

enrichie d'autres expositions psychosociales et intégrera des questions de santé mentale à travers une échelle de symptômes anxio-dépressifs (encadré de C Peugny, p. 280 de ce numéro).

Ce rapide recensement montre que, pour aborder la surveillance de la santé mentale, des sources de données existent en France. Chacune de ces sources offre des avantages et des limites et leur complémentarité est effective et intéressante. Il n'est en effet pas envisageable d'aborder cette problématique *via* une seule approche.

Rappelons par ailleurs que, dans un objectif de surveillance sanitaire et plus généralement de santé publique, il n'est pas toujours indispensable de faire appel à des enquêtes recueillant à la fois des expositions professionnelles et des données de santé. Le recours aux données épidémiologiques issues de la recherche pour les estimations des risques (risque relatif ou odds ratio) associés aux expositions est tout à fait possible, utile et parfois suffisant pour estimer indirectement le risque dans la population, connaissant la prévalence de l'exposition aux facteurs de risque.

Enfin, il faut aussi signaler que les sources de données évoquées ci-dessus, bien que couvrant la très grande majorité de la population au travail, décrivent généralement peu ou mal certaines catégories professionnelles telles que les travailleurs indépendants ou intérimaires, ou certaines populations précaires insuffisamment représentées.

Conclusion

L'ensemble des données précédemment citées concourt d'ores et déjà à établir un premier diagnostic des problèmes de santé mentale en lien avec l'activité professionnelle en France. Certaines catégories professionnelles ou certains secteurs d'activité peuvent déjà être repérés comme étant plus fragilisés. Cependant, le diagnostic n'est qu'une première étape dans

toute démarche de santé publique. Ainsi, une bonne connaissance de la situation, si elle est indispensable, est loin d'être suffisante pour proposer des solutions à ce problème qui semble actuellement très préoccupant dans le monde du travail. Des actions de prévention primaire ou secondaire devraient ensuite pouvoir être recommandées et mises en place par les instances compétentes, aussi bien au niveau institutionnel que sur le terrain.

Par ailleurs, si l'épidémiologie tente de quantifier l'ampleur du problème et de repérer les situations de travail les plus à risque, certaines disciplines issues des sciences sociales et humaines telles que la clinique médicale du travail ou la psychodynamique du travail apportent un éclairage plus qualitatif et permettent d'envisager des solutions aussi bien au niveau individuel qu'au niveau collectif (article de C Torres, pp. 269-71 de ce numéro).

Enfin, si les expositions à certaines conditions de travail peuvent être sources de problèmes allant du mal-être à l'apparition de pathologies plus graves, le travail permet également la construction de la santé des personnes. Un des aspects qu'il a semblé aussi important d'illustrer concerne le devenir professionnel des personnes atteintes de troubles, quelle qu'en soit l'origine. L'article de C Godard (pp. 275-9 de ce numéro) relate une expérience originale de mise en place d'actions de prévention secondaire dans une grande entreprise, associant les différents acteurs concernés.

Références

- [1] Bué J, Coutrot T, Puech I. Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes. Collections Travail et Activité humaine. Toulouse : Éditions Octares, 2004; 166 p.
- [2] Nasse P, Légeron P. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Rapport remis à Xavier Bertrand, Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité le mercredi 12 mars 2008. Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000156/>

[3] Stansfeld SA, Candy B. Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006;32(6):443-62.

[4] Netterstrøm B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R, Stansfeld S. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol Rev*. 2008;30:118-32.

[5] Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med*. 2008;65(7):438-45.

[6] Niedhammer I. Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort. *Int Arch Occup Environ Health*. 2002;75(3):129-44.

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

[8] 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.

[9] Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9:139-45.

[10] Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*.1997;12:224-31.

[11] Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen HU. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res*. 1998;7(4):171-85.

[12] Cohidon C, Santin G. Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2007. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/publications/2007/sante_mentale/index.html

[13] Ménard C, Léon C. Activité professionnelle et santé, quels liens ? In : Baromètre santé 2005. Saint-Denis:Inpes, 2007.

