

9 juin 2009 / n° 25-26

Numéro thématique - Santé mentale et travail : comprendre pour surveiller

Special issue - Mental health and work: understanding for monitoring

p.257 **Éditorial - Santé mentale et travail : un enjeu de santé publique**
Editorial - Mental health and work: a public health stake

p.258 **Sommaire détaillé**

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Christine Cohidon, Institut de veille sanitaire / Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement (InVS-UCBL-Inrets), Lyon, France ; pour le comité de rédaction : Catherine Buisson et Christine Chan Chee, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Éditorial

Santé mentale et travail : un enjeu de santé publique

Mental health and work: a public health stake

Michel Vézina, MD, MPH, Conseiller médical en santé au travail, Institut national de santé publique du Québec et Professeur titulaire au département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec, Canada

Le travail a connu au cours des dernières décennies de profondes transformations, tant au regard de son contenu et de son organisation qu'au chapitre des liens d'emploi. En effet, que ce soit en raison du développement de nouvelles technologies liées notamment à l'informatisation et à l'automatisation, ou des nouveaux modes de gestion, caractérisés principalement par un contrôle plus serré de la production individuelle, une chasse aux temps morts et une recherche d'un fonctionnement optimum avec le minimum d'effectifs, on assiste à une intensification du travail et à une précarisation des liens d'emploi. Ces transformations du travail ont souvent été analysées pour les bienfaits économiques qu'elles procurent aux entreprises dans un marché mondialisé. Toutefois, plusieurs études ont montré qu'elles engendrent aussi des effets néfastes sur la santé, notamment en termes de problèmes de santé mentale, de lésions musculo-squelettiques et de maladies cardiovasculaires [1]. Ces effets entraînent des coûts économiques et sociaux, dont notamment ceux liés à l'utilisation des services de santé, aux indemnités pour des incapacités permanentes, à l'augmentation de l'absentéisme au travail pour des problèmes de santé, aux difficultés de réinsertion professionnelle, au désengagement progressif du marché du travail et à la perte du lien d'emploi entraînant des conditions de vie souvent précaires.

Ce numéro du BEH consacré au thème des problèmes de santé mentale en lien avec l'activité professionnelle vise à documenter ce dossier très dense et qui fait l'objet de préoccupations sociales croissantes dans l'ensemble des pays industrialisés. Dans un premier temps, C. Cohidon et E. Imbernon présentent un rapide tour d'horizon de la littérature épidémiologique internationale et des données disponibles en France sur l'existence de liens clairs entre des expositions professionnelles et une altération de la santé mentale. Aussi, dans une perspective de santé publique, le Département santé travail de l'Institut de veille sanitaire a donc été appelé à mettre en place, en collaboration avec différents partenaires, des systèmes de surveillance épidémiologique pour évaluer l'impact des conditions de travail sur la santé, et en particulier sur la souffrance psychique croissante en lien avec le travail. L'article de C. Cohidon et coll. nous présente les premiers résultats d'une étude pilote réalisée en région Centre destinée à mettre en place un tel système. L'étude est intéressante à maints égards, dont notamment celui d'avoir été réalisée auprès d'un vaste échantillon de professions et de secteurs d'activités et d'avoir innové en terme de mesure des expositions à des contraintes psychosociales, en introduisant par exemple celle de devoir travailler d'une façon qui heurte sa conscience professionnelle, une contrainte dont l'émergence dans certains secteurs d'activités tel la santé et l'action sociale a été décrite par de nombreux médecins du travail tant en France qu'ailleurs dans le monde [2]. Un autre phénomène qui constitue une préoccupation sociale croissante est celui de la violence psychologique, dont la prévalence atteint 17 % dans la population salariée en France (voir encadré sur l'enquête Sumer). À ce sujet, l'article d'I. Niedhammer et coll. montre bien qu'il s'agit d'un phénomène qui présente une association forte et marquée avec des symptômes dépressifs.

Au-delà des systèmes de surveillance au niveau national et régional, ce numéro présente également des démarches de diagnostic et d'intervention en entreprise. Ainsi, l'article de D. Chouanière nous montre bien la nécessité d'intégrer une démarche d'identification des risques psychosociaux en entreprise à une démarche de prévention, démarche qui comporte des étapes bien précises. Elle montre clairement que le recours aux échelles associées à l'utilisation de questionnaires n'est pas toujours possible, et que les entretiens collectifs peuvent apporter un éclairage très utile sur la nature des interventions

à mettre en place. Au Québec, l'Institut national de santé publique a développé un outil qui permet d'identifier sommairement les risques psychosociaux en entreprise [3]. Par ailleurs, la grande majorité des interventions réalisées en entreprise sont basées sur une approche individuelle, laissant souvent de côté l'action sur des dimensions critiques de l'organisation du travail souvent à la source des problèmes. L'article de C. Godard et coll. est un bel exemple de cette stratégie, qui s'avère par ailleurs efficace, du moins à court terme, pour améliorer le diagnostic et le pronostic des épisodes dépressifs et de troubles anxieux par un programme de détection et de promotion de la santé en consultation médicale. L'article de C. Torrès montre bien par ailleurs que certaines situations nécessitent le recours à la clinique médicale du travail ou à la psychodynamique du travail pour comprendre les éléments à l'origine d'un problème de santé mentale au travail, et permettre d'ouvrir ainsi des perspectives de prévention efficace tant au niveau individuel que collectif.

En conclusion, il convient de noter que le succès des interventions pour réduire les problèmes de santé liés au stress en entreprise est difficilement dissociable d'une politique plus globale de santé publique, politique qui devrait inclure des moyens légaux et financiers pour inciter les entreprises à mettre en place les stratégies préventives appropriées pour contrer cette pandémie qui frappe le monde industrialisé.

Références

[1] Vézina M, Bourbonnais R, Brisson C, Trudel L. La mise en visibilité des problèmes de santé liés à l'organisation du travail. In : Brun JP et Fournier P S (Eds). La santé et la sécurité du travail : problématiques en émergence et stratégies d'intervention. Collection santé et sécurité du travail. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2008 ; pp 11-26.

[2] Maranda MF, Saint-Arnaud L, Gilbert MA, Vézina M. La détresse des médecins : un appel au changement. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2006 ; 152 p.

[3] Vézina M, Chénard C. et le groupe scientifique de l'Institut national de santé publique de Québec (INSPQ). Outil de caractérisation préliminaire d'un milieu de travail au regard de la santé psychologique au travail. Québec : INSPQ, 2007 ; 20 p.
<http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=930>

Sommaire détaillé

SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL : COMPRENDRE POUR SURVEILLER *MENTAL HEALTH AND WORK: UNDERSTANDING FOR MONITORING*

p.259 **Santé mentale et travail, de la connaissance à la surveillance**

Mental health and work, from epidemiological knowledge to health surveillance

p.261 **Dépister ou diagnostiquer les risques psychosociaux : quels outils ?**

What screening or diagnosis tools for psychosocial risks?

p.265 **Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France**

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

p.269 **Épidémiologie et clinique médicale du travail : le pari du programme Samotrace, France**

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

p.271 **Violence psychologique au travail et santé mentale : résultats d'une enquête transversale en population salariée en région Paca, France 2004**

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

p.275 **Améliorer le diagnostic et la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs en population active : l'expérience du programme Aprand, France**

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

p.280 **Enquête Surveillance médicale des expositions aux risques - Sumer, France**

SUMER Survey on medical surveillance of occupational risk exposures, France

Santé mentale et travail, de la connaissance à la surveillance

Christine Cohidon (c.cohidon@invs.sante.fr)¹, Ellen Imbernon²

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

2/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Les problèmes de santé mentale en lien avec l'activité professionnelle sont actuellement régulièrement évoqués, et la survenue d'événements comme des suicides sur les lieux de travail leur ont donné une forte visibilité. La prise en compte de ces problèmes, à la fois par de nombreuses entreprises et les pouvoirs publics, illustre l'importance sociétale de cette question. Dans un objectif de surveillance de ces risques professionnels, cet article fait un point rapide sur la littérature épidémiologique et les données disponibles en France pour aborder cette question.

La littérature épidémiologique dispose aujourd'hui d'un important corpus d'études, méthodologiquement rigoureuses, permettant de considérer qu'il existe des liens entre des expositions professionnelles psychosociales et une altération de la santé mentale. De plus, bon nombre d'auteurs s'accordent sur la nature causale de ces liens. Les troubles dépressifs (des symptômes à l'épisode dépressif caractérisé) sont de loin les plus étudiés. En France, des données sont d'ores et déjà disponibles pour permettre un premier diagnostic de ce phénomène et décrire les problèmes de santé mentale dans des populations de travailleurs selon leur activité professionnelle. Ces données peuvent permettre d'identifier certaines catégories professionnelles ou secteurs d'activité plus particulièrement fragilisés. Il s'agit d'une première étape dans une démarche globale de santé publique. Des actions de prévention primaire ou secondaire devraient pouvoir être recommandées et mises en place par les instances compétentes aussi bien au niveau institutionnel que sur le terrain.

Mental health and work, from epidemiological knowledge to health surveillance

Mental health problems associated with work are regularly discussed nowadays, and the occurrence of events such as suicides in the workplace, gives them a high visibility. The consideration of these issues by both many companies and government illustrates their societal importance. With the aim of monitoring these occupational risks, this article provides a rapid overview of the epidemiological literature and data available in France to address this question.

Epidemiological literature has a wealth of methodologically rigorous studies that enable to consider the links between psychosocial working factors and mental health impairment. Moreover, many authors agree on the causal nature of these links. Depressive disorders (from symptoms to major depressive disorder) are by far the most studied. In France, data are already available to provide an initial diagnosis of this phenomenon and describe mental health in populations of workers according to their occupation. They can identify particularly vulnerable occupational categories or sectors of activity. This is a first step for a global public health approach. Primary or secondary preventive actions should be recommended and implemented by the competent authorities, both at the institutional level and on the field.

