

Résumés des
communications

Santé mentale et travail

4^e journée scientifique
du Département santé travail

26 mars 2009

Salle Pierre Laroque
Ministère de la Santé et des Sports



Santé mentale et travail : données épidémiologiques issues de la littérature	2
INDICATEURS DANS LE CHAMP « SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL » EN FRANCE	
Mal-être et travail, premiers enseignements du programme de surveillance Samotrace	3
Santé mentale dans le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel	4
Fractions attribuables aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek : tentative d'évaluation pour des pathologies mentales et physiques en France en 2003	5
Suicide et activité professionnelle en France : premier état des lieux à partir du Baromètre santé 2005 de l'Inpes et du programme Cosmop de l'InVS	6
L'autopsie psychologique, un outil d'analyse des facteurs de compréhension du suicide en milieu de travail, un projet pilote dans la fonction publique d'État	7
INDICATEURS D'EXPOSITION AUX FACTEURS PSYCHOSOCIAUX EN MILIEU DE TRAVAIL EN FRANCE	
Dépister ou diagnostiquer les risques psychosociaux : quels outils ?	8
Les facteurs psychosociaux au travail : une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003	9
Environnement psychosocial au travail, données issues du programme Samotrace	10
DE LA CLINIQUE À LA PRISE EN CHARGE	
Santé mentale et travail : intérêt de la clinique médicale du travail	11
Le travail, un risque ou une chance pour la santé mentale ?	12
INTERVENTIONS EN MILIEU DE TRAVAIL	
Évolution des organisations du travail et risques psychosociaux : quelques enseignements issus de l'approche du réseau Anact	13
Intervention dans le domaine santé mentale et travail : l'expérience du Québec	14

Résumés des communications

Santé mentale et travail

4^e journée scientifique du Département santé travail

26 mars 2009

C. Cohidon

InVS/Umrestte, Lyon

INTRODUCTION

Les liens entre le travail, principalement les expositions psychosociales, et les troubles psychiques sont régulièrement évoqués depuis une bonne dizaine d'années. De quoi la littérature épidémiologique fait-elle réellement état dans ce domaine ? Sur quelles études se base t-on ? L'objectif de cette communication est de faire un bref état des lieux des connaissances épidémiologiques dans le domaine de la santé mentale en lien avec l'activité professionnelle.

MÉTHODE

Il ne s'agit pas d'une revue de la littérature exhaustive mais d'une synthèse de travaux récemment publiés en épidémiologie des risques professionnels. Les données utilisées proviennent de méta-analyses, de revues de littérature, ou d'études épidémiologiques longitudinales.

RÉSULTATS

Dans le champ de la santé psychique, les troubles dépressifs sont de très loin les plus étudiés. Les outils vont de la "simple" liste de symptômes (le plus fréquent) aux outils diagnostic. Concernant les expositions professionnelles, deux modèles font référence actuellement : le modèle de tension au travail de Karasek (forte demande psychologique et faible latitude décisionnelle) et celui de Siegrist (déséquilibre effort/récompense), le premier étant très largement le plus utilisé.

Deux revues de littérature publiées en 2008 (Netterstrom et Bonde), exclusivement basées sur des études longitudinales, rapportent un excès de risque significatif de troubles dépressifs pour des expositions professionnelles à une forte demande

(risque relatif moyen autour de 1,3), à une faible latitude décisionnelle (risque moyen de 1,2) et à un faible soutien social (risque moyen de 1,4). L'exposition conjointe à une forte demande et une faible latitude décisionnelle générerait un risque significatif moyen de 1,8.

Face à un nombre beaucoup plus réduit d'études ayant recours au modèle de déséquilibre effort/récompense, il existe très peu d'articles de synthèse utilisant ce modèle. La récente méta-analyse de Stansfeld publiée en 2006 a néanmoins caractérisé le rôle prédictif de cette exposition sur la santé psychique (odds ratio=1,8).

DISCUSSION

En dépit de certaines limites régulièrement soulignées telles que la non-indépendance des mesures d'exposition et de santé (recueil de l'exposition et des données de santé simultanément auprès du salarié), la non prise en compte de certains facteurs de confusion personnels, l'hétérogénéité des études et le schéma d'étude transversal, la littérature épidémiologique dispose aujourd'hui d'un important corpus d'études, méthodologiquement solides, permettant de considérer qu'il existe des liens causaux entre des expositions professionnelles psychosociales et une altération de la santé mentale. Cependant, les connaissances dans ce domaine sont encore à approfondir, en particulier les questions relatives à la durée et à l'intensité d'exposition. Il manque encore aussi d'évaluation des interventions ; outre leur objectif de prévention, celles-ci pourront contribuer à confirmer les liens de causalité entre les facteurs psychosociaux au travail et la santé psychique.