[14] Cohidon C, Santin G. De l'utilisation des enquêtes nationales de santé publique en population générale pour une surveillance des risques professionnels. *Santé Publique*. 2008;20 Suppl 3:569-76.

[15] Valenty M, Chevalier A, Homere J, Le Naour C, Mevel M, Touranchet A, Imbernon E, et le réseau MCP. Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2008;32:281-4.

Dépister ou diagnostiquer les risques psychosociaux : quels outils ?

Dominique Chouanière (Dominique.Chouaniere@hospvd.ch)

Institut universitaire romand de santé au travail, Lausanne, Suisse

Résumé / Abstract

Le recours aux échelles de mesure ou à des questionnaires est fréquent et souvent perçu comme la panacée pour évaluer des risques professionnels qui touchent à la sphère psychosociale. Néanmoins, ces outils doivent être réservés à des étapes très spécifiques d'une démarche de prévention des risques psychosociaux (RPS) et leur choix parmi les échelles disponibles doit reposer sur des critères précis.

Avant d'engager une démarche de prévention il sera possible d'utiliser certaines données existantes dans l'entreprise à l'occasion de l'étape pré-diagnostique incontournable. L'analyse de ces données permettra de décider d'engager ou non une démarche de prévention qui nécessitera en

What screening or diagnosis tools for psychosocial risks?

Questionnaires or scales are broadly used and they are perceived as unavoidable in the framework of evaluating occupational psychosocial risks (PSR). Nevertheless, these data collection tools must be used at specific stages in the course of prevention programmes and their selection among available scales should be based on precise criteria.

Before developing a prevention strategy, it may be necessary to use existing data available in the firm when assessing the unavoidable pre-diagnosis phase.

premier lieu un diagnostic approfondi. Celui-ci devra évaluer d'une part les contraintes vécues au travail (et si possible les sources de ces contraintes) et, d'autre part, l'état de santé des salariés (existence d'un stress chronique, de troubles anxio-dépressifs, etc.). Le diagnostic des contraintes perçues peut s'appuyer sur des entretiens ou sur des échelles existantes telles que celles de Karasek et de Siegrist. Pour évaluer le niveau de stress chronique, on dispose également de questionnaires validés qui cotent les symptômes physiologiques et/ou psychologiques et, si la situation est déjà détériorée, on peut explorer les atteintes à la santé à travers des échelles de santé mentale.

The analysis of these data will determine the implementation of a prevention strategy, which will first require a thorough diagnosis.

This diagnosis should evaluate not only the perceived job strains (and if possible stressors), but also the employees' health (chronic stress or mental health impairments, etc.). Evaluating perceived strains can be based on interviews and/or existing scales such as Karasek and Siegrist's models.

To estimate the level of chronic stress, validated questionnaires can be used on physiological and psychological symptoms. It is also possible to refer to depression or anxiety scales in case of severe job disturbances.

Mots clés / Key words

Évaluation des risques psychosociaux, stress chronique, démarche de prévention, échelle de contraintes, questionnaire de stress perçu / *Evaluation of psychosocial risks, chronic stress, prevention strategy, work strain questionnaires, perceived stress questionnaire*

Pour évaluer, dans une situation de travail, les risques qui touchent à la sphère psychosociale le recours aux échelles ou à des questionnaires est fréquent. Ils sont souvent perçus comme accessibles, faciles d'utilisation et infaillibles. Néanmoins, ces outils doivent être réservés à des étapes très spécifiques d'une démarche de prévention des risques psychosociaux (RPS) et leur choix parmi les échelles disponibles doit reposer sur des critères précis.

Un cadre pour une démarche de prévention des risques psychosociaux

Le terme de « risques psychosociaux » (RPS) désigne, pour l'Agence de Bilbaõ [1], les situations à risque de stress ou de violences externes (celles provenant de personnes extérieures à l'entreprise) ou internes (provenant de collègues). Pour illustrer le propos, nous nous centrerons ici sur les situations de stress au travail, ce dernier étant, parmi les RPS, la problématique la plus fréquente. L'agence de Bilbaõ définit ce risque comme suit [1] : « *Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise* ».

