



Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention

L'objet de ce dossier est de faire le point sur les risques psychosociaux tels que définis au niveau européen [1]. Cela inclut le stress, les violences internes dont le harcèlement moral et sexuel, les violences externes (celles provenant de personnes extérieures à l'entreprise) et la souffrance ou le mal-être au travail.

Depuis plusieurs années, l'INRS a engagé une réflexion sur le stress et sa prévention et dans ce cadre un projet transversal « Stress » a été créé. La réflexion de ce groupe projet s'est développée autour de la nécessité d'acquiescer des méthodes et des outils d'objectivation et de prévention des situations de stress. Dans cet article, l'approche retenue a été développée parmi d'autres, possibles.

Stress, risques psychosociaux (RPS), facteurs organisationnels, *burn-out*, harcèlement, violences, souffrance au travail, stress post-traumatique, santé mentale... : une gamme terminologique dont les concepts se recouvrent parfois et qui désigne tantôt des risques professionnels et tantôt des effets sur la santé.

Au flou des termes s'ajoutent d'autres difficultés qui expliquent généralement la faible prise en compte de ces risques. Il s'agit de risques qui touchent à la subjectivité des personnes et l'authentification, tant des risques que de leurs effets, ne relève pas d'un mesurage unique.

Le « démêlage » étiologique entre facteurs personnels et professionnels peut également s'avérer complexe dans le cadre d'une visite médicale systématique au mieux annuelle. Par ailleurs, les médecins du travail, non spécialisés en santé mentale, sont peu préparés à la prise en charge des difficultés psychologiques telles que le stress, le mal-être ou la souffrance, etc.

En outre, quelle que soit la formation de départ et l'intérêt vis-à-vis de ces problèmes, prendre en considération les problèmes psychologiques d'autrui est source d'auto-questionnement (*a minima* sur son propre rapport au travail) voire de remise en cause. Inconfortable, non obligatoire et manquant d'accompagnement, cet auto-questionnement sera le plus souvent évité.

Enfin, se préoccuper des RPS c'est interroger implicitement l'organisation du travail habituellement réservée au management et aux directions des entreprises. Le médecin est-il légitime dans l'entreprise pour une éventuelle remise en cause de l'organisation ? Sur sa légitimité, il pourra être interpellé à double titre : jusqu'où va sa compétence diagnostique sur cette question ? Est-il le bon interlocuteur pour porter un projet de prévention par exemple du stress ?

La loi (transposition de la directive-cadre 89/391/CEE et renforcée par les nombreux textes réglementaires ultérieurs) fait aujourd'hui obligation à l'employeur d'évaluer les risques y compris psychosociaux et de préserver la santé physique mais aussi mentale des salariés (article L. 230-2 du Code du travail). Dans ce nouveau dispositif le chef d'entreprise doit pouvoir s'appuyer sur les compétences de spécialistes : médecin du travail, intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP) spécialisé en psycho-ergonomie, psychologie du travail... La responsabilité du médecin du travail est donc engagée dans le diagnostic et la prévention des RPS [2, 3].

Comme pour les autres risques professionnels, l'approche des RPS doit être rigoureuse et donner lieu à une évaluation et un programme de prévention. Pour objectiver le problème et proposer une prévention efficace, il faut disposer d'un cadre de référence de ce qu'est le stress et plus largement des risques psychosociaux (RPS).

Dans une première partie, il s'agira de clarifier les termes et les concepts évoqués plus haut et, dans la seconde, d'envisager comment agir en prévention dans ces domaines.

Définitions et concepts

LE STRESS AU TRAVAIL

Depuis le début des années 80, le monde du travail a connu une profonde mutation liée à son intensification, à des changements organisationnels et enfin à une évolution des secteurs d'activités. Le « stress » est une

D. CHOUANIÈRE

Projet transversal « Stress »,
département Épidémiologie
en entreprises, INRS*

**Ce document s'appuie
sur les apports des membres
du projet transversal
« stress » de l'INRS
(Dominique Chouanière,
Eric Drais,
Martine François,
Anne Guibert,
Valérie Langevin,
Agnès Pentecôte,
Christian Trontin,
Corinne Van der Weerdt),
de Nathalie Guillemy
(service juridique de l'INRS)
et de Laurence Weibel
de la CRAM Alsace-Moselle.
Merci aux docteurs
Hélène Stakowski
et Michel Pittaco,
médecins du travail
pour leur relecture attentive.*



Documents
pour le Médecin
du Travail
N° 106
2^e trimestre 2006

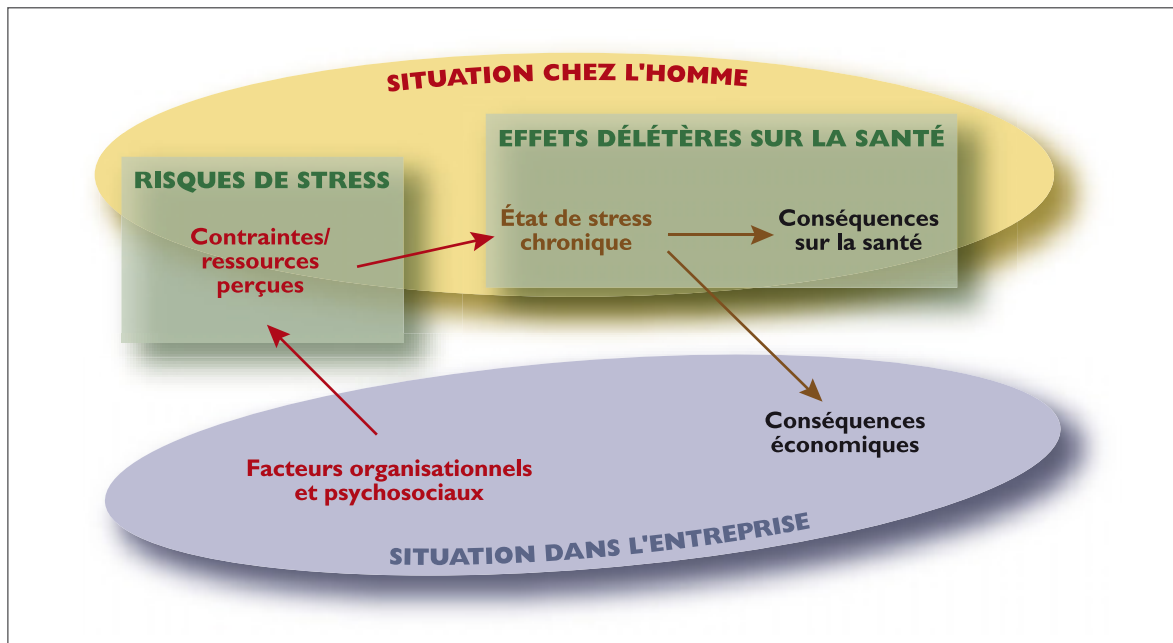


Fig. 1 : Risques psychosociaux et effets sur la santé. Les risques de stress correspondent à des situations de déséquilibre entre contraintes et ressources. Ces contraintes peuvent être inhérentes au métier ou être liées à l'organisation du travail (facteurs organisationnels) ou encore à la façon dont sont gérées les relations sociales et la communication (facteurs psychosociaux).

problématique du monde du travail préoccupante puisque la dernière enquête européenne sur les conditions de travail de 2000 [4] a mis en évidence que 28 % des salariés européens déclarent leur santé affectée par des problèmes de stress au travail, ce qui, d'après les données de cette même enquête, en fait, derrière les maux de dos (qui affectent 33 % des répondants), le deuxième problème de santé au travail déclaré.

Au niveau européen, la définition du stress la plus courante est : « un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise. »

Trois notions sont à retenir dans cette définition :

- les contraintes au travail,
- l'état de tension ou état de stress généré par la perception d'un déséquilibre entre contraintes et ressources,
- les conséquences ou effets du stress sur la santé des salariés et sur la productivité.

Si dans le langage courant, le terme « stress » désigne indifféremment l'un de ces trois éléments il sera réservé ici à l'état de tension. La **figure 1** représente les trois notions précédentes schématisées.

Les facteurs organisationnels et psychosociaux

La liste des facteurs organisationnels ou psychosociaux susceptibles de générer des contraintes évolue en même temps que le monde du travail [5 à 8]. Ils peuvent être regroupés en cinq grandes catégories :

- la situation macro-économique : intensification du travail (pression temporelle ou exigence de productivité), instabilité de l'emploi, importance de la concurrence nationale et internationale, mauvaise santé économique de l'entreprise,
- les évolutions sociologiques : utilisation croissante des techniques de communication à distance, individualisation de l'activité professionnelle avec sur-responsabilisation, exigence ou agressivité de la clientèle, etc.
- l'organisation du travail et/ou la gestion des ressources humaines : ambiguïté ou conflit de rôles, imprécision des missions, surcharge ou sous-charge de travail, inexistence des plans de carrière, incompatibilité des horaires de travail avec la vie sociale et familiale, etc.
- la qualité des relations de travail : insuffisance de communication, manque de soutien de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques, management peu participatif, manque ou non reconnaissance du travail, isolement social ou physique, etc.
- l'environnement matériel : bruit, sur-occupation des locaux, etc.

Ces facteurs peuvent générer chez les salariés des contraintes.

Les contraintes de travail

Alors que les facteurs appartiennent au domaine du factuel, les contraintes sont le résultat d'une perception par nature subjective : une même contrainte, par exemple des horaires de travail décalés, sera perçue différemment selon les salariés et pour un même salarié la perception pourra être variable dans le temps.

Contrainte ponctuelle ou durable

Les contraintes dont il est question ici ne sont pas des situations ponctuelles, telles que, par exemple le rendu d'un rapport dans un délai court ou une communication devant un large public ou bien encore l'affectation à une activité nouvelle. Ces dernières sont à l'origine d'un état de stress aigu, qui peut être stimulant ou inhibant mais disparaîtra à l'arrêt de l'événement, ce stress aigu ne présentant, la plupart du temps, aucun dommage pour la santé.

Sont considérées ici comme contraintes de travail (ou « stressseurs »), celles qui s'inscrivent dans la durée et qui, sur la base de nombreuses études, sont connues pour être des facteurs de risque pour la santé.

Contrainte subie ou choisie

Certaines contraintes sont inhérentes à l'activité professionnelle elle-même comme les métiers de soins ou

sociaux qui confrontent à la souffrance ou à la mort d'autrui (assistantes sociales, éducateurs, urgentistes, réanimateurs, personnel des soins palliatifs, des centres anti-cancéreux, etc.) ou les métiers comportant un risque pour la vie d'autrui (contrôleur aérien, pilote d'avion, conducteur de transports en commun, etc.). Ces contraintes sont en général acceptées car, en choisissant ce métier, les salariés en connaissent les « risques ». Mais les contraintes imposées par l'organisation sont en général bien plus mal supportées. Ainsi une infirmière hospitalière supportera la confrontation quotidienne à la maladie ou la mort mais percevra plus difficilement, par exemple, l'absence de plage horaire planifiée pour transmettre à ses collègues les consignes sur les malades, ce qui relève d'un dysfonctionnement organisationnel.

