse sur les relations qu'ont ses collègues entre eux. Nous voulions savoir s'il existait, du point de vue du patient, une différence d'appréciation sur les relations de ses collègues entre eux par rapport aux relations qu'il avait lui-même avec ces mêmes collègues. Nous avons fait un questionnaire identique, mais concernant cette fois la relation avec sa hiérarchie. Les relations au travail sont essentielles ; elles peuvent être la source d'une journée dite, « bonne » ou d'une journée de travail, dite « mauvaise » et influencer l'état de la personne atteinte du TCA.

- La reconnaissance

Les notions de qualité du travail et de reconnaissance ont été également des thèmes retenus dans ce questionnaire. Par mésestime et perte de confiance en elles-mêmes, certaines personnes recherchent activement la perfection dans le travail pour être reconnues et gratifiées. Ces comportements peuvent être plus ou moins visibles des collaborateurs, en fonction des défenses psychiques mises en place. Dans la reconnaissance de la qualité du travail, nous avons envisagé quatre items.

- Le premier a été la reconnaissance par les pairs, nommé jugement de beauté.
- Le deuxième était celui de la reconnaissance par le supérieur, nommé le jugement d'utilité. Cette reconnaissance-là, est la plus importante dans le comblement des fragilités narcissiques des personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire.
- Le troisième point consiste en une différence de perception de la qualité du travail par le patient, au regard de celle de ses collègues. Nous soupçonnons, en effet, qu'il puisse y avoir un décalage entre les deux niveaux de perception, étant donné la volonté souvent perfectionniste de certains de ces patients.
- Le quatrième a porté sur l'antinomie entre exigence de qualité du travail et exigence du profit par accroissement de la production. La qualité est souvent sacrifiée sur l'autel du profit ! Cette nouvelle politique industrielle en émergence, peut être vécue comme une véritable souffrance pour les personnes aimant le travail soigné. Elles estiment parfois qu'on leur demande alors de faire du « travail de cochon », comme le disent certaines salariées en consultation de souffrance au travail. Nous émettons

l'hypothèse qu'il en est de même pour les personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire.

- La mission de commercial

Certaines tâches, les missions commerciales par exemple, sont parfois demandées, sans mise à niveau des compétences requises, avec pourtant la fixation d'objectifs à atteindre et la perspective d'obtenir des primes individuelles ou collectives. Ces situations peuvent être vécues comme une évolution de carrière, une amélioration de la situation individuelle, mais aussi comme un plongeon dans un monde inconnu anxiogène, spécialement pour les personnes perfectionnistes ou celles n'ayant aucune confiance en elles. Nous avons là aussi fait une quête de renseignements.

- Les contraintes psychiques

Dans ce dernier paragraphe ont été évoquées différentes situations du salarié dans l'entreprise : le degré de latitude ou d'autonomie décisionnelle, la pression psychologique inhérente à la charge de travail, inhérente également au poids de la hiérarchie et aux contraintes de temps.

3.2.4. *Les accidents et symptômes au travail*

- Accidents de trajet

Nous devons bien entendu nous intéresser au sujet des accidents de trajet, entre le domicile et le lieu du travail. Certains malades peuvent être épuisés par leur trouble du comportement alimentaire sans parfois le ressentir ou le reconnaître. Cette fatigue intense peut s'accompagner d'un amaigrissement subséquent important ou d'une alimentation compulsive répétitive ou encore de la pratique de conduites purgatives intenses ou enfin d'un épuisement psychologique. Dans de telles conditions, peuvent intervenir des troubles du sommeil, grand facteur de risque d'accident dans les trajets en véhicule.

- Accidents de travail et maladies professionnelles

Nous avons consacré un petit paragraphe aux accidents de travail et de maladies professionnelles (MP) existant chez ces salariés. Il peut s'agir de troubles musculo squelettiques (TMS) en cas de dénutrition ou d'obésité, de dermites irritatives ou allergiques, mais aussi de dépression, d'épuisement professionnel, etc.

- Absences et TCA

La suite du questionnaire a été dévolue aux problèmes délicats que sont les abandons de poste, l'absentéisme et la recherche de leurs causes. L'abandon peut être, soit un simple abandon

de poste ou, plus grave, une désertion de l'entreprise. Cette renonciation peut être vénielle ou nécessiter un arrêt de travail. Quand ces abandons de poste deviennent répétitifs, cela témoigne de l'aggravation de la maladie avec comme conséquence un risque évident de licenciement, situation accablante qui pourra aggraver l'état de la santé de la personne. Le patient cache à son entourage sa déviance alimentaire malgré la sévérité de son trouble. Il est clair que cette situation perturbe gravement son quotidien professionnel et l'oblige à faire beaucoup d'efforts pour rester à son poste. C'est pour cela que le licenciement sera encore plus mal vécu ; tous les efforts fournis l'auront été en pure perte avec comme conséquence prévisible une chute significative de l'estime de soi.

Nous avons fait de substantiels efforts pour tenter de comprendre les sentiments qui émergent en cas de détresse et les mécanismes de compensation que ces situations peuvent engendrer chez ces patients. Un petit ensemble de questions a été posé pour creuser les liens et les intrications entre obsession alimentaire et obsession du travail.

3.2.5. La relation avec le médecin du travail

Avec cette dernière partie, nous avons essayé de recenser les éléments concernant la surveillance médicale clinique et paraclinique. Savoir si le médecin du travail intervient dans le maintien dans l'emploi, par l'adaptation du poste de travail, s'il participe à la prise en charge pluridisciplinaire, par les liens établis entre service de santé au travail et services de soins, nous a paru essentiel. Enfin, nous nous sommes efforcés d'évaluer si une relation de confiance existait entre le salarié et le médecin du travail et si les hésitations, les difficultés et les peurs du salarié n'ont pas freiné ou n'ont pas retardé l'intervention du médecin du travail.

3.3. Comment avons-nous fait pour que ce questionnaire soit l'objet d'un décompte de points, autrement dit d'un score ?

Dans le chapitre II, nous avons annoncé que notre objectif principal visait à connaître la globalité des difficultés rencontrées par les participants dans leur quotidien professionnel et que celles-ci feraient l'objet d'un dénombrement qualifiant, autrement dit d'un score. Ceci dit, il est évident que dans ce score, ne peut être prise en considération la cinquième partie du questionnaire, celle relative aux relations du participant avec la médecine du travail. Cette dernière partie doit faire l'objet d'un score distinct et il ne peut, en aucun cas, être intégré au score intéressant spécifiquement le patient, sa pathologie et son travail.

Il ne nous a pas échappé, non plus, que dans une enquête de cette nature, nous ne pourrions manquer de tomber dans le piège d'une certaine subjectivité. Nous avons, par réaction, fait de substantiels efforts pour traiter, avec un maximum d'objectivité, l'analyse des résultats. Sachant que tout ne peut se résoudre en équations ou en pourcentages, nous ne révélerons dans tout ce qui va suivre que les points de plus grande pertinence, ceux sur lesquels il deviendra véritablement possible de trouver un germe de vérité et de connaissance.

Nous sommes convenus tout d'abord que toutes les réponses aux questions devaient être notées avant le recueil des questionnaires. Il nous fallait absolument éviter tout infléchissement,

toute modification des décomptes, *a posteriori*, en fonction des réponses. Nous en avons fait une simple question d'honnêteté intellectuelle.

Les questions-réponses ont donc été notées **0, 1, 2** ou **3**. Pour distribuer ces notes, nous nous sommes appuyés en partie sur les témoignages anonymes, sur des questionnaires relatifs à la pénibilité au travail, par exemple, et surtout nous nous sommes fiés à notre expérience et à celle de confrères avertis (voir la cotation du score en annexe n° 5 page 123).

- La réponse a été comptée 0 :

quand elle n'avait de lien direct, ni avec le travail, ni avec le TCA. Et ici n'intervient de notre part, notons-le bien, absolument aucune subjectivité.

Prenons deux exemples :

- « Etes-vous un homme ou une femme ? »
- « Quelle est votre ancienneté à votre dernier poste de travail ? »

- La réponse a été comptée 1 :

quand elle avait un rapport avec le travail, qu'elle signalait une souffrance, un mal être, un isolement, etc.

Il est clair qu'ici intervient une importante part de subjectivité, mais qui ne dépend que du participant et de son appréciation personnelle.

Prenons deux exemples :

- « Comment avez-vous estimé les relations professionnelles entre vous et vos collègues ? »
- « La température dans mon lieu de travail est devenue une difficulté ? »

- La question a été comptée 2 ou 3 :

quand elle mettait directement en relation le **travail** et le **trouble du comportement alimentaire** et ici n'intervient, encore une fois, aucune part de subjectivité.

Prenons cette fois cinq exemples :

- « Avez-vous déjà dû quitter votre poste de travail à cause de vos TCA ? » (cotation 2)
- « Avez-vous le sentiment d'avoir perdu des collègues proches depuis l'aggravation de vos TCA ? » (cotation 2)
- « Mon obsession de la nourriture perturbait mon travail » (cotation 3)
- « Heureusement, mon travail m'aidait plutôt à gérer mes TCA » (cotation 3)
- « Vous diriez que l'exercice de votre métier a aggravé vos TCA ? » (cotation 3)

On peut se demander pourquoi avoir coté une réponse 2 plutôt que 3 et vice et versa ? Nous devons avouer qu'il s'agit là d'un choix délibéré de notre part, choix qui comporte une part d'intuitivité et une part de confiance dans les données notamment bibliographiques. N'oublions pas que l'objectif principal de notre enquête visait à établir un lien direct et étroit entre l'activité professionnelle et la conduite addictive. Il fallait donc que certaines réponses fortement significatives d'un type particulier de pathologie, ou d'une relation très forte avec le travail, soient singularisées. Remarquons, par exemple, que les deux dernières questions de notre liste appellent des réponses opposées et elles sont toutes les deux cotées 3. Ces deux questions sont étroitement reliées à l'activité dans l'entreprise.

I La situation de vie		
Identité	2	
Statut	6	
TCA	6	
	<i>Total</i>	14
II Les conditions de travail		
Métier	9	
Emploi du temps et horaires	14	
Pause déjeuner	19	
Contraintes physiques	12	
Agents chimiques	2	
	<i>Total</i>	56
III Le vécu au travail		
Relation dans l'entreprise	7	
Reconnaissance	9	
Rendement	5	
Quantité de travail	3	
Nouvelles missions	3	
Contraintes psychiques	23	
	<i>Total</i>	50
IV AT, MP et symptômes au travail		
Accident de trajet	8	
Accident de travail et Maladie Professionnelle	4	
Absentéisme	36	
Troubles du sommeil	4	
Obsession nourriture	3	
Obsession travail	3	
Satisfaction du travail	3	
	<i>Total</i>	61
SCORE TOTAL		181 points

Tableau n° 1. Le tableau des scores

Le tableau n° 1 résume tout ce que nous venons d'évoquer et si nous faisons le décompte des points de l'ensemble du questionnaire, le total ne peut dépasser 181 points. C'est donc le score maximal indépassable. Ajoutons tout de suite qu'il est impossible qu'un participant puisse jamais atteindre ce score, car certaines questions valant 2 à 3 points sont en totale opposition. Nous venons de le voir : le travail ne peut pas en même temps améliorer le TCA et l'aggraver. Ce tableau fait également le décompte des points dans chacune des 4 parties du questionnaire.

Ces chiffres correspondent à des scores partiels. Nous les avons exploités dans le chapitre de l'analyse des résultats.

En raison de l'organisation insuffisante de la médecine du travail sur le territoire français, plusieurs problèmes persistent encore aujourd'hui. Certains corps de métiers comme les artisans ou les artistes ne bénéficient pas tous d'une surveillance médicale. Par ailleurs, toutes les entreprises françaises ne disposent pas d'une prise en charge par une équipe de santé au travail, en raison de la pénurie de médecins dans cette spécialité. Enfin, des salariés qui disposent pourtant d'un service médical de santé au travail hésitent à se rendre aux convocations pour différents motifs : logistique, organisationnel, déplacement important, ou même quelquefois de défiance...etc. Il était donc nécessaire et même indispensable d'enquêter sur le problème de la relation du patient atteint de TCA avec le médecin du travail. Nous avons dans ce sens élaboré un tout petit questionnaire avec établissement d'un score, mais nous l'avons isolé du score précédent puisque sans aucune relation directe avec les problèmes des participants à l'enquête.

Ce mini questionnaire vise à connaître si une relation existe entre le patient et un médecin du travail. Le détail des items est discuté à la page 48. Le score maximal indépassable est ici de 50 points, mais nous supputons qu'en raison des observations que nous venons de formuler à propos de cette spécialité, ce score n'ait aucune chance d'être atteint. S'il l'était cela signifierait que la prise en charge pluridisciplinaire serait totalement effective.

Relation avec la médecine du travail		
Prise de contact avec le médecin du travail	14	
Aptitude médicale	20	
Adaptation au poste de travail	8	
Relation avec les autres spécialités médicales	8	
	<i>Total</i>	50 points

Tableau n° 2. Le score des relations avec la médecine du travail

3.4. Validation du questionnaire

Pour la réalisation et l'amélioration du questionnaire, nous avons bénéficié de la collaboration de Monsieur le Professeur Jean-Luc Venisse, de Madame le Docteur Dominique Dupas, et de Monsieur le Docteur Bruno Rocher.

Le projet a été également suivi par Madame Marie-Christine Bournot, statisticienne à l'ORS (Observatoire Régionale de la Santé) et Monsieur le Docteur Claude Roedlich, médecin du travail au SSTRN, qui nous ont aidés dans l'analyse des données.

Les réponses à la très grande majorité des questions qui composent notre questionnaire, qu'elles soient positives ou négatives (oui ou non par exemple), ont été apportées par le participant sous forme d'une croix dans la case qu'il choisissait. Nous avons affecté ensuite à chacune de ces cases des valeurs chiffrées allant de 0 à 3 (*explications détaillées un peu plus loin dans le chapitre IV*). L'affectation des points a été effectuée en binôme (l'enquêteur et un ancien professeur) pour limiter au maximum les risques d'erreurs. C'était un premier travail. Nous avons ensuite transféré ces données chiffrées dans le logiciel Microsoft Office Excel et créé ainsi

une base de données. En suite de quoi, nous avons assuré le verrouillage des cellules contenant les différents items analysés par la méthode dite des bandes déroulantes.

Nous donnons un exemple. Dans la question - **Avez-vous des troubles du sommeil ?**- les réponses correspondant aux différents items pouvaient être :

- pas de trouble du sommeil
- trouble du sommeil dû au TCA
- trouble du sommeil dû au travail
- trouble du sommeil dû au travail et au TCA

Avant le lancement de l'enquête, nous avons testé le questionnaire sur un groupe pilote afin d'évaluer le temps nécessaire pour répondre à l'ensemble des questions, mais aussi pour relever les remarques ou observations sur les difficultés de compréhension de certaines d'entre elles. Nous voulions également recueillir l'impression générale ressentie sur le fond et la forme de ce questionnaire. Le groupe pilote était composé de trois personnes indemnes de tout trouble du comportement alimentaire. Celles-ci ont répondu au questionnaire en mode auto administré exclusivement.

La longueur excessive et la difficulté de compréhension de quelques questions ayant fait l'objet de critiques de la part du groupe pilote, nous avons apporté, après quelques allers-retours, les améliorations nécessaires. Dans l'ensemble, les trois personnes concernées ont rempli le questionnaire ultime sans véritable difficulté. Nous avons *in fine* fait en sorte que le temps de réponse maximal n'excède pas 35 minutes, ce qui signifie que quelques items ont dû être supprimés. Ajoutons pour terminer que les questions ouvertes ont été réduites au maximum. Nous avons tout de même maintenu une division entière à la fin du questionnaire pour que chaque patient puisse s'exprimer *ad libitum* et donner un avis personnel.

3.5. Mode de passation du questionnaire

Il existe trois modes de passation possibles pour un questionnaire (31): la passation « auto-administrée », la passation par recueil d'informations grâce à un enquêteur formé à cet exercice et mis en face de l'interviewé, la passation par entretien téléphonique.

Nous avons mis en œuvre le mode de passation en auto administré avec un aménagement. Il nous a paru le plus adapté pour cette étude.

Après les formalités d'usage concernant le consentement, le questionnaire édité sur papier a été distribué à l'occasion d'une hospitalisation. Nous avons fait de gros efforts pour optimiser la présentation du questionnaire. Un exposé très soigné et attractif sur les objectifs et les enjeux de l'enquête a été présenté par les membres de l'équipe soignante. Nous voulions que le plus grand nombre de participants adhère à notre projet.

Ce mode de passation a présenté l'avantage de laisser un délai au patient pour répondre au questionnaire. Il a même eu la possibilité de répondre en plusieurs fois, s'il était en hospitalisation à temps plein. Il nous a été également très facile de récupérer le document.

En revanche, le mode de passation en auto-administré, pour ce document malgré tout très riche en questionnements, a nécessité une concentration importante de la part des participants.

Répondre à toutes les problématiques n'a pas toujours été très facile pour des personnes souffrant de TCA très sévère. Cette méthode présente et a présenté l'inconvénient, mais ni plus ni moins que tous les autres types de passation, d'un risque d'absence de réponses à certaines questions. Il est même un patient qui a refusé de répondre à l'ensemble du questionnaire, alors même que celui-ci était distribué au centre, dans des conditions extrêmement favorables. Enfin le dernier travers a été celui d'obtenir des réponses partielles à certains des thèmes que nous avons proposés ; il est clair que dans ce cas, nous avons recueilli des données incomplètement exploitables.

Il reste tout de même que dans ce mode de passation, l'interviewé est seul avec lui-même. C'est un mode sans communication avec l'enquêteur avec, par conséquent, un possible manque de spontanéité dans les réponses, peut-être même une certaine retenue dans la sincérité.

Pour pallier à cet inconvénient, nous avons proposé un **entretien individuel**, aux participants qui le souhaitaient, afin d'obtenir des témoignages personnels sur leur vécu singulier au travail et leur troubles.

En fin de compte nous dirons, que notre mode de passation est double, il possède une composante majeure auto-administrée et une composante mineure par l'entretien possible en face à face. Nous pensions laisser le questionnaire à la disposition des participants pendant une semaine pour qu'ils aient le temps d'y réfléchir, mais à notre grande surprise les patients l'ont rempli dans l'espace de 25 à 35 minutes et rendu le jour même. Pour les trois participants, soit 9% des patients ayant demandé ou accepté un entretien, celui-ci a été programmé la dernière semaine de l'enquête.

3.6. Aspect juridique et confidentialité des données

L'aspect juridique de l'étude a été présenté et validé par le Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS) sur présentation d'un protocole de recherche non interventionnelle (RNI) (voir annexe n° 7 page 139).

Par ailleurs une note d'information a été délivrée aux participants : cette note comprenait une présentation de l'étude avec les objectifs poursuivis. A la suite de cette présentation, le consentement éclairé oral des participants a été recueilli. Dans le cas où le patient était mineur, le consentement des parents a également été sollicité.

3.7. Les biais de l'enquête

3.7.1. Les biais de sélection de notre échantillonnage

Nous n'avons pas pu éviter quatre biais dans la constitution de notre échantillonnage. Il est très possible qu'il y en ait d'autres. Les quatre biais que nous allons évoquer, concernent la sélection de la population soumise à l'enquête. Il va de soi qu'en raison de l'existence de ces travers, notre approche de la situation réelle ne pouvait être qu'incomplète et qu'une partie des situations nous a été occultée.

- Une population hospitalisée

Le choix que nous avons fait de sélectionner l'échantillon des personnes soumises à l'enquête en milieu hospitalier a introduit deux biais.

Tout d'abord, il s'agissait de personnes ayant fait la démarche de se faire hospitaliser ce qui correspond à un tournant majeur dans l'évolution de leur maladie, à savoir la diminution du déni. Elles ont eu à partir de ce moment, une plus entière conscience de leur situation de santé et elles ont pris la courageuse décision d'entreprendre un soin. Elles demandent l'appui et le secours de la société à travers les organismes de santé. Le déni du patient, aussi bien que celui de son entourage, est malheureusement un des freins majeurs au traitement de ce type de pathologie. Le choix que nous avons fait d'un groupe de malades en soins constitue à l'évidence le **premier biais** dans la sélection de notre population.

Le **second biais** concerne le choix de la population étudiée elle-même. Les sujets inclus dans l'étude étant tous hospitalisés correspondent, par conséquent, à des cas sévères voire très sévères des deux troubles du comportement alimentaire retenus (anorexie et boulimie), qu'il s'agisse de personnes consultant en hôpital de jour ou de personnes hospitalisées à temps plein. Il est clair que cette population n'est pas totalement représentative des patients atteints de TCA. L'échantillon ne prend pas en compte les formes les plus fréquentes pauci symptomatiques suivies en soins ambulatoires non spécialisés. On rappelle que la fréquence des formes subsyndromiques d'anorexie mentale est estimée à 5% de la population générale selon l'HAS (5).

- Une population féminine

Les troubles du comportement alimentaire concernent aussi bien les hommes que les femmes, qu'il s'agisse de l'anorexie, de la boulimie, associées ou non aux conduites purgatives. Il faut pourtant se rendre à l'évidence, les femmes sont majoritairement touchées (6, 9) et diagnostiquées. Il paraît donc encore plus délicat pour un homme d'être hospitalisé au milieu d'une population massivement féminine. Cela peut amener le patient masculin à refuser la poursuite des soins. Cette réalité nous oblige à admettre que la population de patients que nous avons soumise à notre questionnaire était presque exclusivement une population de patientes. Cela constitue, malheureusement, le **troisième biais** de sélection.

- Une sélection des types de TCA

Le fait que nous ayons sélectionné parmi les troubles du comportement alimentaire les formes les plus étudiées et les plus fréquentes constituent le **quatrième biais** de sélection. Nous n'ignorons pas qu'il existe d'autres troubles du comportement alimentaire. Nous les avons déjà mentionnés dans le premier chapitre. Ces troubles, certes moins fréquents, s'accompagnent eux aussi, de leurs cortèges de souffrances, de complications et de difficultés quotidiennes.

3.7.2. *Les autres biais*

Comme toute enquête de ce type, celle-ci a comporté un certain nombre d'autres inconvénients. La réalisation même du questionnaire s'est révélée beaucoup plus longue que prévue. La contrainte d'exploitation des résultats par l'outil informatique a été également un frein temporel. Nous avons sous-estimé notamment le temps d'acquisition de l'outil informatique et sa maîtrise, de même que le temps de saisie des données et de leur contrôle par un second opérateur. Ces obstacles ont réduit d'autant le temps que nous aurions pu consacrer aux entretiens. Le caractère auto-déclaratif de ce type d'enquête était une limite déjà identifiée avant la diffusion du questionnaire. Il a fallu en tenir compte tout au long de l'interprétation de ces résultats. Enfin, n'oublions pas de dire que le caractère restreint de l'effectif devait rendre plus délicates également les interprétations.

3.8. Résumé sur les modalités de l'enquête

Au total, notre enquête a concerné une population de 32 personnes, hospitalisées en HDJ ou HTP, souffrant d'un trouble du comportement alimentaire de type anorexie, boulimie, mixte plus ou moins associé à des conduites purgatives, et ayant une expérience professionnelle. Cette étude a été réalisée à partir d'un questionnaire de quarante-six questions portant sur le vécu au travail, les difficultés rencontrées dans le cadre de leur pathologie et les moyens mis en place pour maintenir ces personnes dans le monde de l'entreprise par le service de santé au travail. Les thèmes abordés se sont articulés autour de deux spécialités médicales au moins, la médecine du travail et la psychiatrie. D'ailleurs, la validation des questions a été faite par les spécialistes des deux disciplines médicales. C'est pour faciliter l'analyse des résultats que ces questions ont été pour la majorité d'entre elles des questions fermées, soit simples, soit à choix multiples. Nous avons choisi un mode de passation mixte : un mode auto administré, suivi d'un possible entretien individuel avec l'enquêteur.

L'ensemble des réponses a été intégré dans un questionnaire papier sur Word 2010, puis analysées sur tableur Excel.

CHAPITRE III

RESULTATS

1. Bilan du recueil des questionnaires

Entre le 12 juin et le 26 juillet 2013, nous avons recueilli au total 32 questionnaires :

- 5 ont été collectés à l'unité Lou Andréa Salomé (HTP) et
- 27 au centre Barbara (HDJ).

Nous avons donc disposé de 32 réponses au questionnaire, sachant que tous les participants avaient rempli les conditions d'inclusion pour participer à l'enquête.

La consultation du fichier des entrées nous a permis de connaître le nombre total de patients ayant eu une prise en charge durant cette période, nos participants compris. Ce nombre s'élève à 81 patients pour le centre Barbara et 30 patients pour l'unité Lou Andréa Salomé, soit un total de 111 patients. Cela signifie que 79 personnes n'ont pas participé à l'enquête. En dehors d'un seul et unique refus au centre Barbara, c'est uniquement parce qu'elles ne remplissaient pas les conditions d'inclusion à savoir l'expérience professionnelle que les autres personnes hospitalisées n'ont pas participé à l'enquête.

Toutes ces données sont résumées dans le tableau n° 3 ci-dessous.

Date	SALOME		BARBARA		Patients	Participants	
	Patients	Part***	Patients	Part***	Nombre total de PEC* (SAL+BAR**)	Total Part***	% de part*** lors de la PEC
12/06-31/07	30	5	81	27	111	32	29%

*PEC : prise en charge

** SAL + BAR : Salomé et Barbara

***Part : participants

Tableau n° 3. Le bilan du recueil des questionnaires

2. Bilan sur le comportement des participants

L'ensemble des comportements est résumé dans le tableau n° 4. Un fait d'importance a retenu immédiatement notre attention : c'est la façon de répondre aux questions. Ici trois catégories de personnes :

- Celles qui ont répondu avec un soin scrupuleux et ont coché soigneusement toutes les cases, aussi bien celles qui les concernaient directement que celles pour

lesquelles elles étaient en situation de répondre, de sorte que nous n'avons eu à déplorer aucune donnée manquante.

- Celles qui, malgré les recommandations de l'équipe soignante, ont répondu avec plus ou moins de négligence, en ne cochant que les cases qui les intéressaient. Nous avons eu à déplorer alors des données manquantes.
- Celles enfin, et elles sont deux participantes, dont les réponses sont à la fois rares et en contradiction avec les motifs qui ont justifié leur hospitalisation.