Dans cette définition trois notions sont à distinguer (illustrées dans la figure 1) :

- les contraintes au travail ;
- l'état de tension ou état de stress généré par la perception d'un déséquilibre entre contraintes et ressources ;
- les conséquences ou effets du stress sur la santé des salariés et sur leur productivité.

Si, dans le langage courant, le terme « stress » désigne indifféremment l'un de ces trois éléments, il est réservé dans le langage scienti-

fique à l'état de tension qu'il sera nécessaire de prévenir si celui-ci dure dans le temps.

Alors que les « facteurs liés à l'entreprise » (facteurs « entreprise » de la figure 1) appartiennent au domaine du factuel, les contraintes sont le résultat d'une perception par nature subjective. Pour autant, il faudra s'en préoccuper au niveau d'une entreprise, d'un atelier, d'un service... si cette perception est partagée par nombre d'opérateurs.

Concernant le stress au travail, la prévention peut se situer à différents moments (figure 1), mais les approches de type primordial ou primaire sont considérées comme les plus efficaces sur le long terme, tant du point de vue de la santé des salariés que de celle de l'entreprise, car elles agissent à la source.

Pour intervenir en prévention, la littérature internationale préconise souvent des démarches de type projet, classiques en santé publique. Néanmoins, de telles démarches doivent être intégrées aux démarches globales de prévention des risques professionnels [2].

L'entrée dans une démarche projet (figure 2) peut relever d'une volonté *a priori* (dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels) ou d'une prise de conscience d'une situation délétère, ou encore s'imposer face à une situation déjà détériorée (suicide sur le lieu du travail, cas de harcèlement avéré, etc.) qui a pu alerter les préventeurs dans ou hors l'entreprise [2].

La place des questionnaires dans la démarche de prévention des RPS

Au cours d'une démarche de prévention, la question des outils se posera à trois étapes : le pré-diagnostic, le diagnostic approfondi et l'évaluation.

Pré-diagnostic

Quel que soit le mode d'entrée dans la démarche, le pré-diagnostic est la première étape dès lors que la prise en charge des salariés en souffrance (par exemple en cas de suicide d'un collègue sur

le lieu du travail) est assurée. Il existe actuellement deux types d'outils pour le réaliser.

L'un se présente sous la forme d'un guide d'entretien à l'usage des préventeurs : il permet de faire coter conjointement par des représentants de la direction et du personnel l'importance des principaux facteurs psychosociaux présents dans l'entreprise (manque de soutien social, pression temporelle, manque de latitude décisionnelle et manque de reconnaissance, etc.). Le score obtenu détermine la nécessité ou non d'une démarche de prévention [3].

Le deuxième outil s'intéresse aux données quantifiées existant dans l'entreprise, pertinentes vis-à-vis du stress (ou plus largement des RPS) et facilement mobilisables [4] :

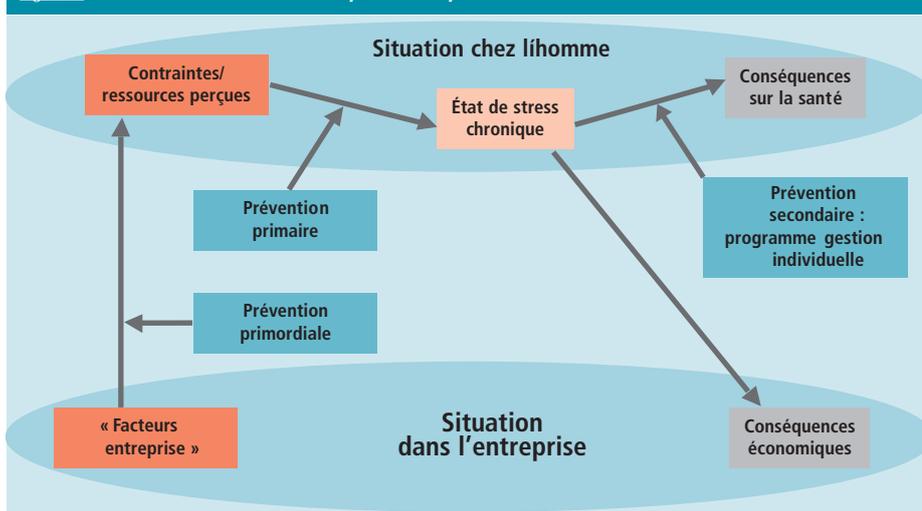
- données liées au fonctionnement de l'entreprise :

- . indicateurs organisationnels (provenant des Ressources humaines) : absentéisme, *turnover*, faible respect des horaires, etc. ;
- . indicateurs de production : quantité, qualité, rebuts, etc. ;
- . indicateurs économiques : cotisations accidents du travail et maladies professionnelles, etc.

