

Souffrance morale et physique au travail : du dépistage à la prévention

24^e Congrès de la Société d'hygiène et de médecine
du travail dans les armées et industries d'armement
Lyon, 14 et 15 octobre 2010

Le 24^e congrès de la Société d'hygiène et de médecine du travail dans les armées et industries d'armement (SHMTAIA) s'est déroulé les 14 et 15 octobre 2010 à Lyon, sous le haut patronage du ministre de la Défense. La souffrance morale a été évoquée sous l'angle de la perception du travail et des facteurs d'analyse des risques psychosociaux (RPS), avec une place particulière pour le suicide. La souffrance physique au travail a été illustrée par des études faites dans des métiers particuliers.

Souffrance morale au travail

Repères pour la prise en charge de la souffrance au travail

**P. Davezies, Institut universitaire de médecine
du travail, université Claude Bernard, Lyon 1**

Depuis le début des années 80, les logiques financières sont devenues prioritaires sur les logiques sociales et industrielles, ce qui se traduit par une intensification du travail, tandis que chaque niveau de la hiérarchie exprime des difficultés à dialoguer avec le niveau supérieur sur les problèmes rencontrés.

Les obstacles à la discussion entre le salarié et son manager sont nombreux. Le discours du management est fondé sur des indicateurs quantitatifs, préfabriqués, ce qui le rend facile à exprimer. Le discours du salarié est plus complexe à élaborer car il résulte d'un rapport sensible à la situation mêlant des dimensions techniques, sociales et psychiques parfois contradictoires, voire associées à des dilemmes éthiques (vis-à-vis des collègues...). Dans bon nombre de cas, l'incapacité à échanger entre ces deux approches différentes débouche sur un conflit. Cela induit au final une dégradation du rapport au travail, des relations de travail et une situation de stress chronique.

Ce conflit induit requiert chez le sujet les mécanismes de défense suivants :

- une distanciation entre lui-même et la situation, par un recours à une mémorisation à la troisième personne, il évite de parler de son expérience à la première personne afin de ne pas réactiver la souffrance ;

- la recherche de sens et de reconnaissance, par des discours préfabriqués autour de notions comme le harcèlement moral, la financiarisation, la mondialisation libérale. Ces discours ne traduisent malheureusement pas le vécu réel du sujet ;

- sur un plan biologique, le stress chronique provoque une altération, observable en imagerie, de l'hippocampe qui a pour conséquence de perturber la mémoire épisodique. Le sujet a des difficultés à contextualiser son histoire et perd la capacité d'y réfléchir. Il s'ensuit une tendance à la surgénéralisation qui est une des caractéristiques de l'évolution vers la dépression. De plus, le sujet vit le conflit comme immuable et définitif.

Le médecin du travail a pour rôle d'aider le sujet à reconquérir une capacité à raisonner, débattre et agir afin que ce dernier puisse à nouveau élaborer un discours propre, avec un récit à la première personne, rendant compte plus fidèlement de son vécu et évitant ainsi une surgénéralisation. Enfin, le rôle du médecin du travail est également d'aider le sujet à extraire du conflit la dimension strictement relationnelle et interpersonnelle ; ainsi, le sujet passe de ses interprétations générales, aux événements localisables en temps et en lieu qui sont à l'origine du conflit.

G. ABOU-ANOMA,
J.F. FERRAND, F. MÉRAT-
TAGNARD, L. GÉRAUT,
F. MICHIELS, F. RIVIÈRE,
E. GUÉVEL,
C. LE MARQUAND

** Praticiens confirmés
en Médecine de prévention,
Service de santé
des armées*

Risques psychosociaux : de la théorie à la pratique

S. Artignan, Centre régional de médecine de prévention des armées, Toulon

L'évaluation des risques psychosociaux (RPS) doit figurer dans le document unique des risques professionnels. Une définition de ces RPS est donnée par l'accord national interprofessionnel relatif au stress au travail du 2 juillet 2008.

Il existerait une corrélation positive entre le sentiment de bien-être et l'adaptabilité de l'individu. Cette caractéristique semble importante puisque l'individu confronté à une accélération technologique essaye de s'y adapter. Dans le cas contraire, il cherche une aide extérieure matérialisée par le relationnel immédiat ou le « management de proximité » en milieu professionnel.