Contrainte unique ou multiple

L'accumulation des contraintes est également un facteur aggravant comme, par exemple, dans certains centres d'appels téléphoniques où le téléopérateur doit dans un temps limité (en général fixé à quelques secondes) respecter strictement un script de conversation avec le client tout en répondant à ses questions et en documentant une fiche informatique, ceci dans une ambiance sonore parfois gênante pour l'audibilité, avec un affichage du nombre de clients en attente.

Antagonisme des contraintes (encadré ci-dessous)

En cas de contraintes multiples, il s'est avéré que c'est la coexistence de certaines contraintes qui affecte

Les modèles de Karasek et de Siegrist

Le modèle de Karasek repose sur la notion d'équilibre entre deux dimensions :

- la « demande psychologique » qui est associée à la réalisation des tâches (quantité, complexité, contraintes dans le temps, etc.) ;
- la « latitude décisionnelle » qui recouvre :
 - . l'autonomie dans l'organisation de ces tâches et la participation aux décisions,
 - . l'utilisation de ses compétences : possibilité d'utiliser ses qualifications, capacité à développer de nouvelles compétences.

Karasek a montré que l'association d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (ou « *job strain* ») représente un risque pour la santé physique et psychique.

Johnson a, par la suite, enrichi ce modèle d'une troisième dimension : le support social au travail (soutien socio-émotionnel et tech-

nique) qui représente une interface modulante du rapport « Demande/Contrôle » [9].

La version recommandée pour utiliser le questionnaire est celle en 26 items, laquelle a été intégrée à la dernière enquête de SUMER de 2003. Ainsi et pour la première fois des valeurs de référence des scores des différentes dimensions pour la population française seront bientôt disponibles.

Dans les années 90, Siegrist a développé le modèle du « Déséquilibre Effort/Récompense ». Ce dernier, également bi-dimensionnel, repose sur l'équilibre entre les efforts consentis par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour. Siegrist, dans son concept d'effort distingue 2 sous-domaines :

- la notion d'effort extrinsèque qui reprend certains items du concept de « demande » de Karasek : contraintes de temps, interruptions, responsabilités, heures supplémentaires, etc. ;
- et l'investissement de l'individu vis-à-vis de ce qui est demandé (incapacité à se distancier du travail, compétitivité et hostilité, besoin d'approbation, impatience et irritabilité).

Ainsi la notion d'exigence de la tâche est modulée par un trait de la personnalité de l'individu qui est son positionnement face aux exigences du travail.

Le deuxième concept du modèle s'intéresse aux gratifications qu'apportent le travail qu'elles soient monétaires, d'estime ou liées au statut (sécurité d'emploi et opportunités de carrière). Cet aspect permet de prendre en compte non seulement la réalisation et l'organisation immédiate de son travail mais également le contrôle que peut avoir l'individu sur l'ensemble de sa carrière professionnelle [10].

| | | EXIGENCE AU POSTE DE TRAVAIL | |
|-------------------|--------|------------------------------|-----------------|
| | | Forte | Faible |
| DEGRÉ D'AUTONOMIE | Faible | « <i>Job strain</i> » | Travail passif |
| | Forte | Travail très actif | Travail détendu |

ENCADRÉ



Documents pour le Médecin du Travail
N° 106
2^e trimestre 2006

particulièrement la santé. Ainsi de nombreuses études ont mis en évidence une corrélation statistique entre le « *job strain* » de Karasek (déséquilibre entre une forte exigence de productivité et une faible marge de manœuvre) et certaines pathologies (maladies cardiovasculaires, troubles anxio-dépressifs ou encore troubles musculosquelettiques-TMS). Par exemple, une exigence de rendement assortie d'une prescription très stricte sur le « comment faire le travail », est une situation potentiellement à risque de stress surtout si les « ressources » sont insuffisantes, si le superviseur se positionne plus en « contrôleur » de l'activité qu'en « cadre de proximité » aidant à la résolution des difficultés.

Un autre déséquilibre (modèle de Siegrist) entre forte productivité et bénéfices procurés par le travail (qu'ils soient financiers ou autres) a été également très étudié ; il est également associé à un risque de pathologies, celles évoquées précédemment.

D'autres associations de contraintes sont probablement délétères pour la santé mais les preuves épidémiologiques sont moins nombreuses : le déséquilibre entre qualité ou quantité du travail fourni et reconnaissance par la hiérarchie...

Les conséquences délétères pour la santé

Les conséquences délétères sur la santé correspondent à un état de stress chronique et aux affections qui apparaissent à plus long terme [11] et sont schématisées dans la **figure 2**.

L'état de stress aigu et chronique

L'état de stress aigu correspond aux deux premières phases du syndrome général d'adaptation de Selye qui se traduisent par une sécrétion de catécholamines et glucocorticoïdes (**annexe 1, p. 184**). Un état de stress aigu modéré n'est pas délétère pour la santé.

L'état de stress chronique correspond à l'épuisement d'un organisme trop longtemps soumis à une hyperstimulation et donc à un excès de catécholamines et glucocorticoïdes (annexe 1). Il se traduit par l'apparition de différents symptômes :

- physiques : douleurs (coliques, maux de tête, tensions et douleurs musculaires, articulaires, etc.), troubles du sommeil, de l'appétit et de la digestion, sensations d'essoufflement ou d'oppression, sueurs inhabituelles, etc.
- émotionnels : sensibilité et nervosité accrues, crises de larmes ou de nerfs, angoisse, excitation, tristesse, sensation de mal-être, etc.
- intellectuels : perturbation de la concentration nécessaire à la tâche entraînant des erreurs et des oublis, difficultés à prendre des initiatives ou des décisions, etc.

Ces symptômes ont des répercussions sur le comportement :

- recours à des produits calmants (somnifères, anxiolytiques, alcool, etc.) qui tentent de mettre au repos cet organisme tendu,
- prise d'excitants (café, tabac, etc.) pour « se remettre en route »,

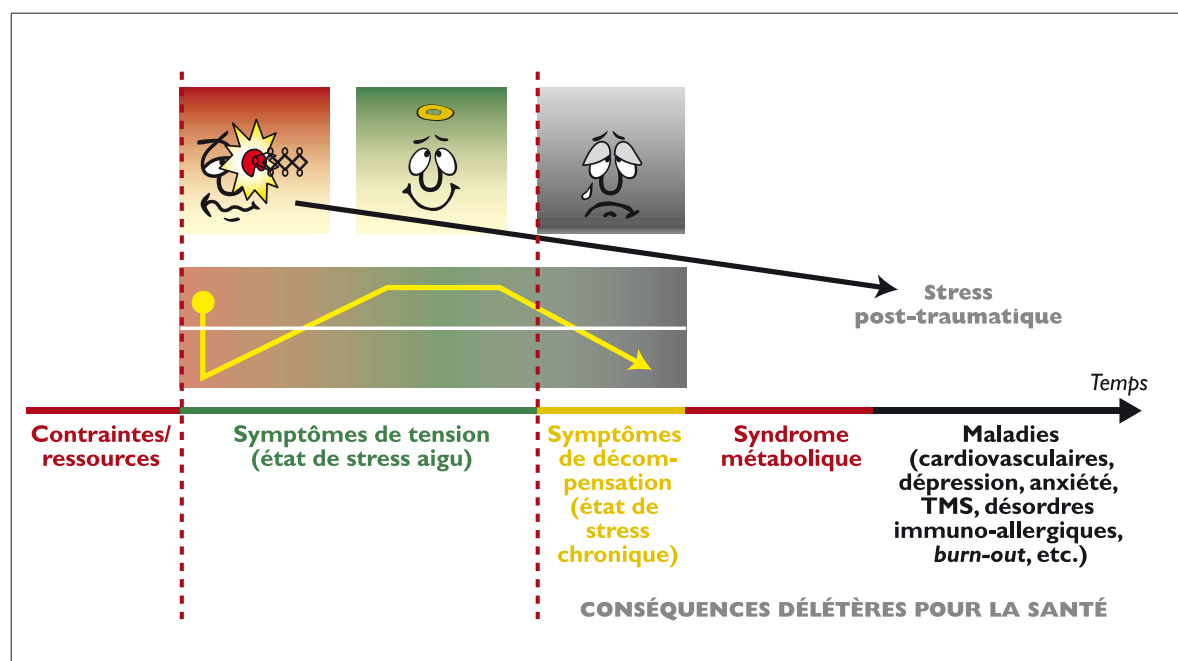


Fig. 2 : Les effets du stress sur la santé.

- fuite par rapport à un environnement agressant : inhibition, repli sur soi, diminution des activités sociales, etc.

À cette phase, le mal-être est perceptible et ressenti mais il n'est pas toujours mis en mots et exprimé par le salarié. La réaction sera d'abord passive : la situation de travail stressante est subie et les sentiments d'impuissance et de paralysie dominant. Dans un deuxième temps, des tentatives d'adaptation se développent. Selon les personnalités (ou pour une même personne à différents moments) trois types de stratégies de réponse ou d'adaptation sont alors observés :

- des réponses d'ordre émotionnel comme exprimer sa colère ou au contraire l'inhiber ou ruminer ses erreurs,
- des réponses d'évitement comme la demande de changement de poste ou l'arrêt du travail,
- la recherche de solutions, si cela est possible, par une meilleure information, une réorganisation de son travail ou la sollicitation des collègues dans une recherche de stratégies collectives.

Les symptômes de stress chronique sont réversibles et cessent quand une solution est trouvée. Mais si les stratégies d'adaptation s'avèrent inefficaces ou inacceptables pour l'entreprise, l'état de stress chronique se pérennise menaçant l'intégrité physique et mentale de la personne. Les symptômes s'installent ou s'aggravent entraînant des altérations de la santé qui peuvent devenir irréversibles.

Le syndrome métabolique

Le « syndrome métabolique » est le premier stade pathologique observable de l'hypersécrétion prolongée de catécholamines et de glucocorticoïdes. Il associe hypertension artérielle, obésité abdominale, résistance à l'insuline et perturbations du métabolisme des lipides sanguins [12, 13].

Les conséquences cardiovasculaires

Le syndrome métabolique représentant un fort facteur de risque pour le système cardiovasculaire, les atteintes coronariennes chez des salariés exerçant une activité professionnelle sans grande marge de manœuvre sont plus fréquentes en terme de mortalité et de morbidité [14]. Des études ont montré que la coexistence d'une forte exigence psychologique et d'une faible marge de manœuvre dans le travail était également associée à un risque de mortalité cardio-vasculaire. Les accidents vasculaires cérébraux sembleraient également plus fréquents en cas de situation stressante au travail [15].

Les troubles musculosquelettiques

Les troubles musculosquelettiques du membre supérieur et de la partie supérieure du dos sont de plus en

plus souvent rapportés à une combinaison de risques : sollicitations biomécaniques dues à des mouvements répétitifs mais aussi manque de soutien social ou insatisfaction dans le travail [16].