Mots clés / Key words

Santé mentale, facteurs psychosociaux au travail, surveillance sanitaire / Mental health, psychosocial factors in the workplace, public health surveillance

Introduction - contexte

Les problèmes de santé mentale en lien avec le travail prennent une importance qui semble actuellement grandissante dans notre société. Les suicides récemment survenus dans plusieurs entreprises et mettant en cause le travail ne traduisent que partiellement la réalité des troubles de santé mentale. Ces événements viennent s'ajouter au constat de nombreux médecins du travail : fréquence de plus en plus élevée de problèmes de santé mentale au travail, se traduisant par un mal-être, des symptômes de type anxio-dépressifs ou diverses manifestations physiques (fatigue, troubles du sommeil, douleurs, troubles digestifs fonctionnels...). Par ailleurs, les différentes études sur les conditions de travail menées en France montrent, du fait de modifications substantielles des organisations de travail ces dernières décennies, une intensification du travail et des contraintes psychosociales qui y sont attachées [1]. Du côté des entreprises, on note la création d'observatoires du stress dans de grandes entreprises (Renault, La Poste, France Telecom-Orange...), ainsi que la multiplication de sociétés de service dans le domaine de la gestion du stress en entreprise. Du côté des pouvoirs publics, l'accord-cadre européen sur le stress au travail (en date du 8 octobre 2004) a été trans-

posé en droit français le 2 juillet 2008 ; la lutte contre les problèmes de stress au travail et la promotion de bonnes pratiques, notamment de dialogue, dans l'entreprise et dans les modes organisationnels pour y faire face font l'objet principal de cet accord. L'accord précise également que « dès qu'un problème de stress au travail est identifié, une action doit être entreprise pour le prévenir, l'éliminer ou à défaut le réduire. La responsabilité de déterminer les mesures appropriées incombe à l'employeur ». Par ailleurs, fin 2007, le ministère chargé du Travail a confié à deux experts une réflexion sur les risques psychosociaux au travail. Le rapport Nasse-Légeron a été remis au ministre chargé du Travail en mars 2008 [2]. Il préconise la mise en œuvre de neuf recommandations, la principale concernant la mise en place d'une grande enquête.

Dans un objectif de contribution à la surveillance de ces risques professionnels, cet article fait un point rapide sur la littérature épidémiologique et les données disponibles en France pour documenter cette question.

Précisions sur le vocabulaire

« Stress », « risques psychosociaux », « santé mentale », « burnout » etc. sont des termes

largement utilisés par les différents interlocuteurs intervenant sur cette problématique. Ils ne sont cependant pas synonymes pour les épidémiologistes, pour lesquels il est nécessaire de distinguer ce qui est du domaine de l'exposition de ce qui est du domaine de la santé. C'est pourquoi le terme « stress », utilisé seul et décrivant à la fois dans le langage courant une exposition et une réaction physiologique de l'organisme, ne paraît pas le plus approprié. Les expressions « facteurs de stress » ou « agent stressants » sont néanmoins plus recevables puisqu'elles impliquent une notion d'exposition. Pour ce qui concerne la santé, « santé mentale » fait référence à une altération de l'état de santé allant du « simple » mal-être caractérisé par des symptômes relatifs à la sphère mentale jusqu'à la pathologie psychiatrique, dont l'épisode dépressif caractérisé est l'expression la plus fréquemment mesurée dans les études sur les risques psychosociaux. À nouveau, il est nécessaire de définir précisément ce dont on parle : la présence de troubles (épisode dépressif caractérisé, troubles anxieux) et celle de symptômes ne sont pas équivalentes, notamment en termes de prise en charge. Quant à l'épuisement professionnel ou *burnout*, il se définit par un épuisement physique, mental, émotionnel et un désintérêt profond pour

le contenu de son travail. Pour ce qui est des expositions, l'expression « facteurs psychosociaux au travail » demeure consacrée en épidémiologie.

Un concept très spécifique mérite aussi d'être défini, le harcèlement moral. Il a été défini comme un ensemble d'agissements répétés « qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel » (loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002).

Liens entre santé mentale et travail : de quelles données dispose-t-on dans la littérature épidémiologique internationale ?

La littérature épidémiologique dispose aujourd'hui d'un important corpus d'études, méthodologiquement rigoureuses (prise en compte des principaux facteurs de confusion, études longitudinales sur des échantillons de taille conséquente), permettant de considérer qu'il existe des liens entre des expositions professionnelles psychosociales et une altération de la santé mentale. De plus, la plupart des auteurs s'accordent sur la nature causale de ces liens [3,4], bien qu'il subsiste encore quelques réticences [5]. Les travaux dans ce domaine se sont très vite développés depuis les années 1980 avec l'élaboration aux États-Unis du modèle « tension au travail » (*job strain*) de Karasek [6, version française validée]. D'après ce modèle, la situation devient délétère pour la santé lors d'une exposition prolongée à la combinaison d'une forte demande psychologique (forte charge de travail incluant quantité, intensité, complexité...) et d'une faible latitude décisionnelle (faible marge de manœuvre et peu de possibilité d'utiliser ou de développer ses compétences). Le soutien social au travail vient moduler cette « tension au travail ». Secondairement, un autre modèle d'exposition psychosociale a été développé par Siegrist [7, version française validée]. Ce dernier met en balance, d'une part, les efforts consentis par les salariés (tels que pressions temporelles, responsabilités, exigences croissantes de travail...) et, d'autre part, les récompenses obtenues (gratifications financières, estime, perspectives de promotion, sécurité d'emploi...), afin de mesurer le déséquilibre « effort-récompense ». Dans ce deuxième modèle, l'auteur introduit également la notion de surinvestissement au travail. Ces outils de mesure de l'exposition sont présentés plus en détail dans l'article de D Chouanière, pp. XX-X de ce même numéro.

Pour ce qui est de la santé mentale, les troubles dépressifs voire anxio-dépressifs sont de très loin les plus étudiés. Ils sont la plupart du temps recueillis dans les études à l'aide d'échelles basées sur des questionnaires recueillant des symptômes (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* CES-D [8], *General Health Questionnaire* GHQ [9]...) ou à l'aide d'outils dits

« diagnostiques » tels que le MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) [10] ou le CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) [11].

Les nombreux résultats positifs dans le champ de l'épidémiologie des risques professionnels ne doivent pas faire oublier les limites de certaines de ces études. La non indépendance des mesures d'exposition et de santé (recueil de l'exposition et des données de santé simultanément auprès du salarié qui peut entraîner un phénomène de circularité des données), la non prise en compte de certains facteurs de confusion personnels (type de personnalité, événements douloureux récents, antécédents psychiatriques, catégorie sociale), l'hétérogénéité des études (principalement sur les mesures de la santé mentale mais aussi des expositions aux facteurs psychosociaux avec le recours fréquent à des *proxies*) et le schéma d'étude transversal sont les principales limites régulièrement rapportées. Par ailleurs, il existe encore un déficit de connaissance quant aux effets liés à la durée et l'intensité des expositions en cause. De plus, très peu d'évaluations d'intervention ont été rapportées dans ce domaine et il s'agit d'un manque à combler. En effet, outre leur objectif de prévention, celles-ci contribuent aussi à confirmer les liens de causalité entre les facteurs psychosociaux au travail et la santé psychique.

Données disponibles en France dans un objectif de surveillance sanitaire

En France, plusieurs travaux de recherche sur le sujet ont été publiés ou sont en cours. Bien qu'étant indispensables pour enrichir les connaissances épidémiologiques, nous ne les évoquerons pas ici car ils ne permettent le plus souvent que de décrire partiellement la situation française, étant conduits habituellement dans des populations spécifiques (un seul secteur ou type d'emploi étudié) et destinés à tester des hypothèses.

Il existe en revanche de grandes enquêtes, en population générale ou en population d'actifs, qui peuvent apporter des réponses à un objectif de surveillance sanitaire macroscopique.

Le déterminant « travail » fait désormais partie de l'ensemble des déterminants sanitaires étudiés dans les grandes enquêtes de santé publique en population générale, telles que l'Enquête décennale santé de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ou le Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). De ce fait, lorsque la santé mentale est explorée, des descriptions de ses liens avec l'activité professionnelle sont possibles et intéressantes car ces enquêtes portent sur des effectifs importants et des échantillons représentatifs de la population active. De telles exploitations ont déjà été réalisées et doivent se poursuivre dans l'avenir [12,13].

Dans le domaine plus spécifique des risques professionnels, très peu d'enquêtes épidémiolo-

giques couvrant un très large échantillon de professions et de secteurs ont été menées jusqu'à présent. On peut citer les travaux de Niedhammer et coll. sur la violence au travail, présentés en partie dans ce numéro (pp. 271-5). L'enquête « Santé et itinéraires professionnels » (SIP) pilotée par les services statistiques des ministères chargés du Travail et de la Santé (Dares et Drees), avec l'appui scientifique du Centre d'études pour l'emploi, a pour objectif d'explorer les dynamiques de santé liées aux caractéristiques des parcours professionnels et des conditions de travail. La santé mentale fait partie des problèmes de santé explorés dans cette enquête, à travers certains modules du MINI. Les données sont en cours d'exploitation et fourniront probablement des résultats intéressants et originaux. Rappelons néanmoins que, si le recours à des données existantes offre l'avantage d'être économique et pratique, il présente néanmoins des limites relatives par exemple au choix des outils utilisés ou à la disponibilité de certaines variables [14].

Par ailleurs, depuis 2006, le Département santé travail (DST) de l'InVS développe, en lien avec un réseau de partenaires (médecins inspecteurs régionaux du travail, médecins du travail et médecins conseils), le programme Samotrace (article de C. Cohidon et coll. pp 265-9 de ce numéro). Son objectif est de décrire les troubles de santé mentale selon des caractéristiques professionnelles. Actuellement encore en phase pilote dans deux zones géographiques françaises, ce programme a permis néanmoins de produire certains résultats. À l'issue de sa phase pilote, le programme Samotrace est appelé à être étendu et poursuivi en tant que système de surveillance. Un autre programme du DST/InVS permet d'appréhender la question au travers des signalements de maladies à caractère professionnel (MCP). Ce système, reposant sur un réseau de plusieurs centaines de médecins du travail répartis en 2006 dans sept régions françaises, a pour objectif d'estimer des prévalences nationales et régionales des affections jugées imputables au travail par les médecins du travail, ainsi que les caractéristiques professionnelles et les conditions de travail qui leur sont associées. Il ressort déjà de ces données que la souffrance psychique fait partie des troubles de santé les plus souvent signalés parmi les MCP. Cette souffrance est plus fréquemment repérée par les médecins du travail dans certaines catégories professionnelles (cadres et professions intermédiaires) [15].