Pour identifier et évaluer les RPS, de nombreux indicateurs et questionnaires existent. Il est cependant nécessaire d'appliquer ces questionnaires sur des populations déjà ciblées comme ayant un niveau élevé de stress et de les adapter au contexte professionnel de l'établissement ainsi qu'aux réponses attendues.

L'entretien avec le salarié nécessite de respecter des règles telles que : prendre son temps, être empathique, rester positif, éviter les « pourquoi » en privilégiant les « comment » qui renvoient aux circonstances et non aux causes, diriger l'entretien et s'en tenir au domaine professionnel.

La retransmission à l'employeur a pour but de permettre d'établir un échéancier des difficultés à résoudre dans un cadre pluridisciplinaire.

Les actions de prévention sont à mener sur 3 niveaux. La prévention primaire concerne le dépistage des groupes à risque, la modulation de l'organisation et des conditions de travail et la mise en place d'actions de sensibilisation individuelle et collective.

La prévention secondaire peut, par exemple, faire appel à des stages de gestion du stress. Enfin la prévention tertiaire, ayant pour objectif le maintien dans l'emploi, comprend sur le plan individuel les actions de soins et les projets de reclassement professionnel, associés sur le plan collectif à des actions d'information.

Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux

Y. Clot, Conservatoire national des arts et métiers, Paris

Il existe plusieurs approches des risques psychosociaux. Un des modèles rencontrés dans les entreprises est celui d'une fragilité individuelle à accompagner, l'autre est celui d'une approche passive en considérant les personnels comme des objets exposés à des risques. Face à des suicides en série sur le lieu de travail, des épidémies de troubles musculosquelettiques et les ex-

plosions de maladies professionnelles, de nombreux acteurs comme les entreprises, l'État, les institutions, les chercheurs et les experts se mobilisent. Cependant, il est essentiel d'éviter la multiplication de fausses solutions dans l'urgence qui risquent de ne pas résoudre le problème en profondeur. En effet, le plaisir du travail bien fait est la meilleure prévention contre le stress car il n'existe pas de bien-être au travail sans « bien faire ».

C'est le cas, par exemple, de la formation à la vente des guichetiers de poste, où les risques psychosociaux naissent du déni de la qualité du travail et non du conflit.

Un autre exemple peut être le cas d'une secrétaire qui a l'impression de n'avoir rien fait à la fin de sa journée et de refaire le lendemain ce qui a été suspendu la veille. La fatigue suite à un travail réalisé est saine. Le repos est ainsi possible et la fatigue payée par les efforts accomplis, alors que la fatigue engendrée par ce qui n'est pas fait est ressassée et source de stress.

Afin d'éviter l'apparition de risques psychosociaux, il faut se sentir actif et se reconnaître dans ce que l'on fait. Le problème central n'est pas seulement une reconnaissance de la souffrance au travail par autrui mais également que chacun puisse se reconnaître dans son travail.

Tatouage des marins : une évaluation originale du bien-être au travail

C. Le Goff, Centre de médecine de prévention des armées, Brest

De Popeye à Jean-Paul Gaultier, l'image du marin tatoué fait partie d'une certaine tradition attachée à la marine. En effet, les marins ont contribué à maintenir la tradition du tatouage à travers les océans et les époques, en l'investissant d'une valeur propre en corrélation avec les spécificités de leur métier. Outre le fait que le tatouage est la marque d'une expression esthétique, il représente l'incarnation des souvenirs pour lutter contre l'isolement et la fuite du temps ; il est aussi un outil identitaire qui permet à l'individu d'établir une hiérarchie au sein du groupe, de revendiquer une appartenance au groupe et d'exprimer une cohésion ou une individualité au sein de l'uniformité imposée par l'institution militaire.

Depuis ses origines, le tatouage a éveillé des inquiétudes quant aux risques encourus ; de nombreuses complications, décrites par les hygiénistes du XIX^e siècle, ont fait l'objet de publications dans de prestigieuses revues telles *The Lancet* en 1880, mais également de circulaires et de décrets. Actuellement, les complications évoquées sont celles des maladies transmissibles par voie sanguine ou par contact.

En 2009, une enquête menée sur 243 marins d'État a montré que ce risque est mal connu ; cela implique de réaliser une information préventive. Elle

a également révélé que seulement 9 % des marins tatoués de cette série revendiquaient ainsi leur statut de marin. À travers le tatouage, les marins de cette enquête expriment non plus le besoin d'appartenance, mais le besoin d'accomplissement. Selon la pyramide des besoins de Maslow appliquée au milieu professionnel, ce besoin d'accomplissement est le reflet de l'accession à une relative maîtrise de l'hygiène et de la sécurité, alors que le besoin d'appartenance reflétait la peur de la solitude et la dangerosité du métier.

