



HAL
open science

Expositions psychosociales et santé: état des connaissances épidémiologiques

Dominique Chouanière, Christine Cohidon, Claire Edey Gamassou, France Kittel, Annie Lafferrerie, Valérie Langevin, Marie-Pierre Moisan, Isabelle Niedhammer, Laurence Weibel

► **To cite this version:**

Dominique Chouanière, Christine Cohidon, Claire Edey Gamassou, France Kittel, Annie Lafferrerie, et al.. Expositions psychosociales et santé: état des connaissances épidémiologiques. Documents pour le Médecin du Travail, 2011, Expositions psychosociales et santé: état des connaissances épidémiologiques, 127, pp.509-517. hal-00668132

HAL Id: hal-00668132

<https://hal.science/hal-00668132>

Submitted on 22 Feb 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Expositions psychosociales et santé : état des connaissances épidémiologiques

De nombreuses études épidémiologiques portent sur les relations entre les conditions de travail et l'état de santé (maladies cardiovasculaires, troubles musculosquelettiques, santé mentale, stress chronique, atteintes immunitaires). Cet article a pour objectif de faire une synthèse, sous forme d'un tableau, sur les liens bien établis, ceux qui le sont moins et ceux qui ne sont pas encore étudiés.

En mai 2011, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a publié les résultats d'une expertise collective sur les différents aspects du stress au travail, sociologiques, psychologiques, biologiques, épidémiologiques, économiques mais également sur la prévention et son efficacité. Initialement centré sur la population des travailleurs indépendants, cet état des lieux a porté, en fait, sur l'ensemble de la littérature disponible sur le stress au travail quelles que soient les catégories de travailleurs, indépendants et salariés.

Par ailleurs, le groupe « Risques Psychosociaux » du Réseau francophone de formation en santé au travail (RFFST) a apporté, sur des aspects particuliers, un ap-

profondissement ou une contribution spécifique. Le document présenté ici a pour objectif de synthétiser l'ensemble de ces connaissances sous forme d'un tableau à double entrée, croisant d'une part les contraintes au travail perçues par les opérateurs ou les facteurs organisationnels objectivables dans une situation de travail donnée et, d'autre part, l'ensemble des problèmes de santé étudiés (tableau pp. 516 et 517).

À l'origine du stress chronique au travail, se trouvent les « stressseurs » ou « sources du stress » parmi lesquels, il faut différencier la réalité objectivable d'une situation de travail (ex : nombre hebdomadaire d'heures de travail) de ce qui relève de la perception subjective par l'opérateur de cette même situation de travail (ex : perception de l'équilibre vie professionnelle/personnelle du fait des horaires de travail) (figure 1).

D. CHOUANIÈRE¹,
C. COHIDON², C. EDEY
GAMASSOU³, F. KITTEL⁴,
A. LAFFERRERIE⁵,
V. LANGEVIN¹,
M.P. MOISAN⁶,
I. NIEDHAMMER⁷
ET L. WEIBEL⁸

1 Institut national de recherche et de sécurité (INRS), France

2 Département santé-travail, Institut de veille sanitaire / Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance en transport travail environnement, Lyon, France

3 IRG (Institut de recherche en gestion), Université Paris-Est, France

4 Unité de psychologie de la santé, Département d'épidémiologie et promotion santé, École de santé publique, université libre de Bruxelles, Belgique

5 Chaire de psychologie du travail du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), France

6 Institut national de la recherche agronomique (INRA), UMR1286, NutriNeuro, Université Bordeaux, France

7 Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), U1018, Villejuif, France.