Les problèmes de santé mentale

Les problèmes de santé mentale ont également fait l'objet de nombreuses recherches [17, 18]. La dépression est plus fréquente quand le travail associe une forte exigence psychologique à une faible marge de manœuvre et un manque de soutien social (absence d'aide de la part des collègues ou de la maîtrise) et ce chez les femmes et les hommes [19]. Les troubles anxieux sont également plus fréquents en cas de situations stressantes prolongées. Le suicide attribué au travail ou sur les lieux du travail est un phénomène émergent préoccupant et souvent encore tabou ; sa fréquence n'est pourtant pas connue et des études spécifiques seraient nécessaires [20].

Les autres conséquences sur la santé

Les états de stress de longue durée induiraient d'autres problèmes de santé comme la diminution de la résistance aux infections, les maladies immuno-allergiques (asthme, polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux, colite ulcéraire), les colites fonctionnelles, l'ulcère gastro-duodéal, les désordres hormonaux (de la thyroïde ou des sécrétions androgènes ou œstrogènes) ou certaines pathologies de la grossesse (prématurité, infertilité). Des études complémentaires sont néanmoins nécessaires pour confirmer ou infirmer ces résultats.

Le burn-out

Le « burn-out » est une autre conséquence d'un état de stress chronique professionnel. Il s'agit d'un syndrome d'épuisement physique et mental qui atteint plus spécifiquement les professionnels qui sont en relation d'aide, d'assistance, de soins ou de formation auprès du public. Il se caractérise par trois symptômes :

- l'épuisement émotionnel (impression de saturation affective et émotionnelle vis-à-vis de la souffrance d'autrui),
- le désinvestissement de la relation (avec des attitudes et des sentiments négatifs et cyniques envers la clientèle ou les usagers),
- une diminution du sentiment d'accomplissement personnel au travail (tendance à l'auto-évaluation négative en particulier vis-à-vis de son travail avec les clients ou patients) [21].

Le cas particulier du stress post-traumatique

L'état ou le trouble de stress post-traumatique (ESPT ou TSPT) est officiellement apparu dans la nosographie psychiatrique en 1980. Pour le DSM-IV (1994), il s'agit d'une entité à part entière, conséquence

d'un événement traumatique qui provoque pour une personne de la peur, de la détresse ou de l'horreur (braquage en agence bancaire, attentat, etc.) ; ce trouble se manifeste, quelques semaines après l'événement, par les manifestations cliniques suivantes :

- ré-expérience persistante de l'événement traumatique,
- comportements d'évitement des *stimuli* associés au traumatisme,
- émoussement de la réactivité générale,
- état d'hyperactivité neurovégétative.

Il est souvent associé à d'autres troubles psychopathologiques (troubles anxieux, dépressifs, etc.) et semblerait survenir chez des personnalités prédisposées (histoire traumatique personnelle ?). L'ESPT s'accompagne de traces biologiques dans de multiples systèmes centraux et périphériques mais la nature des mémoires traumatiques reste encore mal comprise.

Des questions relatives au stress

L'état de stress chronique : problème individuel ou collectif ?

Un état de stress est une plainte qui résulte de l'interaction entre la personne et sa situation de travail. Mais un état de stress n'est pas forcément lié au travail et des événements de la vie personnelle peuvent en être la cause. Dans la plupart des situations, le médecin du travail pourra faire la part des choses et établir le diagnostic étiologique mais en cas de coexistence de facteurs (divorce récent et surcharge de travail par exemple), l'imputabilité au travail n'est pas aisée au cours de la visite systématique. Le médecin pourra, dans ce cas, revoir le salarié ou, selon la gravité de la situation, l'adresser vers une consultation hospitalière spécialisée en « santé mentale » ou « souffrance » au travail ou encore à un spécialiste psychiatre. Mais pour une entreprise donnée, la question du stress interpellera le médecin du travail si le nombre de salariés concernés est élevé ou s'il augmente rapidement dans le temps et si celui-ci peut « légitimement » attribuer les problèmes de santé observés à des facteurs de stress communs liés au travail.

Bon ou mauvais stress ?

Souvent valorisé par les managers, le « bon » stress semble recouvrir les notions de motivation ou d'implication dans le travail ; il améliorerait sa réalisation, la productivité, tandis que le mauvais stress rendrait malade. Les termes de « bon » et « mauvais » stress sont inadéquats et recouvrent des distinctions plus anciennes : aigu/chronique et choisi/subi.

Le « stress aigu » correspond aux réactions d'un organisme qui doit s'adapter. Il n'est ni bon ni mauvais, il est simplement rendu nécessaire par l'environnement.

Cette adaptation a toujours un coût pour l'organisme, sans grande conséquence si le « stress » est modéré (comme par exemple un état de stress induit par un changement choisi du poste de travail) mais si le stress est trop intense, comme dans le cas d'un braquage par exemple, il peut entraîner un « stress post-traumatique ».

L'état de stress chronique n'est, en aucun cas, bénéfique pour l'organisme car il le maintient en sur-régime ; pour un temps limité, les symptômes sont réversibles mais si le « stress » s'inscrit dans la durée, les conséquences pour la santé sont, comme évoquées précédemment, inévitables et deviennent de moins en moins réversibles.

Une situation stressante aiguë choisie sera toujours mieux acceptée qu'une situation subie. En revanche, une situation chronique même choisie sera toujours délétère ; c'est ce dont se plaignent, de plus en plus, les cadres qui, après une promotion pourtant choisie, sont victimes dans le long terme d'une surcharge de travail qui pourra entraîner des problèmes de santé dont le classique infarctus du myocarde ⁽²⁾.

LES AUTRES RISQUES PSYCHOSOCIAUX : VIOLENCES, HARCÈLEMENT ET MAL-ÊTRE

À côté du stress, on distingue les violences internes dont le harcèlement moral et le harcèlement sexuel, les violences externes (celles provenant de personnes extérieures à l'entreprise) et la souffrance ou le mal-être au travail.

Les violences internes

Elles correspondent à des agressions verbales ou physiques émanant de collègues ou de responsables hiérarchiques. Les situations de violences internes semblent un peu moins fréquentes que celles liées au stress. En effet, l'enquête européenne sur les conditions de travail de 2000 [4] met en évidence que 9 % des répondants déclarent avoir été victimes dans l'année précédente d'intimidations (définies par l'existence de brimades ou d'agressions collectives) mais les écarts entre pays sont importants relevant probablement plus d'une plus grande prise de conscience que d'une réalité : 4 % au Portugal contre 15 % en Finlande, la France occupant une position intermédiaire (10 %) ; est également relevée une disparité selon les genres : 7 % pour les hommes contre 10 % pour les femmes. En ce qui concerne la violence physique, 2 % des répondants déclarent en avoir été victimes au cours des 12 derniers mois de la part de personnes du lieu de travail avec une variation de 1 à 5 % selon les pays [4].

(2) Contrairement à l'idée reçue, l'infarctus du myocarde est cependant une pathologie plus fréquente chez les ouvriers et employés que chez les cadres : pour 1 décès par infarctus pour la catégorie « professions libérales-cadres supérieurs » il y a 1,6 décès pour la catégorie « commerçants-cadres moyens » et 2,5 décès pour la catégorie « ouvriers employés » (données de mortalité des hommes entre 25 et 64 ans pour la période 1989-1991).

Pour en savoir plus : www.cyes.info/themes/precarite/sante_et_pre_carite_3.ph

Plus récemment une étude a été réalisée par l'intermédiaire d'un réseau de 143 médecins du travail de la région Provence-Côte-d'Azur : 7 694 salariés ont renseigné un auto-questionnaire (« *Leymann Inventory of Psychological Terror* ») confirmant que la prévalence de la violence psychologique au travail (définie selon Leymann) des 12 derniers mois est de 10 % [22].

Deux cas particuliers de violences internes : le harcèlement moral et le harcèlement sexuel au travail

Le harcèlement moral

Sous la pression d'une prise de conscience sociétale [23, 24], la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 a introduit dans le Code du travail l'article L. 122-49 spécifiant l'interdiction de harcèlement moral : « *aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* ». Deux notions caractérisent le harcèlement moral : la répétition des agissements et la dégradation des conditions de travail. Par ailleurs, l'article 222-33-2 est introduit dans le Code pénal, destiné à réprimer le harcèlement moral. Défini dans les mêmes termes que les agissements visés à l'article L. 122-49 du Code du travail, le harcèlement moral est passible d'une peine d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

Le harcèlement moral n'est pas l'exclusive d'une relation hiérarchique avec harcèlement du subordonné par le supérieur. Il peut être ascendant (harcèlement du chef par ses subordonnés) ou transversal : harcèlement par des collègues d'un salarié stigmatisé par exemple à cause de sa différence. Il peut également être le fait d'une ou plusieurs personnalités perverses mais aussi relever d'une politique d'intimidation pour se débarrasser d'un ou plusieurs salariés devenu « gênant(s) » ou « inutile(s) ». Ce type de harcèlement est qualifié de « stratégique ». Entre la personnalité perverse et le harcèlement stratégique, d'autres conjonctures de travail sont rencontrées qui font d'une personne « normale » un harceleur : c'est le cas, par exemple, d'un supérieur hiérarchique qui, se sentant menacé par un subordonné plus diplômé, va le harceler.

Ainsi, la cause des cas avérés de harcèlement moral se résume rarement à une relation inter-individuelle perverse. Certaines formes d'organisation sont plus propices à l'émergence de telles situations ; une forte exigence de productivité de la part de la hiérarchie peut, pour un contremaître, justifier, à ses yeux, des comportements abusifs vis-à-vis du personnel de son atelier, le rendement obtenu étant le garant de son impunité. Une

absence de circuits de communication entre salariés au sein de l'entreprise peut isoler certains d'entre eux et les rendre ainsi plus vulnérables aux dérives relationnelles. Dans les cas avérés de harcèlement, il est rare que la situation ne soit pas connue de l'entourage direct des personnes concernées mais dénoncer de tels actes suppose un climat relationnel général satisfaisant.

À la connaissance de l'auteur, le recensement des cas de harcèlement moral au travail reconnus sur le plan juridique n'existe pas. De plus, du fait du cadre réglementaire particulier à la France, il ne serait pas possible de comparer ces données avec des données européennes.

Le harcèlement sexuel

En ce qui concerne le harcèlement sexuel, l'article L. 122-46 du Code du travail ainsi que l'article 222-33 du Code pénal qui sanctionne les agissements de harcèlement sexuel ont été modifiés en 2002. Le harcèlement sexuel est désormais caractérisé par des agissements de toute personne (et plus seulement de ceux d'un responsable hiérarchique) dont le but est d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers. La prévalence du harcèlement sexuel déclaré est cependant faible : 2 % des répondants en font état dans l'enquête européenne de 2000 avec un gradient Nord/Sud : jusqu'à 1 % dans l'Europe de sud et jusqu'à 4 % dans les pays scandinaves avec une forte disparité femmes/hommes : 4 % contre 1 % [4].

