

16

Surveillance et prévention selon le secteur d'activité

Ce chapitre vise à identifier les méthodes quantitatives et qualitatives qui permettent de dépister les situations de stress chez les travailleurs et à évaluer les systèmes nationaux de surveillance des facteurs de risque psychosociaux. Il complète également le chapitre sur les types d'interventions de prévention et l'évaluation de leur efficacité en abordant plus spécifiquement les interventions centrées sur un secteur d'activité particulier ou sur la prévention d'une pathologie liée au stress. Outre les constats de la littérature internationale, ce chapitre aborde l'analyse qualitative du travail à partir de données françaises de pathologie clinique.

En préambule, seront précisés les concepts et définitions des notions de stress et de catégorie de travailleurs dits « indépendants » utilisés dans ce chapitre.

Travailleurs indépendants : qui sont-ils, que font-ils ?

Comme le souligne Barreau dans son ouvrage « Gérer le travail » (1999), dans les années 1950, la classification des situations d'emploi est relativement simple. Elle est bipolaire. La population active se partage en effet à peu près également entre le travail indépendant et le travail salarié. La multiplication des « emplois atypiques » (par exemple, temps partiel, CDD, intérim, groupement d'employeurs) et la généralisation du salariat (plus de 80 % des actifs dans les années 1980 et 1990) ont éclipsé, depuis, cette répartition des années 1950.

Depuis les années 1970, et surtout depuis les années 1990 et 2000, on assiste à un développement des situations particulières d'emploi et de la précarité. Si particularité ne signifie pas précarité, dans les faits, les situations particulières d'emploi sont le plus souvent précaires. Cette précarité peut toucher le travail salarié mais également le travail indépendant. L'analyse économique de la précarité tient compte de trois éléments : la discontinuité (portant sur le temps de travail), le revenu (dont le niveau découle du taux de rémunération et de la discontinuité) et la protection sociale. Ces éléments sont importants à connaître et à prendre en compte dans les études concernant les travailleurs indépendants puisqu'ils sont précisément un objet de préoccupation pour eux, comme les quelques explorations cliniques ou études qualitatives le montrent.

En 2007, selon l'enquête Emploi de l'Insee (Chevalier et coll., 2008), les travailleurs non-salariés constituaient environ 11 % de la population active et d'après une étude en 2005 du même organisme, les effectifs des non-salariés se sont remis à croître légèrement après avoir baissé dans les années 1990 : hors agriculteurs et aides familiaux, les non-salariés étaient aux alentours de 1 900 000 en 2005. Cette population se caractérise par sa grande hétérogénéité et une variabilité d'effectifs des différentes catégories dans le temps. On y retrouve, outre les non-salariés agricoles et les aides familiaux, les artisans et commerçants, les professions libérales (réglementées ou non), les professions intermédiaires de la santé et du travail social. L'émergence de nouveaux statuts, le cumul d'activités salariées et non-salariées viennent également brouiller la segmentation traditionnelle entre travailleurs salariés et indépendants. Au sein même de ces différentes catégories, il peut y avoir des groupes aux caractéristiques de travail très variées comme par exemple celui des employeurs qui regroupe des PDG salariés de leur propre entreprise dont la taille peut être considérable et des employeurs de quelques salariés. Pour plus de précisions, nous conseillons au lecteur de se reporter au chapitre sur l'ébauche d'une sociologie des travailleurs indépendants.

Les études sur les conditions de travail et leurs effets sur la santé dans la population des travailleurs salariés tiennent compte, parmi ceux-ci, des différentes catégories socioprofessionnelles (ouvriers, employés, cadre...). De la même manière, les travaux chez les travailleurs indépendants doivent pouvoir, outre la question du genre, tenir compte de ces différentes catégories, dont les conditions de travail peuvent être très éloignées les unes des autres.

Stress au travail : quel modèle de compréhension ?

La première difficulté à laquelle nous nous trouvons confrontés est le fait que dans le langage commun le mot « stress » sert à désigner, à la fois, les facteurs d'expositions pathogènes en milieu de travail (les « stresseurs ») et leurs effets sur la santé, tant physique que psychique, des travailleurs qui y sont soumis. Son usage familier dans le grand public et sa banalisation en font un excellent mode d'entrée pour tenter d'explorer le travail et son organisation pour telle population particulière d'un côté, les conséquences pour leur santé et les moyens pour y faire face de l'autre. La compréhension des situations de travail dépend de la posture adoptée par l'observateur : « neutre » extérieur, prenant ce qui est montré dans son travail par le travailleur observé pour la seule réalité objective, ou bien s'intéressant au rapport subjectif du travailleur à son activité dans une dimension de compromis entre les exigences de l'organisation prévue, la rationalité (les attentes, les désirs, les capacités physiques et psychiques, les valeurs...) de l'individu et la rationalité du collectif d'appartenance (existant ou non).

Dépister le niveau de stress dans une situation de travail, dans une profession, dans une entreprise, implique de faire une analyse à partir d'indicateurs pour repérer les facteurs de risque et leur impact sur la santé des travailleurs.

Un diagnostic à partir de l'analyse de la situation de travail utilise le plus souvent des outils développés sur la base de questionnaires et d'échelles qui font ensuite l'objet de traitements statistiques.

Mettre en place une intervention-action visant à réduire ou prévenir les situations de stress et améliorer la santé des travailleurs fait appel à d'autres méthodologies, voire à d'autres concepts.

D'après les travaux explorés, la prééminence de plusieurs approches, différentes mais non opposables, de compréhension du stress sert de support aux interventions visant à prévenir le stress en entreprise. L'une, déjà plus ancienne, est le modèle transactionnel du stress au travail qui a été utilisé par l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité), s'orientant vers une évaluation cognitive des enjeux de la situation de travail et les stratégies mises en place pour garder le contrôle de cette situation. Une autre démarche, préconisée par l'INRS actuellement, s'appuie sur l'évaluation des contraintes au travail considérées comme pathogènes. Enfin, celle de la psychodynamique du travail s'intéresse au rapport subjectif du sujet à son travail, discipline construite par Christophe Dejours (voir sa communication « La référence au « travailler » dans le rapport entre santé mentale et travail » à la fin de cet ouvrage) à partir des concepts de souffrance liée au travail, de stratégies défensives (collectives et/ou individuelles), de la confiance et de la coopération dans le travail, de la reconnaissance et de l'autonomie, dans un contexte de travail qui a beaucoup changé depuis le début des années 1990.

Surveillance et dépistage

Dans cette partie seront abordés les différents outils de dépistage des situations de stress ainsi que les systèmes nationaux de surveillance des facteurs de risque psychosociaux mis en place dans les différents pays.

Outils de dépistage

On pourra, pour cette question des outils, utilement se reporter dans cet ouvrage au chapitre portant sur les modèles et concepts pour l'évaluation des facteurs psychosociaux et à celui sur les facteurs de stress et les mécanismes psychologiques. Le dépistage des facteurs de risque de stress et des atteintes à la santé peut être envisagé à un niveau individuel ou collectif.

De nombreux articles, surtout anglo-saxons, s'intéressent au dépistage et à l'évaluation collectifs, avec l'utilisation quasi exclusive d'une méthodologie

d'enquête par questionnaire et le recours à des outils de mesure internationalement validés. Il est possible de distinguer ces outils selon trois catégories : ceux qui portent sur les facteurs de risque, à savoir les « stressseurs » ou les facteurs de stress liés au travail ; ceux qui évaluent les processus cognitifs du stress ; ceux qui évaluent les conséquences du stress en termes d'atteintes à la santé ou d'attitudes au travail. Dans le tableau 16.I, quelques exemples de ces questionnaires sont donnés.

