HAL open science

Définitions et aspects épidémiologiques des risques psychosociaux

Dominique Chouanière

To cite this version:

Dominique Chouanière. Définitions et aspects épidémiologiques des risques psychosociaux. Archives des Maladies Professionnelles et de L'Environnement, 2017, 78, pp.4-15. 10.1016/j.admp.2016.12.001 . hal-01566454

HAL Id: hal-01566454

https://hal.science/hal-01566454v1

Submitted on 21 Jul 2017

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

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

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

TITRE : DEFINITION ET ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

NOM DE L'AUTEUR

Dominique Chouanière, chargée de mission auprès du directeur général de l'Institut National de Recherche et de Sécurité, 1 rue du Morvan 54519 Vandoeuvre cedex, France
Dominique.chouaniere@inrs.fr, + 33 3 83 50 21 22, + 33 6 18 90 88 80

REMERCIEMENTS : l'auteur tient à remercier chaleureusement pour leurs expertise et apport :

- Sur les mécanismes neurobiologiques du stress, MP Moisan
- Sur l'impact des facteurs psychosociaux vis-à-vis de la santé, C Cohidon, F Kittel, I Niedhammer et A Leclerc

L'auteur a beaucoup apprécié les échanges lors de l'expertise collective sur le stress au travail menée par l'INSERM et grandement bénéficié pour la rédaction de cet article des chapitres rédigés par les unes et les autres.

MOTS CLES

Stress aigu, stress chronique, stress professionnel, neurobiologie du stress, violences au travail, *job strain*, déséquilibre efforts/récompenses, contraintes, facteurs organisationnels, facteurs psychosociaux, risques psychosociaux, santé mentale, troubles anxio-dépressifs, *burn-out*, suicide, stress post-traumatique, addictions, *workaholism*, troubles musculosquelettiques, maladies cardio-vasculaires, accidents du travail

RESUME

Après avoir retracé l'histoire récente des risques psychosociaux, présenté la diversité des qualifications terminologiques et donné un aperçu de la fréquence de cette problématique, l'article s'attarde sur la nature de ces risques et ses conséquences pour la santé. Les risques sont représentés (1) par les contraintes perçues avec les modèles de Karasek et Siegrist comme premières illustrations, enrichies ensuite de nouveaux concepts tels que les conflits éthiques, l'injustice organisationnelle, l'insécurité de l'emploi, la mauvaise qualité de l'encadrement, etc. et (2) par les facteurs organisationnels, non perceptuels, qui peuvent affecter la santé des opérateurs, directement (comme le temps de travail prolongé) ou indirectement via la perception des contraintes (comme des horaires de travail inadaptés à ceux des écoles ou des crèches). Les conséquences sur la santé sont évoquées d'abord d'un point de vue physiopathologique avec la description mécanistique du stress aigu et chronique sur le plan hormonal, neurobiologique et épigénétique puis d'un point de vue épidémiologique en passant en revue les études qui associent exposition psychosociale et maladies cardio-vasculaires, troubles musculosquelettiques, troubles anxio-dépressifs, *burn-out*, suicide, stress post-traumatique, addictions, *workaholism*, accidents du travail et de trajet, etc.

This paper deals with the recent history of psychosocial risks (PSR), the diversity of terms to name its, their frequency and finally the known psychosocial factors and their health consequences. PSR are regrouped in (1) perceived strains, originally represented by Karasek and Siegrist models, enhanced by new models such as ethical conflicts, organizational injustice, employment insecurity, insufficient managerial leadership, etc. and (2) no perceived organizational factors which could alter health directly (as long working hours) or indirectly via perceived strains (as mismatching between workplace and school or nursery hours). Health consequences are reported first on physio-pathological point of view, describing hormonal, neurobiological and epigenetic mechanisms of acute and chronic stress and secondly on epidemiological point of view reviewing studies on psychosocial exposure and cardio-vascular diseases, musculoskeletal or anxio-depressive disorders, *burn-out*, suicide, post-traumatic stress, addictions, *workaholism*, occupational and commuting accidents, etc.

SOMMAIRE

1. Les risques psychosociaux : une histoire récente des liens santé-travail
1.1. Les risques psychosociaux : 40 ans de visibilité
1.2. Une multitude de définitions
1.3. Une installation durable ?

2. Les risques psychosociaux identifiés et suspectés
2.1. Contraintes du travail
2.1.1. Modèle de Karasek
2.1.2. Modèle de Siegrist
2.1.3. Autres contraintes
2.1.4. Dans quelles circonstances les contraintes du travail deviennent délétères ?
2.2. Facteurs organisationnels
2.3. Classification 2011 du collège d'experts

3. Des risques psychosociaux aux conséquences pour la santé
3.1. Stress aigu et chronique : mécanismes hormonaux, neurobiologiques et épigénétiques
3.1.1. Phase 1 : L'organisme se prépare « au combat ou à la fuite »
3.1.2. Phase 2 : L'organisme entre en « résistance »
3.1.3. Phase 3 : L'organisme entre en phase « d'épuisement » : le stress chronique
3.2. Pathologies en relation avec les contraintes et les facteurs organisationnels
3.2.1. Maladies cardio-vasculaires
3.2.2. Troubles musculosquelettiques
3.2.3. Santé mentale
3.2.4. Autres pathologies
3.2.5. Accidents de travail et de trajet

4. En guise de conclusion

5. Bibliographie

1. Les risques psychosociaux : une histoire récente des liens santé-travail

1.1. Les risques psychosociaux : 40 ans de visibilité

La prise en compte des risques psychosociaux (RPS) au travail remonte aux années 70 avec le développement, aux USA, d'actions de gestion individuelle du stress dans des grandes entreprises, les employeurs souhaitant réduire le coût des soins liés à la santé dans un système « assurantiel » entrepreneurial [1, 2].

En Europe, dans les années 1990, les gouvernements ont été incités à se préoccuper des mauvaises conditions de travail ou des situations stressantes pour faire face à un fort absentéisme et à de nombreux départs prématurés à la retraite. Il s'agissait de réduire le coût élevé du travail et des politiques sociales dans un contexte de forte compétitivité internationale et dans une moindre mesure de se préoccuper des aspects éthiques et sociaux associés à ces risques [3]. La directive européenne du 12 juin 1989 (89/391/CEE) a ainsi défini les obligations de l'employeur en termes d'évaluation des risques professionnels y compris des RPS et de mise en place de plans de prévention en privilégiant la prévention à la source (éliminer le risque ou a minima le réduire). En 1996, le rapport publié par la Commission Européenne, « Manuel d'orientation sur le stress lié au travail, piment de la vie… ou coup fatal ? » présente les lignes directrices recommandées aux États membres de l'Union Européenne en matière de gestion du stress sur le lieu de travail [4]. En 2002, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (OHSA, *Occupational Health and Safety Agency*) a choisi comme thématique annuelle prioritaire la « Prévention pratique des risques psychosociaux et du stress au travail » et publié un recueil d'interventions réalisées dans différents pays [5]. Lancé en 2007, le projet Prima-EF (*Psychological Risk Management–European Framework*), financé par le sixième programme cadre européen, visait à développer un cadre européen de la gestion des RPS en rapprochant les principales approches existantes dans les États de l'Union Européenne [6]. En 2014-15, l'OSHA a lancé une nouvelle campagne, « *Healthy Workplaces : Manage stress* » afin de dépasser les réticences des employeurs vis-à-vis de la prévention des difficultés psychologiques liées au travail [7].

