

risques associés aux expositions psychosociales mesurées par le questionnaire de Siegrist semblent classiquement plus élevées que celles obtenues en ayant recours aux dimensions du modèle de Karasek [6,8,13]. Le questionnaire de Siegrist pourrait peut-être se révéler plus adapté pour l'étude des liens entre la santé psychique et le travail que celui de Karasek. Le caractère plus subjectif du premier pourrait cependant biaiser cette interprétation.

D'autres contraintes psychosociales plus originales car non abordées dans les questionnaires de Siegrist et de Karasek semblent également importantes à considérer : l'exposition à des violences (physiques ou verbales), menaces ou discriminations, le fait d'être exposé au contact du public ou encore le fait de devoir travailler d'une manière qui heurte la conscience professionnelle. De nombreux médecins du travail décrivent l'émergence de cette contrainte dans certains secteurs d'activité : secteur financier, production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau, santé et action sociale. Les résultats montrent qu'elle est fortement associée au mal-être (significatif chez les hommes) et qu'elle est probablement à intégrer dans les études épidémiologiques futures. Enfin, on note que les résultats ne sont pas strictement superposables selon

le sexe. Il est possible que cela résulte de problèmes de puissance statistique ou de corrélations entre les variables professionnelles psychosociales.

Ce travail décrit les premiers résultats du programme Samotrace de surveillance de la santé mentale en lien avec l'activité professionnelle. De nombreuses analyses restent encore à mener mais ces résultats fournissent déjà quelques pistes de prévention dans le domaine des risques psychosociaux au travail.

#### Remerciements

Les auteurs remercient l'ensemble des médecins du travail ayant participé au volet entreprise de Samotrace en zone Centre.

#### Références

- [1] Ha C, Roquelaure Y, Touranchet A, Leclerc A, Imbernon E, Goldberg M. Le réseau pilote de surveillance épidémiologique des TMS dans les Pays de la Loire : objectifs et méthodologie générale. Bull Epidemiol Hebd. 2005; 44-45:219-21.
- [2] Valenty M, Chevalier A, Homere J, Le Naour C, Mevel M, Touranchet A, et al. Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France. Bull Epidemiol Hebd. 2008; 32:281-4.
- [3] Cohidon C, Lasfargues G, Arnaudo B, Bardot F, Albouy J, Huez D, et al. Mise en place d'un système de surveillance de la santé mentale au travail : le programme Samotrace. Bull Epidemiol Hebd. 2006; 44-46: 368-70.
- [4] Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med. 1979; 9(1):139-45.

[5] Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclerc A. Psychometric properties of the French version of the Effort-Reward Imbalance model. Rev Epidemiol Sante Publique. 2000; 48(5):419-37.

[6] Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Soc Sci Med. 2004; 58(8):1483-99.

[7] Guignon N, Niedhammer I, Sandret N. Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. Premières Synthèses (Dares). Mai 2008. n° 22.

[8] Siegrist J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci; 2008 [Suppl 5]:115-9.

[9] Niedhammer I, Chastang JF, David S, Barouhiel L, Barrandon G. Psychosocial work environment and mental health: job-strain and effort-reward imbalances models in a context of major organizational changes. Int J Occup Environ Health. 2006; 12:111-9.

[10] Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. Occup Environ Med. 1999; 56:302-7.

[11] Godin I, Kittel F, Coppieters Y, Siegrist J. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. BMC Public Health. 2005; 5:67.

[12] Kivimäki M, Vahtera J, Elovaino M, Virtanen M, Siegrist J. Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: complementary or redundant models? Occup Environ Med. 2007; 64:659-65.

[13] Dragano N, He Y, Meobus S, Jöckel KH, Erbel R, Siegrist J for the Heinz Nixdorf Recall Study. Two models of job stress and depressive symptoms. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008; 43:72-8.