8 CRAM Alsace Moselle, Strasbourg, France



Documents pour le Médecin du Travail
N° 127
3^e trimestre 2011

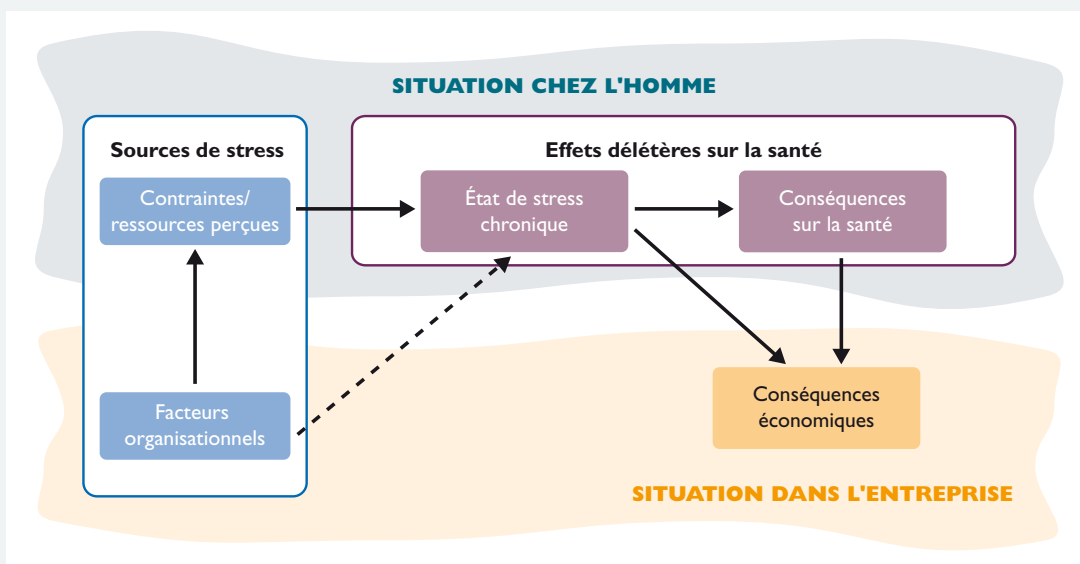


Fig. 1 : Liens entre facteurs organisationnels, contraintes, stress chronique et santé.

Les termes utilisés pour différencier ces deux concepts sont très variables et font l'objet de débats. Pour le présent document, il est convenu de nommer :

- « contraintes » ce qui relève de la perception subjective des conditions de travail,
- « facteurs organisationnels » ce qui relève des facteurs objectivables de travail, factuels et souvent repérables dans la documentation de l'entreprise.

Dans cet article, sont considérés comme problèmes de santé le stress chronique et ses conséquences. En effet, le stress aigu, qui fait partie intégrante de toute activité professionnelle, est non délétère dès lors que son intensité est faible ou moyenne, en revanche, un stress aigu très intense peut entraîner un état de stress post-traumatique, lequel a été inclus dans cette revue de la littérature.

Pour comprendre la portée des résultats présentés dans le tableau, il est nécessaire de préciser préalablement comment les contraintes, les facteurs organisationnels, le stress chronique et ses diverses conséquences pathogènes sont évalués dans les études épidémiologiques.

Contraintes au travail

Sont prises en compte dans ce document les contraintes liées au travail qui s'inscrivent dans la durée.

L'accumulation des contraintes est un facteur aggravant. Par exemple, dans certains centres d'appels téléphoniques, le téléopérateur peut être soumis à la pression sur le nombre d'appels (par l'affichage du nombre de clients en attente), n'avoir aucune marge de manœuvre pour s'adapter à la demande du client (quand la consigne est le respect strict d'un script de conversation affiché sur l'écran), être dépourvu de support technique de la part de son superviseur (dont le cahier des charges est essentiellement de contrôler la productivité et le respect du script) et soumis à une fréquente dissonance émotionnelle (« sourire » au téléphone même en cas d'insultes, menaces, agressivité..., de la part de la clientèle).

En cas de contraintes multiples, la coexistence de certaines d'entre elles, antagonistes, est particulièrement délétère : forte demande psychologique et faible marge de manœuvre (*job strain* de Karasek) ou forte exigence de productivité et faibles récompenses, qu'elles soient financières ou symboliques (déséquilibre efforts-récompenses de Siegrist). Ces deux déséquilibres ont fait l'objet de nombreuses études et de ce fait les liens avec les problèmes de santé sont particulièrement documentés dans le tableau.

D'autres contraintes ou associations de contraintes peuvent être présentes dans une situation de travail donnée mais les preuves épidémiologiques de leur nocivité sont actuellement moins nombreuses : un traitement inéquitable entre travailleurs d'un même atelier ou entreprise, un *leadership* de mauvaise qualité, les conflits éthiques qui apparaissent quand les valeurs personnelles sont en contradiction avec les exigences du travail, l'insécurité de l'emploi... Ce sont les données futures qui permettront de préciser le poids de ces nouvelles contraintes.

Le rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail récemment publié propose de retenir dans une prochaine étude prospective, sur un panel conséquent de travailleurs français, six familles de contraintes qui incluent l'ensemble des contraintes prises en compte ici.

Les contraintes présentées dans le tableau sont les suivantes.

MODÈLE DE KARASEK

La **demande/exigence psychologique** correspond à une évaluation de la perception de la charge de travail et de sa vitesse d'exécution ainsi que celle des interruptions dans le travail.

La **latitude décisionnelle** évalue la perception de la marge de manœuvre pour organiser et réaliser son travail, la créativité ou répétitivité des tâches menées dans le travail et la possibilité de faire valoir ses compétences.