Les violences externes

Pour l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, les violences externes sont des insultes ou des menaces ou des agressions physiques ou psychologiques exercées contre une personne sur son lieu de travail par des personnes extérieures à l'entreprise, y compris les clients, et qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être [1].

Ces actes de violence sont le fait de clients, d'usagers, de patients, d'élèves, etc. Ils visent notamment des salariés [25 à 27] :

- travaillant dans les transports en commun et d'autant plus qu'ils sont isolés comme les chauffeurs de taxi,
- ayant des activités de guichet,
- manipulant des objets de valeur (activités bancaires, bijouterie, commerces, convois de fonds, etc.),
- exerçant dans les secteurs de santé (particulièrement dans les services hospitaliers des urgences ou psychiatriques),
- œuvrant dans les secteurs socio-éducatifs (services sociaux, enseignement secondaire, etc.).

La violence se manifeste selon divers degrés de gravité :

- les incivilités : absence de respect d'autrui se manifestant dans l'intonation, le comportement, etc.
- les agressions verbales : menaces, insultes, etc.
- les actes violents : destruction ou dégradation de matériel, etc.
- les agressions physiques : bousculades, coups, blessures, etc.

Dans la troisième enquête européenne sur les conditions de travail, 4 % des répondants déclarent avoir été l'objet, au cours de l'année précédente, de violence physique de la part de personnes extérieures au lieu de travail avec des écarts importants entre les pays (de 1 à 9 %) [4]. L'enquête SUMER de 2003 rapporte que, parmi les salariés qui sont en contact avec le public, 23 % déclarent être exposés à un risque d'agression physique contre 18,5 % en 1994 [28].

Une étude irlandaise a mis en évidence que 29 % des accidents dus à la violence concernent les services de santé ; en Suède, un cas de violence sur deux touche le personnel soignant, essentiellement dans les établissements psychiatriques et les employés des services sociaux. En Finlande une étude ancienne portant sur 13762 interviews met en évidence que ce sont les gardiens de prisons et les policiers les plus affectés [29].

Les facteurs extra-professionnels tels que la vie urbaine, la durée des transports, les situations familiales conflictuelles, les problèmes sociaux, etc. peuvent expliquer en partie les phénomènes de violence qui contaminent tous les secteurs de la vie en collectivité et peuvent toucher tous les salariés en contact avec le public. En ce qui concerne la violence externe, les facteurs non liés au travail sont des déterminants plus forts que pour le harcèlement ou le stress. Pour autant l'organisation du travail n'est pas sans influence sur cette violence externe ; une bonne gestion de la clientèle dans les activités de guichet par exemple pourra la prévenir et protéger efficacement les salariés [30].

Souffrance ou mal-être

D'autres situations souvent rapportées au stress ou décrites comme du harcèlement réciproque peuvent correspondre à des conflits « enkystés » où l'état de stress n'est plus prédominant mais a laissé la place à une réelle « souffrance » au travail. Ainsi un état de souffrance ou mal-être au travail peut résulter :

- de situations de conflits ou d'hyper-conflits [31] voire de violence interne (celle provenant de personnes de la même entreprise) ;
- de relations inter-individuelles au travail pathogènes : emprise, abus de pouvoir, manipulation, mise à l'écart...

Relations entre stress, harcèlement, violences et mal-être

Comme l'indique la **figure 3**, les situations de « stress », « harcèlement » et « violences au travail » ne sont pas indépendantes les unes des autres. Les mêmes facteurs organisationnels ou psychosociaux peuvent être à la source des trois situations.

Une situation de harcèlement subie ou observée entraînera chez la victime et l'entourage un état de stress. Inversement, une situation de travail à risque de stress élevé (forte exigence de productivité, etc.) favorise les cas de harcèlement (*figure 3*).

Les mêmes relations existent entre violence externe et stress (*figure 3*). Des actes ou des paroles violents subis ou observés « stressent » victime et entourage. Mais une situation de stress pour un employé en contact avec le public peut induire des comportements

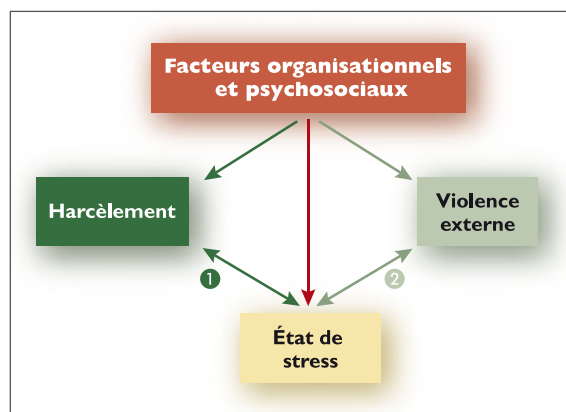


Fig. 3 : Relations entre stress, harcèlement et violences.

violents de la part de la clientèle : un employé tout seul à l'accueil d'une grande surface le samedi matin, qui doit à la fois répondre au téléphone, échanger les articles, renseigner les clients, diffuser les messages dans le micro, etc. va « stresser » devant la file de clients qui s'impatientent, perdre sa capacité d'écoute et sa disponibilité et générer de l'agressivité.

Par ailleurs, il existe d'autres liens non représentés sur la figure 3 ; c'est le cas entre souffrance (ou mal-être) et les trois autres risques : un état de stress, du harcèlement ou des actes violents génèrent de la souffrance pour les victimes mais aussi pour l'entourage. Cependant, une situation de souffrance peut résulter d'hyper-conflits ou de relations de travail pathogènes sans avoir jamais provoqué un état de stress. Pour autant, la gravité de ces différents risques n'est pas la même. Un cas de harcèlement avéré ou de violence physique interne ou externe témoigne d'une situation de travail déjà dégradée et doit systématiquement alerter le chef d'entreprise et, qui plus est, le préventeur.

Prévention du stress et des risques psychosociaux

PRÉVENTION DU STRESS

Les différents niveaux de prévention (figure 4) [32, 33]

La prévention des risques professionnels vise à éviter tout problème de santé et de sécurité lié au travail. En prévention, on agit, autant que faire se peut, en évitant l'apparition ou en minimisant les facteurs qui sont connus pour être à la source des problèmes de santé/sécurité (prévention « à la source »). On peut aussi limiter les conséquences sur santé/sécurité d'une situation de travail (prévention corrective).

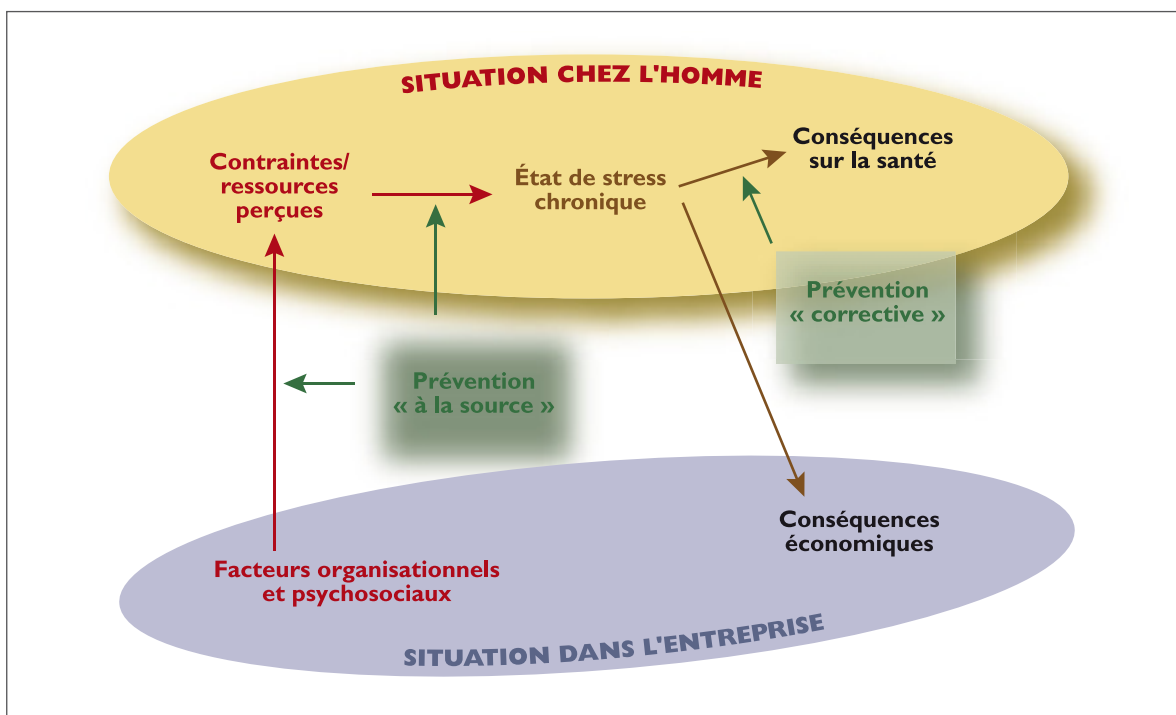
En ce qui concerne le stress au travail [34], la prévention « à la source » (dite primaire en Santé publique) s'applique soit avant l'apparition de contrainte, situation idéale très rarement rencontrée voire impossible dans les métiers où les contraintes sont inhérentes à l'activité elle-même (métiers de soins ou avec enjeu sur des vies humaines, etc.), soit quand les contraintes sont déjà présentes et il s'agira alors de les réduire avant l'apparition des premiers symptômes de stress chronique.

La prévention « corrective » (dite secondaire) vise à limiter les conséquences sur la santé chez des personnes présentant déjà des symptômes liés à un état de stress chronique. Les interventions les plus souvent développées sont des programmes qualifiés de « gestion individuelle du stress ».

Enfin, les préventeurs peuvent intervenir afin d'éviter que l'état de santé des personnes en souffrance ne se détériore davantage (prévention dite tertiaire). Il s'agit d'une réponse d'urgence avec prise en charge d'un point de vue médical et/ou psychologique des personnes qui souffrent déjà de problèmes de santé (troubles anxio-dépressifs, maladies cardiovasculaires, etc.) dus au stress et qui ne sont plus en mesure de faire face aux contraintes imposées par leur travail. Sur le plan individuel, la prise en charge fera appel aux psychothérapies proposées lors de dépressions ou états anxieux sévères. Sur le plan collectif, il peut s'agir de réunions de débriefing très adaptées et souvent efficaces dans certaines situations de tensions.

Indispensable et premier dans certains cas, ce type de réponse est loin d'être suffisant. Il doit déboucher sur une réflexion concernant les sources de stress : pourquoi telle personne en est-elle arrivée là ? Son état s'explique-t-il seulement par une fragilité personnelle ? D'autres personnes de son entourage professionnel présentent-elles les mêmes difficultés, même moins exacerbées ? Peut-on établir un lien entre ces difficultés et les conditions de travail ? ...