## Épidémiologie et clinique médicale du travail : le pari du programme Samotrace, France

Christian Torres (christian.torres@justice.gouv.fr)

Médecin du travail, Lyon, France

### Résumé / Abstract

Les questions de santé mentale et travail sont bien souvent abordées à partir de données produites par les analyses statistiques et épidémiologiques. Cependant, les liens établis par ces disciplines ne permettent pas d'appréhender totalement les phénomènes sous-jacents. L'analyse clinique peut présenter ici une utilité. C'est à ce dialogue original entre épidémiologistes et cliniciens que nous convie le programme spécifique de surveillance de la santé mentale en lien avec l'activité professionnelle intitulé Samotrace

Pour discuter de ces questions, nous proposons de les illustrer par une vignette clinique rapportant une action de prévention dans une boutique de téléphonie.

Au travers de cet exemple, nous montrons que le matériel clinique recueilli à partir du récit de l'expérience des salariés permet d'aider les personnes qui souffrent de leur travail et de conduire des actions de prévention efficaces. Cet exemple nous éclaire aussi sur la distance qui existe entre les interprétations spontanées, abstraites, conventionnelles et l'écoute clinique soucieuse du travail et de ses enjeux. En cela, il nous permet d'espérer une fertilisation croisée entre l'épidémiologie et la clinique. C'est à ce pari audacieux et inédit que nous convie le programme Samotrace.

### *Epidemiology and occupational health medical practice: the bet of the SAMOTRACE programme, France*

*Mental health issues in the workplace are often approached from data produced by statistical and epidemiological analyses. However, the links established by these subjects do not allow for the full treatment of underlying phenomena. The clinical analysis may be useful here. The specific surveillance programme on mental health, in connection with the professional activity entitled SAMOTRACE, invites us to this original dialogue between epidemiologists and clinicians*

*In order to discuss these issues, we propose to examine a clinical case about implementing preventive measures in a phone shop.*

*Through this example, we show that the clinical material collected from the workers' narration of their experience contributed to help individuals who suffer from their work, and to conduct efficient preventive measures. This example also sheds light on the distance between the spontaneous, abstract, conventional interpretations and the clinical listening focused on work and its stakes. In this, cross-fertilization between epidemiology and clinics can be expected. The SAMOTRACE programme calls for a bold and unprecedented bet.*

### Mots clés / Key words

Santé mentale, travail, prévention, médecine du travail, agression / *Mental health, work, prevention, occupational medicine, aggression*

## Introduction

Les questions de santé mentale et travail sont bien souvent abordées à partir de données produites par les analyses statistiques et épidémiologiques. Cependant, les liens établis par ces disciplines ne permettent pas d'appréhender totalement les phénomènes sous-jacents, et leur portée est limitée quand il s'agit d'examiner une situation singulière.

Pour les médecins du travail, l'intérêt de la clinique [1,2] est double : assister les personnes qui souffrent et guider les actions de prévention. Mais nous pensons aussi que les analyses cliniques pourraient alimenter les investigations épidémiologiques. C'est à ce dialogue original entre épidémiologistes et cliniciens que nous convie le programme spécifique de surveillance de la santé mentale en lien avec l'activité professionnelle intitulé Samotraces [3,4].

La clinique médicale du travail que nous défendons s'appuie sur une conception de l'homme où la perception, l'action et la cognition sont inséparables. Dans cette approche, ceux qui pâtissent de leur travail souffrent d'une amputation de leur pouvoir d'agir. Ils présentent des manifestations anxio-dépressives marquées par un désarroi, une confusion et une dégradation de leurs capacités d'expression [2]. L'analyse clinique propose alors d'aider ces hommes et ces femmes à reconquérir leur pouvoir d'agir en réamorçant le développement de la boucle action-cognition-perception. Le retour sur les événements localisables en temps et en lieu prend alors toute son importance. En effet, l'action ne se contente pas de réagir à l'évènement, elle le devance [5] et c'est dans les mobiles de cette anticipation refoulée que se trouve la clé de cette souffrance. C'est par une attention centrée sur les objets, sur les détails concrets des conflits que vont émerger les mobiles investis dans l'activité. Cette analyse clinique dans laquelle l'agent est invité à s'engager lui permet de penser son intentionnalité sur le monde et de défendre ainsi son pouvoir d'agir.