En France, l'apparition du stress au travail est d'abord relayée par les médecins du travail dès les années 90 et les enquêtes « Conditions de travail » de la DARES mettent en lumière l'apparition et l'aggravation de facteurs de risque tels que la pression temporelle, l'interruption des tâches, la polyvalence, la diminution des marges de manœuvre, etc. [8]. La prise de conscience, au niveau sociétal, du phénomène, remonte au début des années 2000 comme en témoignent le succès de l'ouvrage de MF Hirigoyen sur le harcèlement moral et la médiatisation de suicides attribués au travail à partir de 2007 [9]. Cependant, les conséquences des conditions nouvelles du travail donnent lieu, au fil du temps, à des désignations diverses : stress, souffrance, harcèlement moral, suicides, dépression, troubles anxieux, stress post-traumatique, RPS et plus récemment *burn-out* ou *bore-out* jusqu'à l'émergence très récente du *brown-out*[1] [10].

Dans ce contexte, la prévention des RPS devient incontournable et s'installe progressivement au sein des organisations de travail aux côtés de celle des risques chimiques et physiques [11]. Cependant, celle-ci donne lieu à des débats entre intervenants en prévention lesquels se réfèrent à de deux courants de pensée opposés. Du point de vue des positivistes (médecins du travail par exemple), les RPS sont des risques professionnels qui via, le mécanisme physio-psycho-pathologique du stress, peuvent entraîner, selon une probabilité estimée par des études épidémiologiques, des pathologies chez les opérateurs exposés. La prévention a alors pour objectif de réduire les facteurs de risque pour en limiter leurs conséquences. Cette approche causaliste s'oppose au courant constructiviste (comme le courant « analyse de l'activité » de l'ergonomie) pour qui les RPS relèvent, d'abord, d'une construction sociale et qu'il convient pour, y faire face, de confronter les représentations qu'en ont les différents acteurs d'une même situation de travail, dans

[1] « Burn-out : excès d'investissement, bore-out : sous-activité, brown-out : « dévitalisation provoquée par l'absurdité quotidienne des tâches à accomplir »

une perspective de construction collective de solutions et de stratégies favorables à la santé des opérateurs. Sans trancher sur la pertinence ou l'opportunité de l'un ou l'autre de ces courants, le présent article a pour but de présenter les éléments théoriques de l'approche causaliste.

1.2. Une multitude de définitions

Il existe, dans la littérature scientifique et particulièrement anglo-saxonne de nombreuses définitions du stress, des violences et des RPS.

En Europe, le terme RPS a été définie par l'OSHA, en 2000, de façon très opérationnelle vis-à-vis de la prévention, les RPS étant « des risques de « stress », de violences externe et interne » [5, 12-13, Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail : http://agency.osha.eu.int] :

- 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.
- 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 de personnes extérieures à la situation de travail (usagers, clients, patients, élèves, etc.) et qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être.
- Les **violences internes** incluent à la fois la violence psychologique au travail, le harcèlement moral, le harcèlement sexuel et correspondent à des agressions verbales ou physiques qui oppose entre eux des personnels (collègues, responsables hiérarchiques, etc.) d'une même structure de travail.

Stress et violences sont souvent imbriqués. Leurs origines sont souvent communes (charge de travail élevée, manque d'autonomie, etc.) et ils se renforcent, le stress au travail favorisant l'apparition de violences entre les opérateurs voire avec les clients ou usagers, les violences générant, à leur tour, du stress.

En France, suite à une expertise collective d'envergure, Gollac et coll. proposent une définition nouvelle des RPS : « les RPS sont des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. La notion de fonctionnement mental est relative aussi bien à des phénomènes cognitifs qu'à des phénomènes psychiques d'une autre nature, si tant est que la séparation ait un sens » [14]. L'accent mis sur l'interaction entre le travail et le fonctionnement mental, est contesté par certains auteurs qui arguent que certains facteurs de RPS (comme la durée hebdomadaire de travail) seraient en lien avec une altération de la santé quelle que soit l'interaction avec le fonctionnement mental (voir plus loin le § « Contraintes et facteurs »).

1.3. Une installation durable ?

Sur la base des données des études européennes de la Fondation de Dublin, de l'Agence de Bilbao, etc. l'exposition aux RPS dans les situations de travail s'est accrue au début des années 1990 avec une progression importante jusqu'au début des années 2000, une relative stabilité au cours de cette décennie mais une nouvelle dégradation du fait de la situation économique au début des années 2010.

Une enquête d'opinion européenne de l'EU-OSHA a conclu en 2013, que le stress occasionné par le travail est perçu comme un phénomène courant sur le lieu de travail par plus de 50 % de l'ensemble des travailleurs européens (par 49% des travailleurs français). Les causes les plus fréquentes sont la réorganisation ou l'insécurité de l'emploi (signalées par environ 7 personnes interrogées sur 10), les longues heures de travail ou la surcharge de travail et les brimades ou le harcèlement au travail (environ 6 personnes interrogées sur 10). Cette même enquête indique que, pour environ 4 travailleurs sur 10, le stress n'est pas géré correctement sur leur lieu de travail »

[http://fr.slideshare.net/euosha/pan-european-poll-on-occupational-safety-and-health-11499270]. Parallèlement les enquêtes européennes ESENER (*European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks - Managing safety and health at work*) menées en 2009-10 puis en 2014-15 par l'OHSA apportent des informations sur les facteurs des RPS et la prise en compte pas les entreprises. Portant sur 28 649 interviews téléphoniques de dirigeants et 7 226 de délégués santé sécurité d'entreprises privées et publiques de plus de 10 salariés, ESENSER 2009-10 met en évidence que le stress est une préoccupation relative ou importante pour 80% des entreprises, et les violences ou menaces de violence et les brimades ou harcèlement pour 40%. Dans l'Union Européenne-27, la mise en place de procédures contre les brimades ou harcèlement concernait 30% des entreprises, contre la violence et le stress liés au travail, 26% [15]. En 2014-15, sur la base de 49 302 interviews, menés auprès de dirigeants et délégués, les facteurs psychosociaux les plus fréquemment cités étaient la confrontation avec un public difficile (58%) et la pression temporelle (43%) et ces facteurs étaient déclarés comme plus difficiles à gérer. Un tiers des établissements de plus 20 salariés déclaraient avoir un plan d'action de prévention du stress [16]. Pour Gollac et coll. la forte prévalence de l'exposition à des facteurs psychosociaux au travail et leur impact sur la santé en termes de pathologies qui sont les plus invalidantes et coûteuses pour la population adulte au travail font des RPS un enjeu majeur de santé publique [14].

