

2004

La santé psychologique au travail : de la définition du problème aux solutions. L'ampleur du problème : l'expression du stress au travail

Brun Jean-Pierre

Suivez ce contenu et d'autres travaux à l'adresse suivante: <https://pharesst.irsst.qc.ca/guides>

Citation recommandée

Brun, J.-P. (2004). *La santé psychologique au travail : de la définition du problème aux solutions. L'ampleur du problème : l'expression du stress au travail* (Guide n° R-362-1). Université Laval; IRSST

Ce document vous est proposé en libre accès et gratuitement par PhareSST. Il a été accepté pour inclusion dans Guides par un administrateur autorisé de PhareSST. Pour plus d'informations, veuillez contacter pharesst@irsst.qc.ca.

Fascicule 1

Série

La santé psychologique au TRAVAIL

... de la définition du problème aux solutions

L'AMPLEUR DU

PROBLÈME

L'expression du STRESS AU TRAVAIL



Chaire en
gestion de la santé
et de la sécurité du travail
dans les organisations



UNIVERSITÉ
LAVAL



Le **TRAVAIL**, au CŒUR DE NOS VIES!

Le travail occupe une place très importante dans nos vies. Avez-vous remarqué que lorsqu'on rencontre une personne pour la première fois, aussitôt les présentations faites, on lui demande ce qu'elle fait dans la vie? Et on peut facilement comprendre pourquoi. **On passe le tiers de notre temps au travail.** Cela sans compter le temps qu'on met pour s'y rendre et en revenir, les heures supplémentaires et les soucis qu'on rapporte à la maison.

Le travail constitue désormais beaucoup plus qu'un simple moyen de subsistance. Il est devenu une nécessité : c'est par lui qu'on peut exprimer notre potentiel, mettre à l'épreuve nos capacités, se dépasser, définir notre identité et faire quelque chose d'utile pour nous-même et pour les autres. Le travail nous donne également l'occasion de créer des liens. Les relations avec le supérieur et les collègues sont généralement déterminantes du climat de travail.

La série *La santé psychologique au travail ... de la définition du problème aux solutions* est publiée par la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations de l'Université Laval. Elle est destinée aux personnes qui s'occupent de santé et de sécurité au travail (SST) et plus spécifiquement de santé psychologique au travail.

Nous tenons tout particulièrement à souligner la contribution financière de l'IRSST, sans laquelle ce projet n'aurait pas été possible.

La reproduction des articles est autorisée à la condition expresse que la source soit mentionnée et qu'une copie nous soit adressée.

N. B. : La forme masculine utilisée dans ce fascicule désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.

Distribution

Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations
Université Laval
Québec (Québec) G1K 7P4
Tél. : (418) 656-5213
Télé. : (418) 656-7028
info.cgsst@fsa.ulaval.ca
<http://cgsst.fsa.ulaval.ca>

Directeur de projet
Jean-Pierre Brun, Dr.

Recherche, élaboration et rédaction
Josée Martel, M.B.A.

Collaborateurs



ASSTSAS



Autres collaborateurs

Le Conseil consultatif du travail et de la main-d'œuvre.

Sonia Genest, Marie-Josée Filteau,
Gilles Lebeau, Danielle Meilleur.

Conception graphique et éditique
Louise Paquin graphiste Inc.

ISBN 2-9807808-2-0

Dépôt légal – Bibliothèque nationale
du Québec, 2003

Dépôt légal – Bibliothèque nationale
du Canada, 2003



L'ÉMERGENCE DES **PROBLÈMES** de **SANTÉ PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL**

Bien qu'il permette à plusieurs de se réaliser, le travail représente pour de nombreuses personnes une source de souffrance et de mécontentement. Les exigences des organisations conjuguées à celles de la vie moderne pèsent de plus en plus lourd sur les individus. Dans les entreprises, on entend désormais les travailleurs évoquer des **problèmes de sommeil** ou encore divers **maux** et **douleurs**, parfois persistants, qu'aucune médecine ne soulage. Certains confient avoir de la **difficulté à se concentrer** et à **maintenir leur attention**. D'autres se disent **fatigués, vidés**. On se plaint de **l'irritabilité** et de **relations particulièrement conflictuelles** avec les collègues ou le supérieur. On constate que certains travailleurs **s'isolent, ne participent plus aux activités sociales**. Bref, bon nombre de travailleurs sont confrontés à un phénomène jusque-là plutôt discret : le stress en milieu de travail. D'abord surprenant, ensuite inquiétant, il est aujourd'hui au centre des préoccupations organisationnelles et individuelles.

Les **CONSÉQUENCES** DU **STRESS** POUR LES ORGANISATIONS

En plus d'entraîner de graves conséquences sur la santé psychologique et physique des individus, l'impact du stress lié au travail est évident dans les organisations. Le stress est responsable notamment des taux élevés d'**absentéisme** et de **rotation du personnel** ainsi que de la **faible productivité**. Les **coûts directs** et **indirects** qu'il engendre sont également considérables.

COÛTS DU STRESS	
COÛTS DIRECTS	COÛTS INDIRECTS
<ul style="list-style-type: none">● Absences occasionnelles● Invalidité de courte durée● Invalidité de longue durée● Médicaments● Frais paramédicaux	<ul style="list-style-type: none">● Salaire des remplaçants● Frais de formation pour les remplaçants● Baisse de productivité● Augmentation du roulement de personnel● Présentéisme● Détérioration du climat de travail● Insatisfaction au travail● Heures supplémentaires

Au Canada, on estime qu'une personne sur cinq est susceptible de vivre un problème de santé psychologique au cours de sa vie, soit près de six millions de Canadiens¹.

Le Conseil du patronat du Québec estimait, en 1995, que les entreprises québécoises perdaient plus de 6,5 milliards de dollars annuellement en raison de l'absentéisme de leurs employés².

On entend par **présentéisme** la période au cours de laquelle la personne qui souffre d'un problème de santé psychologique demeure présente au travail mais voit son efficacité et sa performance réduites.

LA SITUATION AU QUÉBEC

Les problèmes de santé psychologique au travail sont les principaux responsables de l'augmentation de l'**absentéisme**. Les enquêtes sur la santé et le bien-être de la population québécoise effectuées par Santé Québec le démontrent bien. Entre 1987 et 1998, l'incapacité de travail due à des problèmes de santé psychologique a presque doublé; elle est passée de 7 % à 13 %. Ces enquêtes révèlent également que le nombre moyen de journées d'incapacité de travail par personne pour des problèmes de santé psychologique a plus que triplé entre 1992 et 1998, passant de 7,4 à 24,6 jours par 100 personnes, soit une hausse de 200 %⁴.

En plus d'occasionner de nombreuses absences, les problèmes de santé psychologique au travail ont un impact sur la **performance** des travailleurs. Il s'écoule parfois un certain temps avant qu'une personne qui vit de tels problèmes ne s'absente du travail. On constate souvent, au cours de cette période, que son **efficacité** et sa **productivité** sont grandement réduites. On parle alors de **présentéisme**.

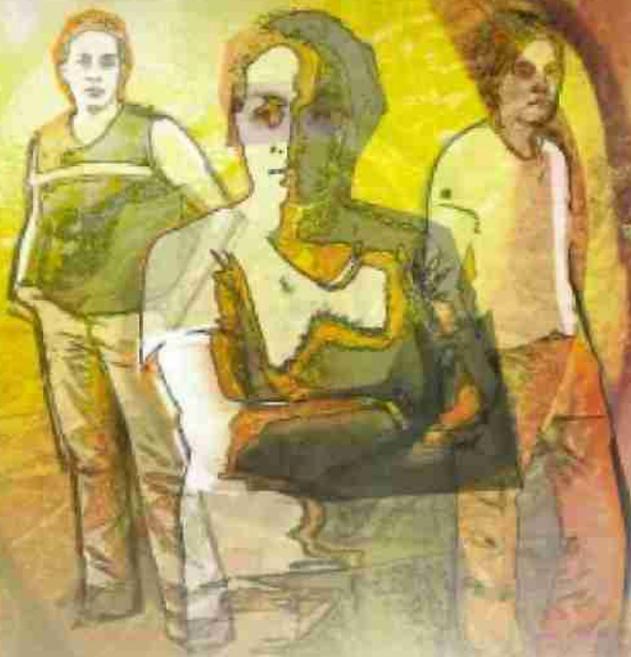
L'impact des problèmes de santé psychologique au travail se traduit également par une augmentation du nombre de **demandes d'indemnisation** présentées par les travailleurs. Entre 1990 et 2001, le nombre de réclamations acceptées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) comme des lésions professionnelles liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique, a plus que doublé. Il est passé de 530 à 1082, entraînant ainsi une hausse des déboursés de 1,5 à 6,9 millions de dollars par année⁵. Les demandes d'indemnisation pour des problèmes d'ordre psychologique sont aussi traitées dans le cadre des régimes d'assurance salaire des entreprises. Ainsi, parmi les absences pour invalidité de longue durée indemnisées par les assurances privées, de 30 % à 50 % sont attribuables à des problèmes de santé psychologique, comparativement à 18 % en 1990⁶.