## Illustration clinique

Pour discuter ces questions nous proposons de l'illustrer par une vignette clinique.

À la suite de violents orages, les boutiques d'un opérateur de téléphonie sont prises d'assaut par des clients mécontents dont le modem ADSL a été endommagé. Privés d'accès à Internet, ils arrivent très agacés dans les boutiques. Ces clients ont souvent déjà passé plusieurs heures avec les conseillers des plateformes téléphoniques du service après-vente (SAV) de cet opérateur qui, après plusieurs tests laborieux, ont conclu que le modem ADSL était hors d'usage. Il leur a été conseillé de se rendre à la boutique la plus proche de leur domicile afin de changer le dit modem.

Excédés par ces démarches, les clients arrivent dans des boutiques où la file d'attente est souvent importante. Après avoir patienté plusieurs dizaines de minutes, ils se voient souvent répondre qu'il est impossible d'échanger leur modem en raison d'une rupture de stock. Les intempéries ont détruit un grand nombre de modem ADSL et l'approvisionnement en matériel neuf n'a pas suivi. Les clients mécontents agressent les vendeurs des boutiques, et ces incidents violents ont des répercussions sur leur état de santé.

Devant l'importance de ces incidents violents, la question est débattue en Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Plusieurs actions préventives sont mises en place :

- envoi d'un parafoudre aux clients pour protéger leur installation ;
- modification du processus d'approvisionnement pour faire face aux variations saisonnières des demandes en modem ADSL ;
- formation des vendeurs aux techniques de gestion du stress et des incidents violents ;
- élaboration, avec la participation du Service de santé au travail (SST), d'un protocole de prise en charge des victimes d'agression (déclaration en AT, débriefing, analyse des incidents...).

Les débats du CHSCT ont lieu dans une ambiance assez fataliste. Malgré ces décisions, tout le monde semble persuadé que ces mesures ne changeront rien à la situation. Dans d'autres circonstances, cette question de la prévention de la violence en boutique a déjà été abordée. Plusieurs plans d'action ont été déclinés mais leurs effets semblent limités. Tout le monde paraît résigné « *on ne changera pas l'évolution de la société, les clients sont de plus en plus agressifs et exigeants, ils ne supportent pas d'être privés d'Internet* ».

Nous partageons aussi ce pessimisme sur l'efficacité des actions décidées. La formation à la gestion du stress et les protocoles de prise en charge de victimes d'agression constituent tout au plus une action de prévention secondaire et, en pratique, les effets de ces actions s'estompent rapidement. Nous décidons d'instruire cette question par un abord clinique lors des examens médicaux des vendeurs.

Les incidents violents ont surtout eu lieu dans un secteur géographique semi-rural. Dans cette zone, le *turn-over* des vendeurs est faible. Il s'agit donc de professionnels confirmés qui ont connu dans le passé des situations de crise similaires, sans pour autant exprimer un tel degré de souffrance dans leur travail.

Très rapidement, apparaît au cours des entretiens cliniques un élément nouveau dans l'organisation du travail qui interfère avec l'accueil de clients mécontents. Depuis peu, la Direction générale a

en effet décidé de standardiser la relation client, et les vendeurs doivent tenir un discours suivant un script codifié dans les moindres détails. Désormais, les vendeurs doivent toujours accueillir les clients par cette phrase « *Bonjour, que puis-je pour vous ?* ». Ils sont régulièrement évalués sur le respect de cette consigne, soit par leur manager direct, soit par des « clients mystères ». Cette évaluation a des conséquences sensibles sur leur rémunération. L'utilisation de cette phrase est présentée aux vendeurs comme une « bonne pratique » censée les aider à progresser dans leur professionnalisme.