2. Les risques psychosociaux identifiés ou suspectés

De nombreuses études épidémiologiques ou expérimentales ont démontré que des facteurs liés au contenu du travail ou à son organisation pouvaient altérer la santé et que le mécanisme physiopathologique en jeu était le stress chronique [17].

À l'origine du stress chronique au travail, se trouvent les « stresseurs » ou « sources du stress » dont certains auteurs distinguent deux types même si les termes de l'un et de l'autre varient considérablement dans les publications [6, 18] :

- les contraintes, souvent dénommées « facteurs psychosociaux » [19] dans la littérature internationale qui correspondent à la perception subjective des conditions de travail.
- les facteurs organisationnels que sont les conditions de travail factuelles, repérables et objectivables ;

Sur la figure 1, sont décrites les différentes étapes évolutives, des « stresseurs » objectifs ou subjectifs, jusqu'à leurs conséquences via le stress chronique.

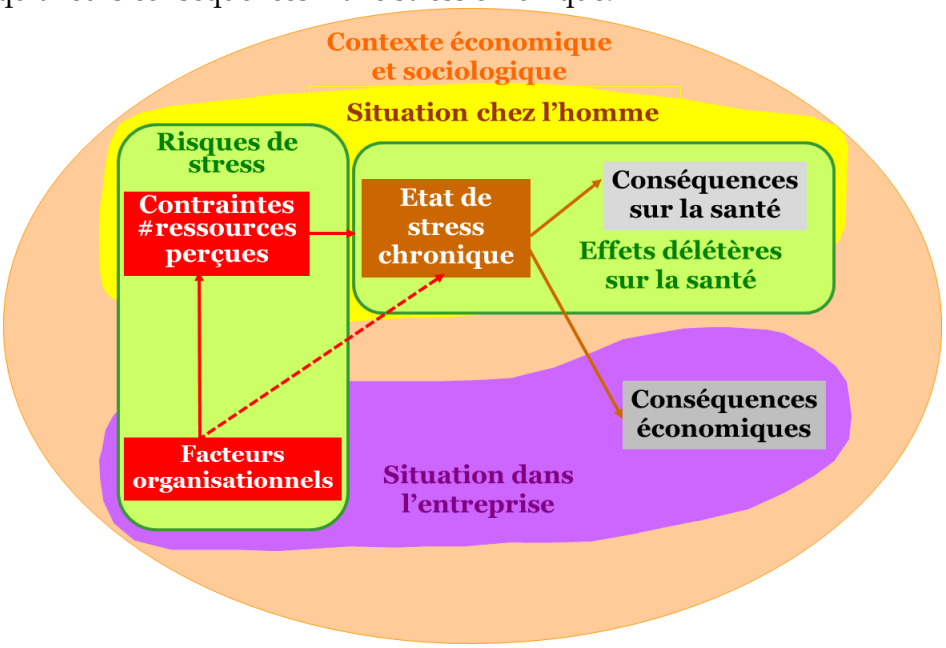

Figure 1 : Définition schématisée du stress au travail
(reproduit avec l'aimable autorisation de l'INSERM [17])

On peut différencier deux types de contraintes :

- celles qui sont inhérentes à l'activité professionnelle elle-même. Elles correspondent, par exemple dans les métiers de soins ou sociaux à la surcharge émotionnelle induite par l'exposition à la souffrance ou à la mort d'autrui. Cette contrainte est, en général, bien tolérée car elle fait partie intégrante du métier et elle a, d'une certaine manière, sélectionné, au cours du temps, les personnels les plus adaptés, les plus vulnérables ayant, en général, quitté le métier ;
- celles qui sont générées par les conditions de travail. Elles sont, en revanche, souvent mal perçues. Par exemple, une infirmière hospitalière supportera émotionnellement la confrontation quotidienne à la maladie mais tolérera plus difficilement l'insuffisance d'effectif qui impose de privilégier les gestes techniques au détriment de la relation avec les patients.

Seront envisagés ci-après les contraintes du travail puis les facteurs organisationnels qui ont fait l'objet d'études mettant en évidence, avec des degrés divers de certitude, leur impact sur la santé. Dans un troisième paragraphe sera présentée la classification récente de Gollac qui a regroupé les contraintes et les facteurs organisationnels [14].

2.1. Contraintes du travail

Avant 90, l'exploration de l'environnement psychosocial du travail était conçue comme l'étude successive de nombreuses de ses caractéristiques objectives ou subjectives (durée du travail, horaires, type de contrat, degré de satisfaction, etc.). Les résultats des études étaient difficilement exploitables sur le plan de la prévention.

A partir de 90, les modèles bidimensionnels tels que ceux de Karasek [20] et de Siegrist [21], basés sur l'hypothèse qu'un déséquilibre perçu entre deux composantes du travail pouvait être délétère pour la santé, ont renouvelé le domaine et, recherche et prévention en ont beaucoup bénéficié. En effet, les effets sur la santé de ces déséquilibres sont, grâce à un nombre considérable d'études, particulièrement documentés [17, 22] et, dans des situations de travail particulières, les dimensions de ces modèles peuvent être évaluées et faire l'objet de recommandations en termes de prévention.

Néanmoins, ces deux modèles sont loin de résumer l'ensemble des facteurs de l'environnement psychosocial du travail. Ainsi, à côté d'eux, ont récemment émergé d'autres modèles et les effets sur la santé de ces nouvelles caractéristiques ont commencé à être étudiés.

2.1.1. Modèle de Karasek [20]

Il est le plus ancien et définit le *job strain* comme le déséquilibre entre une forte intensité de l'activité (demande psychologique) et faible autonomie d'organisation (latitude décisionnelle), son effet sur la santé étant aggravé en cas de manque de soutien social de la part des collègues et/ou de la hiérarchie. De nombreuses études ont mis en évidence que tant les dimensions du modèle que les scores de déséquilibre peuvent impacter la santé. En France, selon l'enquête SUMER 2010, 23% des salariés sont exposés au *job strain* avec une répartition inégale selon les catégories professionnelles (les plus exposés étant les employés administratifs, les ouvriers non qualifiés et les employés de commerce et de service), selon le genre, le *job strain* concernant 26% des femmes contre 21% des hommes, cet écart s'expliquant par une sur-déclaration importante chez les femmes d'un manque d'autonomie. L'exposition au *job strain* est aussi variable selon les secteurs d'activités, concernant 30% des salariés de la fonction publique hospitalière ou 25% des salariés de l'industrie ou de la fonction publique d'état [23].

2.1.2. Modèle de Siegrist [21]

Le second modèle, basé sur le déséquilibre efforts-récompenses, postule que les efforts investis dans le travail doivent s'inscrire dans un contrat de réciprocité sociale, conduisant à une juste compensation monétaire ou symbolique. L'impact sur la santé de ce déséquilibre serait aggravé en cas de surinvestissement des opérateurs dans leur travail. Comme pour le modèle précédent, les dimensions du modèle comme les scores de déséquilibre sont en lien avec la santé. Selon l'enquête SUMER 2010, si 49% de l'ensemble des salariés (quel que soit le genre) déclare un manque de

reconnaissance, ils sont 55% chez les employés administratifs et 51% chez les professions intermédiaires [23].