Tableau 16.I : Exemples de questionnaires de stress traduits en français

Nom de l'outil	Type d'évaluation
<i>Job Content Questionnaire</i> (Karasek)	Facteurs de stress : demande psychologique, latitude décisionnelle, soutien social
Déséquilibre efforts-récompenses (Siegrist)	Facteurs de stress : efforts et récompenses
Échelle de stress perçu (PSS) (Cohen et coll., 1983)	Processus cognitifs du stress : stress perçu
<i>Way of Coping Checklist</i> (WCC) (Vitaliano et coll., 1985)	Processus cognitif du stress : stratégies d'adaptation
<i>General Health Questionnaire</i> (GHQ) (Goldberg et Hillier, 1979)	Atteinte à la santé mentale : détresse psychologique
<i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI) (Maslach et Jackson, 1986)	Atteintes à la santé mentale et des attitudes au travail : <i>burnout</i> ou épuisement professionnel

Les outils de dépistage les plus couramment utilisés dans les études depuis une quinzaine d'années sont, du côté de la mesure des effets sur la santé, le MBI (*Malasch Burnout Inventory*), principalement en santé publique pour une évaluation du *burnout*, et le GHQ (*General Health Questionnaire*) (différentes versions existent selon le nombre de questions, le GHQ 28 à 28 questions, le GHQ 12...), alors que les modèles de Karasek et Siegrist portent sur l'évaluation des contraintes de travail (enquêtes Sumer et Samotrache) pour la mesure des contraintes vécues dans le travail. Le NHP (*Nothingam Health Profile*) utilisé en version française dans l'enquête Estev (enquête santé travail et vieillissement) au début des années 1990, semble, depuis, avoir été délaissé au profit des outils cités ci-dessus. Actuellement, on observe fréquemment en France l'utilisation conjointe de questionnaires des modèles de Karasek et de Siegrist et du GHQ pour explorer les dimensions à la fois du côté travail et du côté santé et faire une analyse du croisement de ces données.

Des articles, en particuliers francophones, assez peu nombreux comparativement à l'ensemble de la littérature explorée, font état d'études ou revues d'indicateurs de risque de stress au travail au niveau de l'organisation du travail. L'INRS (2007) a publié des documents destinés aux acteurs dans le champ santé travail et aux acteurs de la prévention au travail comprenant aussi les membres de CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) et les instances représentatives du personnel, pour les aider à dépister les risques psychosociaux, réaliser un diagnostic organisationnel et

construire une démarche de prévention (François et coll., 2006). Vézina et coll. ont publié en 2006 une note de recherche pour définir les risques et sur la prévention des problèmes de santé mentale (avec utilisation des modèles de Karasek et de Siegrist). L'Institut national de santé publique du Québec (Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels) a produit, sous la direction de Michel Vézina en avril 2009, une grille d'identification des risques psychosociaux au travail (INSPQ, 2009).

La recherche d'un indicateur universel unique qui permettrait d'évaluer les risques psychosociaux liés au travail dans toutes ses composantes (cf. Rapport Nasse-Légeron, 2008), idée séduisante de prime abord, est aujourd'hui rejetée par la communauté scientifique du champ de la santé au travail.

Le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, constitué à la demande du ministère du Travail en France et présidé par Michel Gollac, a élaboré et fait connaître en octobre 2009 une batterie d'indicateurs provisoires autour de six axes : les exigences au travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie ou les marges de manœuvres, les rapports sociaux et relations au travail, les conflits de valeurs, l'insécurité de l'emploi (Collège d'expertise, 2009). Ces indicateurs sont tirés essentiellement de deux sources : l'enquête Conditions de travail de 2005 réalisée par la Dares (Direction pour l'animation de la recherche et des statistiques, ministère du Travail) (Algava et Vinck, 2009) et l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP, 2007) de l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques), la Dares et la Drees (Direction de la recherche et des études sur la santé, ministère de la Santé). Ces sources de données incluent des informations sur les travailleurs indépendants (agriculteurs et autres non-salariés).

Les premiers résultats sur les facteurs psychosociaux auxquels sont exposés les indépendants sont présentés dans le chapitre sur les facteurs de risque psychosociaux au travail chez les indépendants. De façon synthétique, il en ressort que les travailleurs non-salariés (hors agriculteurs) sont plus que les autres travailleurs exposés à une pression temporelle, à une complexité de tâches, à des exigences émotionnelles dues aux relations avec le public et au fait d'avoir à cacher ses émotions. Ils sont plus nombreux à craindre pour leur emploi. En revanche, ils ont plus de marges de manœuvre et d'autonomie, ils sont moins soumis à des conflits, ils estiment plus souvent que leur travail est reconnu à sa juste valeur. Ils sont moins nombreux que les salariés à estimer avoir à faire des choses qu'ils réprouvent. Ils estiment pour la plupart avoir les moyens de faire un travail de qualité et ils se sentent, plus que les salariés, en capacité de continuer leur activité jusqu'à l'âge de la retraite.

Compte tenu du fait que la catégorie « travailleurs non-salariés » n'est pas homogène, il serait souhaitable que ces indicateurs soient appliqués de façon différenciée aux différentes catégories de travailleurs indépendants pour pouvoir analyser chaque groupe plus finement et pouvoir adapter l'offre de prévention de façon spécifique à chacun.

Il faut également citer la post-enquête qualitative en Pays de la Loire réalisée en 2008-2009 qui fait suite à l'enquête SIP de l'Insee de 2007 en population générale (Guiho-Bailly et coll., 2009). Cette post-enquête a été réalisée simultanément par la méthodologie de la psychodynamique du travail et par la méthodologie traditionnelle avec questions fermées et enquêteur professionnel. Les résultats montrent que la méthodologie traditionnelle aboutit, pour les cas étudiés, à une sous-estimation des liens entre les choix de travail et de mobilité et les problèmes de santé qui peuvent en découler ou bien des liens entre le souci de préserver sa santé et l'itinéraire professionnel choisi ou subi. Si le suivi d'un script strict de questionnement facilite le traitement statistique ultérieur, il enferme néanmoins la pensée du sujet dans un fonctionnement binaire réducteur et cloisonnant. Ce résultat est un élément de connaissance important dont il faudrait pouvoir tenir compte dans le choix de méthodologie d'une investigation auprès des travailleurs indépendants.