Remplissage soigneux voire méticuleux	28	87,5%
Remplissage négligé	4	12,5%
Personne ayant rempli de façon contradictoire le questionnaire	2	
Donnée manquante volontaire	1	
Donnée manquante involontaire	2	

Tableau n° 4. Le bilan sur le comportement des participants

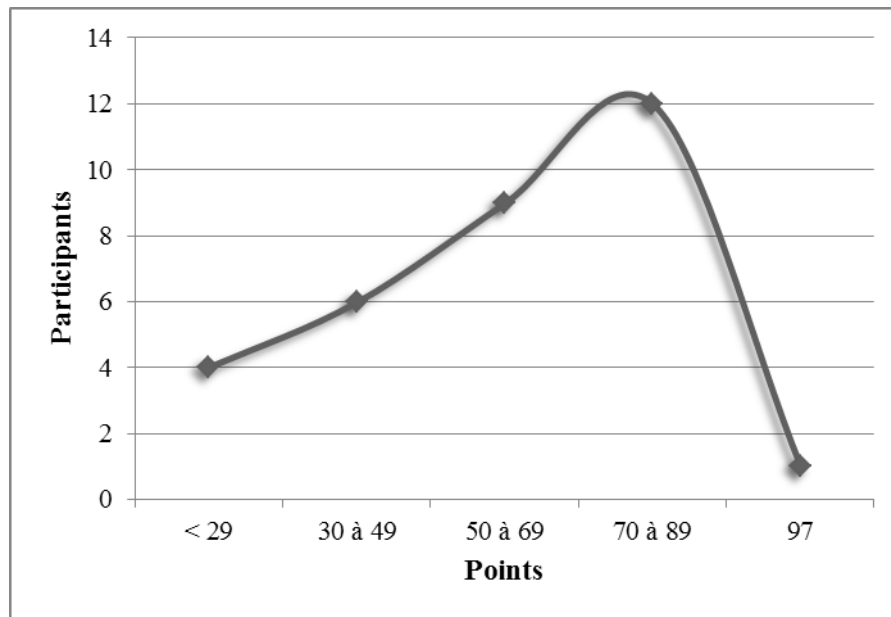
3. Résultats concernant les objectifs : principal et subséquents

3.1. L'objectif principal

On s'imagine facilement qu'une fois en possession de nos trente-deux questionnaires, nous avons eu grande envie de savoir quels étaient les scores atteints par nos participants. L'objectif principal poursuivi étant, rappelons-le, de connaître l'ensemble des difficultés rencontrées par ces personnes dans leur quotidien professionnel sous une forme chiffrée. Le score maximal théorique, souvenons-nous, est de 181 points et nous avons expliqué qu'il est totalement inatteignable (voir page 51). La distribution de ces scores a un caractère gaussien asymétrique et la valeur de la médiane est de 64.

Quoi qu'il en soit, le graphique ci-après montre que le score maximal atteint par un des participants a été de 97 points et le score minimal de 17 points. Notre logiciel nous a fourni une moyenne arithmétique de 59,75 points avec un écart type de : + ou - 20,14. Notons que 14 personnes sur 32 ont un score inférieur à 59,75 points et 18 un score supérieur à 59,75 points.

Après vérification des questionnaires, du point de vue du soin apporté à leur remplissage, nous avons découvert que les personnes qui avaient réalisé des scores de 17, 18, 27 et 28 points, c'est-à-dire les scores les plus faibles étaient précisément celles qui avaient manqué le plus de sérieux ou de motivation. Si nous faisons la moyenne arithmétique des scores en ne tenant pas compte de ces personnes, celle-ci passerait à 65 points. Mais nous avons bien conscience qu'il ne s'agit là que d'un artifice.



Graphique n° 1. Les résultats des scores totaux

3.2. L'analyse séquentielle des différentes divisions du questionnaire

C'est par l'analyse séquentielle des différentes divisions du questionnaire que nous avons quelques chances d'apporter des éléments de réponses aux objectifs subséquents que nous nous étions fixés, à savoir d'une part, l'impact du travail sur les personnes souffrant de TCA et d'autre part l'impact du TCA sur la faisabilité du travail.

Engageons-nous donc dans l'analyse séquentielle des différentes divisions du questionnaire, dans l'ordre où celles-ci y apparaissent.

3.2.1. A propos de la situation de vie

- Les catégories socio professionnelles

Caractéristiques identitaires		nombre	%
sexe	féminin	31	97%
	masculin	1	3%
Age*	<19ans	1	3%
	20-29 ans	17	55%
	30-39 ans	11	35,5%
	40-49 ans	2	6,5%
Situation familiale*	Couple	16	52%
	Célibataire	15	48%
	Enfant	8	25%

*DM : Donnée Manquante 1

Tableau n° 5. Les caractéristiques identitaires des participants

Il est remarquable que 90% de nos patients aient entre 20 et 39 ans et soient donc dans la période de leur vie de pleine activité professionnelle. Mentionnons par ailleurs qu'il y a presque autant de patients célibataires que de patients vivant en couple. Il y a un véritable intérêt à analyser ces chiffres, même si l'effectif est réduit. En effet, dans le tableau n° 6 ci-dessous, il est clair que sur 15 célibataires, 7 d'entre eux n'ont aucun travail, alors que les 16 personnes qui sont en couple, soit travaillent, soit sont engagés dans un projet ou un reclassement professionnel.

Statut professionnel	Statut familial			Total	%
	Célibataire	Couple	DM*		
DM*		1		1	
Pas de travail	7			7	23%
Projet professionnel en cours	1	1		2	
Reclassement professionnel		2		2	
Travail effectif	7	12	1	20	61%
Total	15	16	1	32	

* Donnée Manquante

Tableau n° 6. La relation entre le statut professionnel et le statut familial

A noter, deux données manquantes :

- une personne travaille mais n'a pas mentionné son statut familial,
- une personne en couple n'a pas indiqué sa situation professionnelle.

En ce qui concerne, la situation sociale de notre échantillon, nous avons eu la surprise de relever le faible niveau de déclaration des reconnaissances comme travailleurs handicapés ou d'invalidité de première et de deuxième catégorie de nos patients. Ce qui doit retenir le plus notre attention, c'est que **78% des patients** de notre échantillon **ne sont pas reconnus comme travailleurs handicapés**, or nous le verrons par la suite, les **contraintes physiques au travail sont réelles et mal vécues**. Retenons que parmi les sept déclarations de RQTH, trois d'entre elles, soit 43%, sont en lien avec les TCA.

Invalidité	RQTH			Total	%
	Pas de RQTH	RQTH non liée aux TCA	RQTH liée aux TCA		
Pas d'invalidité reconnue	24	3	1	28	88%
Invalidité Cat* 1 due aux TCA	1		1	2	6%
Invalidité Cat* 1 non due aux TCA		1		1	3%
Invalidité Cat* 2 due aux TCA			1	1	3%
Total	25 (78%)	4 (57%)	3 (43%)	32	100%

*Cat : Catégorie

Tableau n° 7. Le bilan des déclarations des RQTH et invalidités de la sécurité sociale

- Les arrêts de travail

L'échantillon de nos patients comprend globalement deux catégories d'importance à peu près équivalente. Comme l'indique le tableau n° 8, 12 personnes sont en activité et 16 sont en arrêt-maladie ou ont perdu leur emploi.

Durée des arrêt-maladie	<i>Total</i>	<i>%</i>
En activité	12	43%
En AM*	16	57%
AM * < 1 mois	1	6%
AM* entre 1 et 3 mois	1	6%
AM* > 3 mois	14**	88%*
	12***	86%***
<i>Total</i>	28	

*AM : arrêt-maladie

**Données manquantes

*** Dans les arrêts de plus de 3 mois deux patients ayant des arrêts de plus de 3 ans ont été décomptés

Tableau n° 8. Les arrêts de travail

- Les accidents de trajet, accidents de travail et maladie professionnelles

Le nombre d'accidents de trajet et de travail mentionnés dans le tableau n° 9, concernant notre population, sont respectivement de **11%** et de **26%**. Nous verrons un peu plus loin, grâce aux différents entretiens menés immédiatement après le recueil des questionnaires, que les patients ont mis en avant le risque d'accident de trajet essentiellement dû à l'épuisement ou au malaise.

Accident de trajet	<i>Total</i>	<i>%</i>	Accident de travail (AT)	<i>Total</i>	<i>%</i>
Pas d'accident de trajet	24	89%	Pas d'AT	20	74%
Accident de trajet	3	11%	AT	7	26%
Accident dû au TCA	1		AT dû aux TCA	1	
Accident non dû au TCA	2		AT non dû aux TCA	6	
<i>Total</i>	27*		<i>Total</i>	27*	

*1 Donnée manquante

Tableau n° 9. Les accidents de trajet et de travail

- Les périodes d'apparition des TCA et incidence du travail sur cette addiction

Les résultats chiffrés concernant la période d'apparition des TCA chez nos patients sont intéressants. Quatorze d'entre eux, soit **45%**, donc pas loin de la moitié, nous informent que leur TCA est apparu à l'adolescence. A propos de l'influence du travail sur l'addiction alimentaire, nous retiendrons prioritairement, que pour **75%** des patients chez qui le TCA était apparu à l'adolescence, celui-ci l'a aggravé. Nous avons résumé toutes ces données ci-dessous dans le tableau n° 10.

A noter les données manquantes suivantes :

- deux personnes dont les TCA sont apparus dans l'adolescence n'ont pas mentionné l'évolution de leur TCA dans le monde de l'entreprise.
- une personne qui déclare que le travail a amélioré son TCA a omis de mentionner la période d'apparition de sa maladie.

Evolution des TCA en entreprise	Apparition des TCA				Total
	A l'adolescence	A l'âge adulte sans profession	A l'âge adulte avec profession	DM*	
Aggravé vos TCA	9 (75%) **	3	4		16
Amélioré vos TCA	1	3		1	5
Pas d'effet sur TCA	2	2	5		9
DM*	2				2
Total	14 (45%)	8 (26%)	9 (29%)	1	32

*Données manquante

**% aggravant

Tableau n° 10. La relation entre l'apparition des TCA et leur évolution en entreprise

3.2.2. A propos des conditions de travail

- Le métier

Nous avons vu qu'une minorité des personnes atteintes d'un trouble du comportement exerce un métier (voir page 56). Les tableaux n° 11 et 12 ci-après indiquent clairement que nos patients ont fait des études. Ils ont souvent le bac ou un diplôme équivalent et une large moitié (53%) a même fait des études supérieures. Les principales professions sont par ordre de fréquence, l'enseignement (36%), la santé (22%), le commerce (18%) et les métiers de bouche (18%).

		Nombre	%
Niveau d'études	CAP, BEP	5	17%
	BAC	9	30%
	Etudes supérieures	16	53%
	DM*	2	
	Total	32	100%

*Données manquantes

Tableau n° 11. Le niveau d'étude

Métiers	Métiers de bouche	5	18%
	Enseignement	10	36%
	Santé	6	22%
	Commerce	5	18%
	Divers	2	7%
	DM*	4	
	<i>Total</i>	28	100%

*Données manquantes

Tableau n° 12. La classification des métiers

Notons que :

- deux participants ont omis de mentionner leur niveau d'étude,
- quatre personnes n'ont pas indiqué leur profession.

- Les horaires et l'emploi du temps

Sachant depuis déjà quelques pages que les troubles du comportement alimentaire interfèrent avec le travail, nous avons voulu en savoir un peu plus, en explorant les données fournies par les horaires et l'emploi du temps.

	Emploi du temps	Nombre	%	
Horaires de travail	Réguliers	14	44%	
	Irréguliers	18	56%	
	<i>Total</i>	32	100%	
Weekend	Ne travaille pas les WE	11	34%	
	Travaille les WE et trouble TCA	6	66%	29%
	Travaille les WE sans perturber TCA	15		71%
	<i>Total</i>	32	100%	
Nuit	Ne travaille pas la nuit	29	90%	
	Travaille la nuit sans perturber TCA	3	10%	
	<i>Total</i>	32	100%	
Astreintes	Pas d'astreinte	28	87%	
	Astreinte sans perturber les TCA	1	13%	25%
	Astreinte perturbant les TCA	3		75%
	<i>Total</i>	32	100%	
L'emploi du temps perturbe les TCA	Oui	10	31%	
	Non	22	69%	
	<i>Total</i>	32	100%	

Tableau n° 13. L'emploi du temps et les horaires de travail

Les données résumées dans le tableau n° 13 ne retiennent pas spécialement l'attention. Le chiffre de 75% indiquant, par exemple, que les astreintes perturbent les TCA ne portent que sur trois patients.

- Investissement au travail

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici que tous les participants à cette enquête doivent obligatoirement avoir ou avoir eu une activité professionnelle. Pourtant, six d'entre eux n'ont pas jugé utile de répondre à la question de l'horaire hebdomadaire. Ils représentent 18,5% de notre échantillon. Concernant l'investissement au travail proprement dit, il y a un partage égal entre ceux qui disent que l'aggravation de leur TCA l'a diminué et ceux qui déclarent à l'inverse que cette aggravation a été sans aucun effet. Le tableau n° 14 souligne notamment que 5 des 16 personnes qui ont déclaré moins s'investir travaillent encore plus que le temps qui leur est demandé.

	Travail effectué par rapport au temps demandé			Total
	Moins	Plus	Egal	
L'aggravation des TCA a diminué l'investissement au travail				
Non		8	8	16
Oui	1	5(32%)	10(62%)	16
Total	1	13(40%)	18(56%)	32

Tableau n° 14. L'investissement au travail

Notre échantillon comprend un nombre à peu près équivalent de personnes travaillant moins de 35 heures par semaine (52%) et plus de 35 heures par semaine (48%). Quand nous avons demandé si l'aggravation des TCA avait diminué leur investissement au travail, c'est parmi les personnes qui travaillent le plus qu'on trouve un maximum de réponses (**67%**) : « **non, l'aggravation des TCA n'a aucun effet sur mon investissement au travail** ».

Horaire Hebdomadaire	Nombre de patients		l'aggravation des TCA a diminué l'investissement au travail			
			Non	%	Oui	%
< 35 heures par semaine	13	52%	6	46%	7	54%
>35 heures par semaine	12	48%	8	67%	4	33%
DM	7*					
Total	32		14		11	

*7 Données Manquantes et une donnée aberrante

Tableau n° 15. Les horaires hebdomadaires et l'investissement au travail

- La pause déjeuner au travail

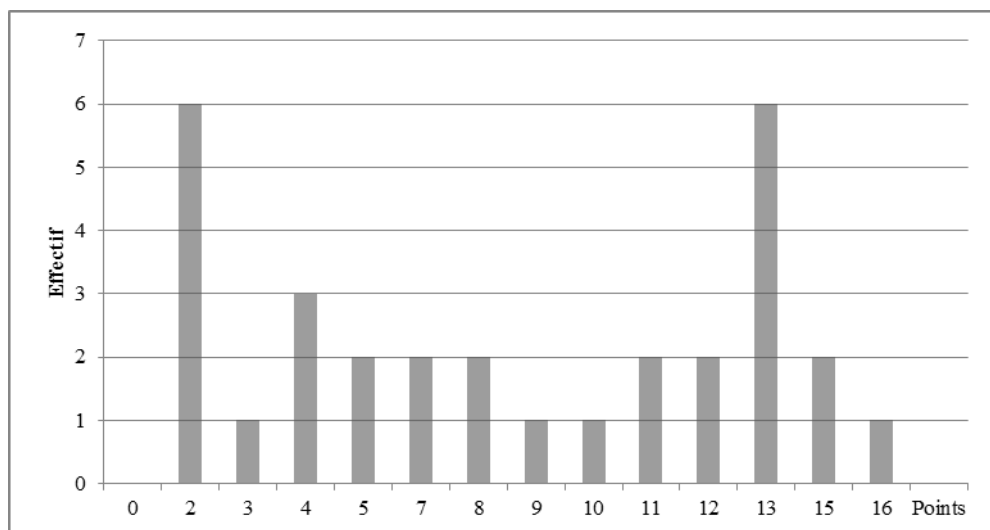
Sur les onze items de cette division, nous en avons retenu seulement huit, car les réponses positives à ces huit interrogations ont été plutôt nombreuses. Les chiffres et les pourcentages figurent dans le tableau n° 16.

La pause déjeuner au travail	Nombre	%
J'ai changé mes habitudes pour déjeuner	21/32	65%
L'approche du déjeuner me stresse et perturbe mon travail	20/32	63%
Je mange plus lentement que les autres	14/31*	45%
Je regrette de devoir manger seul à cause de mon TCA	14/32	44%
Je me force à manger normalement devant les collègues	11/30*	37%
Les autres m'observent quand je mange et cela devient insupportable	12/31*	39%
Je regrette de devoir déjeuner avec mes collègues	11/31*	36%
Mes collègues sont au courant de mes TCA	8/31*	26%

*DM

Tableau n°16. L'influence des TCA sur la pause déjeuner

Etant donné que sur les 19 points affectés à cette subdivision du questionnaire, la moyenne s'est située à 8 points, avec un score maximal de 16 points, nous avons pensé traduire sous une forme graphique le comportement de nos participants par rapport à ce problème majeur qu'est la pause déjeuner.



Graphique n° 2. Score déjeuner

La courbe en dents de scie, met en évidence des comportements hétérogènes.

- Les contraintes physiques

A propos des conditions de travail, nous terminerons par l'examen des contraintes physiques. Leur analyse détaillée met en exergue les points suivants :

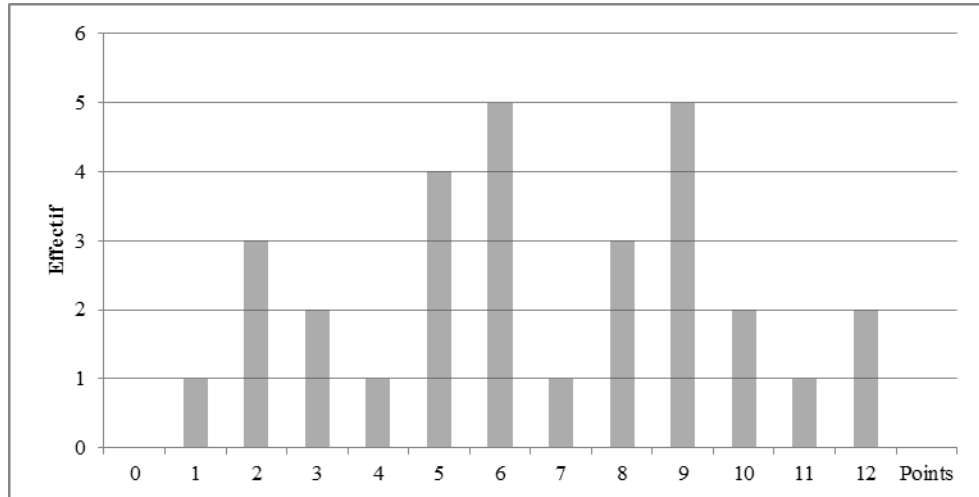
- **la manutention** est pratiquée par 22 personnes sur 32. Sur ces 22 personnes, 19 estiment que les **TCA sont responsables d'une augmentation de la pénibilité au travail**, ce qui représente **le pourcentage considérable de 86%**.

- Pour ce qui est des **contraintes posturales**, nous observons un phénomène à peu près similaire au précédent. La pénibilité des postures spécifiques à chaque type de travail est aggravée par les TCA. En effet, 22 personnes sur 32 déclarent adopter des postures pénibles pour exercer leur activité professionnelle. Or parmi les 22, 17 d'entre elles **imputent cette pénibilité à l'aggravation de leur TCA** ce qui représente le **pourcentage surprenant de 77%**.
- Après les problèmes de manutention et de posture, intéressons-nous à la **répétitivité** des gestes. Ici moins de personnes sont concernées, car seulement 12 personnes sur 32 la déclarent, soit un pourcentage modeste de 37%. Or parmi celles-ci, 10 personnes sur les 12 imputent **l'augmentation de la pénibilité à l'aggravation des TCA**, soit un **pourcentage encore très important de 83%**.
- Nous concluons par un fait inattendu et étonnant. Un nombre non négligeable de participants nous a indiqué la gêne engendrée par la température, soit 14 personnes sur 32 ou encore **44%** de l'effectif et cela quel que soit le type de métier.

Les contraintes physiques et les TCA						
Stations difficiles à cause des TCA	Non	14	44%			
	Oui	18	56%			
Postures difficiles	Non	10	31%			
	Oui	22	69%	A cause des TCA	17	77%
				Sans rapport	5	23%
Manutention	Non	10	31%			
	Oui	22	69%	A cause des TCA	19	86%
				Sans rapport	3	14%
Répétitivité	Non	20	63%			
	Oui	12	37%	A cause des TCA	10	83%
				Pas à cause des TCA	2	17%
Température du lieu travail	Gênante	14	44%			
	Pas gênante	18	56%			

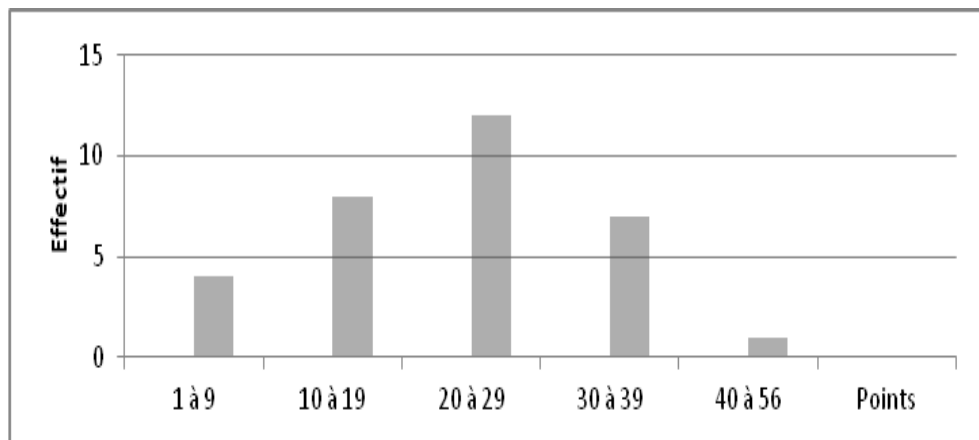
Tableau n° 17. Les contraintes physiques

Comme nous l'avons fait pour le paragraphe « pause déjeuner », nous avons été frappés par le fait que sur les 12 points affectés à la division « contraintes physiques » la moyenne ait été de 6,2 avec un participant atteignant le score maximal de 12 points. La traduction sous une forme graphique de ce paramètre est à nouveau une courbe en dents de scie.



Graphique n° 3. Score des contraintes physiques

Etant donné l'hétérogénéité des deux graphiques précédents, nous avons essayé de révéler sous une forme graphique, la totalité des paramètres analysés dans « les conditions de travail ». Il en ressort, cette fois, une courbe d'allure gaussienne. Ce chapitre a sollicité l'intérêt de nos patients puisque la moyenne des réponses se situe à 22,3 points sur un total de 56 et qu'il en est même un dont le score atteint 43 points.



Graphique n° 4. Score des conditions de travail

3.2.3. *Le vécu au travail*

- Les relations dans l'entreprise

Le tableau n° 18 résume le sentiment d'isolement professionnel des participants au sein de leur entreprise. Cet isolement est mis en relation avec l'aggravation des troubles du comportement alimentaire, quand le participant à au moins un collègue sur qui compter.

Dans l'entreprise			Dégradation des relations avec l'aggravation des TCA				
	Nombre d'amis-Collègues	Total	%	Non	%	Oui	%
0 personne	9	29%	7	78%	2		
Entre 1 et 3 personnes	19	61%	15	79%	4		
> 4 personnes	3	10%	3	100%			
<i>Total</i>	31*		25		6		

* DM

Tableau n° 18. Les relations dans l'entreprise

Nous avons recherché les éventuelles différences relationnelles que le participant pouvait percevoir entre : lui et sa hiérarchie, lui et ses collègues, ses collègues et sa hiérarchie et celles entre ses collègues. Le tableau n°19 ci-dessous résume ces rapports interhumains.

Rapports entre les couples suivants :	Bonne et Correcte	%	Mauvaise	%
Collègues et Patient*	30	97%	1	3%
Hiérarchie et Patient*	24	80%	6	20%
Collègues et Collègues*	27	90%	3	10%
Collègues et Hiérarchie*	24	80%	6	20%

*DM

Tableau n° 19. Le rapport des relations entre les différents groupes humains

- La reconnaissance du travail

Il est déjà connu que dans certains troubles du comportement alimentaire comme l'anorexie, par exemple, il y ait une recherche opiniâtre et parfois excessive de perfectionnisme. Nous avons voulu savoir quelle était l'appréciation portée par le patient lui-même sur la quantité et la qualité de son propre travail par rapport à celle de ses collègues et de sa hiérarchie. Le tableau n° 20 résume les réponses à ces questions, nous reviendrons dans la discussion sur les pourcentages indiqués en gras.

La reconnaissance du travail	Excellent, bon	%	Moyen, mauvais	%	Non-dit	%	Total
Par les collègues	22	73%	2	7%	6	20%	30*
Par la hiérarchie	22	71%	2	6%	7	23%	31*
Par les patients	15	47%	17	54%			32

* DM

Tableau n° 20. La perception du travail par le patient, par les collègues, par la hiérarchie

Avec le tableau n° 21 de cette ultime division, nous cherchons à savoir si la satisfaction personnelle du participant à propos de la quantité de son travail a diminué ou augmenté, suite à l'aggravation de son trouble du comportement alimentaire.