En 1994 et en 2000, 34 % des travailleurs canadiens ont désigné le trop grand nombre d'exigences ou d'heures de travail, comme principale source de stress en milieu de travail⁷.

INDEMNITÉS VERSÉES PAR LA CSST POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

Données	Années						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Lésions professionnelles liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique indemnisées	905	995	990	938	995	1059	1082
DÉBOURSÉS EN INDEMNITÉS DE REMPLACEMENT DU REVENU (IRR)	4,4 M	5,0 M	5,0 M	5,0 M	5,3 M	5,3 M	6,9 M

Source : CSST, Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information (2003-01-23).



LA SITUATION AU CANADA

La situation est aussi dramatique à l'échelle canadienne. L'impact économique annuel des problèmes de santé psychologique au travail est estimé à 14,4 milliards de dollars⁷. Selon un sondage corporatif effectué au début de 2000 auprès de 1056 participants à des régimes d'assurances collectives choisis de façon aléatoire dans tout le Canada, 62 % des répondants ont affirmé être **très stressés** au travail. L'enquête a également exploré les effets du stress sur les répondants, dont 64 % se disent **irritables** ou **anxieux**. Ils ont aussi déclaré souffrir d'**insomnie** (42 %) et être **malades plus souvent** (21%)⁸. Parallèlement, les absences liées au stress coûteraient aux employeurs canadiens environ 3,5 milliards de dollars chaque année⁹.

Au Canada, les coûts directs de l'absentéisme ont augmenté depuis 1997; ils représentent actuellement 7,1 % de la masse salariale. En y ajoutant les coûts indirects (heures supplémentaires, remplacements, diminution de productivité, etc.), la facture des problèmes de santé psychologique totalise 17 % de la masse salariale¹¹.

MOYENNE DE JOURS PERDUS POUR INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Certains problèmes de santé nécessitent un arrêt de travail pouvant durer plusieurs jours. Les problèmes de santé psychologique se distinguent particulièrement par le nombre élevé de jours de travail perdus, comme l'illustre le tableau ci-contre¹⁰.

Problèmes de santé psychologique



Douleurs lombaires



Problèmes cardiaques



Hypertension



Diabète



72

37

37

28

26

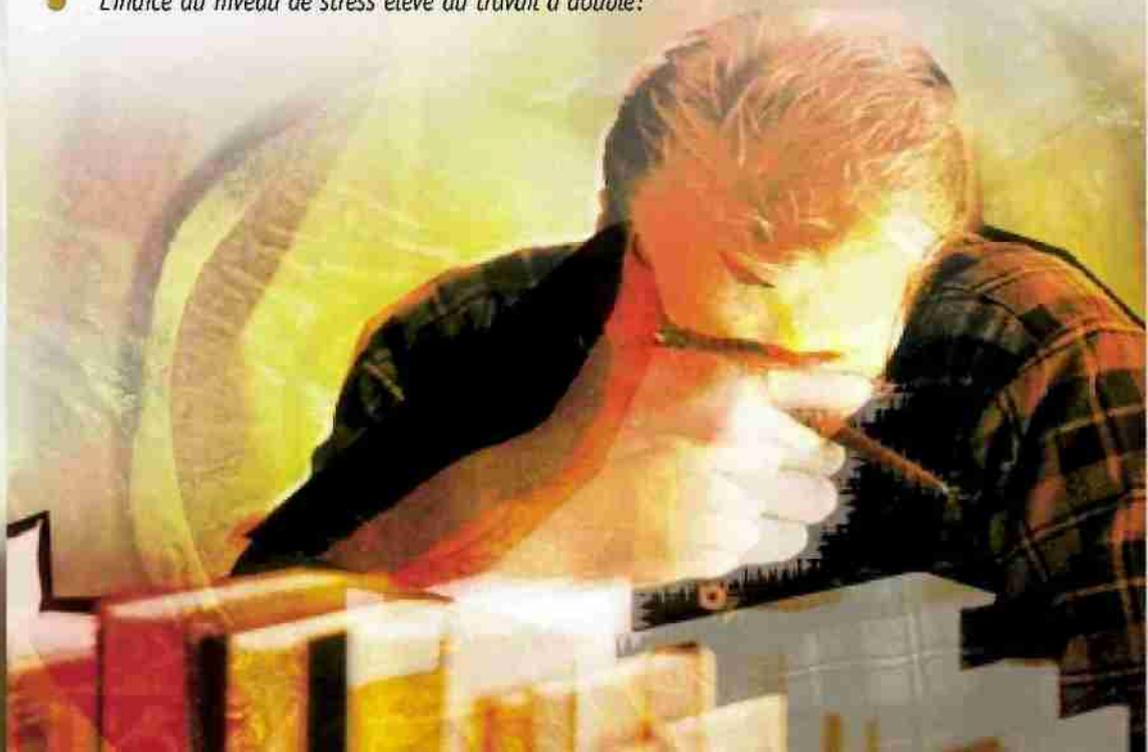
LA SITUATION EN EUROPE ET AUX ÉTATS-UNIS

En 2000, près d'un travailleur européen sur trois (41 millions) s'est déclaré affecté par le stress. C'est ainsi le second problème de santé au travail après les troubles musculo-squelettiques. Le stress serait à l'origine de 50 % à 60 % de l'ensemble des journées de travail perdues et coûterait aux États membres au moins 20 milliards d'euros chaque année¹². Cela représente un coût considérable, tant en matière de **détresse humaine** que d'entrave à la **performance économique**.

Aux États-Unis, le temps de travail moyen perdu en raison du stress a augmenté de 36 % entre 1995 et 1998¹³. On considère que des 550 millions de jours de travail perdus annuellement, 54 % le seraient en raison du stress. Pour les organisations américaines, les coûts de l'**absentéisme**, de la **réduction de la productivité**, des **indemnités versées**, des **primes d'assurances** et des **dépenses médicales** liés au stress sont d'approximativement 150 milliards de dollars annuellement¹⁴. Enfin, la durée moyenne des **absences** associées au stress serait quatre fois plus élevée que celle qui découle des accidents du travail et des maladies professionnelles¹⁵.

SAVIEZ-VOUS QU'AU CANADA, AU COURS DES DIX DERNIÈRES ANNÉES¹⁶...

- *Les heures de travail sont passées de 42 heures (1991) à 45 heures (2001)?*
- *Le nombre de travailleurs éprouvant une satisfaction professionnelle élevée a chuté de 62 % (1991) à 45 % (2001)?*
- *On a connu une érosion de l'engagement des travailleurs envers l'organisation : 66 % des travailleurs se sentaient fortement liés à leur milieu de travail en 1991 comparativement à 50 % en 2001?*
- *L'indice du niveau de stress élevé au travail a doublé?*



Le **STRESS** : L'ENNEMI N°1

Le stress est un phénomène d'actualité; tout le monde en parle. Mais qu'en est-il exactement? En fait, tous les événements qui modifient nos habitudes de vie sont susceptibles de nous faire vivre du stress. Il peut s'agir d'événements liés au travail, à notre vie personnelle ou à notre vie familiale. Il peut également résulter d'événements tant heureux que malheureux. **Tout dépend comment on perçoit l'évènement en question.** Si, par exemple, il est perçu comme un défi qu'on est en mesure de relever, notre réaction sera positive. On le verra alors comme une source de stimulation, de motivation et d'énergie pour passer à l'action. Le scénario risque cependant d'être différent dans le cas où on juge ne pas avoir les ressources nécessaires pour y faire face. Ainsi, une situation de stress occupationnel se produit quand les demandes ou les contraintes liées au travail excèdent les ressources de l'employé^{17,18}, comme par exemple quand il ne peut plus supporter la charge de travail imposée par son environnement. Dans un tel cas, diverses réactions négatives peuvent se produire. Elles sont d'ordre **physique, psychologique et comportemental**^{19,20}.