- données médicales : les rapports annuels du médecin du travail peuvent apporter des éléments déterminants pour engager une action de prévention en cas de prévalence élevée des plaintes et/ou problèmes de santé liés au stress chronique.

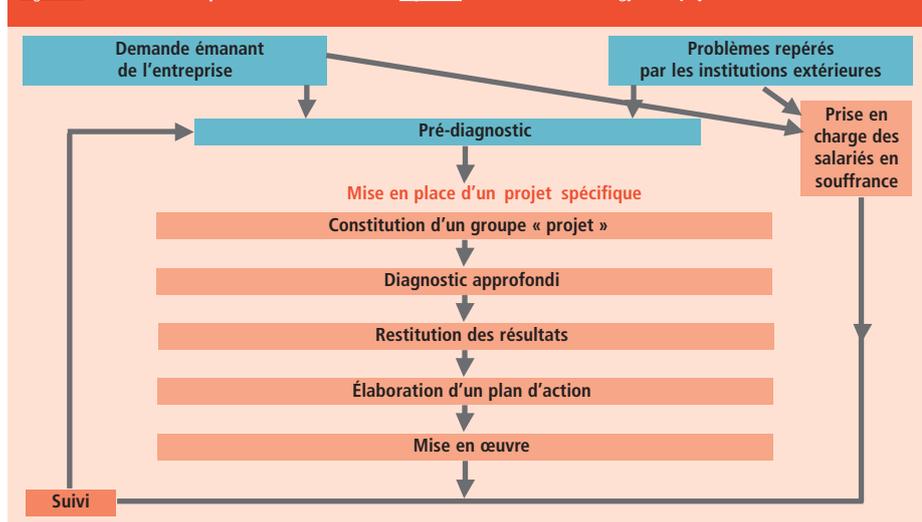
Le recours au questionnaire à l'étape du pré-diagnostic n'est pas recommandé. En effet, recueillir la parole des salariés suppose de leur restituer les résultats et d'agir ensuite pour remédier aux problèmes évoqués. Comme la décision d'agir n'est pas encore prise, il est préférable de s'abstenir de les solliciter, un questionnaire non suivi d'effet pouvant être plus délétère que le *statu quo*. Le recours aux outils mentionnés plus haut permet de vérifier l'existence ou non d'un problème, sans engager l'avenir.

Figure 1 Définition schématisée du stress chronique et les différents niveaux de prévention¹
 Figure 1 Chronic stress definition and prevention phases¹



¹ Schéma adapté à partir de la publication INRS : Chouanière D. Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. Documents pour le médecin du travail 2006;106:169-186.

Figure 2 Démarche de prévention des RPS¹ / Figure 2 Prevention strategy on psychosocial risks¹



¹ Schéma adapté à partir de la publication INRS : Chouanière D. Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. Documents pour le médecin du travail 2006;106:169-186.

Diagnostic approfondi

Les objectifs du diagnostic approfondi visent à :

- évaluer le niveau de stress et ses répercussions (troubles anxio-dépressifs, etc.) ;
- évaluer l'importance des contraintes et en repérer les sources ;
- identifier les groupes de salariés (ateliers ou services) les plus en difficulté.

Questionnaires de stress et échelles de santé mentale

Pour évaluer le niveau de stress chronique il existe des questionnaires sur les symptômes physiologiques de stress et leur ressenti psychologique. Les plus connus sont :

- la Mesure du stress psychologique (MSP) de Lemyre et Tessier en 25 items (1988) ;
- la liste de la Fondation de Dublin (13 items) ;
- le questionnaire du Club européen de la santé en 20 items (1991) ;

- l'Échelle de stress perçu (ou *Perceived Stress Scale*, PSS) de S. Cohen et CM. Williamson en 14 items.