C. Cohidon¹, M. Murcia², le comité de pilotage Samotrace Centre³

1/ InVS/Umrestte, Lyon – 2/ Université François Rabelais, Tours – 3/ J. Albouy, B. Arnaudo, F. Bardot, C. Berson, C. Bertin, M. Chevalier, C. Cohidon, J.-Y. Dubré, J. Germanaud, M. Goldberg, D. Huez, E. Imbernon, G. Lasfargues, D. Roy

INTRODUCTION

Le programme Santé mentale observatoire travail Rhône-Alpes Centre (Samotrace), développé par le Département santé travail de l'InVS, a pour objectif principal de décrire les troubles de santé mentale selon l'emploi en population salariée. Il est implanté dans deux zones géographiques pilotes (région Centre, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, département du Rhône et de l'Isère). Il comporte trois volets dont le principal est le volet épidémiologique en entreprise (objet de la communication).

MÉTHODES

Le volet de veille épidémiologique en entreprise permet d'estimer la fréquence des troubles de santé mentale selon l'emploi et des expositions professionnelles, principalement psychosociales. L'échantillon de la zone Centre a été constitué par tirage au sort aléatoire au sein de la population surveillée par un réseau d'environ 110 médecins du travail volontaires en 2006 et 2007. Plusieurs indicateurs de santé mentale étaient disponibles dont le mal-être exploré par le General Health Questionnaire à 28 questions et les problèmes d'alcoolisation, explorés par le questionnaire Deta. Les facteurs psychosociaux au travail étaient mesurés, entre autres, par le questionnaire de tension au travail de Karasek.

RÉSULTATS

L'échantillon de la zone Centre comporte 6 056 salariés dont 57 % d'hommes. Il est globalement représentatif de la population source en terme de sexe, d'âge de catégorie socioprofessionnelle et de

secteur d'activité. La prévalence du mal-être est de 24 % chez les hommes et 37 % chez les femmes, les catégories des employés et des professions intermédiaires étant les plus touchées. Certains secteurs d'activité présentent des prévalences supérieures à la moyenne : activités financières, administration publique, production et distribution d'électricité gaz et d'eau. Les problèmes d'alcool sont essentiellement masculins (10,4 % d'hommes *versus* 2,3 % des femmes). Chez les hommes, il n'y a pas de différence de prévalence selon la catégorie socioprofessionnelle ; en revanche certains secteurs semblent plus touchés (activités financières, services collectifs, sociaux et personnels et administration publique).

La tension au travail concerne 35 % des hommes et 41 % des femmes avec des différences d'exposition selon la catégorie professionnelle et le secteur d'activité.

CONCLUSION

Les données de cette phase pilote permettent de dresser un premier état des lieux des troubles de santé mentale selon l'emploi. Les résultats couvrent un très large ensemble de secteurs d'activité et de catégories professionnelles. À notre connaissance, de telles données n'existaient pas en France. Il s'agit cependant de premiers résultats et de nombreuses analyses sont encore à mener. Par ailleurs, les données de la région Rhône-Alpes apporteront des informations supplémentaires. À terme, un objectif d'extension nationale et de pérennisation est prévu.

Santé mentale dans le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel

C. Berson¹, M. Valenty², J. Homère², C. Le Naour², M. Mevel², A. Touranchet³, E. Imbernon²
1/ DRTEFP, Poitiers – 2/ InVS, Saint-Maurice – 3/ DRTEFP, Nantes

INTRODUCTION

Une faible partie des pathologies professionnelles est reconnue et indemnisée par les régimes de Sécurité sociale, ce qui est insuffisant pour en connaître l'ampleur. C'est pourquoi, le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) recueille les signalements de pathologies imputables au travail lors des visites médicales du travail. L'objectif est d'estimer la prévalence des MCP (et de leurs déterminants professionnels) selon des caractéristiques d'emploi. La "souffrance psychique" est apparue comme la deuxième pathologie signalée en 2006 comme en 2007.

MÉTHODE

Ce programme repose sur un réseau de médecins du travail volontaires animé dans chaque région par la Direction régionale du travail et de la formation professionnelle (DRTEFP) et l'InVS. Deux fois par an pendant deux semaines consécutives, ces médecins signalent toutes les MCP observées lors des visites médicales et précisent les caractéristiques de tous les salariés vus pendant la période. Sous le terme "souffrance psychique", nous avons regroupé les signalements des pathologies décrites dans le chapitre "troubles mentaux et du comportement" de la CIM 10 ainsi que "souffrance mentale" et "stress" utilisés en santé au travail.

RÉSULTATS

En 2007, plus de 900 médecins du travail (soit en moyenne 32%) ont participé, près de 110 000

salariés ont bénéficié d'une consultation dont 6 220 présentaient une MCP, soit une prévalence de 5,8%. Celle de la souffrance psychique est de 1,6% (femmes: 2,3% - hommes: 1,1%). Les secteurs les plus concernés sont la finance (femmes: 4,9% - hommes: 2,5%), l'administration (femmes 2,7:% - hommes: 1,5%), la construction pour les femmes (2,8%). Les catégories socioprofessionnelles les plus touchées sont les cadres (femmes: 3,6% - hommes: 1,7%), les professions intermédiaires (femmes: 2,7% - hommes: 1,8%). Les ouvriers (femmes: 1,3% - hommes: 0,7%) apparaissent comme moins affectés.