LES RÉACTIONS PHYSIQUES

Quand la personne juge qu'elle n'a pas les capacités ni les ressources nécessaires pour faire face à la situation, c'est tout son corps qui réagit. Elle pourra alors ressentir des **tensions musculaires** et des **désordres gastro-intestinaux**. Elle pourra également être en proie à des **troubles de sommeil** ou à des **affections dermatologiques**. Elle pourra aussi éprouver des **problèmes de poids** ou encore voir sa **tension artérielle** ou son taux de **cholestérol** s'élever.

LES RÉACTIONS PSYCHOLOGIQUES

Sur le plan psychologique, il pourra y avoir une réaction de **frustration**, d'**impatience**, d'**anxiété** ou d'**irritabilité**. Si la situation ne se corrige pas, on verra alors apparaître la **démotivation**, l'**apathie**, les **tendances dépressives**, la **perte d'enthousiasme**, etc.

LES RÉACTIONS COMPORTEMENTALES

On assiste également à certains changements en ce qui a trait au comportement. La personne s'**absente** davantage du travail, elle a tendance à consommer plus d'**alcool** ou de **drogue**, sa **productivité diminue**. À la limite, elle songe même à **quitter son emploi**.

Une situation de *stress occupationnel* se produit quand les demandes ou les contraintes liées au travail dépassent les capacités et les ressources de l'individu.

RÉACTIONS ASSOCIÉES AU STRESS AU TRAVAIL

PHYSIQUES	PSYCHOLOGIQUES	COMPORTEMENTALES
<ul style="list-style-type: none">● Migraines● Problèmes de sommeil● Tensions musculaires● Problèmes de poids● Désordres gastro-intestinaux● Hausse de la tension artérielle● Allergies● Hausse du taux de cholestérol● Affections dermatologiques	<ul style="list-style-type: none">● Humeur dépressive● Désespoir● Ennui● Anxiété● Pertes de mémoire● Insatisfaction● Frustration● Irritabilité● Découragement● Pessimisme	<ul style="list-style-type: none">● Absentéisme● Toxicomanie● Consommation abusive de médicaments● Problèmes sexuels● Impatience● Agressivité● Troubles alimentaires● Baisse de créativité et d'initiative● Problèmes de relations interpersonnelles● Sautes d'humeur fréquentes● Contacts superficiels● Diminution de la tolérance aux frustrations● Désintérêt● Isolement

QUELQUES ÉVÈNEMENTS DE LA VIE POUVANT OCCASIONNER DU **STRESS**



Décès du conjoint
Séparation
Divorce
Blessure ou maladie
Mariage
Licenciement
Reprise de la vie conjugale
Retraite
Grossesse
Problèmes sexuels
Enfants quittant la maison
Succès personnel éclatant
Changement des conditions de vie
Déménagement
Changement des habitudes de sommeil

Source : Echelle de Holmes-Rahe.

QUELQUES TRUCS POUR FAIRE FACE AU STRESS

- Apprenez à reconnaître les signaux que votre corps vous envoie (augmentation des pulsions cardiaques, mains moites, difficultés de concentration, etc.). Vous serez ainsi mieux en mesure d'agir pour faire diminuer la tension.
- Apprenez à identifier ce qui fait augmenter votre niveau de stress. En agissant sur les sources de votre stress, vous pourrez mieux le contrôler.
- Apprenez à déléguer; n'assumez pas toutes les responsabilités.
- Établissez une liste de vos priorités. Cela vous aidera à mieux gérer votre temps.
- Proposez des changements dans votre travail, parlez avec vos collègues et votre gestionnaire des irritants et tentez de trouver des solutions acceptables pour tous.
- Développez un bon réseau de soutien. Il est nécessaire d'avoir de l'aide pour traverser certaines périodes plus difficiles.
- Accordez-vous des moments de loisirs. En plus de vous détendre, ces activités vous aideront à vous ressourcer.
- Faites de l'exercice. En plus de favoriser la détente des muscles et d'augmenter votre résistance, l'exercice vous aidera à trouver le sommeil plus facilement.
- Limitez la consommation d'aliments excitants (café, thé, chocolat, boissons gazeuses, sucre et alcool).

Les **CONSEQUENCES** DU STRESS AU TRAVAIL POUR LES INDIVIDUS

On réalise facilement que les réactions présentées préalablement indiquent un malaise annonciateur de problèmes plus graves si les conditions ne s'améliorent pas. En effet, **s'il est trop intense, qu'il dure trop longtemps ou qu'il se répète trop souvent**, le stress au travail rend l'individu plus vulnérable et peut ainsi engendrer certains désordres psychologiques ou, à tout le moins, contribuer à accélérer leur développement. Parmi ces désordres, les plus fréquemment éprouvés dans les milieux de travail sont les **troubles de l'humeur**, les **troubles anxieux**, le **trouble de stress post-traumatique** et le **trouble d'adaptation**.

Une petite mise en garde s'impose toutefois. En effet, les problèmes et les symptômes sont présentés à titre indicatif seulement. Ils ne permettent en aucun cas de poser un diagnostic. Seuls les médecins sont autorisés à le faire.

LES TROUBLES DE L'HUMEUR OU AFFECTIFS

La principale caractéristique de ces troubles est une **perturbation de l'humeur**. Nous traversons tous, au cours de notre vie, des moments plus difficiles. On peut par exemple penser à un deuil, à une séparation ou à un divorce. Ce sont des événements qui nous touchent profondément et qui nous font vivre de la tristesse et du découragement. Pour plusieurs, ces moments de déprime, même s'ils sont désagréables, sont de courte durée et comportent peu de risques de mener à des troubles de l'humeur. Par contre, s'ils persistent, ils peuvent occasionner des problèmes plus graves. Dans ce contexte, seul le jugement du médecin peut déterminer le moment à partir duquel les variations de l'humeur normale deviennent des troubles de l'humeur.

Selon les symptômes observés, les troubles de l'humeur se divisent en **deux catégories** : la **dépression unipolaire** et le **trouble bipolaire**.

La *dépression unipolaire*

La dépression unipolaire, aussi appelée *dépression majeure*, *trouble dépressif majeur* ou encore *dépression clinique*, est exclusivement caractérisée par une **humeur dépressive presque constante**. Contrairement à la déprime passagère qui se veut une réaction normale à certains événements de la vie, la dépression est un état de profonde détresse : la personne est triste, elle n'a plus d'intérêt ni de plaisir à réaliser ses activités habituelles. Elle ressent également divers symptômes tels une réduction de l'énergie, un changement du sommeil et de l'appétit, des difficultés à se concentrer et un sentiment de culpabilité, de désespoir, ou des idées suicidaires. Ces symptômes se manifestent presque toute la journée, et ce, pratiquement tous les jours pendant au moins une période de deux semaines ou plus.

La dépression est une maladie qui ne doit jamais être prise à la légère. Par conséquent, il est important de consulter un médecin dès les premiers symptômes afin de recevoir un diagnostic rapidement, car la dépression peut s'aggraver et même conduire au suicide.

Le trouble *bipolaire* (autrefois appelé manico-dépression)

La personne souffrant d'un trouble bipolaire vit en **alternance des périodes dépressives** (mélancolie) et des **périodes de manie** (euphorie et surexcitation). Plus spécifiquement, les périodes maniaques sont caractérisées par des sentiments exagérés de bien-être, d'énergie et de confiance en soi associés à des symptômes tels l'augmentation de l'estime de soi, la réduction du besoin de sommeil, le désir de parler constamment et l'irritabilité. Alors que chez l'individu normal les variations de l'humeur sont en proportion avec l'évènement en cause et se régularisent en peu de temps, la personne atteinte de trouble bipolaire vit des variations de l'humeur qui sont hors de proportion avec les événements. Le rythme infernal des montagnes russes illustre très bien ce que la personne atteinte d'un tel trouble vit. Fait intéressant, l'accumulation de stress peut déclencher un épisode dépressif aussi bien que la manie.