Enfin, l'enquête Sumer, mise en place depuis 1987 et coordonnée par le ministère chargé du Travail, a pour objectif de décrire, en population salariée, les expositions à différentes nuisances ou contraintes professionnelles dont les liens avec la santé sont avérés ou soupçonnés d'après la littérature épidémiologique. L'édition 2003 de Sumer incluait une mesure des expositions psychosociales avec le questionnaire de Karasek. La prochaine édition de l'enquête (2009) sera

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] Netterström 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 Bilbao [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 Bilbao 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] :

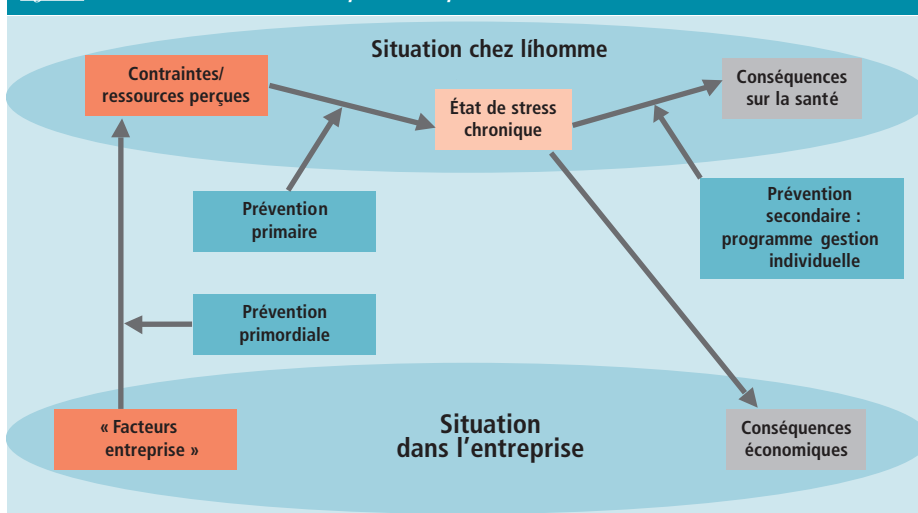
- données liées au fonctionnement de l'entreprise :

- . 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.

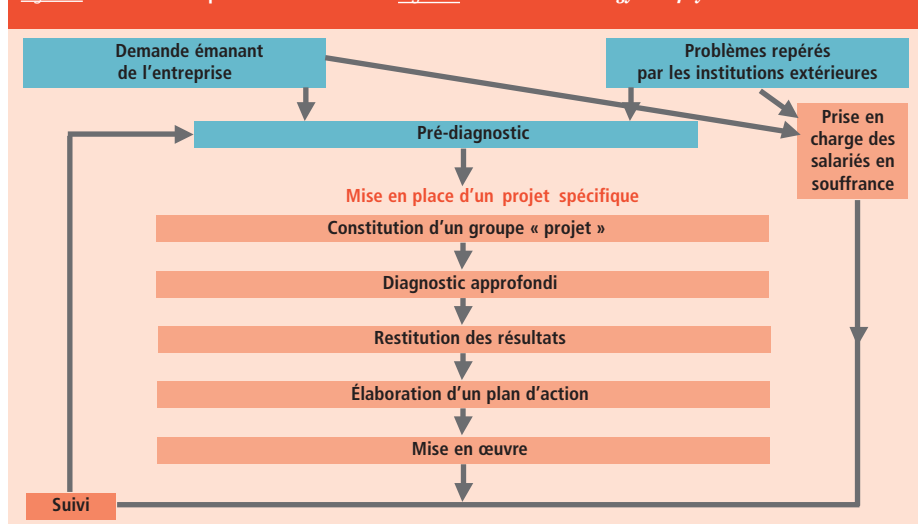
Le recours au questionnaire à l'étape du pré-diagnostic n'est pas recommandé. En effet, recueillir la parole des salariés suppose de leur restituer les résultats et d'agir ensuite pour remédier aux problèmes évoqués. Comme la décision d'agir n'est pas encore prise, il est préférable de s'abstenir de 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 WOCQ (*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

zone géographique pilote a été créée secondairement en région Rhône-Alpes.

Le programme comporte trois volets indépendants, utilisant des méthodes d'analyse quantitatives (épidémiologie) ou qualitatives (clinique médicale du travail) [3]. Le volet qualitatif de ce programme est illustré par l'article de C Torres page 269 de ce numéro.

Les résultats présentés dans cet article concernent le volet en entreprise et sont issus de la phase pilote implantée en zone Centre. L'objectif général de ce volet est d'obtenir des indicateurs de prévalence des troubles de santé mentale selon la profession et le secteur d'activité, ainsi que des estimations des expositions à leurs facteurs de risque, en population d'actifs au travail. L'objectif de la présente étude est de décrire les associations entre des expositions à des contraintes psychosociales au travail et la santé mentale. À noter que d'autres publications concernant la description de ces expositions selon les catégories professionnelles et les secteurs d'activité sont en cours de rédaction.

Population et méthodes

Population

Un réseau de 110 médecins du travail volontaires des régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, couvrant des secteurs d'activité variés, a participé à ce programme. Chaque semaine, entre janvier 2006 et mars 2008, les médecins ont tiré au sort un salarié, dans le cadre de la visite périodique de médecine du travail, parmi ceux qu'ils surveillaient et lui ont proposé de participer à l'enquête Samotrace. Les salariés étaient informés de leur possibilité de refuser de participer à l'enquête et du caractère anonyme des traitements statistiques des questionnaires. Les salariés inclus devaient occuper leur emploi depuis plus de six mois.

Données

Le recueil de données était effectué au cours de la visite périodique de médecine du travail. Celles-ci étaient recueillies d'une part au moyen d'un autoquestionnaire rempli en salle d'attente (puis remis à l'équipe médicale) et, d'autre part, par un questionnaire administré par le médecin. La santé mentale a été explorée par le *General Health Questionnaire* à 28 questions (GHQ28). Le GHQ28 explore le mal-être psychique à travers quatre dimensions : santé générale, symptômes anxieux, retentissement sur la vie courante et symptômes dépressifs. Les réponses ont été codées dans un système bimodal (0,0,1,1) puis sommées pour obtenir un score pour chaque salarié (score variant de 0 à 28). Au-delà de la valeur seuil classiquement adoptée de 4, le salarié était considéré en « mal-être » [4].

Les facteurs psychosociaux au travail comprenaient entre autres, le questionnaire de Siegrist [5] basé sur le déséquilibre entre les efforts consentis et les récompenses obtenues. La dimension « effort » comportait six questions ; la dimension « récompense » 11 questions et la

dimension « surinvestissement » en comptait 29. Le déséquilibre effort/récompense a été classiquement mesuré par le ratio entre les deux dimensions pondérées. L'exposition au déséquilibre était ensuite définie pour un ratio supérieur à 1. L'exposition au surinvestissement a été définie pour les salariés ayant un score appartenant au tertile supérieur de la distribution de la dimension [6].

L'exposition à la violence physique, verbale, aux discriminations ainsi qu'aux menaces était également recueillie par le médecin du travail. Enfin, les problèmes d'éthique professionnelle étaient explorés à travers la question (portant sur les 12 derniers mois) : « Avez-vous été contraint de travailler d'une façon qui heurtait votre conscience professionnelle ? »

D'autres variables professionnelles étaient recueillies par le médecin du travail. Elles décrivaient l'emploi au travers de la profession, du secteur d'activité, du type de contrat, de la taille de l'entreprise. Elles étaient complétées d'un descriptif des conditions organisationnelles telles que les horaires de travail, le temps de travail, le travail posté, la rotation de poste.

Enfin, les informations recueillies comprenaient également (en autoquestionnaire) des variables

sociodémographiques (sexe, âge, niveau d'éducation, type d'habitation, revenu...) et personnelles tels que des événements de vie récents (décès ou maladie de proches ou de la personne, divorce, difficultés financières, vols...) et dans l'enfance (décès et maladie de proches, divorce des parents, catastrophe naturelle...), le soutien social et la pratique de loisirs. Les antécédents médicaux, la prise de médicaments psychotropes, les arrêts de travail récents et leur motif ont également été notés par le médecin.

Analyses

Les analyses ont été menées séparément selon le sexe. Dans un premier temps, les associations entre le mal-être et les variables relatives à l'organisation du travail et aux facteurs psychosociaux ont été étudiées sur un mode univarié par des tests du Chi2. Ces associations ont également été étudiées pour les variables d'ajustement (sociodémographiques, personnelles et de santé). Les variables associées au mal-être au seuil de 20 % ont été retenues pour des analyses multivariées. Celles-ci ont été menées en plusieurs étapes : des régressions par groupe de variables ont tout d'abord été effectuées (mal-être selon les variables sociodémographiques, selon les

Tableau 1 Description de l'échantillon Samotrace, région Centre, France / Table 1 Description of the Samotrace Sample, Centre Region, France

	Hommes (n=3 463)		Femmes (n=2 593)	
	n	%	n	%
Âge				
< 30 ans	526	15,2	413	15,9
30-39 ans	1 024	29,6	720	27,8
40-49 ans	1 081	31,2	806	31,8
≥ 50 ans	832	24,0	654	25,2
Statut marital				
Célibataire	736	21,3	452	17,4
Marié	1 833	53,0	1 286	49,6
Vivant maritalement	635	18,4	515	19,9
Séparé, divorcé, veuf	256	7,4	340	13,1
Niveau d'études				
Aucun diplôme	239	6,9	144	5,6
< Baccalauréat	1 748	51,8	1 035	42,1
Baccalauréat	627	18,6	543	22,1
> Baccalauréat	757	22,5	735	29,9
Catégorie sociale				
Cadres	449	13,0	216	8,4
Professions intermédiaires	1 183	34,3	781	30,3
Employés	397	11,5	1 253	48,5
Ouvriers	1 416	41,1	331	12,8
Secteur d'activité				
Agriculture	6	0,2	5	0,2
Industrie manufacturière	929	26,8	374	14,4
Production et distribution eau, gaz, électricité	438	12,6	71	2,7
Construction	397	11,5	60	2,3
Commerce	393	11,3	372	14,3
Hôtels et restaurants	56	1,6	65	2,5
Transports et communication	349	10,1	179	6,9
Activités financières	119	3,4	180	6,9
Immobilier	298	8,6	341	13,1
Administration publique	179	5,2	201	7,7
Éducation	20	0,6	31	1,2
Santé et action sociale	128	3,7	531	20,5
Services collectifs, sociaux et personnels	97	2,8	116	4,5
Mal-être (GHQ₂₈)	3 379	24,5	2 502	37,1
Déséquilibre effort / récompense (Siegrist)	3 117	2,8	2 229	3,0
Surinvestissement (Siegrist)	3 384	33,7	2 472	38,9
Travailler d'une façon qui heurte la conscience professionnelle	3 408	14,3	2 541	12,2

variables de santé, selon les facteurs organisationnels et selon les facteurs psychosociaux). Les variables associées au seuil de 10 % dans chacune de ces régressions par groupe ont ensuite été incluses dans un même modèle final. Les analyses ont été menées à l'aide du logiciel Stata®.

