

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)^{1,2}, Simone David¹, Stéphanie Degioanni¹

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

Introduction

La santé mentale en milieu de travail constitue un enjeu de santé publique par la prévalence élevée de ces troubles, en particulier la dépression, et par leurs coûts humains, sociaux et économiques. Comprendre et prévenir les facteurs de risque professionnels des problèmes de santé mentale semble donc crucial. Des études ont révélé que les violences en milieu de travail, notamment la violence psychologique, constituaient des facteurs de stress importants et des facteurs de risque majeurs pour la santé mentale [1]. Selon Leymann, la violence psychologique au travail pourrait être l'une des premières causes de suicide [2].

Les études épidémiologiques explorant les associations entre la violence psychologique au travail et des indicateurs de santé manquent, en particulier en France. Des études ont toutefois montré des associations marquées entre cette violence et l'absentéisme pour raison de santé, des troubles somatiques et psychosomatiques, et des problèmes de santé mentale tels l'anxiété, la dépression ou d'autres indicateurs de morbidité psychiatrique [3,4].

Les objectifs de cette étude étaient d'explorer les associations entre la violence psychologique au travail et les symptômes dépressifs dans la population salariée en France, une attention étant donnée aux caractéristiques de l'exposition à la violence. Cette étude s'appuie sur un large échantillon de la population salariée de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca).

Matériels et méthodes

Population

Cette enquête transversale sur la violence psychologique au travail, visant à estimer la prévalence du phénomène et à explorer ses facteurs de risque et ses conséquences sur la santé mentale, a été menée par l'Inserm en 2004 dans la population salariée de la région Paca en collaboration avec un réseau de 143 médecins du travail volontaires. Chaque médecin volontaire, s'il/elle travaillait à temps plein, devait solliciter 150 salariés, tirés au sort dans leur population de salariés, pour participer à l'enquête. Les médecins du travail avaient pour mission d'informer les salariés sur l'enquête et ses objectifs, et de leur remettre une lettre d'invitation de l'Inserm, un questionnaire auto-administré, strictement anonyme, et une enveloppe pré-timbrée pour le retour postal à l'Inserm. Pour être inclus dans l'enquête, les salariés devaient avoir au minimum trois mois d'ancienneté dans leur entreprise et maîtriser suffisamment le français pour pouvoir répondre à l'auto-questionnaire. Cette enquête a déjà fait l'objet de plusieurs publications [5-7].

Matériels

La violence psychologique au travail est difficile à évaluer et aucun consensus n'existe quant à sa définition. Dans ce contexte, nous avons retenu la définition proposée par Leymann [8] : « Une communication hostile et non-éthique d'une ou plusieurs personnes vers une tierce personne qui vise de manière systématique à la placer dans une position sans aide et sans défense ». Deux approches ont principalement été développées pour évaluer cette violence dans les enquêtes : les inventaires de situations et l'auto-évaluation d'exposition sur la base d'une définition donnée. Selon différents auteurs [1,3], la combinaison de ces deux approches serait adéquate pour définir les exposés à la violence. La durée et la fréquence d'exposition seraient également des éléments importants dans la définition à retenir. Dans ce sens, nous avons adopté l'instrument élaboré par Leymann (*Leymann Inventory of Psychological Terror*, LIPT) [9], qui présente les avantages d'avoir une large couverture de situations et des qualités psychométriques satisfaisantes. À cet instrument, nous avons ajouté une auto-évaluation de l'exposition par les salariés.

Notre auto-questionnaire comportait une version française de l'instrument élaboré par Leymann (LIPT) [9] pour l'évaluation des violences en milieu de travail. Cet instrument comprend une liste de 45 situations de violence, leur survenue, fréquence et durée au cours des 12 derniers mois. Pour compléter cet instrument, une définition de la violence psychologique au travail était proposée, visant une auto-évaluation par le salarié au cours de la même période. Le questionnaire de Leymann a été introduit avant l'auto-évaluation par les salariés, de manière à éviter une influence éventuelle de l'auto-évaluation sur le questionnaire de Leymann qui constituait notre instrument de référence. Les cas de violence ont été définis par la combinaison de la définition proposée par Leymann (exposition à au moins une situation parmi les 45, au moins une fois par semaine et pendant au moins 6 mois) [8] et l'auto-évaluation. Les propriétés psychométriques de la version française de l'instrument de Leymann ont été étudiées précédemment [5], montrant également la meilleure performance en termes de validité convergente et prédictive de la définition combinée de l'exposition, par rapport à la définition de Leymann seule.