Satisfait de la quantité de travail	Quantité de travail diminué avec les TCA				
	Non	%	Oui	%	Total
Non	3	20%	12	80%	15
Oui	13	81%	3	19%	16
Total	16		15		31*

* DM

Tableau n° 21. La qualité et la quantité de travail accompli vu par le patient

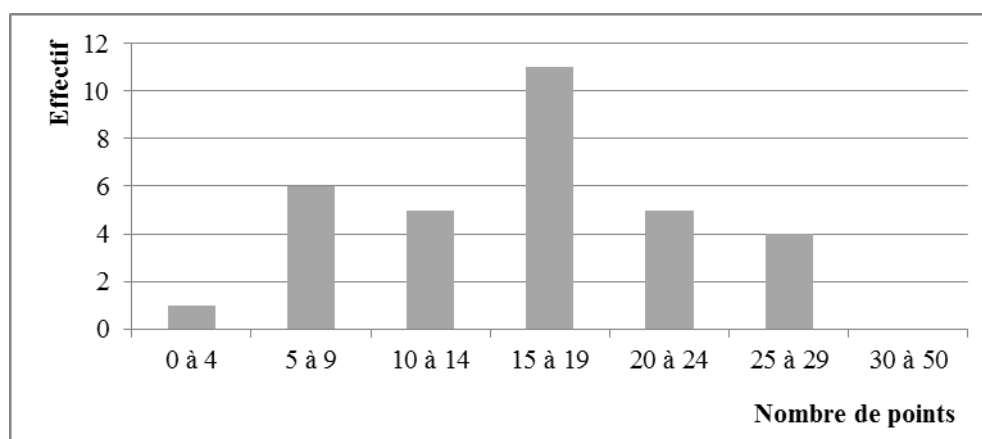
- Les contraintes psychiques

Sur les 23 items de cette division consacrée aux contraintes psychiques, nous en avons extrait 8 donnant le plus à réflexion, ceux qui ont suscité un vif intérêt de la part de nos participants. Plus de 50% d'entre eux se sont sentis très concernés par ces questions. Nous les avons classés dans un ordre décroissant. Nous reviendrons assez longuement dans la discussion sur ces résultats affichés dans ce tableau n° 22.

	Items analysés	Nombre /total	%
1	Peur de mal exécuter mon travail	28/31*	90%
2	Peur de décevoir mon supérieur	25/32	78%
3	Journée bien passée avec les collègues	24/31*	77%
4	Rendre un travail aussi parfait que possible	23/31*	74%
5	Trop de concentration demandée	21/31	68%
6	Journée bien passée avec la hiérarchie	21/31*	68%
7	Je me sentais mieux au travail que chez moi	17/31*	55%
8	Je suis si épuisée que je ne ressens plus rien	16/31*	52%

* DM

Tableau n° 22. Les contraintes psychiques



Graphique n° 5. Score sur le vécu au travail

La représentation graphique du « vécu au travail » révèle une courbe d'allure globalement gaussienne avec une médiane située entre 10 et 19 points pour une moyenne arithmétique de 16 points.

3.2.4. A propos des symptômes au travail

- Le comportement en cas de crise

Dans les différentes situations de crise alimentaire au travail, remarquons d'abord que **75%** des patients utilisent différents stratagèmes pour surmonter ce moment difficile. Evidemment les comportements sont variés. Différentes conduites sont mises en œuvre pour pallier à cette épreuve. Nous les avons classés par ordre décroissant. Le tableau n° 23 ci-dessous résume ces données.

Les stratagèmes	Oui	%	Non	%
Prise compulsive de trt**	12/32	37,5%	20/32	62,5%
Chater	10/31*	32%	21/31*	68%
Crise alimentaire	9/32	28%	23/32	72%
Soutien au travail***	7/32	22%	25/32	78%
Addiction SPA****	6/31*	19%	25/31*	81%
Relaxation	3/32	9%	29/32	91%
Soutien médical****	2/32	6%	30/32	94%

*DM

**Traitement

*** Soutien par la hiérarchie ou les collègues

****Soutien par le psychiatre, le médecin traitant, le médecin du travail

***** SPA Substance Psycho Affective

Tableau n° 23. Les différents comportements en cas de crise

Nous ne connaissons pas la proportion des participants qui utilisent l'internet. Certes, c'est un moyen de communication de plus en plus utilisé dans tous les pays. En tous cas, remarquons que le deuxième stratagème utilisé fréquemment par les participants pour trouver du soutien et espérer éviter ainsi la crise alimentaire, consiste à chater sur des sites anonymes. Remarquons également que dans cette situation douloureuse, les participants peuvent également se retourner vers leurs collègues ou la hiérarchie alors que le soutien médical est presque totalement délaissé. Nous reviendrons assez longuement dans la discussion sur le problème des addictions.

Addiction	Total	%
Pas d'addiction	22	81,5%
Addiction	5	18,5%
Consommation de cannabis	1	20%
Consommation d'alcool	4	80%
Total général	27*	

* DM

Tableau n° 24. Les addictions

Nous avons plus particulièrement exploré les addictions complémentaires comme l'alcool et la consommation de substances psychoaffectives telles que le cannabis. Elles sont résumées dans le tableau n°24 ci-dessus.

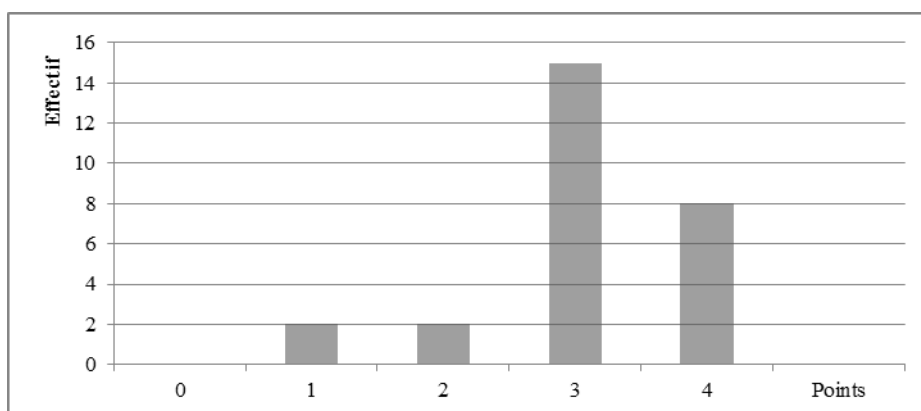
- Les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont un mal récurrent dans notre société. Ils sont, en tous cas, un symptôme partagé par 84% de nos participants. Ils sont considérés, par nos patients, comme une conséquence de leurs TCA dans 67% des cas, et imputés à la fois au travail et aux TCA dans 26% des cas. Si on regroupe ces deux chiffres on obtient un total de 93%. Les patients estiment que les troubles du sommeil imputables uniquement au travail, seraient minimales et ne dépasseraient pas 4%.

Troubles du sommeil	Nombre	%
Pas de troubles du sommeil	5	16%
Présence de troubles du sommeil	27	84%
Troubles dû au travail	1	4%
Troubles dû au travail et TCA	7	26%
Troubles ni dû au travail, ni aux TCA	1	4%
Troubles dû aux TCA	18	67%
<i>Total</i>	32	

Tableau n° 25. Les troubles du sommeil

Bien que nous ayons affecté une très petit nombre de points (quatre points) à cette subdivision de la division IV du questionnaire, nous avons été alertés par le fait que la moyenne arithmétique se situe à 2,6 et la représentation graphique souligne une courbe de type gaussien très décalée vers la droite avec une médiane située à 3.



Graphique n° 6. Score trouble du sommeil

- Les obsessions

Il n'est pas douteux que les patients atteints d'un trouble du comportement alimentaire vivent en permanence dans l'obsession de la nourriture, obsession qui n'est pas toujours facile à avouer, ni à eux-mêmes, ni aux autres. Savoir si cette obsession de la nourriture perturbait le travail était donc un paramètre fondamental à analyser. Nous voyons que dans le tableau n°26 ci-après, 24 personnes sur 32, soit un pourcentage de **75%**, avouent que l'obsession de la nourriture perturbe leur travail.

Si maintenant nous nous intéressons aux deux paramètres suivants du tableau, l'obsession pour le travail d'une part, et l'idée que le travail soit une aide aux TCA d'autre part, nous obtenons des scores proches de la moyenne, respectivement 50% et 59% (tableau n° 26). Concernant les personnes qui disent s'investir énormément dans le travail, c'est-à-dire la moitié de notre effectif, nous avons cru bon de mentionner un groupe particulier : celui-ci annonce que cet investissement envahit le champ de la vie personnelle et aggrave en même temps le trouble du comportement alimentaire, soit 38%.

Les obsessions	Oui	%	Non	%
L'obsession pour la nourriture perturbe mon travail	24/32	75%	8/32	25%
Obsession pour le travail (W)	16/32	50%	16/32	50%
Obsession pour le W aggrave les TCA	3	19%		
Obsession pour le W perturbe la vie personnelle	3	19%		
Obsession W perturbe vie personnelle et aggrave TCA	6	38%		
Obsession W perturbe pas vie personnelle, n'aggrave pas TCA	4	25%		
Le travail est une aide aux TCA	19/32	59%	13/32	41%

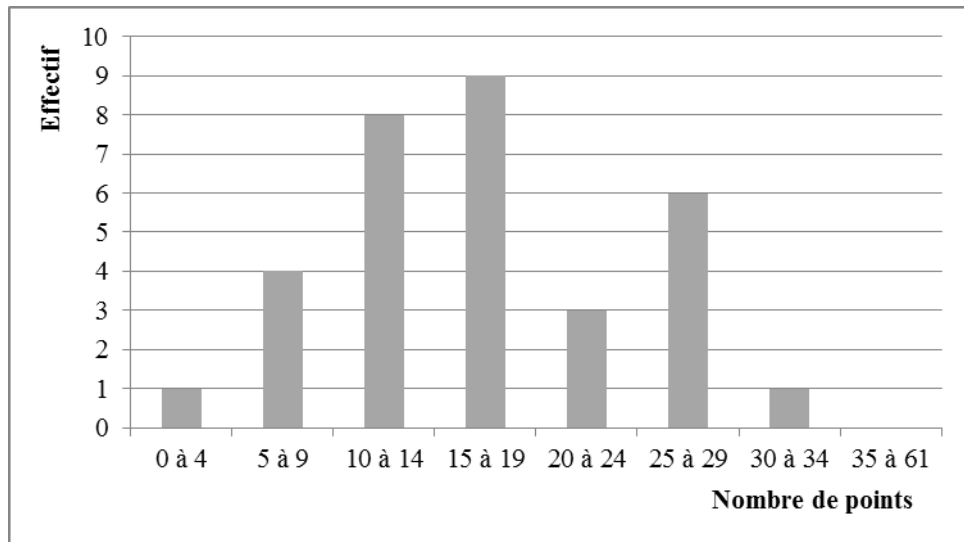
Tableau n° 26. Les obsessions

Les obsessions	Le travail est une aide aux TCA		
	Non	Oui	Total
Obsession pour le travail	9	7	16
Pas d'obsession pour le travail	4	12	16
<i>Total</i>	13	19	32

Tableau n° 27. L'obsession pour le travail

Or ce ne sont pas les mêmes personnes qui ont répondu positivement à ces deux items et c'est même presque l'inverse. En effet 12 personnes sur 16 disent ne pas être obsédées par le travail, mais qu'au contraire il est une aide pour gérer les TCA, tandis que 9 autres personnes sur

16 disent être obsédées par le travail et que celui-ci n'est pas une aide pour gérer les TCA (tableau n° 27). Il semble y avoir une ligne de partage dans la population de nos patients.



Graphique n° 7. Score sur les symptômes au travail

La traduction graphique de l'ensemble des paramètres consacrés à cette subdivision du questionnaire « les symptômes au travail » met en exergue une courbe d'allure gaussienne comparable à celle que nous avons obtenue à propos du « vécu au travail ».

4. Résultats concernant les objectifs subsidiaires

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici que nous nous étions fixés quatre objectifs subsidiaires :

- de connaître quel type de relation s'est établi entre le salarié et le médecin du travail,
- d'apprécier les critères d'aptitude médicale des personnes atteintes de TCA,
- d'établir le bilan des mesures mises en place pour les adaptations de poste de nos participants,
- de savoir si une relation ou une collaboration existent entre le médecin du travail et le réseau de soins.

4.1. Les relations avec le médecin du travail

Dans ce paragraphe inaugurant les autres objectifs subsidiaires, nous avons cherché à connaître le nombre de participants ayant déjà bénéficié d'une visite médicale ou d'un autre contact avec le service de santé au travail. De cette relation, nous avons tenté d'évaluer la confiance ou de connaître les raisons d'une méfiance de la part du patient envers le médecin du travail. Ces résultats figurent dans les tableaux n° 28 et 29.

Relation avec le médecin du travail	Nombre de participants	%	Attitude du patient	Total	%
Pas de médecin	11	34%	Pas d'utilité à avoir un médecin du travail	4	36%
			Utilité d'avoir un médecin du travail	7	64%
Avec médecin	21	66%	L'a informé de son TCA	10	48%
			Ne l'a pas informé de son TCA	11	52%
<i>Total</i>	32	100%		32	100%

Tableau n° 28. Les relations avec le médecin du travail

Le médecin du travail	Oui	%	Non	%
Vous refusez de vous confier à lui	12/13	92%	1/13	8%
Vous craignez la rupture du secret médical	9/13*	69%	4/13*	31%
Vous auriez peur de perdre votre travail	8/13*	62%	5/12*	38%
Pourrait-il vous comprendre ?	3/13*	23%	10/13*	77%

*1 DM

Tableau n° 29. La perception du médecin du travail par les participants

4.2. Les critères d'aptitude médicale

Par le biais de notre questionnaire, nous avons voulu identifier les critères les plus utilisés par le médecin du travail pour prendre une décision à propos de l'aptitude médicale. L'analyse des résultats concernant cette division est entièrement contenue dans le tableau n°30.

Critères utilisés dans le cadre de la surveillance médicale	Oui	Non
Calcul de l'IMC	7	1
Prise de la tension artérielle	6	2
Evaluation de la douleur physique	5	3
Evaluation de l'absentéisme	5	3
Prise de sang	4	4
Fréquence des crises alimentaire	3	5
Humeur	3	5
Utilisation d'un questionnaire	1	7
Recherche d'accident de travail et de trajet	0	8

Tableau n°30. Les critères de surveillance

4.3. Les adaptations de poste

Parmi les possibilités d'aménagement de poste, nous avons recherché les adaptations portant sur :

- les horaires,
- la pénibilité physique,
- la charge de travail.

Nos résultats concernant les adaptations de poste sont résumés dans le tableau n° 31. Nous retiendrons qu'ils sont très peu nombreux.

Adaptation du poste en fonction :	Oui	Non
des horaires	4	0
de la pénibilité physique	1	3
de la charge de travail	3	1

Tableau n° 31. Les adaptations de poste de travail

4.4. Le réseau médical pluridisciplinaire

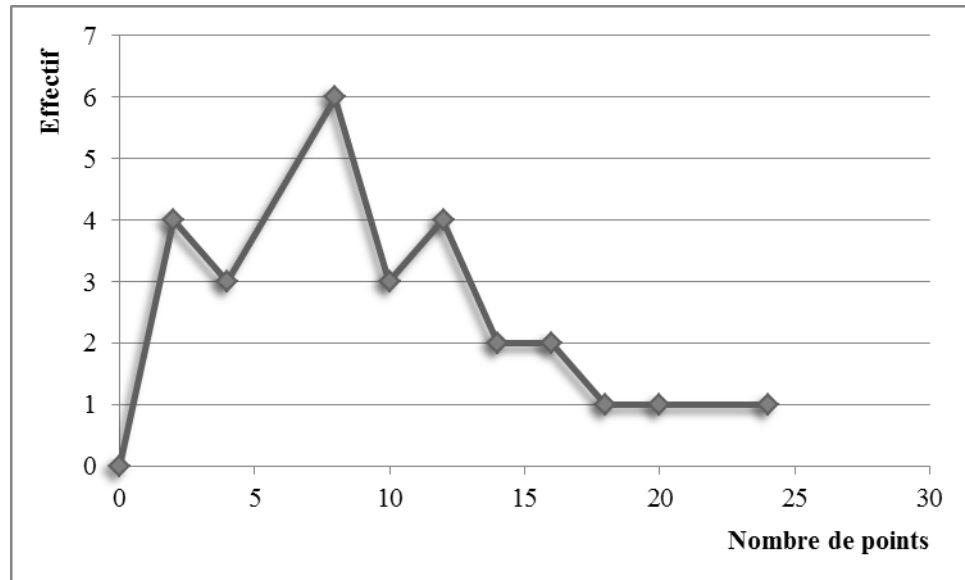
L'exploitation de ce dernier objectif ne nécessite pas que nous présentions un tableau étant donné la pauvreté des résultats obtenus. Deux participants seulement ont pu bénéficier d'un réseau médical de prise en charge pluridisciplinaire, d'une relation entre le médecin du travail et un médecin de soin. Par ailleurs, quatre personnes sur les trente-deux participants, soit 12,5%, bénéficient d'un temps partiel thérapeutique pour favoriser le retour au travail.

Il pourra paraître étrange que nous ayons choisi de présenter l'ensemble des scores concernant le chapitre V intitulé « La médecine du travail » à la fin de ce paragraphe. En raison du faible taux de déclaration de leur pathologie au médecin du travail, de nombreux patients n'ont pu répondre à cette partie du questionnaire. C'est la raison pour laquelle nous avons différé le résumé de ces résultats. Ceux-ci figurent dans le tableau n° 32.

La médecine du travail	Score max	min	max	% max	moy
Relation – la méfiance	14	0	12	88%	4,6
Surveillance médicale	20	0	14	78%	10
Adaptation de poste	8	0	8	100%	5,2
Pluridisciplinarité	8	0	2	25%	2
<i>Total</i>	50 points	0	24	48%	8,375

Tableau n° 32. Le score de la médecine du travail

La représentation graphique de la relation des patients avec le service de santé au travail s'inscrit dans une courbe assez accidentée. Les scores varient de 0 à 24 points, pour un maximum de 50 points qui est très loin d'être atteint. La moyenne arithmétique étant de 8,375.



Graphique n° 8. Score de la relation médecin du travail - patient

5. Les entretiens

A la suite du recueil des questionnaires, nous avons eu trois entretiens semi-dirigés d'une quinzaine de minutes chacun au centre Barbara pendant le mois de juillet 2013. La trame des entretiens se trouve dans l'annexe n° 8 page 141. Ces échanges nous ont permis d'obtenir quelques données complémentaires à propos des problèmes d'asthénie et d'algie. Nous avons pu également approfondir certains points portant sur le vécu personnel au travail. Nous avons eu le plaisir de constater que pour ces personnes le questionnaire était adapté à leur situation. C'est ce qu'elles nous ont dit.

Evidemment au cours de la discussion, nous avons, à l'inverse, relevé nos propres carences et les défauts de notre questionnaire. Il est donc perfectible, mais il est vrai aussi qu'il est très difficile de penser à tout. Ceci dit, ces quelques entretiens ont été fructueux, car ils nous ont permis d'imaginer un mini questionnaire « indicateur du vécu au travail » que nous présenterons dans nos conclusions. Le « *verbatim* » des entretiens est rapporté sous forme de phrases entre guillemets et en italique.

Nous confirmons que ces entretiens étaient bien confidentiels et qu'aucun lien n'a été recherché avec le questionnaire, lui-même anonyme, rempli par la même personne. Il reste que l'ensemble des résultats des entretiens était en adéquation avec l'analyse de l'ensemble des questionnaires.

Les entretiens nous ont permis de compléter les données recueillies dans les questionnaires. Nous en avons extrait des informations, concordantes, complémentaires et nouvelles.

5.1. La douleur physique

Ne pouvant tout aborder dans le questionnaire de notre étude, le problème de la douleur physique n'a été que trop peu effleuré. Or c'est un point important qui est ressorti des entretiens. En effet, toutes les participantes se sont plaintes soit d'arthralgies essentiellement au niveau des genoux, soit de lombalgie.

5.2. L'asthénie

Les trois participantes ont déclaré être régulièrement fatiguées. Ce symptôme est donc à prendre en compte en priorité. Nous n'y avons peut-être pas porté tout l'intérêt qu'il méritait.

- Le trajet domicile-travail

Deux personnes ont mentionné que les trajets domicile-travail étaient un réel problème notamment en période d'épuisement. L'une d'elles a même été victime d'un malaise. Celui-ci n'a pas entraîné d'accident de trajet. Ceci corrobore les déclarations énoncées dans les « Témoignages ». La troisième participante a déjoué ce risque en ayant pris comme critère professionnel primordial, la proximité du lieu de travail et de ce fait, son trajet se limite à dix minutes.

- Les horaires de travail

Les horaires de travail deviennent également un problème qui découle de l'asthénie. L'emploi du temps qu'elles choisissent est le reflet de la fatigue chronique de ces personnes souffrant de TCA. Parmi nos participantes, deux ont préféré travailler à mi-temps. Cet emploi du temps leur permet un temps de récupération.

- Le temps de repos

Selon ces trois participantes, la récupération est un moment indispensable pour assurer un certain équilibre entre maladie et vie professionnelle. Plusieurs idées ont été émises pendant ces entretiens visant à améliorer leur vie professionnelle au quotidien :

- la réduction du temps de travail,
- une adaptation ou une souplesse des horaires de travail,
- les pauses,
- la possibilité de siestes « flash ».

5.3. Le repas, un facteur de stress très puissant au travail

- Le temps

Le temps du repas est un instant capital dans le quotidien professionnel. Il est habituellement un moment de convivialité avec les collègues, un temps de rupture avec le monde du travail, etc. Dans le cas de nos trois patientes, la pause du déjeuner est plutôt perçue comme un facteur de stress majeur. L'une retarde au maximum cet instant jusqu'à se retrouver avec un temps de déjeuner tellement réduit qu'il devient lui-même motif de stress. Une autre déclare, dans le même sens, qu'un temps trop court pour déjeuner est une source d'angoisse.

- Manger en solitaire ou avec les autres

Quand le déjeuner n'est pas omis, la question que semblent se poser inconsciemment les participantes est la suivante : Quelle est la meilleure façon dont je dispose pour manger avec le moins de stress possible et selon les possibilités qui me sont offertes dans le contexte professionnel ?

La collectivité peut-être à la fois un obstacle et un bénéfice.

- En effet pour l'une d'entre elles la collectivité a d'abord été un facteur angoissant.
« *Le déjeuner est un problème de regard* » reflète la peur d'être observée, puis jugée ;
« *Être obligée de manger, cela m'est imposé* » assimilé à une perte de contrôle ;
« *C'était difficile au début quand je mangeais dans ma bulle avec des gens que je ne connaissais pas* » pendant la période d'adaptation.

La période d'adaptation révolue, la participante a ressenti les effets bénéfiques d'un repas en collectivité professionnelle. Malgré des horaires irréguliers, son travail lui permet de « *structurer ses repas* ». Et de ce fait, ses compulsions alimentaires ont lieu essentiellement en dehors des horaires de travail, avant ou après.

- Une autre participante a « *désamorcé la chose un peu* » en avertissant ses collègues dès le début de son embauche, qu'elle avait des difficultés pour le déjeuner, sans rentrer dans les détails. Cette attitude lui a aussi été bénéfique. En effet, elle peut ainsi profiter d'un certain contrôle « rassurant » sur la décision d'un déjeuner en collectivité professionnelle ou au contraire profiter d'un repas seule, selon les fluctuations de son trouble du comportement alimentaire.

5.4. Les relations au travail

Les relations interhumaines au travail ainsi que la reconnaissance sont des sujets qui ont émergé régulièrement dans les différents entretiens.

- L'adaptabilité

Dans deux des entretiens, les participantes ont avoué changer régulièrement de lieu de travail ; une infirmière et un professeur des écoles. Elles ont toutes deux mentionné que cette instabilité était un facteur péjoratif majeur, responsable de la fluctuation de leur trouble du comportement alimentaire.

La troisième personne a signalé que son métier de suppléante des écoles, l'amenait à changer régulièrement de poste, avec l'obligation d'une mise au point de son planning au dernier moment. Ce qui nous amène à la même conclusion, à savoir que le changement de poste ou de lieu de travail est un facteur perturbateur de la stabilité des troubles du comportement alimentaire et cela d'autant plus s'il ne peut être anticipé.

- Le regard des autres dans le monde professionnel

La relation avec les collègues et avec la hiérarchie est un thème fondamental qui fonde le bien-être de toute personne au travail. Cela est encore plus vrai pour celles qui souffrent d'addiction alimentaire.

- Certaines ont une perte de confiance en elles, importante. Elles ont surtout l'angoisse de mal exécuter leurs tâches.
- D'autres ont le besoin de faire un travail de qualité pour obtenir le regard bienveillant d'un supérieur « paternaliste » ou celui d'un collègue « protecteur ».
« J'ai besoin de sentir que l'on m'apprécie »

L'isolement par rapport aux collègues d'une participante et les difficultés relationnelles avec la hiérarchie pour une autre sont des facteurs pénalisant l'équilibre des troubles du comportement alimentaire. Ces difficultés relationnelles avec le supérieur ont entraîné pour l'une d'elles, une inaptitude d'urgence à tout poste de travail.

5.5. Quelques autres points de l'entretien

Nous mentionnerons plus succinctement les autres sujets abordés dans les entretiens.

- La reconnaissance en qualité de travailleur handicapé a été demandée par deux d'entre elles.
- Le temps partiel thérapeutique a été proposé ou envisagé pour l'une d'entre elles.
- Evaluation d'un mini questionnaire que nous présentons dans le chapitre « discussion ».

Le test a été rempli sans difficulté en quelques minutes.

Les participantes ont mentionné que les questions semblaient être pertinentes de leur point de vue, car elles se sentaient toutes trois concernées. De plus les scores élevés indiquent que ce test pourrait être très utile.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Notre étude n'avait pas vocation à investir le champ déjà très fertile de la documentation sur les troubles du comportement alimentaire et nous avons déjà souligné dans notre introduction l'extrême richesse des données bibliographiques sur le sujet. On peut d'ailleurs, aujourd'hui, se rendre compte de la concordance des interprétations. On se dirige tout droit vers un consensus en matière de critères diagnostiques notamment avec le DSM-V.

Notre but était tout autre : il visait à connaître le vécu au travail de personnes souffrant d'un trouble du comportement alimentaire. Nous aurions, bien entendu, souhaité comparer nos quelques résultats à d'autres, mais cette comparaison ne peut être réalisée. Malgré de notables efforts de recherche bibliographique, nous n'avons jamais réussi à trouver un article traitant de façon similaire, au moins partiellement, de ce lien entre la nourriture et le travail, entre le geste de manger et l'activité professionnelle. Nous avons donc commencé à labourer une parcelle encore vierge de ce vaste champ de recherche et nous avons parfaitement conscience que beaucoup de travail reste à accomplir.

Au terme de cette enquête nous réalisons pleinement que le geste symbolique pluriquotidien de porter ou de ne pas porter de la nourriture à sa bouche peut être lourd de conséquences pour la santé, l'équilibre psychique, la vie entière de l'individu. Ce geste si banal, si anodin, si naturel, joue un rôle fondamental dans l'orientation de notre vie. Il suffit qu'on le fasse trop ou trop peu, qu'il ne soit plus ni naturel, ni habituel, ni automatique pour qu'il perturbe notre vie intérieure, psychique, puis notre vie sociale et relationnelle et enfin pour qu'il envahisse et bouleverse notre vie professionnelle.