Vers un modèle d'analyse des facteurs d'exposition aux risques psychosociaux

F. Martini, psychosociologue du travail, CATEIS, Marseille

La prévention du risque psychosocial constitue un des deux objectifs majeurs du plan Santé au travail de 2010-2014 du ministère chargé du Travail, aux côtés de la prévention du risque cancérigène et des troubles musculosquelettiques.

Aussi, il est nécessaire de connaître et prendre en compte l'ensemble des composants du risque psychosocial :

- les « violences internes », au sein d'une organisation, et « externes », en relation avec le public. Les violences dites « internes » peuvent être à la fois des facteurs de risque mais aussi des conséquences de troubles psychosociaux ;
- les contraintes inhérentes au poste de travail lui-même. Ainsi l'exposition chronique à la souffrance d'autrui représente, dans l'exemple de professionnels de santé exerçant leur activité dans des services hospitaliers avec des pathologies graves et des décès fréquents, un facteur de risque psychosocial important pour les travailleurs ;
- les ruptures (changements dans l'activité quotidienne de travail), sans pouvoir s'y adapter ;
- enfin les contraintes organisationnelles liées au travail lui-même. Cet élément s'avère souvent accessible aux acteurs de prévention plus difficilement.

Dans une démarche de prévention, l'analyse du risque psychosocial nécessite d'identifier les facteurs d'exposition professionnelle à ce risque. Cette analyse place ainsi au premier plan les conditions de travail, c'est-à-dire les éléments sur lesquels il est possible d'agir, et non l'individu.

Les contraintes engendrées par ces différents facteurs d'exposition sont responsables de la mise en place de stratégies d'adaptation individuelles ou collectives qui, lorsqu'elles sont dépassées, aboutissent à l'apparition de troubles psychosociaux. Ces derniers peuvent se traduire par diverses pathologies telles que dépression, décompensation de troubles sous-jacents et, à l'extrême, passage à l'acte hétéro- ou auto-agressif.

Prévention du suicide en milieu professionnel

J.L. Terra, Centre hospitalier Le Vinatier, université Lyon Est

L'incidence des décès par suicide a baissé de façon importante dans les 30 dernières années en Europe et en France, où elle est actuellement de l'ordre de 16/100 000 habitants, soit 1,9 % des causes de mortalité. En moyenne, on dénombre 15 tentatives de suicide pour 1 décès, avec des variations selon l'âge. Ainsi, chez les sujets jeunes, il y a environ 100 tentatives pour un décès, contre 4 seulement chez les hommes âgés de plus de 75 ans.

En milieu de travail, la prévention du risque suicidaire est difficile car le risque est très faible. D'une façon générale, le travail est un facteur de protection avant d'être ponctuellement un facteur de risque. Certaines professions ont été identifiées comme plus à risque, notamment le corps des médecins ; cependant ces données manquent de précision. Par ailleurs, la stigmatisation d'une profession particulière risquerait de faciliter le passage à l'acte chez des individus suicidaires, en tant que réaction individuelle à une problématique collective.

La prévention du suicide repose tout d'abord sur la promotion de la santé avec l'amélioration des conditions de vie au travail, notamment la promotion de la camaraderie. Il convient également de lutter contre les idées reçues valorisant le suicide, par exemple en tant qu'acte esthétique ou de liberté, qui bloquent tout message de prévention.

Le dépistage des sujets à risque est complexe ; il concerne les individus et pas uniquement l'organisation du travail. Un individu suicidaire présente généralement un cumul de facteurs de risque tels que des difficultés familiales et financières, fréquemment situés en dehors du travail. Le trio dépression, trouble de la personnalité et abus ou dépendance à l'alcool est particulièrement mis en cause, ainsi que les pathologies mentales telles que la dépression, les troubles bipolaires et la schizophrénie même si cette dernière est moins présente en milieu de travail. De même, un sujet particulièrement altruiste et idéaliste peut être déstabilisé à l'occasion d'une fermeture de site. L'employeur et les collègues de travail peuvent participer à ce dépistage en identifiant certains signes avant-coureurs comme une position de retrait, l'expression d'un désespoir, des manifestations récentes de négligence ou une baisse inexplicquée de la qualité du travail. Dans ce cas, sans attendre, le sujet doit être accompagné auprès d'un praticien compétent.