DISCUSSION

Ce dispositif a permis la mise en visibilité de l'importance de la souffrance psychique (deuxième rang des MCP signalées).

Une première comparaison avec le système de surveillance spécifique de la santé mentale (Samotrace) montre que les résultats sont superposables. Cependant, ils sont encore à consolider.

Le réseau MCP a permis d'estimer pour la première fois la prévalence de la souffrance mentale liée au travail mise en évidence par la clinique médicale du travail et de mieux cibler ses caractéristiques. Ce réseau "généraliste" national de veille sanitaire en santé au travail, actuellement en place dans 12 régions, doit être poursuivi et renforcé.

Fractions attribuables aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek : tentative d'évaluation pour des pathologies mentales et physiques en France en 2003

H. Sultan-Taïeb¹, C. Lejeune², I. Niedhammer^{3,4}

1/ Université de Bourgogne, Laboratoire d'économie et gestion (UMR CNRS 5118), Dijon – 2/ Université de Bourgogne, Inserm U866, Dijon – 3/ UCD School of Public Health & Population Science, University College, Dublin, Irlande – 4/ Inserm U687, Villejuif

INTRODUCTION

Cette étude a pour objectif l'estimation des fractions attribuables au job strain, selon le modèle de Karasek, pour la population active française et pour trois pathologies : problèmes de santé mentale (dépression, anxiété), maladies cardio-vasculaires (MCV) et troubles musculo-squelettiques (TMS).

MÉTHODES

Le job strain se définit comme la combinaison d'une forte demande psychologique au travail et d'une faible latitude décisionnelle. La prévalence d'exposition a été estimée en utilisant les données de l'enquête Sumer (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels), qui a été réalisée en 2003 sur la base d'un échantillon de 24486 salariés, représentatif de la population salariée française. Les données de risque relatif (RR) pour les trois pathologies ont été estimées à partir d'une revue de littérature (1990-2006). La prévalence d'exposition et les risques relatifs ont été utilisés pour calculer les fractions de cas et de décès attribuables au job strain.

RÉSULTATS

La prévalence d'exposition au job strain était estimée à 19,6% pour les hommes et 28,2% pour les femmes. Les estimations de RR pour les problèmes de santé mentale variaient entre

1,4 et 3,3. Pour les hommes, entre 13,6 et 31,1% des cas de problèmes de santé mentale étaient attribuables au job strain et entre 10,6 et 23,7% pour les femmes. Les estimations de RR pour les MCV variaient entre 1,2 et 2,3. Pour les hommes, entre 3,8 et 20,5% des cas de MCV étaient attribuables au job strain, et entre 6,1 et 12,6% pour les femmes. Entre 8 et 22,1% des décès par MCV étaient attribuables au job strain. Les estimations pour les TMS variaient entre 1,6 et 2,3 pour les RR et entre 12,2 et 26,8% pour les fractions attribuables.

DISCUSSION

Les résultats obtenus traduisent une relative convergence des estimations de RR pour les problèmes de santé mentale, et une forte convergence pour les MCV (morbidity). La variété des instruments de mesure de santé mentale utilisés dans les études a pu contribuer à l'hétérogénéité des estimations de RR. Les estimations de RR concernant la mortalité par MCV et les TMS sont issues d'un faible nombre d'études sélectionnées, ce qui souligne la nécessité de disposer d'études étiologiques plus nombreuses. Un des points forts de notre démarche est de produire des fractions attribuables par genre, sous la forme de fourchettes de valeur issues des estimations de RR. Ces fractions attribuables fournissent des informations d'aide à la décision pour les politiques de prévention sur les risques psychosociaux au travail.

Suicide et activité professionnelle en France : premier état des lieux à partir du Baromètre santé 2005 de l'Inpes et du programme Cosmop de l'InVS

G. Santin¹, C. Cohidon², B. Geoffroy-Perez¹

1/ InVS, Saint-Maurice – 2/ InVS/Umrestte, Lyon

INTRODUCTION

La conduite suicidaire est un processus complexe et multifactoriel. La survenue récente de plusieurs suicides sur le lieu de travail soulève la question de leur lien avec l'activité professionnelle. S'il est aujourd'hui extrêmement difficile de comptabiliser le nombre exact de suicides en lien avec le travail, il existe néanmoins certaines données permettant d'approcher cette problématique.

La présente étude a pour objectif de décrire les tentatives de suicide (TS) et la mortalité prématurée par suicide selon l'emploi en France.

MÉTHODE

La description des TS s'appuie sur les données du Baromètre santé 2005 de l'Inpes, enquête transversale déclarative par téléphone en France métropolitaine. La population d'étude est restreinte aux actifs en emploi au moment de l'enquête (6264 hommes, 7389 femmes). La prévalence des TS au cours de la vie est décrite selon la catégorie socioprofessionnelle, le statut d'emploi et le temps de travail.