Évaluation des systèmes nationaux de surveillance

Dollard et coll. (2007) ont procédé à une revue internationale des systèmes nationaux de surveillance des facteurs de risque psychosociaux auxquels sont exposés les travailleurs : 35 systèmes examinés dans 20 pays différents dont la France, avec l'enquête Sumer (Surveillance médicale des expositions et des risques au travail) et l'enquête Conditions de Travail de la Dares. Il apparaît qu'il n'y pas de mesure exhaustive des facteurs de risque recherchés par un seul système. La majorité des enquêtes évalue à la fois les caractéristiques du travail et le contexte organisationnel et social du travail. Ainsi, les six caractéristiques du travail le plus souvent incluses dans les systèmes de surveillance nationaux sont, par ordre : les horaires de travail, le degré d'influence sur l'organisation de son travail (autonomie), la surcharge ou la sous charge de travail, les contraintes cognitives, le manque de variété dans le travail (monotonie). Sur l'aspect social et organisationnel du travail, les six caractéristiques les plus communément mesurées dans toutes les enquêtes, sont la rémunération, la formation professionnelle, l'insécurité de l'emploi, le support par la hiérarchie, la coopération des collègues, les évolutions de carrière (possibilités de promotion). On constate que les modèles de Karasek et Siegrist sont en adéquation avec cette taxonomie émergente de tous les systèmes de surveillance. L'usage très largement répandu dans le monde entier de ces deux modèles, faisant consensus du point de vue scientifique pour les chercheurs dans le domaine de la santé au travail, contribue à ce résultat. Les conséquences pour la santé et le bien-être des travailleurs, les plus fréquemment recherchées et mesurées sont la santé physique, la satisfaction au travail, la santé mentale, le stress et les arrêts de travail. Si l'Europe et le Canada sont en pointe en nombre d'études et d'enquêtes à visée statistique sur un plan national, l'Australie défend un système de surveillance « compréhensive » avec une approche plus qualitative.

Par ailleurs, il faut observer que les principaux facteurs émergents validés par la recherche et qui restent à intégrer dans les systèmes de surveillance incluent : la demande émotionnelle, le harcèlement, les stressseurs aigus, la justice organisationnelle, les changements organisationnels, les états psychologiques positifs et le bien-être.

Stress et secteur d'activités

Il n'existe pas d'échelle comparative entre les professions qui permettrait de faire une sorte de classement des plus touchées par le stress. En France, l'enquête Samotrace (Cohidon et coll., 2009), qui s'est déroulée en 2006-2008 en région Centre et deux régions limitrophes, permet de repérer des secteurs d'activité professionnelle ou des catégories socioprofessionnelles où les salariés enquêtés présentent une prévalence plus importante de « souffrance mentale » liée à leur travail, ou bien sont plus nombreux à être en situation de « *job strain* » (modèle de Karasek). Les femmes déclarent plus souvent que les hommes, dans tous les secteurs d'activité, un « mal-être global » selon le questionnaire GHQ 28. Cependant, pour le secteur hôtels-cafés-restaurants, ce sont les hommes qui sont les plus nombreux à déclarer ce mal-être. L'étude explore, de façon tout à fait originale, une contrainte de travail particulière, travailler d'une façon heurtant la conscience professionnelle, dont l'impact psychique est régulièrement souligné dans les consultations de « souffrance au travail ». Une ventilation par secteur professionnel et par sexe a été faite. Sont concernés principalement les hommes dans les secteurs des services collectifs, sociaux et personnels, l'administration publique, l'immobilier, la location et les services aux entreprises, le commerce, la réparation automobile et les articles domestiques, l'industrie manufacturière. Dans le secteur de la construction, il n'est pas anodin de constater qu'environ 18 % des hommes de ce secteur déclarent travailler d'une façon heurtant leur conscience professionnelle.

Pour les femmes, les secteurs les plus touchés sont la santé-action sociale, ainsi que les activités financières et les transports et communications. Cependant, en analyse multivariée, l'obligation de travailler d'une manière que l'on réproouve est associée au mal-être uniquement chez les hommes (OR=1,5 ; IC 95 % [1,1-2,1]).

Les résultats ne sont représentatifs que de la population enquêtée et en l'occurrence, il s'agit de travailleurs salariés et d'une étude transversale. L'objectif du Département santé travail de l'InVS, pilote du programme, est de pouvoir aboutir à un observatoire permanent de la santé mentale des salariés en lien avec leur travail dans un nombre significatif de régions en France.

L'enquête Sumer, enquête transversale répétée en 1987, 1994, 2003 et 2009, portant sur au moins 50 000 salariés, permet de répertorier les contraintes de

travail auxquelles ces salariés sont exposés, d'apprécier les risques psychosociaux par l'utilisation du modèle de Karasek et de déterminer des prévalences par catégorie socioprofessionnelle ou par secteur d'activité. On constate, selon les résultats de 2003, que tous les salariés sont touchés mais selon des degrés variables (Guignon et coll., 2008). En particulier, les ouvriers de type industriel, les ouvriers qualifiés de la manutention et les contremaîtres cumulent le plus de contraintes physiques, organisationnelles, de rythme et de manque d'autonomie (dénommés « Zola » dans la figure 16.1A). Ces travailleurs qui représentent 5 % de la population-salariée se retrouvent en beaucoup plus grand nombre dans la catégorie « *job strain* » (figure 16.1B), situation liée à la survenue plus fréquente de syndromes dépressifs et de maladies cardiovasculaires.

L'intérêt du dépistage des contraintes dans le travail et des atteintes à la santé selon le sexe, le secteur d'activité ou la catégorie socioprofessionnelle réside dans la possibilité de faire des choix d'actions de prévention plus ciblés ou prioritaires et d'alimenter le débat social, tant en interne dans l'entreprise qu'en externe dans la société.

Toutefois, disposer uniquement de données par secteurs d'activité ou par catégories socioprofessionnelles serait immanquablement radicalement réducteur puisque les situations de stress en lien avec le travail sont à analyser au regard de l'organisation du travail particulière dans laquelle un travailleur ou un groupe de travailleurs sont plongés. Cette organisation, particulière à chaque entreprise, est susceptible de changer à tout moment sous l'effet des efforts conjoints ou non des organisateurs du travail et de leurs subordonnés. Parallèlement à l'approche par profession ou secteur d'activité, il convient de s'intéresser au type d'organisation du travail, aux contraintes qu'elle génère pour chacun à chaque niveau de responsabilité, et par conséquent, aux déterminants de l'activité de travail de la population que l'on souhaite observer.

Interventions de prévention selon les secteurs d'activité ou les pathologies

Les populations qui font l'objet d'études d'évaluation des interventions visant à prévenir le stress au travail sont constituées quasi exclusivement de travailleurs salariés du secteur privé ou public. Il s'agit essentiellement d'employés (« cols blancs » et « managers ») dans les secteurs du soin, dans les hôpitaux ou le soin à domicile (médecins généralistes, dentistes, psychiatres, infirmières et aides soignants, cadres de santé), du médico-social (fonction publique territoriale), de la Poste ou des télécommunications, du secteur des services. Nous disposons d'une enquête chez les avocats et d'une autre chez les dirigeants « senior ».