1. Bilan du recueil des questionnaires

Voyons d'abord ce que nous inspire tout l'environnement de l'enquête et les critiques que nous pouvons en faire.

La différence du nombre des questionnaires recueillis dans les deux centres de soins ne nous surprend pas du tout, étant donné qu'au centre Salomé la durée d'hospitalisation est plus longue, soit entre un à deux mois en moyenne. Le « *turn over* » des patients est plus lent et l'effectif est moindre.

Dans la population de notre enquête, l'âge minimal est de 16 ans. D'après les résultats du tableau n° 3 intitulé « Le bilan du recueil des questionnaires » et en prenant en compte la personne ayant refusé de participer à l'enquête, nous retiendrons qu'environ 30% de la population hospitalisée pour troubles du comportement alimentaire dans les services participants ont une expérience professionnelle. Ce pourcentage est à prendre avec prudence, car il ne comptabilise que les patients souffrant d'un TCA très sévère et ne représente donc pas l'ensemble de la population atteint de cette addiction. Il faudrait, pour avoir une vision plus juste, y ajouter les patients suivis en ambulatoire et les personnes suivies par leur médecin traitant. Il

ne s'agit là, bien sûr, que de l'ensemble des individus ayant souhaité se faire prendre en charge, tous ceux qui sont encore dans le déni ne rentrent pas dans le calcul.

Sur les 70% de patients n'ayant aucune expérience professionnelle, nous n'avons pas pu savoir s'il s'agissait de patients encore étudiants ou bien s'il s'agissait d'individus en âge de travailler, mais n'ayant encore jamais exercé une activité professionnelle.

2. Bilan sur le comportement des participants

A propos du comportement des participants, nous retiendrons comme fait positif que la majorité d'entre eux est plutôt appliquée et peut exécuter « une tâche ingrate, c'est-à-dire remplir un questionnaire », avec soin. Les patients accordent donc du temps, lors de leur consultation, pour faire connaître leur propre vécu au travail. Ils désirent, si nous nous référons aux déclarations recueillies au cours des entretiens, participer à une amélioration de la prise en charge des TCA.

Les deux participantes dont les réponses étaient rares et en contradiction avec leur situation de santé, nous amène à penser que ces patientes se trouvaient encore dans le déni important et résolu de leur maladie.

La situation particulière de l'artiste a mis en évidence l'imperfection de notre questionnaire et posé des limites à notre étude. L'assertion selon laquelle on ne peut jamais penser à tout, doit être selon nous, tenue pour vraie. En ce qui nous concerne, en tous cas, nous n'avons pas pensé que parmi les participants se glisserait une artiste, une personne donc qui n'a jamais connu de près ou de loin et de toute sa vie, le monde de l'entreprise. Nous ne l'éliminons pas pour autant, nous ne pouvons pas l'éliminer, mais nous avons dû tenir compte de sa singularité. Elle partage avec les autres participants les mêmes symptômes essentiels des troubles du comportement alimentaire. Du fait de son isolement, cette participante n'a pu remplir que 70% du questionnaire.

La prise en compte du questionnaire rempli par une étudiante qui ne remplissait pas tous les critères d'inclusions à l'enquête, a constitué une erreur matérielle de notre part. Nous nous en sommes malheureusement aperçus beaucoup trop tard. Elle avait été mise à quia pour répondre à toutes les questions concernant l'activité professionnelle. Elle a tout de même répondu aux questions concernant sa relation à autrui, et adapté ses réponses à son activité d'étudiante.

Enfin ajoutons qu'une patiente n'a désiré mentionner ni son âge, ni sa profession. Elle n'avait peut-être pas confiance dans l'anonymat des données.

3. Bilan sur les catégories socio professionnelles

On retiendra en priorité comme une donnée numérique assez fondamentale que les personnes atteintes d'un trouble du comportement alimentaire sont peu nombreuses à exercer une activité professionnelle. Même si notre enquête porte sur un faible effectif, le chiffre de 29% est signifiant de l'acuité du problème, car déjà un tiers de ces patients est en arrêt de travail. On peut donc considérer qu'à un moment donné, environ 80% des personnes hospitalisées pour TCA ne travaillent pas.

Des résultats affichés dans les tableaux n° 5 et 6, nous extrairons, en les discutant, les données suivantes.

- La majorité des patients hospitalisés sont dans la période de leur vie de pleine activité professionnelle, mais seulement 29% ont pu participer à l'enquête.
- Les différentes activités professionnelles exercées par nos participants et résumées dans le tableau n° 12 (voir page 62), correspondent *grosso modo* à celles qui ont été décrites dans la littérature.
- Les célibataires représentent les 100% des patients qui ne travaillent pas.
- Par opposition, 100% des patients ayant un projet professionnel ou une activité effective, vivent en couple.
- Dans notre enquête, un seul participant **masculin** a répondu. La représentation féminine est de 97% dans notre échantillon, alors que les données bibliographiques indiquent un pourcentage plus faible de 90% (6). Ce décalage peut s'expliquer par le fait que la prise en charge hospitalière d'un homme au milieu d'un groupe de femmes est plus délicate.

Le tableau n° 7 résume la situation sociale de nos patients et met en exergue une nette minorité de déclarations des reconnaissances comme travailleurs handicapés (RQTH) ou, d'invalidité de première et de deuxième catégorie. Pour expliquer cette situation et parce qu'elles nous paraissent plausibles, nous proposons les hypothèses suivantes.

- Soit, ils ne sont pas au courant de leurs droits.
- Soit, ils ne désirent pas se déclarer comme personne souffrant d'un handicap dans un contexte de déni de leur trouble.
- Soit encore, ils ne souhaitent pas se déclarer comme personne ayant un handicap car ils refusent de se reconnaître comme porteur d'un handicap.
- Soit, enfin, ils craignent que la déclaration d'un tel statut puisse contrevenir à leur avenir professionnel ou le freiner.

Remarquons que sur la totalité de notre échantillon, deux personnes sont en invalidité première catégorie et une troisième en invalidité deuxième catégorie, soit en tout 9%. Cette donnée témoigne de l'impact parfois très péjoratif des TCA dans la vie quotidienne.

4. Bilan du questionnaire. Les objectifs : principal et subséquents

En ce qui concerne nos différents questionnements, nous émettons quelques réserves. Nous avons mis environ un an pour créer ce questionnaire. Cette réalisation s'est appuyée, comme nous l'avons indiqué au chapitre II, sur des items de questionnaires déjà existants, sur

des informations extraites de sites anonymes, sur quelques données bibliographiques et enfin sur notre propre réflexion.

Nous avons tenté d'aborder un maximum de thèmes tout en tenant compte de la durée des réponses aux questions et par conséquent de la durée de concentration des personnes. Aucune question ne nous a semblée inutile. Pourtant certains items n'ont pas du tout mis en évidence un lien direct et probant entre travail et TCA, ceux portant par exemple, sur les agents chimiques, les maladies professionnelles et les astreintes.

4.1. A propos de l'objectif principal

En créant ce questionnaire, nous envisagions initialement d'apporter des réponses qualitatives sur le vécu au travail des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire. Mais cela nous a paru, somme toute, peu satisfaisant, car une méthode qualitative est peu adaptée pour mettre en relief l'intensité des réponses. Pour cette raison, nous avons mis en place un instrument de mesure permettant d'être un peu plus précis et d'apporter, par conséquent, des réponses quantitatives. Nous avons donc fait le choix de créer un score global en indexant chaque réponse d'une notation. Nous rappelons que la cotation de chaque question a été mûrement réfléchi et ne s'est pas faite sans peine. L'important est que la notation a été effectuée en amont du recueil des questionnaires et qu'elle n'a jamais été retouchée. Nous ne doutons pas que cette notation puisse être l'objet de critiques.

Le niveau des scores ne nous a pas apporté autant de satisfaction que nous l'aurions espéré. Le score global individuel est souvent plus faible que ce à quoi nous nous attendions. Cela s'explique en partie par le fait que des paragraphes entiers pouvaient ne pas concerner certains participants. Quand, par exemple, ceux-ci n'avaient pas de médecin du travail, ou quand ils n'avaient pas pu répondre à l'ensemble des questions.

On s'imagine facilement qu'une fois en possession de nos 32 questionnaires, nous avons eu grande envie de savoir quels étaient les scores atteints par nos participants. L'objectif principal poursuivi étant, rappelons-le, de connaître l'ensemble des difficultés rencontrées par ces personnes dans leur quotidien professionnel sous une forme chiffrée. Le score maximal théorique, souvenons-nous, est de 181 points et nous avons expliqué qu'il est totalement inatteignable (voir page 51).

La distribution de ces scores a un caractère gaussien asymétrique. Ceci est peut-être dû au fait de l'hétérogénéité des pathologies de nos patients, mais aussi et surtout dû à la faiblesse de notre effectif. Il nous semble pourtant qu'au bout du compte nous avons récolté quelques informations précieuses. L'allure assez typiquement gaussienne, même si légèrement asymétrique de notre courbe de répartition des scores globaux (voir graphique n° 1 page 58) démontre que nos participants partagent un grand nombre de préoccupations et de souffrances communes.

Si l'on s'en tient à la mathématique statistique, nous retiendrons qu'un score global s'étendant de 39,61 à 79,89 points est en faveur d'un lien significativement étroit et réciproque entre troubles du comportement alimentaire et travail.

Revenons un instant sur les questions qui n'ont pas mis en évidence, comme nous le citons plus haut, de lien entre travail et TCA. Nous avons pensé, à posteriori, que nous aurions très bien pu en faire l'économie, car ces ensembles de questions ont été une des causes de la

faiblesse du score global de chaque participant. Ceci étant, conformément aux données mathématiques, un score global compris entre 39, 61 et 79, 89 points est non seulement en faveur d'une des trois formes de troubles du comportement alimentaire que nous avons citées, mais traduit également un vécu au travail singulier et douloureux en lien avec le TCA.

4.2. A propos des objectifs subséquents

4.2.1. A partir de l'analyse graphique

Un peu comme Christophe Colomb, nous sommes partis à la découverte de l'inconnu et nous n'espérons pas trouver l'Amérique. Le moins que l'on puisse dire, c'est que les résultats sont assez contrastés. Transformés en graphiques, les résultats se présentent quelquefois en courbes du type gaussien, ce qui veut dire que pour le critère considéré, il y a une certaine homogénéité du comportement des participants ; c'est, semble-t-il, le cas pour « les symptômes au travail » et « les conditions de travail ». Pour le « vécu au travail » et « les troubles du sommeil », le profil des courbes n'est pas spécifiquement gaussien, car il présente certains accidents. Enfin pour d'autres paramètres, portant par exemple sur « les conditions du déjeuner » ou « les contraintes physiques » le profil des courbes est assez nettement indenté. Dans ces deux derniers cas, cela pourrait signifier que pour les critères considérés, on identifie plusieurs groupes de personnes, deux au moins (courbe « des conditions du déjeuner ») ou on pointe la diversité des métiers (« les contraintes physiques ») Nous convenons volontiers que c'est probablement en raison de la faiblesse de notre effectif, que nous n'arrivons pas à extraire des données numériques, des renseignements plus probants.

La conversion en mode graphique de certains aspects des relations réciproques entre trouble du comportement alimentaire et activité professionnelle n'est pas sans intérêt, mais elle n'apporte pas des informations totalement substantielles. C'est en revanche parmi les résultats de l'analyse séquentielle que nous allons pouvoir extraire et commenter ceux qui traduisent l'impact du travail sur les personnes atteintes de TCA aussi bien que ceux qui démontrent que ces pathologies influencent gravement la faisabilité du travail.

4.2.2. A partir de l'analyse séquentielle

Toutes les réponses concernant l'impact du travail sur les TCA, aussi bien que l'impact des TCA sur la faisabilité du travail se trouvent dispersées dans l'analyse séquentielle. Regroupons-les et résumons-les.

En ce qui concerne **les impacts du travail sur les personnes souffrant de TCA**, nous pensons avoir atteint quelques objectifs. Certains de ces résultats sont de nature à apporter un nouvel éclairage à la connaissance de ces pathologies par le fait du travail.

- Travail et période d'apparition du TCA

Ce qui apparaît comme une évidence dans le tableau n° 10 (voir page 61), c'est que le travail a très fortement **aggravé** le trouble du comportement alimentaire des personnes chez

lesquelles il était apparu à l'adolescence. Le chiffre de 75% est une information, selon nous, très importante. Que le travail proprement dit, ait aggravé un trouble du comportement alimentaire chronique ne nous étonne pas. En effet, le TCA est alors installé depuis longtemps dans le quotidien de la personne. Ce quotidien est déjà nourri d'habitudes, de réflexes et d'évitements, bref de stratagèmes mis en place pour vivre au mieux, avec cette addiction alimentaire. A ces difficultés s'ajoute alors la vie professionnelle, avec son rythme parfois soutenu, ses charges parfois nombreuses et ses responsabilités parfois complexes. Ces obligations peuvent devenir difficilement compatibles avec le maintien des stratagèmes précédemment cités. Nous ne sommes donc pas surpris que 75% des patients, souffrant de cette pathologie depuis leur adolescence, se plaignent d'une aggravation de leur trouble à cause de leur travail. Il est quand même opportun de rappeler ici que l'apparition des TCA se fait majoritairement au cours de l'adolescence (5) et il donc assez logique, que cette situation de vécu au travail touche majoritairement ces personnes. Or dans notre enquête, seulement 45% des patients déclarent que les troubles du comportement alimentaire sont apparus à l'adolescence. Si l'on s'en tient à un simple raisonnement comptable, tout semble indiquer que le travail peut être inducteur de TCA. Il y a cependant une autre possibilité, et d'ailleurs nous sommes tentés de la privilégier, c'est qu'un certain nombre de ces personnes n'a pas d'expérience professionnelle et n'a pas pu être inclus dans l'étude. C'est ici que transparait la fragilité des patients atteints d'un TCA apparu à l'adolescence.

Parmi les 45% de ces participants, il est clair que leur situation reste précaire car, si 50% d'entre eux sont encore en activité, 50 autres % n'ont pas résisté, soit à la pression de leur pathologie, soit à celle du travail et sont en arrêt maladie depuis **plus de 3 mois**. Le maintien dans l'emploi paraît donc réalisable pour la moitié d'entre eux, l'autre moitié étant en rupture avec son activité professionnelle.

Il est aussi des personnes chez lesquelles les TCA sont apparues à l'âge adulte. Elles représentent une majorité (55%), et parmi elles 23% déclarent que le travail a aggravé leur TCA, ce qui nous rapproche un peu de la seule donnée bibliographique comparable (3), à savoir que l'épuisement professionnel ou « *Burn out* » modifie le comportement alimentaire.

- Les horaires de travail

Il faut se rendre à l'évidence que si l'on excepte les astreintes, l'impact **des horaires** et de l'emploi du temps n'ont pas tendance à aggraver les TCA. Il semble que la réaction des patients à ces problèmes soit semblable à celle de la population générale. Même prévenue, toute personne en astreinte ressent un certain stress quand un coup de téléphone la dérange en pleine nuit ou un dimanche après-midi, pour effectuer un dépannage ou tout autre travail urgent. Le taux de 75% (voir tableau n° 13) portant seulement sur quatre personnes travaillant en astreinte, est à prendre avec circonspection et une extrême prudence. Il serait hasardeux d'en tirer des conclusions hâtives et définitives. Nous ne passerons pas sous silence une information que nous avons recueillie au cours des trois entretiens. De façon très univoque et malgré des emplois du temps différents, les participantes ont déclaré être très attachées à des plannings pré-établis, que ceux-ci soit réguliers ou irréguliers. Un changement de planning non anticipé représente donc un facteur important de stress, ce qui s'accorde avec l'état d'esprit des patientes qui ont un besoin de tout contrôler.

- L'hyperinvestissement au travail

La vie professionnelle peut investir totalement et continûment la conscience de ces personnes, au point que plus de la moitié d'entre elles s'y épuisent. Quand 40% des participants s'investissent dans leur travail au-delà de ce qui leur est demandé, cela signifie sans conteste, qu'il y a un **hyperinvestissement professionnel**. Le phénomène d'hyperinvestissement que nous retrouvons dans notre échantillon, a déjà été commenté dans la littérature scientifique (3). Ces 40% constituent une première catégorie de patients, car les 56% qui déclarent travailler le nombre d'heures exact constituent, selon nous, une deuxième catégorie. Les 4% restants correspondent à ceux qui travaillent moins que ce qui leur est demandé. Dans la deuxième catégorie nous supputons qu'il pourrait y avoir, mais nous n'en avons aucune preuve, deux groupes:

- un premier groupe qui, perfectionniste, est en train de décrocher,
- et un second qui ne s'est jamais investi dans le travail au-delà du raisonnable.

L'interprétation que nous suggérons est guidée par l'importance que les patients accordent à leur travail et aux émotions que celui-ci induit.

Il est une information qui mérite réflexion ; c'est parmi les personnes qui travaillent le plus (au-delà de 35 heures) que 67% déclarent que l'aggravation des TCA n'a aucun effet sur leur investissement au travail. Nous pensons que ce comportement témoigne du **maintien** de l'équilibre entre hyperinvestissement professionnel et leur trouble alimentaire. Il peut bien entendu y avoir d'autres interprétations.

- A propos des contraintes physiques

Les **contraintes physiques** existent dans un grand nombre de métiers et elles touchent les travailleurs à des degrés très divers. Il est évident pour tout le monde, qu'un maçon, un mineur de fond, un agriculteur exercent des métiers où les tâches physiques sont quotidiennes et éreintantes. Elles existent aussi dans beaucoup d'autres métiers, mais lorsqu'elles concernent des travailleurs handicapés, ces contraintes physiques sont beaucoup plus difficiles à supporter. Or, les patients dont nous rapportons le vécu au travail sont, bel et bien, des travailleurs porteurs d'un handicap.

La discussion sur ce problème est donc importante. Plusieurs questions se posent :

- la pénibilité physique au travail est-elle signalée par nos participants?
- peut-elle être objectivée par rapport aux différents métiers exercés?

Si on se rapporte à l'échantillon complet de notre étude, les contraintes physiques existent dans une majorité de métiers exercés par nos patients. Nos statistiques démontrent que 69% des participants déclarent avoir des postures difficiles au travail, que 69 autres % déclarent faire de la manutention et qu'enfin 37% estiment que leur métier nécessite des gestes à répétition. Ces derniers chiffres sont à mettre en relation avec les professions exercées par nos participants. Un grand nombre d'entre eux exercent effectivement des métiers assez pénibles : par exemple, les enseignantes dans les écoles maternelles prenant en charge des enfants en bas âge, les infirmières

et les aides-soignantes portant les malades ou le saisonnier dans l'agriculture. La pénibilité physique au travail est donc fréquemment présente dans le quotidien professionnel de nos participants.

Le travailleur ordinaire rapporte généralement sa fatigue physique à la pénibilité de sa tâche. Le travailleur porteur d'un handicap devrait normalement faire de même, mais en ajoutant que son handicap surajoute de la fatigue à la fatigue. Il est plus fatigable, c'est normal. Nous verrons un peu plus loin, à la suite de ce paragraphe, et à propos du vécu de la pénibilité physique au travail, que nos patients ont une toute autre explication, explication très originale.

Pour clore ce paragraphe, nous discuterons un instant d'une contrainte physique que la médecine du travail prend en compte : la température sur le lieu de travail. A une ou deux exceptions près, les métiers exercés par nos participants ne se signalent pas par des températures extrêmes. Or, quand on voit que 44% des participants déclarent être gênés par la température de leur lieu de travail, on a tendance à l'imputer à la pathologie. Il s'agit alors probablement de personnes sévèrement dénutries. Nous anticipons sur la suite, mais ce paramètre est à prendre en compte dans l'analyse du poste de travail.

En ce qui concerne **les impacts du TCA sur la faisabilité du travail**, face à la pénurie des mesures prises pour gérer ce problème, nous soulignons quelques faits importants et peut-être un peu méconnus.

- **Les arrêts de travail**

Que 57% de nos participants aient été en arrêt de travail au moment précis où nous avons débuté l'enquête est bien la preuve que les troubles du comportement alimentaires influent sur l'activité professionnelle. Or, ces arrêts sont dans **88% des cas, des arrêts maladie de longue durée**, c'est-à-dire de plus de trois mois et quelquefois de plusieurs années. Le trouble du comportement alimentaire, s'il n'est pas soigneusement pris en compte en tant que tel par l'encadrement médical, laisse peu de chances au patient de continuer à exercer son activité. Le médecin du travail agissant en tant que conseiller auprès des instances dirigeantes de l'entreprise peut jouer un rôle majeur dans le maintien dans l'emploi. Cette donnée montre toute l'importance de la difficulté qu'il y a, à rester dans le monde professionnel pour les personnes souffrant de ces pathologies. La connaissance de ces faits nous paraît fondamentale dans la réflexion que nous menons. Nous en discuterons à propos de la prise en charge pluridisciplinaire et le maintien dans l'emploi.

Dans toutes les situations, l'arrêt de travail est un facteur de pronostic de l'évolution péjorative de la maladie. Sa durée, sa fréquence peuvent signaler la nécessité d'une prise en charge à réévaluer.

- Les accidents de trajet, les accidents de travail

La survenue d'un accident de trajet ou d'un accident de travail doit être considérée, au même titre que l'arrêt-maladie, comme un feu qui passe au rouge. Dans la population de nos 32 patients, on pourrait penser, à priori, mais à tort, que sept participants ayant eu un accident de travail (soit 26%) et trois autres participants un accident de trajet (soit 11%), sont des chiffres négligeables. En réalité, quand on compare ces résultats à ceux recueillis par la CARSAT sur les accidents dans les Pays de la Loire (32), nous en concluons que nos chiffres sont hautement significatifs. Car en effet, en 2010, les statistiques officielles portant sur 1 027 602 salariés, ont estimé les accidents du travail à 4,1% et à 0,11% les accidents de trajet.

Ajoutons qu'au cours des différents entretiens que nous avons mené, après le recueil des questionnaires, les patients ont mis en avant, avec insistance, le risque d'accident de trajet essentiellement dû à l'épuisement ou au malaise. Il est hors de doute, par conséquent, qu'on ne peut nier que le TCA puisse être un obstacle important à l'exécution des tâches professionnelles.

Par ailleurs, aucune maladie professionnelle (MP) n'a été déclarée selon les résultats de l'étude. L'une des explications plausibles, mais nous n'avons aucune certitude, serait la sous déclaration dans un contexte de probable déni associé à un investissement important au travail. Cette idée est importante, car les participants se plaignent, dans leur grande majorité de la pénibilité physique qu'ils incriminent quasi exclusivement aux troubles du comportement alimentaire.

- La pause déjeuner

Parmi les émotions engendrées par la pause déjeuner, il en une qui ressort en priorité : c'est l'angoisse. C'est un moment de fragilité extrême pour les personnes souffrant d'addiction alimentaire. L'idée même du déjeuner est une source d'angoisse et retentit à la fois sur le travail et les relations interprofessionnelles.

Nous avons souhaité savoir comment les participants vivaient leur repas en entreprise. La liste des questions n'a pu, bien sûr, être exhaustive et nous avons sélectionné dans le tableau n°16 (voir page 64) les items qui nous ont paru les plus significatifs. Il nous semble qu'une donnée indiquant que 63% de nos participants sont stressés avant le déjeuner et que cela entraîne une perturbation de leur travail, est une information d'importance majeure. A cette première donnée, s'ajoute que 65% des personnes ont changé leurs habitudes pour déjeuner. Il est vrai que ce ne sont pas très exactement les mêmes personnes ; 16 d'entre elles sur 32 sont à la fois stressées et ont changé leurs habitudes, ce qui représente tout de même un pourcentage de 50%. Il s'agit là d'une information, certes portant sur un petit effectif, mais une information neuve.

Les TCA interviennent également, mais à un degré moindre sur la façon de manger ou sur le regret de devoir manger seul ou avec les collègues. Nous n'avons pas jugé utile d'en discuter, car cela relève davantage du comportement individuel, de l'état d'évolution et du type de pathologie dont souffre le participant, enfin, et sans doute, de sa profession.

Il est intéressant à ce point de notre discussion, de rappeler que la traduction graphique des réponses concernant toute la problématique posée par la pause déjeuner, est une courbe

d'allure irrégulière, sans doute bimodale. Si la pause déjeuner est un souci pour l'ensemble des patients, celui-ci ne s'exprime pas de façon homogène dans le détail. On excepte, bien entendu, le sentiment d'angoisse partagé par le plus grand nombre d'entre eux. L'une des explications pourrait être que nous ayons deux catégories de personnes. Elles ne partageraient pas exactement les mêmes difficultés pour le repas :

- soit parce qu'il s'agit de troubles différents de comportement alimentaire,
- soit parce qu'il s'agit de deux phases différentes de la même pathologie. En tout état de cause, il est possible qu'avec un effectif plus important, nous aurions pu mieux affiner l'interprétation.

- Le vécu au travail

Quand on est en souffrance physique ou psychique, on espère toujours le soutien, ou de sa famille, ou (et) de ses amis. Si ce soutien n'existe pas, on peut alors le rechercher dans le monde du travail, auprès des collègues ou de la hiérarchie. Or il est clair que dans notre échantillon, un grand nombre d'entre eux n'a pas réussi à négocier cette translation. En effet, trois des participants se sentaient déjà non soutenus par leurs proches ou leur famille, soit 9% et il n'y a rien de pire que de se sentir isolé. On pouvait espérer alors qu'ils trouveraient un soutien dans le milieu du travail où l'on passe la plus grande partie de sa vie. C'est tout le contraire, car **29%** de nos patients se déclarent totalement isolés, donc totalement non soutenus dans le monde professionnel. Un très faible nombre d'entre eux disent avoir des liens avec plus de quatre collègues (10%). Nous retiendrons ici l'importance du sentiment d'**isolement** de beaucoup de patients souffrant de TCA.

A l'évidence les patients cherchent à nier la réalité de leur isolement en jetant un voile de fumée sur les rapports qu'ils ont avec les individus qu'ils côtoient dans l'entreprise. Quand la lecture du tableau n° 19 (page 67) nous indique que toutes ces personnes sont majoritairement dans un rapport social bon et correct avec la hiérarchie (97%), avec les collègues (90%), alors que précédemment leurs réponses montraient qu'ils se sentaient isolés, on constate un décalage. Cette ambivalence pourrait démontrer la constance, la permanence du mal-être de ces patients, ainsi que leur difficulté à mener des relations interindividuelles abouties. On peut aussi l'expliquer par une difficulté à accéder à une conflictualisation intrapsychique. Ce tableau pointe le fait suivant : malgré l'isolement noté précédemment, les rapports professionnels entre le patient et ses collègues ou le patient et sa hiérarchie semblent être en concordance avec ceux des autres salariés. Nous pensons que c'est probablement le souhait profond du patient.

