La violence en milieu de travail

l'approche de la CSST

par Michelle Cousineau

AVANT LE DÉBUT des années 1990, les travailleurs soumettaient rarement des réclamations à la CSST pour des problèmes psychiques, et de tels motifs étaient moins souvent invoqués pour justifier l'absence du travail. Les tabous des patients et de leurs médecins, de même que l'orientation des assureurs incitaient à évoquer, sur les certificats médicaux, des maladies physiques pour masquer les syndromes psychiques. En plus de reconnaître les lésions associées à un choc post-traumatique, la CSST évalue maintenant cas par cas les réclamations pour dépression liée à la perte d'intégrité physique et pour troubles d'adaptation ou autres syndromes dépressifs ou anxieux associés au travail. Au cours des dernières années, la CSST a déployé des efforts considérables pour former ses intervenants afin de rendre plus efficace la gestion de ces dossiers et de diminuer les répercussions de la procédure administrative sur l'état déjà fragilisé des clients. De plus, la CSST a mis sur pied, depuis deux ans, un comité s'occupant de la violence en milieu de travail chargé de proposer des mesures préventives dans ce domaine ainsi que des moyens d'améliorer les interventions en matière de gestion des dossiers et la réinsertion socioprofessionnelle des victimes de violence.

Portrait statistique actuel

Depuis le début des années 1990, environ 2000 réclamations concernant des lésions attribuables à la violence en milieu de travail sont acceptées chaque année par la CSST. La majorité de ces réclamations ont trait à des lésions physiques (80 % en 1990, diminuant à 66 % en 1998), surtout causées par des voies de fait et des actes violents (environ 70 % d'entre elles). Le nombre des réclamations acceptées pour lésions psychiques a presque doublé entre 1990 et 1996 (passant de 367 à 713). Plus des deux tiers (69 %) de ces lésions sont de type choc nerveux ou stress post-traumatique, et plus du quart (27 %) sont dues à de l'anxiété réactionnelle ou au stress. Ces réclamations proviennent surtout de la région de Montréal (plus de la moitié) et sont plus souvent formulées par des femmes (61 %). Le personnel administratif (36 %), les employés de l'industrie du transport (19 %), des services (14 %), du secteur de la vente (8 %) et de la santé (6 %) ainsi que les enseignants (5 %) sont le plus souvent touchés. Entre 1990 et 1998, les durées moyennes d'indemnisation pour les lésions psychiques ont augmenté plus que les autres, passant de 89,7 à 127,5 jours.

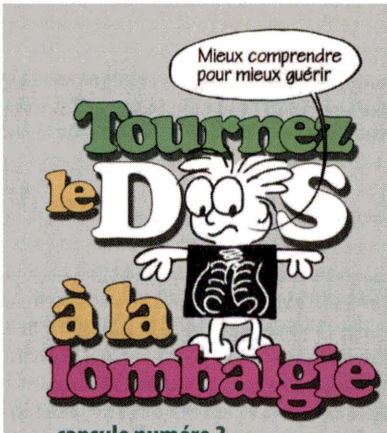
Processus de reconnaissance des lésions psychiques par la CSST

Pour être admissible, une lésion psychique liée à la violence au travail doit résulter d'un accident du travail tel que défini par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* et le travailleur doit démontrer qu'il est survenu un événement imprévu et soudain, par le fait ou à l'occasion de son travail, et que cet événement est en relation avec la lésion psychique. En présence de facteurs personnels concomitants, il doit également démontrer que ses problèmes sont dus avant tout à des facteurs associés à la violence au travail pour que la lésion soit reconnue comme lésion professionnelle. Les actes de violence majeurs tels qu'un homicide, une agression physique, une prise d'otages, un vol à main armée sont généralement reconnus comme sources de problèmes psychiques chez les victimes et certains témoins. Dans les situations plus insidieuses de violence psychologique, comme dans les cas de harcèlement, il faut établir en preuve de façon objective la présence d'une série d'événements imprévus et soudains qui, par leur caractère répétitif sur une période de temps pouvant être assez longue, peuvent constituer dans leur ensemble une situation suffisamment traumatisante pour que la CSST considère qu'elle est la cause de la lésion psychique.