Le **support/soutien social** évalue la perception de l'aide apportée par les collègues et l'encadrement de proximité pour réaliser son travail.

Le **job strain** apprécie la coexistence d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (en dénombrant les personnes qui ont à la fois une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle sur la base de la médiane des 2 scores).

Liiso strain intègre la dimension « support social » considérant que le *job strain* est aggravé si les personnes ont de plus un faible support social (déterminé par un score de support social inférieur à la médiane).

MODÈLE DE SIEGRIST

Les **efforts** évaluent, comme la demande psychologique de Karasek, la perception de la charge de travail et des interruptions dans le travail.

Les **récompenses** mesurent la perception des « retours » sur le travail fourni, qu'ils soient monétaires ou symboliques, et les perspectives de l'emploi et de la carrière.

Le **surinvestissement** s'intéresse à l'implication de la personne dans son travail et à l'anxiété que celui-ci peut générer chez elle.

Le **déséquilibre efforts/récompenses (DER)** mesure le décalage entre des efforts importants consentis pour son travail et des faibles récompenses qui en découlent. La variable qui rend compte de ce déséquilibre est construite en faisant le rapport entre les deux scores (Efforts et Récompenses), ceux-ci étant pondérés par le nombre d'items de chacune des dimensions.

AUTRES CONTRAINTES

Les **conflits éthiques** sont explorés par quelques questions non standardisées du type : « *Est-ce que votre métier vous met en contradiction avec vos valeurs personnelles ?* » ou « *Est-ce que, dans votre travail, vous devez faire des choses que vous désapprouvez ?* ».

L'**injustice organisationnelle**, récemment explorée dans les études épidémiologiques, intègre 3 composantes de la justice perçue au travail : la justice distributive relative aux ressources (salaire, protection sociale, perspectives professionnelles...), la justice procédurale touchant les procédures, les méthodes et les mécanismes utilisés pour obtenir les résultats et la justice relationnelle concernant l'équité dans les relations sociales (considération, politesse, respect, dignité...). Différents instruments sont disponibles pour mesurer cette dimension.

La mauvaise **qualité du leadership** est également une contrainte nouvellement apparue dans les études épidémiologiques. Elle est évaluée par un questionnaire portant sur les différents aspects d'un comportement managérial : intégrité, motivation, capacité à intégrer, autocratie et autocentrage.

L'**insécurité de l'emploi et du salaire** correspond à une situation quotidienne impliquant une incertitude prolongée sur son devenir professionnel. Elle a pris une dimension particulière du fait des changements intervenus dans le marché du travail : restructurations, fusions, plans de licenciement... Elle est évaluée par deux types de mesure : subjective (perception de l'insécurité), faisant alors partie des contraintes, mais aussi de façon objective (évaluation externe), étant alors un facteur organisationnel. En ce qui concerne l'évaluation subjective, il existe des outils très variés allant de l'item unique à un autoquestionnaire de 50 items rendant la comparaison entre les études difficile.

La forte **charge émotionnelle** concerne plus particulièrement les métiers d'aide à la personne ou d'aide ou de soins à domicile : travailleurs sociaux, personnel soignant des services d'oncologie pédiatrique, d'accompagnement de patients en fin de vie mais aussi des métiers commerciaux qui exposent les salariés à un

contact prolongé avec une clientèle volontiers agressive comme dans le cas des téléopérateurs. Il n'existe pas d'outil de mesure standardisé.

La **dissonance émotionnelle** est évoquée quand il est demandé aux salariés d'afficher des émotions contraires à leur état comme ne pas réagir par la colère alors qu'un client les agresse, insulte... Il n'y a pas d'outil de mesure standardisé mais des outils sont disponibles comme le FEWS (*Frankfort Emotion Work Scales*).

Les **conflits de rôle** font l'objet de questions non standardisées étudiant les tensions générées par des profils de poste mal ou insuffisamment définis, engendrant des recouvrements, des activités en doublons...

Les **injonctions contradictoires** correspondent à la perception d'un antagonisme entre les exigences auxquelles est soumis un salarié. Il n'y a pas d'outil de mesure standardisé.

La **violence interne** désigne l'ensemble des attitudes, comportements, actes agressifs qui se manifestent sur le lieu de travail entre des acteurs internes de l'organisation (salariés, employés, agents, quels que soient les niveaux hiérarchiques). De tels agissements sont particulièrement délétères du fait de leur répétitivité et durée. La violence physique est explorée par des questions non standardisées alors que la violence psychologique fait l'objet de plusieurs questionnaires dont le plus utilisé est le *Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT)* qui explore l'exposition à 45 agissements hostiles. La violence interne peut se manifester par du harcèlement moral (« *bullying* », « *mobbing* »...) ou sexuel qui se traduisent par des comportements délibérés et réitérés d'atteinte à la dignité de la personne. Il existe des outils standardisés d'exploration du « *bullying* » ou « *mobbing* ».