Au décalage que nous venons de découvrir dans les relations interindividuelles, s'ajoute également un décalage dans l'appréciation que les participants portent en général sur la qualité de leur travail en regard de l'appréciation qui est portée par les collègues et la hiérarchie. On ne pouvait certainement pas prévoir qu'un nombre non négligeable de patients jugent en général plus sévèrement la qualité et la quantité de leur propre travail que leurs collègues ou la hiérarchie. C'est ainsi que seulement 54% des patients estiment leur travail moyen ou mauvais

alors que, aussi bien les collègues (73%) que la hiérarchie (71%), le considèrent excellent ou bon.

L'angoisse de décevoir l'entourage professionnel relève du désir et du **besoin de reconnaissance** par la hiérarchie, mais aussi par les pairs. C'est un facteur connu des risques psychosociaux (RPS). Il en est de même, mais à un degré autrement plus élevé, pour les personnes atteintes de TCA. Nous savons et nous comprenons qu'elles souffrent du regard des autres, alors elles recherchent à la fois la bienveillance et la reconnaissance de leur entourage professionnel. Elles sont plus intéressées par la gratification qu'elles pourraient recevoir d'autrui que par leur satisfaction propre, c'est pourquoi elles sont toujours à la recherche d'un travail parfait. Ce besoin, cette recherche d'apaisement s'exprime d'une certaine façon, par le décalage que nous avons observé et chiffré entre l'appréciation que les patients ont d'eux-mêmes et celle que leur entourage aurait d'eux-mêmes. Ces personnes ne peuvent vivre que si elles travaillent sous le regard bienveillant des personnes qui travaillent avec elles. L'isolement socioprofessionnel semble donc être un facteur de risque capital de désinsertion professionnelle pour les patients atteints de ces pathologies.

Sans que nous ayons voulu percer le mystère des peurs, des envies, des craintes qui se bousculaient dans le cerveau de nos patients, nous prenons acte du fait que l'analyse des contraintes psychiques nous a fourni des réponses d'importance majeure. L'idée du travail, le travail lui-même, la vie au travail, investissent totalement et continûment la conscience de ces personnes sous la pression permanente et irréprouvable de leur addiction alimentaire, au point que plus de la moitié d'entre elles s'y épuisent. Cela va de la peur de mal exécuter le travail (90%) à l'obsession de rendre un travail aussi parfait que possible (74%), en passant par la peur de décevoir son supérieur (78%).

- Les symptômes au travail

L'interaction entre travail et troubles du comportement alimentaire est omniprésente. C'est ce qui se trouve résumé dans le tableau n° 27 (voir page 71). On voit ainsi que l'obsession de la nourriture perturbe le travail, donc sa faisabilité dans 75% des cas. Ceci est corroboré aussi bien par les témoignages dans les forums, que par les entretiens. Mais s'il y a obsession pour la nourriture, il y peut y avoir aussi obsession pour le travail. L'intrication entre ces deux addictions est très complexe, difficile à démêler. Cela souligne sans doute la diversité des personnalités de nos participants, la diversité de nature et de degré de leur trouble du comportement alimentaire, comme nous l'avons déjà mentionné. Nous n'avons pas à rechercher d'ailleurs une univocité dans les conduites.

Il y a un partage égal entre les personnes qui se disent obsédées par le travail et celles qui disent ne pas l'être. Quand 59% disent que le travail est une aide pour gérer leurs difficultés alimentaires, nous sommes tentés de penser que quand elles travaillent, ces personnes oublient leur addiction alimentaire. Evidemment tous ces participants ne partagent pas ce sentiment puisque 38% se déclarant obsédés par le travail, considèrent qu'il est une entrave à leur pathologie et à leur vie personnelle. Enfin 25% obsédés par le travail indiquent que cette obsession est sans effet. La diversité du ressenti des personnes est assez déroutante.

Et pourtant quelque chose les unit, les réunit, qui transparait dans toutes les réponses. C'est l'angoisse, le mal-être, la souffrance, l'insatisfaction. Ce qui les unit c'est la prison dans laquelle les a enfermés leur psychisme.

Il nous paraît judicieux d'extraire des résultats du questionnaire la réalité essentielle suivante : pour nos patients, leur trouble du comportement alimentaire est et reste une priorité incontournable. Comme notre ombre accompagne notre corps à chaque pas, cette addiction accompagne leur esprit à chaque instant. Il est au **centre de leur vie quotidienne**. Voyons les exemples qui l'attestent :

- le trouble se manifeste quelquefois avec brutalité ; au moment des pauses et surtout au cours de la pause déjeuner, ce n'est pas surprenant.
- le deuxième exemple surprend davantage. Dans le cas de notre étude, les troubles du sommeil chez nos patients révèlent de multiples étiologies. En effet, sur les 84% de participants qui déclarent avoir des troubles du sommeil, 93% d'entre eux les imputent aux TCA ou à la fois au TCA et au travail. Seulement 4% attribuent leur insomnie au travail. Or, nous savons que l'hyperinvestissement professionnel est chose fréquente chez beaucoup de nos participants. Nous nous attendions à ce que les troubles du sommeil soient préférentiellement causés par l'exercice professionnel. C'est bien la preuve qu'il ne faut pas avoir d'idées préconçues. Nous regrettons de ne pas avoir exploré plus en profondeur les paramètres de cette petite sous division. Elle aurait mérité une plus grande attention de notre part.
- le troisième exemple, s'inspire du tableau n° 21 (voir page 68). Lorsque les patients considèrent ou estiment qu'ils sont **insatisfaits de la somme de travail accomplie, ils l'imputent encore à l'aggravation de leur TCA (80%)**. Inversement les patients qui sont satisfaits de la quantité de travail réalisé estiment en même temps que les TCA n'interviennent pas (81%).
- le dernier exemple est sans aucun doute le plus inattendu. Il s'agit des contraintes physiques. Cet exemple montre à quel point les troubles du comportement alimentaire investissent le quotidien physique et psychique. Chaque patient pense que son trouble alimentaire est responsable de tout et de toute sa souffrance. Qu'il s'agisse de la problématique liée à la manutention, à celle des postures ou encore à celle de la répétitivité des gestes, les participants assurent que le travail n'est pas responsable de la pénibilité qui découle de ces contraintes physiques. Ces personnes suivent une toute autre logique et imputent ces diverses difficultés essentiellement à leur trouble du comportement alimentaire

Si nous souhaitions contracter l'ensemble des résultats que nous avons discuté jusqu'à présent, nous dirions que la vie du patient est « centrée sur son trouble du comportement alimentaire ». Cette addiction empiète tellement sur leur quotidien qu'il leur paraît indispensable de modifier et d'adapter à tout moment leur mode de vie pour la satisfaire. Pour assurer, autant

que faire se peut cet équilibre si fragile, la très grande majorité des patients fait appel à différents stratagèmes. Ceux-ci sont variés et la liste présentée dans les tableaux n°23 et 24 (voir page 69) est loin d'être exhaustive. Notre étude chiffrée indique tout de même que 75% des patients, c'est-à-dire les trois quarts, vivent cette situation. Pour tout dire, nous ne sommes pas surpris, dans la mesure où nous avons décelé à différents niveaux de notre questionnaire, l'intensité de leur besoin d'aide. La recherche de cette aide se présente sous deux formes : l'aide matérielle et l'aide humaine.

L'aide matérielle est en elle-même une addiction supplémentaire. Elle peut venir en amont de la crise alimentaire pour la prévenir ou en aval. Elle veut être un moyen de ne pas y succomber. Le recours à ces stratagèmes, pour échapper à la souffrance, ne sont que des ersatz, des succédanés toxiques. L'aide est alors anonyme et secrète quand il s'agit de consommer des drogues, de l'alcool ou des médicaments. Pour éviter la crise alimentaire, le patient se livre à des prises compulsives d'une ou de plusieurs des substances que nous venons d'évoquer. Cela exprime évidemment un désir d'évitement de la crise alimentaire, une volonté de ne pas succomber. C'est aussi quelque part la preuve d'une volonté de vouloir « s'en sortir ». La consommation de médicaments et de substances psychoaffectives est privilégiée, elle atteint un total important de 56,5%.

Cette notion est également importante, car l'auto médication compulsive de laxatifs ou de diurétiques est source de différents troubles métaboliques dont nous avons déjà cité l'extrême gravité. Mais il existe également un autre aspect, celui de l'incompatibilité, au moins partielle, entre la consommation irrépressible de médicaments et l'exercice normal de la fonction au poste de travail. Dans notre enquête, la consommation de médicaments par nos patients est assez fréquente. En effet, 67% déclarent avoir consommé, lors du dernier mois de travail, des tranquillisants.

Les troubles du comportement alimentaire dont les plus connus sont l'anorexie et la boulimie sont en elles-mêmes des conduites addictives. Il n'est donc pas étonnant que d'autres addictions se surajoutent aux TCA. C'est ainsi que 18,5% de nos patients déclarent avoir consommé, soit de l'alcool (majoritairement), soit du cannabis.

Ces données sont à prendre en considération, car non seulement la consommation de drogue ou d'alcool est interdite notamment dans les entreprises, mais aussi elle engendre aussi avec la consommation concomitante de benzodiazépines, des troubles de l'attention donc un risque accru d'accident du travail. On ne s'étonnera donc pas que ces consommations soient sources d'interdiction de certaines activités professionnelles.

La recherche de l'aide humaine, c'est exactement le contraire. Et selon nos estimations chiffrées, elle équivaut à 60% de l'ensemble des aides. C'est la recherche d'un recours, d'un soutien, c'est la démarche que l'on fait après avoir succombé. Elle vient en aval de la crise alimentaire. Cela peut être le soutien auprès des collègues, de la hiérarchie (22%), du médecin (6%), ou en « chatant » dans les forums (32%). Ici, la surprise est de taille : que l'aide médicale ne soit représentée qu'à hauteur de 6%, alors que le rôle du médecin est d'apporter de l'aide au patient constitue une information à prendre avec sérieux et qui interpelle. La prééminence de l'aide par le « chat » indique manifestement que le désir d'anonymat persiste. Quand nous avons recueilli des informations sur ces sites anonymes, nous avons ressenti à quel point toutes les

phrases semblaient vraies, fortes, honnêtes, et désespérées. Qui peut mieux comprendre un malade, sinon un autre malade souffrant d'un mal identique ? En ce qui nous concerne, nous en sommes arrivés à penser que l'aide demandée ne l'était pas *stricto sensu*, mais qu'elle était plutôt la demande d'une écoute, le souhait qu'un regard bienveillant prête attention à une détresse personnelle livrée « sur la toile ».

Nous avons été impressionnés et surpris par la complexité du lien tissé entre TCA et vie professionnelle. La diversité des réponses apportées nous font pressentir le caractère très évolutif de ce lien. Bien que nos patients soient à un stade de leur maladie qui a nécessité une hospitalisation, nous voyons bien qu'ils ne vivent pas tous leur pathologie de la même façon dès lors qu'ils la transportent dans le milieu professionnel. Le basculement positif, autrement dit « cela va mieux, ou je vais mieux » comme négatif, c'est-à-dire « je suis très mal », peut se manifester à tout moment. Ces personnes vivent dans un ensemble de paradoxes, de tiraillements de la pensée et de tourments de l'âme. Car comment expliquer que, malgré tous les désagréments qu'impose le travail, 59% des patients disent que celui-ci les aide à gérer leur TCA et que 75% avouent au contraire que leur TCA perturbe leur travail.

5. Bilan du questionnaire. Les objectifs subsidiaires

Bien que ces quatre objectifs ne s'inscrivent pas directement dans l'intitulé de notre thèse, ils en sont malgré tout un prolongement logique. Nous allons, comme nous l'avons déjà fait pour les objectifs subséquents, faire une analyse séquentielle de la division dédiée à ce sujet.

5.1. A propos des relations avec le médecin du travail

Le dépouillement des questionnaires nous a fait immédiatement suspecter des résultats très contradictoires. En effet, 21 patients ont eu recours au service de santé au travail, soit 66%, les 11 patients restants n'ayant eu aucun contact. A propos de ce dernier groupe et concernant l'aide que pouvait leur apporter la médecine du travail, les avis ont été divergents. Un tiers d'entre eux, soit exactement 36%, souhaiterait bénéficier d'une surveillance médicale au travail. Curieusement, la moitié de ceux qui disposent d'un médecin du travail, soit exactement 52%, ne l'a pas informé de son trouble. Tout ceci revient à dire que la moitié de notre effectif, soit 15 personnes sur 32, **soit 47% ne voit ni l'utilité ni l'intérêt d'une prise en charge incluant le service de santé au travail**. Ce qu'il y a également d'assez surprenant et de désarmant, c'est l'idée qu'on ne pourrait pas faire confiance à son médecin du travail, pour différentes raisons comme on le voit clairement indiqué dans le tableau n° 29 (voir page 73).

5.2. A propos des critères d'aptitude médicale

Dans notre recherche des critères les plus utilisés par le médecin du travail pour prendre une décision à propos de l'aptitude médicale, lesquels sont résumés dans le tableau n°30 page 73, nous retenons quelques données.

Rappelons que seulement 21 personnes de notre échantillon ont déjà eu un contact avec les services de santé au travail. Parmi elles, dix seulement ont informé leur médecin du travail sur leur pathologie et dans cette très petite sous population, huit sur dix cette fois, déclarent avoir une surveillance médicale particulière en rapport à leur TCA. Nous constatons que les critères utilisés par le médecin du travail sont extrêmement variés et nous n'avons indiqué dans le tableau n° 30 que ceux auxquels nous avons pensé. Cette liste n'est donc pas exhaustive. Elle montre clairement qu'il n'y a pas unicité dans la démarche médicale.

Ces résultats sont à prendre avec circonspection, car l'item concernant la prise de sang met en doute la compréhension de certains autres items de ce questionnement. Il ne serait pas surprenant que certains participants aient confondus la surveillance médicale par le médecin de soin et le médecin du travail. Néanmoins, cette analyse donne quelques idées sur les possibilités de critères de surveillance.

5.3. Les adaptations de poste

Des adaptations de poste ont bien été aménagées en fonction des horaires, de la pénibilité physique et de la charge de travail. Il reste que sur les dix personnes ayant averti leur médecin du travail de leur maladie, seulement quatre d'entre elles ont pu bénéficier d'un aménagement de leur poste de travail, au motif de leur trouble du comportement alimentaire. On remarquera tout de même que dans ces quatre cas, la pathologie des patients n'a pas été sous-estimée et que les aménagements ont concerné tous les champs possibles d'une adaptation de poste.

5.4. Le réseau médical pluridisciplinaire

Mentionnons qu'il existe déjà partiellement un réseau pluridisciplinaire par le biais du temps partiel thérapeutique. En effet, 4 personnes sur les 32 participants, soit 12,5%, bénéficient d'un temps partiel thérapeutique pour favoriser le retour au travail.

Mais seulement deux participants ont bénéficié d'un réseau médical de prise en charge pluridisciplinaire par des contacts entre les différents médecins de soin et de travail. Or il s'agit d'une population de personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire sévères et qui ont, pour la plupart d'entre elles, de longs arrêts de travail. Ce chiffre témoigne de la pénurie des relations interdisciplinaires médicales. Cette carence est surtout péjorative pour la santé du patient. Sans prétendre que l'axe professionnel puisse changer la face du monde, il paraît être une piste d'importance dans le suivi médical afin d'éviter des arrêts prolongés ou même des désinsertions professionnelles. Ce réseau encore embryonnaire est mis en évidence par les scores recueillis dans cette division ; ils signalent indiscutablement une carence de relation interdisciplinaire. Mais rassurons-nous, nous préférons nous saisir de ce résultat comme un atout, car il ouvre un champ encore en jachère, un champ à exploiter dans la prise en charge pluridisciplinaire des troubles du comportement alimentaire.

6. Que pourrait faire le médecin du travail ?

Le travail est une activité quotidienne, nécessaire pour faire partie intégrante de la société et indispensable pour vivre. Nous passons la majeure partie de notre vie à travailler. Le médecin du travail doit faire en sorte qu'une personne en activité aujourd'hui le reste demain et assurer à un patient aujourd'hui qu'il pourra revenir demain dans le milieu professionnel. Les troubles du comportement alimentaire dans le milieu de l'entreprise, nous pensons en avoir fait le constat, sont encore des non-dits. Les patients ont tendance à ne pas faire confiance à leur médecin du travail et les médecins du travail se sentent démunis face aux TCA, pathologies qu'ils connaissent mal dans l'ensemble. Sachant que l'aptitude médicale se fonde sur une liste de critères assez bien définis, voyons ceux qui, dans cette liste pourraient être utilisés pour suivre plus spécifiquement les patients atteints d'un TCA et ceux que l'on pourrait y ajouter. Bien que cette liste soit loin d'être complète, voici quelques-uns des critères parmi les plus couramment utilisés :

- le poids et autres constantes standards (tension artérielle, fréquence cardiaque),
- la douleur physique,
- le nombre de jours d'arrêts de travail,
- l'apparition d'accidents de trajet ou de travail,
- le traitement avec les adaptations de posologie,
- la recherche d'une addiction,
- les troubles du sommeil.

Nous pensons être en mesure de faire une proposition, proposition visant à détecter et à suivre les salariés souffrant d'un trouble du comportement alimentaire dans les services de santé au travail.

Dans le prolongement de notre étude, nous avons extrait quelques réponses parce qu'elles émergent nettement au terme de cette enquête. Rappelons que dans notre échantillon de patients, plusieurs catégories de TCA sont représentées (anorexie, boulimie et forme mixte) et rappelons aussi que du fait de l'anonymat, nous n'avons jamais su de quel type d'addiction alimentaire chacun d'entre eux souffrait. Or, nous avons constaté que quelques symptômes étaient très largement partagés par la quasi-totalité des participants. Nous les avons déjà signalés dans les résultats, mais sans jamais les avoir analysés ensemble car ils étaient dispersés. Revoyons-les, après les avoir regroupés par ordre de fréquence dans le tableau n° 33.

	symptômes	fréquence	%
1	La peur de mal exécuter son travail	28/31	90%
2	Les troubles du sommeil	27/32	84%
3	La peur de décevoir mon supérieur	25/32	78%
4	L'obsession de la nourriture qui perturbe le travail	24/32	75%
5	La recherche d'un travail parfaitement exécuté	23/31	74%
6	Une demande de concentration excessive au travail	21/32	66%
7	Le stress avant le déjeuner perturbant le travail	10/32	62,5%

Tableau n° 33. La fréquence des symptômes de différents troubles alimentaires partagés

Cette liste met tout de suite en relief l'intérêt des items que nous avons choisis. Soulignons que les termes se rapportant à l'alimentation ne sont évoqués qu'à deux reprises. Le rassemblement de ces sept sujets nous a donné l'idée de créer un nouveau et bref questionnaire. On remarquera que seul l'item n° 5 ne correspond pas à un symptôme.

A ces sept questions, nous en avons rajouté deux autres, car les séances d'entretien que nous avons eues avec certaines des participantes nous en nous fourni l'occasion. Nous n'y avons pas pensé, et c'est pourquoi la question n'a jamais figuré dans notre questionnaire initial, la fatigue et les douleurs physiques sont des symptômes majeurs que les patientes mettent en avant. Elles nous ont dit notamment qu'elles prenaient le facteur fatigue en considération en mettant au point des stratégies particulières pour l'éviter au maximum.

Ceci étant, notre mini questionnaire se compose alors de neuf questions. Nous prévoyons que chaque question soit cotée de 0 à 10. Le score global peut donc varier entre 0 et 90 points. Observons qu'avec ce test, on pourra d'une part constater que plus le score est élevé, plus le lien entre travail et addiction alimentaire est signifiant d'un mal être et que d'autre part, quand entre deux tests le score augmente, cela signifie qu'un déséquilibre s'installe et qu'il y a, par conséquent, une aggravation du TCA au travail. Si, à l'inverse, entre deux tests consécutifs, le score diminue, cela signifie qu'une amélioration est en train de s'opérer.

Nous avons demandé aux trois participantes au cours des entretiens, si elles acceptaient de faire le mini test constitué alors des sept premières questions. Elles ont accepté sans aucune retenue. Nous avons eu l'extrême satisfaction de constater que ce test fonctionnait parfaitement, car les scores ont été les suivants :

- première participante : 61 / 70 points
- deuxième participante : 38 / 70 points
- troisième participante : 37 / 70 points

Pour valider cet outil de surveillance, il est évidemment indispensable de le tester sur un échantillon plus vaste.

Cette idée de mini questionnaire a été en quelque sorte un point de départ pour essayer d'aller plus loin dans la surveillance médicale des personnes atteintes de TCA dans les services de santé au travail. C'est dans ce sens que nous avons créé un petit fichier pratique. Celui-ci regroupe :

- une fiche regroupant les éléments de la trame d'une visite médicale,
- le questionnaire de dépistage SCOFF des troubles du comportement alimentaire,
- notre mini questionnaire rassemblant les neuf items que nous venons d'évoquer.

Remarque : ces documents se trouvent dans les pages qui suivent et dans cet ordre.

Pour que le médecin du travail puisse agir efficacement, assurer le retour à l'emploi et le suivi de salarié, il ne peut pas se satisfaire de la seule visite que l'on qualifie de systématique (VS). Celle-ci n'a lieu que trop rarement. Afin de rapprocher l'intervalle de temps entre les visites, deux possibilités peuvent être évoquées : soit le salarié est reconnu comme travailleur handicapé et les visites périodiques rentrent dans le cadre d'une surveillance médicale renforcée, soit des visites sont faites à la demande du médecin du travail (VD).

Diagnostic et suivi médical en service de santé au travail

RESEAU : CONTACT	
<ul style="list-style-type: none">- Médecin coordinateur :- Médecin traitant :- Addictologue- Psychiatre :- Nutritionniste :	
RYTHME DES SUIVIS	
<ul style="list-style-type: none">- <input type="checkbox"/> VD à la demande du salarié- <input type="checkbox"/> VS- <input type="checkbox"/> VPR- <input type="checkbox"/> Rythme régulier :	
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> VD à la demande du médecin du travail<input type="checkbox"/> SMR (RQTH)<input type="checkbox"/> VRtous les Mois	
L'HISTOIRE DU POIDS	
<ul style="list-style-type: none">- Taille :- Poids minimal : Poids maximal : Poids de forme :- Fixation d'un poids minimal à partir duquel la personne peut travailler :	
INTERROGATOIRE	
<ul style="list-style-type: none">- <input type="checkbox"/> Arrêt de travail- <input type="checkbox"/> Accident de travail- <input type="checkbox"/> Horaires réguliers- <input type="checkbox"/> Intégration socio-professionnelle	
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Accident de trajet<input type="checkbox"/> Astreintes<input type="checkbox"/> Horaires irréguliers<input type="checkbox"/> Pas d'intégration socio-professionnelle	
EXAMEN CLINIQUE	
<ul style="list-style-type: none">- Poids actuel :- TA : FC :- Douleur : - Score mini questionnaire TCA :	
EXAMENS COMPLEMENTAIRES	
<ul style="list-style-type: none">- <input type="checkbox"/> ECG :- <input type="checkbox"/> examen sanguin- <input type="checkbox"/> autres :	
LES AMENAGEMENTS DE POSTES	
<ul style="list-style-type: none">- <input type="checkbox"/> Pénibilité physique adaptée à l'IMC- <input type="checkbox"/> Aménagement d'horaires (favoriser l'anticipation des horaires dans un planning irrégulier)- <input type="checkbox"/> Temps partiel thérapeutique- <input type="checkbox"/> Horaires pour les soins, repas thérapeutique <p>Minimiser les expositions professionnelles en lien avec la nourriture, l'apparence physique et un environnement de personnes souffrant du même type de pathologie.</p>	

AIDE EN ENTREPRISE

- Entretien infirmier en service de santé au travail
- Psychologue du travail
- Soutien Manager
- Assistante de service social
- Soutien collègue

TEST DE DEPISTAGE : LE QUESTIONNAIRE SCOFF

Le questionnaire SCOFF est un outil de dépistage des troubles alimentaires. Deux réponses positives sont fortement prédictives d'un trouble du comportement alimentaire.

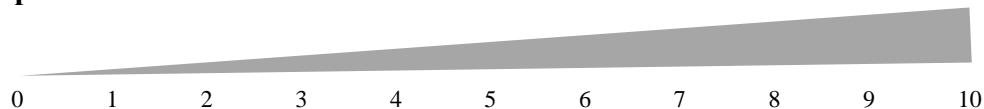
1. **Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?**
OUI
NON
2. **Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?**
OUI
NON
3. **Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?**
OUI
NON
4. **Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?**
OUI
NON
5. **Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?**
OUI
NON

TEST DE SUIVI : MINI QUESTIONNAIRE TCA AU TRAVAIL

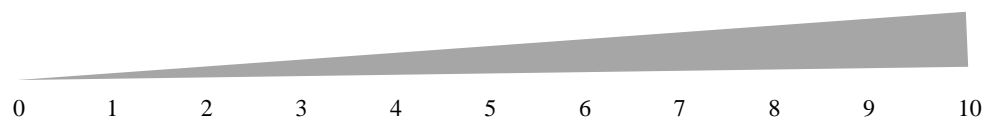
Cocher à l'aide d'une croix, comme l'indique le modèle, le questionnaire.