Du point de vue de leur activité, l'utilisation systématique de cette phrase d'accueil est problématique, surtout lorsque le client paraît insatisfait. Les vendeurs sont capables d'identifier un client contrarié dès son entrée dans le magasin, avant même qu'il n'ait exprimé la moindre demande. Ils ressentent l'état d'esprit et les intentions des clients mécontents, ils anticipent l'interaction possible avec ces derniers et se préparent en conséquence. Dans ce type de situation, le vendeur va, avant même que le client ait exprimé ses griefs, adapter sa phrase d'accueil pour désamorcer l'agressivité potentielle qu'il perçoit. C'est généralement par une phrase du type : « *Bonjour, vous avez l'air d'avoir des problèmes, je vais essayer de vous aider* » qu'il entame la conversation. Dans le même temps, les autres vendeurs de la boutique sont aussi mobilisés. Ils ont repéré qu'un client agressif est dans la boutique et qu'un incident peut survenir à tout moment. Tout en menant leur activité, ils demeurent attentifs aux échanges de leur collègue et sont prêts à venir s'interposer. Ils savent que le changement d'interlocuteur désamorce le conflit. Cette règle est partagée par les vendeurs.

En accueillant un client mécontent par « *Que puis-je pour vous ?* », ils savent qu'ils ont toutes les chances de se trouver en difficulté. Le client va être invité, par cette phrase introductive, à décharger toute son agressivité, et il retrouve dans ces énoncés stéréotypés le comportement du conseiller SAV avec qui il a déjà eu tant de problèmes. Prononcer « *Que puis-je pour vous ?* » c'est aussi introduire une tension dans le collectif des vendeurs. Tous ne partagent pas ce renoncement aux règles du métier pour augmenter la part variable du salaire.

Curieusement, les perturbations de l'activité liées à l'introduction de ces « bonnes pratiques » n'étaient jamais apparues. C'est en reprenant le fil des agressions au cabinet médical que nous avons vu apparaître cette dimension jusque là occultée. La prévention des incidents violents a pris une forme inattendue. Les nouvelles « bonnes pratiques » portaient en germe des éléments délétères qui n'ont pu être identifiés que par un travail d'élaboration avec les

vendeurs, au plus près de leur activité et dans ses dimensions les plus concrètes.

## Conclusion

Au travers de cet exemple, nous avons voulu montrer que le matériel clinique recueilli à partir du récit de l'expérience des salariés permettait d'aider les personnes qui souffrent de leur travail et de conduire des actions de prévention efficaces. C'est en référence à un « corps en mouvement » [6], qui élabore constamment des réponses, perçoit et guide ses actions, que nous interrogeons cette clinique. C'est dans l'attention que nous avons portée aux liens qui unissaient les vendeurs aux objets de leur travail que nous avons aidé ces hommes et ces femmes à produire une analyse de leur activité et à ainsi retrouver des capacités d'action.

Cet exemple nous éclaire aussi sur la distance qui existe entre les interprétations conventionnelles et une écoute clinique soucieuse du travail et de ses enjeux. Les données statistiques communé-

ment diffusées sur les agressions et le stress auraient pu spontanément offrir un cadre d'interprétation à ces deux histoires. Pourtant, l'analyse clinique révèle des dimensions muettes qui permettent de mieux comprendre les apports des études épidémiologiques et de formuler de nouvelles hypothèses de recherche (lien entre cadrage de l'activité et incidents violents dans notre exemple). C'est en ce sens que les monographies présentées et débattues lors des séminaires de clinique du programme Samotrace devraient servir aux chercheurs.

On peut aussi supposer que, lorsque les résultats quantitatifs du programme Samotrace seront disponibles, les épidémiologistes et les cliniciens seront amenés à s'interroger sur la signification de certaines données. Des salariés représentatifs de ces interrogations pourront être contactés pour un entretien clinique. Le matériel produit par ces analyses servira alors à une meilleure compréhension de ces phénomènes.

C'est donc à ce pari audacieux, et tout à fait inédit, d'une fertilisation croisée entre l'épidémiologie et la clinique que nous convie le programme Samotrace [3,4].