2.1.3 Autres contraintes [17]

Plus récemment, d'autres concepts ont émergé amenant à allonger la liste des facteurs de l'environnement psychosocial au travail à prendre en compte. Pour certaines d'entre elles, leurs relations avec une détérioration de la santé demandent à être confirmées. Sont néanmoins de plus en plus cités dans la littérature :

- Les **conflits éthiques** qui explorent les contradictions entre les exigences du poste de travail et les valeurs morales des opérateurs.
- **L'injustice organisationnelle** qui étudie la distribution des ressources (salaire, protection sociale, perspectives professionnelles, etc.), l'équité des procédures, méthodes, etc. et celle des relations sociales (considération, politesse, respect, dignité, etc.).
- La **mauvaise qualité du leadership** liée à différents aspects comportementaux de l'encadrement : intégrité, motivation, capacité à intégrer, à collaborer et être attentif aux autres.
- L'**insécurité de l'emploi et du salaire** qui correspond à une incertitude prolongée sur le devenir professionnel liée aux restructurations, fusions, plans de licenciement, etc. Elle peut être évaluée par une échelle subjective ou par le type de contrat de travail, ce qui en fait également un facteur organisationnel (voir plus loin § « Facteurs organisationnels »).
- La **forte charge émotionnelle** pour les métiers d'aide ou de soins mais aussi commerciaux avec contact prolongé à la clientèle (volontiers agressive) ou la dissonance émotionnelle quand il faut afficher des émotions contraires à leur vécu (réprimer la colère face à un client agressif).
- Les **conflits de rôle** en cas de profils de poste mal ou insuffisamment définis, engendrant des recouvrements, des activités en doublons, etc. ou les injonctions contradictoires (perception d'exigences antagonistes).
- La **violence interne** : les agissements (attitudes, comportements, actes, etc.) agressifs sont particulièrement délétères du fait de leur répétitivité et durée. Le harcèlement moral (*bullying*, *mobbying*, etc.) ou sexuel qui se traduisent par des comportements délibérés et réitérés d'atteinte à la dignité de la personne ont des répercussions très rapides et importantes chez les salariés qui en sont victimes.
- La **violence externe** qui se manifeste par des incidents ou accidents souvent ponctuels mais pouvant avoir des conséquences de type stress post-traumatique.

2.1.4. Dans quelles circonstances les contraintes du travail deviennent délétères ?

Une même contrainte, telle que la surcharge de travail, sera perçue différemment selon les opérateurs et pour un même opérateur la perception pourra être variable dans le temps. Mais elles devront être prises en compte en prévention dès lors qu'elles affectent, dans un milieu de travail donné, un grand nombre de personnes.

Certaines caractéristiques des contraintes aggravent leur impact sur la santé comme leur répétitivité et/ou durée mais d'autres caractéristiques sont à prendre en considération.

En effet, la perception des contraintes du travail varie selon que celles-ci sont subies ou choisies. Un opérateur qui choisit un nouveau poste de travail plus complexe que le précédent tolèrera mieux les contraintes qu'il génère (tout du moins dans les premiers temps) que s'il y est affecté sans avoir participé à la décision.

L'accumulation des contraintes est un autre facteur aggravant. Par exemple, dans certains centres d'appels téléphoniques, le téléopérateur est soumis à la pression sur le nombre d'appels (par l'affichage du nombre de clients en attente), sans aucune marge de manœuvre pour s'adapter à la demande du client (quand la consigne est le respect strict d'un script de conversation affiché sur l'écran), sans support technique d'un superviseur (dont le cahier des charges est essentiellement de contrôler la productivité et le respect du script) et soumis à une fréquente dissonance émotionnelle (« sourire » au téléphone même en cas d'insultes ou de menaces de la part de la clientèle). L'enquête

SUMER 2010 a mis en évidence une corrélation forte entre l'exposition au *job strain* et le manque de récompenses et identifié, des métiers qui cumulent les deux contraintes. Il s'agit des ouvriers non qualifiés de l'électricité ou de l'électronique et des techniciens et employés de la banque et de l'assurance [23].

2.2. Facteurs organisationnels

Les facteurs organisationnels peuvent avoir un rôle indirect sur la santé via la perception des contraintes ou direct et ce quelle qu'en soit leur perception (flèche en pointillé de la figure 1). C'est le cas, par exemple, d'une activité professionnelle hebdomadaire prolongée qui semble affecter directement la santé et ce même si les conditions de travail sont perçues favorablement par les opérateurs sans que les études disponibles ne permettent de déterminer le seuil à ne pas dépasser, 45, 50 ou 55 heures.

Les facteurs organisationnels peuvent être regroupés en quatre grandes catégories :

- le **contenu du travail** : activités monotones ou répétitives, exigeant de traiter un très grand nombre d'informations, exposition permanente à la clientèle, confrontation à la mort ou la souffrance, activités impliquant une responsabilité sur la vie d'autrui, etc.
- l'**organisation du travail et la gestion des ressources humaines** : changements récurrents organisationnels ou opératoires (technologiques, d'objectifs, d'organigrammes, d'équipes, de locaux, etc.), horaires atypiques (soirée, nuit, week-end, etc.), incompatibilité entre horaires de travail et de la vie sociale (horaires de crèche, d'école, etc.), temps de travail prolongé ou excès de travail (sans détermination du seuil comme mentionné ci-dessus), inexistence ou insuffisance des plans de carrière, sous ou surqualification des agents, précarité qui est connexe à l'insécurité de l'emploi et du salaire décrite dans le § « Contraintes au travail » mais qui fait référence ici à l'existence de contrats précaires/temporaires (CDD, intérim, contrats aidés, etc.) ou du temps partiel imposé ou encore de « faibles » revenus, etc.
- la **qualité des relations de travail** : isolement social ou physique, management peu participatif, faible communication dans l'entreprise, absence d'évaluation du travail ou évaluation inadaptée, etc.
- **l'environnement physique** : bruit, mauvaise conception des lieux de travail, *open space*, etc.

L'enquête SUMER 2010 a permis de mettre en évidence des corrélations significatives entre le *job strain* de Karasek ou le manque de reconnaissance de Siegrist et l'exposition à certains facteurs organisationnels : présence d'au moins trois contraintes de rythme de travail, impossibilité de coopération ou insuffisance, pour faire correctement son travail, de moyens matériels adaptés ou d'informations claires, obligation d'atteinte d'objectifs chiffrés et les tensions avec le public, les odds-ratios (OR) étant compris entre 1.2 et 2.4 [23].

À ces facteurs propres à la situation de travail, se surajoutent des facteurs liés au contexte sociologique et économique du monde du travail :

- les **évolutions sociologiques** : utilisation croissante des TIC, individualisation et sur-responsabilisation de l'activité professionnelle, exigence ou agressivité de la clientèle, etc.
- la **situation macro-économique** : densification du travail, importance de la concurrence nationale et internationale, difficultés économiques conjoncturelles, etc.