Pas du tout : 0  10 : totalement

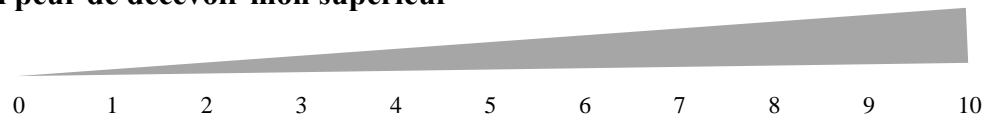
1. J'ai peur de mal exécuter mon travail



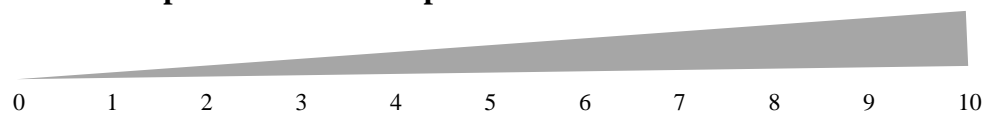
2. J'ai des troubles du sommeil



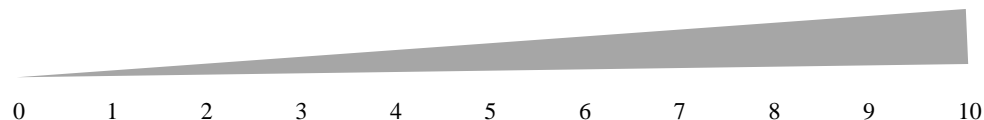
3. J'ai peur de décevoir mon supérieur



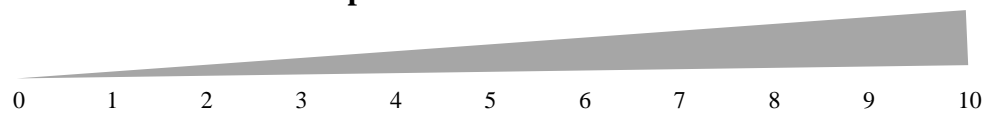
4. Mon obsession pour la nourriture perturbe mon travail



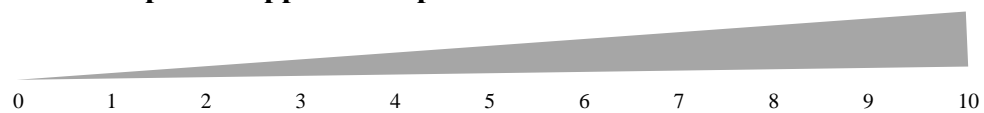
5. Je désire rendre un travail aussi parfait que possible, peu importe le temps passé



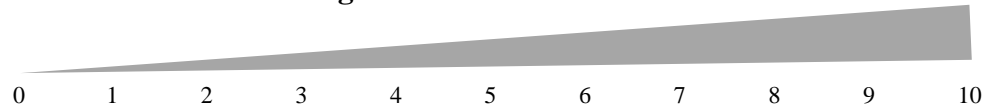
6. Mon travail me demande trop de concentration



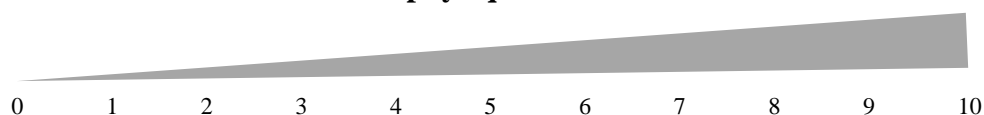
7. L'heure du repas se rapproche et perturbe mon travail



8. Quel est votre niveau de fatigue ?



9. Quel est votre niveau de douleur physique ?



7. Réflexion à propos du réseau médical pluridisciplinaire

On ne peut nier qu'il existe un réseau de médecins spécialistes capables de prendre en charge ces pathologies particulières que sont les troubles du comportement alimentaire. Pour l'heure, les addictologues, les psychiatres, les nutritionnistes et les médecins généralistes en font partie. Les informations que nous avons recueillies nous incitent à penser que le médecin du travail ne fait généralement pas partie de ce réseau. C'est dommage ! C'est dommage, car c'est précisément lui qui est chargé de délivrer l'aptitude médicale. Or, il n'est pas informé alors qu'il devrait être un élément charnière dans le réseau. Il est sur la ligne de front. C'est avant qu'un salarié ait le dos totalement en capilotade, que le médecin du travail peut intervenir. C'est aussi, avant que le patient décompense gravement son addiction alimentaire, que le médecin du travail pourrait intervenir afin d'éviter la dégradation de son problème de santé. Celui-ci mettrait alors en place les adaptations de postes nécessaires, se mettrait en relation avec le réseau de soins qui aurait déjà pris en charge le salarié. Il faut bien sur obtenir l'adhésion du patient. Or, souvenons-nous, que ce dernier ne fait pas assez confiance en son médecin du travail. Il y a là une action à conduire pour rétablir ce lien de confiance. C'est par le médecin de soins qu'il pourrait l'être. Quoi qu'il en soit, cette mesure de prévention pourrait, nous l'espérons, diminuer la fréquence et la longueur des arrêts de travail, premier pas de la désinsertion professionnelle.

Les recommandations de l'HAS, sont selon nous, parfaitement justifiées. Il est souhaitable de « faire bouger les lignes », de donner sa place, toute sa place au médecin du travail. Redisons-le encore une fois, pour délivrer l'aptitude médicale, il a besoin d'être en possession de tous les éléments médicaux. Pour l'instant, tout nous porte à croire que c'est, soit l'addictologue, soit le psychiatre qui peut jouer le rôle de coordinateur du réseau de soins. Il nous paraît donc que c'est à ce coordinateur qu'incombe le rôle d'informer tous les médecins, y compris le médecin du travail et autres acteurs paramédicaux du réseau. Il est important que tous tiennent le même discours pour renforcer l'adhésion du patient dans l'accompagnement, non seulement des soins, mais aussi de la prévention au travail. Prenons comme exemple la nécessité de mentionner le même poids minimal, poids en dessous duquel la personne ne peut plus travailler. La concordance dans le discours médical est d'autant plus importante quand on sait avoir à faire à des patients qui travestissent facilement la vérité : manipulation pathologique, déni de la maladie, et négation de l'hyperinvestissement.

Une fois en possession des éléments médicaux nécessaires, le médecin du travail pourra procéder d'une façon plus adéquate à la délivrance de l'aptitude médicale. Celui-ci pourra avec ces éléments assurer un suivi médical de la pathologie en milieu professionnel. Il doit jouer le rôle de guetteur au sein de ce réseau et alerter le coordinateur quand il détecte une situation de plus en plus préoccupante pour le salarié dans sa vie professionnelle.

8. Réflexion à propos du retour au travail

Ce que l'on constate très généralement, c'est que les salariés qui ont été en arrêt de travail pendant plusieurs mois, retournent dans leur entreprise sans que le médecin du travail ait été sollicité, autrement dit, sans que cette reprise ait été préparée. Rappelons que c'est une des missions importantes du médecin du travail que de déterminer si cette reprise est possible. Nous pointons là une insuffisance, une carence. Or, notre étude démontre clairement que les arrêts de travail sont souvent longs, au-delà de trois mois généralement et quelquefois de plusieurs années. Cette carence est donc extrêmement préjudiciable, à la fois pour le salarié mais aussi pour l'entrepreneur.

Si le médecin du travail était averti en temps et en heure par le coordinateur du réseau de soins, de la situation de santé du salarié, il pourrait réfléchir à des adaptations de postes, à des aménagements d'horaires et à la mise en place d'un suivi médical approprié, autrement dit, il pourrait faire tout son possible pour faciliter un retour durable.

Souvenons-nous que notre enquête chiffrée, même si elle porte, encore une fois, sur un effectif très réduit, nous a apporté une information que nous jugeons de grande importance : ce sont 100% des célibataires qui sont en arrêt de travail. Or, par définition, ce sont des personnes qui ont le plus besoin d'être réintégrées au milieu des autres êtres humains et le milieu de l'entreprise est précisément le lieu le plus propice, le plus à même pour réussir cette resocialisation.

Le rôle du médecin du travail, en jugeant de l'aptitude médicale, grâce à tous les outils que nous avons évoqués et dans le cadre du réseau de soins, a un rôle déterminant à jouer dans la réinsertion sociale.

Devant ce constat, nous proposons une réflexion commune sur l'aspect professionnel de la prise en charge pluridisciplinaire des TCA. Il faut absolument anticiper le retour au travail du patient en recueillant ses souhaits et en les analysant, autrement dit, en l'aidant à réaliser un projet professionnel. Ce pourrait être :

- une reprise au même poste adapté* en concertation avec le médecin du travail,
- un changement de poste,
- un reclassement professionnel,
- une réorientation professionnelle.

*L'adaptation peut concerner : les contraintes physiques, les aménagements d'horaires, l'organisation ou la charge de travail.

Le retour dans le monde du travail suppose une véritable préparation. Elle doit, selon nous et dans le sens des recommandations de l'HAS, débiter pendant la période des soins, dès qu'une certaine stabilité de l'état de santé du patient est constatée. Il est donc essentiel que la préparation de ce projet professionnel intervienne le plus tôt possible au cours de la prise en charge pluridisciplinaire. Cette réflexion peut avoir lieu lors de l'hospitalisation ou encore au cours d'un arrêt de travail de longue durée. Elle pourrait être composée des étapes suivantes :

- une consultation avec une assistante de service social permettrait d'analyser finement la relation santé-travail d'un point de vue qui viendrait en complément de celui du corps médical. En effet, cette assistante est une professionnelle qui jouerait le rôle social d'accompagnatrice.
- viendrait ensuite une « consultation professionnelle ». Elle serait conduite par un médecin du travail indépendant capable d'écouter et de conseiller le patient sur la faisabilité de son projet professionnel. Il lui indiquerait les moyens pour y parvenir.

Et nous verrions ainsi, petit à petit, s'élaborer un projet réfléchi, réalisable et souhaité par le patient. Son espoir renaîtrait. En même temps, nous pensons que selon toute probabilité, le stress pour ne pas dire l'angoisse de retourner au travail pourrait s'amoinrir, voire s'évanouir.

CONCLUSION

Au cours de ce travail de thèse et grâce au questionnaire que nous leur avons proposé de remplir, nous avons pu mesurer à quel point, les personnes atteintes de TCA pouvaient être en souffrance dans le monde professionnel. Beaucoup de ces patients sont déjà enfermés dans une pathologie très difficile à vivre. Leur TCA est tellement au centre de leur vie que celle-ci se construit autour. Ce n'est pas qu'ils n'ont pas conscience de leur trouble, c'est qu'ils n'ont pas conscience de l'invasion, de l'empiétement que celui-ci produit sur leur vie quotidienne. D'ailleurs tous les stratagèmes élaborés et utilisés pour échapper à leur addiction, sont en quelque sorte des mécanismes régulateurs, des mécanismes de compensation dont ils n'ont pas la pleine conscience.

Ce que notre questionnaire a bien démontré, c'est que le travail n'est pas sans effets sur l'évolution et l'apparition de ces types d'addiction. Les patients transportent leur trouble alimentaire dans le monde professionnel, dans un milieu où leurs stratagèmes deviennent difficiles à mettre en place. Cela devient source d'une augmentation hyperbolique de leur angoisse, car ils ont le sentiment de perdre le contrôle de l'équilibre qu'ils s'étaient construit. Les patients expliquent leurs symptômes, qu'il s'agisse par exemple, des troubles du sommeil, des contraintes physiques, ou de l'épuisement au travail, en incriminant plutôt leur trouble du comportement alimentaire que le travail lui-même. Les mécanismes de compensation, c'est à dire, les « aides matérielles et humaines, les changements d'habitudes alimentaires, etc. » n'opèrent plus aussi efficacement. Les efforts fournis pour maintenir un certain état d'équilibre sont excessivement importants. Mais il arrive un moment, où pour un certain nombre de patients, se manifeste une faillite des mécanismes régulateurs, autrement dit, l'apparition d'un phénomène de décompensation. Le maintien au travail devient alors assez rapidement difficile, voire impossible. Nous pensons que cela pourrait être la raison pour laquelle une moitié de nos participants est en arrêt de travail. Ces arrêts de travail sont pour la plupart d'entre eux de longue durée, parfois même de plusieurs années. Cela signifie que la prise en charge des TCA est encore à améliorer. Or, il est de fait que notre enquête met bien en évidence que le médecin du travail n'est que trop peu intégré dans le réseau médical pluridisciplinaire et que, par ailleurs, il ne bénéficie pas de la pleine confiance des patients. Il y a donc tout un champ à investir, celui de l'aspect professionnel dans le réseau de soins des addictions alimentaires : concernant ce problème spécifique, le médecin du travail doit avoir une action préventive, une action de surveillance dans le milieu professionnel et peut travailler en pleine harmonie avec tous les acteurs du réseau de soins.

Afin d'intégrer, ne serait-ce qu'un peu, la prise en compte de l'aspect professionnel des troubles du comportement alimentaire dans le réseau, nous suggérons que le médecin du travail puisse agir en amont, au moyen d'une fiche de détection et de suivi de ces patients, dans les services de santé au travail. Nous n'avons pas la prétention de révolutionner leur prise en charge, mais si nos propositions pouvaient l'améliorer un tant soit peu et participer à une meilleure qualité de vie professionnelle de ces patients, notre travail n'aurait pas été vain.

ANNEXES

Annexe 1. Information aux équipes de soins : présentation de l'enquête

Annexe 2. Note d'information destinée au(x) parent(s)

Annexe 3. Note d'information destinée au patient

Annexe 4. Questionnaire

Annexe 5. Score

Annexe 6. Note d'information au patient pour la participation de l'entretien

Annexe 7. Déroulement de l'entretien

Annexe 8. L'avis du GNEDS

Annexe 9. Liste des tableaux et graphiques

Annexe 1. Information aux équipes de soins

PRESENTATION DE L'ENQUETE

1) Déroulement de l'enquête

- ✓ Recherche, par **l'équipe de soins**, des patientes pouvant être incluses dans l'étude selon les critères d'inclusion.
- ✓ Recueil du consentement oral de la patiente avec le document d'information et une présentation orale de l'étude et de ses intérêts.
Si la patiente est mineure, il sera nécessaire d'obtenir le consentement du (des) parents.
- ✓ Remplissage du questionnaire informatisé dans une salle adéquate et réservée pour l'étude.

2) 3 critères d'inclusion et 3 critères d'exclusion

critères	inclusion	exclusion
Age	>16 ans	< 16 ans
TCA	anorexie, boulimie	TCA autre
Expérience professionnelle	activité présente ou passée de plus de 1 mois consécutif	pas d'expérience une expérience <1 mois consécutif

Le handicap et l'invalidité ne sont pas des critères d'exclusion

Un stage de formation ou un travail d'été suffisent pour justifier d'une expérience professionnelle.

3) Intérêts de l'enquête :

- ✓ Connaître le vécu au travail des personnes souffrant de TCA
- ✓ Evaluer le lien entre travail et TCA au moyen d'un score
- ✓ Bilan des mesures mises en place dans les adaptations de postes
- ✓ Appréciation des critères d'aptitude médicale des personnes atteintes de TCA

4) Les documents :

- ✓ Informations pour la patiente
- ✓ Informations pour le (les) parent(s) si la patiente est mineure

5) Questionnaire

- ✓ questionnaire composé de 46 questions en 15 pages
- ✓ « les recommandations du remplissage du questionnaire »

6) Pour tout renseignement complémentaire : Bénédicte Courtois : 06 99 41 40 38

Annexe 2. Note d'information destinée au(x) parent(s)

NOTE D'INFORMATION AU PARENT POUR LA PARTICIPATION A LA RECHERCHE DE PATIENT MINEUR OU PROTEGE

« Le vécu au travail de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire »

Médecin investigateur

Nom : Docteur Bruno Rocher
Service : Centre Barbara,
Service d'addictologie du CHU de Nantes
Adresse : 9 bis, rue de Bouillé 44000 Nantes
Téléphone : 02 40 20 66 40.

Responsable de la recherche

Nom : CHU de Nantes
Adresse : 5, allée de l'île Gloriette, 44 093 NANTES
Contacts : Secrétariat de la Direction de la recherche
Téléphone : 02 53 48 28 35
(Secrétariat de la Direction de la recherche)

Madame, Monsieur,

Le service d'addictologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes effectue une recherche ayant pour but d'analyser le lien entre le travail et les troubles du comportement alimentaire. Nous serions très heureux si vous acceptiez que votre enfant réponde au questionnaire destiné à mieux connaître son vécu au travail, à identifier les difficultés qu'il peut rencontrer et comment il y fait face au quotidien. Nous cherchons également à effectuer un état des lieux sur l'intervention du médecin du travail dans sa prise en charge. Le recueil des informations se fait en une seule fois entre juin et juillet 2013 grâce à un questionnaire informatisé. Il est rempli par votre enfant dans les locaux de sa prise en charge. Ce questionnaire est anonyme : ne sont mentionnées, ni l'identité de votre enfant, ni celle de l'entreprise ou du service de santé au travail. Afin de pouvoir participer à l'enquête il est nécessaire, en plus de la raison pour laquelle votre enfant est hospitalisé, qu'il ait une expérience professionnelle d'un minimum de 1 mois. Cela peut-être une activité actuelle ou passée ou même une activité effectuée lors d'un stage dans le cadre d'une formation en entreprise ou scolaire.

Cette recherche ne présente pas de risques pour la santé de votre enfant. Les résultats qui en seront issus ne permettront pas d'apporter d'informations pertinentes sur sa santé en particulier. En revanche, ils favoriseront le développement des connaissances dans le domaine de la santé et devront être confirmés, ensuite, par des études cliniques complémentaires, afin de permettre l'essor de nouvelles méthodes thérapeutiques. Votre médecin pourra vous informer (et) ou informer votre enfant, à votre ou à sa demande, des résultats globaux de cette recherche.

Pour être menée à bien, cette recherche nécessite la mise en œuvre d'un traitement informatisé des données personnelles de votre enfant afin de permettre l'analyse des résultats. Un fichier informatique comportant ses données va donc être constitué. Par mesure de confidentialité et pour respecter sa vie privée, ses données seront systématiquement codées. Seuls les professionnels de santé personnellement en charge du suivi de votre enfant auront connaissance de ses données nominatives. Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées sur informatique, à tout moment, par l'intermédiaire du médecin de votre enfant. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et d'être traitées dans le cadre de cette recherche. Vous ou votre enfant pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du Docteur mentionné au début de ce document. Ce projet ainsi que le présent document ont été présentés au Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS).

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser la participation de votre enfant à la recherche qui vous est présentée. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de la prise en charge de votre enfant. Si vous refusez la participation de votre enfant, les données ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin. Le médecin qui vous a proposé la recherche et vous a donné oralement toutes les informations nécessaires peut répondre à toutes vos questions.

**Merci de conserver cette notice d'information
Ce document est remis au représentant du patient.
Un exemplaire est conservé dans le dossier médical**

Annexe 3. Note d'information destinée au patient

NOTE D'INFORMATION AU PATIENT POUR LA PARTICIPATION A LA RECHERCHE

« Le vécu au travail de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire »

Médecin investigateur

Nom : Docteur Bruno Rocher
Service : Centre Barbara,
Service d'addictologie du CHU de Nantes
Adresse : 9 bis, rue de Bouillé 44000 Nantes
Téléphone : 02 40 20 66 40.

Responsable de la recherche

Nom : CHU de Nantes
Adresse : 5, allée de l'île Gloriette, 44 093 NANTES
Contacts : Secrétariat de la Direction de la recherche
Téléphone : 02 53 48 28 35
(Secrétariat de la Direction de la recherche)

Madame, Mademoiselle,

Le service d'addictologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes effectue une recherche ayant pour but d'analyser le lien entre le travail et les troubles du comportement alimentaire. Nous serions très heureux si vous acceptiez de répondre au questionnaire destiné à mieux connaître votre vécu au travail, à identifier les difficultés que vous pouvez rencontrer et comment vous y faites face au quotidien. Nous cherchons également à effectuer un état des lieux sur l'intervention du médecin du travail dans votre prise en charge. Les informations sont recueillies au moyen d'un questionnaire anonyme, ne mentionnant ni votre identité, ni celle de l'entreprise ou du service de santé au travail. Le recueil se fait en une seule fois, entre juin et juillet 2013. Afin de pouvoir participer à l'enquête, il est nécessaire, en plus de la raison pour laquelle vous êtes hospitalisée, d'avoir une expérience professionnelle d'un minimum de 1 mois. Cela peut-être une activité actuelle ou passée ou même une activité effectuée lors d'un stage dans le cadre d'une formation en entreprise ou scolaire.

Cette recherche ne présente pas de risques pour votre santé. Les résultats qui en seront issus ne permettront pas d'apporter d'informations pertinentes sur votre santé en particulier. En revanche, ils favoriseront le développement des connaissances dans le domaine de la santé et devront être confirmés, ensuite, par des études cliniques complémentaires, afin de permettre l'essor de nouvelles prises en charge. Votre médecin pourra vous informer, à votre demande, des résultats globaux de cette recherche.

Pour être menée à bien, cette recherche nécessite la mise en œuvre d'un traitement informatisé de vos données personnelles afin de permettre l'analyse des résultats. Un fichier informatique comportant vos données va donc être constitué. Par mesure de confidentialité et pour respecter votre vie privée, vos données seront systématiquement codées. Seuls les professionnels de santé personnellement en charge de votre suivi auront connaissance de vos données nominatives. Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées sur informatique, à tout moment, par l'intermédiaire de votre médecin. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et d'être traitées dans le cadre de cette recherche. Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du Docteur mentionné au début de ce document. Ce projet ainsi que le présent document ont été présentés au Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS).

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à la recherche qui vous est présentée. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de votre prise en charge. Si vous refusez de participer, les données ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin. Le médecin qui vous a proposé la recherche et vous a donné oralement toutes les informations nécessaires peut répondre à toutes vos questions.

Merci de conserver cette notice d'information
Ce document est remis au patient .Un exemplaire est conservé dans le dossier médical

Annexe 4. QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE : TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET TRAVAIL

Ce questionnaire anonyme est en rapport avec vos Troubles du Comportement Alimentaire, autrement dit « TCA » et votre vie professionnelle. Merci de répondre aussi spontanément que possible.

*Concernant l'activité professionnelle, considérez que les questions se rapportent au **DERNIER MOIS DE TRAVAIL** que ce soit votre métier actuel ou votre dernier métier si vous ne travaillez plus.*

- ✓ Cochez les cases correspondant le plus à votre situation
- ✓ Remplacez les « XXX » par des mots ou des chiffres correspondant à votre situation
- ✓ N'oubliez pas de sauvegarder régulièrement vos réponses.

Attention, nous commençons

❖ Cochez la case correspondant au service dans lequel vous êtes suivie:

Centre Barbara Centre Salomé Numéro : XXX

I LA SITUATION DE VIE

1	<u>IDENTITE</u>				
1.1	Vous êtes :	une femme <input type="checkbox"/>	un homme <input type="checkbox"/>		
1.2	Quel âge avez-vous?	XX ans			
2	Pendant le <u>dernier mois</u> de travail, vous vous sentiez :	OUI			NON
2.1	Soutenue par votre famille	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2.2	Soutenue par votre conjoint	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2.3	Soutenue par vos amis	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2.4	Non soutenue	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

3	Vous êtes :	OUI			NON
3.1	En couple	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
3.2	Célibataire	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
3.3	Avez-vous des enfants ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
4	Quel est votre niveau d'étude ? <i>CAP, BAC, université de ...</i>	XXX			
	<u>STATUT</u>				
5	Vous êtes actuellement :	OUI			NON
5.1	En cours de licenciement	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5.2	En reclassement professionnel	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5.3	Engagée dans un projet professionnel	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5.4	Vous êtes reconnue comme « <u>travailleur handicapé</u> »	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5.5	SI OUI , est-ce dans le cadre de vos TCA ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5.6	Vous êtes en <u>invalidité</u> 1ère catégorie	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5.7	Vous êtes en <u>invalidité</u> 2ème catégorie	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5.8	Si vous êtes en invalidité, est-ce dans le cadre de vos TCA ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

<u>TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE</u>					
6	Vos TCA sont apparus :	OUI			NON
6.1	A l'adolescence	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
6.2	A l'âge adulte alors que vous n'exerciez aucune profession	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
6.3	A l'âge adulte quand vous exercez une activité dans une entreprise	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
7	Vous diriez que l'exercice de votre métier dans la dernière entreprise :	OUI			NON
7.1	A déclenché vos TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
7.2	A amélioré vos TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
7.3	A aggravé vos TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
7.4	N'a eu aucun effet sur vos troubles	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
II LES CONDITIONS DE TRAVAIL					
<u>LE METIER</u>		OUI			NON
8	Exercez-vous un métier ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
8.1	Lequel est (<i>était</i>)-ce ?	XXX			
8.2	Depuis combien de temps avez-vous cessé cette activité ? (<i>Si vous travaillez encore marquez « 0 »</i>)	XX mois ou XX ans			

9	Avez-vous changé de métier depuis le début de votre carrière professionnelle?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
9.1	SI OUI , est-ce moins de 3 fois ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
9.2	SI OUI , est-ce entre 3 et 6 fois ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
9.3	SI OUI , est-ce plus de 6 fois ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
9.4	SI OUI , était-ce en général en rapport avec vos TCA ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
10	Depuis combien de temps êtes (étiez)-vous dans cette entreprise ?	XX mois ou XX ans			
	<u>EMPLOI DU TEMPS ET HORAIRES DE TRAVAIL</u>				
11	Concernant votre dernier emploi du temps lors du <u>dernier mois</u> de travail, vous diriez plutôt :	OUI			NON
11.1	Le planning était le même d'une semaine à l'autre	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11.2	J'avais des roulements d'horaires (3X8, 2X8...)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11.3	Je travaillais les weekends	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11.4	J'estime que travailler les weekends aggravait mes TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11.5	Je travaillais occasionnellement la nuit	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11.6	Je travaillais régulièrement la nuit	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11.7	J'estime que travailler la nuit aggravait mes TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11.8	J'étais sujette à des astreintes <i>(obligation de se déplacer si appel)</i>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11.9	J'estime que travailler en astreinte aggravait mes TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11.10	Au total, estimez-vous que votre dernier emploi du temps, vos derniers horaires de travail ont pu aggraver vos TCA ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

12	Combien d'heures effectuiez-vous par semaine en moyenne ?	XX heures par semaine			
13	Etait-ce en général ?	OUI			NON
13.1	Juste le temps qui vous était demandé	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
13.2	Moins que le temps qui vous était demandé	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
13.3	Plus que le temps qui vous était demandé	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
13.4	Estimez-vous que l'aggravation de vos TCA a diminué votre investissement au travail ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<u>PAUSE DEJEUNER</u>					
14	Au travail, pour la pause déjeuner, vous diriez plutôt :	OUI			NON
14.1	Je déjeunais seule	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
14.2	Je déjeunais avec les collègues	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
14.3	Je mangeais à mon poste de travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
14.4	J'ai changé mes habitudes pour déjeuner, suite l'aggravation de mes TCA ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
15	En général, lors d'une pause déjeuner, vous diriez plutôt:	OUI			NON
15.1	Quand l'heure du déjeuner approchait cela me stressait. Cela perturbait mon travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
15.2	Je mangeais plus lentement que mes collègues	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
15.3	Mes collègues étaient au courant de mes TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
15.4	Les autres m'observaient quand je mangeais, cela devenait insupportable	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
15.5	Je déjeunais avec mes collègues mais j'aurais préféré manger seule	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