Si la situation est déjà détériorée, on peut présumer que les atteintes à la santé sont plus marquées et recourir, entre autres, à des échelles de santé mentale. Citons, parmi beaucoup d'autres [5] :

- le « *General Health Questionnaire* » (GHQ) en 60, 30, 28 ou 12 items, qui fournit un score global sur quatre domaines (dépression, anxiété, désadaptation sociale, somatisation) ;
- le *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) en 40 items ;
- ou encore le CES-D (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale*) en 20 items.

Pour des populations particulières exposées à l'épuisement professionnel (ou *burnout*), on peut se référer à une échelle spécifique comme le *Malach Burn-out Inventory* (MBI) en 22 items.

Exploration des contraintes au travail : entretiens ou échelles ?

L'évaluation des contraintes peut s'appuyer sur des entretiens et/ou des échelles.

Les entretiens s'adressent à l'ensemble des salariés ou à un échantillon représentatif et peuvent être individuels ou collectifs (réunissant par exemple plusieurs salariés du même atelier). Ils peuvent être libres ou semi-directifs. Ils sont indiqués si les effectifs sont limités ; ils ont l'avantage d'évaluer non seulement la nature et l'importance des contraintes, mais aussi celle des sources de ces contraintes.

Les échelles d'évaluation des contraintes sont en général envisagées pour des effectifs importants de salariés. Elles ont l'avantage de permettre le recueil de données « standardisées » auprès d'une population importante, mais pour inconvénient de réduire l'information aux dimensions prévues par le concepteur de l'échelle (2 ou 3 contraintes). Il existe de nombreuses échelles de mesure pour explorer les contraintes [6]. Elles ne sont pas équivalentes mais explorent des contraintes spécifiques. On peut citer le WOCQC (*Working Conditions and Control Questionnaire*) en 80 items, la liste de contrôle de Dublin, la NSS (*Nursing Stress Scale*) en 34 items, plus spécifique du secteur hospitalier. Deux échelles (détaillées dans l'encadré) se sont imposées dans la littérature internationale, celle de Karasek [7] et celle de Siegrist [8]. Les échelles existantes n'explorent évidemment pas toutes les contraintes présentes dans les situations de travail et, en particulier, celles plus récemment évoquées par les salariés, comme la perte ou l'affaiblissement du sens du travail (en cas de changements multiples, d'une activité toujours dans l'urgence, etc.), ou les conflits éthiques ou encore la violence des usagers, patients ou clients, etc. Choisir parmi les échelles disponibles celle qui est la plus adaptée à la situation de travail est une clé importante d'un bon diagnostic. Par exemple, le recours à l'échelle de Karasek en milieu hospitalier n'est souvent pas adéquat car le manque de latitude décisionnelle est rarement évoqué par les soignants. Pour choisir l'échelle la plus adaptée, on peut s'appuyer sur la connaissance du milieu du médecin du travail, ou réaliser de façon plus formelle quelques entretiens exploratoires.

Pour identifier les sources des contraintes (facteurs « entreprise » de la figure 1) qui peuvent dépendre du contexte général du travail (situation macro-économique ou évolution sociologique), mais aussi des modes de production et d'organisation propres à la situation de travail (gestion des ressources humaines, qualité des relations de travail, etc.), il n'existe pas de questionnaire *ad hoc* disponible. Il faudra soit en établir un, ce qui représente un travail d'expertise important, soit s'appuyer sur des entretiens (*focus group* des anglo-saxons). À ce stade, les entretiens collectifs (groupes de travail par atelier

ou service) sont à conseiller car ils permettent de surcroît d'élaborer consensuellement des pistes de solutions aux problèmes identifiés. Par ailleurs, il existe des questionnaires qui explorent l'ensemble des champs évoqués précédemment comme le COPSOQ (questionnaire psychosocial de Copenhague), qui aborde à la fois les contraintes, le stress chronique et la santé mentale. Il n'est pas encore disponible en français. Il existe en trois versions, en 141 items pour la recherche, en 95 items pour le diagnostic et en 44 items pour la surveillance.