D'autres variables ont été utilisées pour caractériser l'exposition à la violence : la période d'exposition (actuelle ou passée au cours des 12 derniers mois), la fréquence et la durée, et le fait d'être témoin de violence envers autrui sur le lieu de travail au cours des 12 derniers mois. Une dernière variable enfin a été construite permettant de différencier les individus selon les quatre

situations : (1) ni exposé, ni témoin ; (2) témoin de violence ; (3) exposition à la violence ; et (4) à la fois exposé et témoin de violence.

Pour mesurer la symptomatologie dépressive, l'échelle du CES-D, comportant 20 items décrivant les symptômes et comportements liés à la dépression, a été utilisée. Les seuils disponibles et établis pour la population française pour définir un niveau élevé de symptômes dépressifs ont été employés [10].

Plusieurs variables ont été utilisées comme variables d'ajustement (covariables) dans les analyses multivariées : âge, situation familiale, présence d'enfants, niveau d'études et catégorie professionnelle.

Analyses statistiques

Les associations bivariées entre les six variables décrivant la violence et la symptomatologie dépressive ont été étudiées à l'aide du test du Chi2. Des régressions logistiques ont ensuite été employées pour étudier ces mêmes associations tout en tenant compte des covariables définies précédemment. L'analyse a été réalisée séparément pour les hommes et les femmes à l'aide du logiciel SAS® [11].

Résultats

En 2004, 19 655 salariés ont été sollicités par le réseau des 143 médecins du travail. Parmi eux, 7 770 ont répondu à l'auto-questionnaire et l'ont adressé à l'Inserm, soit un taux de participation de 40 %. Pour les besoins des analyses, 76 salariés ont été exclus : 54 dont l'ancienneté était de moins de trois mois dans leur entreprise, et 19 pour lesquels l'information sur le sexe était manquante. L'étude est donc basée sur un échantillon de 7 694 salariés, 3 132 hommes et 4 562 femmes.

Le tableau 1 présente les prévalences d'exposition à la violence psychologique au travail selon ses différentes caractéristiques. La définition de Leymann seule conduisait à une prévalence sur 12 mois de 11 % pour les hommes et de 13 % pour les femmes. La définition combinant la définition de Leymann et l'auto-évaluation a conduit à une prévalence sur la même période de 9 % pour les hommes et 11 % pour les femmes. Ces résultats montrent que la grande majorité de ceux qui sont définis comme étant exposés à la violence selon Leymann se déclarent également exposés. Notons que la prévalence de la violence présentait des différences significatives en fonction des professions et secteurs d'activité, en particulier pour les hommes : les cadres avaient la prévalence la plus faible d'exposition et le secteur des services la prévalence la plus élevée [7].

Le tableau 2 présente les associations, toutes significatives, entre les variables d'exposition à la violence et la symptomatologie dépressive. La prévalence de symptômes dépressifs était de 25 % chez les hommes et de 21 % chez les femmes ; la comparaison entre sexes semble toutefois difficile à mener de par les seuils différents utilisés pour définir un niveau élevé de symptômes dépressifs (respectivement 17 et 23) [10]. La prévalence de symptômes dépressifs dépassait 60 % pour ceux définis comme exposés à la violence. Cette prévalence était encore accrue pour ceux encore exposés au moment de l'enquête et pour ceux dont la fréquence d'exposition était journalière. Être témoin de violences envers autrui sur son lieu de travail augmentait le risque de symptômes dépressifs. L'étude de la combinaison témoin/exposition menait à des résultats différents pour les hommes et les femmes : la situation la plus à risque était le fait d'être exposé à la violence pour les hommes, alors que pour les femmes c'était celle combinant être exposé et être témoin.