Fig. 4 : Les niveaux de prévention du stress au travail.



En résumé, l'approche de prévention à la source est considérée comme la seule efficace sur le long terme, tant du point de vue de la santé des salariés que de celle de l'entreprise car elle agit sur les causes. Certaines approches correctives peuvent être rapidement mises en place, efficaces dans le court terme et peu coûteuses. Quant aux interventions « d'urgence » parfois associées aux précédentes, elles ont des résultats plus longs et plus aléatoires.

La distinction entre prévention à la source ou corrective est très opérante pour concevoir et planifier un plan de prévention. Cependant, dans la réalité des situations de travail, il est rare que le stade évolutif des personnes d'une même entreprise soit identique. En effet, coexistent au sein d'une même population des personnes soumises à des contraintes mais qui font face sans dommage, des personnes plus ou moins stressées et des salariés présentant déjà des problèmes de santé avancés. Les actions à mettre en œuvre devront alors tenir compte de ces différents groupes de salariés.

Opter pour une organisation saine

La prévention à la source consiste à agir en amont de toute difficulté, en mettant en place, dans une entreprise, un service ou un atelier, une organisation et des conditions de travail (action sur « Facteurs organisationnels et psychosociaux » en rouge sur la figure 4) permettant de garantir la santé des salariés.

Mais cette situation idéale est rarement rencontrée. Le plus souvent, les situations de stress sont déjà présentes et il faut réagir. Quand le stress est installé, deux grandes options pour le combattre sont possibles :

Dès 1981, un(e) scientifique suédois(e) B. Gardell [35] définissait cinq conditions nécessaires pour qu'un environnement psychosocial du travail soit satisfaisant :

- *de façon à ce que chacun puisse influencer la situation, les méthodes et la vitesse d'exécution,*
- *de façon à ce que chacun ait une vue d'ensemble et une compréhension des différentes opérations,*
- *pour donner à chacun la possibilité d'utiliser et développer la totalité de ses ressources,*
- *pour permettre les contacts humains et la coopération entre ses acteurs,*
- *pour donner à chacun le temps nécessaire à la satisfaction de ses rôles et obligations extérieures tels que les tâches familiales, sociales ou engagements politiques, etc. ».*

permettre aux salariés de résister à leur stress ou agir sur l'organisation ; ces deux options ne s'excluent pas et peuvent être associées parallèlement ou séquentiellement.

Utiliser les programmes de gestion individuelle du stress

Les programmes de gestion individuelle du stress s'appuient sur les méthodes de développement personnel associant des techniques de relaxation et de ré-évaluation cognitive, inspirées de la psychothérapie cognitivo-comportementale. Celle-ci suppose que les émotions et le comportement humain sont influençables par l'information et la prise de conscience : une personne peut ainsi modifier son évaluation d'une situation jusqu'ici stressante et relativiser son incapacité à y faire face, ses réactions biologiques s'en trouveront ainsi atténuées. La ré-évaluation cognitive, en modifiant la perception de sa propre situation de travail, vise à réduire l'état de stress et les émotions et comportements qui lui sont associés.

Les programmes de gestion individuelle du stress peuvent être indispensables pour les professionnels de santé exposés à des situations difficiles sur le plan émotionnel et affectif (urgentistes, soignants de personnes en fin de vie ou atteintes de cancers notamment s'il s'agit d'enfants) à qui ils pourront être proposés préventivement. Ils peuvent être également une aide non négligeable dans des situations où le stress est déjà présent.

Leur mise en place s'intègre en général au plan de formation de l'entreprise, ce qui a l'avantage d'être simple, flexible et peu coûteux.

En revanche, ces actions ne s'attaquent pas aux sources du problème et, comme l'ont démontré plusieurs études d'évaluation [36], elles sont efficaces mais seulement dans le court terme, ce qui n'est pas le cas de la démarche suivante [37].

Agir sur l'organisation : démarche et acteurs

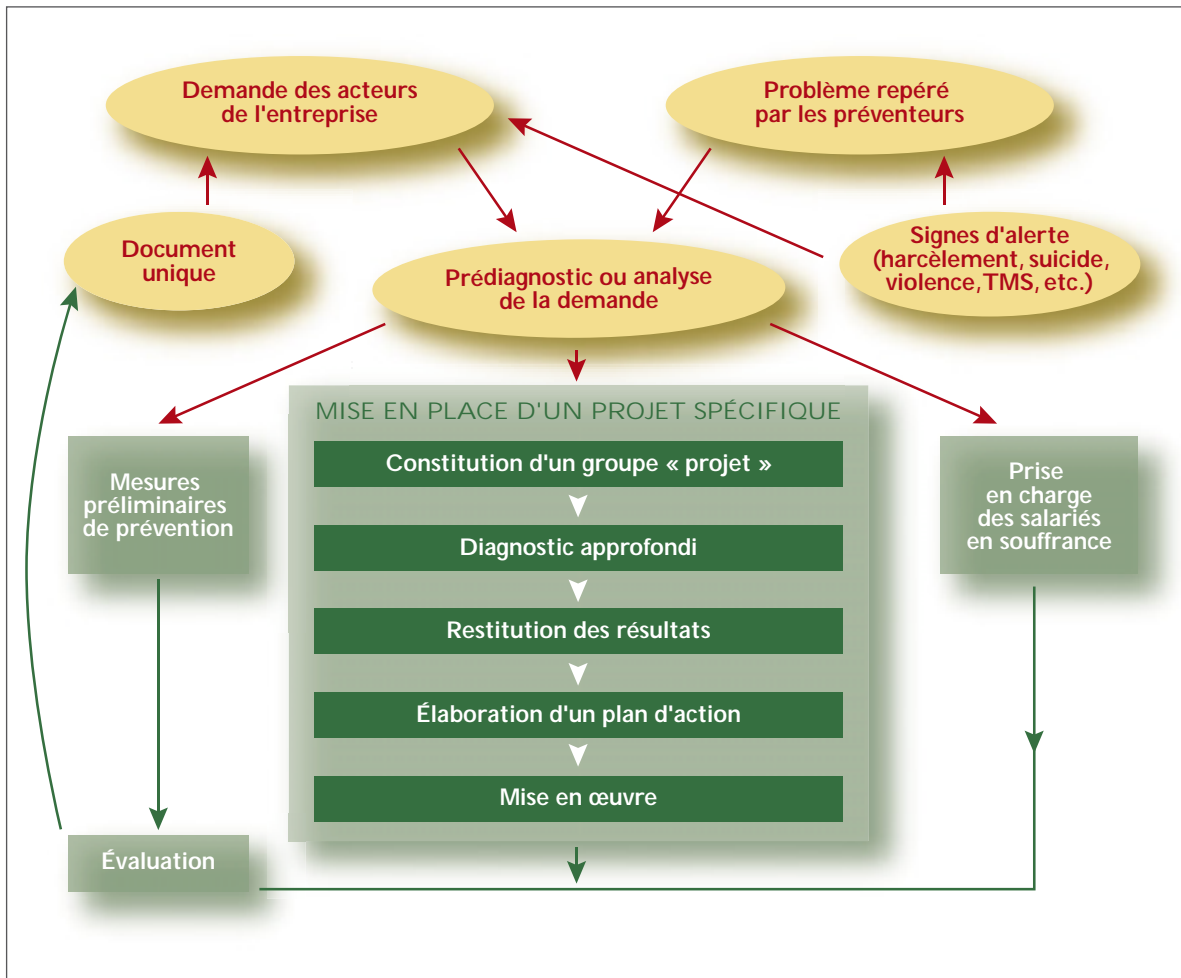
Cette deuxième option vise à prévenir les contraintes (prévention « à la source » de la figure 4) ou « diagnostiquer » et « traiter » les contraintes déjà existantes (prévention corrective). Elle peut se suffire à elle-même ou être associée aux programmes de gestion individuelle du stress décrits précédemment. Quand cette deuxième option est choisie, elle doit s'inscrire dans une démarche globale de prévention des risques professionnels (art. L 230-2 et R 230-1 du Code de travail).

La figure 5 résume une démarche générique de prévention en y intégrant les points de vue des différents acteurs de l'entreprise : dirigeants et préventeurs internes ou externes à l'entreprise (cf. encadré « Pour en savoir plus », p. 182) [38].

Modes d'entrée dans la démarche

En effet, l'entrée dans une telle démarche peut relever d'une volonté propre de l'entreprise qui évalue a

Fig. 5 : Démarche de prévention du stress.



priori ses risques notamment pour la rédaction du Document unique (DU). L'entreprise sera, alors, d'autant plus attentive aux risques de stress qu'elle appartient à l'un des secteurs d'activités connus pour être à risque (annexe 2).

Un autre mode d'entrée peut provenir de « symptômes de dysfonctionnement » graves qui peuvent avoir alerté les acteurs de la prévention dans l'entreprise : direction, CHSCT, médecin du travail, infirmière, préventeur... ou hors de l'entreprise : contrôleur et ingénieur CRAM, MIRTMO (médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre), etc.

Pré-diagnostic

Quel que soit le point d'entrée dans la démarche, la première étape est un pré-diagnostic (ou dépistage) qui sera établi à partir des données existantes, pertinentes vis-à-vis du stress et facilement mobilisables dans l'entreprise :

- données liées au fonctionnement de l'entreprise :
 - indicateurs organisationnels (provenant des ressources humaines) : absentéisme, *turn over*,

faible respect des horaires,

- indicateurs de production : quantité, qualité, rebus,

- indicateurs économiques : cotisations accidents du travail et maladies professionnelles ;

- données médicales : les rapports annuels du médecin du travail peuvent apporter des éléments déterminants pour engager une action de prévention. Ils constituent un état des lieux de la santé de la population d'une entreprise et permettent un diagnostic à niveau collectif. Ils précisent l'ampleur des problèmes (prévalence ou fréquence élevée de plaintes et/ou problèmes de santé liés au stress diagnostiqués) et peuvent mettre en évidence la détérioration progressive ou rapide de la situation. Ces indicateurs de prévalence ou de fréquence des problèmes liés au stress dégradés ou se dégradant progressivement objectivent un mal-être souvent dénié dans l'entreprise et pourront être souvent les seuls déclencheurs d'une réflexion et d'un plan de prévention. En outre, ces indicateurs de santé

mesurés en amont permettront d'évaluer l'efficacité des actions mises en œuvre ultérieurement dès lors qu'ils sont suivis tout au long de la démarche. Il peut être plus difficile de garantir la confidentialité des données dans les petites entreprises. Dans ce cas, le rapport annuel peut concerner un secteur d'activités (plusieurs entreprises d'un même secteur suivies par le même médecin comme par exemple « hôtellerie-restauration »). Pour limiter encore le risque d'identification des personnes, la prévalence des problèmes de santé rapportés au stress peut être globalisée par un seul score par entreprise (par exemple prévalence totale des personnes hypertendues et des personnes déprimées et ayant un TMS dans l'entreprise X). Ce score d'entreprise pourra alors être comparé au score de l'ensemble du secteur d'activité et ainsi démontré l'éventuelle nécessité d'agir.