La description de la mortalité prématurée (avant 65 ans) par suicide provient du projet Cosmop du Département santé travail de l'InVS. Elle s'appuie sur les données issues de l'Échantillon démographique permanent de l'Insee couplées aux causes médicales de décès du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). La population étudiée concerne les personnes nées en France métropolitaine, actives en emploi à un des recensements (187938 hommes, 138194 femmes). Des risques relatifs de mortalité prématurée par suicide sont estimés selon la dernière catégorie sociale ou le dernier secteur d'activité connus.

RÉSULTATS

Alors que la prévalence de TS au cours de la vie est plus élevée chez les femmes (6,9% vs 3,1% des hommes), on observe une incidence inverse pour la mortalité.

Quel que soit le sexe, les agriculteurs sont les moins touchés par les TS (0,4% des hommes, 4,1% des femmes) mais les plus concernés par les décès par suicide (RR=3,1 pour les hommes; RR=2,2 pour les femmes). La catégorie sociale la plus concernée par les TS correspond aux ouvriers (3,9% des hommes, 12,5% des femmes). Hormis les agriculteurs, le risque relatif de mortalité par suicide le plus élevé est observé chez les ouvriers (RR=2,6 pour les hommes; RR=1,9 pour les femmes par rapport aux cadres).

L'étude par secteur d'activité montre une surmortalité dans les secteurs de l'agriculture, des industries agroalimentaires, et des industries des biens intermédiaires chez les hommes, et dans les secteurs de l'agriculture et de l'industrie des biens d'équipement chez les femmes.

DISCUSSION

Cette étude montre des inégalités selon les catégories professionnelles et les secteurs d'activité concernant les TS et la mortalité par suicide en France. Ces inégalités ne sont pas complètement superposables selon l'indicateur étudié (TS ou mortalité). Malgré certaines limites méthodologiques, ces résultats dressent un premier bilan en population générale sur le suicide selon l'emploi.

L'autopsie psychologique, un outil d'analyse des facteurs de compréhension du suicide en milieu de travail, un projet pilote dans la fonction publique d'État

L. Jehel¹, A. Domont², F. Rouillon³

1/ Hôpital Tenon AP-HP, Inserm U669, Paris – 2/ Hôpital Corentin-Celton, Université Paris-Descartes, Paris – 3/ Centre hospitalier Ste Anne, CMME, Université Paris-Descartes, Paris

INTRODUCTION

Dans le cadre de la nouvelle prise en compte du risque psychosocial au travail, et à la demande conjointe des représentants du personnel et de l'administration, en réunion au sein du Comité national d'hygiène et de sécurité d'un grand ministère technique, il a été décidé de réaliser une enquête de compréhension des liens entre suicide et travail. Le choix a été porté sur la méthode de l'autopsie psychologique. L'Inserm, dans le cadre d'une expertise collective, a validé ce type de démarche d'autopsie psychologique en termes de procédure et d'intérêt. Le ministère concerné a construit à l'aide d'un comité scientifique pluridisciplinaire un projet d'étude sur trois ans, élaboré en étroite collaboration avec médecins de préventions, assistantes sociales, représentants de la DRH, de l'administration et de l'InVS.

MÉTHODE

La méthode de l'autopsie psychologique a été retenue plutôt qu'une enquête épidémiologique classique car elle permet d'élaborer après le décès la trajectoire de vie de la personne, prenant en compte les caractéristiques sociodémographiques, médicales mais aussi l'interaction de la personne avec son environnement physique et humain.

Cette méthode d'étude, outre sa validité scientifique et médicale, correspond bien à la demande de l'administration qui est de fournir au service au sein duquel un sujet est décédé par suicide les informations utiles pour proposer des actions de protection à destination des collègues de travail du suicidé, mais également d'élaborer des stratégies de prévention secondaire du risque suicidaire dans tous les services concernés en améliorant le repérage

de situations de crise qui représenteraient des facteurs déclenchant, précipitant ou plus largement favorisant le passage à l'acte suicidaire.

La référence principale de cette étude est le rapport de l'expertise collective de l'Inserm, sur l'autopsie psychologique (suicide : autopsie psychologique comme outil de recherche en prévention, expertise collective 2005).

DISCUSSION

Cette méthode d'autopsie psychologique se base sur l'interrogatoire d'informateurs pour dresser le profil psychopathologique d'un défunt. Elle a parmi ses limites le principe d'évaluation par l'intermédiaire d'un tiers, surtout lorsque les informations sont recueillies auprès d'une seule personne ; ici le recueil est envisagé auprès de différentes ressources d'informations. La taille des effectifs attendus et la complexité du problème nous ont conduits à privilégier une analyse qualitative et de distinguer plusieurs groupes de personnes décédées.