Le tableau 3 fournit les résultats des analyses de régression logistique prenant en compte des facteurs de risque classiques de la symptomatologie dépressive. Les associations observées dans le tableau 2 étaient inchangées après ajustement sur les covariables, les variables décrivant la violence étant toutes des facteurs de risque marqués de la symptomatologie dépressive.

Discussion

Cette étude souligne les associations fortes entre la violence psychologique au travail et la symptomatologie dépressive. Ces associations sont observées pour les hommes et les femmes, y compris pour une exposition passée au cours des 12 derniers mois. Une association dose-effet a été mise en évidence entre la fréquence de la violence et les symptômes dépressifs. Être témoin de violence envers autrui constitue également un facteur de risque pour ces symptômes. Cette étude a plusieurs limites. Le taux de participation à l'enquête peut être considéré comme faible, mais comparable à ceux observés dans d'autres études utilisant des auto-questionnaires postaux. La comparaison entre la population étudiée et la population cible (actifs occupés de la région) ne met pas en évidence de distorsions majeures en termes d'âge, sexe, secteurs d'activité et professions [5]. Un biais dans la participation peut toutefois être intervenu et altérer les estimations des prévalences d'exposition et/ou de symptômes dépressifs, mais il semble improbable qu'il joue un rôle majeur dans l'étude des associations entre violence et santé mentale. Par ailleurs, il est peu probable que la participation des médecins du travail ait introduit un biais notable dans le recrutement des salariés : d'une

Tableau 1 Description de l'exposition à la violence au cours des 12 derniers mois, région Paca, France 2004 / Table 1 Description of exposure to bullying in the previous 12 months, PACA area, France 2004

Enquête Violence psychologique au travail en Paca, Inserm, 2004	Hommes N = 3 132		Femmes N = 4 562	
	N	%	N	%
Exposition à la violence				
Non	2 857	91,22	4 074	89,30
Oui	275	8,78	488	10,70
Exposition à la violence				
Pas d'exposition	2 857	91,34	4 074	89,46
Exposition passée	38	1,21	130	2,85
Exposition actuelle	233	7,45	350	7,69
Fréquence d'exposition à la violence				
Pas d'exposition	2 857	91,22	4 074	89,30
Une fois par semaine	149	4,76	225	4,93
Journellement ou presque	126	4,02	263	5,77
Durée d'exposition à la violence				
Pas d'exposition	2 857	91,22	4 074	89,31
< 2 ans	94	3,00	209	4,58
≥ 2 ans, mais < 5 ans	114	3,64	179	3,92
5 ans ou plus	67	2,14	100	2,19
Témoin de violence				
Non	2 165	69,13	3 115	68,28
Oui	967	30,87	1 447	31,72
Combinaison exposition/témoin				
Pas d'exposition	2 111	67,40	2 998	65,72
Témoin	746	23,82	1 076	23,59
Exposition à la violence	54	1,72	117	2,56
Exposition à la violence et témoin	221	7,06	371	8,13

Tableau 2 Associations entre les variables d'exposition à la violence et les symptômes dépressifs, région Paca, France, 2004 / Table 2 Associations between exposure to bullying and depressive symptoms, PACA area, France 2004

Enquête Violence psychologique au travail en Paca, Inserm, 2004	Hommes Symptômes dépressifs		Femmes Symptômes dépressifs	
	Cas (N)	Cas (%)	Cas (N)	Cas (%)
Exposition à la violence				
Non	588	21,20	649	16,39
Oui	186	68,63	291	60,63
		***		***
Exposition à la violence				
Pas d'exposition	588	21,20	649	16,39
Exposition passée	18	48,65	60	46,88
Exposition actuelle	164	71,30	224	65,12
		***		***
Fréquence d'exposition à la violence				
Pas d'exposition	588	21,20	649	16,39
Une fois par semaine	91	62,33	124	56,36
Journellement ou presque	95	76,00	167	64,23
		***		***
Durée d'exposition à la violence				
Pas d'exposition	588	21,20	649	16,39
< 2 ans	65	69,89	120	57,97
≥ 2 ans, mais < 5 ans	74	65,49	113	64,20
5 ans ou plus	47	72,31	58	59,79
		***		***
Témoin de violence				
Non	388	18,55	426	14,12
Oui	386	40,55	514	36,17
		***		***
Combinaison exposition/témoin				
Pas d'exposition	348	17,08	372	12,82
Témoin	240	32,65	277	26,21
Exposition à la violence	40	74,07	54	46,55
Combinaison exposition/témoin	146	67,28	237	65,11
		***		***