Au Canada, on estime que le coût annuel de la dépression atteint facilement plus de 12 milliards de dollars²¹.

Trois millions de Canadiens seront touchés par la dépression à un moment quelconque de leur vie²².

100 000 Québécois souffrent de trouble bipolaire et seulement 10 % d'entre eux ont reçu un diagnostic et suivent un traitement²³.

Un travailleur sur dix risque l'hospitalisation et/ou le chômage à cause d'un problème de santé psychologique^{24,25,26}.

25 % de la population canadienne vivra un problème d'anxiété au cours de sa vie²⁷.

SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

- Humeur dépressive (cafard, irritabilité, envie de pleurer)
- Perte de l'intérêt ou du plaisir à réaliser les activités habituelles
- Perte ou gain de poids/d'appétit
- Problèmes de sommeil (insomnie ou hypersomnie)
- Agitation ou baisse d'énergie
- Dévalorisation, culpabilité
- Inquiétude excessive
- Difficulté à penser, à se concentrer, à prendre des décisions
- Pensées de mort, idées suicidaires

SYMPTÔMES MANIAQUES

- Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
- Réduction du besoin de sommeil (p. ex. : la personne se sent reposée après seulement trois heures de sommeil)
- Plus grand désir de parler
- Impression que les pensées défilent trop vite
- Difficulté à porter attention à une seule chose à la fois
- Augmentation de l'activité (p. ex. : aux niveaux social, professionnel, scolaire ou sexuel)
- Activités pouvant être dommageables pour la personne ou pour autrui (p. ex. : dépenses, ventes ou achats irréfléchis)

LES TROUBLES ANXIEUX

L'anxiété est une émotion normale et nécessaire dans plusieurs situations de notre vie. Elle peut cependant s'avérer un trouble lorsqu'elle devient excessive, persistante et incontrôlable. Il est par conséquent essentiel de bien faire la différence entre la **peur**, l'**anxiété normale** et l'**anxiété dite pathologique**.

La **peur** est en fait la réponse à une **menace** ou à un **danger qui existe vraiment**. Il est tout à fait normal, par exemple, d'avoir peur si un chauffard se dirige sur vous à toute vitesse. L'**anxiété**, par contre, est un état intérieur déplaisant qui survient lorsqu'on **anticipe un danger ou une menace**. Pensez par exemple à ce qu'on peut ressentir lorsqu'on se présente à une entrevue d'embauche pour obtenir un emploi auquel on tient énormément ou encore la veille d'un examen médical important. Il est fort probable que le niveau d'anxiété augmente.

Le trouble *d'anxiété généralisé*

Quand l'anxiété devient telle qu'elle nuit au fonctionnement de la personne aux plans du travail, de la famille et de la vie sociale, on peut alors considérer qu'elle est pathologique. En effet, la personne aux prises avec un trouble d'anxiété généralisé vit des **soucis excessifs** par rapport à plusieurs événements ou activités de la vie courante. Elle manifeste, entre autres, un **niveau d'inquiétude exagéré** et est en proie à de **nombreuses peurs**. Il est extrêmement difficile pour elle de contrôler ses préoccupations, elle se sent « **à bout de nerfs** ». Pendant une période d'au moins six mois, elle présente au moins trois des symptômes suivants :

SYMPTÔMES DE L'ANXIÉTÉ

- Agitation, sensation d'être survolté
- Étourdissements
- Fatigue
- Irritabilité
- Douleurs à la poitrine
- Crampes musculaires
- Palpitations
- Difficultés de concentration ou pertes de mémoire
- Problèmes de sommeil (difficulté à s'endormir, sommeil agité)
- Pensées de mort



Le trouble *panique*

La personne en proie à une attaque de panique ressent une peur ou un *malaise extrêmement intense et pénible*. Elle a alors la sensation d'étouffer, elle a des palpitations, des bouffées de chaleur ou des frissons, des tremblements, une douleur à la poitrine, elle transpire et a l'impression qu'elle va s'évanouir. Plusieurs personnes, à ce moment, se croient victimes d'un malaise cardiaque. L'attaque commence subitement et atteint son sommet en *dix minutes ou moins*.

Lorsque les attaques de panique se produisent à répétition et surviennent à l'improviste, on dit que la personne souffre d'un trouble panique.

LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Le trouble de stress post-traumatique peut toucher quiconque est **victime ou témoin d'un événement traumatisant**. Il peut s'agir, par exemple, d'une agression violente, d'un hold-up ou encore d'une prise d'otage. Compte tenu que chacun réagit différemment à un tel événement, certains n'en garderont aucune séquelle alors que d'autres revivront continuellement l'évènement, souvent sous forme de **flashbacks** ou de **cauchemars répétitifs**. Il est aussi possible que ces personnes éprouvent de la difficulté à se concentrer, à trouver ou à garder le sommeil et qu'elles soient irritables ou en proie à des crises de colère. Elles vont, de plus, chercher à éviter les personnes, les situations, les endroits ou les conversations qui peuvent leur rappeler l'évènement traumatisant et vont être excessivement alertes, comme si elles redoutaient un autre événement traumatisant.

Au Canada, on estime que 30 % des adultes ont connu au moins une fois dans leur vie une attaque de panique²⁸.

LE TROUBLE D'ADAPTATION

Certaines personnes n'arrivent pas à surmonter des événements de la vie. Un divorce ou un licenciement, par exemple, peuvent engendrer chez elles d'énormes conséquences et les conduire parfois à des réactions excessives. Il arrive même qu'il leur soit **impossible de reprendre leurs activités habituelles**, d'exécuter des tâches qui leur semblaient auparavant banales. Si, au cours des trois mois suivant un tel événement, la personne n'arrive pas à reprendre une vie normale, si elle continue de subir les conséquences négatives de l'évènement qu'elle a vécu, on dira alors qu'elle vit un trouble d'adaptation.

L'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel, aussi appelé *burnout*, est un phénomène difficile à cerner. On peut cependant avancer qu'il se développe dans un **processus qui met en cause la personne et son environnement de travail**. L'épuisement professionnel ne peut être diagnostiqué comme un trouble mental puisqu'il n'est pas encore reconnu comme tel. On diagnostiquera plutôt un trouble d'adaptation.

Le syndrome de l'épuisement professionnel s'installe graduellement. Il se développe en **quatre étapes** qui sont franchies plus ou moins rapidement selon la tolérance de la personne au stress. La première étape est celle de l'**idéalisme** où la personne a un très haut niveau d'énergie, où elle est remplie d'ambition, d'idéaux et d'objectifs très élevés. Elle se consacre entièrement à l'organisation qui l'emploie. Même si son travail est extrêmement exigeant et que les conditions dans lesquelles elle l'effectue ne sont pas nécessairement favorables, elle y investira quand même tout son temps et toute son énergie.

La seconde, celle du **plafonnement**, ou *plateau*, est le moment où la personne se rend compte que, malgré ses efforts constants, les résultats atteints ne sont pas à la hauteur de ses attentes. L'organisation exige toujours plus d'elle. Ses efforts ne sont pas reconnus. En réponse à ce constat, la personne redoublera d'ardeur; elle se mettra à travailler le soir et les fins de semaine pour répondre aux exigences de son travail.

L'étape suivante, celle de la **désillusion**, est celle où la personne est fatiguée, déçue. Les attentes de l'organisation sont démesurées et la reconnaissance se fait encore attendre. Elle ne pourra jamais y arriver. Elle devient alors impatiente, irritable et cynique. C'est une période de frustration où certains vont commencer à consommer des stimulants pour fonctionner et des somnifères pour dormir.

Enfin, survient la **démoralisation**. « Au bout de son rouleau », la personne perd tout intérêt à son travail et à son entourage. Elle a brûlé toutes ses réserves; elle ressent un fort sentiment de découragement, elle n'est plus capable de travailler. C'est le burnout...