Nous analyserons les trajectoires spécifiques des personnes dont le décès est lié à un suicide en le distinguant des autres causes de décès. Nous recueillerons les informations de façon à différencier l'impact d'un décès par suicide de celui d'un décès par une autre cause, y compris de mort subite. Nous distinguerons donc trois catégories de décès : mort par suicide, mort violente accidentelle et mort naturelle. Dans la population des agents du ministère il est attendu pour chaque année 15 à 30 décès par suicide, 10 à 12 décès par mort soudaine et inattendue au travail et 200 à 300 décès par mort naturelle. Nous présenterons le détail de la méthodologie et de ses limites.

D. Chouanière

Institut universitaire romand de santé au travail, Lausanne, Suisse

INTRODUCTION

Le recours aux échelles ou à des questionnaires pour évaluer une situation de travail est fréquent et est souvent perçu comme la panacée pour évaluer des risques 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.

MÉTHODE

Dans une démarche de prévention des RPS il faut disposer d'un cadre d'intervention. Les références internationales privilégient les démarches de type projet. Mais une telle démarche doit d'une part s'inscrire dans le cadre législatif existant de la prévention des risques professionnels (obligation générale de sécurité avec l'évaluation des risques renseignés dans le document unique) et tenir compte de la spécificité de ses risques : risques perçus dont l'évaluation et donc l'amélioration relève de la subjectivité collective, celle d'un groupe de personnes au travail. Avant d'engager une démarche de prévention qui s'appuie sur un diagnostic approfondi nécessitant entre autres le recueil des perceptions des personnes, il sera possible d'utiliser certaines données existantes de l'entreprise à l'occasion d'une étape préalable incontournable qui est l'étape du dépistage ou du prédiagnostic.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Pour le dépistage il s'agira de compiler les données pertinentes vis-à-vis des RPS et facilement mobilisables dans l'entreprise : elles peuvent être liées au fonctionnement de l'entreprise (indicateurs relevant de l'organisation, de la production, ...) ou aux données médicales des salariés (prévalence des plaintes et/ou problèmes de santé liés au stress chronique).

Le diagnostic approfondi 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, ...). Le diagnostic des contraintes perçues peut s'appuyer sur des entretiens et/ou des échelles. Les entretiens peuvent être individuels ou collectifs (réunissant par exemple plusieurs salariés du même atelier). Ils peuvent être libres ou semi-directifs. Il existe différentes échelles validées qui explorent pour chacune des contraintes spécifiques, les plus utilisées mais non les seules étant les échelles de Karasek et de Siegrist. Pour évaluer le niveau de stress chronique on dispose également de questionnaires validés qui cotent les symptômes physiologiques de stress et/ou leur ressenti psychologique. Si la situation est déjà détériorée, on peut présumer que les atteintes à la santé sont plus marquées et recourir, entre autres marqueurs de santé, à des échelles de santé mentale.

Les facteurs psychosociaux au travail : une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003

C. Peugny¹, N. Sandret²

1/ Dares, Paris – 2/ DRTEFP Île-de-France, Paris

INTRODUCTION

Les facteurs psychologiques et sociaux liés à l'activité de travail sont susceptibles d'améliorer ou de dégrader la santé physique et mentale des salariés. Certains facteurs de risque pour la santé peuvent être appréhendés au travers du modèle de Karasek. C'est aujourd'hui l'un des modèles les plus utilisés dans les recherches sur la santé au travail. Pour la première fois en France, le questionnaire de Karasek a été soumis à un échantillon représentatif de la population salariés (N=25 000) dans le cadre de l'enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer) 2003.

MÉTHODE

Le questionnaire de Karasek permet de situer les salariés sur un graphique défini selon deux axes : la demande psychologique en ordonnée et la latitude décisionnelle en abscisse. Ce graphique est partagé par des axes correspondant à la valeur médiane de chaque score. Les salariés sont ainsi répartis dans quatre cadrans : détendus, actifs, passifs ou tendus. On cherche ensuite à décrire les caractéristiques de ces salariés et de leur environnement de travail. Un ensemble de questions permet de mesurer une troisième dimension : le soutien social dont bénéficie le salarié dans le cadre de son travail.

RÉSULTATS

Les salariés tendus ou en situation de job strain font face à une forte demande psychologique mais bénéficient d'une faible latitude décisionnelle. Par construction, 23 % des salariés sont dans cette situation. Les femmes (28 %) sont

davantage concernées que les hommes (20 %). Ce pourcentage dépend également du niveau de qualification : les employés de commerce et de service sont ainsi particulièrement touchés (29 %), tout comme les ouvriers non qualifiés (27 %). Du côté des conditions de travail, certaines contraintes physiques, les contraintes de rythme et les tensions avec le public renforcent les risques de job strain, toutes choses égales par ailleurs. Les salariés tendus sont moins souvent satisfaits de leur travail : c'est le cas de moins de 9 % d'entre eux, contre 24 % de l'ensemble des salariés. Le job strain a un impact sur la santé perçue : 22 % des salariés tendus se déclarent en mauvaise santé, contre 12 % des salariés "actifs" qui font certes également face à une forte demande psychologique mais bénéficient d'une forte latitude décisionnelle : c'est donc moins la demande psychologique à elle seule qui est source de risque pour la santé, que son association avec une faible latitude décisionnelle. Enfin, l'opinion négative des salariés sur leur santé est renforcée par un faible soutien social.

