

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)		ns	**	***	ns	*	ns
	n	%	n	%						
Variables sociodémographiques et de santé										
Âge										
< 30 ans	517	24,8	404	42,1	ns					
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										
Célibataire	722	22,8	441	35,6	***			ns		
Vie en couple	2 408	24,0	1 738	36,4						
Séparé, veuf, divorcé	726	34,5	323	42,7						
Diplôme										
Aucun diplôme	236	22,9	132	34,8	**			ns		
< 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										
Cadres	439	25,3	212	37,7	ns			ns		
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										
Non	2 168	24,1	1 827	34,4	ns			***		
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										
≥ 200 salariés	1 485	26,8	971	35,2	**			ns		
< 200 salariés	1 880	22,7	1 510	38,5						
Temps travail supérieur à 10h/j										
Non	2 212	23,8	2 120	35,5	ns			**		
Actuellement	611	27,2	175	45,7						
Dans le passé	546	24,7	202	45,5						
Coucher souvent après minuit										
Non	2 477	24,5	223	36,3	ns			ns		
Actuellement	417	22,5	126	42,9						
Dans le passé	473	26,4	144	43,1						
Organisation du travail (suite)										
Lever souvent avant 5 heures										
Non	2 178	24,3	2 057	36,7	ns			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	2 295	36,7	ns			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	1 770	35,7	ns			*		
Oui	1 001	25,6	724	40,5						
Horaires alternants										
Non	2 208	24,2	1 849	37,3	ns			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	2 230	36,2	ns			*		
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.

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 bivariée		Analyse multivariée*		Analyse bivariée		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, Elovaino M, Virtanen M, Siegrist J. Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: complementary or redundant models? Occup Environ Med. 2007; 64:659-65.

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

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

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

Médecin du travail, Lyon, France

Résumé / Abstract

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

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

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

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

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

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

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

Mots clés / Key words

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