La **violence externe** désigne l'ensemble des attitudes, comportements, actes agressifs qui se manifestent sur le lieu de travail par des acteurs externes (clients, usagers, bénéficiaires, administrés). Elle est explorée par des questions non standardisées.

Facteurs organisationnels

Les facteurs organisationnels pouvant être à l'origine de contraintes font l'objet de classifications multiples et évoluent au rythme des changements organisationnels du travail. Ils peuvent être regroupés en quatre grandes catégories :

- le contenu du travail regroupe les activités monotones ou répétitives, celles exigeant de traiter un très grand nombre d'informations, l'exposition permanente à la clientèle, la confrontation à la mort ou la souffrance, les activités impliquant une responsabilité sur la vie d'autrui... ;

- l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines rassemblent les changements organisationnels ou opératoires fréquents, le décalage entre les horaires de travail et de la vie sociale (horaires de crèche, d'école ...), le temps de travail prolongé, les interruptions fréquentes dans le déroulement du travail, le travail en flux tendu, l'inexistence ou le caractère aléatoire des plans de carrière, la sous ou surqualification des agents, l'insuffisance de définition des postes de travail... ;

- la qualité des relations de travail prend en compte l'isolement social ou physique, le management peu participatif, la faible communication dans l'entreprise, l'absence d'évaluation du travail ou une évaluation inadaptée... ;

- l'environnement physique concerne le bruit, la mauvaise conception des lieux de travail, le travail en *open space*...

À ces facteurs propres à l'entreprise se surajoutent des facteurs liés au contexte sociologique et économique du monde du travail :

- les évolutions sociologiques telles que l'utilisation croissante des techniques de communication à distance, l'individualisation de l'activité professionnelle avec sur-responsabilisation, l'exigence ou l'agressivité de la clientèle... ;

- la situation macro-économique avec la densification du travail, l'instabilité de l'emploi, l'importance de la concurrence nationale et internationale, les difficultés économiques conjoncturelles...

Certains facteurs organisationnels peuvent avoir un rôle direct sur la santé quelle que soit la présence ou l'importance des contraintes (*flèche en pointillé de la figure 1*) : c'est le cas par exemple d'une activité professionnelle hebdomadaire prolongée qui semble affecter directement la santé (via le stress chronique) sans qu'il y ait de consensus sur le nombre d'heures à ne pas dépasser (45, 50, 55 heures ?).

Les différents facteurs organisationnels présentés dans le tableau sont les suivants.

L'**isolement** correspond à une situation de travail qui ne permet pas d'interaction avec un autre acteur : isolement géographique (un salarié seul dans une succursale), structurel (difficulté à converser du fait de l'environnement trop bruyant, impossibilité de communiquer avec les collègues du fait de l'activité comme pour les téléopérateurs en permanence au téléphone sans pause commune)... Il est exploré par des questions non standardisées.

La **précarité** * est une thématique connexe de l'insécurité de l'emploi et du salaire décrite dans le paragraphe « Contraintes » mais peut être considérée comme un strict facteur organisationnel puisqu'elle fait

référence à l'existence de contrats précaires/temporaires (CDD, intérim, contrats aidés...) ou du temps partiel imposé ou encore de « faibles » revenus, mais il n'y a pas de consensus sur sa définition qui donne lieu à des déclinaisons très hétérogènes. Elle est évaluée par des questions non standardisées.

Les **changements organisationnels récurrents**, problématique émergente, font référence aux changements permanents auxquels sont soumis les salariés : changements technologiques, d'objectifs, d'organigrammes, d'équipes, de locaux, etc. Ils sont explorés par des questions non standardisées.

Le **temps de travail prolongé** correspond, dans les études épidémiologiques, à deux concepts différents : l'excès de travail (plus de 45 ou 50 heures hebdomadaires) et les horaires atypiques (soirée, nuit, week-end...), ces derniers exposant à une désynchronisation des rythmes biologiques. Dans le tableau ne sont mentionnées que les études portant sur l'excès de travail. Cet aspect est exploré par des questions non standardisées.

La **vie au travail/vie hors travail** traite de l'incompatibilité objectivable entre, par exemple, les horaires de travail et les horaires de crèche... Elle est explorée par des questions non standardisées.

Stress chronique et ses conséquences sur la santé

Il s'agit ici, non pas de définir de façon médicale et exhaustive les différentes pathologies évoquées dans le tableau, mais de décrire les variables prises en compte dans les études épidémiologiques.