La crise suicidaire est une période de souffrance et de tension qui dure souvent de 6 à 8 semaines. Le sujet ne veut pas mourir mais veut arrêter de souffrir. La forme de la crise évolue selon les différentes étapes de l'émergence de l'idée suicidaire à l'intention, la programmation et enfin l'acte suicidaire.

Dans ce cas, la consultation auprès du praticien est un moment déterminant. L'approche du praticien doit être douce, avec une voix posée et grave. L'entretien s'effectue au rythme du sujet en utilisant exclusivement des questions ouvertes, en évitant les « pourquoi » et en privilégiant l'écoute. Il est dangereux d'évoquer trop tôt les solutions mais la conduite à tenir doit être présentée de façon précise avec des solutions de repli sans ambiguïté. Il convient de développer avec le sujet toutes les pensées positives qui aident à contenir la crise suicidaire. Le praticien cherche à identifier la nature de la souffrance psychique du sujet, nourrie de diverses peurs comme la solitude, la dévalorisation. Il évalue le risque, l'urgence et la dangerosité du scénario suicidaire, fondés notamment sur la connaissance fine des facteurs de risque tels que la psychopathologie ou les violences au cours de l'enfance et des facteurs de protection tels que le soutien de l'entourage. Il est important d'interroger directement les intentions suicidaires, en prononçant par exemple le mot « suicide ». Tout détour sémantique risque d'être interprété comme un manque de fermeté du praticien. Il est possible d'utiliser une grille d'évaluation du risque suicidaire. La présence d'une arme à feu au domicile multiplie par cinq le risque de suicide.

Une relation de confiance peut naître au cours de l'entretien si le praticien apparaît compréhensif et ne semble pas trop agressif ou contraignant. Durant 6 à 8 semaines, le praticien mettra en place une protection contre le risque suicidaire, fondée notamment sur des rendez-vous réguliers. En cas d'échec, ou en présence d'une pathologie mentale sévère, une hospitalisation en milieu spécialisé peut être nécessaire. Les semaines après le retour au domicile sont alors à fort risque de passage à l'acte.

Après un décès, il convient d'accompagner les sujets endeuillés et d'identifier les sujets à risque afin d'éviter la survenue d'autres suicides.

Souffrance physique au travail

Évolution et devenir professionnel des militaires lombalgiques, l'exemple de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris

G. Abou-Anoma, L. Géraut, École du Val de Grâce, Paris

Une étude bibliographique, publiée dans la revue *Médecine et Armées* en 2009, rapporte un impact non négligeable des lombalgies dans différentes armées oc-

cidentales. Ainsi 5 à 11 % des congés maladie dans les armées françaises seraient dus aux lombalgies. Au sein de l'armée nord-américaine, les lombalgies représenteraient la deuxième pathologie responsable des soins de santé et lui coûteraient près d'1 milliard de dollars par an.

Le problème des lombalgies est donc une réalité dans les armées, même si leur épidémiologie reste mal connue, du fait du peu d'études réalisées sur le sujet et de leur niveau de preuve souvent faible.

La Brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) est une unité militaire composée essentiellement de sujets jeunes et très sportifs. En 2005, une étude transversale descriptive a été menée par autoquestionnaire auprès d'un échantillon de 800 militaires de la BSPP. Les résultats montraient une prévalence de la lombalgie commune proche de celle rapportée par la littérature en population générale, soit 19 %. La lombalgie chronique concernait alors 7 % de l'ensemble de la population étudiée. En 2010, une nouvelle étude transversale, menée également par autoquestionnaire, a été réalisée au sein de cette même population de sapeurs-pompiers afin de déterminer la nouvelle prévalence des lombalgies mais aussi l'évolution professionnelle des sujets lombalgiques de 2005.

Les résultats préliminaires, basés sur 269 réponses, rapportent un taux de prévalence de 28 %. Ce chiffre, en augmentation par rapport à 2005 (19 %), reste superposable aux données de la littérature. En revanche, le taux de prévalence des lombalgies chroniques au sein de la BSPP en 2010 est égal à 14 % des sujets suivis, soit un lombalgique sur deux.

L'aptitude au « service incendie », déterminée par un médecin militaire, représente la capacité à intervenir sur un feu. L'affectation effective à ce service, sur décision de la hiérarchie, suggère également une aptitude à une pratique sportive importante. Ces deux types d'aptitude représentent donc un bon critère d'évaluation de la santé physique des sujets.