DISCUSSION

Le modèle de Karasek ne peut à lui seul rendre compte de la totalité des risques psychosociaux. Le thème de la reconnaissance au travail en est également une composante importante. Pour compléter le tableau des risques psychosociaux, le questionnaire de Siegrist a donc été introduit dans l'enquête Sumer 2009. Par ailleurs, l'introduction du questionnaire Hospital Anxiety Depression (HAD) permettra de mettre en relation la santé psychique et les résultats du Karasek ou du Siegrist.

B. Arnaudo¹, C. Cohidon², M. Murcia³, le comité de pilotage Samotrace Centre⁴

1/ DRTEFP Centre, Orléans – 2/ InVS/Umrestte, Lyon – 3/ Université François Rabelais, Tours – 4/ J. Albouy, B. Arnaudo, F. Bardot, C. Berson, C. Bertin, M. Chevalier, C. Cohidon, J.-Y. Dubré, J. Germanaud, M. Goldberg, D. Huez, E. Imbernon, G. Lasfargues, D. Roy

INTRODUCTION

L'exposition prolongée à des contraintes psychosociales au travail peut être responsable d'une altération de la santé psychique. L'enquête nationale Sumer 2003 a permis de décrire, sur un large ensemble de secteurs d'activités et de catégories professionnelles, l'exposition à la tension au travail d'après le modèle de Karasek. Il existe également d'autres expositions psychosociales au travail à considérer dans les problèmes de santé mentale en lien avec le travail, comme, entre autres, celles explorées par le modèle de déséquilibre effort/récompense de Siegrist. Les données présentées dans cette communication sont issues du programme Samotrace implanté en régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes.

MÉTHODES

Le programme Samotrace et la méthodologie du volet en entreprise ont été décrits plus en détails dans la communication de C. Cohidon.

Il s'agit ici de décrire l'environnement psychosocial au travail dans l'échantillon Samotrace en utilisant différents indicateurs :

- le déséquilibre effort/récompense et le surinvestissement au travail exploré par le questionnaire de Siegrist;
- l'obligation de travailler d'une manière qui heurte la conscience professionnelle;
- l'exposition à des menaces et humiliations.

La fréquence d'exposition à ces contraintes a été décrite selon le sexe, les catégories professionnelles et les secteurs d'activité.

RÉSULTATS

L'échantillon de la zone Centre comporte 6 056 salariés dont 57 % d'hommes. Il est globalement représentatif de la population source en terme de sexe, d'âge, de catégorie socioprofessionnelle et de secteur d'activité. Il n'y a pas de différence significative d'exposition au déséquilibre global effort/récompense selon le sexe. En revanche, les femmes sont plus exposées aux faibles récompenses et au surinvestissement au travail. Chez les hommes, la catégorie des professions intermédiaires est la plus exposée à cette contrainte; puis viennent les ouvriers. Environ 13 % de l'échantillon a déclaré avoir dû travailler d'une manière qui heurtait sa conscience professionnelle. Cette exposition touche plus particulièrement les professions intermédiaires. Les secteurs d'activité les plus concernés sont ceux de la santé, action sociale, de la production et distribution d'électricité de gaz et d'eau. L'exposition à des menaces et humiliations au cours des 12 derniers mois est déclarée plus fréquemment par les femmes que les hommes (respectivement 16 % et 12 %). Certains secteurs d'activité sont plus touchés.

DISCUSSION

De telles données décrivant l'environnement psychosocial au travail n'existaient pas en France, à notre connaissance, sur un aussi large échantillon d'emplois. Elles montrent des différences d'exposition selon le sexe, le secteur d'activité et la catégorie professionnelle. Par ailleurs, l'étude des liens entre ces expositions et les indicateurs de mal être sera intéressante à mener.

C. Torres

Ministère de la Justice, Lyon

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, leur portée est limitée quand il s'agit d'examiner une situation singulière. L'analyse clinique présente ici toute son utilité. Pour les médecins du travail, l'intérêt de la clinique 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.

Pour discuter ces questions nous proposons de les illustrer par deux vignettes cliniques.

La première concerne un maçon qui, à la suite d'un accident du travail, souffre d'un syndrome post-traumatique. L'analyse clinique va mettre à jour un univers incarné qui s'était développé au cours de son expérience et qui lui permettait de percevoir et de guider ses actions, mais qui jusque là semblait être resté à un stade pré-conceptuel, faute de pouvoir être adressé à un interlocuteur. C'est cette dynamique où s'entremêlent l'action, la perception et la cognition, qui s'était dégradée dans son travail pour se figer au moment de son accident. Au cours de la consultation, nous avons assisté à une timide reprise de cette dynamique.