Résultats

L'échantillon comporte 6 056 salariés, dont 57 % d'hommes. L'âge moyen est de 41 ans. La répartition des salariés en fonction de la catégorie professionnelle et du secteur d'activité est présentée dans le tableau 1. L'échantillon est

globalement représentatif de la population salariée de la zone géographique en termes de sexe, d'âge, de catégorie sociale et de secteur d'activité (faible représentation cependant de l'agriculture et de l'éducation). Un mal-être (selon le GHQ₂₈) est déclaré par 24,5 % des hommes et 37,1 % des femmes (différence significative).

Le tableau 2 décrit les liens entre le mal-être et les différentes variables professionnelles relatives à l'organisation du travail et à l'exposition aux facteurs psychosociaux. À l'exception de la rémunération au rendement chez les hommes, l'ensemble des facteurs psychosociaux au travail

est très lié au mal-être. En revanche, on trouve peu d'associations entre le mal-être et les horaires de travail atypiques. Le fait d'avoir une durée de travail journalière supérieure à 10 heures est cependant associée au mal-être chez les femmes.

Les analyses multivariées sont présentées dans le tableau 3. L'exposition au déséquilibre effort/récompense est associée au mal-être, quel que soit le sexe (respectivement OR = 2,4 ; [IC 95 % : 1,1-5,0] et OR = 3,1 ; [IC 95 % : 1,4-7,0]). Il en est de même pour le surinvestissement au travail pour lequel l'odds ratio est de 1,8

Tableau 2 Prévalence du mal-être (d'après GHQ₂₈) selon les variables sociodémographiques, de santé, décrivant l'emploi et l'environnement psychosocial au travail, France / Table 2 Prevalence of psychological distress (GHQ₂₈) according to sociodemographic, health, occupational and psychosocial variables at work, France

		Hommes (n = 3 379)		Femmes (n = 2 502)		
		n	%	n	%	
Variables sociodémographiques et de santé						
Âge			ns			**
< 30 ans	517	24,8		404	42,1	
30-39 ans	1 010	25,5		701	38,5	
40-49 ans	1 051	23,4		774	37,5	
≥50 ans	801	24,6		623	31,6	
Statut marital			***			ns
Célibataire	722	22,8		441	35,6	
Vie en couple	2 408	24,0		1 738	36,4	
Séparé, veuf, divorcé	726	34,5		323	42,7	
Diplôme			**			ns
Aucun diplôme	236	22,9		132	34,8	
< Baccalauréat	1 696	22,5		1 001	35,6	
Baccalauréat	614	29,0		523	35,9	
> Baccalauréat	742	26,4		718	39,0	
Catégorie sociale			ns			ns
Cadres	439	25,3		212	37,7	
Professions intermédiaires	1 155	26,7		751	38,3	
Employés	385	25,2		1 213	36,8	
Ouvriers	1 385	22,3		315	34,3	
Événement marquant avant l'âge de 18 ans			***			***
Non	2 183	19,8		1 519	31,3	
Oui	1 177	33,4		972	46,2	
Événement marquant au cours de l'année écoulée			***			***
Non	1 762	14,9		1 156	25,6	
Oui	1 595	35,2		1 331	46,7	
Antécédent familial de troubles dépressifs			***			***
Non	2 672	21,4		1 819	33,4	
Oui	586	37,2		603	46,4	
Arrêts maladie durant l'année			***			***
Non	2 477	20,6		1 708	30,7	
Oui	785	36,4		708	51,0	
Tabagisme			ns			***
Non	2 168	24,1		1 827	34,4	
Oui	1 207	25,3		672	44,0	
Consommation excessive d'alcool ^a			***			***
Non	2 878	23,3		2 129	36,3	
Oui	338	37,6		47	63,8	
Traitement psychotrope			***			***
Non	3 153	22,9		2 173	33,1	
Oui	178	53,4		281	63,7	
Organisation du travail						
Taille d'établissement			**			ns
≥200 salariés	1 485	26,8		971	35,2	
< 200 salariés	1 880	22,7		1 510	38,5	
Temps travail supérieur à 10h/j			ns			**
Non	2 212	23,8		2 120	35,5	
Actuellement	611	27,2		175	45,7	
Dans le passé	546	24,7		202	45,5	
Coucher souvent après minuit			ns			ns
Non	2 477	24,5		223	36,3	
Actuellement	417	22,5		126	42,9	
Dans le passé	473	26,4		144	43,1	

		Hommes (n = 3 379)		Femmes (n = 2 502)		
		n	%	n	%	
Organisation du travail (suite)						
Lever souvent avant 5 heures			ns			ns
Non	2 178	24,3		2 057	36,7	
Actuellement	702	23,9		250	36,8	
Dans le passé	491	26,5		190	41,6	
Horaires de nuit			ns			ns
Non	2 638	24,9		2 295	36,7	
Actuellement	348	22,4		90	35,6	
Dans le passé	386	24,4		113	44,2	
Rotation de poste			ns			*
Non	2 354	24,2		1 770	35,7	
Oui	1 001	25,6		724	40,5	
Horaires alternants			ns			ns
Non	2 208	24,2		1 849	37,3	
Oui	1 162	25,0		645	36,7	
Contraintes psychosociales						
Travail répétitif sous contrainte de temps			***			***
Non	3 051	23,5		2 211	35,4	
Oui	316	33,5		278	48,9	
Devoir supporter les exigences du public			***			***
Non concerné	1 924	24,6		995	34,2	
Concerné et pas difficile	977	20,2		1 020	34,0	
Concerné et difficile	450	33,3		463	49,5	
Déséquilibre effort /récompense (Siegrist)			***			***
Non	2 968	23,2		2 107	35,5	
Oui	85	71,8		64	81,2	
Surinvestissement (Siegrist)			***			***
Non	2 195	36,7		1 474	27,9	
Oui	111	18,5		924	52,2	
Travailler d'une façon qui heurte la conscience professionnelle			***			***
Non	2 853	21,7		2 163	35,0	
Oui	477	40,7		296	52,4	
Rémunération au rendement			ns			*
Non	2 966	24,4		2 230	36,2	
Actuellement	227	22,0		135	39,3	
Dans le passé	176	29,5		123	47,1	
Exposition aux violences			***			***
Non	3 260	24,3		2 361	36,4	
Oui	104	35,6		120	48,3	
Exposition aux menaces, intimidations			***			***
Non	2 997	22,2		2 086	33,2	
Oui	349	42,7		393	57,0	
Exposition aux discriminations			***			***
Non	3 236	23,5		2 294	35,0	
Oui	130	48,5		185	59,5	
Compatibilité horaires travail et vie sociale			***			***
Très bonne	1 222	18,6		1 034	29,6	
Assez bonne	1 628	25,5		1 111	39,2	
Assez mauvaise ou mauvaise	522	35,4		349	52,4	

ns : non significatif

(***) p < 0,001 ; (**) p < 0,01 ; (*) p < 0,05

^a : mesurée par le questionnaire DETA, décrivant une consommation excessive ou une dépendance à l'alcool.

	Hommes (n = 3 379)			Femmes (n = 2 502)		
	n	%		n	%	
Organisation du travail (suite)						
Lever souvent avant 5 heures						
Non	2 178	24,3	ns	2 057	36,7	ns
Actuellement	702	23,9		250	36,8	
Dans le passé	491	26,5		190	41,6	
Horaires de nuit						
Non	2 638	24,9	ns	2 295	36,7	ns
Actuellement	348	22,4		90	35,6	
Dans le passé	386	24,4		113	44,2	
Rotation de poste						
Non	2 354	24,2	ns	1 770	35,7	*
Oui	1001	25,6		724	40,5	
Horaires alternants						
Non	2 208	24,2	ns	1 849	37,3	ns
Oui	1 162	25,0		645	36,7	
Contraintes psychosociales						
Travail répétitif sous contrainte de temps						
Non	3 051	23,5	***	2 211	35,4	***
Oui	316	33,5		278	48,9	
Devoir supporter les exigences du public						
Non concerné	1 924	24,6	***	995	34,2	***
Concerné et pas difficile	977	20,2		1 020	34,0	
Concerné et difficile	450	33,3		463	49,5	
Déséquilibre effort /récompense (Siegrist)						
Non	2 968	23,2	***	2 107	35,5	***
Oui	85	71,8		64	81,2	
Surinvestissement (Siegrist)						
Non	2 195	36,7	***	1 474	27,9	***
Oui	111	18,5		924	52,2	
Travailler d'une façon qui heurte la conscience professionnelle						
Non	2 853	21,7	***	2 163	35,0	***
Oui	477	40,7		296	52,4	
Rémunération au rendement						
Non	2 966	24,4	ns	2 230	36,2	*
Actuellement	227	22,0		135	39,3	
Dans le passé	176	29,5		123	47,1	
Exposition aux violences						
Non	3 260	24,3	***	2 361	36,4	***
Oui	104	35,6		120	48,3	
Exposition aux menaces, intimidations						
Non	2 997	22,2	***	2 086	33,2	***
Oui	349	42,7		393	57,0	
Exposition aux discriminations						
Non	3 236	23,5	***	2 294	35,0	***
Oui	130	48,5		185	59,5	
Compatibilité horaires travail et vie sociale						
Très bonne	1 222	18,6	***	1 034	29,6	***
Assez bonne	1 628	25,5		1 111	39,2	
Assez mauvaise ou mauvaise	522	35,4		349	52,4	

Tableau 3 Odds-ratios issus des régressions logistiques étudiant les liens entre mal-être au GHQ₂₈ et l'environnement psychosocial au travail, France / *Table 3 Odds ratio from logistic regression analyses on the associations between psychological distress and psychosocial environment at work, France*