STRESS CHRONIQUE

Le stress chronique relève d'un mécanisme psychobiologique avec des répercussions concomitantes psychologiques et biologiques. Dans les études épidémiologiques disponibles, certaines étudient les relations entre contraintes et stress perçu (en recourant exclusivement aux autoquestionnaires) et d'autres évaluent les liens entre contraintes et stress physiologique (mesures biologiques diverses avec ou sans autoquestionnaires). Le stress est dû à l'hypersécrétion d'hormones excitatrices (avec, quand il s'inscrit dans la durée, une dérégulation des systèmes hormonaux et de neurotransmetteurs) qui a pour conséquence une sollicitation exagérée des différentes fonctions vitales de l'organisme qui vont progressivement être altérées.

* Dans le tableau, les liens entre Précarité et atteintes à la santé se trouvent confondus avec ceux relatifs à l'Insécurité de l'emploi et du salaire.

Le **stress chronique perçu** est évalué par les symptômes qu'il entraîne :

- physiques avec des douleurs (coliques, maux de tête, tensions et douleurs musculaires...), des troubles du sommeil, de l'appétit et de la digestion, des sensations d'essoufflement ou d'oppression, des sueurs inhabituelles... ;
- émotionnels avec une sensibilité et une nervosité accrues, des crises de larmes ou de nerfs, de l'anxiété, de l'excitation, de la tristesse... ;
- intellectuels avec perturbation de la concentration entraînant des erreurs et des oublis, des difficultés à prendre des décisions...

Ces symptômes peuvent avoir des répercussions sur le comportement :

- conduites dopantes avec recours à des produits calmants (somnifères, anxiolytiques, alcool...) qui tentent de mettre au repos cet organisme tendu et/ou pris d'excitants (café, tabac...) pour « se remettre en route » ;
- fuite par rapport à un environnement agressant : inhibition, repli sur soi, diminution des activités sociales...

L'évaluation des symptômes de stress chronique s'appuie sur des autoquestionnaires standardisés (Échelle de Lemyre et Tessier, Mesure du Stress Psychologique...).

Le **stress biologique** se mesure par de nombreux marqueurs physiologiques et biologiques (comme le cortisol salivaire ou sanguin) qui témoignent de l'activité des hormones excitatrices sécrétées lors d'une situation stressante aiguë ou chronique.

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

- Coronaropathie ou atteinte des coronaires,
- Syndrome métabolique. Facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires, il associe une obésité abdominale, une hypertension et des anomalies de la glycémie, du cholestérol et des triglycérides,
- Accident vasculaire cérébral.

Ces divers problèmes de santé peuvent être déclarés par les participants aux études, recueillis par interview auprès des médecins des agents, mesurés par exemple par des dosages sanguins (glycémie, cholestérol, triglycérides) ou sont issus de bases de données (données nationales de mortalité qui, dans beaucoup de pays, recensent les causes du décès ou registres de toutes les maladies cardiovasculaires ou bases de données sur la morbidité comme les registres de l'infarctus).

TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES (TMS)

les TMS sont des troubles de l'appareil locomoteur – membres et rachis – pour lesquels l'activité professionnelle peut jouer un rôle dans la genèse, le maintien ou l'aggravation. Tous ces troubles peuvent induire gêne fonctionnelle et douleurs.

Les sollicitations, à l'origine des TMS, peuvent être biomécaniques, organisationnelles et psychosociales.

Les TMS sont le plus souvent évalués dans les études épidémiologiques par des autoquestionnaires *ad hoc* comme le questionnaire nordique. Les pathologies avérées peuvent être évaluées par des médecins sur la base de critères diagnostiques précis.

SANTÉ MENTALE

En général, la **souffrance psychologique** ou mal-être est évaluée, dans les études épidémiologiques, par un autoquestionnaire largement utilisé, le *GHQ (General Health Questionnaire)* qui explore plusieurs champs de la santé mentale (dépression, anxiété...) et permet de calculer un score global de souffrance psychologique.

Dans les études épidémiologiques, les **troubles dépressifs** sont rarement évalués par des diagnostics médicaux mais le plus souvent par des autoquestionnaires ciblés sur un ensemble de symptômes dépressifs.

La **dépression** doit être distinguée des troubles dépressifs car il s'agit d'un diagnostic posé, sur la base de critères précis (association de certains symptômes) par un médecin, en général, psychiatre. Il existe quelques questionnaires diagnostiques spécifiques de la dépression.

Les **troubles anxieux** sont, comme les troubles dépressifs, évalués le plus souvent par des autoquestionnaires de symptômes *ad hoc*.