Évaluation de l'action de prévention ou suivi des indicateurs

La démarche de prévention suppose de suivre a minima les indicateurs choisis au moment du dépistage pour pouvoir en approcher l'efficacité et réajuster les actions si nécessaires.

Si les conditions sont réunies (en ressources notamment), une évaluation formelle des résultats est possible avec mesure avant/après du niveau des contraintes, de l'état de stress et éventuellement des conséquences sur la santé. Dans ce cas, les questionnaires à utiliser doivent être identiques à ceux de la phase diagnostique et l'évolution des scores des questionnaires peut être comparée en théorie à celle d'un groupe « témoin ». En pratique, l'évolution très rapide des milieux de travail et la difficulté à trouver une situation « témoin » rend ce type d'évaluation compliqué [9].

Contraintes méthodologiques

Évaluer les risques psychosociaux suppose a minima de mesurer la perception des contraintes et marqueurs de stress chronique ou de santé et d'identifier les sources des contraintes.

La deuxième étape portera sur le choix des outils de recueil : échelles ou entretiens ?

Recourir aux questionnaires ou aux échelles suppose que certaines conditions soient respectées :

- utiliser les versions validées sur le plan psychométrique et linguistique (utiliser la version en français qui a été traduite selon les règles de l'art) ;
 - privilégier les outils les plus adaptés au contexte socioculturel des salariés : l'auto-évaluation des perceptions des contraintes ou des symptômes est peu habituelle dans certains milieux professionnels ;
 - s'adresser à un effectif de salariés suffisant ;
 - obtenir un taux de participation élevé afin d'éviter un biais de sélection des répondants qui peut apporter des résultats très éloignés de la réalité ;
 - disposer de ressources et compétences pour la saisie et l'analyse des données (à prévoir avant le lancement des questionnaires) ;
 - être en mesure d'interpréter les scores obtenus.
- Pour établir un diagnostic, on peut se contenter de calculer les scores des différents domaines prévus par les échelles et les comparer à des valeurs de références quand elles existent. Dans ce cas, il faut se documenter sur la qualité des références proposées (nationales à partir d'échantillons représentatifs ? références spécifiques d'un secteur d'activité particulier ?). Pour l'échelle de Karasek, nous disposons depuis peu de références nationales [10]. On peut aussi faire des comparaisons internes dans l'entreprise (entre ateliers, services, etc.), mais cela suppose d'ajuster sur les facteurs tels que l'âge, le genre, etc. Mais si on veut formuler des recommandations sur les principales contraintes en cause dans

les problèmes de santé de la population de l'entreprise, il faudra étudier la relation entre contraintes et effets de santé, ce qui suppose, comme pour toute étude épidémiologique analytique, de prendre en compte les facteurs de confusion pour les effets de santé mesurés.

Conclusion

Pour agir en prévention dans le domaine des RPS, il faut se situer dans le cadre législatif existant de la prévention des risques professionnels. L'usage des échelles devrait être réservé à l'étape diagnostique proprement dite, étape engagée après un pré-diagnostic soigneux.

Le diagnostic doit déterminer la nature des données à récolter : au minimum contraintes (et leurs sources) et marqueurs de santé. Il faut ensuite déterminer le mode de recueil des données : entretiens ou/et échelles et enfin, si les échelles sont retenues, choisir parmi les échelles validées celles qui correspondent au plus près aux contraintes de la situation de travail et aux problèmes de santé allégués par les personnes. Les résultats d'une telle démarche de prévention, au-delà de la mise en place de mesures correctives sur le plan de l'organisation du travail, des processus de production ou des plans de communication interne, se traduisent surtout par l'acquisition de compétences collectives au sein de la structure de travail, dans le domaine de l'évaluation et de la prévention des RPS qui permet, à terme, une pérennité de la prise en compte des RPS et une autonomie des entreprises dans le management de celles-ci.