Le fait d'avoir à effectuer une telle démonstration, pour une personne déjà fragilisée par une lésion psychique, peut être un exercice éprouvant, et les médecins traitants peuvent alléger la démarche en formulant des diagnostics précis et bien documentés, en faisant des évaluations complètes comprenant les antécédents personnels (histoire longitudinale), et en collaborant avec des professionnels d'autres disciplines tels les psychothérapeutes. Afin d'éviter que les problèmes de la victime de violence au travail deviennent chroniques, la CSST souhaite établir avec le médecin traitant un lien de collaboration visant à permettre à son patient d'entreprendre rapidement la démarche de traitement la plus efficace possible et de retourner au

La D^re^ Michelle Cousineau, omnipraticienne, travaille à la direction des services médicaux de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

FMOQ - Formation continue
L'omnipratique d'aujourd'hui à demain
du 20 au 24 novembre 2000, Hôtel Reine-Élizabeth, Montréal
Renseignements : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499



capsule numéro 3

*par le Dr Alain Neveu**

Dans les deux premières capsules, nous avons emprunté à Waddell le terme révolution pour désigner la nouvelle approche dans le traitement des maux de dos, parce qu'il fait appel aux notions de changement et de bouleversement, au savoir et aux attitudes[1].

Dès la première consultation d'un patient aux prises avec une lombalgie, les dés sont jetés. Il incombe au médecin de déterminer si l'état du patient exige des soins urgents, c'est-à-dire plus spécialisés. Si l'examen clinique permet d'exclure l'hypothèse de lésions graves, l'attitude qu'adoptera dès lors le médecin influera sur le pronostic.

Effet d'étiquetage

Le médecin peut, par certaines attitudes et surtout par certaines décisions, donner au patient l'impression que son problème est plus sérieux que ce qu'il lui en dit. Par exemple, si le médecin ordonne une radiographie simple du rachis, le patient peut entretenir un doute quant à la valeur du diagnostic. Si le patient est dirigé dès la consultation initiale vers un spécialiste ou si on lui prescrit des examens diagnostiques de haute technologie, il peut croire à tort que son état est grave. Il s'agit là de ce que certains auteurs appellent « l'effet d'étiquetage ». Nous reviendrons sur ce facteur iatrogène de risque de chronicité, qui est sans relation avec la gravité objective de la lésion.

Le traitement initial

Les études scientifiques des 15 dernières années s'entendent pour diviser le traitement initial en trois volets :

1. Informer et rassurer le patient ;
2. Le soulager ;
3. Modifier temporairement les activités qui accroissent la douleur.

Nous aborderons le premier volet dans la prochaine capsule.

1. Waddell G. *The Back Pain Revolution*. London : Churchill Livingstone, 1998.

* Pour le comité technique **FMOQ-CSST** sur les lésions au dos **(Drs Monique Boivin, Guylaine Rioux, Claude Saucier, Alain Neveu, et M. P. Gingras).**

travail dans les meilleures conditions. À cette fin, le conseiller en réadaptation et le médecin-conseil de la CSST fourniront au praticien toutes les connaissances et ressources dont ils disposent.

On assiste à l'émergence de nouvelles manifestations de la violence en milieu de travail : harcèlement moral ou psychologique, abus de pouvoir, psychoterreur (*mobbing*)... Petit à petit, la prise de conscience dans les milieux de travail de l'existence de ce type de violence suscite la mise en place de réseaux d'aide pour permettre aux victimes de se défendre ou d'être indemnisées. Avant que le phénomène prenne des dimensions telles que de plus en plus de personnes se trouvent blessées à vie, et avant que les coûts sociaux dus à l'augmentation de l'absentéisme au travail soient davantage inquiétants, les milieux de travail et la CSST ont intérêt à trouver des façons de mettre en place des mesures préventives. La CSST peut mettre à profit l'expertise qu'elle a acquise au fil des ans, mais elle doit pouvoir compter, en partenariat, sur les compétences de la communauté scientifique et médicale. La contribution des médecins traitants et des médecins spécialisés en santé au travail est essentielle à la prévention de la violence au travail et à l'implantation d'une approche intégrée de la gestion de l'invalidité. □

Remerciements : L'auteure tient à remercier Mmes Stéphane Aumont et Marjolaine Boivin, de la Direction de l'indemnisation et de la réadaptation, de leur collaboration.

Vous avez des questions ? Veuillez nous les faire parvenir par télécopieur au secrétariat de l'Association des médecins du réseau public en santé au travail du Québec : (418) 666-0684.