2.3. Classification 2011 du collège d'experts [14]

Sans être exhaustive, la liste des « stresseurs » (contraintes et des facteurs organisationnels) détaillés ci-dessus décrit un large éventail des conditions de travail, potentiellement délétères pour la santé. Le collège d'experts a proposé, sur la base de la littérature scientifique et de l'expertise des participants, un regroupement en six grandes familles :

- **Intensité et temps de travail** qui comprend les notions de « demande psychologique » de Karasek et « d'efforts » de Siegrist mais plus largement les contraintes de rythme, l'existence d'objectifs irréalistes ou flous, l'exigence de polyvalence non maîtrisée, les instructions

contradictoires, les longues semaines de travail, le travail en horaires atypiques, l'imprévisibilité des horaires de travail, etc.

- **Exigences émotionnelles** qui font référence à la nécessité de maîtriser et façonner ses propres émotions. Elles concernent essentiellement les métiers de services : exigence de sourire ou de bonne humeur, tensions avec le public, contact avec la souffrance ou la détresse humaine. L'exigence de devoir cacher ses émotions peut également concerner d'autres secteurs d'activités quand la culture dominante de l'entreprise est le contrôle total de soi en toutes circonstances et l'affichage constant d'une « attitude positive ».
- **Manque d'autonomie au travail** qui désigne la possibilité d'être acteur dans son travail. Elle rejoint la notion de « latitude décisionnelle » du modèle de Karasek et inclut non seulement les marges de manœuvre (la possibilité de s'auto-organiser dans son travail) mais également la participation aux décisions qui concernent directement son activité ainsi que l'utilisation et le développement de ses compétences.
- **Rapports sociaux au travail dégradés** définis au travers du concept « soutien social » du modèle de Karasek, de « l'équilibre efforts – récompenses » du modèle de Siegrist et du concept de « justice organisationnelle ». Ils incluent les relations avec les collègues ou avec la hiérarchie, les perspectives de carrière, l'adéquation de la tâche à la personne, les procédures d'évaluation du travail, l'attention portée au bien-être des salariés. Ils portent également sur les « pathologies » des rapports sociaux comme le harcèlement moral.
- **Conflits de valeurs** qui renvoient à l'ensemble des conflits intrapsychiques consécutifs à la distorsion entre ce qui est exigé au travail et les valeurs professionnelles, sociales ou personnelles des salariés, comme par exemple la qualité, l'utilité ou le sens du travail. Par exemple : faire un travail que l'on juge inutile, vendre un crédit à des personnes sans revenus, faire la promotion d'une méthode que l'on sait inefficace, etc.
- **Insécurité de la situation de travail** qui inclut à la fois l'insécurité socio-économique (peur de perdre son emploi, non maintien du niveau de salaire, contrat de travail précaire) et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail (restructurations, incertitude sur l'avenir de son métier, etc.).

En 2010, la DARES a estimé, sur la base d'enquêtes existantes, la prévalence des principaux facteurs de RPS : les problèmes de conciliation entre travail et hors–travail touchent « toujours » ou « souvent » 11% des actifs ; 7% des actifs occupés disent être exposés « toujours » ou « souvent » à des agressions verbales, injures, menaces de la part du public et 2% à des agressions physiques ; 6% des actifs occupés estiment devoir, toujours ou souvent, faire dans leur travail « des choses qu'ils désapprouvent (vente abusive, réaliser des licenciements, etc.) ; 23% des actifs occupés déclaraient en 2007 travailler toujours, souvent ou parfois avec la peur de perdre leur emploi, etc. [24].

3. Des risques psychosociaux aux conséquences pour la santé

L'exposition aux facteurs de RPS décrits ci-dessus peut générer dans un premier temps du stress aigu qui devient chronique si les facteurs de RPS perdurent. Le stress chronique doit être considéré comme délétère car il peut être à la source de pathologies diverses. Ainsi la notion de bon stress est tout à fait erronée. On distingue le stress aigu, qui est une réponse à un environnement menaçant et permet une réaction appropriée et salvatrice et le stress chronique dont les conséquences sur la santé deviennent au fil du temps de moins en moins réversibles.

3.1. Stress aigu et chronique : mécanismes hormonaux, neurobiologiques et épigénétiques

En 1936, Hans Selye, endocrinologue autrichien décrit, pour la première fois, sous le nom de "syndrome général d'adaptation", les trois phases de la réponse biologique de l'organisme à un stimulus stressant. Il considérait alors que cette réaction était identique quel que soit le stimulus. Aujourd'hui on sait que la réponse au stresseur est modulée par des processus cognitifs et émotionnels propres à l'individu et hérités de ses expériences passées [17, 25-26].

3.1.1. Phase 1 : L'organisme se prépare « au combat ou à la fuite »

Dès la confrontation à une situation que le sujet va évaluer consciemment ou inconsciemment comme stressante, l'organisme réagit immédiatement en stimulant le système sympathique qui, via la glande médullo-surrénale, libère dans la circulation sanguine des catécholamines.

3.1.2. Phase 2 : L'organisme entre en « résistance »

Peu de temps après, un second axe « corticotrope » est activé via la glande corticosurrénale qui sécrète des glucocorticoïdes.

Les hormones du stress (catécholamines et glucocorticoïdes) vont agir en augmentant le tonus vasculaire, la pression artérielle et la fréquence respiratoire. Elles vont également mobiliser les facteurs énergétiques (augmentation du glucose sanguin) et les diriger vers les muscles (dont le cœur) et le cerveau anticipant ainsi les besoins en cas de réponse comportementale (fuite ou combat). Ces hormones vont transitoirement accroître l'immunité et inhiber les fonctions coûteuses en énergie telles que la digestion, la croissance ou la reproduction. Elles vont également rétroagir sur le cerveau en stoppant les réponses de stress si le stresseur a disparu (autorégulation) et en stockant en mémoire les nouvelles informations de cet évènement (type de stresseur, durée, et intensité des sécrétions des hormones qu'il a entraînées) qui seront utiles lors d'une exposition ultérieure à un stresseur similaire. En effet, l'organisme appariera le nouvel évènement de façon automatique et inconsciente à un stresseur du passé et enclenche une réponse biologique en durée et en intensité équivalente à celle mémorisée pour l'évènement apparié, avec possibilité d'adaptation en plus ou en moins si la durée et/ou l'intensité de la réponse se révèlent inadéquates à l'évènement nouveau. Ce processus, qui fait l'économie de l'analyse de la situation en temps réel, permet, face à une situation potentiellement dangereuse, une réponse ultra-rapide et adaptée.