	Hommes				Femmes			
	Analyse bivariable		Analyse multivariée*		Analyse bivariable		Analyse multivariée*	
	OR	[IC 95 %]	OR	[IC 95 %]	OR	[IC 95 %]	OR	[IC 95 %]
Déséquilibre effort /récompense	8,3	[5,1-13,3]	2,4	[1,1-5,0]	8	[4,1-15,4]	3,1	[1,3-7,0]
Surinvestissement	2,5	[2,1-3,0]	1,8	[1,4-2,3]	2,8	[2,3-3,3]	2,3	[1,8-2,9]
Discrimination	3,1	[2,2-4,5]	1,7	[0,9-3,2]	2,7	[1,9-3,7]	-	-
Menaces	2,5	[2,0-3,2]	-	-	2,8	[2,2-3,6]	-	-
Violences	1,7	[1,2-2,6]	-	-	1,8	[1,2-2,7]	2,4	[1,3-4,4]
Travailler d'une façon qui heurte la conscience	2,4	[2,0-3,0]	1,5	[1,1-2,1]	2,1	[1,6-2,7]	-	-
Incompatibilité horaires travail-vie sociale :								
- moyenne	1,5	[1,2-1,8]	1,2	[0,9-1,5]	1,5	[1,3-1,9]	-	-
- forte	2,4	[1,9-3,1]	1,5	[1,0-2,1]	2,6	[2,0-3,3]	-	-
Contact difficile avec le public	1,7	[1,4-2,1]	-	-	1,9	[1,5-2,3]	1,4	[1,0-1,8]
Rémunération au rendement :								
- actuelle	0,8	[0,6-1,1]	-	-	1,1	[0,8-1,6]	0,9	[0,5-1,4]
- passée	1,3	[0,9-1,8]	-	-	1,6	[1,1-2,4]	2,2	[1,3-3,8]
Travail répétitif sous contrainte de temps	1,6	[1,2-2,0]	1,4	[1,0-2,2]	1,7	[1,3-2,2]	-	-
Établissement >200 personnes	1,2	[1,1-1,4]	1,3	[1,1-1,6]	-	-	-	-

* Modèles ajustés sur les variables suivantes : âge, niveau d'étude, épisode marquant dans l'enfance et au cours des 12 derniers mois, soutien social en dehors travail, antécédents dépressifs familiaux et prise de psychotropes, arrêts maladie au cours de l'année
NB : pour chaque variable, modalités de référence : non exposé

[IC 95 % : 1,4-2,3] chez les hommes et de 2,3 [IC 95 % : 1,8-2,9] chez les femmes.

L'obligation à travailler d'une manière que l'on réprouve est associé au mal-être uniquement chez les hommes (OR = 1,5 [IC 95 % : 1,1-2,1]). En revanche, l'exposition aux violences physiques ou verbales sur le lieu de travail est associé au mal-être uniquement chez les femmes (OR = 2,4 [IC 95 % : 1,3-4,4]). On observe également en analyse multivariée la persistance du lien entre le mal-être et la taille importante de l'établissement (supérieure à 200 salariés).

Discussion

Cette étude a montré des associations importantes entre des symptômes de santé mentale et l'exposition à certaines contraintes psychosociales au travail : déséquilibre efforts/récompenses et surinvestissement et ce, quel que soit le sexe.

La limite principale de cette étude concerne le schéma d'étude transversal du recueil de données qui ne permet pas de conclure à l'existence de liens causaux. Ces résultats viennent néanmoins renforcer ceux d'autres études issues de la littérature épidémiologique internationale. Par ailleurs, le déroulement de l'enquête en milieu de travail, avec un regard possible du médecin du travail sur les questionnaires sur les facteurs psychosociaux aurait pu biaiser les réponses des salariés. Ce biais nous semble limité. En effet, nous avons pu comparer les résultats issus d'un autre questionnaire psychosocial inclus dans l'étude, le questionnaire de Karasek (résultats non présentés ici), avec ceux issus de l'enquête Sumer 2003, dans laquelle, le médecin du travail n'avait pas accès aux réponses des salariés sur les expositions psychosociales [7]. Les résultats de ces deux enquêtes, concernant le questionnaire de Karasek sont complètement superposables. Les résultats sont également très cohérents avec d'autres études épidémiologiques internationales, pour lesquelles il n'y a pas eu de recours à la médecine du travail. Enfin, un biais dans la

constitution de l'échantillon ne peut être complètement écarté. Il existe en effet deux niveaux de sélection dans cette étude : un premier niveau avec le volontariat des médecins du travail et un second niveau avec les refus de participation des salariés. Ce dernier élément est malheureusement difficilement quantifiable. En effet, bien que le protocole prévoyait que chaque médecin du travail participant recense les refus rencontrés, environ 1/3 d'entre eux l'ont effectivement fait. L'analyse de ces refus ne montrait pas de particularité, en termes de secteur ou de profession. Concernant le recrutement des médecins volontaires, la bonne représentativité de l'échantillon en termes de professions et de secteurs d'activité limite l'effet de sélection lié au volontariat.

Cette étude présente en revanche certains atouts. Très peu d'études ont été menées jusqu'à présent sur un champ aussi large en termes de professions et de secteurs d'activité. De plus, l'échantillon de plus de 6 000 salariés permet une analyse distincte des hommes et des femmes avec une puissance statistique satisfaisante. Le questionnaire de l'enquête permet une analyse détaillée des expositions aux facteurs psychosociaux au travail, en ayant recours notamment au questionnaire de Siegrist, beaucoup moins utilisé dans la littérature que celui de Karasek. Par ailleurs, d'autres concepts encore plus originaux, tels que les problèmes d'éthique professionnelle sont abordés. Enfin, le questionnaire comprend également d'autres facteurs de risque classiques de symptômes de mal-être (histoire personnelle, antécédents médicaux). Ces facteurs ont été pris en compte dans l'analyse statistique, ce qui limite les phénomènes de confusion.

Les résultats sur les liens entre le mal-être et l'exposition au déséquilibre efforts/récompenses et au surinvestissement au travail sont cohérents avec la littérature épidémiologique internationale, bien que le corpus d'études soit encore restreint et les études hétérogènes (à la fois sur les indicateurs de santé mentale et sur le traitement des dimensions du questionnaire de

Siegrist) [8]. Il n'existe pas à notre connaissance, en France, d'étude épidémiologique ayant utilisé le questionnaire de Siegrist sur un ensemble aussi large de catégories professionnelles et de secteurs d'activité. En ce sens, les prévalences d'exposition au déséquilibre effort/récompense de Siegrist pourraient servir de mesure de référence en population salariée, en attendant les résultats issus de la prochaine enquête Sumer (encadré page 280). Les travaux de Niedhammer menés dans le secteur de la production et distribution de gaz et d'électricité montraient des prévalences d'exposition au déséquilibre effort/récompense supérieures à celles observées dans notre étude, (respectivement 4,6 % chez les hommes et 5,8 % chez les femmes) [9]. Cependant ces prévalences ont été mesurées dans un contexte de restructuration, ce qui pourrait expliquer leur supériorité. L'intensité des liens entre le déséquilibre effort/récompense et le mal-être (mesuré aussi par le GHQ) est en revanche identique chez les hommes et légèrement inférieure chez les femmes. Ces niveaux d'intensité de risque élevés sont également retrouvés dans d'autres études européennes. C'est ainsi le cas dans une étude prospective menée par Stansfeld dans la cohorte de fonctionnaires britanniques Whitehall (risque de 2,5 chez les hommes et de 1,7 chez les femmes, avec le GHQ) [10]. Godin en Belgique, dans une étude longitudinale incluant des secteurs d'activité et des professions diverses, présente des risques significatifs encore plus élevés (2,8 chez les hommes et 4,6 chez les femmes), mais l'outil de mesure des symptômes psychiques n'était pas le même [11]. Ceci soulève la question de la mesure de la santé mentale. Il serait intéressant de disposer aussi d'études dans lesquelles les troubles dépressifs seraient diagnostiqués par un clinicien. C'est le cas dans l'étude de Kivimäki, qui rapporte des valeurs de risque sensiblement plus faibles que les études citées précédemment mais les dimensions du Siegrist sont explorées par des proxies et non par le modèle complet [12]. Les estimations des

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, Elovainio 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 Samotrace [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 pâtiennent 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)^{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

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 [1]. 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 [2,3].

En 2001, le Service médical d'assurance maladie des Industries électriques et gazières (IEG) a organisé une détection systématique des critères diagnostiques des troubles anxieux et dépressifs définis par la CIM10 au moyen de l'entretien structuré MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) [4], auprès de tous les salariés consultants de 21 médecins conseils, volontaires pour l'étude. Ces consultants sont des salariés en arrêt de travail ou des salariés accidentés qui se rendent de façon systématique à la consultation du médecin conseil, en contrepartie de leurs prestations. Une partie des personnes détectées (sur les centres actifs) a bénéficié d'une action protocolée d'information et de conseil pendant la consultation, juste après la détection. Cette action a comporté une remise des résultats du test, une remise de dépliants courts et simples sur les pathologies détectées, une incitation à consulter le médecin traitant (ou un psychiatre) si nécessaire, voire une incitation à consulter le

médecin du travail en cas de problème professionnel. Les conseils formulés comme les dépliants se sont basés sur les recommandations de l'OMS : explications sur l'affection, sur les moyens de s'en sortir, conseils généraux aux personnes et aux familles. Une charte de fonctionnement en réseau a permis la transmission directe d'information entre médecins, si la personne le demandait.

Pour évaluer l'efficacité de l'intervention sur le pronostic des pathologies détectées, une enquête épidémiologique évaluative d'observation de type « ici-ailleurs » a été mise en place pour comparer l'évolution des pathologies détectées dans huit cabinets médicaux « actifs » (qui se sont investis dans l'action préventive à l'issue des détectations positives) à celle des pathologies détectées dans 13 cabinets médicaux « témoins » (qui ont accepté de détecter les pathologies de façon similaire et d'observer leur évolution sans intervenir).

Cette étude a obtenu l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ainsi que la caution morale du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Matériel et méthodes

Détection, inclusion des cas

Pour éviter les problèmes de contamination, on a veillé à ce que les centres médicaux de l'étude soient géographiquement dispersés en France. L'implantation géographique et la taille des villes d'exercice (Île-de-France, régions, ville universitaire ou non) ont également été prises en considération pour la répartition en centres actifs (11 900 salariés couverts) et en centres témoins (14 750 salariés), afin d'équilibrer les possibilités

et les cultures d'accès aux soins dans les deux groupes.

Le programme a été présenté et expliqué à chaque consultant des cabinets médicaux de l'étude comme un programme de recherche visant à « mieux comprendre les troubles anxieux et dépressifs, mieux les identifier, mieux les résoudre ». Un document explicatif a été remis par la secrétaire ou par le médecin. Puis la détection au moyen de l'entretien MINI a été systématiquement proposée. Les consultants ont eu toute liberté de refuser.