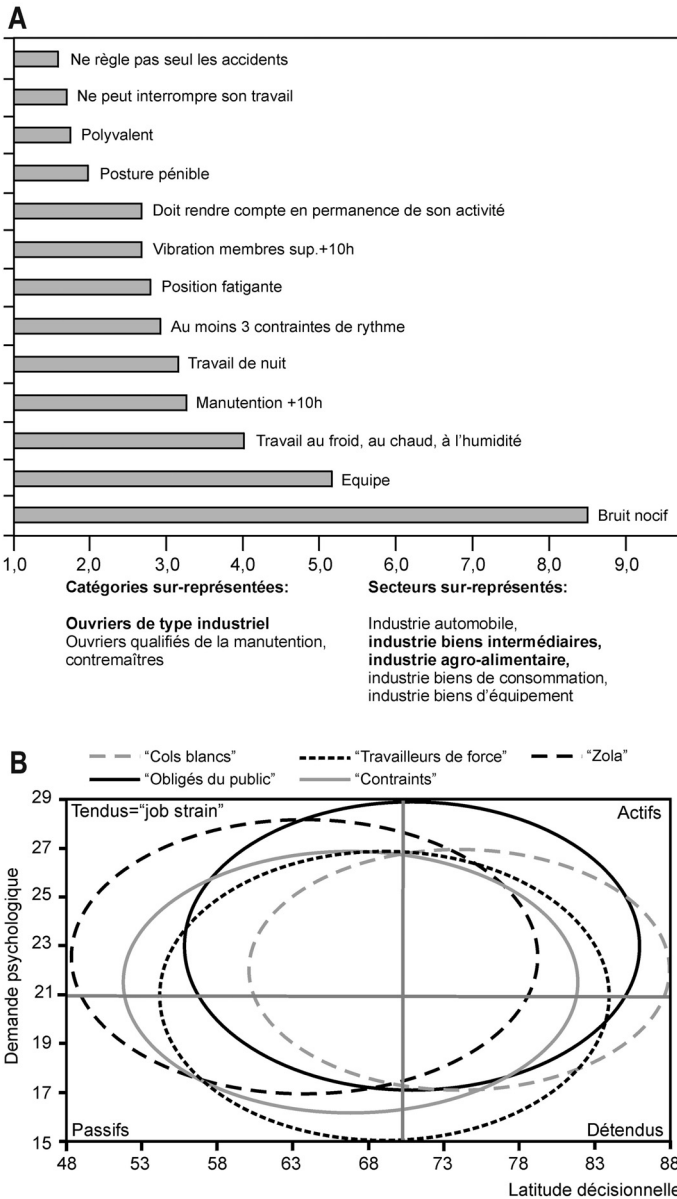


Figure 16.1 : Professions et secteurs d'activité cumulant le plus de contraintes, les « Zola » (5 % de la population-salariée) (A) et leur exposition au *job strain* de Karasek (B) comparée aux autres catégories de travailleurs (d'après l'enquête Sumer 2003, Dares-Dgt)

(A) La proportion de salariés exposés au bruit est 8,5 fois plus importante chez les « Zola » que chez les autres salariés ; (B) médiane du score du questionnaire pour la totalité des 25 000 auto-questionnaires recueillis : 71 pour la latitude décisionnelle et 21 pour la demande psychologique.

Nous n'avons retrouvé qu'une étude portant sur des travailleurs indépendants (Blonk et coll., 2006). Cette étude compare deux types d'interventions, l'une de thérapie cognitivo-comportementale, l'autre d'une action combinée sur le travail et les individus, dans une population de travailleurs indépendants présentant des plaintes de la sphère psychique telles que anxiété, dépression et *burnout*.

Une évaluation des pratiques de diagnostic de stress et des interventions de prévention a été menée par Hansez et coll. (2009) au sein de 180 entreprises belges couvrant de nombreux secteurs d'activité. Les auteurs relèvent les facteurs bloquants ou stimulants pour passer du diagnostic à l'élaboration d'un plan d'actions et aux interventions. Ils constatent qu'il existe de plus en plus d'interventions centrées sur l'environnement de travail au détriment de celles plus traditionnelles portant sur les travailleurs, et que les interventions visent maintenant le plus souvent les facteurs de risque psychosociaux dans le travail que les stressseurs physiques. Les auteurs montrent que les facteurs facilitant la mise en place d'interventions après diagnostic sont du côté de la communication, de la participation des « acteurs clés » et de la méthodologie utilisée, les facteurs gênants étant liés aux aspects temporels et financiers ainsi qu'aux changements d'organisation. Des actions de sensibilisation sont d'autant plus nécessaires que la taille de l'entreprise est faible. L'usage de questionnaires dans les PME-TPE serait un outil inadapté. Il s'agit là, également, d'un élément à retenir pour d'éventuelles interventions auprès de travailleurs indépendants.

La profession non-salariée pour laquelle nous disposons de quelques études quantitatives et/ou qualitatives est une profession libérale (profession réglementée en France), celle de médecin généraliste (*general practitioner*). Ces études ont été menées aux États-Unis et aux Pays-Bas (Linzer et coll., 2001), en France (Davezies et Daniellou, 2002), au Royaume-Uni (Garelick et coll., 2007), en Suède (Kjeldmand et Holmstrom, 2008 ; Peterson et coll., 2008) et au Canada (Lee et coll., 2008). L'objet de ces études vise essentiellement à dépister et évaluer l'importance du *burnout* dans cette profession en utilisant, le plus souvent, les critères du *Malasch Burnout Inventory* (MBI) et d'en évaluer l'impact sur le devenir professionnel. Quelques études se sont intéressées aux dispositifs spécifiques de soins mis à disposition de ces professionnels (prévention tertiaire) en termes de facilités d'accès et d'efficacité. Deux études (Kjeldmand et Holmstrom, 2008 ; Peterson et coll., 2008) montrent l'efficacité de la prévention du *burnout* chez les médecins généralistes fondée sur la participation à des groupes Balint (travail en groupe de pairs et construction de règles de métier) ou l'analyse de pratiques entre pairs.

Deux études portent sur les dentistes, partant du fait que cette profession présenterait un haut niveau de stress professionnel selon les quelques travaux déjà menés. La première (Newton et coll., 2006) discute essentiellement de questions méthodologiques des interventions et de la nécessité de combiner des interventions de type « structuré » et « non structuré ». La seconde étude

(Gorter et coll., 2007) analyse les facteurs qui contribuent au sentiment de ne pas être préparé au métier chez les jeunes dentistes. Elle attire l'attention sur la nécessité d'inclure des cours sur les pratiques de management dans la formation initiale et le besoin d'un suivi régulier des praticiens pour dépister le *burnout*. Pour la France, nous disposons de données quantitatives pour la population des travailleurs non-salariés dans deux des enquêtes citées plus haut : l'enquête Conditions de travail de la Dares (dernière édition 2005) et l'enquête SIP de l'Insee.

Quant aux interventions ciblées selon les secteurs d'activité ou les pathologies (tableaux 16.II à 16.IX), leur objectif de prévention se double en général d'une recherche de confirmation de l'exposition d'une catégorie professionnelle d'une part et des liens de causalité entre les facteurs psychosociaux au travail et les manifestations pathologiques d'autre part. Les pathologies physiques (troubles musculosquelettiques y compris les lombalgies, pathologies cardiovasculaires) comme les pathologies psychiques (dépression, *burnout* et divers désordres de santé mentale) peuvent être évaluées. Il est remarquable, en outre, de constater que les niveaux de prévention visés dans ces différentes interventions ne sont pas uniformément répartis : sur 57 articles, 35 traitent de prévention tertiaire avec des actions portant essentiellement sur les individus et leurs perceptions, ainsi que sur la gestion individuelle du stress (*stress management*) ; seulement 11 articles traitent de prévention primaire avec analyse du vécu du travail et action sur l'organisation du travail.