Test du Chi2
*** : p<0001

part ces salariés ont été tirés au sort et, d'autre part, les contacts avec les médecins ont suggéré que ceux en charge de secteurs/entreprises à problèmes (plus exposés à la violence et/ou à de mauvaises conditions de travail en général)

auraient été plus enclins à ne pas participer ou à renoncer de participer à l'enquête, faute d'accord avec les partenaires sociaux. Il est donc vraisemblable que l'enquête conduise plutôt à une sous-estimation de la prévalence de la

Tableau 3 Exposition à la violence et symptômes dépressifs : résultats des régressions logistiques, région Paca, France, 2004 / Table 3 Exposure to bullying and depressive symptoms : results from logistic regression analyses, PACA area, France 2004

Enquête Violence psychologique au travail en Paca, Inserm, 2004	Hommes Symptômes dépressifs		Femmes Symptômes dépressifs	
	OR	[IC à 95 %]	OR	[IC à 95 %]
Exposition à la violence				
Non	1		1	
Oui	8,00	[6,06-10,56]	8,44	[6,84-10,41]
Exposition à la violence				
Pas d'exposition	1		1	
Exposition passée	3,40	[1,74-6,61]	4,61	[3,18-6,68]
Exposition actuelle	9,10	[6,70-12,35]	10,44	[8,16-13,36]
Fréquence d'exposition à la violence				
Pas d'exposition	1		1	
Une fois par semaine	6,25	[4,38-8,91]	7,48	[5,59-9,99]
Journellement ou presque	11,11	[7,25-17,01]	9,39	[7,12-12,39]
Durée d'exposition à la violence				
Pas d'exposition	1		1	
< 2 ans	8,78	[5,53-13,94]	7,79	[5,77-10,52]
≥ 2 ans, mais < 5 ans	6,96	[4,64-10,45]	9,58	[6,88-13,33]
5 ans ou plus	9,01	[5,15-15,76]	7,99	[5,18-12,32]
Témoin de violence				
Non	1		1	
Oui	3,15	[2,65-3,76]	4,02	[3,43-4,71]
Combinaison exposition/témoin				
Pas d'exposition	1		1	
Témoin	2,48	[2,03-3,02]	2,83	[2,36-3,40]
Exposition à la violence	12,94	[6,88-24,35]	6,35	[4,27-9,46]
Combinaison exposition/témoin	10,20	[7,46-13,96]	14,94	[11,58-19,27]

OR ajusté sur âge, situation familiale, présence d'enfants, niveau d'études, et profession
Toutes les variables décrivant la violence étaient significatives à $p < 0,001$

violence que le contraire. De par la nature transversale de l'enquête, des effets de sélection ont pu intervenir sélectionnant les individus en meilleure santé, soit à l'embauche, soit en cours d'emploi, dans des emplois les plus difficiles. Nos résultats sont donc susceptibles de sous-estimer les associations entre violence et santé mentale, l'enquête ayant de surcroît porté sur des salariés en activité, et ayant écarté les salariés en arrêt-maladie notamment. L'absence de relation dose-effet entre la durée d'exposition à la violence et les symptômes dépressifs pourrait en partie s'expliquer par ces phénomènes de sélection (*via* l'arrêt maladie ou la sortie d'emploi). Ces données transversales ne nous permettent pas de conclure à une relation de type causal entre violence et santé mentale, une causalité inverse ne pouvant pas être exclue, les symptômes dépressifs conduisant potentiellement à une modification réelle ou perçue des conditions de travail. Enfin, les données étant recueillies dans leur ensemble *via* un auto-questionnaire, un biais de déclaration peut avoir joué conduisant à une sur-estimation des associations entre violence et santé mentale. L'ensemble de ces limites, bien que vraisemblables, ne nous semblent pas toutefois susceptibles d'expliquer la totalité des associations observées de par l'ampleur et la force de ces associations.