Le **suicide** est souvent étudié par le biais des données de mortalité (quand elles recensent les causes du décès). La recherche de liens avec les contraintes est rare et difficile. Les **tentatives de suicide** ou les **idéations suicidaires** sont explorées par des questions souvent présentes dans les questionnaires de souffrance psychologique comme le *General Health Questionnaire*.

La **consommation de médicaments psychoactifs** (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs...) est souvent utilisée dans les études épidémiologiques comme un indicateur indirect de santé mentale. Elle est évaluée par les données des systèmes d'assurance maladie qui remboursent ces médicaments, par interview des médecins qui suivent les salariés ou encore directement par autodéclaration des salariés (les classes thérapeutiques sont alors plus difficilement identifiables).

Les **conduites dopantes** concernent la consommation d'une substance chimique ou d'un médicament pour affronter un obstacle, réel ou ressenti, ou/et améliorer ses performances (physiques, intellectuelles, artistiques...). Ces conduites dopantes peuvent entraîner ou non une **dépendance**. Les principaux produits utilisés dans le milieu du travail pour se doper sont le tabac, l'alcool, le café, certains médicaments psychoactifs (amphétamines...) et les drogues illicites. Elles sont évaluées, dans les études, par des questions non standardisées ou pour l'alcool, par des outils tels que le DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) ou l'AUDIT-C qui permettent en quelques questions simples de dépister une consommation d'alcool à problèmes ou une dépendance.

Le **workaholisme** est une addiction au travail. Le sujet workaholique est hautement engagé dans son travail, il y consacre une grande partie de son temps au-delà de ce qui est raisonnablement attendu sur le plan économique ou organisationnel. Le travail devient obsessionnel avec incapacité pour le sujet à s'en détacher. Cette addiction est le plus souvent évaluée dans les études sur la base d'un diagnostic médical ou de questions non standardisées.

Le **stress post-traumatique** est la conséquence d'un événement violent qui provoque, chez une personne, de la peur, de la détresse ou de l'horreur (braquage en agence bancaire, attentat...). Il se manifeste par un état de stress suraigu qui va évoluer, quelques semaines après l'événement, vers des troubles anxiodépressifs avec évocation persistante de l'événement traumatique (la personne revit en permanence l'événement), panique en cas de confrontation à des éléments du traumatisme, comme la sirène des pompiers, hyperactivité sur le plan biologique associé à un comportement général apathique. Il est le plus souvent évalué, dans les études, sur la base d'un diagnostic médical ou de questions non standardisées.

Le **burn-out** est une des conséquences d'un état de stress chronique professionnel. Il s'agit d'un syndrome d'épuisement physique et mental qui, pour les concepteurs, était censé atteindre spécifiquement les professionnels en relation d'aide, d'assistance, de soins ou de formation auprès du public. Actuellement le *burn-out* est décrit chez tous les professionnels même sans activité de relation vis-à-vis d'un public. Il se caractérise par trois symptômes : épuisement émotionnel (impression de saturation affective et émotionnelle vis-à-vis de la souffrance d'autrui), désinvestissement de la relation (avec des attitudes et des sentiments négatifs et cyniques envers la clientèle ou les usagers) et une diminution du sentiment d'accomplissement personnel au travail (tendance à l'autoévaluation négative en particulier vis-à-vis de son travail avec les clients ou patients). Il est évalué dans les études épidémiologiques par un autoquestionnaire de référence, le *MBI (Maslach Burn-out Inventory)*.

ATTEINTES IMMUNITAIRES

Les atteintes immunitaires sont citées, en dépit de la quasi absence d'études en milieu professionnel, car de nombreuses études expérimentales chez l'animal ou chez l'homme ont mis en évidence des mécanismes physiologiques entre un stress aigu et/ou chronique et non pas la genèse de ces maladies mais leur évolution.

Ces maladies sont autodéclarées ou recueillies auprès des médecins.

La **diminution de l'immunité** se traduit par des infections à répétition (rhumes, angines, infections urinaires, gastro-entérites...), l'état de stress chronique entraînant une plus grande fragilité et/ou gravité aux infections.

L'**hyperstimulation du système immunologique** se manifeste par des maladies (telles qu'asthme, dermatite atopique...); le stress aigu ou chronique étant un des facteurs de crise ou de poussée de la maladie.

La **déviations de l'immunité** entraîne des maladies auto-immunes et inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique...) pour lesquelles il a été démontré que le stress aigu et quelquefois le stress chronique déclenchent et/ou majorent les symptômes ou les poussées et aggrave l'évolution pour les maladies cancéreuses.