Les entretiens ont recherché les critères diagnostiques d'épisodes dépressifs actuels (premiers épisodes ou épisodes récurrents), de dysthymies, de troubles phobiques (agoraphobies, phobies sociales), de troubles paniques, d'anxiétés généralisées et d'épisodes maniaques dans la vie du sujet (troubles bipolaires). Les idées suicidaires ont été explorées par l'entretien MINI chez les personnes qui présentaient un épisode dépressif ou une dysthymie.

Les personnes détectées étaient ensuite libres de ne pas entrer dans l'enquête évaluative. Celles qui ont accepté d'y être incluses ont été sollicitées pour remplir un auto-questionnaire juste après l'entretien. Elles ont été rappelées un an plus tard pour un entretien MINI de contrôle, recherchant si le trouble initial avait disparu.

Données et analyse

À la détection, un auto-questionnaire « patient » et un hétéro-questionnaire « médecin » ont permis de recueillir les caractéristiques initiales personnelles (âge, sexe, catégorie hiérarchique, lieu de travail), ainsi que les caractéristiques diagnostiques et pronostiques initiales (troubles détectés par le MINI, existence d'un diagnostic

Tableau 1 Résultats de la détection : caractéristiques initiales des personnes détectées avec au moins un trouble dépressif, Programme Aprand, France /
Table 1 Results of the detection: initial characteristics of those detected with at least one depressive disorder, APRAND programme, France

	Total 667 cas		Actifs 270 cas		Témoins 397 cas		Chi ²
≥40 ans	(500)	75 %	(209)	77,40 %	(291)	73,30 %	NS
Hommes	(297)	44,50 %	(99)	36,70 %	(198)	49,90 %	***
Exécution	(308)	46,20 %	(104)	38,50 %	(204)	51,40 %	***
Île-de-France	(337)	50,50 %	(173)	64,10 %	(164)	41,30 %	***
Première dépression	(263)	39,40 %	(131)	48,50 %	(132)	33,20 %	***
Dépression récurrente	(288)	43,20 %	(107)	39,60 %	(181)	45,60 %	NS
Dysthymie	(116)	17,40 %	(32)	11,90 %	(84)	21,20 %	**
Trouble panique présent	(164)	24,60 %	(67)	24,80 %	(97)	24,40 %	NS
Trouble phobique présent	(215)	32,20 %	(73)	27 %	(142)	35,80 %	*
Anxiété généralisée présente	(214)	32,10 %	(95)	35,20 %	(119)	30 %	NS
Score HAD composante anxiété	12,1 ^a	(3,8) ^b	12,2	(3,9)	12,0	(3,8)	NS
Score HAD composante dépression	9,9 ^a	(4,2) ^b	10,1	(4,2)	9,8	(4,3)	NS
Idées suicidaires	(239)	34,40 %	(120)	43,60 %	(119)	28,30 %	***
Problème privé présent	(212)	31,80 %	(113)	41,90 %	(99)	24,90 %	***
Problème médical présent	(100)	15 %	(51)	19,90 %	(49)	12,30 %	*
Problème professionnel présent	(334)	50,10 %	(121)	44,80 %	(213)	53,70 %	*
Problème d'alcool présent	(30)	4,50 %	(15)	5,60 %	(15)	3,80 %	NS
N'a pas de suivi médical ^c	(155)	23,20 %	(68)	25,20 %	(87)	21,90 %	NS
Suivi par un généraliste	(384)	57,60 %	(147)	54,40 %	(237)	59,70 %	NS
Suivi par un spécialiste	(201)	30,10 %	(86)	31,90 %	(115)	29 %	NS

^a Moyenne

^b Écart type

^c N'a pas de suivi médical antérieur à la détection pour le problème détecté.

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

de ce trouble par un médecin traitant avant la détection, présence de problèmes privés, médicaux, professionnels concomitants, scores anxiété et dépression des deux sous-échelles HAD [5] pour évaluer la sévérité de la symptomatologie). Dans le groupe intervention, les personnes et les médecins ont été interrogés sur leur perception de l'intérêt de l'intervention (à six mois pour les patients, à un an pour les médecins).

Le critère de jugement de l'efficacité de l'intervention a été le résultat de l'entretien MINI à un an (présence ou absence du trouble initialement détecté). Des régressions logistiques ont été effectuées pour expliquer la disparition à un an d'un trouble initial donné, par la variable de

groupe (intervention/témoin) en ajustant sur les variables pronostiques initiales. Des probabilités prédites de « guérison/rémission » ajustées ont enfin été estimées.

Les déclarations des personnes et des médecins ont été utilisées pour éclairer les mécanismes de l'intervention.

Résultats

Résultats initiaux : détection, co-morbidité, groupes comparés

Au cours de l'année 2001, les médecins conseils de l'étude ont reçu 9 743 salariés en consultation pour leur accident ou leur arrêt de travail (4 458 sur les centres actifs et 5 285 sur les centres

témoins) [2,3]. Le taux d'acceptation du test de dépistage systématique a été selon les centres de 85 à 100 %. Les critères d'au moins un trouble anxieux ou dépressif ont été observés chez 912 consultants (10,6 %).

À l'issue des entretiens, 33 salariés ont refusé de participer à l'enquête, et 36 personnes ont été exclues de l'étude pour trouble bipolaire. L'analyse a donc porté sur 843 personnes incluses dans l'étude pour un ou plusieurs troubles anxieux ou dépressifs, dont 667 présentait au minimum un trouble dépressif (tableau 1). Un très fort taux de co-morbidité a été observé : 56,5 % des détectés présentaient simultanément des trouble(s) anxieux et dépressif(s). Les idées suicidaires ont

Tableau 2 Résultats de la détection : caractéristiques initiales des personnes détectées avec au moins un trouble anxieux, programme Aprand, France / Table 2 Results of the detection: initial characteristics of those detected with at least one depressive disorder, APRAND programme, France

	Total 673 cas		Actifs 299 cas		Témoins 374 cas		Chi 2
>= 40 ans	(502)	74,60 %	(226)	75,60 %	(276)	73,80 %	NS
Hommes	(310)	46,10 %	(120)	40,10 %	(190)	50,80 %	**
Exécution	(320)	47,50 %	(112)	37,50 %	(208)	55,60 %	***
Île-de-France	(347)	51,60 %	(184)	61,50 %	(163)	43,60 %	***
Trouble panique	(201)	29,90 %	(87)	29,10 %	(114)	30,50 %	NS
Trouble phobique	(269)	40 %	(98)	32,80 %	(171)	45,70 %	***
Anxiété généralisée	(318)	47,30 %	(160)	53,50 %	(158)	42,20 %	***
Premier épisode dépressif	(189)	28,10 %	(100)	33,40 %	(89)	23,80 %	**
Dépression récurrente	(219)	32,50 %	(77)	25,80 %	(142)	38,00 %	***
Dysthymie	(89)	13,20 %	(25)	8,40 %	(64)	17,10 %	***
Score HAD composante anxiété	12,1 ^a	(3,7) ^b	12,0	(3,8)	12,1	(3,7)	NS
Score HAD composante dépression	9,0 ^a	(4,4) ^b	9,0	(4,4)	9,0	(4,4)	NS
Problème privé présent	(203)	30,20 %	(115)	38,50 %	(88)	23,50 %	***
Problème médical présent	(102)	15,20 %	(53)	17,70 %	(49)	13,10 %	NS
Problème professionnel présent	(318)	47,30 %	(120)	40,10 %	(198)	52,90 %	***
Problème d'alcool présent	(33)	4,90 %	(19)	6,40 %	(14)	3,70 %	NS
N'a pas de suivi médical ^c	(200)	29,70 %	(93)	31,10 %	(107)	28,60 %	NS
Suivi par un généraliste	(355)	52,70 %	(151)	50,50 %	(204)	54,50 %	NS
Suivi par un spécialiste	(183)	27,20 %	(89)	29,80 %	(94)	25,10 %	NS

^a Moyenne
^b Écart type
^c N'a pas de suivi médical antérieur à la détection pour le problème détecté.
* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Tableau 3 Résultats des régressions logistiques sur l'absence de tout trouble dépressif, un an après la détection d'un trouble dépressif, programme Aprand, France / Table 3 Results of logistic regressions on the absence of any depressive disorder, 1 year after the detection of a depressive disorder, APRAND programme, France

Troubles initiaux	Tous troubles dépressifs initiaux (546 entretiens à 1 an)		Premiers épisodes dépressifs initiaux (213 entretiens à 1 an)		Dépressions récurrentes initiales (238 entretiens à 1 an)		Dysthymies initiales (95 entretiens à 1 an)	
	OR	[IC95 %]	OR	[IC95 %]	OR	[IC95 %]	OR	[IC95 %]
Action préventive	1,93	[1,30-2,84]	1,92	[1,03-3,57]	1,48	[0,79-2,77]	2,24	[0,58-4,63]
Être un homme	1,59	[1,10-2,30]	2,32	[1,24-4,35]	1,36	[0,76-2,42]	1,13	[0,37-3,45]
Avoir > 40 ans	0,45	[0,29-0,69]	0,49	[0,24-0,99]	0,50	[0,26-0,97]	0,23	[0,06-0,88]
Exécution	1,07	[0,74-1,55]	0,94	[0,49-1,78]	0,94	[0,52-1,7]	1,46	[0,52-4,05]
Détection en Île-de-France	1,08	[0,73-1,59]	0,90	[0,44-1,84]	1,44	[0,79-2,66]	0,57	[0,19-1,71]
Anxiété généralisée	1,14	[0,72-1,79]	0,95	[0,45-1,94]	1,02	[0,48-2,15]	3,12	[0,77-12,59]
Trouble panique	0,95	[0,61-1,49]	1,36	[0,61-3,01]	0,60	[0,3-1,19]	3,53	[0,95-13,12]
Trouble phobique	0,82	[0,53-1,27]	0,73	[0,33-1,62]	0,78	[0,38-1,6]	1,65	[0,50-5,48]
Idées suicidaires	0,86	[0,59-1,27]	0,92	[0,45-1,88]	0,67	[0,38-1,18]	0,94	[0,26-3,36]
Problème privé	1,08	[0,72-1,60]	1,21	[0,62-2,38]	0,92	[0,49-1,73]	1,10	[0,33-3,71]
Problème médical	1,18	[0,72-1,96]	0,82	[0,36-1,86]	1,38	[0,61-3,15]	1,74	[0,46-6,63]
Problème professionnel	0,88	[0,62-1,26]	0,80	[0,44-1,46]	1,19	[0,67-2,11]	0,28	[0,09-0,84]
Problème d'alcool	1,05	[0,45-2,48]	0,62	[0,08-4,82]	2,23	[0,54-9,2]	1,88	[0,32-10,89]
Déjà médicalement suivi (*)	1,05	[0,69-1,61]	0,79	[0,39-1,58]	0,78	[0,35-1,75]	1,34	[0,48-4,02]

(*) Le patient était déjà médicalement suivi par un médecin traitant pour le trouble détecté au moment de la détection.