SYMPTÔMES DU BURNOUT

SUR LE PLAN PHYSIQUE	SUR LE PLAN ÉMOTIF	SUR LE PLAN INTELLECTUEL
<ul style="list-style-type: none"> ● Fatigue généralisée ● Troubles digestifs ● Nausées ● Maux de dos ● Problèmes de peau ● Maux de tête ● Infections virales persistantes ● Déséquilibres hormonaux ● Insomnies ● Hypertension ● Problèmes de rigidité musculaire ● Perte de poids 	<ul style="list-style-type: none"> ● Irritabilité ● Cynisme ● Impatience ● Négativisme ● Désespoir ● Diminution de l'estime de soi ● Sentiment d'incompétence ● Culpabilité ● Aversion pour le travail ● Anxiété ● Susceptibilité ● Diminution des capacités de communiquer ● Sentiment d'abandon ● Méfiance ● Colère ● Agressivité 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pertes de mémoire ● Distraction ● Incapacité d'exécuter des opérations simples comme le calcul mental ● Difficultés de jugement ● Indécision ● Sentiment de confusion ● Difficultés de concentration

QUELQUES SIGNES ANNONCIATEURS D'UN PROBLÈME DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

- Je dors moins ou plus qu'à l'habitude.
- Je me sens fatigué/e en me levant le matin.
- Il m'est devenu difficile d'envisager ma journée de travail.
- Mes journées de travail me semblent interminables.
- J'ai moins d'appétit qu'avant.
- Je suis constamment inquiet/ète, préoccupé/e.
- Je travaille de plus en plus fort, tout en accomplissant de moins en moins.
- Je me sens tendu/e au travail.
- Je me sens épuisé/e à la fin d'une journée de travail.
- J'éprouve souvent une tristesse inexpliquée, je me sens découragé/e.
- Je souffre de divers maux physiques (p. ex. : douleurs musculaires, maux de tête, rhume qui n'en finit plus).
- Je me sens « au bout du rouleau ».
- Je suis particulièrement irritable, je me mets rapidement en colère.
- Il m'est devenu difficile de me détendre.
- Plus rien ne me semble intéressant, agréable.
- J'ai de la difficulté à entrer en contact avec les autres.

ACTIVITÉ

SAVOIR RECONNAÎTRE LES MYTHES SUR LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL

VRAI FAUX

- | | VRAI | FAUX |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Seules les personnes faibles et vulnérables souffrent d'un problème de santé psychologique au travail. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Une personne ayant souffert d'un problème de santé psychologique au travail ne peut reprendre normalement le travail. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Les problèmes de santé psychologique au travail sont causés par des éléments d'ordre personnel et ne sont pas dus au travail. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. <i>Problème de santé psychologique au travail</i> est synonyme de <i>déficience intellectuelle</i> . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Réponses

- | | |
|----------|--|
| 1. Faux. | Comme les problèmes de santé psychologique peuvent trouver leur origine dans le travail, toutes les personnes qui travaillent sont susceptibles d'expérimenter de tels problèmes au cours de leur vie. |
| 2. Faux. | De nombreuses études démontrent que les compétences des personnes ayant souffert d'un problème de santé psychologique au travail ne sont en rien diminuées. Ces dernières peuvent donc reprendre le travail normalement. |
| 3. Faux. | Les recherches sont unanimes pour déterminer plusieurs causes issues des entreprises et des conditions de travail. |
| 4. Faux. | La <i>déficience intellectuelle</i> , particulièrement caractérisée par des limites intellectuelles, est présente dès la naissance. Les <i>problèmes de santé psychologique au travail</i> se distinguent plutôt par des problèmes émotionnels, des désordres de la pensée ou de la perception et peuvent survenir à n'importe quel âge. |

L'INDEMNISATION des PROBLÈMES de SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

L'absentéisme occasionné par les problèmes de santé psychologique au travail est généralement pris en charge par les **régimes d'assurances collectives** offerts aux entreprises. On observe cependant qu'au fil des ans, un nombre croissant de cas sont indemnisés par la **Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)**.

LES RÉGIMES D'ASSURANCES COLLECTIVES

Ce sont actuellement les régimes privés d'assurances collectives offerts aux entreprises qui prennent en charge l'indemnisation des problèmes de santé psychologique au travail. En effet, la majorité des conventions collectives prévoient une **protection salariale de courte et de longue durée**, dans l'éventualité où une personne salariée se trouverait dans l'incapacité de fournir sa prestation de travail. Cette assurance couvre les cas qui sont en majeure partie ou encore entièrement étrangers au travail, que la situation soit temporaire ou permanente.

Le tableau ci-dessous vous présente la répartition des dossiers indemnisés par un assureur canadien pour les invalidités de courte durée, c'est-à-dire de moins de six mois. On constate que les problèmes de santé psychologique sont en tête de liste avec 27 % de tous les dossiers indemnisés, ce qui représente près du tiers de toutes les indemnités versées.

Pourcentage des dossiers indemnisés pour invalidité de courte durée (moins de six mois)²⁹

Problèmes de santé psychologique	27 %
Troubles musculo-squelettiques	22 %
Grossesse	12 %
Cancer	7 %
Gynécologie	5 %
Cardiologie	4 %
Autres	23 %

Au Canada, on estime que les problèmes de santé psychologique au travail arrivent au premier rang des causes d'incapacité au travail.

LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CSST)

Pour la CSST, les diagnostics identifiant les lésions d'ordre psychologique peuvent apparaître à deux moments : comme **diagnostic initial** (p. ex. : une attestation médicale initiale indiquant comme diagnostic unique *stress post-traumatique*) ou comme **diagnostic additionnel en cours de consolidation** (p. ex. : le diagnostic de *dépression* qui s'ajoute à celui de *hernie discale*).

Diagnostic comme *lésion initiale*

Les articles de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (L.Q. 1985, C.6) qui traitent de l'admissibilité des réclamations ne font aucune différence entre les lésions psychiques et physiques. Ce sont les *lésions professionnelles* qui font l'objet d'une réparation dans le cadre du régime d'indemnisation statutaire. Selon l'article 2 de la LATMP, une *lésion professionnelle* est une *blessure* ou une *maladie* qui survient par le fait ou à l'occasion d'un *accident du travail* ou d'une *maladie professionnelle*, et cela inclut la récurrence, la rechute ou l'aggravation d'un tel accident ou d'une telle maladie.

Ainsi, pour les lésions psychologiques, les réclamations doivent être traitées comme les lésions physiques, soit à partir des définitions d'*accident de travail* ou de *maladie professionnelle* décrites dans la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP). Aucune réclamation n'est refusée d'office. Chacune des réclamations est traitée selon la preuve fournie. Le rôle de la CSST est d'établir s'il existe bien une relation de cause à effet entre la problématique vécue (harcèlement au travail, surcharge de travail, violence physique ou verbale, etc.) et le diagnostic (trouble d'adaptation, trouble de l'humeur, etc.).

D'ailleurs, en cas de litige, il semble que ce ne soit pas le diagnostic de lésion professionnelle posé par le médecin du travailleur qui retienne l'attention, mais plutôt la relation ou l'absence de relation entre ladite lésion et le travail. En effet, selon l'article 224 de la Loi, la CSST est liée par le diagnostic et par les autres conclusions du médecin traitant à moins de les contester par la procédure d'évaluation médicale. La CSST n'est toutefois pas liée par l'avis du médecin en ce qui concerne la relation existant entre l'(les) événement(s) survenu(s) au travail et le développement de la lésion psychologique. Par conséquent, la CSST et, s'il y a appel, la Commission des lésions professionnelles (CLP) auront notamment à trancher sur l'existence ou l'absence de relation entre la lésion psychologique et le travail, en analysant la preuve présentée par les parties.

L'accident du travail

L'*accident du travail*, selon l'article 2 de la LATMP, est défini comme un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle.

L'article 28 de la Loi prévoit une présomption en faveur du travailleur lorsque celui-ci est victime d'une blessure par le fait ou à l'occasion de son travail. En ce qui concerne l'étude des réclamations pour lésions psychologiques relatives à un accident de travail, la Commission des lésions professionnelles (CLP) considère toutefois que cette présomption ne s'applique pas puisque les lésions psychologiques ne constituent pas en soi des blessures. Par conséquent, toute réclamation pour lésion psychologique implique que le travailleur démontre, par prépondérance de preuve, le lien causal entre l'évènement ou les évènements par le fait ou à l'occasion du travail et la maladie d'ordre psychologique.