15.6	Je regrettais de devoir manger seule à cause de mes TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
15.7	Je me forçais à manger « normalement » pour éviter les remarques de mes collègues	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<u>LES CONTRAINTES PHYSIQUES</u>					
16	Pendant votre journée de travail vous diriez plutôt :	OUI			NON
16.1	Les stations (<i>debout, assise</i>), les piétinements, les déplacements (<i>à pied ou en voiture</i>) étaient devenus difficiles avec l'aggravation de mes TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
16.2	J'étais contrainte, dans l'exercice de mon travail, à maintenir des postures difficiles	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
16.3	Les positions « accroupie », « à genoux », « penchée en avant » ou en « position instable » étaient devenues difficiles à tenir avec l'aggravation de mes TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
16.4	Au cours de mon activité, je devais pratiquer de la manutention	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
16.5	Le port de charges était devenu difficile avec l'aggravation de mes TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
16.6	Mon activité m'obligeait à des gestes répétitifs (<i>travail à la chaîne, chaîne de montage</i>)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
16.7	Les gestes répétitifs étaient devenus parfois difficiles avec l'aggravation de mes TCA.	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
16.8	La température dans mon lieu de travail était devenue une gêne, une difficulté	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<u>LES AGENTS CHIMIQUES</u>					
17	Utilisiez-vous des produits chimiques ? (<i>produits de nettoyage, d'hygiène ou spécifiques à votre activité</i>)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
18	SI OUI, que ressentiez-vous en général quand vous les utilisiez?	OUI			NON
18.1	Rien de particulier	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
18.2	Une gêne <i>par exemple : odeur, picotement, nausée, vertige</i>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
18.3	Un sentiment d'anxiété	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

III LE VECU AU TRAVAIL (aspect psychosocial)

LES RELATIONS DANS L'ENTREPRISE					
19	Combien y avait-t-il alors de personnes parmi vos collègues sur lesquelles vous pouviez compter ?	OUI			NON
19.1	Aucune	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
19.2	1 seule personne	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
19.3	2-3 personnes	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
19.4	Plus de 4 personnes	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
19.5	Avez-vous le sentiment d'avoir perdu des collègues proches depuis l'aggravation de vos TCA ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
20	En général, si vous travailliez en équipe, vous vous sentiez plutôt isolée	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
21	Lors de votre <u>dernier mois</u> de travail, comment avez-vous estimé les relations professionnelles entre :	bonne	correcte	mauvaise	très mauvaise
21.1	Vous et vos collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2	Vous et votre hiérarchie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.3	Vos collègues entre eux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.4	Vos collègues et la direction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<u>LA RECONNAISSANCE</u>			
22	Pendant votre <u>dernier mois</u> d'activité, vos collègues ont porté une appréciation sur votre travail et l'ont qualifié : <i>(Cochez une seule case dans la liste)</i>	OUI			NON
22.1	D'excellent	<input type="checkbox"/>			
22.2	De bon	<input type="checkbox"/>			
22.3	De moyen	<input type="checkbox"/>			
22.4	De mauvais	<input type="checkbox"/>			
22.5	Ils ne me le disaient pas	<input type="checkbox"/>			
22.6	Avez-vous le sentiment qu'il y a eu une dégradation de leur reconnaissance avec l'aggravation de vos TCA ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
23	Pendant votre <u>dernier mois</u> d'activité, votre supérieur a qualifié votre travail plutôt : <i>(Cochez une seule case dans la liste)</i>	OUI			NON
23.1	D'excellent	<input type="checkbox"/>			
23.2	De bon	<input type="checkbox"/>			
23.3	De moyen	<input type="checkbox"/>			
23.4	De mauvais	<input type="checkbox"/>			
23.5	Il ne me le disait pas	<input type="checkbox"/>			
23.6	Avez-vous le sentiment qu'il y a eu une dégradation de son appréciation avec l'aggravation de vos TCA?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

24	Comment auriez-vous qualifié votre propre travail? (Cochez une seule case dans la liste)	OUI			NON
24.1	D'excellent	<input type="checkbox"/>			
24.2	De bon	<input type="checkbox"/>			
24.3	De moyen	<input type="checkbox"/>			
24.4	De mauvais	<input type="checkbox"/>			
24.5	Avez-vous eu le sentiment que la qualité de votre travail s'était dégradée avec l'aggravation de vos TCA ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
25	A votre dernier poste de travail, vous a-t-on suggéré de faire un travail de moins bonne qualité pour augmenter le rendement ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
26	Si tel a été le cas, comment l'avez-vous vécu ?	OUI			NON
26.1	Très mal	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
26.2	J'avais honte de ce qu'on m'obligeait à faire	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
26.3	Cela m'était égal	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
26.4	Avez-vous le sentiment que cette situation aurait pu participer à l'aggravation de vos TCA ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
27	Lors de votre <u>dernier mois</u>, étiez-vous plutôt satisfaite de la somme de travail accompli ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
27.1	Avez-vous le sentiment que l'aggravation de vos TCA a été à l'origine d'une diminution de la somme de votre travail ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<u>DE NOUVELLES MISSIONS</u>	OUI			NON
28	L'entreprise attendait-elle de vous une mission de commercial qui n'était pas dans vos attributions initiales ? (changement de contenu de votre travail)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
29	Exigeait-elle de vous, au-delà des missions pour lesquelles vous aviez été embauchée, des missions supplémentaires sans tenir compte d'une mise à niveau nécessaire ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
30	Comment avez-vous vécu cette nouvelle situation ?	OUI			NON

30.1	Je l'ai très mal vécu	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
30.2	J'ai eu envie de quitter ce poste	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
30.3	Cela m'importait peu	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
30.4	J'ai considéré cette nouvelle mission comme une évolution positive	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
30.5	J'estime que cette mission a pu participer à l'aggravation de mes TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<u>LES CONTRAINTES PSYCHIQUES</u>					
31	Dans l'exercice de votre fonction, lors de votre <u>dernier mois</u> de travail, vous diriez plutôt :	OUI			NON
31.1	Cela me demandait beaucoup trop de concentration	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
31.2	On me confiait beaucoup trop de responsabilités	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
31.3	On me demandait d'accomplir une quantité de travail excessive	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
31.4	Etant souvent dérangée, je devais sans cesse reprendre mes tâches interrompues	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
31.5	Mon travail me permettait de prendre moi-même des décisions	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
31.6	Mes supérieurs me donnaient des ordres parfois contradictoires	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
31.7	J'ai souvent été contrainte à faire des heures supplémentaires	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
31.8	Je rendais un travail qui n'était pas réalisable dans les délais	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

32	Lors de votre <u>dernier mois</u> en général, concernant l'exécution de votre tâche. Vous diriez plutôt :	OUI			NON
32.1	J'étais plus lente que mes collègues	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
32.2	Je travaillais de plus en plus dur tout en produisant moins	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
32.3	J'étais tellement épuisée que je ne ressentais plus rien	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
32.4	J'étais satisfaite de ma journée, si cela s'était bien passé avec mon supérieur hiérarchique	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
32.5	J'étais satisfaite de ma journée, si cela s'était bien passé avec mes collègues	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
32.6	J'avais peur de mal exécuter mon travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
32.7	J'avais peur de décevoir mon supérieur	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
32.8	Je désirais rendre un travail aussi parfait que possible, peu importait le temps passé	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
33	Lors de votre <u>dernier mois</u>, dans l'exercice de votre travail, vous diriez:	OUI			NON
33.1	Je me sentais mieux au travail que chez moi	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
33.2	J'étais mal à l'aise à cause du lieu de travail <i>(hangar, courant d'air, locaux vétustes)</i>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
33.3	J'étais mal à l'aise à cause des horaires	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
33.4	J'étais mal à l'aise à cause des collègues	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
33.5	J'étais mal à l'aise à cause de la hiérarchie	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
33.6	J'étais mal à l'aise à cause de certaines des missions afférentes à mon poste <i>(ex : parler devant un public)</i>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
33.7	J'étais mal à l'aise à cause de l'organisation du travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

IV LES ACCIDENTS ET LES SYMPTÔMES AU TRAVAIL

34	<u>DOMICILE-TRAVAIL ET ACCIDENT DE TRAJET</u>	OUI			NON
34.1	Lors de votre dernier mois d'activité, vous rendiez-vous au travail en étant accompagnée ? (<i>L'aggravation de vos TCA ne vous permettant plus d'y aller seule</i>)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
34.2	Avez-vous déjà eu un (des) accident(s) entre votre domicile et votre lieu de travail?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
34.3	SI OUI , certains étaient-ils en relation avec vos TCA ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
34.4	SI OUI , combien de jours au maximum avez-vous été en arrêt de travail pour un accident de trajet en relation avec vos TCA?	XXX jours d'arrêt			
	<u>ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE</u>				
35.	Avez-vous déjà déclaré une maladie professionnelle ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
35.1	SI OUI , laquelle ?	XXX			
36	Avez-vous déjà déclaré un accident du travail ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
36.1	SI OUI , était-ce en lien avec la fragilité de votre état due au TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
37	<u>ABSENCES ET TCA</u>	OUI			NON
37.1	Avez-vous déjà dû quitter votre poste de travail à cause de vos TCA?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
37.2	Avez-vous déjà dû quitter l'entreprise à cause de vos TCA ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
37.3	Avez-vous eu des arrêts-maladie dus à vos TCA dans l'entreprise?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
37.4	SI OUI , le nombre maximal de jours d'arrêt était de : (<i>environ</i>)	XXX jours			
37.5	Avez-vous eu des absences à répétition en raison de vos TCA ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

37.6	SI OUI , est-ce qu'en raison de ces absences à répétition, vous avez déjà été licenciée ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
38	Lors de votre <u>dernier mois</u> de travail, en réponse à votre difficulté due à vos TCA, vous diriez plutôt que :	OUI			NON
38.1	Je m'absentais de mon poste	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
38.2	Je quittais l'entreprise	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
38.3	Je tentais de me calmer en consommant de l'alcool	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
38.4	Je tentais de me calmer en consommant du cannabis ou autre drogue	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
38.5	Je me livrais à une crise de boulimie sur le lieu de travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
38.6	Je prenais des laxatifs ou des diurétiques sur le lieu de travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
38.7	Je prenais des anxiolytiques sur le lieu de travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
38.8	Je tentais de me calmer en faisant de la relaxation sur le lieu de travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
38.9	Je demandais le soutien de mes collègues	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
38.10	Je me faisais aider par mon manager ou mon supérieur	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
38.11	Je téléphonais à mon généraliste ou mon psychiatre depuis mon lieu de travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
38.12	Je consultais des sites de témoignages d'anorexie et de boulimie	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
38.13	Je me faisais aider par le service de santé au travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
39	Au cours du <u>dernier mois</u> de travail, vous diriez :	OUI			NON
39.1	J'avais des troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

39.2	J'estime que mes troubles du sommeil étaient dus à mon travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
39.3	J'estime que mes troubles du sommeil étaient dus à mes TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
39.4	Mon obsession de la nourriture perturbait mon travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
39.5	J'étais obnubilée par le travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
39.6	J'étais obnubilée par le travail au point que cela entraînait une perturbation de ma vie personnelle	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
39.7	J'étais obnubilée par le travail au point que cela entraînait une aggravation de mes TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
39.9	Heureusement, mon travail m'aidait plutôt à gérer mes TCA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

V RELATION AVEC LA MEDECINE DU TRAVAIL

40	Avez-vous déjà été en contact avec le service de médecine du travail dans la dernière entreprise (<i>actuelle ou passée</i>)?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
40.1	SI NON , pensez-vous qu'il serait utile que vous ayez un médecin du travail pour parler de vos difficultés à gérer vos TCA ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Dans ce cas, la suite du chapitre V ne vous concerne plus. Passez directement au chapitre VI.

40.2	SI OUI , le médecin du travail est (<i>était</i>)-il au courant de vos difficultés à gérer vos TCA ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
41	Si votre médecin du travail n'est pas au courant, de vos TCA,	OUI			NON
41.1	Selon vous, le médecin pourrait-il vous comprendre et vous aider s'il en était averti ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
41.2	C'est parce que vous refusez de lui exposer votre situation personnelle	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
41.3	C'est parce que vous avez peur que le secret médical sur votre situation de santé ne soit pas garanti	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
41.4	C'est parce que vous avez peur de perdre votre travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

42	Si votre médecin est au courant, a-t-il été mis en place un suivi médical particulier, pour définir votre aptitude ou votre inaptitude au travail ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	SI OUI, <u>LA SURVEILLANCE MEDICALE</u>	SI NON passez à la question 44			
43	Sur quels critères se base cette surveillance médicale pour définir votre aptitude au travail ?	OUI			NON
43.1	Sur votre poids en prenant en compte votre indice de masse corporelle	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
43.2	Sur la stabilité de votre humeur	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
43.3	A partir d'un questionnaire sur « le vécu au travail »	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
43.4	Sur l'éventuelle augmentation des crises <i>(qu'elles soient de boulimie ou d'anorexie...)</i>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
43.5	Sur l'aggravation des douleurs physiques <i>(articulaires, lombaires, digestives...)</i>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
43.6	Sur votre tension artérielle	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
43.7	Sur une prise de sang	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
43.8	Sur la répétitivité de vos arrêts de travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
43.9	Sur les incidents ou accidents du travail et sur les trajets domicile-travail	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
44	Si votre médecin du travail est au courant de vos TCA, a-t-il demandé une adaptation de votre poste de travail :	OUI			NON
44.1	Concernant votre charge de travail ? <i>(manutention...)</i>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
44.2	Concernant l'organisation de votre travail ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
44.3	Concernant vos horaires de travail ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
44.4	Avez-vous le sentiment qu'il peut vous aider ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

45	Votre médecin du travail s'est-il mis en relation avec :	OUI			NON
45.1	Votre médecin traitant ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
45.2	Votre psychiatre ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
45.3	Votre médecin conseil ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
46	Etes-vous à temps partiel thérapeutique pour vos TCA ?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

VI VOS OBSERVATIONS PERSONNELLES

- ❖ *Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire. Cela nous permettra de sensibiliser et de favoriser la participation des médecins du travail. Notre but vise, en collaboration avec le médecin généraliste et le psychiatre, à améliorer les situations difficiles que vous pouvez rencontrer dans la vie professionnelle.*
- ❖ *Veillez s'il vous plait, nous faire part de vos observations personnelles. Elles nous seront très utiles.*

Annexe 5. COTATION DU SCORE

Q SCORE : TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET TRAVAIL

❖ **CALCUL DU SCORE** : *lien entre travail et TCA*

- ✓ 0 point si pas de lien entre travail et TCA
- ✓ 1 point si existence d'un lien entre travail et santé (non spécifique)
- ✓ 2 points si existence d'un lien entre travail et santé spécifique, c'est-à-dire TCA

❖ *Cochez la case correspondant au service dans lequel vous êtes suivie:*

Centre Barbara Centre Salomé Numéro : **XXX**

I LA SITUATION DE VIE

I LA SITUATION DE VIE					
1	<u>IDENTITE</u>				
1.1	Vous êtes :	une femme 0	un homme 0		
1.2	Quel âge avez-vous?	0			
2	Pendant le <u>dernier mois</u> de travail, vous vous sentiez :	OUI			NON
2.1	Soutenue par votre famille	0			0
2.2	Soutenue par votre conjoint	0			0
2.3	Soutenue par vos amis	0			0
2.4	Non soutenue	2			0
3	Vous êtes :	OUI			NON
3.1	En couple	0			0
3.2	Célibataire	0			0
3.3	Avez-vous des enfants ?	0			0

4	Quel est votre niveau d'étude ? <i>CAP, BAC, université de ...</i>	0			
<u>STATUT</u>					
5	Vous êtes actuellement :	OUI			NON
5.1	En cours de licenciement	1			0
5.2	En reclassement professionnel	0			0
5.3	Engagée dans un projet professionnel	0			0
5.4	Vous êtes reconnue comme « <u>travailleur handicapé</u> »	1			0
5.5	SI OUI , est-ce dans le cadre de vos TCA ?	2			0
5.6	Vous êtes en <u>invalidité</u> 1ère catégorie	1			0
5.7	Vous êtes en <u>invalidité</u> 2ème catégorie	1			0
5.8	Si vous êtes en invalidité, est-ce dans le cadre de vos TCA ?	2			0
<u>TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE</u>					
6	Vos TCA sont apparus :	OUI			NON
6.1	A l'adolescence	1			0
6.2	A l'âge adulte alors que vous n'exerciez aucune profession	1			0
6.3	A l'âge adulte quand vous exercez une activité dans une entreprise	3			0

7	Vous diriez que l'exercice de votre métier dans la dernière entreprise :	OUI			NON
7.1	A déclenché vos TCA	3			0
7.2	A amélioré vos TCA	3			0
7.3	A aggravé vos TCA	3			0
7.4	N'a eu aucun effet sur vos troubles	0			0

II LES CONDITIONS DE TRAVAIL

	<u>LE METIER</u>	OUI			NON
8	Exercez-vous un métier ?	0 / 1			3
8.1	Lequel est (<i>était</i>)-ce ?	0			
8.2	Depuis combien de temps avez-vous cessé cette activité ? (<i>Si vous travaillez encore marquez « 0 »</i>)	0 / 1 / 2 / 3*			
9	Avez-vous changé de métier depuis le début de votre carrière professionnelle?	0			0
9.1	SI OUI , est-ce moins de 3 fois ?	0 / 1			0
9.2	SI OUI , est-ce entre 3 et 6 fois ?	1			0
9.3	SI OUI , est-ce plus de 6 fois ?	1			0
9.4	SI OUI , était-ce en général en rapport avec vos TCA ?	2 *			0
10	Depuis combien de temps êtes (<i>étiez</i>)-vous dans cette entreprise ?	0			

	<u>EMPLOI DU TEMPS ET HORAIRES DE TRAVAIL</u>				
11	Concernant votre dernier emploi du temps lors du <u>dernier mois</u> de travail, vous diriez plutôt :	OUI			NON
11.1	Le planning était le même d'une semaine à l'autre	0			0 / 1
11.2	J'avais des roulements d'horaires (3X8, 2X8...)	1			0*
11.3	Je travaillais les weekends	1			0
11.4	J'estime que travailler les weekends aggravait mes TCA	2			0
11.5	Je travaillais occasionnellement la nuit	1			0
11.6	Je travaillais régulièrement la nuit	1			0
11.7	J'estime que travailler la nuit aggravait mes TCA	2			0
11.8	J'étais sujette à des astreintes <i>(obligation de se déplacer si appel)</i>	1			0
11.9	J'estime que travailler en astreinte aggravait mes TCA	2			0
11.10	Au total, estimez-vous que votre dernier emploi du temps, vos derniers horaires de travail ont pu aggraver vos TCA ?	2			0
12	Combien d'heures effectuiez-vous par semaine en moyenne ?	0			
13	Etait-ce en général ?	OUI			NON
13.1	Juste le temps qui vous était demandé	0 / 1			0
13.2	Moins que le temps qui vous était demandé	0 / 1			0
13.3	Plus que le temps qui vous était demandé	1			0
13.4	Estimez-vous que l'aggravation de vos TCA a diminué votre investissement au travail ?	2*			0

	<u>PAUSE DEJEUNER</u>				
14	Au travail, pour la pause déjeuner, vous diriez plutôt :	OUI			NON
14.1	Je déjeunais seule	0 / 1			0
14.2	Je déjeunais avec les collègues	0			0
14.3	Je mangeais à mon poste de travail	1			0
14.4	J'ai changé mes habitudes pour déjeuner, suite à l'aggravation de mes TCA ?	2*			0
15	En général, lors d'une pause déjeuner, vous diriez plutôt :	OUI			NON
15.1	Quand l'heure du déjeuner approchait cela me stressait. Cela perturbait mon travail	2			0
15.2	Je mangeais plus lentement que mes collègues	2			0
15.3	Mes collègues étaient au courant de mes TCA	2			0
15.4	Les autres m'observaient quand je mangeais, cela devenait insupportable	2			0
15.5	Je déjeunais avec mes collègues mais j'aurais préféré manger seule	2			0
15.6	Je regrettais de devoir manger seule à cause de mes TCA	2			0
15.7	Je me forçais à manger « normalement » pour éviter les remarques de mes collègues	3			0

<u>LES CONTRAINTES PHYSIQUES</u>				
16	Pendant votre journée de travail vous diriez plutôt :	OUI		NON
16.1	Les stations (<i>debout, assise</i>), les piétinements, les déplacements (<i>à pied ou en voiture</i>) étaient devenus difficiles avec l'aggravation de mes TCA	2		0
16.2	J'étais contrainte, dans l'exercice de mon travail, à maintenir des postures difficiles	1		0
16.3	Les positions « accroupie », « à genoux », « penchée en avant » ou en « position instable » étaient devenues difficiles à tenir avec l'aggravation de mes TCA	2		0
16.4	Au cours de mon activité, je devais pratiquer de la manutention	1		0
16.5	Le port de charges était devenu difficile avec l'aggravation de mes TCA	2		0
16.6	Mon activité m'obligeait à des gestes répétitifs (<i>travail à la chaîne, chaîne de montage</i>)	1		0
16.7	Les gestes répétitifs étaient devenus parfois difficiles avec l'aggravation de mes TCA.	2		0
16.8	La température dans mon lieu de travail était devenue une gêne, une difficulté	1		0
	<u>LES AGENTS CHIMIQUES</u>	OUI		NON
17	Utilisez-vous des produits chimiques ? (<i>produits de nettoyage, d'hygiène ou spécifiques à votre activité</i>)	0		0
18	SI OUI, que ressentiez-vous en général quand vous les utilisez?	OUI		NON
18.1	Rien de particulier	0		0
18.2	Une gêne: <i>par exemple : odeur, picotement, nausée, vertige</i>	1		0
18.3	Un sentiment d'anxiété	1		0

III LE VECU AU TRAVAIL (aspect psychosocial)

<u>LES RELATIONS DANS L'ENTREPRISE</u>					
19	Combien y avait-t-il alors de personnes parmi vos collègues sur lesquelles vous pouviez compter ?	OUI			NON
19.1	Aucune	1 / 2			0
19.2	1 seule personne	1 / 2			0
19.3	2-3 personnes	0 / 1			0
19.4	Plus de 4 personnes	0 / 1			0
19.5	Avez-vous le sentiment d'avoir perdu des collègues proches depuis l'aggravation de vos TCA ?	2*			0
20	En général, si vous travailliez en équipe, vous vous sentiez plutôt isolée	1			0
21	Lors de votre <u>dernier mois</u> de travail, comment avez-vous estimé les relations professionnelles entre :	bonne	correcte	mauvaise	très mauvaise
21.1	Vous et vos collègues	0	0	1	1
21.2	Vous et votre hiérarchie	0	0	1	1
21.3	Vos collègues entre eux	0	0	0	0
21.4	Vos collègues et la direction	0	0	0	0
<u>LA RECONNAISSANCE</u>					
22	Pendant votre <u>dernier mois</u> d'activité, vos collègues ont porté une appréciation sur votre travail et l'ont qualifié: <i>(Cochez une seule case de la liste)</i>	OUI			NON
22.1	D'excellent	0			
22.2	De bon	0			

22.3	De moyen	1			
22.4	De mauvais	1			
22.5	Ils ne me le disaient pas	1			
22.6	Avez-vous le sentiment qu'il y a eu une dégradation de leur reconnaissance avec l'aggravation de vos TCA ?	2*			0
23	Pendant votre <u>dernier mois</u> d'activité, votre supérieur a qualifié votre travail : <i>(Cochez une seule case dans la liste)</i>	OUI			NON
23.1	D'excellent	0			
23.2	De bon	0			
23.3	De moyen	1			
23.4	De mauvais	1			
23.5	Il ne me le disait pas	1			
23.6	Avez-vous le sentiment qu'il y a eu une dégradation de son appréciation avec l'aggravation de vos TCA?	2*			0
24	Comment auriez-vous qualifié votre propre travail? <i>(Cochez une seule case dans la liste)</i>	OUI			NON
24.1	D'excellent	0			
24.2	De bon	0			
24.3	De moyen	0 / 1			
24.4	De mauvais	1			
24.5	Avez-vous eu le sentiment que la qualité de votre travail s'était dégradée avec l'aggravation de vos TCA ?	2*			0

25	A votre dernier poste de travail, vous a-t-on suggéré de faire un travail de moins bonne qualité pour augmenter le rendement ?	1			0
26	Si tel a été le cas, comment l'avez-vous vécu ?	OUI			NON
26.1	Très mal	1 / 2			0
26.2	J'avais honte de ce qu'on m'obligeait à faire	1 / 2			0
26.3	Cela m'était égal	0			0
26.4	Avez-vous le sentiment que cette situation aurait pu participer à l'aggravation de vos TCA ?	2*			0
27	Lors de votre <u>dernier mois</u>, étiez-vous plutôt satisfaite de la somme de travail accompli ?	0			1
27.1	Avez-vous le sentiment que l'aggravation de vos TCA a été à l'origine d'une diminution de la somme de votre travail ?	2			0
	<u>DE NOUVELLES MISSIONS</u>	OUI			NON
28	L'entreprise attendait-elle de vous une mission de commercial qui n'était pas dans vos attributions initiales ? <i>(changement de contenu de votre travail)</i>	0			0
29	Exigeait-elle de vous, au-delà des missions pour lesquelles vous aviez été embauchée, des missions supplémentaires sans tenir compte d'une mise à niveau nécessaire ?	0			0
Si vous avez répondu NON aux questions n°28 et 29, passez au paragraphe : les contraintes psychiques					
30	Comment avez-vous vécu cette nouvelle situation ?	OUI			NON
30.1	Je l'ai très mal vécu	1 / 2			0
30.2	J'ai eu envie de quitter ce poste	1 / 2			0
30.3	Cela m'importait peu	0			0
30.4	J'ai considéré cette nouvelle mission comme une évolution positive	0			1 / 2
30.5	J'estime que cette mission a pu participer à l'aggravation de mes TCA	2*			0