Tableau 16.II : Interventions auprès des professionnels de santé

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Ruotsalainen et coll., 2008 Marine et coll., 2006	Recherche ^a	Revue de littérature : Interventions sur le travail Interventions sur les sujets Interventions sur l'interface sujet/travail	Karasek' job content questionnaire Maslach Burnout Inventory (MBI) Nursing Stress Scale (NSS) General Health Questionnaire (GHQ) State Trait Anxiety Inventory (STAI)	Stress Burnout Anxiété et dépression	Secteur du soin (infirmières) Évaluation de l'efficacité des différents types d'intervention et classement des études : uniquement niveau « <i>limited evidence</i> » Effet mineur mais significatif pour les 3 types d'intervention
Taris et coll., 2003	Recherche Prévention primaire	81 organisations du secteur de soins à domicile ont été interrogées à 2,5 ans d'intervalle, évaluation de 3 types d'interventions : Interventions sur le travail Interventions sur les sujets Interventions sur l'interface sujet/travail	MBI Karasek	Burnout Job stress Support social	Population d'infirmières en soins à domicile Seules les interventions sur le travail sont les plus efficaces pour diminuer le stress au travail, mais effet faible
Kjeldmand et Holmstrom, 2008	Prévention primaire	Étude sur les groupes de travail entre pairs	Interviews Groupes Balint MBI	Burnout Job satisfaction	Médecins généralistes Efficacité +++ sur la réduction de survenue de <i>burnout</i>
Lee et coll., 2008	Prévention primaire	Autoquestionnaires chez les médecins généralistes	MBI Family Physician Stress Inventory	Burnout	La participation à la formation médicale continue et l'amélioration des relations avec les patients diminuent le niveau de stress

^a Dans la catégorie « Recherche » figurent les interventions réalisées dans un but d'acquisition des connaissances (souvent des revues de littérature). Les autres catégories incluent les études ou les interventions de terrain orientées vers l'action.

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Martini, 2006	Prévention primaire	Questionnaires chez les médecins résidents de différentes spécialités d'une université avant-après la mise en œuvre d'une limitation des heures de travail	MBI	<i>Burnout</i>	Réduction de 77 à 43 % de <i>burnout</i> après la limitation des horaires de travail chez les résidents de première année
Peterson et coll., 2008	Prévention primaire	Évaluation des effets de la participation à un groupe de réflexion entre pairs 660 travailleurs du secteur des soins	<i>Randomized controlled trial (RCT)</i> <i>Öidenburg Burnout Inventory (OLBI)</i> version suédoise du MBI-GS <i>General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work (QPS Nordic)</i>	<i>Burnout</i> Changements perçus dans les conditions de travail	Médecins généralistes Effets positifs significatifs +++
Linzer et coll., 2001	Prévention primaire	Comparaison de deux enquêtes dans deux pays : États-Unis et Pays-Bas	<i>Work control, work influence</i> <i>Work/home interference</i> <i>Home support</i> <i>Stress scale</i> Satisfaction	<i>Burnout</i>	<i>Burnout</i> lié à la perte d'autonomie et à l'augmentation de la charge de travail Le contrôle de son travail permet une plus grande satisfaction au travail Aux États-Unis, un bon support familial a un effet positif. Liens interférence travail/vie privée avec nombre d'heures de travail, stress, insatisfaction et <i>burnout</i>
Perseus et coll., 2007	Préventions primaire et secondaire	Évaluation de l'effet de la mise en œuvre d'une thérapie comportementale spéciale pour suicidants	MBI	<i>Burnout</i>	Est efficace : le travail collectif, la discussion entre pairs, la supervision, l'entraînement spécial pour thérapeutes

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Metzenthin et coll., 2009	Prévention secondaire	Étude transversale chez des infirmières	Sentiment de stress : <i>Likert Scale</i> (1 à 5) Mesure du taux de cortisol salivaire au réveil	Sentiment de stress au travail	Pas de lien entre taux de cortisol et conditions de travail Taux de cortisol et sentiment de stress liés Stress et conditions de travail liés
Rø et coll., 2007	Prévention tertiaire	Enquête par questionnaire chez les médecins s'adressant à un centre proposant un programme de conseils pour médecins généralistes en souffrance	MBI	Symptômes d'anxiété -dépression <i>Burnout</i> <i>Job stress</i>	Comparaison avec la population totale des médecins généralistes norvégiens Intérêt de proposer ce programme aux médecins présentant un <i>burnout</i> lié au stress au travail Pas d'exploration du travail
Cunningham et coll., 2009	Prévention tertiaire	Service conseil pour médecins généralistes stressés	MBI	<i>Burnout</i>	Bonne perception du programme mais méconnaissance du système par les médecins Pas d'exploration du travail
Krasner et Epstein, 2009	Prévention tertiaire	Programme intensif d'éducation individuelle États-Unis	MBI Échelles de personnalité, empathie, humeur <i>Jefferson Scale Physician Profile of Mood States Physician Belief Scale</i>	<i>Burnout</i> État de l'humeur Traits de personnalité	60 % des médecins généralistes présentent un <i>burnout</i> 50 % des étudiants médecins de 3 ^e année Liens forts entre <i>burnout</i> et idées suicidaires Le programme est efficace pour augmenter le sentiment de bien-être.

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Ayers et coll., 2009	Prévention secondaire	Évaluation de l'état de santé en lien avec le travail chez les dentistes de Nouvelle-Zélande	Enquête nationale postale sur un échantillon de 750 praticiens	TMS Appréciation globale de l'état de santé Problèmes dermatologiques Accidents ou événements marquants au travail	71 % se déclarent en bonne ou excellente santé. 19 % ont connu des violences dans le travail, plus souvent les dentistes femmes et les dentistes salariés. Les principaux TMS touchent le cou, le bas du dos, les épaules. 47 % ont présenté un épisode dermatologique dans les 12 derniers mois. Les atteintes à la santé en lien avec le travail sont plus fréquentes chez les dentistes femmes, mais elles sont plus satisfaites de leur santé que les hommes.
Fothergill et coll., 2004	Recherche Revue de littérature	Évaluation de l'impact d'interventions de gestion du stress chez les professionnels du secteur de la psychiatrie (praticiens psychiatres)	23 études internationales ont été étudiées	Stress Stresseurs personnels Stresseurs liés au travail	L'évènement le plus difficile (stressant) pour les psychiatres est le suicide d'un patient. Les stratégies pour faire face au stress font appel au support social des collègues et aux centres d'intérêt en dehors du travail. Aucune étude mesurant l'impact d'une intervention de gestion du stress chez les psychiatres n'a été trouvée.

Tableau 16.III : Interventions pour les seniors managers

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Veach et coll., 2003	Prévention tertiaire	Stage de gestion du stress	<i>Stress and Coping Inventory</i>	Dépression <i>Health habits</i> <i>Social support</i> <i>Stress and Life satisfaction</i>	isolement des managers Nécessité d'un travail entre pairs Amélioration 10 mois après avoir suivi le stage Action sur les comportements, pas d'analyse du travail

Tableau 16.IV : Interventions pour les avocats

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Geok-Choo et coll., 2008	Prévention tertiaire	Intervention de coaching, travail sur jeux de pouvoir, description de situations de travail stressantes	<i>Work stressors</i> <i>Overall stress level</i> <i>Coping behaviour</i>	Stress lié aux relations interpersonnelles Mesure des liens entre <i>work stress</i> et comportement de <i>coping</i>	Présentation de l'intérêt des jeux de pouvoirs <i>Coping</i> : comportement adapté et ressources Approche du travail uniquement sous l'angle des relations interpersonnelles