Cette étude présente aussi des forces. L'échantillon étudié est large et permet l'étude séparée des hommes et des femmes. Des instruments validés pour évaluer à la fois la violence en milieu

de travail et les symptômes dépressifs ont été utilisés. Les prévalences de symptomatologie dépressive observées ici sont conformes à celles observées dans d'autres populations au travail, telles la cohorte Gazel [12], suggérant l'absence de biais majeur dans le recrutement de l'échantillon. L'analyse statistique a pris en compte les facteurs de risque classiques de la dépressivité, ce qui permet d'éviter tout phénomène majeur de confusion. Enfin, l'exposition à la violence a été étudiée de manière précise et détaillée, permettant notamment de montrer une relation dose-effet entre la fréquence de la violence et les symptômes dépressifs.

Seules quelques études précédentes [4] ont exploré les associations entre la violence et la santé mentale, et fournissent des résultats concordants avec les nôtres. Ces études ont toutefois utilisé des instruments plus rudimentaires pour évaluer la violence et/ou la santé mentale, et peu d'entre elles ont pris en compte des facteurs d'ajustement de manière adéquate. Enfin, seule l'étude de Vartia *et al.* [3] fournissait quelques indications sur les caractéristiques de la violence et, notamment, soulignait qu'être témoin de violence pouvait constituer un facteur de risque pour la santé mentale.

Conclusion

Cette étude met en exergue des associations fortes et marquées entre la violence psychologique au travail et les symptômes dépressifs. Elle souligne qu'une exposition passée peut constituer un risque pour la santé mentale et que, plus

la fréquence d'exposition est importante, plus le risque pour la santé psychique est élevé. Être témoin de violence envers autrui augmente le risque de symptômes dépressifs, soulignant l'effet pathogène des environnements de travail favorisant les comportements de violence. L'ensemble de ces résultats permet de livrer quelques indicateurs épidémiologiques et de fournir des éléments incitant à prévenir la violence en milieu de travail et donc réduire ses effets sur la santé mentale.

Remerciements

Aux 143 médecins du travail : Drs Acquarone D, Aicardi F, André-Mazeaud P, Arsenio M, Astier R, Baille H, Bajon-Thery F, Barre E, Basire C, Battu JL, Baudry S, Beatini C, Beau-d'Huin N, Becker C, Bellezza D, Beque C, Bernstein O, Beysier C, Blanc-Cascio F, Blanchet N, Blondel C, Boisselot R, Bordes-Dupuy G, Borrelly N, Bouhnik D, Boulanger MF, Boulard J, Bourreau P, Bourret D, Boustière AM, Breton C, Bugeon G, Buono-Michel M, Canonne JF, Capella D, Cavin-Rey M, Cervoni C, Charretton D, Charrier D, Chauvin MA, Chazal B, Cougnot C, Cuvelier G, Dalivoust G, Daumas R, Debaille A, De Bretteville L, Delaforge G, Delchambre A, Domeny L, Donati Y, Ducord-Chapelet J, Duran C, Durand-Bruguerolle D, Fabre D, Faivre A, Falleri R, Ferrando G, Ferrari-Galano J, Flutet M, Fouche JP, Fournier F, Freyder E, Galy M, Garcia A, Gazazian G, Gerard C, Girard F, Giuge M, Goyer C, Gravier C, Guyomard A, Hacquin MC, Halimi E, Ibagnes T, Icart P, Jacquin MC, Jaubert B, Joret JP, Julien JP, Kacel M, Kesmedjian E, Lacroix P, Lafon-Borelli M, Lallai S, Laudicina J, Leclercq X, Ledieu S, Leroy J, Leroyer L, Loesche F, Londi D, Longueville JM, Lotte MC, Louvain S, Loze M, Maculet-Simon M, Magallon G, Marcelot V, Mareel MC, Martin P, Masse AM, Meric M, Milliet C, Mokhtari R, Monville AM, Muller B, Obadia G, Pelsier M, Peres L, Perez E, Peyron M, Peyronnin F, Postel S, Presseq P, Pyronnet E, Quinsat C, Raulot-Lapointe H, Rigaud P, Robert F., Robert O, Roger K, Roussel A, Roux JP, Rubini-Remigy D, Sabate N, Saccomano-Pertus C, Salengro B, Salengro-Trouillez P, Samsom E, Sendra-Gille L, Seyrig C, Stoll G, Tarpinian N, Tavernier M, Tempesta S, Terracol H, Torresani F, Triglia MF, Vandomme V, Vieillard F, Vilmoth K, Vital N.