Sur les 37 lombalgiques chroniques, 77 % sont médicalement aptes au service incendie et 47 % y sont affectés. Les autres lombalgiques chroniques sont soit affectés à des services administratifs ou techniques, soit reclassés (4 sujets sur 37). Enfin, 5 lombalgiques chroniques ont bénéficié de congés maladie en 2010, dont 2 pendant plus de 21 jours.

En conclusion, la population des sapeurs-pompiers de Paris est une population très différente de la population générale en termes d'âge, de contraintes physiques mais également du fait d'une sélection médicale à l'incorporation. Or, la lombalgie commune au sein de la BSPP est un symptôme de fréquence superposable à celle connue dans la population générale.

En revanche, il est constaté une proportion élevée de lombalgies chroniques au sein de la BSPP : 14 % des sujets suivis, soit 1 lombalgique sur 2. Toutefois, le retentissement fonctionnel des lombalgies chroniques paraît faible avec un nombre important de sujets aptes et affectés au service incendie, ainsi qu'un faible nombre de sujets ayant bénéficié de congés maladie.

Ces résultats restent cependant à interpréter avec précaution du fait du caractère partiel de ces résultats, mais aussi en raison d'un probable « effet travailleur sain » lié à la sélection médicale à l'incorporation et au départ de la BSPP des sujets invalides du fait de leurs lombalgies chroniques.

Exemple d'intervention ergonomique en restaurant

S. Danet, Centre de médecine de prévention de la Villeneuve, Brest

Dans un restaurant de type « cafétéria », trois types de métiers se côtoient, des cuisiniers, des commis et des personnels de salle. Une recrudescence de signes pathologiques et de troubles musculosquelettiques, notée par le médecin de prévention, chez les personnels affectés en salle ou à la plonge, est à l'origine de cette intervention ergonomique. Celle-ci est approuvée par la direction qui doit faire face à l'absentéisme du personnel et l'impossibilité induite d'organiser les équipes de travail. Deux attentes se rencontrent, la santé et l'organisation.

L'analyse de l'activité va mettre en évidence l'isolement dans lequel le personnel de « plonge » se trouve : isolement spatial, isolement des process et isolement social. Les deux heures seules de plonge apparaissent suffisantes pour altérer la santé des personnels qui effectuent des gestes répétitifs et de nombreuses manutentions. Des stratégies individuelles pour se préserver existent mais ne sont pas partagées, des coopérations se mettent en œuvre mais seulement en fonction des affinités. Finalement, c'est le collectif même qui semble déstructuré. La répartition presque aléatoire des effectifs tous les matins, associée à une non-reconnaissance du collectif de plonge et des compétences des personnels, participent à ce « mal-être ».

Des axes de transformation sont proposés pour être débattus dans des groupes de travail. Il s'agit, par exemple, de diminuer les contraintes gestuelles mais également de stabiliser les plannings afin de favoriser les coopérations. Au vu des changements de direction de ce restaurant depuis de nombreuses années ainsi que des restructurations à venir, les transformations peuvent nécessiter un délai avant leur mise en œuvre complète. Mais le diagnostic ouvre des possibilités de changement autres que des modifications architecturales seules.

Prévention des troubles musculo-squelettiques au sein d'un établissement industriel de la Défense

C. Schultz, E. Guével, Centre de médecine de prévention des armées de l'atelier industriel aéronautique de Cuers

Un atelier industriel aéronautique, employant plus de 1 000 personnes, recense une multitude de métiers allant de l'ingénieur chargé de la conception au mécanicien, soudeur, chaudronnier, électronicien mais également au personnel administratif.

Le risque de développer des troubles musculosquelettiques y est important avec des contraintes posturales pour l'accessibilité aux zones de travail des aéronefs. Les activités générant des gestes répétitifs sont nombreuses avec par exemple le rivetage ou la peinture industrielle au pistolet. Des contraintes de manutention comme le décaissement des radômes ⁽¹⁾ sont également très présentes.

Le choix d'une action de prévention contre les troubles musculosquelettiques s'est imposé d'abord en raison d'une forte augmentation des déclarations de maladies professionnelles au sein de l'établissement et parce qu'il s'agissait d'un thème de prévention retenu par le ministère de la Défense en 2009. Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a mis en place un groupe de travail avec le service de médecine de prévention, les représentants du personnel et l'équipe du bureau « maîtrise des risques » de l'établissement.