Tableau 16.V : Interventions pour les employés de bureaux, les cols blancs

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Eklóf et coll., 2004	Prévention primaire	Intervention participative et intégration de paramètres ergonomiques dans l'organisation	Étude longitudinale des caractéristiques des changements dans le travail	Karasek <i>Mood adjective checklist</i> Confort du travail sur ordinateur (échelle de 9 points)	40 groupes d'employés travaillant sur terminal à écran dans 11 entreprises publiques ou privées Participation et intégration ergonomique sont plus difficiles à mener à bien quand il y a demande forte, stress élevé et support social faible.
Krause et coll., 2010	Prévention secondaire	Étude longitudinale chez 165 téléopérateurs Essai d'intervention ergonomique randomisée Enquête pré- et post- intervention par questionnaire	<i>Effort-Reward Imbalance (ERI)</i> Temps d'utilisation de l'ordinateur au travail et à la maison Données ergonomiques du poste de travail Activités de loisirs Caractéristiques individuelles des travailleurs	TMS : cou, épaules et membres supérieurs	Lien significatif entre un score élevé ERI et augmentation douleurs membre supérieur droit Pas de lien significatif avec les changements au niveau du cou, épaules ou membre supérieur gauche
Elo et coll., 2008	Prévention tertiaire	Intervention de gestion du stress Enquête pré- et post- intervention à 2 ans de distance	Entretiens qualitatifs MBI-GS 1 question sur stress <i>Work Ability Index (WAI)</i>	<i>Burnout</i>	Entreprise municipale, fonction publique La participation active des employés a un effet positif sur les retours de la hiérarchie et sur la circulation des informations. Le niveau de participation n'est pas lié au bien-être individuel. Observation des comportements, pas d'analyse du travail

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Gatty, 2004	Prévention tertiaire	4 heures d'entraînement individuel chez 16 employés de bureau Essai longitudinal randomisé et en parallèle	Groupe avec entraînement Groupe contrôle	TMS Stress Niveau d'énergie	Impact positif au niveau des yeux, du cou, des épaules, coudes et poignets à la 11 ^e semaine mais augmentation des céphalées Modification minimale du stress et du niveau d'énergie Diminution du nombre de jours d'arrêt durant le mois de l'intervention
Hätinen et coll., 2007	Prévention tertiaire	Comparaison entre une intervention participative et une intervention traditionnelle Échantillon de 110 employés	Intervention sur les individus (thérapie et relaxation) et identification des éléments de stress au travail Idem + coopération avec les représentants du personnel et action sur les stresseurs identifiés MBI-GS <i>Time pressure at work, Job control, workplace climate, satisfaction with supervisor</i>	<i>Burnout</i>	Meilleur « <i>job control</i> » est lié à une diminution de l'épuisement et du « cynisme ». La méthode participative est plus efficace pour la prévention du <i>burnout</i> .
Kawaharada et coll., 2007	Prévention secondaire	Étude des relations entre stress au travail et sept catégories d'emploi	Auto-questionnaires ERI <i>Job Demand-Control Model (JDC)</i>	Anxiété Dépression Stress somatique	Différence de niveau de stress suivant les différentes catégories, résultats différents suivant le modèle utilisé, différences hommes/femmes, différences ouvriers/techniciens et managers

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Kawaharada et coll., 2009	Prévention tertiaire	Programme d'entraînement gestion du stress	<i>Non-randomized controlled trial</i> <i>Ways of Coping Checklist (WCCL)</i> , <i>Lickert scale</i> <i>Perceive health Competence Scale (PHCS)</i>	Anxiété Fatigue Dépression Stress somatique	Pas d'effet observé, échantillon de population trop petit
Kirk et Brown, 2003	Prévention tertiaire	Programme d'assistance, conseils et consultations sur le lieu de travail : historique et développement en Australie	Évaluation du programme	Bien-être au travail	Pas d'intervention sur le travail L'effet serait bénéfique sur la santé mentale des employés.
Dahl-Jorgensen et coll., 2005	Recherche Prévention primaire	Deux interventions au niveau organisationnel dans le secteur des services, une dans une municipalité, l'autre dans un centre commercial	Utilisation d'indicateurs de santé utilisés avant-après intervention Observations Interviews	<i>Job dissatisfaction</i> Stress Épuisement émotionnel Absentéisme	Changement positif sur seulement deux variables de santé chez les employés du centre commercial, pas de changement chez les employés municipaux Analyse qualitative des données : rôle des contraintes de temps, du contact avec le public et des différents modes d'organisation Examen d'une possible extension de ce type d'intervention dans le secteur des services

Tableau 16.VI : Interventions pour les ouvriers

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Tsutsumi et coll., 2009	Prévention tertiaire	Évaluation d'une intervention participative	<i>Cluster Randomized Controlled Trial</i> GHQ 28 <i>Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)</i> Version japonaise du Karasek (JCC)	Santé mentale	La participation à l'intervention est liée à une amélioration de la santé mentale.

Tableau 16.VII : Interventions ciblées sur la prévention des troubles mentaux

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Corbière et coll., 2009	Recherche Revue de littérature 2001-2006	Prévention primaire (8 interventions) Prévention secondaire (14 interventions) Prévention primaire et secondaire combinées (2 interventions)	<i>Cottrell's conceptualization</i> Karasek Siegrist	Santé mentale Facteurs psychosociaux dans l'environnement travail	Importance d'intervenir à deux niveaux : individuel et organisationnel

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Quick et coll., 1992	Recherche Revue de littérature	Prévention tertiaire Gestion du stress	Contexte de promotion de la santé, d'éducation et traitement	Stress Santé mentale	Nécessité de : références pour les connaissances, repérer les groupes à risque, standardisation de l'évaluation du stress et de la santé mentale, créer des guides pour intervention, établir des critères de mesure d'impact des interventions
Van Oostrom et coll., 2007	Recherche	Intervention sur le lieu de travail visant à diminuer la durée des arrêts de travail Prévention tertiaire	« <i>Intervention mapping</i> » Mode participatif Groupe d'entretien rassemblant sujets stressés au travail, superviseurs et médecin du travail	Temps de retour au travail	Pas d'analyse du travail Le retour au travail serait tributaire d'un changement de comportement, présentation de la méthode, travail sur les relations humaines et les perceptions, pas d'exploration du travail.
Bakker et coll., 2007	Recherche	Évaluation de l'efficacité en soins primaires d'une intervention chez des patients en arrêt de travail pour des troubles mentaux liés au stress Prévention tertiaire	Comparaison de deux groupes (<i>cluster randomized trial</i>) : <i>Minimal intervention for stress-related mental disorders and sick leaves (MISS) usual care</i>	Arrêts de travail Dépression Anxiété Somatisations	Aucun effet constaté de l'intervention Travail non exploré Intervention en milieu de soins
Couser, 2008	Recherche	Revue de littérature Gestion du stress Prévention de la dépression au travail Prévention tertiaire	Problème de définitions préventions primaire et secondaire : observation uniquement des individus et des groupes	Dépression (DSM IV)	Aucune exploration du travail Conclusions : développer la résilience individuelle, dépister les individus à haut risque de dépression, améliorer l'organisation de l'éducation des populations (<i>literacy</i>), organiser un système de soins en santé au travail permettant l'accès à une intervention de qualité proactive