Dans ce contexte, le travailleur peut invoquer la survenance d'un événement choc comme une explosion, une agression, une fusillade, etc., ou il peut prétendre que la lésion psychologique est causée par une succession ou une superposition d'évènements s'échelonnant sur une certaine période. Dans ce dernier cas, l'ensemble des évènements doit correspondre à la notion d'*événement imprévu et soudain*, ce qui suppose une situation qui dépasse le cadre normal du travail.

Il est important de mentionner que, de façon générale, les réclamations sont plus fréquemment analysées à titre d'accident du travail qu'à celui de maladies professionnelles.

La firme Watson Wyatt estimait au printemps 2000 que la plus forte hausse des réclamations à prévoir dans l'avenir sera attribuable aux demandes d'indemnisation pour des difficultés d'ordre psychologique³⁰.

La jurisprudence donne généralement aux notions de *rechute*, *récidive* ou *aggravation* le sens de reprise évolutive, de réapparition ou de recrudescence d'une lésion ou de ses symptômes. Notons que la jurisprudence fait généralement peu de cas de la distinction exacte entre ces trois notions.

La maladie professionnelle

La *maladie professionnelle* est décrite, toujours selon la LATMP, comme une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui est caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail.

En ce qui concerne les réclamations présentées à titre de maladie professionnelle, l'article 29 de la LATMP ne définit aucune maladie psychologique reliée au travail. Le travailleur doit donc démontrer, par prépondérance de preuve, le lien causal entre la maladie qu'il a contractée et son travail. Ainsi, il peut soit prétendre que la maladie est caractéristique du travail qu'il effectue, c'est-à-dire qu'elle a été provoquée par les caractéristiques génériques et générales de ce travail, soit prétendre qu'elle est reliée aux risques particuliers que celui-ci comporte, à savoir des conditions de travail l'ayant amené à présenter des troubles.

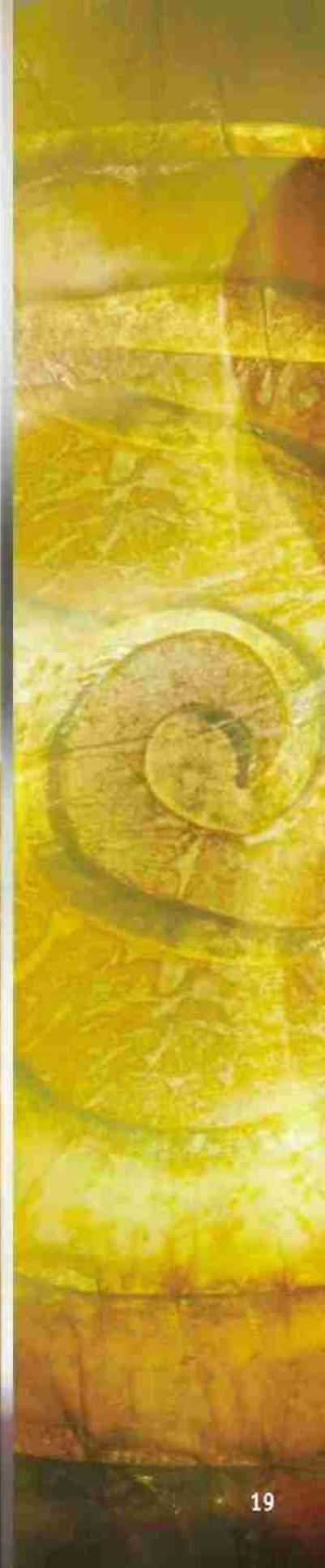
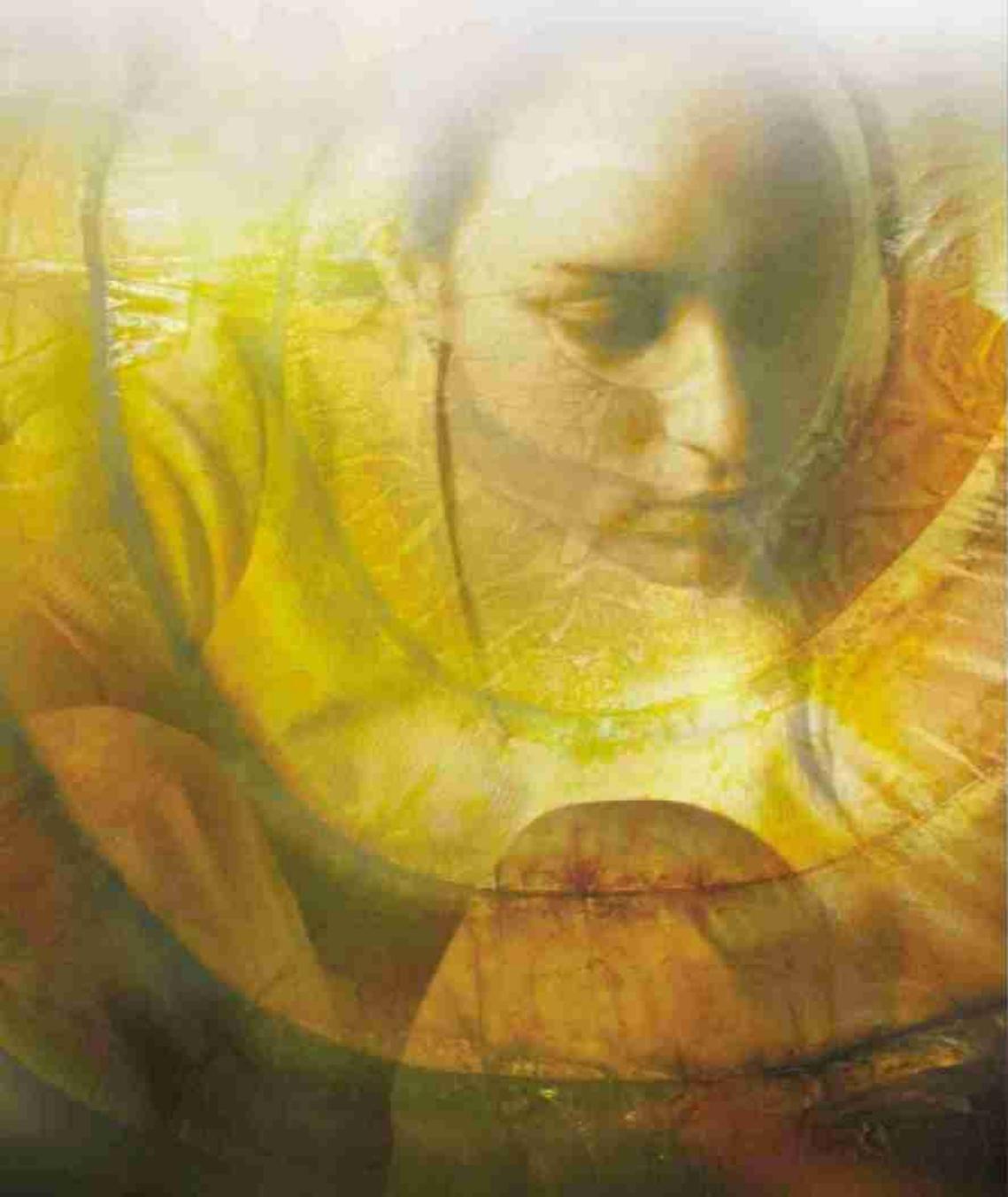
Diagnostic *additionnel en cours de consolidation* d'une lésion physique

Le diagnostic identifiant une lésion d'ordre psychologique peut aussi apparaître comme diagnostic additionnel en cours de consolidation d'une lésion physique. On parlera alors de récidive, de rechute et d'aggravation (RRA). Ces RRA de nature psychologique peuvent avoir à leur origine, soit une lésion organique, soit une lésion elle-même psychologique. Dans ce contexte, nul besoin de préciser que l'évènement initial doit lui-même avoir été reconnu par la CSST comme une lésion professionnelle.

Dans ce genre de réclamation, le rôle de la CSST est d'établir s'il existe bien une relation entre la lésion initiale et la RRA, c'est-à-dire si cette lésion psychologique est une conséquence de l'accident de travail vécu par l'employé. Dans le cadre de l'acceptation ou du refus des RRA, il apparaît, selon la jurisprudence, que les tribunaux ne prennent pas uniquement en considération la période de temps qui s'est écoulée depuis la lésion initiale. C'est un ensemble de facteurs qu'il faut prendre en considération, comme par exemple la gravité de la lésion d'origine, la présence de séquelles permanentes, le suivi médical depuis la consolidation de la lésion, la présence d'une condition personnelle, etc. Dans ce contexte, la jurisprudence a accepté des RRA qui se sont manifestées plusieurs années après la lésion initiale.