Dans un double mouvement, ce salarié a accru ses capacités d'argumentation pour défendre sa conception du métier et, dans le même temps, il a opéré une ouverture sur le point de vue de son responsable avec qui il était en conflit.

La seconde vignette clinique relate une action de prévention dans une boutique de téléphonie où les incidents violents avec la clientèle ont un retentissement sur l'état de santé des vendeurs. C'est en reprenant le fil des agressions au cabinet médical que nous avons vu apparaître une dimension jusque là occultée. Les relations avec les clients mais aussi au sein du collectif des vendeurs avaient été altérées par l'introduction de nouvelles "bonnes pratiques".

À travers ces deux exemples, 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. Ces deux exemples nous éclairent 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, ils nous permettent d'espérer une fertilisation croisée entre l'épidémiologie et la clinique. C'est à ce pari original que nous convie le programme Samotrace.

M. Pezé

Cash de Nanterre, Nanterre

Le travail ne peut être ramené à de simples indicateurs statistiques, pas davantage se borner à une addition d'expériences singulières. Le travail s'impose comme une donnée sociale qui participe à la construction ou à la déconstruction de notre société, de la santé physique et mentale de ses membres, générant des pathologies, mais aussi des spécialistes et des disciplines pour en établir l'étiologie, la sémiologie et les thérapeutiques. Ceux qui ont un travail stable, ceux qui ne travaillent qu'à durée déterminée, ceux qui ont perdu leur emploi, ceux qui ont basculé dans la précarité, sont les figures démultipliées d'un même choix de société sur la valeur travail.

Ce qui confère au travail sa dimension proprement dramatique est d'abord son lien avec la construction identitaire. Quand le choix du métier est conforme aux besoins psychiques du sujet et que ses modalités d'exercice permettent le libre jeu du fonctionnement mental, le travail occupe une place centrale dans l'équilibre psychique et dans la dynamique de l'identité. Les gestes ne sont pas que des enchaînements musculaires efficaces et opératoires. Ils sont des actes d'expression de la posture psychique et sociale que le sujet adresse à autrui. Travailler, ce n'est donc pas seulement produire, c'est se transformer soi-même. Le travail est aussi la voie royale d'expression personnelle de notre identité dans une issue compatible avec l'insertion sociale.

Mais si le travail peut être un puissant opérateur de construction de la santé, il offre un champ propre à la psychopathologie : conflits intrapsychiques d'abord, puisque travailler c'est se travailler. Conflits intersubjectifs aussi puisque travailler, c'est travailler ensemble. Le type de décompensation ne dépend pas uniquement du travail mais en dernier ressort de la structure de la personnalité,

acquise avant la situation de travail. On comprend que l'analyse des situations de souffrance au travail requière des savoirs pointus, croisés et pluridisciplinaires pour faire la part entre facteurs externes et facteurs endogènes.

Les nouvelles formes d'organisation du travail sont édifiées grâce à la maîtrise des savoirs sur le psychisme individuel et sur le fonctionnement des groupes. L'éclatement géographique des équipes pour casser les solidarités, le travail à flux tendu, les objectifs inatteignables qui mettent le salarié en position fautive prescrite, l'utilisation des nouvelles technologies comme moyen de vérification du rythme de travail, ensuite comme moyen d'effacement de la frontière entre vie privée et travail, l'évaluation individuelle sous toutes ses formes (rapport d'activité, suivi d'objectif, contrôle de qualité, 360°), sont autant de techniques de management visant à implanter les nouvelles formes de servitude.

La contrepartie de cette disciplinarisation massive des ressources humaines est la destruction des ressources humaines. La souffrance au travail s'est accrue tant en quantité qu'en formes d'expression et débouche sur des pathologies du surtravail ou de surcharges croissantes. Le Karôshi, mort subite au travail, les passages à l'acte violents, les névroses traumatiques graves en situation de harcèlement moral, les suicides sur les lieux de travail ne sont plus des phénomènes mineurs pour les cliniciens de terrain.

Nos athlètes de la quantité, parfaits rouages du productivisme demandé, s'excitent, s'usent, puis disparaissent, escamotés par la maladie. Les franges de salariés qui s'effondrent, pour être remplacés par d'autres, font le lit de nos consultations. Certains décident de partir avec fracas et se suicident sur le lieu du travail.