Les auteurs remercient : S. Mocaer, P. Sotty, JL. Battu, C. Beyssier, N. Blanchet, AM. Boustière, C. Breton, M. Buono-Michel, JF. Canonne, C. Cervoni, G. Dalivoust, A. Faivre, F. Fournier, G. Gazazian, G. Gibelin-Dol, C. Gravier, E. Grif-faton, E. Halimi, T. Ibagnes, M. Isnard, MC. Jacquin, B. Jaubert, M. Lafon-Borelli, J. Laudicina, J. Leroy, D. Londi, M. Lozé, G. Magallon, V. Marcelot, M. Méric, C. Milliet, P. Presseq, F. Occhipinti, P. Occhipinti, H. Raulot-Lapointe, G. Roux, MO. Vincensini, C. Vitrac, J. Chiaroni, C. Kaltwasser, M. Signouret, et l'ensemble des salariés participants.

Références

- [1] Einarsen S. Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach. *Aggression Violent Behavior* 2000; 5:379-401.
- [2] Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence Victims*. 1990; 5:119-26.
- [3] Vartia ML. Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. *Scand J Work Environ Health*. 2001; 27:63-9.
- [4] Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Jarvinen L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Med*. 2003; 60:779-83.
- [5] Niedhammer I, David S, Degioanni S, et 143 médecins du travail. La version française du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail : le « Leymann Inventory of Psychological Terror » (LIPT). *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2006; 54:245-62.

[6] Niedhammer I, David S, Degioanni S, and 143 occupational physicians. Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population. *J Psychosom Res.* 2006; 61:251-9.

[7] Niedhammer I, David S, Degioanni S, and 143 occupational physicians. Economic activities and occupations at high risk for workplace bullying: results from a large-scale cross-sectional survey in the general working population in France. *Int Arch Occup Environ Health.* 2007; 80:346-53.

[8] Leymann H. The content and development of mobbing at work. *Eur J Work Organizational Psychology.* 1996; 2:165-84.

[9] Leymann H. Handanleitung für den LIPT-Fragebogen (Leymann Inventory of Psychological Terror). Materialie Nr. 33. 1996. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V., Tübingen.

[10] Fuhrer R, Rouillon F. La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies - Depression scale).

Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatr Psychobiol.* 1989; 4:163-6.

[11] SAS Institute: SAS/STAT user's guide, release 6.03 edition, ed Cary, NC: SAS Institute Inc. 1988.

[12] Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health.* 1998; 24:197-205.

Améliorer le diagnostic et la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs en population active : l'expérience du programme Aprand, France

Catherine Godard (catherine.godard@edfgdf.fr)¹, Anne Chevalier², Charles Gouffier¹

1 / Industrie électrique et gazière, Service général de médecine de contrôle, Paris, France 2 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Introduction - Au début des années 2000, l'évaluation de la détection et du traitement de l'anxiété et de la dépression en population adulte montrait qu'au moins 10 % présentaient les critères CIM10 (10^e révision de la Classification internationale des maladies) de trouble anxieux ou dépressif, mais que la moitié seulement étaient diagnostiqués comme tels et qu'un tiers d'entre eux bénéficiaient de traitements adaptés. Le but du programme Aprand (Action de prévention des rechutes des troubles anxieux et dépressifs) a été d'explorer la possibilité d'améliorer leur prise en charge, par un programme de détection et de promotion de la santé en consultation médicale.