L'étude de poste d'un personnel travaillant sur des bancs d'essai permet d'illustrer cette démarche de prévention. Le banc utilisé est destiné à tester des vérins de train d'atterrisseur qui vont subir des contraintes mécaniques (pouvant atteindre 16 tonnes) afin de valider leur résistance. Avant la phase de test, est positionnée manuellement une interface propre à chaque type de vérin et pesant entre 10 et 15 kilos. Les contraintes du poste surviennent lors du positionnement mais plus particulièrement lors de l'extraction de l'interface à la fin du test. En effet, celle-ci reste adhérente au banc en raison de la présence de résidus de graisses et de la mise en pression. L'extraction nécessite d'exercer manuellement une force importante à l'aide d'outils. Des contraintes s'exercent sur le rachis et sur les articulations des membres supérieurs.

Le service de médecine de prévention a suggéré l'emploi d'un pont roulant pour placer puis extraire ces interfaces. Pour cela, un outillage spécifique se fixant sur l'interface a été conçu avec le concours d'un bureau d'études. Des améliorations sur d'autres bancs ont été réalisées, souvent à l'initiative des opérateurs.

Parmi les autres actions, peut être citée l'amélioration des « roulantes », planches à roulettes employées pour travailler sous l'hélicoptère. Jusque là, l'opérateur travaillait avec les bras en extension, source de contrainte sur

(1) Le radôme est, en aéronautique, la partie du nez de l'avion qui protège le radar.

les épaules. Un modèle de « roulante » confectionnée en interne et rapprochant l'opérateur de sa zone de travail évite désormais cette contrainte articulaire. Des propositions d'approvisionnement d'outillages moins lourds et disposant d'un amortissement pour les vibrations sont également proposées.

La mise en ligne sur le réseau interne de l'établissement d'une présentation informatique destinée à donner des conseils simples sur l'ergonomie du poste de travail sur écran, a également été réalisée.

Caractérisation des déterminants socio-professionnels des troubles musculo-squelettiques à partir de l'analyse des données 2007 du programme Maladies à caractère professionnel

F. Rivière, Centre de médecine de prévention des armées, Metz

L'Institut de veille sanitaire (InVS), en collaboration avec l'inspection médicale du travail, a mis en place un

programme de surveillance des maladies à caractère professionnel signalées par un réseau de médecins du travail.

Pour les 7 régions ayant participé au programme en 2007, les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent la maladie à caractère professionnel la plus fréquente. La prévalence des TMS est de 3,2 %. Les localisations anatomiques les plus fréquemment signalées sont le rachis lombaire et l'épaule. Chez les femmes, les prévalences les plus élevées concernent les employées de la santé et de l'action sociale, ainsi que les ouvrières de l'industrie alimentaire. Chez les hommes, ce sont les ouvriers de la construction et ceux des industries alimentaire et automobile qui présentent une prévalence élevée.

En conclusion, à travers un programme de surveillance en milieu professionnel, la caractérisation des déterminants socioprofessionnels des TMS permet d'identifier les salariés les plus exposés au risque de développer ce type de pathologie et devant bénéficier en priorité de programmes de prévention.

Points à retenir

La connaissance des différentes composantes du risque psychosocial, organisées autour des contraintes qui les caractérisent, permet l'approche d'un modèle d'analyse où l'activité même et l'organisation du travail tiennent une place centrale.

Les risques psychosociaux apparaissent notamment lors d'une adaptation insuffisante de l'individu face aux accélérations technologiques et contraintes professionnelles. Le management de proximité constitue la clé de voûte d'un système de prévention efficace face aux risques psycho-sociaux.

Concernant le stress, le plaisir du travail bien fait en est la meilleure prévention car il n'existe pas de bien-être au travail sans « bien faire ».

La prévalence des lombalgies communes chez les sapeurs-pompiers de Paris est similaire à celle de la population générale. En revanche, les lombalgies chroniques y apparaissent plus fréquentes tout en semblant être très peu invalidantes chez cette population de jeunes militaires.

L'Institut de veille sanitaire a mis en place en 2007 un programme de surveillance des maladies à caractère professionnel. Cette surveillance révèle d'une part que les troubles musculo-squelettiques constituent la pathologie la plus fréquente et, d'autre part, permet l'identification des salariés les plus exposés à ce risque.