Remerciements

À Valérie Langevin, psychologue du travail, pour ses apports précieux sur les questionnaires dans le domaine des risques psychosociaux.

Encadré : Les modèles de Karasek et de Siegrist

Box: The Karasek and Siegrist models

Le modèle de Karasek [7,10] repose sur la notion d'équilibre entre deux dimensions :

- la « demande psychologique » qui est associée à la réalisation des tâches (quantité, complexité, contraintes dans le temps, etc.) ;
- la « latitude décisionnelle » qui recouvre :
 - . l'autonomie dans l'organisation de ses tâches et la participation aux décisions ;
 - . l'utilisation de ses compétences : possibilité d'utiliser ses qualifications, capacité à développer de nouvelles compétences.

Karasek a montré que l'association d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (ou *job strain*) représente un risque pour la santé physique et psychique.

Johnson a par la suite enrichi ce modèle d'une troisième dimension : le support social au travail (soutien socio-émotionnel et technique) de la part des collègues et supérieurs hiérarchiques, qui représente une interface modulante du rapport « Demande/Contrôle ».

La version recommandée du questionnaire de Karasek est celle en 26 items, laquelle a été intégrée à la dernière enquête Sumer de 2003. Ainsi des valeurs de référence des scores pour les différentes dimensions sont disponibles pour la population française. [10]

Dans les années 1990, Siegrist [8] a développé le modèle du rapport « Effort/Récompense ». Ce dernier repose sur l'équilibre entre les

efforts consentis par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour.

Le concept d'effort reprend certains items du concept de demande de Karasek : contraintes de temps, interruptions, responsabilités, heures supplémentaires, etc.

Le concept de récompense s'intéresse aux gratifications qu'apporte le travail, qu'elles soient du domaine de l'estime, de la sécurité d'emploi ou des perspectives de carrière.

La troisième dimension qui évalue le surinvestissement de l'individu dans son travail permet de moduler le déséquilibre Effort/Récompense.

Références

- [1] Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work, 2002:127 p.
- [2] INRS. Stress au travail. Les étapes d'une démarche de prévention. Repères pour le préventeur. INRS, ED 6011. Paris : INRS, 2007;31p.
- [3] Chénard C, Vézina M. Outil de dépistage des entreprises à risques psychosociaux élevés. 3^e conférence internationale CIST sur les facteurs psychosociaux au travail, 1-4/09/2008 http://www.icoh-wops2008.com/PDF/présentation%20de%20la%20conférence/019-5_Chenard.pdf?id=105&langue=fr&download=true
- [4] INRS. Dépister les risques psychosociaux. Des indicateurs pour vous guider. INRS, ED 6012. Paris : INRS, 2007;47 p.
- [5] Mac Dowell I. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. Oxford: Oxford University Press, 2006; 748 p.
- [6] Tabanelli MC, Depolo M, Cooke RMT, Sarchielli G, Bonfiglioli R, Mattioli S, Violante F. Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment. *Int Arch Occup Environ Health*. 2008;82:1-12.
- [7] Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Admin Science Quart*. 1979;24:285-307.
- [8] 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;58:1483-99.
- [9] Vézina M, Bourbonnais R, Brisson C. Expériences québécoises d'évaluation d'interventions organisationnelles en santé mentale au travail. In « Le stress au travail, une réalité. Quelle prévention, quels acteurs et quels outils ». Paris : INRS, 2007;pp 84-6.
- [10] Niedhammer I, Chastang JF, Levy D, David S, Degioanni S. Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer. *Travailler* 2007;17:47-70.

Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France

Christine Cohidon¹ (christine.cohidon@recherche.univ-lyon1.fr), Bernard Arnaudo², Marie Murcia³ et le comité de pilotage de Samotrace Centre*

1/ Institut de veille sanitaire, Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement (InVS-UCBL-Inrets), Lyon, France

2/ Direction régionale de l'emploi, du travail et de la formation professionnelle Centre, Orléans, France

3/ Université François Rabelais, Tours, France

* Josiane Albouy, Bernard Arnaudo, Fabienne Bardot, Catherine Berson, Chantal Bertin, Mireille Chevalier, Christine Cohidon, Jean-Yves Dubré, Jacques Germanaud, Marcel Goldberg, Dominique Huez, Ellen Imbernon, Gérard Lasfargues, Daouya Roy.