AUTRES ATTEINTES À LA SANTÉ

La **fatigue généralisée** est toujours autodéclarée et peut faire l'objet de questionnaire standardisé (questionnaire de fatigue chronique).

Les **troubles du sommeil** consistent en des difficultés d'endormissement et/ou de réveils nocturnes et/ou précoces et/ou d'un sommeil agité avec ou sans cauchemars. Ils sont toujours autodéclarés et ne font pas l'objet de questionnaire de référence mais de nombreux questionnaires coexistent.

Les **variations de poids** (augmentation ou diminution) peuvent être mesurées ou autodéclarées.

Les **troubles hormonaux** concernent les perturbations des divers systèmes endocriniens (thyroïde, surrénale, ovaire...). Ils peuvent être autodéclarés ou recueillis auprès de médecins ou faire l'objet de dosages biologiques.

Les **troubles de la fertilité et pathologies de la grossesse** sont évalués le plus souvent par le délai à concevoir, la prématurité ou la dysmaturité (nouveaux-nés de petit poids par rapport à leur âge gestationnel). Ils sont le plus souvent autodéclarés ou recueillis auprès des médecins.

Les **accidents du travail et accidents de trajet** sont

mesurés par autodéclaration ou consultation des bases de données des assurances maladies ou professionnelles. Il n'existe pas de questionnaire standardisé.

Il existe de multiples outils pour évaluer l'**autopercption de la santé**, allant d'échelles analogiques visuelles (de 0 pour une très mauvaise santé à 10 pour une excellente santé) à des questions ouvertes.

Plusieurs autoquestionnaires de référence permettent d'évaluer la **qualité de vie** en explorant différents aspects : mobilité, vie sociale, douleurs...

L'absentéisme, comme marqueur de santé, n'a pas été inclus car les caractéristiques assurantielles sont déterminantes et sont donc propres à chaque pays.

Remerciements

Les auteurs remercient **Agnès Aublet Cuvelier** pour son **apport significatif sur les aspects « contraintes psychosociales et TMS »**.

Points à retenir

Le nombre d'études épidémiologiques disponibles pour étudier les relations entre contraintes au travail ou facteurs organisationnels est conséquent.

La qualité des études s'est améliorée au cours du temps et l'on dispose actuellement, au moins pour certaines pathologies (troubles psychiques, maladies cardio-vasculaires et troubles musculo-squelettiques), de plusieurs études longitudinales de bonne qualité voire de revues de la littérature ou de métaanalyses.

Les relations les plus étudiées concernent celles entre les contraintes des modèles de Karasek et Siegrist et de nombreux marqueurs de santé. Elles apparaissent actuellement comme les plus prédictives de mauvaise santé.

Les contraintes émergentes telles que l'insécurité de l'emploi, les conflits éthiques, la justice organisationnelle, la mauvaise qualité du leadership et les violences externes, mériteraient des études complémentaires.

Éléments bibliographiques pour aller plus loin

■ **GOLLAC M, BODIER M** - Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psycho-sociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé ; 2011 : 223 p.

■ **ALGAVA E, CHOUANIÈRE N, COHIDON C, DUBRE JY ET AL.** - Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants. Expertise collective. Les éditions Inserm ; 2011 : 483 p.

■ **KARASEK R, THEORELL T** - Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York : Basic Books ; 1992.

■ **LANGÉVIN V, FRANÇOIS M, BOINI S, RIOU A.** - Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail. Dossier médico-technique TC 134. *Doc Méd Trav.* 2011 ; 125 : 23-35.

■ **LEYMANN H** - La persécution au travail. 2ème édition. Paris : Éditions du Seuil ; 2002 : 237 p.

■ **MACDOWELL I** - Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. 3rd edition. New York : Oxford University Press ; 2006 : 748 p.

■ **NIEDHAMMER I, CHASTANG JF, GENDREY L, DAVID S ET AL.** - Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du "Job Content Questionnaire" de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique.* 2006 ; 18 (3) : 413-27.

■ **NIEDHAMMER I, DAVID S, DEGIOANNI S** - La version française du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail : le « Leymann Inventory of Psychological Terror » (LIPT). *Rev Epidemiol Santé Publique.* 2006 ; 54 (3) : 245-62.

■ **NIEDHAMMER I, SIEGRIST J, LANDRE MF, GOLDBERG M ET AL.** - Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Rev Epidemiol Santé Publique.* 2000 ; 48 (5) : 419-37.

■ **SIEGRIST J, STARKE D, CHANDOLA T, GODIN I ET AL.** - The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med.* 2004 ; 58 (8) : 1483-99.

Pour en savoir plus :

■ Dossier Le stress au travail. INRS, 2010 (www.inrs.fr/dossiers/stress.html).