En cas de dysfonctionnements graves, le recours à un expert extérieur (institutionnel ou cabinet conseil) est fréquent ; dans ce cas, l'étape du pré-diagnostic est élargie à une « analyse de la situation ». En effet, en plus de la compilation des données, l'expert devra restituer l'ensemble des problèmes et clarifier les enjeux des différents acteurs de l'entreprise.

Suite à cette phase pré-diagnostique, une prise en charge médicale et thérapeutique des salariés en souffrance ou la mise en application des textes réglementaires peuvent constituer une réponse d'urgence (cf. figure 5). Mais au-delà de cette première réponse, la prévention du stress ou des problèmes qui ont suscité le pré-diagnostic peut nécessiter la mise en place d'un projet spécifique (cf. figure 5).

Constitution d'un groupe projet

Un tel projet suppose la création d'un groupe de pilotage en interne, représentant des services ou catégories de personnel concernés par le problème, la direction, les préventeurs internes (infirmière et/ou médecin du travail, représentants CHSCT). Pour certaines des étapes, notamment pour celle du « diagnostic approfondi » ou de « l'évaluation », on pourra recourir à des ressources extérieures. En effet, d'une part, ces étapes nécessitent une expertise dans l'évaluation des RPS rarement présente dans l'entreprise et, d'autre part, une évaluation externe garantit l'impartialité des résultats pour les différentes parties en présence.

Diagnostic approfondi

La diagnostic approfondi vise à préciser la nature et l'importance des facteurs organisationnels et psychosociaux en cause, à évaluer les contraintes des salariés et éventuellement à mesurer des indicateurs de santé (symptômes de stress ou problèmes de santé déjà avérés) jusque là non disponibles (ou à

vérifier leur importance au moment du démarrage de projet si le médecin suit déjà ces indicateurs depuis plusieurs années) et enfin à repérer les groupes de salariés les plus affectés.

Le diagnostic peut s'appuyer sur différents outils et en particulier sur le questionnaire, lequel doit être réservé à certaines situations. En effet, le questionnaire codifie et réduit l'information.

Si l'évaluation des contraintes est envisagée par questionnaire, il faudra veiller à en choisir un qui corresponde à la réalité des contraintes de l'activité étudiée. Pour choisir un questionnaire adapté à la situation, il est recommandé de réaliser quelques entretiens exploratoires, non directifs, lesquels peuvent être inclus dans les visites annuelles.

On peut recourir au questionnaire de Karasek à condition que les principales contraintes évoquées par les salariés recouvrent bien les dimensions de ce questionnaire : pression temporelle, fort contrôle de l'activité et faible support social. Si les salariés se plaignent surtout de la violence de la clientèle, il faudra alors se tourner vers un outil adéquat.

Pour exploiter l'information fournie par un questionnaire, il faut que le nombre de réponses soit suffisant : une participation de 80 % garantit l'absence des biais de sélection.

Enfin, il faut prévoir dès le début de la démarche les ressources et les compétences pour « saisir » les données, les analyser et les interpréter.

D'autres méthodes d'investigation peuvent être utilisées seules ou en complément du questionnaire : l'entretien individuel ou collectif (réunissant plusieurs salariés du même atelier). Dans des PME-PMI ou les TPE (très petites entreprises), le colloque singulier annuel peut apporter beaucoup d'informations sur la réalité du travail et pourra être plus enrichissant qu'un questionnaire.

Ressources et conditions optimales

L'entreprise et le médecin du travail ne sont pas seuls pour évaluer les risques de stress et mettre en place un programme de prévention. Le médecin du travail peut disposer de ressources au sein de son propre service inter-entreprises : cellules spécialisées ou médecins du travail référents dans les RPS ou en santé mentale, ou IPRP spécialisés dans des disciplines telles que l'ergonomie ou l'organisation du travail (décret n° 2003-546 du 24 juin 2003). Mais il peut également s'appuyer sur les compétences des personnes référentes sur les RPS au sein des services Prévention des CRAM [39] ou des Agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) ou des cabinets conseils privés (parfois répertoriés par les CRAM selon leurs méthodes d'intervention) qui peuvent apporter leur aide et/ou réaliser

tout ou partie des différentes étapes de la démarche évoquée ci-dessus.

Avant de s'engager dans une démarche de prévention du stress, l'entreprise devra réunir certaines conditions :

- la direction doit s'engager dans une démarche complète et durable afin d'éviter les diagnostics sans suite qui génèrent des faux espoirs et seront à terme plus dommageables que le *statu quo*,
- une culture en santé et sécurité au travail doit déjà exister dans l'entreprise. On ne peut « s'attaquer » aux risques psychosociaux que si les risques plus immédiats (par exemple électriques) sont circonscrits,
- la direction doit accepter le principe d'une remise en cause de l'organisation si les facteurs organisationnels et psychosociaux s'avèrent être la cause des difficultés,
- l'ensemble du personnel doit être informé et participer à la démarche.

PRÉVENTION DES AUTRES RPS

La démarche précédemment décrite pour le stress peut être utilisée pour la prévention des autres RPS. À côté des recommandations générales, des démarches de prévention spécifiques peuvent être engagées.

Recommandations générales

L'existence d'un cas de harcèlement ou de violence, notamment physique, ou de suicide ou tentative de suicide (sur les lieux du travail ou rapporté au travail par les collègues ou la famille)⁽³⁾, témoigne d'une situation dégradée qui doit, si l'entreprise ne s'est pas encore préoccupée du problème, alerter tous les préventeurs et, au premier chef, le médecin du travail (figure 5). Encore faut-il que celui-ci en soit informé. La mise en place d'une procédure d'information du médecin du travail par l'entreprise peut s'avérer nécessaire.

Elle nécessite dans un premier temps une approche curative pour les « victimes » mais aussi pour l'entourage professionnel direct de la « victime » souvent autant traumatisé que la victime elle-même. Un suicide dans une entreprise fragilise l'environnement proche et peut être une cause de passage à l'acte pour d'autres collègues vivant une situation de travail similaire. Une prise en charge psychothérapeutique individuelle est souvent indiquée et le rôle du médecin du travail consiste à orienter les personnes en souffrance vers le

thérapeute adéquat. À cette prise en charge individuelle, on peut associer, selon la gravité des incidents ou accidents, une approche collective en proposant des réunions « *débriefing* » animées par un ou des spécialistes qui permettront la « mise en mots » de la situation traumatisante et le repérage des personnes en souffrance.

Toutes ces situations requièrent, après la prise en charge en urgence, toute l'attention des responsables d'entreprise et des préventeurs qui doivent s'attacher à identifier les facteurs en cause et proposer des axes de prévention. Cette réflexion ne pourra néanmoins être initiée qu'après un certain délai dans un contexte plus apaisé.

Démarches spécifiques

Dans le cas d'une suspicion de harcèlement, surtout si la situation est complexe, le médecin du travail peut alerter le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO), lequel peut initier une enquête pour relever une infraction aux dispositions de l'article L.122-49 du Code du travail. La prévention du harcèlement ne s'arrête pour autant pas à cette enquête. Les autres aspects de sa prévention sont traités dans le dossier sur le harcèlement moral au travail en ligne sur le site de l'INRS.

Les cas de violence physique doivent faire l'objet d'un certificat médical initial et d'une déclaration en accident du travail pour garantir une prise en charge de conséquences post-traumatiques. De même pour les suicides ou tentatives de suicide sur les lieux du travail : une déclaration en accident du travail sera établie [40].

En ce qui concerne la violence externe, un certain nombre de dispositions préventives sont recommandées pour les salariés en contact direct avec un public (cf. notamment le document de la CRAM Languedoc-Roussillon [41]). Ces recommandations visent l'aménagement des postes de travail, la formation des salariés à la gestion des conflits ou à la détection précoce des agresseurs et l'analyse systématique des agressions.

L'existence d'hyper-conflits est également une situation à haut risque notamment de passage à des actes violents ou à des suicides ou des dépressions graves ; le malaise est néanmoins souvent tellement prégnant que l'entreprise sera souvent demandeuse d'une intervention ; pour autant ces situations sont difficiles à traiter et requièrent les compétences de professionnels extérieurs formés dans l'approche de telles situations [31].

Pour en savoir plus : www.inrs.fr à la rubrique *dossiers* (cf. encadré page suivante).

(3) L'attribution au travail d'un suicide ou d'une tentative de suicide est toujours extrêmement délicat et le médecin du travail est partagé entre respect du secret médical et nécessité d'action. Tout en respectant le secret médical, le médecin recherchera les éléments lui permettant de se faire son opinion et d'orienter si besoin son action.

Conclusion

Cet article présente les différents RPS : stress, harcèlement, violences, mal-être, etc... Faisant suite aux définitions, la prévention du stress puis celle des autres RPS a été envisagée. Cette démarche de prévention est une démarche générique des RPS se référant sur le plan méthodologique à une démarche « projet ». Elle convient à la plupart des situations de travail et peut être déclinée dans tous les secteurs d'activités. Elle présente également certaines caractéristiques. Il s'agit d'une méthode :

- qui peut se dérouler en autonomie pour une entreprise à l'exception de certaines étapes (diagnostic approfondi et évaluation),
- qui essaie de prendre en compte et de mettre en confrontation à l'intérieur du « comité de pilotage du projet » des points de vue différents sur une même situation de travail et par-là, confère à l'approche, son caractère multidisciplinaire (opérateur, responsable « sécurité », DRH, médecin du travail, psycho-ergonome des CRAM, etc.).

Dans certains cas, le recours à une approche spécialisée pour la totalité de la démarche va s'avérer nécessaire. Par exemple, l'approche organisationnelle développée par le laboratoire d'ergonomie (EPAP-HT) sera présentée dans le prochain numéro de la revue

Documents pour le Médecin du Travail. Elle se révèle particulièrement opérante parce qu'elle permet un approfondissement de la réalité du travail. Il s'agit d'une approche avec forte expertise qu'il faudra réserver à des secteurs d'activités non encore défrichés (l'exploration des contraintes sera dans ce cas primordiale) ou dans des situations de travail déjà très dégradées (l'intervention d'un tiers étant un appui certain) ou quand la taille des entreprises exige un travail de diagnostic conséquent.

Pour en savoir plus

- www.inrs.fr - 4 dossiers concernant ce sujet sont consultables à cette adresse Internet : « Santé mentale au travail », « Le stress au travail », « Harcèlement moral : généralités », « Travail et agressions. État des lieux et prévention des risques »

- « **J'ai mal au travail. Stress, harcèlement moral et violences** » - Multimédias et audiovisuels (DM 0327). Paris : INRS ; 2004.

- **GRENIER-PEZE M. ; SOULA M.C** - Approche pluridisciplinaire du harcèlement moral. Études et enquêtes (TF 113). *Doc Méd Trav.* 2002 ; (90) : 137-45.