	<u>LES CONTRAINTES PSYCHIQUES</u>				
31	Dans l'exercice de votre fonction, lors de votre <u>dernier mois</u> de travail, vous diriez plutôt :	OUI			NON
31.1	Cela me demandait beaucoup trop de concentration	1			0
31.2	On me confiait beaucoup trop de responsabilités	1			0
31.3	On me demandait d'accomplir une quantité de travail excessive	1			0
31.4	Etant souvent dérangée, je devais sans cesse reprendre mes tâches interrompues	1			0
31.5	Mon travail me permettait de prendre moi-même des décisions	0			1
31.6	Mes supérieurs me donnaient des ordres parfois contradictoires	1			0
31.7	J'ai souvent été contrainte à faire des heures supplémentaires	1			0
31.8	Je rendais un travail qui n'était pas réalisable dans les délais	1			0
32	Lors de votre <u>dernier mois</u> en général, concernant l'exécution de votre tâche. Vous diriez plutôt :	OUI			NON
32.1	J'étais plus lente que mes collègues	1			0
32.2	Je travaillais de plus en plus dur tout en produisant moins	1			0
32.3	J'étais tellement épuisée que je ne ressentais plus rien	1			0
32.4	J'étais satisfaite de ma journée, si cela s'était bien passé avec mon supérieur hiérarchique	1			0
32.5	J'étais satisfaite de ma journée, si cela s'était bien passé avec mes collègues	1			0
32.6	J'avais peur de mal exécuter mon travail	1			0

32.7	J'avais peur de décevoir mon supérieur	1			0
32.8	Je désirais rendre un travail aussi parfait que possible, peu importait le temps passé	1			0
33	Lors de votre <u>dernier mois</u>, dans l'exercice de votre travail, vous diriez:	OUI			NON
33.1	Je me sentais mieux au travail que chez moi	1			0
33.2	J'étais mal à l'aise à cause du lieu de travail <i>(hangar, courant d'air, locaux vétustes)</i>	1			0
33.3	J'étais mal à l'aise à cause des horaires	1			0
33.4	J'étais mal à l'aise à cause des collègues	1			0
33.5	J'étais mal à l'aise à cause de la hiérarchie	1			0
33.6	J'étais mal à l'aise à cause de certaines des missions afférentes à mon poste <i>(ex : parler devant un public)</i>	1			0
33.7	J'étais mal à l'aise à cause de l'organisation du travail	1			0

IV LES ACCIDENTS ET LES SYMPTÔMES AU TRAVAIL

34	<u>DOMICILE-TRAVAIL ET ACCIDENT DE TRAJET</u>	OUI			NON
34.1	Lors de votre <u>dernier mois</u> d'activité, vous rendiez-vous au travail en étant accompagnée ? <i>(L'aggravation de vos TCA ne vous permettant plus d'y aller seule)</i>	2			0
34.2	Avez-vous déjà eu un (des) accident(s) entre votre domicile et votre lieu de travail?	1			0
34.3	SI OUI , certains étaient-ils en relation avec vos TCA ?	2			0
34.4	SI OUI , combien de jours au maximum avez-vous été en arrêt de travail pour un accident de trajet en relation avec vos TCA?	0 / 1 / 2 / 3			
	<u>ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE</u>				
35.	Avez-vous déjà déclaré une maladie professionnelle ?	1			0
35.1	SI OUI , laquelle ?	0			

36	Avez-vous déjà déclaré un accident du travail ?	1			0
36.1	SI OUI , était-ce en lien avec la fragilité de votre état due au TCA	2			0
37	<u>ABSENCES ET TCA</u>	OUI			NON
37.1	Avez-vous déjà dû quitter votre poste de travail à cause de vos TCA?	2			0
37.2	Avez-vous déjà dû quitter l'entreprise à cause de vos TCA ?	2			0
37.3	Avez-vous eu des arrêts-maladie dus à vos TCA dans l'entreprise?	2			0
37.4	SI OUI , le nombre maximal de jours d'arrêt était de : (environ)	0 / 1 / 2 / 3			
37.5	Avez-vous eu des absences à répétition en raison de vos TCA ?	2			0
37.6	SI OUI , est-ce qu'en raison de ces absences à répétition, vous avez déjà été licenciée ?	2			0
38	A cause de vos TCA, lors de votre <u>dernier mois</u> de travail, vous diriez plutôt que :	OUI			NON
38.1	Je m'absentais de mon poste	2			0
38.2	Je quittais l'entreprise	2			0
38.3	Je tentais de me calmer en consommant de l'alcool	2			0
38.4	Je tentais de me calmer en consommant du cannabis ou autre drogue	2			0
38.5	Je me livrais à une crise de boulimie sur le lieu de travail	2			0
38.6	Je prenais des laxatifs ou des diurétiques sur le lieu de travail	2			0
38.7	Je prenais des anxiolytiques sur le lieu de travail	2			0
38.8	Je tentais de me calmer en faisant de la relaxation sur le lieu de travail	2			0
38.9	Je demandais le soutien de mes collègues	2			0

38.10	Je me faisais aider par mon manager ou mon supérieur	2			0
38.11	Je téléphonais à mon généraliste ou mon psychiatre depuis mon lieu de travail	2			0
38.12	Je consultais des sites de témoignages d'anorexie et de boulimie	2			0
38.13	Je me faisais aider par le service de santé au travail	2			0
39	Au cours du <u>dernier mois</u> de travail, vous diriez :	OUI			NON
39.1	J'avais des troubles du sommeil	1			0
39.2	J'estime que mes troubles du sommeil étaient dus à mon travail	1			0
39.3	J'estime que mes troubles du sommeil étaient dus à mes TCA	2			0
39.4	Mon obsession de la nourriture perturbait mon travail	3			0
39.5	J'étais obnubilée par le travail	1			0
39.6	J'étais obnubilée par le travail au point que cela entraînait une perturbation de ma vie personnelle	1			0
39.7	J'étais obnubilée par le travail au point que cela entraînait une aggravation de mes TCA	3			0
39.9	Heureusement, mon travail m'aidait plutôt à gérer mes TCA	3			0

V RELATION AVEC LA MEDECINE DU TRAVAIL

40	Avez-vous déjà été en contact avec le service de médecine du travail dans la dernière entreprise (actuelle ou passée)?	2			0
40.1	SI NON , pensez-vous qu'il serait utile que vous ayez un médecin du travail pour parler de vos difficultés à gérer vos TCA ?	0			2

**Dans ce cas, la suite du chapitre V ne vous concerne plus.
Passez directement au chapitre VI**

40.2	SI OUI , le médecin du travail est (<i>était</i>)-il au courant de vos difficultés à gérer vos TCA ?	0			2
41	Si votre médecin du travail n'est pas au courant, de vos TCA,	OUI			NON
41.1	Selon vous, le médecin pourrait-il vous comprendre et vous aider s'il en était averti ?	0			2
41.2	C'est parce que vous refusez de lui exposer votre situation personnelle	2			0
41.3	C'est parce que vous avez peur que le secret médical sur votre situation de santé ne soit pas garanti	2			0
41.4	C'est parce que vous avez peur de perdre votre travail	2			0
42	Si votre médecin est au courant, a-t-il été mis en place un suivi médical particulier, pour définir votre aptitude ou votre inaptitude au travail ?	2			0
	SI OUI, <u>LA SURVEILLANCE MEDICALE</u>	SI NON passez à la question n°44			
43	Sur quels critères se base cette surveillance médicale pour définir votre aptitude au travail ?	OUI			NON
43.1	Sur votre poids en prenant en compte votre indice de masse corporelle	2			0
43.2	Sur la stabilité de votre humeur	2			0
43.3	A partir d'un questionnaire sur « le vécu au travail »	2			0
43.4	Sur l'éventuelle augmentation des crises <i>(qu'elles soient de boulimie ou d'anorexie...)</i>	2			0
43.5	Sur l'aggravation des douleurs physiques <i>(articulaires, lombaires, digestives...)</i>	2			0
43.6	Sur votre tension artérielle	2			0
43.7	Sur une prise de sang	2			0
43.8	Sur la répétitivité de vos arrêts de travail	2			0
43.9	Sur les incidents ou accidents du travail et sur les trajets domicile-travail	2			0

44	Si votre médecin du travail est au courant de vos TCA, a-t-il demandé une adaptation de votre poste de travail :	OUI			NON
44.1	Concernant votre charge de travail ? (<i>manutention...</i>)	2			0
44.2	Concernant l'organisation de votre travail ?	2			0
44.3	Concernant vos horaires de travail ?	2			0
44.4	Avez-vous le sentiment qu'il peut vous aider ?	2			0
45	Votre médecin du travail s'est-il mis en relation avec :	OUI			NON
45.1	Votre médecin traitant ?	2			0
45.2	Votre psychiatre ?	2			0
45.3	Votre médecin conseil ?	2			0
46	Etes-vous à temps partiel thérapeutique pour vos TCA ?	2			0

VI VOS OBSERVATIONS PERSONNELLES

- ❖ *Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire. Cela nous permettra de sensibiliser et de favoriser la participation des médecins du travail. Notre but vise, en collaboration avec le médecin généraliste et le psychiatre, à améliorer les situations difficiles que vous pouvez rencontrer dans la vie professionnelle.*
- ❖ *Veillez s'il vous plait, nous faire part de vos observations personnelles. Elles nous seront très utiles.*

Annexe 6. Note d'information au patient pour l'entretien

NOTE D'INFORMATION AU PATIENT POUR LA PARTICIPATION A L'ENTRETIEN

« Le vécu au travail de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire »

Médecin investigateur

Nom : Docteur Bruno Rocher
Service : Centre Barbara,
Service d'addictologie du CHU de Nantes
Adresse : 9 bis, rue de Bouillé 44000 Nantes
Téléphone : 02 40 20 66 40.

Responsable de la recherche

Nom : CHU de Nantes
Adresse : 5, allée de l'île Gloriette, 44 093 NANTES
Contacts : Secrétariat de la Direction de la recherche
Téléphone : 02 53 48 28 35
(Secrétariat de la Direction de la recherche)

Madame, Mademoiselle,

Le service d'addictologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes effectue une recherche ayant pour but d'analyser le lien entre travail et troubles du comportement alimentaire. Vous avez déjà accepté de participer à notre enquête en répondant au questionnaire. Nous serions très heureux si vous acceptiez de participer à un entretien de trente minutes afin que vous puissiez nous parler de votre vécu singulier au travail et de vos relations avec le médecin du travail en restant dans l'anonymat

Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées, à tout moment, par l'intermédiaire de votre médecin. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et d'être traitées dans le cadre de cette recherche. Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du Docteur mentionné au début de ce document. Ce projet ainsi que le présent document ont été présentés au Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS).

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à la recherche qui vous est présentée. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de votre prise en charge. Si vous refusez de participer, les données ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin. Le médecin qui vous a proposé la recherche et vous a donné oralement toutes les informations nécessaires peut répondre à toutes vos questions.

Merci de conserver cette notice d'information
Ce document est remis au patient .Un exemplaire est conservé dans le dossier médical

Annexe 7. Avis du GNEDS

Groupe Nantais d’Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS)

Nom du protocole	Le vécu au travail de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire
Investigateur principal	Dr Bruno Rocher
Lieu de l’étude	Pôle d’addictologie du CHU de Nantes
Type de l’étude	Monocentrique non contrôlée observationnelle non interventionnelle
Type patients/participants	Patients hospitalisés souffrant troubles du comportement alimentaire et ayant déjà travaillé ou travaillant
Nombre de patients/participants prévus	30
Objectif principal	Rechercher et évaluer le lien entre le travail et les troubles du comportement alimentaire (TCA)
Objectif secondaire	Rechercher les impacts qui découlent du lien entre travail et TCA Connaître le vécu au travail des personnes souffrant de TCA Apprécier les critères d’aptitude médicale des personnes atteintes de TCA Faire le bilan des mesures mises en place dans les adaptations de postes

Documents communiqués

Lettre de saisine	oui
Protocole	oui
Lettre d’information	oui
Lettre de consentement	non

Remarque générale

Le GNEDS formule d’abord la remarque qu’il n’a pas pour mission de donner un avis sur les aspects scientifiques du protocole, en particulier sur l’adéquation de la méthodologie aux objectifs poursuivis par l’étude. Il ne tient compte des données d’ordre scientifique et méthodologique que dans la mesure où elles ont des implications d’ordre éthique. Dans le cas présent, il se bornera à constater que les objectifs de cette étude et sa méthodologie sont conformes aux principes de l’éthique.

Confidentialité

Confidentialité	Oui
Codage des données	Oui

Information et consentement

Consentement :

Recueil nécessaire	Oui
Type consentement préférable	Ecrit
Traçabilité dans le dossier	Oui

Commentaires : même si un consentement écrit n'est pas légalement nécessaire, le **GNEDS recommande toutefois qu'un accord écrit soit obtenu pour l'utilisation des données**. A mettre en fin de lettre d'information avec signature du patient et médecin.

Lettre information précisant:

Titre de l'étude	Oui
But de l'étude	Oui
Déroulement de l'étude	Oui
Prise en charge courante inchangée	Oui
Possibilité de refus de transmission des résultats	Oui
Possibilité de recevoir résultats de l'étude	Oui
Possibilité pour le patient de se retirer du l'étude	Oui
Traçabilité dans le dossier	Oui

Commentaires : aucun, tant pour lettre d'information destinée aux patients qu'aux parents du patient si mineur.

Autres remarques : il est noté dans les questionnaires que les patients sont uniquement des femmes. A corriger.

Conclusion

Révision nécessaire selon commentaires	Accord écrit de participation et d'utilisation des données
--	---

Philippe Bizouarn
Correspondant Recherche du GNEDS

Date de l'avis: 04/09/2013

Annexe 8. Le déroulement de l'entretien

DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN

- 1) **Vécu au travail singulier**
- 2) **Relation avec la médecine du travail**
 - Au courant
 - Aptitude
 - Adaptation poste
- 3) **Métier**
 - Lequel
 - Horaire
 - Contrainte physique
 - Contrainte psychique
- 4) **Clinique**
 - Allergie cutanée
 - Tendinite
 - Lombalgie
 - Douleur physique :
 - Est-ce en rapport avec les TCA, en rapport avec le travail ?
 - Le médecin du travail vous a-t-il fixé un poids minimal en accord avec votre médecin de soins ?
- 5) **Traitement :**
- 6) **Accident :**
 - accident de trajet
 - Accident de travail
- 7) **La RQTH vous a-t-elle déjà été proposée ?**
- 8) **Temps partiel thérapeutique ?**

9) Le questionnaire :

10) Qu'est ce qui influe le plus sur vos TCA dans votre travail ?

11) Qu'est ce qui est le plus difficile, le plus incompatible avec vos TCA ?

12) Qu'est ce qui pourrait, selon vous, améliorer votre qualité de vie au travail ?

Annexe 9. Liste des tableaux et graphiques

Liste des tableaux

1. Tableau n° 1. Le tableau des scores	p 50
2. Tableau n° 2. Le score des relations avec la médecine du travail	p 51
3. Tableau n° 3. Le bilan du recueil des questionnaires	p 56
4. Tableau n° 4. Le bilan sur le comportement des participants	p 57
5. Tableau n° 5. Les caractéristiques identitaires des participants	p 58
6. Tableau n° 6. La relation entre le statut professionnel et le statut familial	p 59
7. Tableau n° 7. Le bilan des déclarations des RQTH et invalidités de la sécurité sociale	p 59
8. Tableau n° 8. Les arrêts de travail	p 60
9. Tableau n° 9. Les accidents de trajet et de travail	p 60
10. Tableau n° 10. La relation entre l'apparition des TCA et leur évolution en entreprise	p 61
11. Tableau n° 11. Le niveau d'étude	p 61
12. Tableau n° 12. La classification des métiers	p 62
13. Tableau n° 13. L'emploi du temps et les horaires de travail	p 62
14. Tableau n° 14. L'investissement au travail	p 63
15. Tableau n° 15. Les horaires hebdomadaires et l'investissement au travail	p 63
16. Tableau n° 16. Les influences des TCA sur la pause déjeuner	p 64
17. Tableau n° 17. Les contraintes physiques	p 65
18. Tableau n° 18. Les relations dans l'entreprise	p 67
19. Tableau n° 19. Le rapport des relations entre les différents groupes humains	p 67
20. Tableau n° 20. La perception du travail par le patient, par les collègues, par la hiérarchie	p 67
21. Tableau n° 21. La qualité et la quantité de travail accompli vu par le patient	p 68
22. Tableau n° 22. Les contraintes psychiques	p 68
23. Tableau n° 23. Les différents comportements en cas de crise	p 69
24. Tableau n° 24. Les addictions	p 69
25. Tableau n° 25. Les troubles du sommeil	p 70
26. Tableau n° 26. Les obsessions	p 71
27. Tableau n° 27. L'obsession pour le travail	p 71
28. Tableau n° 28. Les relations avec le médecin du travail	p 73

29. Tableau n° 29. La perception du médecin du travail par les participants	p 73
30. Tableau n° 30. Les critères de surveillance	p 73
31. Tableau n° 31. Les adaptations du poste de travail	p 74
32. Tableau n° 32. Le score de la médecine du travail	p 74
33. Tableau n° 33. La fréquence de symptômes de différents troubles alimentaires partagés	p 94

Liste des graphiques

1. Graphique n° 1. Les résultats des scores totaux	p 58
2. Graphique n° 2. Score déjeuner	p 64
3. Graphique n° 3. Score des contraintes physiques	p 66
4. Graphique n° 4. Score des conditions de travail	p 66
5. Graphique n° 5. Score sur le vécu au travail	p 68
6. Graphique n° 6. Score trouble du sommeil	p 70
7. Graphique n° 7. Score sur les symptômes au travail	p 72
8. Graphique n° 8. Score de la relation médecin du travail – patient	p 75

BIBLIOGRAPHIE

- 1) CIM 10/ICD 10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Paris : Masson ; 1993.
- 2) DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française, Paris, Masson, 1996, 1056p.
- 3) Nevanperä NJ, Hopsu L, Kuosma E, Ukkola O, Uitti J, Laitinen JH. Occupational burnout, eating behavior, and weight among working women. *Am J Clin Nutr* 2012; 95:934-43
- 4) King KA, Vidourek R, Schwiebert M. Disordered eating and job stress among nurses. *Journal of Nursing Management* 2009; 17:861-869
- 5) Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge. Synthèse des recommandations de bonne pratique. Paris : HAS ; juin 2010. [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf (page consultée le 8 septembre 2013)
- 6) Troubles des conduites alimentaires. Guelfi JD, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. 2ème édition. Paris : Elsevier Masson; 2012, 904p.
- 7) Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K, O'Connor ME, Doll HA, Palmer RL. The severity and status of eating disorder NOS : Implications for DSM-V. *Behav Res Ther* 2007; 45(8):1705-15
- 8) Office Fédéral de la Santé Publique. La prévalence des troubles du comportement alimentaire en Suisse. OFSP; juin 2012. [en ligne]. Disponible sur : http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05192/05943/index.html?lang=fr&sort=td&filter_dms_jahre=2010 (page consultée le 8 septembre 2013)
- 9) Hoek HW, Van Hoeken D. review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2003; 34:383-96
- 10) Russel GFM, Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9:429-48
- 11) Foulon C. La sémiologie des troubles alimentaires : de la restriction à l'abus. *Psychiatriemed* ; 2006. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.psychiatriemed.com/textes/43-autres/154-semiologie-des-troubles-du-comportement-alimentaire-de-la-restriction-a-labus-dr-christine-foulon.html> (page consultée le 8 septembre 2013)
- 12) Lasater L, Mehler P. Medical complications of bulimia nervosa. *Eating Behavior* 2001; 2:279-292

- 13) Melchior JC – Réseau Linut : Aspects somatiques et nutritionnels de la prise en charge des Troubles du Comportement Alimentaire Extrait de : 6ème journée inter-CLAN. Limoges, 4 novembre 2010. [en ligne]. Disponible sur : [http://www.sante-limousin.fr/travail/reseaux-de-sante/linut-v2/journees-inter-clan/6eme-journee-CLAN%20\(2010\)/Pr%20MELCHIOR%20TCA-anorexie-Limoges-4novembre2010-final.pdf](http://www.sante-limousin.fr/travail/reseaux-de-sante/linut-v2/journees-inter-clan/6eme-journee-CLAN%20(2010)/Pr%20MELCHIOR%20TCA-anorexie-Limoges-4novembre2010-final.pdf) (page consultée le 8 septembre 2013)
- 14) Vénisse JL, Mieux comprendre les troubles du comportement alimentaire, dossier anorexie, boulimie : prévenir, éduquer, soigner, n ° 394 INPES, 2008. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/394/01.htm> (page consultée le 8 septembre 2013)
- 15) Venisse JL, Grall-Bronnec M. Les addictions sans drogue : prévenir et traiter. Un défi sociétal. Paris : Elsevier Masson; 2012, 340p.
- 16) Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am J Psychiatry* 2002; 159(3):394-400
- 17) Papadopoulos FC, Ekblom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 2009;194(1):10-7
- 18) Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, Mitchell JE. Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1342-1346
- 19) Huas C, Godart N, Caille A, Pham-Scottez A, Foulon C, Divac SM, Lavoisy G, Guelfi JD, Falissard B, Rouillon F. Moratlity and Its Predictors in Severe Bulimia Nervosa Patients. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2013; 21(1):15-9
- 20) Nielsen S. Standardized Mortality Ratio in Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(8):851
- 21) Rigaud D, Pennachio H, Bussens P, Chancenotte JM. Caractéristiques comparatives de 238 malades anorexiques et boulimiques hospitalisés. *Cahiers de nutrition et de diététique* 2010; 46(1):11-20
- 22) Cohen J. burn out, dépression, suicide et conduits addictives, comprendre les risques psychosociaux, les dépister, savoir intervenir. Service de Psychiatrie et d'Addictologie, Chu Sainte Marguerite.
- 23) Articles du Code du travail et décrets n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025241584&dateTexte=&categorieLien=id> (page consultée le 8 septembre 2013)
- 24) Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi. Aptitude et inaptitude médical au poste de travail, DIRECCTE des Pays de la Loire. [en ligne]. Disponible sur : http://direccte.gouv.fr/IMG/pdf/Edt7-fiche2012-12-inaptitude_med_poste_w_-direccte_PdL.pdf (page consultée le 8 septembre 2013)

- 25) Bourgeot S. Les avis d'inaptitude du médecin du travail. Liaisons Sociales, 2002, n°769.
- 26) Langevin V, François M, Boini S, Riou A. Déséquilibre « efforts/récompense » (Questionnaire dit de Siegrist) Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 3. Doc Med Trav. 2011; 125:111-115
- 27) Langevin V, François M, Boini S, Riou A. Job content questionnaire (JCQ) (Questionnaire dit de Karasek) Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 2. Doc Med Trav. 2011; 125:105-110
- 28) Langevin V, François M, Boini S, Riou A. General Health Questionnaire (GHQ). Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 17. Doc Med Trav. 2011; 128:677-682
- 29) EVREST. [en ligne]. Disponible sur : http://evrest.istnf.fr/admin/Repertoire/fckeditor/file/Docs_PDF/EVREST%20questionnaire%202013%20-%20VF.pdf (page consultée le 8 septembre 2013)
- 30) Echelle de dépression HAD. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.echelles-psi.chiatrie.com/pdf/echelle-had.pdf> (page consultée le 8 septembre 2013)
- 31) Dussaix AM, Grosbras JM - Les sondages : principes et méthodes presse. Que sais-je ? Paris : Presses Universitaires de France; 1993. p. 66-76
- 32) Les risques professionnels dans les pays de la Loire, Recueil de résultats statistiques 2010, CARSAT . [en ligne]. Disponible sur : http://www.carsat-pl.fr/risques/outils/doc/recueil_statistiques_2010.pdf (page consultée le 8 septembre 2013)

LEXIQUE

A

AT: Arrêt de travail

AP-HP: Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

B

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

BED: Binge-eating disorder

C

CARSAT : Caisse Régionale Santé Au Travail

CHU: Centre Hospitalo-universitaire

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CLIN : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CCPP : Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

D

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

E

ECG: Electrocardiogramme

EDNOS: Eating Disorder Not Otherwise Specified

EPI INFO 2000 : logiciel d'analyse statistique

G

GNEDS : Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé

H

HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hospitalisation De Jour

HTP : Hospitalisation à Temps Plein

I

IMC: Indice de Masse Corporelle de Quetelet

IPP : incapacité Permanente Partielle
IT : Incapacité Totale

M

MP: Maladie Professionnelle
MCP: Maladie à Caractère Professionnel

O

OFSP : Office Fédéral de la Santé Publique.
ORS : Observatoire Régionale de la Santé

P

PME : Petite et Moyenne Entreprise

R

RNI : Recherche Non Interventionnelle
RPS : Risques Psycho Sociaux
RQTH : reconnaissance en qualité de travailleur handicapé

S

SIOC : Syndrome d'Intolérance aux Odeurs Chimiques
SMR : Surveillance Médicale Renforcée
SSTRN : Service de Santé au Travail de la Région Nantaise

T

TCA : trouble du comportement alimentaire
TMS: Trouble Musculo squelettique

V

VPR : visite de pré reprise
VR : visite de reprise
VS : visite systématique

Vu, le Président du Jury,

Monsieur le Professeur Yves ROQUELAURE

Vu, le Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Bruno ROCHER

Vu, le Doyen de la Faculté,

Monsieur le Professeur Jean-Michel ROGÉZ

NOM : Brunet épouse Courtois

PRENOM : Bénédicte

LE VECU AU TRAVAIL DE PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

RESUME

Introduction. Notre objectif est, de savoir si le travail induit des changements chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire (TCA) et réciproquement, d'explorer aussi la place de la médecine du travail dans la prise en charge des TCA. **Méthode.** Une enquête est réalisée, au moyen d'un questionnaire et d'entretiens, sur une population de 32 patients hospitalisés pour les TCA. **Résultats.** Le travail agit sur les patients en augmentant leur angoisse. Les arrêts de travail sont fréquents. Les troubles du sommeil et la pénibilité physique sont imputés par les participants, non pas au travail lui-même, mais aux TCA. Le besoin de reconnaissance est exacerbé. L'obsession alimentaire est omniprésente La carence de participation des services de santé au travail pour gérer le problème est patente. **Conclusion.** Le travail a une action plutôt péjorative sur le TCA et l'aggravation d'un TCA altère la faisabilité du travail. La mise en place d'un suivi particulier par le médecin du travail, en vue de compléter le réseau de soins, est préconisée.

MOTS-CLES

Troubles du comportement alimentaire, addiction, pénibilité au travail, vécu au travail, risques psychosociaux, service de santé au travail