Résumé / Abstract

Introduction - L'objectif de cette étude est de décrire les liens entre des symptômes de santé mentale et l'environnement psychosocial au travail. Les données sont issues du volet entreprise du programme de surveillance Samotrace, développé par le Département santé travail de l'Institut de veille sanitaire.

Méthodes - L'échantillon a été constitué par tirage au sort aléatoire au sein d'une population de salariés au travail, surveillée par 110 médecins du travail dans les régions Centre et avoisinantes. La santé mentale a été explorée par le *General Health Questionnaire* (GHQ₂₈). Les facteurs psychosociaux au travail comprenaient, entre autres, le déséquilibre effort/récompense et le surinvestissement ainsi que le fait de travailler d'une façon qui heurte la conscience professionnelle. Les analyses ont été menées par régression logistique.

Résultats - L'échantillon comporte 6 056 salariés dont 57 % d'hommes. La prévalence du mal-être est de 24 % chez les hommes et 37 % chez les femmes. Le déséquilibre effort/récompense et le surinvestissement au travail sont significativement associés au mal-être, quel que soit le sexe. Par ailleurs, le mal-être est aussi associé à l'exposition à des violences physiques ou psychologiques au travail et au fait de travailler d'une manière qui heurte la conscience professionnelle.

Conclusion - La limite majeure de cette étude provient de son caractère transversal ne permettant pas d'affirmer l'existence de liens causaux. Pour autant, les résultats, issus d'un échantillon couvrant un large ensemble de professions, sont originaux et permettent d'envisager quelques pistes de prévention.

Psychological distress and psychosocial environment at work: first results from the Samotrace programme, corporate section, France

Introduction - The aim of this study is to describe the relationship between mental health symptoms and psychosocial environment at work. Data come from the corporate section of the « Samotrace » surveillance programme developed by the Department of Occupational Health - InVS.

Methods - The sample was selected by random draw in a population of employees, monitored by 110 occupational practitioners in the Centre Region of France and the surrounding areas. Mental health was explored by the *General Health Questionnaire* (GHQ₂₈). Psychosocial factors at work included: effort-reward imbalance, over-commitment and working in a way that harms professional integrity. The analyses were performed by logistic regression.

Results - The sample consists in 6,056 employees, including 57% of men. The prevalence of psychological distress is 24% for men, and 37% for women. Effort/reward imbalance and over-commitment at work are significantly associated with psychological distress regardless of gender. Moreover, psychological distress is also associated with physical or psychological violence at work and with working in a way that harms professional integrity.

Conclusion - The major limitation of this survey comes from its cross-sectional nature, which can not confirm the existence of causal links. However, these results, from a sample covering a wide range of occupations, are original and could contribute to guide preventive actions.

Mots clés / Key words

Mal-être, facteurs psychosociaux au travail, programme de surveillance / *Psychological distress, psychosocial working factors, surveillance programme*

Introduction

Le Département santé travail (DST) de l'Institut de veille sanitaire (InVS) met en place depuis plusieurs années des systèmes de surveillance épidémiologique pour évaluer l'impact des conditions de travail sur la santé, comme par exemple le réseau des troubles musculo-squelettiques ou le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel [1,2]. Depuis quelques

années, l'évolution du monde du travail nécessite qu'une attention grandissante soit portée à la souffrance psychique en lien avec le travail, malgré la difficulté à analyser les facteurs en cause tels que l'organisation, les processus de travail, l'environnement et les pressions émotionnelles et sociales. Le DST a choisi de mener, en collaboration avec l'université François Rabelais de Tours, les sociétés savantes de médecins du

travail et la Direction régionale de l'emploi du travail et de la formation professionnelle - DRTEFP Centre, une étude pilote en région Centre sur la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique dédié aux problèmes de santé mentale au travail, le programme Samotrace. Certains départements limitrophes (régions Poitou-Charentes et Pays de la Loire) ont également été intégrés au programme. Une deuxième