- **DE GASPARO C. ; GRENIER-PEZE M.** - Étude d'une cohorte clinique de patients harcelés : une approche sociologique quantitative. Études et enquêtes (TF 125). *Doc Méd Trav.* 2003 ; (95) : 307-31.

- **PAOLILLO A.G., HAUBOLD B., LEPROUST H., D'ESCATHA A. et al.** - Devenir socioprofessionnel de patients en situation de harcèlement moral présumé. Études et enquêtes (TF 146). *Doc Méd Trav.* 2006 ; (105) : 49-59.

Points à retenir

Les risques psychosociaux comprennent le stress mais aussi les violences externes, les violences internes (dont le harcèlement) et la souffrance ou le mal être au travail

Au niveau européen, le stress est défini comme résultant d'un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face

Le stress chronique est à l'origine de divers effets délétères sur la santé : maladies cardiovasculaires, conséquences sur la santé mentale, troubles musculosquelettiques...

La prévention du stress et, plus largement, des risques psychosociaux doit s'inscrire dans une démarche d'évaluation des risques (rédaction du document unique) et d'élaboration de plans de prévention

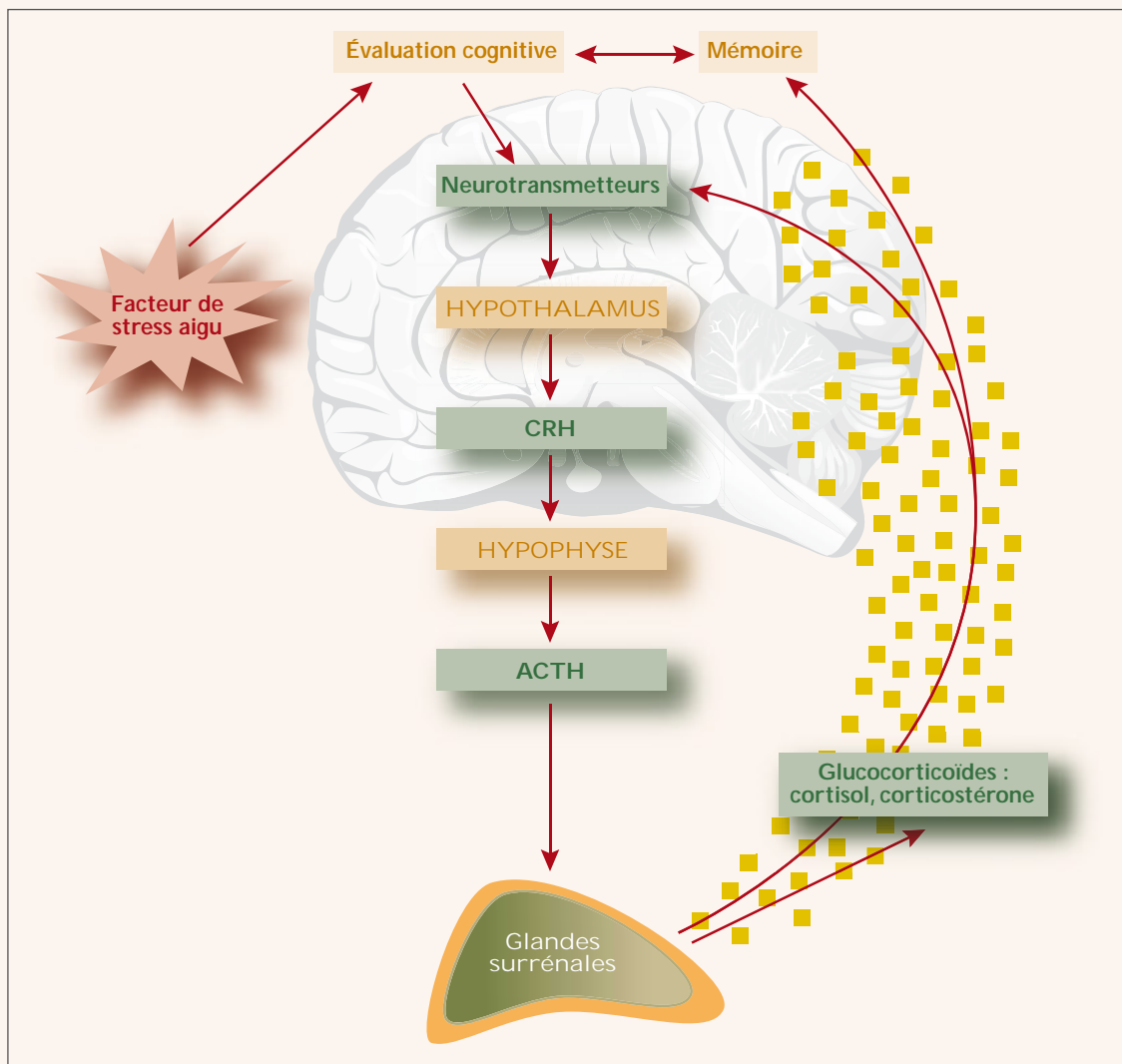
Bibliographie

- [1] **AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL** - How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress. Bilbao : European Agency for Safety and Health at Work ; 2002 : 127 p.
- [2] Stress au travail : fausse maladie ou vrai symptôme ? *Réal Prév.* 2004 ; (6) : 1-8.
- [3] Le stress au travail. *BTS News.* 2002, (19) : 3-66.
- [4] **PAOLI P., MERLLIE D.** - Troisième enquête européenne sur les conditions de travail 2000. Dublin : Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail ; 2001, 72 p.
- [5] Expositions aux contraintes et nuisances dans le travail. SUMER 94. Doss DARES. 1999 : 1-169 p.
- [6] Efforts, risques et charge mentale au travail. Résultats des enquêtes conditions de travail 1984, 1991, et 1998. Doss DARES. 1999 ; (Hors-série) : 1-184.
- [7] L'organisation des horaires de travail. Résultats des enquêtes Conditions de travail de 1984, 1991, et 1998. Doss DARES. 2000 ; (1/2) : 1-267.
- [8] **BUE J., ROUGERIE C.** - L'organisation du travail : entre contrainte et initiative. Résultats de l'enquête Conditions de travail de 1998. DARES, *Prem Inf, Prem Synth.* 1999 ; (32.1) : 1-8.
- [9] **NIEDHAMMER I.** - Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire : a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort. *Int Arch Occup Environ Health.* 2002 ; 75 (3) : 129-44.
- [10] **NIEDHAMMER I., SIEGRIST J., LANDRE MF., GOLDBERG M ET AL.** - Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du déséquilibre Efforts/Récompenses. *Rev Épidémiol Santé Publ.* 2000 ; 48 (5) : 419-37.
- [11] **CHOUANIÈRE D., FRANÇOIS M., GUILLEMY N., LANGEVIN V. ET AL.** - Le stress au travail. Le Point des connaissances sur... Paris : INRS (ED 5021) ; 2003 : 4 p.
- [12] Brunner EJ, Hemingway H, Walker BR, Page M et al. - Adrenocortical, autonomic, and inflammatory causes of the metabolic syndrome: nested case-control study. *Circulation.* 2002 ; 106 (21) : 2659-65. Comment in : *Circulation.* 2002 ; 106 (21) : 2634-36.
- [13] **CHANDOLA T., BRUNNER E., MARMOT M.** - Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. *BMJ.* 2006, 332 (7540) : 521-25. Comment in : *BMJ.* 2006 ; 332 (7542) : 667.
- [14] **SCHNALL P., BELKIC K., LANDSBERG P., BAKER D.** - The workplace and cardiovascular disease. *Occup Med: State of the art reviews.* 2000 ; 15 (1) : 1-334.
- [15] **FERRARIO M., VERONESI G., CORRAO G., FOMARI C. ET AL.** - Rischio di incidenza di eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori tra classi socio-occupazionali. follow-up a 11 anni delle coorti MONICA brianza e PAMELA. *G Ital Med Lav Ergon.* 2005 ; 27 (3) : 275-78.
- [16] **HOOGENDOORN W.E., VAN POPPEL M.N., BONGERS P.M., KOES B.W. ET AL.** - Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine.* 2000 ; 25 (16) : 2114-25.
- [17] **FARAGHER E.B., CASS M., COOPER C.L.** - The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2005 ; 62 (2) : 105-12.
- [18] **NEBOIT M., VEZINA M. (Eds)** - Santé au travail et santé psychique. Collection Travail et activité humaine. Toulouse : Octarès Éditions ; 2002 : 310 p.
- [19] **NIEDHAMMER I., GOLBERG M., LECLERC A., BUGEL I ET AL.** - Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scan J Work Environ Health.* 1998 ; 24 (3) : 197-205.
- [20] **BOXER P.A., BURNETT C., SWANSON N.** - Suicide and occupation: a review of the literature. *J Occup Environ Med.* 1995 ; 37 (4) : 442-52.
- [21] **PEZET-LANGEVIN V.** - Le burnout, conséquence possible du stress au travail. In : **NEBOIT M., VEZINA M. (Eds)** - Santé au travail et santé psychique. Collection Travail et activité humaine. Toulouse : Octarès Éditions. 2002 : 99-109, 310 p.
- [22] **NIEDHAMMER I.** - Développement et validation de la version française du « Leymann Inventory of Psychological Terror ». Communication au 10^e colloque de l'ADEREST, Lille 30-31 mars 2006. (www.univ-lille2.fr/aderest/colloque2006/PDF%20a%20mettre%20en%20ligne/livret%20aderest.%20Lille%20mars%202006.pdf)
- [23] **DEBOUT M.** - Le harcèlement moral au travail. Avis et rapports du Conseil économique et social 41101-0007. Paris : Conseil économique et social ; 2001 : 120 p.
- [24] **HIRIGOYEN M.F.** - Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien. Paris : Éditions La Découverte et Syros ; 1998 : 213 p.
- [25] **EINARSEN S., HOEL H., ZAPF D.** - Bullying and emotional abuse in the workplace. Londres : Taylor and Francis ; 2003, 448 p.
- [26] **LEATHER P., BRADY C., LAWRENCE C., BEALE D ET AL.** - Work-related violence: assessment and intervention. Londres : Routledge ; 1999 : 220 p.
- [27] **VAN DEN BOS G.R., BULATAO EQ.** - Violence on the job. Identifying risks and developing solutions. Washington : American Psychological Association ; 1996 : 447 p.
- [28] **ARNAUDO B., MAGAUD-CAMUS I., SANDRET N., COUTROT T ET AL.** - L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête SUMER 2003. *Prem Inf, Prem Synth.* 2004 ; (52.1) : 1-8.
- [29] La violence au travail dans les pays de l'Union : une réalité à prendre au sérieux. *Eurogip Inf.* 1998 ; (20) : 1-3.
- [30] **DEBOUT M.** - Travail, violences et environnement. Avis adopté par le Conseil économique et social au cours de sa séance du 24 novembre 1999. Paris : Conseil économique et social ; 1999 : 196 p.
- [31] **FAULX D., ERPICUM F., HORION E.** - Effet Gravoche et relations hyperconflictuelles de travail. *Interact.* 2005 ; 9 (1) : 89-116.
- [32] **COMMISSION EUROPÉENNE** - Manuel d'orientation sur le stress lié au travail. « Piment de la vie ou coup fatal ? » Emploi et affaires sociales. Santé et sécurité au travail. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes ; 2000 : 100 p.
- [33] Travailler sans stress. *Mag Agence Eur Secur Santé Trav.* 2002 ; (5) : 1-25.
- [34] **KOMPIER M., COOPER C.** - Preventing stress, improving productivity. European case studies in the workplace. New-York : Routledge ; 1999 : 360 p.
- [35] **GARDELL B.** - Psychosocial aspects of industrial product methods. In Levi L. - Stress and disease: vol 4. Oxford : Oxford University Press ; 1981 : 65-75.
- [36] **COX T., GRIFFITHS A., RIAL-GONZALEZ E. POUR L'AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL.** - Recherche sur le stress au travail. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes ; 2000 : 100 p.
- [37] **MERCIER M., FRANÇOIS M.** - Approche psycho-ergonomique du stress au travail. 3. Prévention/gestion du stress : analyse bibliographique. Notes scientifiques et techniques de l'INRS NS 204. Paris : INRS ; 2001 : 43 p.
- [38] Absentéisme, usure, fatigue, turn-over, mal-être. Et s'il s'agissait de stress au travail ? Editions INRS ED 973. Paris : INRS ; 2006 : 20 p.
- [39] **BONDÉELLE A., CHOUANIÈRE D., BRASSEUR G., DELEMOTTE H.** - Dossier. Face au Stress : les préventeurs se mobilisent. *Trav Secur.* 2004 ; (640) : 20-39
- [40] **CNAMTS, DIRECTION DES RISQUES PROFESSIONNELS** - Charte des accidents du travail et des maladies professionnelles, février 2001. Paris : CNAMTS ; 2001 : 297 p.
- [41] La prévention du risque d'agression des salariés en contact avec le public. Recommandation de la CRAM Languedoc-Roussillon. TAPRT 16. Montpellier : CRAM ; 1999 : 16 p.
- [42] **THURIN J.M., BAUMANN N.** - Stress, pathologies et immunité. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2003 : 287 p.
- [43] **WEIBEL L., GABRION I., AUSSEDAT M., KREUTZ G.** - Work-related stress in an emergency medical dispatch center. *Ann Emerg Med.* 2003 ; 41 (4) : 500-06.
- [44] **HOUTMAN LD.** - Work-related stress. EF/05/127/EN. Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions ; 2005 : 33 p.