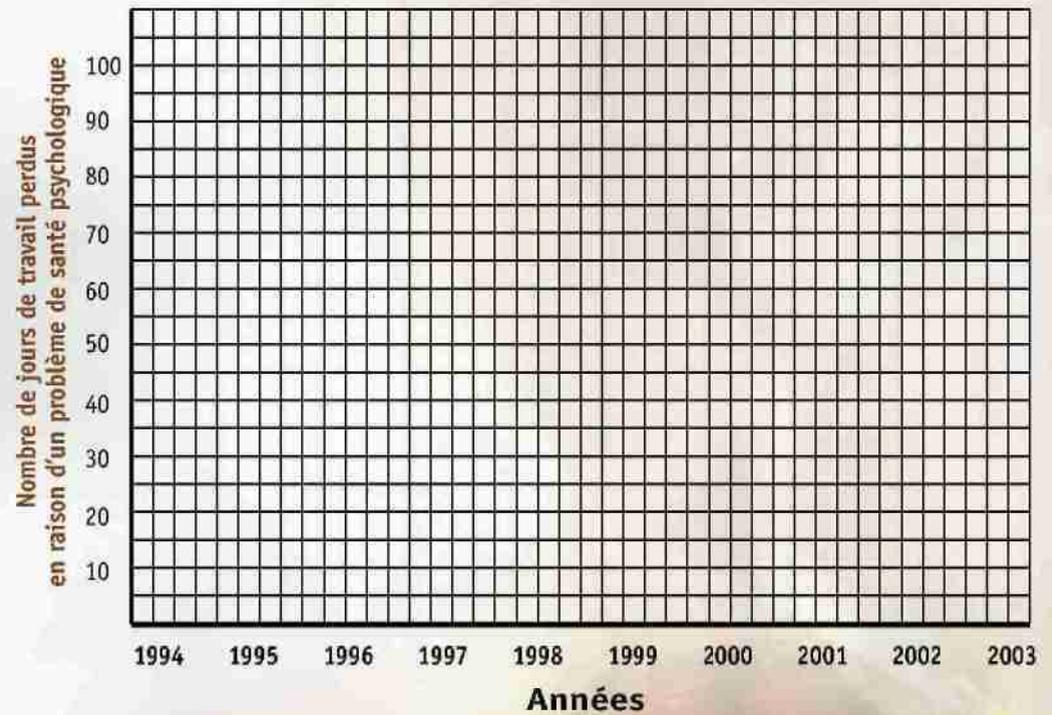
EN RÉSUMÉ...

On connaît maintenant mieux le phénomène du **stress** au travail et les **conséquences** qu'il entraîne pour les **individus** et les **organisations**. La prochaine étape consiste donc à se familiariser avec les différentes sources de stress présentes dans l'organisation et certaines caractéristiques personnelles qui peuvent rendre les individus plus vulnérables au stress. Ces thèmes constituent le principal objet du fascicule 2, intitulé *Les causes du problème: les sources de stress au travail*.



ACTIVITÉ

Directives : Indiquez, pour chacune des années apparaissant dans le tableau, le nombre de journées de travail perdues dans votre organisation en raison d'un problème de santé psychologique. Reliez ensuite chacun des points et observez l'évolution de l'absentéisme lié à la santé psychologique dans votre entreprise.



ADRESSES INTERNET UTILES

(Liens actifs le 14 octobre 2003)

Accommodation Fact Sheet

Job Accommodations for people with Depression
Information from the Job Accommodation Network,
a service of the Office of Disability Employment Policy of the U.S. Department of Labor
Job Accommodation Network's
<http://janweb.icdi.wvu.edu/media/employmentdepfact.doc>

Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations (Université Laval)

<http://cgsst.fsa.ulaval.ca/smt3/>

Center for Psychiatric Rehabilitation

Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences
Boston University
<http://www.bu.edu/cpr/jobschool/>

Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)

<http://www.csst.qc.ca/>

Conseil national des infirmières

http://www.icn.ch/matters_stressf.htm

European Agency for Safety and Health at Work

<http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/>

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)

<http://www.irsst.qc.ca/fr/accueil.html>

Job Accommodation Network's

Searchable Online Accommodation Resource
<http://www.jan.wvu.edu/soar/psych.html>

Medline Plus Health Information

National Library of Medicine and the National Institutes of Health
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/mentalhealth.html>

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Publications, Surmonter un problème de santé mentale au travail : guide à l'intention des gestionnaires
<http://www.msss.gouv.qc.ca/f/documentation/index.htm>

National Alliance for the Mentally Ill (Info maladies)

<http://www.nami.org/>

National Institute of Mental Health

<http://www.nimh.nih.gov>

Organisation mondiale de la santé

http://www.who.int/health_topics/mental_health/fr/

Réseau canadien de la santé

http://www.canadian-health-network.ca/2sante_mentale.html

Santé Canada

http://www.hc-sc.gc.ca/francais/vie_saine/mentale.html
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/services.htm>

Sympatico

<http://www3.sympatico.ca/infostress/INFO-STRESS>
http://sante-mediresource.sympatico.ca/features.asp?subject_id=74
http://sante-mediresource.sympatico.ca/channel_main.asp?channel_id=33

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

NOTES

1. Santé Canada (2003). Réseau canadien de la santé, <http://www.reseau-canadien-sante.ca/>
2. Desjardins S. (2001). Les programmes d'aide aux employés. Des bénéfiques nets pour les employés et les entreprises, *Psychologie Québec*, mars, p. 26 à 28.
3. Statistiques Canada (2003). *Emploi et revenu en perspective*, 4, (3).
4. Vézina, M. et R. Bourbonnais (2001). Incapacité au travail pour des problèmes de santé mentale, ch. 12, dans *Portrait social du Québec - Données et analyses*, Institut de la statistique du Québec, Québec : Les conditions de vie.
5. CSST (2003). *Lésions professionnelles liées aux problèmes de santé psychologique*, Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information : Québec.
6. Ranno, J.P. (2000). *Santé mentale et stress au travail*, Vice-présidence, opérations vie et groupe invalidité, Sun Life, Montréal, Canada.
7. Stephens, T. et N. Joubert (2001). The economic burden of mental health problems in Canada, *Chronic Diseases in Canada*, 22, (1), 18-23.
8. Aventis Pharma/Ipsos-Reid (2001). *Sondage Aventis sur les soins de santé 2001*, Rapport de l'étude pan-canadienne, Montréal, mai 2001.
9. Duxbury, L. et C.Higgins (2001). *Work-life balance in the new millennium : Where are we? Here do we need to go?*, Canadian Policy Research Networks (CPRN), document no W/12, Ottawa.
10. Ranno, J.P. (2000). *Idem 6.*
11. Watson Wyatt Worldwide (2001). *Staying at Work 2000/2001 - The dollars and sense of effective disability management*, catalogue #W-377, Vancouver: Watson Wyatt Worldwide.
12. Paoli, P. et D. Merlié (2000). *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
13. Aon, Groupe-Conseil (1998). Du contrôle de l'absentéisme à la gestion de la présence au travail, *Forum*, mai-juin.
14. Sutherland, V. et C.L. Cooper (2000). *Strategic Stress Management: An Organizational Approach*, London: MACMILLAN Business.
15. Webster, T. et B. Bergman (1999). Occupational stress: counts and rates, *Compensation and Working Conditions*, 4 (3), 38-41.
16. Duxbury, L. et C.Higgins (2001). *Idem 9.*
17. Lazarus, R.S. et S. Folkman (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
18. Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*, New York : McGraw-Hill.
19. Clarke, S. G. et C. L. Cooper (2000). The risk management of occupational stress, *Health, Risk and Society*, 2 (2), 173-187.
20. Aldwin, C. M. (1994). *Stress, Coping and Development*, New York: The Guilford Press.
21. Santé Canada (2003). *Idem 1.*
22. Santé Canada (2003). *Idem 1.*
23. Fondation des maladies mentales (2003). <http://www.fm.m-mif.ca/fr/bienvenue>

24. Bureau international du travail (2000). *Étude sur la santé mentale au travail en Allemagne, aux États-Unis, en Finlande, en Pologne et au Royaume-Uni*, octobre.
25. Organisation mondiale de la santé (2001). *Communiqué OMS/42*, 28 septembre.
26. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal (2001). *Garder notre monde en santé. Un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais*.
27. Canadian Network for mood and anxiety Treatments (2003). <http://www.canmat.org/>
28. Organisation mondiale de la santé (2001). *Idem 25.*
29. Ranno, J.P. (2000). *Idem 6.*
30. Watson Wyatt Worldwide (2001). *Idem 11.*

OUVRAGES CONSULTÉS

American Psychiatric Association (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)*, Paris, Masson.