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Martin et coll., 2009	Recherche	Intervention promotion de la santé sur le lieu de travail Prévention tertiaire	Méta-analyse 1997-2007 MBI <i>Depression, Anxiety, Stress Scales</i> (DASS) <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI) GHQ12 <i>Hospital Anxiety Depression Scale</i> (HADS)	Dépression et anxiété	Aucune exploration du travail Effet mineur des interventions de ce type Effet identique des interventions ciblant la santé mentale directement et de celles ciblant d'autres facteurs de risque
Morris et Hardesty, 2002	Recherche	Point sur les connaissances Dépression au travail Prévention tertiaire	Revue des concepts Stress Dépression, <i>burnout</i> (DSM IV, MBI)	Dépression	Rôle de la hiérarchie : Détecter les dépressifs Proposer des programmes de gestion du stress Améliorer les conditions de travail
Vežina, 2008	Prévention primaire	Intervention sur l'organisation du travail	Questionnaires Karasek Siegrist	Santé mentale Support social	Démarche participative structurée Groupe de soutien à l'intervention Six étapes : focus groupe, nature du problème, types d'actions à réaliser, désignation de la personne responsable, l'échéancier, les critères d'évaluation Intervention dans un plan de santé publique

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Arthur, 2002	Prévention secondaire et tertiaire	Dépistage et surveillance de salariés à problèmes psychiques (secteur public en Grande- Bretagne)	Questionnaire GHQ 12 Conseils et programmes d'assistance individuelle	Santé mentale	Aucune exploration du travail Dépistage de problèmes psychiques chez des salariés : 24 % de participation, 86 % ont un score > 4 avec besoin de soins Origine des problèmes (opinion des intéressés) : 70 % personnelle, 30 % travail
Blonk et coll., 2006	Prévention primaire et tertiaire combinées	Intervention chez 122 travailleurs indépendants par thérapie cognitivo- comportementale (CBT) : comparaison de deux groupes et suivi à 4 et 10 mois	MBI version NL DASS Groupe CBT + intervention combinée (conseils sur la charge de travail, <i>job demands...</i> et techniques individuelles d'éducation psychique) Groupe CBT seule	Arrêts de travail Dépression Anxiété <i>Burnout</i>	Pour le groupe à intervention combinée : effet significatif sur le retour au travail (moins 200 jours d'arrêt), pas d'effet sur la souffrance liée au travail, la reprise du travail ne diminue pas la souffrance au travail ou cette diminution n'est pas nécessairement liée à la reprise du travail
Mino et coll., 2006	Prévention secondaire et tertiaire	Programme de gestion du stress RCT (<i>Randomized controlled trial</i>)	ERI GHQ 30 <i>Center for Epidemiologic Studies for Depression (CES-D)</i>	Santé mentale Dépression	Effets potentiels ou nul du programme, chez des employés dans un travail hautement stressant Pas d'exploration du travail
Perseus et coll., 2007	Prévention primaire et secondaire	Dépistage de l'effet de la mise en œuvre d'une thérapie comportementale spéciale pour suicidants	MBI	<i>Burnout</i>	Est efficace : le travail collectif, la discussion entre pairs, la supervision, l'entraînement spécial pour thérapeutes

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Nickel et coll., 2007	Prévention tertiaire	Programme d'entraînement comportemental et psycho-éducatif RCT prospectif	Pression systolique (tension artérielle) Cortisol salivaire au réveil <i>Trier Inventory for Assessment of Chronic Stress (TICS)</i> <i>State Trait Anger Expression Inventory (STAXI)</i> <i>Short Form Health Survey (SF36)</i>	Stress Anxiété Santé mentale TA et cortisol	L'application du programme minore tous les paramètres. Efficacité dans le traitement des hommes présentant du stress chronique lié à une surcharge de travail
Woo et Postolache, 2008	Prévention secondaire et tertiaire	Dépistage et programme d'éducation	Karasek Sleglist	Troubles de l'humeur Suicides et idées suicidaires liées au travail	Programme visant à : Prise de conscience, éducation, dépistage précoce, « Numéro vert » (<i>hotline assistance</i>), conseils, contrôles médicaux à la recherche d'idées suicidaires
Landsman-Dijkstra et coll., 2006	Prévention tertiaire	Programme de gestion du stress par séminaire hors travail, avec action sur le corps et l'esprit	<i>Residential Body Awareness Program (BAP), 3-days program</i> <i>Working with body</i> <i>Working with mind</i> <i>Creative session bodily sensations and thoughts</i>	Symptômes psychosomatiques chroniques aspécifiques (CAPS)	Efficacité du programme jusqu'à 12 mois plus tard Modification du style de vie et augmentation du contrôle du stress Stress et ses symptômes mieux supportés Aucune exploration du travail
Schene et coll., 2007	Prévention tertiaire	Thérapie par le travail de sujets dépressifs	DSM IV <i>Mood disorders Questionnaire</i> <i>Organisation stress (QOS)</i>	Dépression Retour au travail Coût du stress	Traitement médicamenteux et thérapie par le travail : pas d'influence sur la dépression, réduction du nombre de jours d'arrêt de travail, pas de modification du stress lié au travail, coût inférieur au seul traitement médicamenteux Pas d'exploration du travail

Tableau 16.VIII : Interventions ciblées sur la prévention cardiovasculaire

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Efets santé mesurés	Résultats
Rees et coll., 2004	Recherche Prévention tertiaire	Revue de littérature interventions psychologiques chez des malades coronariens	Programmes de gestion du stress : <i>comprehensive cardiac rehabilitation program</i>	Mortalité par trouble cardiaque	Pas d'effet sur la mortalité Diminue l'anxiété et la dépression Aucune exploration du travail
Lucini et coll., 2007	Prévention tertiaire	Programme de gestion du stress par restructuration cognitive et relaxation chez des « cols blancs » pour la prévention des maladies cardiovasculaires	Entretiens semi-directifs DSM IV <i>Licker linear analogue scale</i> <i>Subjective Stress-related Somatic Symptoms Questionnaire (AS-Q)</i> ECG	Dysrégulation du système nerveux autonome Symptômes de stress Tension artérielle	L'application du programme au groupe de travailleurs qui présen- taient un haut niveau de stress, une hypertension et une dysrégula- tion du système nerveux autonome a entraîné une normalisation des paramètres.
Walton et coll., 2005	Prévention tertiaire	Action sur les individus par un programme de méditation transcen- dante		Stress « psychosocial » Maladies cardio- vasculaires	Plaidoyer pour introduire la méthode dans des programmes nationaux et les assurances : « économies assurées » Réduction d'au moins 80 % des réclamations au niveau des assu- rances médicales Aucune exploration du travail

Tableau 16.IX : Interventions ciblées sur la prévention des lombalgies et troubles musculosquelettiques

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Shaw et coll., 2009	Recherche	Prévention primaire Développement d'une méthode pour inclure de façon systématique la recherche des facteurs de risque au travail chez les lombalgiques chroniques	Conférence et ateliers sur 3 jours regroupant 21 chercheurs et cliniciens	Lombalgies et handicap	Sept variables du travail à rechercher systématiquement par les cliniciens : demande de travail physique, possibilité de choisir la façon de travailler (les marges de manœuvres), <i>job stress</i> , le support social au travail, <i>job satisfaction</i> , souhaits pour la reprise du travail, la crainte d'une rechute Cinq critères pour l'évaluation de la méthode : la fiabilité, la performance attendue, la faisabilité, l'acceptabilité et la congruence avec des interventions crédibles Méthode par questionnaire, interview et visite du poste de travail
Warren, 2001	Recherche compréhensive	Revue de littérature Prévention primaire	Programmes ergonomiques participatifs Karasek	TMS	Effet combiné du risque psychosocial dans le travail et du risque biomécanique pour l'apparition de TMS : la prévention efficace nécessite une action ergonomique combinée avec les travailleurs.
Westman et coll., 2008	Prévention secondaire Dépistage	Suivi sur 3 ans de patients présentant des douleurs chroniques musculosquelettiques	Örebro <i>Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire</i> (ÖMPSQ) SF-36 <i>Health Survey</i> <i>Job strain</i> <i>Coping strategies Questionnaire</i>	TMS	Le questionnaire ÖMPSQ est validé pour prédir les issues en terme de handicap. La mesure des facteurs psychosociaux par ce questionnaire est bien liée au handicap au travail et à la santé perçue 3 ans après traitement chez les patients atteints de douleurs de TMS chroniques.