3.1.3. Phase 3 : L'organisme entre en phase « d'épuisement » : le stress chronique [25]

Si la situation stressante se prolonge ou s'intensifie, deux mécanismes peuvent aboutir à une défaillance du mécanisme d'autorégulation des glucocorticoïdes : leur excès dans l'organisme et/ou une perturbation des récepteurs cérébraux des glucocorticoïdes. Les conséquences sont multiples entrainant au niveau cérébral des perturbations dont la réversibilité devient au fil du temps de moins en moins complète :

- l'excès ou l'hyperactivité de glucocorticoïdes entraine des changements morphologiques de certaines régions du cerveau (cortex préfrontal, hippocampe et amygdale) lesquelles modifient le fonctionnement cérébral. Sur la base d'études animales, certains de ces changements (altérations de l'attention, de la mémoire de travail et de la flexibilité comportementale, troubles de la mémoire spatiale, contextuelle ou déclarative et de l'apprentissage) disparaissent après l'arrêt des stresseurs, les neurones de l'hippocampe et du cortex préfrontal revenant à leur conformation d'origine, tandis que l'hypertrophie dendritique de l'amygdale qui s'accompagne d'une augmentation de la mémoire de la peur, de l'anxiété et de l'agressivité persiste même après plusieurs mois d'arrêt des stresseurs.
- l'excès de glucocorticoïdes peut également s'accompagner d'une déficience du signal glucocorticoïde, lequel peut aussi être délétère. En effet, il est observé dans plusieurs maladies comme le syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie, l'épuisement professionnel ou l'état de stress post-traumatique. Au cours d'un stress chronique prolongé, peuvent se développer un hypocortisolisme ou une hypoactivité corticotrope qui succède à un état initial d'hyperactivité, les mécanismes moléculaires conduisant à une désensibilisation ou une hypersensibilisation des récepteurs qui, dans ce cas, est d'origine épigénétique. Ce défaut du signal glucocorticoïde peut avoir des conséquences physiopathologiques variées en particulier inflammatoires à l'origine de processus pathologiques dont les maladies cardio-vasculaires, le diabète, certains troubles psychiatriques, etc.

Les modifications hormonales du stress chronique s'accompagnent de symptômes qui s'installent en quelques semaines [8] :

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

Ces symptômes peuvent avoir des répercussions sur le comportement :

- recours à des produits calmants (somnifères, anxiolytiques, alcool, etc.) qui tentent de mettre au repos cet organisme tendu et/ou prise d'excitants (café, tabac, etc.) pour « se remettre en route »,
- fuite par rapport à un environnement agressant : inhibition, repli sur soi, diminution des activités sociales, etc.

Si la situation de stress chronique se prolonge, les symptômes vont laisser la place à différentes pathologies dont la réversibilité devient de plus en plus compromise.

3.2. Pathologies en relation avec les contraintes et les facteurs organisationnels

Les relations entre facteurs de RPS et pathologies sont résumées dans le tableau 1 [22]. Celui-ci synthétise un grand nombre de publications considérées lors de l'expertise collective sur le stress au travail menée par l'INSERM en 2010-11 [17]. Les relations les plus explorées concernent pour les facteurs, des dimensions déjà évoquées précédemment, celles des modèles de Karasek et Siegrist et pour les affections, les maladies cardio-vasculaires, les troubles musculosquelettiques et la santé mentale.

3.2.1. Maladies cardio-vasculaires [17]

Les maladies cardiovasculaires (MCV) qui ont été étudiées en milieu du travail regroupent les affections coronariennes dont la mort subite, l'infarctus du myocarde, l'angine de poitrine et les accidents vasculaires cérébraux.

Les facteurs de RPS peuvent avoir une influence directe sur les MCV via des mécanismes neuroendocriniens ou sympathiques évoqués plus haut mais également indirecte via l'augmentation des facteurs de risque classiques des MCV (hypertension, hypercholestérolémie, surpoids, etc.) et/ou des comportements à risque de ces maladies (tabagisme, consommation d'alcool, sédentarité, etc.).

Sur la base de résultats issus de méta-analyses, l'exposition au *job strain* du modèle de Karasek augmenterait le risque de MCV de 16 à 45 %. Le risque serait accru de 58 à 152 % en cas d'exposition au déséquilibre efforts-récompenses du modèle de Siegrist. Des facteurs émergents de RPS ont été démontrés être en rapport avec les affections cardiovasculaires : l'insécurité de l'emploi, les longs horaires de travail, l'intensification du travail, de fortes exigences émotionnelles au travail, l'isolement social, l'injustice sociale et le déséquilibre entre vie professionnelle et privée.

Les études récentes confirment la relation existant entre certains facteurs psychosociaux (dimensions des modèles de Karasek et Siegrist, comportements de leadership, etc.) et de nombreux facteurs de MCV tels que la pression artérielle, l'obésité, le fibrinogène, l'inhibiteur de l'activateur du plasminogène de type 1 et le syndrome métabolique.

En ce qui concerne les comportements à risque de MCV, une revue de la littérature portant sur 46 études met en évidence des relations entre des dimensions des modèles de Karasek ou de Siegrist et le surpoids et, seulement chez les hommes, la surconsommation d'alcool et dans une moindre mesure le tabagisme.

3.2.2. Troubles musculosquelettiques [17]

Le terme « troubles musculosquelettiques » (TMS) recouvre un ensemble large de diagnostics et de symptômes, essentiellement des douleurs. Les troubles en lien avec les contraintes posturales et

biomécaniques, les plus étudiés sont les rachialgies (lombalgies et cervicalgies), les TMS du membre supérieur (syndrome du canal carpien, épicondylite du coude, pathologie de l'épaule, etc.) et du membre inférieur, principalement les problèmes de genou.
La littérature disponible concernant les effets des facteurs psychosociaux concernent surtout les manifestations douloureuses et moins souvent des pathologies spécifiques. De nombreuses études mettent en évidence des liens entre une exposition à des facteurs psychosociaux et des manifestations douloureuses mais les associations sont souvent d'intensité modeste et globalement moins fortes dans les études longitudinales dont la qualité méthodologique est meilleure. Le degré de certitude des résultats varie également avec le site de douleur. Pour les douleurs cervicales et de l'épaule les associations avec la « demande psychologique » au travail, le manque de latitude et le manque de soutien social sont retrouvées de façon assez constante. Les relations entre exposition aux facteurs de RPS et syndrome du canal carpien ou pathologies du coude sont plus discutées. Concernant les lombalgies, les associations, habituellement observées dans des études transversales, deviennent moins nettes, voire inexistantes, dès lors qu'on se limite aux études longitudinales. Au niveau du membre inférieur, les conclusions sont plutôt négatives. De nombreux facteurs organisationnels (tels que la dépendance par rapport aux clients ou par rapport aux donneurs d'ordre) sont susceptibles d'augmenter à la fois le niveau d'exposition à des facteurs biomécaniques (avec des effets sur la santé), et le niveau de stress perçu. Pour l'heure, sont insuffisamment connus, les effets des expositions sur une période relativement longue, ou la réversibilité ou non de TMS après l'arrêt de l'exposition aux facteurs de RPS.

3.2.3. Santé mentale

Dans les populations salariées, les médecins du travail rapportent fréquemment des problèmes de santé mentale au travail, se traduisant par une symptomatologie variée : mal-être, symptômes de type anxio-dépressifs, diverses manifestations physiques (fatigue chronique, troubles du sommeil, etc.). Les études disponibles dans ce domaine ont considéré ces symptômes ou des pathologies diagnostiquées à l'aide de questionnaires ou d'explorations médicalisées.