Aon, Groupe-Conseil (1998). Du contrôle de l'absentéisme à la gestion de la présence au travail, *Forum*, mai-juin.

Bérard, L. (1994). Considérations sur l'invalidité en santé psychologique, *Bulletin de l'Association des médecins du travail du Québec*, octobre.

Bliese, P.D. et T.W. Britt (2001). Social support, group consensus, and stressor-strain relationships: Social context matters, *Journal of Organizational Behavior*, 22, 425-436.

Bourbonnais, R. et M. Comeau (1997). Santé psychologique et absence au travail, *Objectif prévention*, 20, 16-18.

Brockner, J. et J. Greenberg (1990). The impact of layoffs on survivors: An organizational perspective, in J. Carroll (Ed.), *Applied Social Psychology and Organizational Settings* (p. 45-75), Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Brockner, J. et al. (1989). When it is especially important to explain why: Factors affecting the relationships between managers' explanations of a layoff and survivors' reactions to the layoff, *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 389-407.

Brun, J.-P. et al. (2003). *Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines*, IRSST et Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, Université Laval.

Carson, R.C., Butcher, J.N. et S. Mineka (1996). *Abnormal Psychology and Modern Life*. 10^e ed., New York: Harper Collins.

Cooper, C.L. et A. Roney (1997). *Professionals on Workplace Stress: the Essential Facts*. London: Sage.

Cooper, C.L. et al. (1996). *Stress prevention in the Workplace: Assessing the Costs and Benefits to Organizations*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg: Office for the Official Publications of the European Communities.

Cooper, C.L. et M. Cartwright (1997). *Managing Workplace Stress*, London: Sage.

Cooper, C.L. et M. Kompier (1999). *Preventing Stress, Improving Productivity: European Case Studies in the Workplace*. C. L. Cooper and M. Kompier, New York, Routledge.

Cooper, C.L. et M. Watson (1991). *Cancer and Stress: Psychological, Biological and Coping Studies*, Chichester & New York: John Wiley & Sons.

CPQ (1998). L'absentéisme en milieu de travail, partie 1 : état de la situation, *Bulletin des relations du travail*, 29 (310).

CPSSTQ (1996). *Le burnout*, Centre patronal de santé et de sécurité du travail du Québec.

DesRoberts, G. (1989). Le stress, un problème de 20 milliards de dollars qui menace les entreprises, *Les Affaires*, 27 mai, p. 24.

Dionne-Proulx, J. & R. Boulard (1998). Les stratégies de gestion du stress : formulation théorique et confirmations empiriques, *Gestion des paradoxes dans les entreprises : stress, santé et intervention au travail*, 7 (5-13).

Du Ranquet, M. (1991). *Les approches en service social*, 2^e édition, Saint-Hyacinthe : Édisem.

Elkin, A.J. et P.J. Rosch (1990). Promoting Mental Health at the Workplace: The Prevention Side of Stress Management, *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 5 (4).

Fondation des maladies mentales (2003).
<http://www.fmm-mif.ca/>

Frese, M. (1985). Stress at work and psycho-somatic complaints: A causal interpretation, *Journal of Applied Psychology*, 70, 314-328.

Freudenberger, H.J. (1987). *L'épuisement professionnel : la brûlure inteme*, Chicoutimi, Gaëtan Morin.

Gabriel, Phylis et M.R. Liimatainen (2000). *Mental Health in the Workplace: Introduction*, Bureau international du travail, Genève.

Gallant, C. (1999). Retrouver sens et solidarité deux défis pour le travail de demain, *Objectif Prévention*, 22 (2).

Genest, S. (2000). Programme d'intégration au travail dédié aux personnes vivant avec un problème grave de santé mentale : évaluation de l'implantation, mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval, École de service social, faculté des sciences sociales, Université Laval.

Holt, R. R. (1982). Occupational stress, in Goldberger, L. Brenitz, S. (dir.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, New York: Free Press.

Jones, J.W. (1984). A Cost Evaluation for Stress Management, *EAP Digest*, 1, 34-39.

Kasl, S.V. et S. Cobb (1982). Variability of stress effects among men experiencing job loss, in L. Goldberg & S. Breznitz (dir.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York : Wiley, p.445-465.

L'Espérance, J. (1995). Forum de la Fondation québécoise des maladies psychologiques, Montréal.

Margolis, B.L., Kroes, W.H. et R.A. Quinn (1974). Job stress: An unlisted occupational hazard, *Journal of Occupational Medicine*, 16 (10), 654-661.

Maslach, C. (1976). Burned-out, *Human Behavior*, 5, 16-22.

Maslach, C. (1981). The measurement of experienced burnout, *Journal of Occupational Behavior* 2: 99-113.

Maslach, C. et W. B. Schaufeli (1993). Historical and conceptual development of burnout, *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, W. B. Schaufeli, C. Maslach and T. Marek, Washington DC: Taylor & Francis.

Matteson, M.T. et J.M. Ivancevich (1987). *Controlling Work Stress: Effective Resource and Management Strategies*, San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989). *Politique de santé mentale*, gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000). *Surmonter un problème de santé mentale au travail : guide à l'intention des gestionnaires*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

National Institute for Occupational Safety and Health (1999). *Stress at Work*, publication 99-101, <http://www.cdc.gov/niosh/stresswk.html>

O'Driscoll, M.P. et C.L. Cooper (1996). Sources and management of excessive job stress and burnout, in P. Warr (dir.), *Psychology at Work*, 4th ed., New York: Penguin.

Ordre des psychologues du Québec. (2002). *La vie au travail : un monde en transformation*, Symposium Santé mentale au travail, Montréal, p. 7.

Pearlman, B. & E.A. Hartman (1982). Burnout: Summary and future research, *Human Relations*, 35, 283-305.

Ramaciotti, D. & J. Perriard (2000). *Les coûts du stress en Suisse*. Groupe de Psychologie Appliquée (GPA) de l'Université de Neuchâtel & ERGÖrama : Genève.

Rizzo, J. R., House, R. J. et S. I. Lirtzman (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations, *Administrative Science Quarterly*, 15 (2), 150-163.

Sauter, S.L. et L. R. Murphy (1995). *Organizational Risk Factors for Job Stress*, Washington, D.C.: American Psychological Association.

Sigman, A. (1992). The state of corporate health care, *Personnel Management*, février, 24-31.

Stansfeld, S. et al. (1995). Sickness Absence for psychiatric illness: The Whitehall II study, *Social Science and Medicine*, 40, 189-197.

Stansfeld, S. et al. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study, *Occupational and Environmental Medicine*, 56, 302-307.

SunLife du Canada (1999). Calculer et gérer les coûts réels de la santé psychologique, *Prévention et gestion des problèmes de santé psychologique et stress au travail*, Montréal.

Sutherland, V. J. et C. L. Cooper (1988). Sources of work stress, in J.J. Hurrell, L.R. Murphy, S.L. Sauter & C. L. Cooper (dir.), *Occupational Stress: Issues and Developments in Research*, London: Taylor and Francis, p. 3-39.

Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report, in H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Université Laval (2002). *Politique en matière de prévention des problèmes de santé psychologique*, Université Laval.

Vézina, M. et al. (1992). *Pour donner un sens au travail, bilan et orientations du Québec en santé psychologique au travail*, Québec, Gaëtan Morin éditeur.

Williams, C. (2003). Sources de stress en milieu de travail, *L'emploi et le revenu en perspective*, 4 (6), 5-14.

Zijlstra, F. R. H., Roe, R. A., Leonora, A. B. et I. Krediet (1999). Temporal factors in mental work: Effects of interrupted activities, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 163-185.

<http://cgsst.fsa.ulaval.ca>