Évolution des organisations du travail et risques psychosociaux : quelques enseignements issus de l'approche du réseau Anact

J. Bernon, P. Douillet

Anact, Lyon

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), en France, a développé à partir de son expérience de dix ans d'interventions en entreprises, une approche originale et pratique des risques psychosociaux (cf. "Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail", éd. Anact, mai 2007). Contrairement aux approches centrées sur l'individu, elle propose de regarder les conditions de l'organisation du travail et des relations professionnelles comme sources essentielles des situations pathogènes et comme cibles prioritaires des actions de prévention. En effet, le travail peut être vu comme un lieu permanent de "tensions" entre les objectifs de l'entreprise et ceux des salariés mais des processus de "régulation" fonctionnent le plus souvent, permettant de trouver les compromis sociaux acceptables. Les risques psychosociaux doivent donc être analysés comme le résultat de "tensions" excessives, non régulées ou insuffisamment régulées par l'organisation du travail et le système de relations sociales. Ces tensions regroupées en quatre grandes familles, celles issues des contraintes du travail, celles liées aux valeurs et exigences du salarié, celles liées aux situations de changements des contextes de travail, et celles liées aux relations et comportements des individus, font référence aux grands modèles du stress

convoqués en fonction des contextes de travail. L'approche de l'Anact se veut résolument opérationnelle pour les acteurs de l'entreprise qui sont invités à repérer des "situations-problèmes" dans leur quotidien professionnel, à analyser les "tensions" qui y sont présentes et les défauts de régulation : ils peuvent ensuite remonter aux causes dans l'organisation du travail, les politiques de ressources humaines... Les actions de prévention porteront sur la réduction des tensions mais tout autant sur l'augmentation des capacités de régulation individuelle et collective.

Au travers de son expérience d'appui aux entreprises sur la prévention des risques psychosociaux, l'Anact peut dégager des hypothèses en ce qui concerne des modes d'organisation productives pathogènes, des secteurs d'activité particulièrement concernés en établissant des liens entre les formes d'organisations mises en place et des caractéristiques reconnues comme constitutives de la santé mentale au travail. La communication présente l'approche de l'Anact ; elle cherche également à dégager des enseignements de son expérience de terrain en confrontation avec les résultats des études épidémiologiques pour enrichir le débat de l'apport réciproque des diverses approches et disciplines à la lecture de la montée des risques psychosociaux.

R. Bourbonnais^{1, 2}, M. Vézina^{1, 2, 3}

1/ Université Laval, Québec, Canada – 2/ Groupe de recherche sur les impacts psychologiques, organisationnels et sociaux du travail, Québec, Canada – 3/ Institut national de santé publique, Québec, Canada

INTRODUCTION

Peu d'études rigoureuses évaluant des interventions visant à diminuer les contraintes psychosociales au travail et leurs effets sur la santé ont été réalisées et celles disponibles comportent des limites méthodologiques importantes. L'objectif des études présentées consiste à évaluer des interventions visant la réduction de quatre contraintes psychosociales précises de l'environnement de travail bien documentées, en lien avec les modèles de tension psychologique de Karasek, Theorell et Johnson (demande psychologique élevée, latitude décisionnelle faible, faible soutien social des collègues et des superviseurs) et de déséquilibre effort-reconnaissance de Siegrist.

MÉTHODES

Des groupes d'intervention incluant des travailleurs, des représentants de l'employeur et du syndicat ont été mis sur pied dans les groupes expérimentaux chez les soignants et chez les agents en services correctionnels (ASC) afin d'identifier les contraintes et de proposer des solutions. Les effets de l'intervention ont été évalués à l'aide d'un devis quasi-expérimental de type avant-après avec groupes témoins. L'évaluation repose sur des instruments validés permettant de mesurer les contraintes psychosociales ciblées. L'évaluation porte également sur plusieurs indicateurs de santé mentale. Ces mesures ont été réalisées avant, 24 mois et 36 mois après l'intervention.

RÉSULTATS

Les interventions visant la réduction des contraintes ciblées et des problèmes de santé ont produit des résultats significatifs dans les groupes expérimentaux. Chez les soignants, on a noté neuf changements bénéfiques significatifs sur quinze, dans les contraintes et les problèmes de santé, entre la mesure pré-intervention en 2000 et la mesure post-intervention en 2004. De plus, pour sept contraintes psychosociales sur neuf et quatre problèmes de santé sur cinq, la moyenne après 36 mois ajustée pour la moyenne avant l'intervention était plus faible dans l'hôpital expérimental que dans l'hôpital contrôle, indiquant une amélioration de la situation dans l'hôpital expérimental. Chez les ASC, on a noté, dans les centres expérimentaux, trois améliorations entre la mesure pré-intervention (2004) et la mesure post-intervention (2007) et une détérioration. En revanche, dans les centres témoins, il n'y a aucune amélioration, mais dix détériorations.

DISCUSSION

Les résultats obtenus appuient la pertinence d'intervenir sur l'environnement psychosocial pour diminuer les contraintes dans une perspective de prévention des problèmes de santé mentale. Les forces méthodologiques de ces interventions favorisent leur généralisation à d'autres milieux de travail. Au cours de la présentation, nous vous ferons part de points communs qui favorisent ou nuisent à une telle démarche d'intervention visant l'amélioration de l'environnement psychosocial du travail et de la santé des travailleurs.

NOTES

NOTES

NOTES

NOTES

NOTES