Tableau 4 Résultats des régressions logistiques sur l'absence de troubles anxieux un an après la détection d'un trouble anxieux initial, programme Aprand, France / Table 4 Results of logistic regressions on the absence of any anxiety disorder, 1 year after the detection of an initial anxiety disorder, APRAND programme, France

Troubles initiaux	Tous troubles anxieux initiaux (559 entretiens à 1 an)		Troubles phobiques ou paniques initiaux (297 entretiens à 1 an)		Anxiétés généralisées initiales (262 entretiens à 1 an)	
	OR	[IC95 %]	OR	[IC95 %]	OR	[IC95 %]
Action préventive	1,35	[0,93-1,96]	1,98	[1,14-3,44]	0,85	[0,49-1,45]
Etre un homme	1,51	[1,06-2,15]	2,38	[1,41-4,00]	0,93	[0,55-1,57]
Avoir plus de 40 ans	0,75	[0,50-1,12]	0,55	[0,30-1,00]	1,08	[0,60-1,93]
Être agent d'exécution	0,75	[0,52-1,07]	1,04	[0,62-1,73]	0,56	[0,33-0,97]
Détection en Île-de-France	1,45	[1,00-2,09]	1,61	[0,94-2,76]	1,71	[0,97-3,02]
1 ^{er} épisode dépressif présent	1,17	[0,72-1,90]	1,71	[0,81-3,64]	0,86	[0,43-1,70]
Dépression récurrente présente	1,06	[0,00-1,74]	1,81	[0,86-3,83]	0,59	[0,28-1,22]
Dysthymie présente	0,78	[0,43-1,42]	1,12	[0,47-2,66]	0,57	[0,22-1,49]
Problème privé	1,09	[0,73-1,61]	1,07	[0,61-1,90]	1,13	[0,64-1,99]
Problème médical	1,13	[0,70-1,85]	1,29	[0,63-2,65]	0,96	[0,48-1,93]
Problème professionnel	1,22	[0,86-1,74]	1,21	[0,71-1,95]	1,39	[0,81-2,39]
Problème d'alcool	1,83	[0,81-4,18]	2,16	[0,65-7,13]	1,38	[0,41-4,66]
Déjà médicalement suivi*	0,63	[0,42-0,95]	0,49	[0,22-0,74]	1,07	[0,60-1,89]

(*) Le patient était déjà médicalement suivi par un médecin traitant pour le trouble détecté au moment de la détection.

Tableau 5 Probabilité de l'absence de trouble à 1 an en tenant compte de l'âge et du sexe et selon que l'on bénéficie ou non de l'action préventive, programme Aprand, France / Table 5 Probability of the absence of disorder at 1 year, taking into account the age and sex, as well as the provision or not of preventive action, APRAND programme, France

	Probabilité d'absence de trouble dépressif un an après la détection d'un premier épisode dépressif		Probabilité d'absence de trouble anxieux un an après la détection d'un trouble phobique ou panique	
	Sans l'action préventive %	Avec l'action préventive %	Sans l'action préventive %	Avec l'action préventive %
Femmes < 40 ans	57,7	72,2	40,5	59,9
Femmes ≥ 40 ans	39,6	55,5	30,0	48,5
Hommes < 40 ans	77,3	86,6	59,3	76,2
Hommes ≥ 40 ans	62,1	75,7	47,9	66,8

été relevées dans plus de 36 % des cas de troubles dépressifs, tous diagnostics confondus ; 11,4 % des personnes détectées n'avaient jamais parlé de leur problème à qui que ce soit.

Les tableaux 1 et 2 montrent que les sous-scores HAD-A (composante anxiété) et HAD-D (dépressivité), et les modes de suivis médicaux à la détection sont similaires dans les deux groupes. Le médecin généraliste est l'interlocuteur de prise en charge médicale dans plus de 50 % des cas, tandis que 20 à 30 % des cas, selon le groupe de pathologie, n'ont aucun suivi médical extérieur. Parmi les cas de trouble dépressif, 52 % ont déclaré suivre un traitement antidépresseur régulier, sans différence entre le groupe intervention et le groupe témoin. Les idées suicidaires, le ressenti de problèmes professionnels (sans préjuger de la cause ou de la conséquence) et de problèmes privés sont inégalement répartis.

Efficacité de l'intervention

Parmi les 843 personnes incluses dans l'étude, 693 sont revenues passer leur entretien MINI à un an (82,2 %). Les salariés non revus à un an ont été relancés par les secrétariats médicaux, appuyés par des alertes du secrétariat national de l'étude. Le taux de perdus de vue à un an a été de 22,1 % dans le groupe intervention, contre 14,5 % dans le groupe témoin ($p < 0,01$). Le

tableau 3 montre que l'Odds-Ratio (OR) de la disparition d'un trouble dépressif associé au fait d'avoir bénéficié de l'intervention est de 1,93 (IC 95 % : [1,3-2,84]) après ajustement sur l'ensemble des autres facteurs. On retrouve en particulier ce résultat chez les personnes qui avaient été diagnostiquées avec un premier épisode dépressif : OR de 1,92 (IC 95 % : [1,03-3,57]). Le tableau 4 montre que l'OR de la disparition d'un trouble phobique ou d'un trouble panique associé au fait d'avoir bénéficié de l'intervention est de 1,98 (IC 95 % : [1,14-3,44]), après ajustement sur l'ensemble des autres facteurs. Les mêmes résultats sont observés sur les personnes détectées avec un trouble phobique et sur les personnes avec trouble panique. Les troubles phobiques ou paniques déjà connus et pris en charge au moment de la détection sont de moins bon pronostic que les cas découverts à l'occasion de l'étude. Les mêmes résultats des régressions sont obtenus chez les déprimés en substituant le co-facteur « existence d'un traitement anti-dépresseur régulier » à la variable « existence de suivi médical ».

Les seuls co-facteurs retrouvés significatifs sont l'âge et le sexe du salarié : les hommes et les jeunes ont une probabilité de guérison plus élevée. Malgré le déséquilibre du taux de perdus de vue, plus élevé dans le groupe intervention,

les résultats des régressions logistiques sont restés robustes à l'hypothèse que ces perdus de vue présentent encore leur trouble initial un an plus tard.

Le tableau 4 montre, enfin, que la probabilité d'absence de trouble à un an du premier épisode, estimée après régression logistique avec ajustement sur le sexe et sur l'âge, est, pour les femmes de moins de 40 ans, de 57,7 % dans le groupe témoin et de 72,2 % dans le groupe intervention. Le gain est de l'ordre de 10 à 15 % selon l'âge et le sexe, pour les épisodes dépressifs comme pour les troubles anxieux.

Discussion

Le taux de personnes détectées, résultats de l'intervention

La participation au programme a été très bonne. Le taux de détection (10,6 %) a été très proche des taux de prévalence en population adulte [1,6,7]. Il a, par ailleurs, été montré que les personnes détectées ne s'arrêtaient pas de travailler du fait de leur pathologie, puisque le taux annuel de salariés arrêtés au moins une fois pour pathologie anxio-dépressive est de 3 % (sources SGMC - Service général de médecine de contrôle). Malgré l'absence de randomisation, les résultats à un an dans les deux groupes sont

également cohérents avec les taux de guérison rapportés dans les méta-analyses d'essai d'efficacité d'antidépresseurs [8] : les taux de guérison-rémission y sont de l'ordre de 80 % (contre 59 % chez les placebos). Il serait intéressant d'envisager une randomisation des centres, si l'expérience se renouvelait.

Les composantes de l'intervention

Il a été montré [9] qu'une bonne reconnaissance diagnostique des épisodes dépressifs améliore la symptomatologie à trois mois, mais qu'elle n'est pas significativement efficace sur le pronostic des affections à un an. Dans Aprand, des régressions logistiques appliquées aux personnes des centres actifs uniquement n'ont pas permis d'isoler une composante plus efficace qu'une autre dans l'action informative. Les résultats donnent la sensation que c'est l'ensemble « détection par entretien structuré, suivi d'une intervention informative adaptée » qui a formé « un tout » efficace. On peut faire l'hypothèse que l'utilisation précoce du MINI, la remise des résultats du test, les explications et dépliants ont accéléré la bonne adéquation des conduites individuelles de prise en charge. Les médecins investigateurs ne pratiquant pas de soins dans le contexte de l'étude, c'est bien leur action éducative qui a impacté les connaissances et les comportements des personnes détectées.

Le contexte institutionnel et professionnel

L'étude ne s'est pas penchée sur l'analyse des liens entre les troubles étudiés et les facteurs psychosociaux qui ont fait l'objet de travaux parallèles indépendants. Dans Aprand, les problèmes professionnels, évoqués dans 46 % des entretiens, ont été relevés et analysés au cas par cas, dans la perspective de réagir si nécessaire et si possible avec le médecin du travail, pour améliorer le pronostic de l'affection.

L'approche préventive d'Aprand a donc été induite par le positionnement institutionnel, atypique du service médical de sécurité sociale qui a réalisé l'étude : non observateur direct de l'organisation et des conditions de travail, mais observateur direct de toutes les causes d'arrêt

médical des employés, avec des médecins au double profil, médecins de la Sécurité sociale et médecins généralistes. Ces derniers ont affirmé que le programme avait transformé leur propre pratique de médecins libéraux. Ce témoignage incite d'autant plus fortement à penser que l'expérience d'Aprand aurait pu se construire dans d'autres consultations de soins primaires ou de médecine du travail. Le rôle formateur des réunions régulières de suivi logistique dans ce type d'étude n'est probablement pas négligeable. Les services médicaux en entreprise pourraient mettre en place des vagues périodiques de campagnes de détection-intervention similaires. Quelques expériences utilisant la formation des médecins et l'éducation pour la santé ont été décrites en Europe du Nord [10,11].