- **Souffrance ou mal-être, troubles dépressifs et anxio-dépressifs [17]**
  La souffrance est évaluée, dans les études épidémiologiques, par un auto-questionnaire très répandu, le « *General Health Questionnaire* » (GHQ) qui explore plusieurs champs de la santé mentale (dépression, anxiété…) et permet de calculer un score global de souffrance psychologique.
  La dépression doit être distinguée des troubles dépressifs car il s'agit d'un diagnostic posé, sur la base de critères définis par un médecin, en général, psychiatre. En 2008, trois revues de la littérature fondées exclusivement sur des études épidémiologique longitudinales concluent toutes à l'existence de liens entre les différentes dimensions des modèles de Karasek et Siegrist et les troubles dépressifs et anxio-dépressifs. Le risque de développer des troubles dépressifs serait multiplié par 2 en cas d'exposition au *job strain* et entre 2 et 4, selon les auteurs et la méthodologie adoptée, en cas de déséquilibre efforts/récompenses. L'enquête transversale SUMER 2010 confirme chez les salariés français qu'être exposé au *job strain* ou au manque de récompenses multiplie par 2 le risque de présenter des symptômes dépressifs et anxieux [23]. Ces résultats doivent être interprétés en prenant en compte les limites de ces études, la principale étant la non indépendance des mesures d'exposition et de santé (les sujets auto-déclarant par questionnaires à la fois leur perception des conditions de travail et leur symptômes), les autres limites relevant de la non prise en compte de certains facteurs de confusion personnels (comme l'hérédité de dépressivité par exemple), l'hétérogénéité des outils de mesure de l'exposition et de la santé mentale, la nature transversale des études, etc. A noter également dans ce domaine, un manque de données de l'impact sur la santé mentale de la durée et de l'intensité des expositions psychosociales.

- **Le suicide [17]**
  Il est souvent étudié par le biais des données de mortalité si celles-ci recensent les causes du décès. La recherche de liens entre contraintes/suicide est rare. Les tentatives de suicide ou les idéations suicidaires sont explorées par des questions souvent présentes dans les questionnaires de souffrance psychologique comme le GHQ. Très peu de données épidémiologiques permettent actuellement de documenter le lien entre les actes suicidaires et les conditions de travail. Des travaux, souvent contestables, décrivent des différences entre professions quant aux taux de mortalité par suicide. Seules les professions du domaine de la santé ainsi que les agriculteurs présentent assez systématiquement des excès de risques. Les hypothèses en relation avec le travail sur cet excès de risque sont l'accessibilité accrue des moyens de suicides mais aussi une exposition, dans ces métiers, à des contraintes psychosociales spécifiques.
- **Conduites addictives, conduites dopantes et *Workaholism* [17, 22]**
  Les conduites dopantes concernent la consommation d'une substance chimique ou d'un médicament pour affronter un obstacle, réel ou ressenti, ou/et améliorer ses performances (physiques, intellectuelles, artistiques, etc.). Ces conduites dopantes peuvent entraîner ou non une dépendance. Les principaux produits utilisés dans le milieu du travail pour se doper sont le tabac, l'alcool, le café, certains médicaments psychoactifs (amphétamines, etc.) et les drogues illicites. En ce qui concerne les addictions, une revue de la littérature menée en 2006, à la fois sur des études longitudinales et transversales conclut à une association entre exposition aux facteurs de RPS au travail et problèmes d'alcool. Une étude longitudinale de 2007 rapporte que les hommes exposés au *job strain* ou à de fortes exigences présentent un risque accru de consommation d'antidépresseurs.
  Le *Workaholism* est une addiction au travail. Le sujet *workaholic* est hautement engagé dans son travail, il y consacre une grande partie de son temps au-delà de ce qui est raisonnablement attendu sur le plan économique ou organisationnel. Le travail devient obsessionnel avec incapacité pour le sujet à s'en détacher. Les liens avec l'exigence au travail émanant de la structure de travail sont évoqués dans plusieurs études.
- **Epuisement professionnel [17, 22]**
  Le burn-out ou syndrome d'épuisement physique et émotionnel est l'une des conséquences du stress chronique professionnel. Pour les concepteurs, il résulterait d'une surexposition à un travail émotionnellement exigeant telles qu'en rencontrent les professionnels en relation d'aide, d'assistance, de soins ou de formation. Même si de nombreux auteurs s'accordent aujourd'hui sur le fait que tous les types d'emploi peuvent être concernés, le fait d'être confronté dans son métier à « l'attente » du public, est un facteur prédominant. Le burn-out se caractérise par trois symptômes : épuisement émotionnel (impression de saturation affective et émotionnelle vis-à-vis de la souffrance d'autrui), désinvestissement de la relation (avec des attitudes et des sentiments négatifs et cyniques envers la clientèle ou les usagers) et une diminution du sentiment d'accomplissement personnel au travail (tendance à l'autoévaluation négative en particulier vis-à-vis de son travail avec les clients ou patients). Les liens entre burn-out et troubles anxio-dépressifs sont souvent évoqués, certains scientifiques considérant que le burn-out est une forme de dépression.
- **Stress post-traumatique [22]**
  Il est la conséquence d'un événement violent qui provoque, chez une personne, de la peur, de la détresse ou de l'horreur (braquage en agence bancaire, attentat, etc.). Il se manifeste au moment de l'évènement par un état de stress suraigu qui évolue, quelques semaines après l'événement, vers des troubles anxio-dépressifs avec évocation persistante de l'événement traumatique (la personne revit en permanence l'événement), panique en cas de confrontation à des éléments du traumatisme, comme la sirène des pompiers, hyperréactivité sur le plan biologique associé à un comportement général apathique.

3.2.4. Autres pathologies [22]

Comme le montre le tableau 1, de nombreuses autres pathologies sont suspectées d'être en relation avec des facteurs psychosociaux mais ces liens doivent être confirmés. Les situations de travail stressantes seraient impliquées dans l'apparition ou l'aggravation des **variations de poids** (augmentation ou diminution), des **troubles hormonaux** (perturbations des divers systèmes endocriniens : thyroïde, surrénale, ovaire, etc.), des **troubles de la fertilité et pathologies de la grossesse** (évalués le plus souvent par le délai à concevoir, la prématurité ou la dysmaturité) et des **atteintes immunitaires.** En dépit de la quasi absence d'études en milieu professionnel, de nombreuses études expérimentales chez l'animal ou chez l'homme ont mis en évidence des mécanismes physiologiques pour expliquer l'évolution de ces dernières en cas de stress aigu et/ou chronique. La diminution de l'immunité se traduit par des infections à répétition (rhumes, angines, infections urinaires, gastro-entérites, etc.), l'hyperstimulation du système immunologique se manifeste par des maladies telles qu'asthme, dermatite atopique, etc.), le stress aigu ou chronique étant des facteurs de crise ou de poussée de la maladie. La perturbation de l'immunité entraîne des maladies auto-immunes et inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques, maladie de Crohn, recto-colite hémorragique, etc.) pour lesquelles le stress aigu et quelquefois le stress chronique déclencheraient et/ou majoreraient les symptômes ou les poussées. Le stress serait également un facteur d'aggravation pour les maladies cancéreuses.