MÉCANISMES PHYSIOLOGIQUES DU STRESS [42]

En 1936, Selye endocrinologue introduit pour la première fois, le terme de « stress » et la notion de syndrome général d'adaptation (SGA). Même si, depuis cette date, des découvertes ont permis d'affiner la connaissance du mécanisme, les descriptions de Selye sont encore pertinentes. Pour Selye, le SGA avec ces trois phases : alarme, adaptation et décompensation correspondait à une réponse non spécifique de l'organisme pour n'importe quelle perturbation et nécessité d'adaptation.

Mécanisme neuroendocrinien d'un stress aigu

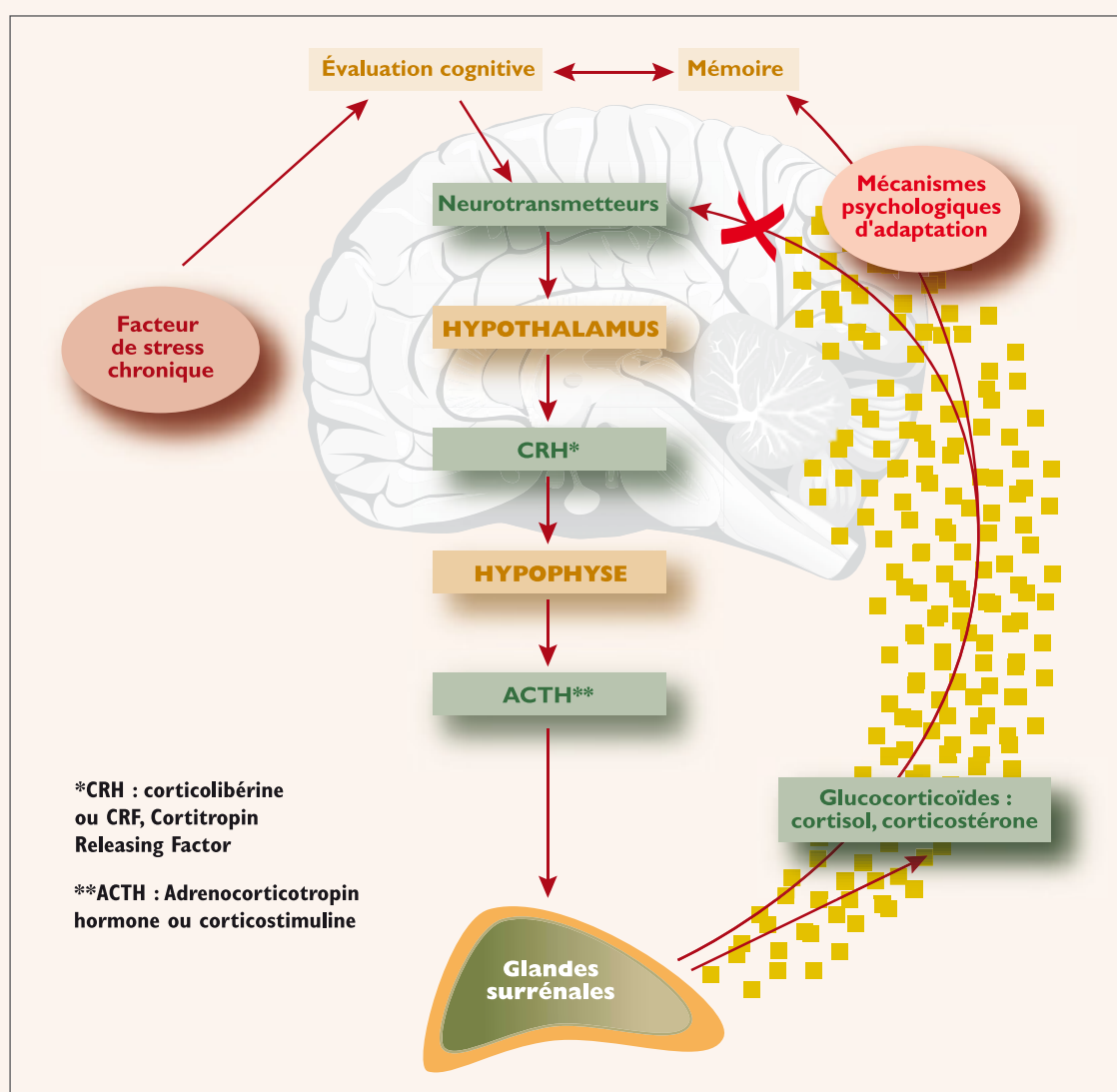


Depuis Selye, on sait que la réaction biologique à un événement imprévisible, incertain ou nouveau n'est pas une réaction automatique mais au contraire adaptée à la situation. En effet, face à un événement stressant (par exemple être observateur d'un accident de la circulation), il se produit de façon automatique un appariement entre l'événement stressant actuel et un événement du passé ressemblant. Or, il a été stocké en mémoire, non seulement la nature de l'événement passé mais aussi la durée et la quantité de glucocorticoïdes sécrétée lors de cet événement. Ainsi, lors d'un événement qui potentiellement peut entraîner la fuite ou le combat, le système nerveux « s'économise » le temps de l'analyse de celui-ci, met immédiatement l'organisme en sur-régime anticipant sur les besoins en oxygène et glucose. Il se produit, en quelques secondes, une libération de catécholamines qui caractérise la phase d'alarme et dont le rôle est d'activer toutes les fonctions (cardiaque, respiratoire, etc.) pour favoriser l'oxygénation des muscles, du cœur et du cerveau. Quelques minutes après, la sécrétion de glucocorticoïdes entraîne la libération dans la circulation sanguine de la quantité de glucose nécessaire à l'activité de ces mêmes organes cibles (phase d'adaptation). À chaque événement la quantité et la

durée de la sécrétion des glucocorticoïdes sont pré-programmées mais capables d'adaptation si l'événement actuel exige une réaction plus ou moins intense que celle de l'événement du passé. La sécrétion de glucocorticoïdes cesse grâce à un système d'autorégulation : des récepteurs cérébraux présents dans différentes régions du cerveau détectent la quantité de glucocorticoïdes circulant dans le sang et leur production est stoppée dès que la concentration dans le sang correspond à celle qui était programmée.

Ce nouvel événement ainsi que la durée et la concentration de la sécrétion de glucocorticoïdes sont à nouveau stockés en mémoire et ceci tout au long de la vie. Ainsi, l'organisme tiendra compte de toutes les expériences « stressantes » vécues réactualisant en permanence sa propre « base de données ». Une situation de stress aigu peut ainsi être modulée avec l'expérience, ce que L. Weibel a bien démontré dans une étude auprès d'urgentistes : les plus expérimentés ayant, lors des sorties pour des urgences graves, une sécrétion de cortisol différée et de moindre amplitude que les plus novices [43].

Mécanisme neuroendocrinien du stress chronique



Dans le cas d'une situation stressante qui dure dans le temps, l'hyper-sécrétion de glucocorticoïdes peut être à l'origine d'une désensibilisation centrale donnant lieu à une insuffisance de rétrocontrôle : une élévation chronique de glucocorticoïdes diminue le nombre des récepteurs cérébraux de glucocorticoïdes ; faute de rétrocontrôle suffisant, la concentration sanguine de glucocorticoïdes n'est plus détectée et leur production s'emballe. Cette hyper-sécrétion de glucocorticoïdes entraîne une sollicitation exagérée des différentes fonctions vitales de l'organisme et en quelques semaines des symptômes de stress chronique apparaissent.

SECTEURS D'ACTIVITÉS À RISQUES DE STRESS

Une étude sur le stress au travail basée sur la compilation d'études nationales et la recherche des informations disponibles dans l'Union Européenne a été menée 2005 par la Fondation de Dublin [44]. Celle-ci a, entre autres, identifié quelques secteurs d'activités particulièrement à risque de stress ; les secteurs diffèrent selon les pays mais pour l'ensemble des 7 pays contributeurs à l'étude (Danemark, Espagne, Finlande, France, Pays-Bas, Allemagne et Suède), ont été considérés comme secteurs à risques :

- Les services sociaux et sanitaires
- L'éducation
- L'administration publique
- Le secteur bancaire
- Le transport de fret
- L'hôtellerie et la restauration
- La police

D'autres secteurs non cités dans cette étude ne sont pas pour autant épargnés par les risques de stress tels que celui de la « grande distribution », du travail industriel à la chaîne ou de la l'activité technico-commerciale.