Méthode - Le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) a été utilisé en 2001 pour détecter les critères CIM10 des troubles anxieux et dépressifs chez 9 743 employés des entreprises EDF-GDF en arrêt de travail, au cours d'une visite médicale de contrôle réalisée par 21 médecins conseils du régime spécial de Sécurité sociale. Une étude épidémiologique évaluative d'observation de type ici-ailleurs a enregistré les diagnostics initiaux des personnes détectées positives, puis leur devenir médical un an plus tard, dans huit centres actifs (avec action préventive) et dans 13 centres témoins (sans action préventive). L'action a consisté en une explication des troubles détectés, une remise du résultat du test, une remise de dépliant basé sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et une forte incitation à consulter le médecin traitant, ou un psychiatre, ou le médecin du travail si nécessaire. La comparaison a été réalisée par des régressions logistiques prenant en compte le sexe, l'âge, la région géographique, l'existence de problèmes associés et le suivi médical au moment de la détection.

Résultats - Le fait d'avoir bénéficié de l'intervention est associé à la disparition à un an des épisodes dépressifs (OR=1,93 [1,3-2,84]) et des troubles phobiques ou paniques (OR=1,98 [1,14-3,44]), après ajustement sur l'ensemble des autres facteurs. L'âge et le sexe ont été les seules variables d'ajustement qui ont eu aussi un effet sur le pronostic, à niveau constant des autres variables. L'action a amélioré de 10 à 15 % la probabilité *a posteriori* de guérison-rémission, selon l'âge, pour les premiers épisodes dépressifs comme pour les troubles phobiques ou paniques. Les médecins ont déclaré un effet secondaire très formateur du programme.

Conclusion - Il est possible d'améliorer le diagnostic et le pronostic des épisodes dépressifs, des troubles phobiques et paniques par une approche diagnostique et éducative du type de celle d'Aprand en consultation médicale non spécialisée.

Improving the diagnosis and treatment of depressive and anxiety disorders in the active population: Experience from the APRAND programme, France

Context - In early 2000, evaluating the detection and treatment for anxiety and depression in adults showed that at least 10 per cent of them had iCD-10 criteria for depressive or anxiety disorders, but only half of them were diagnosed as such, while one third received adequate treatment. The objective of the APRAND programme was to explore the possibility of improving their treatment, through a detection and promotion health programme during medical consultations.

Method - The MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) was used in 2001 to detect iCD10 criteria for anxiety and depression among 9,743 employees from EDF-GDF on sick leave during a medical check-up carried out by 21 medical officers from the Special Social Security Scheme. An observational evaluation epidemiological study belonging to the here/elsewhere type recorded the initial diagnoses of persons found positive, and their medical future one year later, in 8 active centers (with preventive action), and in 13 control centers (without preventive action). The action consisted of explaining the disorders detected, with the delivery of test results, the distribution of a leaflet based on the WHO recommendations, and a strong incentive to consult the general practitioner or a psychiatrist or a medical officer, if necessary. The comparison was performed by logistic regression taking into account sex, age, and geographic region, existence of related problems, and medical follow-up at the time of detection.

Results - The fact of having benefited from the intervention is associated with the disappearance at 1 year of depressive episodes (OR = 1.93 [1,3-2,84]) and panic or phobic disorders (OR = 1, 98 [1,14-3,44]), after adjustment for all other factors. Age and sex were the only variables of adjustment that also had an effect on prognosis, at constant level with other variables. The action improved the probability of cure-remission from 10% to 15%, according to age and sex, for the first depressive episodes and for phobic or panic disorders. Doctors reported a very formative effect of the programme which improved their practices.

Conclusion - It is possible to improve the diagnosis and prognosis of depressive episodes, phobic and panic disorders through a diagnostic and educational approach such as APRAND in non-specialized medical consultations.

Mots clés / Key words

Dépression, population active, intervention évaluée / Depression, active-population, assessed intervention