L'**auto perception de la santé globale** est un indicateur simple mais robuste pour prédire l'incapacité fonctionnelle, la morbidité ou la mortalité. L'enquête SUMER recense, en 2010, 20% des femmes et 16% des hommes déclarant un état de santé altéré. La probabilité de déclarer une santé altérée est significativement multipliée, en cas de *job strain*, par 2.5 chez les hommes et par 2.7 chez les femmes et, en situation de manque de reconnaissance, par 3.1 chez les hommes et par 3.0 chez les femmes [23].

3.2.5. Accidents de travail et de trajet [17]

Les situations de travail stressantes peuvent augmenter le risque d'accident de travail ou de trajet. Le stress ou la fatigue, entraînant un manque d'attention ou un ralentissement des réflexes, sont considérés comme augmentant les risques d'accidents. En amont, les contraintes liées au contrat de travail ou au lien de subordination vis-à-vis de donneurs d'ordre sont également évoquées, dans certaines études. Plusieurs études montrent de façon précise que le risque d'accident est accru en situation de demande psychologique élevée, de forte demande émotionnelle et de conflits avec des collègues ou le supérieur hiérarchique. Selon l'enquête SUMER, 7% des hommes et 4% des femmes ont déclaré un accident du travail dans les 12 mois précédant l'enquête. La probabilité de déclarer un accident du travail est significativement multipliée, en cas de *job strain*, par 1.3 chez les hommes et par 1.7 chez les femmes et, en situation de manque de reconnaissance, par 1.6 chez les hommes et par 1.7 chez les femmes [23]. Plusieurs auteurs insistent sur le rôle du nombre d'heures travaillées, qui lui-même peut être lié à une charge de travail élevée et à l'existence de problèmes financiers. Les heures travaillées au-delà d'un horaire de 8 heures par jour ou 40 heures par semaine seraient des heures à risque accru d'accident.

4. En guise de conclusion

Depuis 40 ans, les mutations du travail en matière d'organisation et de management, ont bouleversé le quotidien des opérateurs et favorisé l'arrivée des RPS dans l'ensemble des pays développés. Mais en France, les RPS ont pris un relief particulier car les salariés français entretiennent avec le travail un lien particulier : plus que les autres européens, le travail est très important dans leur vie, les attentes de réalisation au sein de l'activité professionnelle sont plus intenses et ils considèrent que le travail devrait occuper, dans leur vie, une place moins grande, éprouvant le plus souvent des difficultés de conciliation et des tensions entre les deux sphères professionnelle et personnelle [27].

Malgré l'irruption relativement récente des RPS dans le monde du travail, de nombreuses études observationnelles, expérimentales, épidémiologiques, etc. ont permis d'en dresser un portrait sinon

exhaustif du moins complet en termes de fréquence, causes, conséquences sur la santé, mécanismes physiopathologiques, etc. Ils sont devenus une préoccupation majeure des préventeurs en santé au travail tant par leur importance, leur potentielle gravité et la difficulté à y faire face. Cependant, la meilleure connaissance des RPS permet d'envisager une meilleure prise de conscience de la part du monde du travail et de la société et une adaptation progressive des démarches de prévention.

5. Bibliographie

1. HURRELL JJ, JR., MURPHY LR. Occupational Stress Intervention. Am J Ind Med 1996; 29: 338-341
2. MURPHY LR, SCHOENBORN TF. Stress management in work settings. DHHS, NIOSH, 1987, N°87-111, 190 pages
3. KOMPIER M, COOPER C. Preventing stress improving productivity. European case studies in the workplace. London, Routledge, 1999, 336 pages
4. COMMISSION EUROPÉENNE. Manuel d'orientation sur le stress lié au travail – Piment de la vie… ou coup fatal ? Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2000, 167 pages
5. AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL. Working on stress. Prevention of psychosocial risks and stress at work in practice. Office des publications officielles de la communauté européenne, Luxembourg, 2002a : 63-65
6. STAVROULA L, COX T. The European framework for psychosocial risk management (PRIMA-EF). Nottingham, I-WHO Publications, 2008, 184 pages
7. AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL (2014a). Campagne 2014-2015 : Les risques psychosociaux: mieux prévenir pour mieux travailler. https://osha.europa.eu/fr/healthy-workplaces-campaigns/healthy-workplaces-manage-stress,
8. CHOUANIERE D. Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. Documents pour le Médecin du Travail 2006; 106: 169-186
9. HIRIGOYEN MF. Le Harcèlement Moral : la violence perverse au quotidien. © Éditions La Découverte & Syros, Paris, 1998, 290 pages
10. SANTOLARIA N. Après le *burn-out* et le *bore-out*, voici le *brown-out*. Le monde, 13-10-2016
11. AMIRA S. La prévention des risques professionnels. Les mesures mises en œuvre par les employeurs publics et privés. DARES analyses, 2016, 013, 8 pages
12. DEBOUT M. Travail, violences et environnement. Avis adopté par le Conseil Economique et Social. 1999. http://www.ces.fr/rapporti/texte.asp?Repertoire=99112420&ref=1999-20
13. EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS. Fourth european working conditions survey. 2007, rapport, 139 pages
14. GOLLAC M, BODIER M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. 2011, 223 pages
15. AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL. Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux émergents (ESENER: European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks - Managing safety and health at work). Résumé sur : http://agency.osha.eu., 2010, 16p. Résultats plus détaillés sur : http://www.esener.eu., 2010

16. AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL (2014b). Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux émergents (ESENER 2: European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks - Managing safety and health at work 2014-2015)
17. INSERM. Stress au travail et santé, situation chez les indépendants. Editions Inserm, Collection Expertise collective, 2011, 483 pages
18. 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 de la communauté européenne, 2000, 167 pages
19. VÉZINA M, BOURBONNAIS R, BRISSON C, TRUDEL L. Workplace prevention and promotion strategies. Health Papers 2004; 5: 32-44
20. KARASEK R, THEORELL T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York, NY: Basic Books; 1990.
21. SIEGRIST J, STARKE D, CHANDOLA T, GODIN I, MARMOT M, NIEDHAMMER I ET AL. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Social science & medicine (1982) 2004; 58(8): 1483-99
22. CHOUANIERE D, COHIDON C, EDEY GAMASSOU C, KITTEL F, LAFFERRERIE A, LANGEVIN V ET AL. Expositions psychosociales et santé : état des connaissances épidémiologiques. Documents pour le Médecin du Travail 2011; 127 : 509-17.
23. MEMMI S, SANDRET N, NIEZBOROLA M, LESUFFLEUR T, NIEDHAMMER I. L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux. DARES analyses, 2016, 004, 8 pages
24. COUTROT T, MERMILLOD C. Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles, DARES DREES, DARES, Analyses, Paris, 2010, 81, 10 pages
25. MOISAN MP, LE MOAL M. Le stress dans tous ses états. Médecine/sciences 2012 ; 28 :612-7
26. Stress. Comment il modifie notre cerveau. Dossier. La recherche, l'actualité des sciences, mars 2015, 1-17
27. DAVOINE L, MEDA D. Place et sens du travail en Europe : une singularité française ? Centre d'études de l'emploi, février 2008, N° 96-1