■ Focus Combattre les Risques Psychosociaux. INRS, 2011 (www.inrs.fr/focus/RisquesPsychosociaux.html).

■ **LANGÉVIN V, FRANÇOIS M, BOINI S, RIOU A.** - Guide d'indicateurs de dépistage des risques psychosociaux. Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 1. *Doc Méd Trav.* 2011 ; 125 : 101-03.

■ **LANGÉVIN V, FRANÇOIS M, BOINI S, RIOU A.** - Job Content Questionnaire (JCQ) (Questionnaire dit de Karasek). Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 2. *Doc Méd Trav.* 2011 ; 125 : 105-10.

■ **LANGÉVIN V, FRANÇOIS M, BOINI S, RIOU A.** - Déséquilibre « efforts/récompenses » (Questionnaire dit de Siegrist). Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 3. *Doc Méd Trav.* 2011 ; 125 : 111-15.

■ **LANGÉVIN V, FRANÇOIS M, BOINI S, RIOU A.** - Perceived stress scale (PSS) (Echelle de stress perçu). Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 4. *Doc Méd Trav.* 2011 ; 125 : 117-20.

■ **LANGÉVIN V, FRANÇOIS M, BOINI S, RIOU A.** - Grille d'identification des risques psychosociaux au travail. Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 5. *Doc Méd Trav.* 2011 ; 126 : 297-99.

■ **LANGÉVIN V, FRANÇOIS M, BOINI S, RIOU A.** - Working Conditions and Control Questionnaire (WOCCQ). Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 6. *Doc Méd Trav.* 2011 ; 126 : 301-05.

■ **LANGÉVIN V, FRANÇOIS M, BOINI S, RIOU A.** - Stress professionnel positif et négatif (SPPN). Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 7. *Doc Méd Trav.* 2011 ; 126 : 307-10.

■ **LANGÉVIN V, FRANÇOIS M, BOINI S, RIOU A.** - Questionnaire d'évaluation de la santé au travail (Santé au Travail, INRS et université Nancy 2 – SATIN). Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 8. *Doc Méd Trav.* 2011 ; 126 : 311-16.



LIENS ENTRE LES CONTRAINTES AU TRAVAIL PERÇUES

Appareil ou Domaine étudié	Pathologie	CONTRAINTES « KARASEK »				CONTRAINTES « SIEGRIST »				Conflits éthiques	Injustice organisationnelle
		Demande psychologique	Manque de latitude décisionnelle	Manque de support social	Job strain	Efforts	Faibles récompenses	Sur-investissement	DER		
Maladies cardio-vasculaires	Coronaropathies										
	Syndrome métabolique : HTA, troubles glucido-lipidiques, obésité										
	Accidents vasculaires cérébraux										
Troubles Musculo-Squelettiques (TMS)	Cervicalgies										
	Dorsalgies										
	Lombalgies										
	TMS Épaule										
	TMS du coude et/ou poignet										
	TMS membre inférieur										
Santé mentale	Détresse psychologique										
	Troubles dépressifs										
	Dépression										
	Troubles anxieux										
	Suicide										
	Consommation de médicaments psychoactifs										
	Conduites dopantes/ Addictives										
	Workaholism										
	Stress post-traumatique										
	Burn-out										
Stress chronique	Stress chronique perçu										
	Stress chronique biologique										
Atteintes immunitaires	Infections à répétition										
	Allergies : asthme, psoriasis, eczéma										
	Maladies auto-immunes et cancéreuses										
Autres atteintes à la santé	Fatigue généralisée										
	Troubles du sommeil										
	Troubles hormonaux										
	Variation de poids										
	Troubles de la fertilité et pathologie de la grossesse										
	Accidents du travail et accidents de trajet										
	Auto-perception de la santé										
	Qualité de vie										

Cases bleu marine : niveau de preuve élevé. Les liens sont très documentés par au moins 5 études longitudinales* de bonne qualité avec des résultats convergents vis-à-vis de l'existence de sur-risques (la maladie est plus fréquente ou accentuée en présence ou avec l'augmentation des contraintes).

Cases bleu ciel : niveau de preuve modéré. Les liens sont documentés sur la base de plusieurs études de bonne qualité souvent transversales** et peu ou pas d'études longitudinales avec des résultats convergents sur des sur-risques.

Cases bleu pastel : niveau de preuve limité. Les liens sont seulement suspectés sur la base de quelques études pas toujours de bonne qualité avec des résultats convergents sur des sur-risques mais qui demandent à être confirmés.

Cases blanche : pas d'études ou niveau de preuve insuffisant. Peu d'études sont disponibles et les résultats divergent au moment de la rédaction du document (début 2011).