Conclusion

Bien que la psychiatrie reste d'un domaine très spécialisé et complexe, cette étude montre qu'il est possible d'améliorer le diagnostic et le pronostic des épisodes dépressifs, des troubles phobiques et des troubles paniques par une démarche de diagnostic, d'information et de conseil en consultation médicale. Les entretiens diagnostiques structurés font reconnaître les critères des troubles définis par la CIM10 et leurs associations co-morbides. Les conseils de prise en charge, conformes aux recommandations des institutions officielles (ici de l'OMS), avec remise de documents explicatifs simples, remise des résultats de l'entretien et, selon le contexte, incitation forte à consulter le médecin traitant si nécessaire, conduisent à une amélioration du pronostic. Ce type de pratique médicale consomme du temps de consultation et renvoie donc aux moyens des politiques de santé. Il serait intéressant de prolonger l'expérience en approfondissant l'analyse de l'effet de la sévérité des troubles au moment de la détection des co-morbidités initiales, de l'adéquation des prises en charges et des liens avec la vie professionnelle.

Remerciements

Le programme Aprand a été réalisé par les médecins et les assistantes des services de Médecine de contrôle d'EDF et de Gaz de France : R Aboulker, JG Bauer, C Bolle, H Chriqui, H Colombani, J Coste, F Danis, B Daum, T Hergueta, J Letourmy, B Fourçans, JF Giorla, G Goulet, E Joubert, A

Léoni, J Nogues, B Roisan, D Von Seckendorff, B Siret, P Soum, JP Sperte, A Villard. Il a été soutenu par les médecins des conseils régionaux et nationaux : B Callet, F Coing, J Dulac, F François, B Hazard, A Herrouet, G Lahon, J Lambrozo, T Lault, E Petin, M Pragout. Ces médecins ont travaillé en liaison avec des correspondants locaux médecins du travail et assistantes sociales de l'entreprise.

L'étude a bénéficié de conseils en déontologie, en psychiatrie, en épidémiologie psychiatrique de : J Ahr, A Caria, JN Colombani, P Haennel, Y Lecrubier, E Weiller.

Références

- [1] Tylee A. Depression in Europe: experience from the DEPRESII survey. Depression research in the European Society. Eur Psychopharmacol. 2000; 10 Suppl 4:S445-8.
- [2] Godard C, Chevalier A, Lecrubier Y, Lahon G. APRAND Program: An intervention to Prevent Relapses of ANxiety and Depressive Disorders, First results of a health promotion intervention in a population of employees. EurPsy. 2006; 451-9.
- [3] Godard C, Chevalier A, Siret B, Giorla J, Hergueta T, Lecrubier Y, et al. Prévention des troubles anxieux et dépressifs par une action d'éducation pour la santé en consultation : résultats du programme APRAND. Rev Epidemiol Sante Publique. 2007; 55:77-87.
- [4] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnosis psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 J Clin Psychiatry 1998; 59 Suppl 20:22-33; quiz 34-57.
- [5] Zigmond AS, Snait RP. The Hospital Anxiety and Depression scale; Acta Psychiatr Scand. 1983; 67(6):361-70.
- [6] Tylee A, Gaspar M, Lépine JP, Mendlewicz J. DEPRESII (Depression Research in European Society): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. Int Clin Psychopharmacol. 1999; 14:139-51.
- [7] Roelandt JL, Caria A, Anguis M, Benoist J, Bryden B, Defromont L. La santé mentale en population générale : résultats de la première phase d'enquête 1998-2000. Inf Psychiatr. 2003; 79(10):867-78.
- [8] Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, Goodwin GM. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. Lancet 2003; 361(9358):653-61.
- [9] Simon GE, Goldberg D, Tiemens BG, Ustun TB. Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study, Gen Hosp Psychiatry 1999; 21(2):97-105.
- [10] Rix S, Paykel ES, Lelliott P, Tylee A, Freeling P, Gask L, Hart D. Impact of a national campaign on GP education: an evaluation of the defeat depression campaign. Br J Gen Pract. 1999; 49(439):91-2.
- [11] Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. J Affect Disord. 2001; 62(1-2):123-9.

Enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels - Sumer, France

SUMER Survey on medical surveillance of occupational risk exposures, France

Équipe Sumer (dares.sumer2009@dares.travail.gouv.fr)

Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques - Dares, Paris, France

Pilotée par la Direction générale du travail et la Direction de l'animation de la recherche et des statistiques du ministère du Travail, l'enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer) permet de dresser la carte des situations de travail susceptibles d'être néfastes pour la santé des salariés. Le questionnaire est rempli par des médecins du travail volontaires qui interrogent des salariés tirés au sort au cours de leur visite médicale périodique. En 2003, 1 800 médecins ont réalisé l'enquête, interrogeant 50 000 salariés (environ 20 % de l'effectif total des médecins du travail).

Après les deux vagues de 1994, puis de 2003, la reconduction de l'interrogation en 2009 permettra de suivre l'évolution de ces expositions sur les quinze dernières années. Outre les salariés du secteur privé et ceux de la mutualité sociale agricole interrogés en 1994, l'enquête Sumer est réalisée, depuis 2003, auprès des salariés des hôpitaux publics, de la Poste, de la SNCF, d'Air France et d'EDF-GDF. En 2009, le champ est élargi à la fonction publique d'État, à la fonction publique territoriale et aux régies de transports urbains : Sumer 2009 sera ainsi représentatif de plus de 95 % des salariés. Au total, l'objectif est de parvenir à mobiliser près de 2 500 médecins du travail.

Recueillies par les médecins du travail lors des visites périodiques des salariés, les données portent sur les contraintes organisationnelles et relationnelles, les ambiances et contraintes physiques, les expositions à des agents chimiques et à des agents biologiques. Depuis 2003, la mesure des risques psychosociaux constitue un élément central de Sumer. En effet, le salarié est invité à remplir un autoquestionnaire avant la visite, dont l'objectif est d'appréhender la manière dont est vécue la situation de travail. Les 25 000 salariés ayant répondu à cet autoquestionnaire forment un échantillon d'une taille sans précédent, qui permet de décrire de manière très fine les risques psychosociaux au travail, par secteur d'activité, famille professionnelle ou encore

selon le genre, ainsi que leur lien avec les conditions de travail.

En 2003, trois indicateurs ont été retenus : les agressions provenant du public, les comportements hostiles s'inscrivant dans la durée, et le « *job strain* » issu du modèle « demande / latitude » de Karasek [1].

L'analyse des résultats a mis en évidence un résultat central : plus les conditions de travail sont contraintes, plus les risques psychosociaux sont élevés. Ainsi, parmi les salariés, de plus en plus nombreux (71 % dans l'enquête de 2003 contre 63 % en 1994 à champ constant), travaillant avec le public, 22 % déclarent ainsi avoir été victime d'une agression verbale et 2 % d'une agression physique au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ces agressions frappent certes avec une fréquence inégale selon la profession (postiers, employés de banque, agents de sécurité ou professions de la santé sont particulièrement concernés), mais d'une manière générale, les agressions sont plus fréquentes lorsque les contraintes organisationnelles sont fortes [2].

De même, 17 % des salariés déclarent avoir été l'objet d'un comportement systématiquement hostile de la part d'une ou plusieurs personnes dans leur travail. De tels comportements apparaissent surtout lorsque les contraintes hiérarchiques sont fortes et le rythme de travail intense. Les salariés victimes de ces comportements jugent plus fréquemment que les autres l'organisation du travail défectueuse et font plus souvent état d'un manque de soutien de la part des collègues et de la hiérarchie. Enfin, ces situations difficiles constituent un facteur de risque non négligeable pour leur santé psychique [3].

Quant au « *job strain* », défini par le modèle de Karasek comme la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle, il concerne 23 % des salariés. Les femmes y sont plus exposées (28 %) que les hommes (20 %), les ouvriers et les employés davantage que les cadres et les professions intermédiaires. Par ailleurs, certaines contraintes physiques, les

contraintes de rythme du travail et les tensions avec le public renforcent le risque de « *job strain* ». Enfin, les salariés en situation de « *job strain* » se déclarent en moins bonne santé que les autres et ce, d'autant plus que le soutien social au travail est insatisfaisant. Sumer 2003 a donc permis de valider le modèle de Karasek dans le cas des salariés français. L'interrogation de 2009 permettra de préciser et d'améliorer ces premiers résultats. En effet, tous les salariés tirés au sort seront amenés à remplir les questionnaires, ce qui portera à plus de 50 000 la taille de l'échantillon. De plus, l'extension du champ à la fonction publique d'État et à la fonction publique territoriale permettra de donner une mesure des risques psychosociaux dans ces secteurs et rendra possible une comparaison avec le secteur privé. Enfin, l'autoquestionnaire a été sensiblement enrichi. Outre le modèle de Karasek, une partie du questionnaire de Siegrist (effort récompensé) y figure, tout comme le questionnaire HAD qui permettra de mesurer les troubles dépressifs et anxieux. L'enquête Sumer 2009 a reçu le Label d'intérêt général et de qualité statistique du Conseil national de l'information statistique. La collecte a commencé dans trois régions en janvier 2009 et se déroule ensuite sur toute l'année. Les premiers résultats de Sumer 2009 seront disponibles au quatrième trimestre 2010.

Références

- [1] Bué J, Coutrot T, Guignon N, Sandret N. Les facteurs de risques psychosociaux au travail. Une approche quantitative par l'enquête SUMER. *Revue Française des Affaires Sociales*. 2008;(2-3):45-70.
- [2] Bué J, Sandret N. Contact avec le public : un salarié sur quatre subit des agressions verbales. *Premières synthèses* (Dares). 2007;(15.1).
- [3] Bué J, Sandret N. Un salarié sur six estime être l'objet de comportements hostiles dans le cadre de son travail. *Premières synthèses* (Dares). 2008;(22.2).
- [4] 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). 2008;(22.1).

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Secrétaires de rédaction : Jacqueline Fertun, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Pierre-Yves Bello, InVS ; Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS
Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Anne Gallay, InVS ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France
Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Éric Jouglu, Inserm CépIdC
Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Dr Bruno Morel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.
N° CPP : 0206 B 02015 - N° INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion / Abonnements : Alternatives Économiques
12, rue du Cap Vert - 21800 Quétigny
Tél. : 03 80 48 95 36
Fax : 03 80 48 10 34
Courriel : ddorey@alternatives-economiques.fr
Tarif 2009 : France et international 62 € TTC
Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr
Imprimerie : Maulde et Renou Sambre - Maubeuge
146, rue de la Liberté - 59600 Maubeuge