## Références

- [1] Davezies P, Deveaux A, Torres C. Repères pour une clinique médicale du travail. Arch Mal Prof. 2006; 67:119-25. Texte disponible à la rubrique Publications sur <http://philippe.davezies.free.fr>
- [2] Davezies P. Stress, pouvoir d'agir et santé mentale. Arch Mal Prof. 2008 ; 69:195-203. Texte disponible à la rubrique Publications sur <http://philippe.davezies.free.fr>
- [3] Cohidon C. Veille nationale en santé mentale au travail : Samotrace et dispositifs non spécifiques. Arch Mal Prof. 2008; 69:174-82.
- [4] Cohidon C, Arnaudo B, Murcia M. Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet en entreprise, France, janvier 2006-mars 2008. Bull. Epidemiol. Hebd. 2009; 25-26:265-9.
- [5] Berthoz A, Petit JL. Nouvelles propositions pour une physiologie de l'action. Intellectica 2003; 36-37 367-72.
- [6] Berthoz A. Le sens du mouvement. Paris : Odile Jacob, 1997.

---

# Violence psychologique au travail et santé mentale : résultats d'une enquête transversale en population salariée en région Paca, France, 2004

Isabelle Niedhammer (isabelle.niedhammer@inserm.fr)<sup>1,2</sup>, Simone David<sup>1</sup>, Stéphanie Degioanni<sup>1</sup>

1 / Inserm U687-IFR69, Villejuif, France 2 / School of Public Health & Population Science, University College Dublin, Irlande  
Cette étude a été financée par la DRTEFP (Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle) en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, France

---

## Résumé / Abstract

**Objectif** - Explorer les associations entre les caractéristiques de l'exposition à la violence psychologique au travail et les symptômes dépressifs dans un échantillon de salariés en activité.

**Matériels-Méthodes** - L'échantillon comportait 3 132 hommes et 4 562 femmes de la population salariée de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca). Les personnes exposées à la violence ont été caractérisées à la fois par la définition de Leymann et par l'auto-évaluation par les salariés. Les symptômes dépressifs ont été évalués par l'échelle du CES-D.

**Résultats** - Après ajustement sur les covariables, âge, situation familiale, présence d'enfants, niveau d'études et profession, l'exposition à la violence était un facteur de risque pour les symptômes dépressifs. Plus l'exposition était fréquente, plus le risque de symptômes était élevé. Une exposition passée était également observée comme un facteur de risque. Être témoin de violence augmentait le risque, en particulier chez les femmes déjà exposées à la violence.

**Discussion-Conclusion** - La violence psychologique au travail a été observée comme un facteur de risque majeur de symptômes dépressifs. Bien qu'aucune conclusion de type causal ne puisse être tirée de cette enquête transversale, elle suggère que des efforts devraient être accrus pour prévenir cette violence.

## *Workplace bullying and mental health: findings from a cross-sectional survey among the working population in the South East of France, 2004*

**Objective** - To explore the association between the characteristics of exposure to workplace bullying and depressive symptoms in a sample of employees in France.

**Materials-Methods** - The sample consisted of 3,132 men and 4,562 women in the working population in the South East of France (PACA area). Cases of bullying were defined based on both Leymann's definition and self-report of being exposed to bullying. Depressive symptoms were measured using the CES-D scale.

**Results** - After adjustment for covariates which were age, marital status, presence of children, educational level and occupation, exposure to bullying was found to be a risk factor for depressive symptoms. The more frequent the exposure, the higher the risk of depressive symptoms. Past exposure to bullying increased the risk of depressive symptoms. Witnessing bullying was found to be a risk factor for depressive symptoms, and further increased the risk among women already exposed to bullying.

**Discussion-Conclusion** - Workplace bullying was found to be a strong risk factor for depressive symptoms. Although no conclusion on the causal nature of the association could be drawn from this cross-sectional survey, this study suggests that intensified efforts to prevent bullying are needed.

---

## Mots clés / Key words

Symptômes dépressifs, santé mentale, stress au travail, violence au travail / Depressive symptoms, mental health, stress in the workplace, workplace bullying