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Feuerstein et coll., 2004	Prévention secondaire et tertiaire	Intervention ergonomique comparée avec une intervention combinée ergonomique et gestion du stress Chez des employés de bureau (économistes, informaticiens...)	<i>Life Stressors and Social Resources Inventory (LSRES)</i> <i>Visual Analogue Scale of pain (VAS pain)</i> <i>Upper extremity function scale (UEFS)</i> SF-12	TMS des membres supérieurs Santé globale, physique et mentale	Ajouter deux sessions de gestion du stress ne renforce pas significativement l'amélioration à court et moyen terme apportée par l'intervention ergonomique seule
Li et coll., 2006	Prévention tertiaire	Programme d'entraînement sur 3 semaines pour le retour au travail de sujets atteints de TMS	<i>Randomized controlled trial (RCT)</i> Deux groupes : un groupe « entraînement », un groupe « témoin » SF-36 <i>Chinese State Trait and Anxiety inventory (C-STAI)</i>	Mesure du stress, douleur, anxiété	Meilleurs résultats du groupe entraîné : augmentation du nombre de reprises du travail, réduction du niveau d'anxiété, amélioration de la santé perçue Changement de comportement par rapport à la douleur chronique, la motivation négative et l'anxiété
Marhold et coll., 2001	Prévention tertiaire	Programme d'entraînement pour le retour au travail de sujets atteints de TMS	Gestion du stress Relaxation Entraînement progressif à l'activité et à l'accroissement du rythme	Nombre de jours d'arrêt de travail	Diminution du nombre de jours d'arrêt de travail seulement chez les patients arrêtés depuis peu de temps Pas d'exploration du travail des patients
Schell et coll., 2008	Prévention tertiaire	Programme de promotion de la santé et gestion du stress via Internet chez le personnel du <i>Swedish Broadcasting Public Service Companies</i>	Étude longitudinale sur 12 mois (<i>Prospective Controlled Follow-up</i>)	Douleurs du cou, épaules et lombalgies	Pas d'effet de l'intervention sur les douleurs de TMS ou la souffrance au travail dans ces métiers à fort niveau de stress

Références	Catégorie	Type intervention	Méthodologie Outils	Effets santé mesurés	Résultats
Van Oostrom et coll., 2009	Recherche Méta-analyse et analyse qualitative (estimation du niveau de preuve)	Étude comparative entre intervention sur le lieu de travail et soins traditionnels quant à l'effet sur la facilitation du retour au travail et suivant diverses affections de santé dont TMS et problèmes de santé mentale	Recherche dans the <i>Cochrane Occupational Health Field Trials Register</i> , <i>Central</i> , <i>Medline</i> et <i>Embase</i> (EMBASE.com), et <i>PsycINFO</i> databases (to November 2007) Ont été incluses 6 RCT d'interventions sur lieux de travail visant le retour au travail	TMS (lombalgies, atteintes des membres supérieurs, autres) Problèmes de santé mentale Tous autres problèmes de santé	Preuves de moyenne qualité montrant que les interventions sur lieux de travail diminuent les arrêts de travail en cas de TMS mais pas de preuve sur l'amélioration des symptômes ; pas de conclusions similaires pour les problèmes de santé mentale ou les autres atteintes de santé.

De façon générale, il ressort des évaluations de ces interventions que si les actions ne portent que sur les individus sans se préoccuper du travail réel et de son organisation, elles présentent un semblant d'efficacité à court terme et sont inefficaces à moyen ou long terme.

En revanche, il est remarquable d'observer que les travaux portant sur la population des professionnels de santé (tableau 16.II), en particulier les médecins praticiens généralistes, tant en Suède, au Canada qu'aux États-Unis, montrent des résultats convergents quant à l'effet particulièrement important de la participation à des groupes d'analyse de pratiques entre pairs sur la réduction du risque de survenue d'un *burnout* chez ces professionnels.

Organisations du travail pathogènes et bénéfiques

Selon les concepts développés par la psychodynamique du travail, toute situation de travail, quel que soit le niveau hiérarchique ou le secteur d'activité, génère en première instance un état de tension, de « stress », de « souffrance », lié au fait que l'exécution d'une prescription de travail se heurte à la résistance du réel, à l'épreuve de l'échec. Le questionnement qui nous intéresse est : devant cette difficulté première que constitue tout travail à réaliser, est-ce que j'ai les moyens (temps, matériel, expérience, qualification, argent...) ou est-ce que je peux acquérir par moi-même les moyens pour arriver à surmonter cette difficulté, pour accéder au résultat escompté qui pourra, alors, faire l'objet d'une reconnaissance source de fierté et de plaisir ? Ces moyens englobent les ressources individuelles mais aussi les moyens collectifs donnés par l'organisation de mon travail, qui m'est prescrite ou qui m'est imposée par les contraintes externes (marché économique, soustraction...).

À titre d'exemple, lorsque le but ne peut jamais être atteint, lorsqu'on estime ne pas pouvoir faire un travail de bonne qualité (selon les règles de métier et les critères de qualité validés entre pairs), lorsqu'on est pris dans des conflits éthiques dont on n'arrive pas à sortir, lorsque la surcharge de travail ne permet plus d'anticiper et que les erreurs s'accumulent, alors on sait que le risque d'atteinte à la santé est majeur. Cela ne débouche cependant pas sur les mêmes décompensations ou maladies pour tout le monde. Les conséquences sont fonction de chacun : le type de maladie, psychique et/ou somatique, les délais d'apparition sont en rapport avec la personnalité, l'histoire et le patrimoine génétique de chaque individu.

Au-delà des facteurs organisationnels et des contraintes évoquées plus haut, certains modes d'organisation du travail apparaissent délétères pour la santé. Selon les constats cliniques faits par le Dr Marie-Pierre Guiho-Bailly

(communication n'ayant pas fait l'objet de publication) à partir de consultations de pathologie professionnelle au CHU d'Angers (France), sont identifiés comme pathogènes pour les individus qui y sont soumis les modes d'organisation suivants :

- management par le stress, par l'urgence ;
- management « par objectifs »... sans objectifs (mise en concurrence sans ligne d'arrivée) ;
- management « par le coût » (rentabilité, effectif, qualité) ;
- restructurations « à la hache », sans accompagnement des changements et dans des délais extrêmement brefs ;
- réformes perpétuelles sans évaluation ;
- harcèlement moral toléré ou encouragé : vertical (descendant ou ascendant), horizontal, individuel, collectif ;
- critères d'évaluation « anti-travail » (personnels, sociaux, quotas, primes) ;
- idéologies défensives de l'encadrement : déni de perception du réel du travail, des limites, des dysfonctionnements (« je ne veux pas le savoir », « pas de problèmes, rien que des solutions », « il n'y a pas le choix »).

Inversement, une organisation du travail bénéfique pour la santé des salariés :

- tient compte des différences interindividuelles ;
- autorise des marges de manœuvres, en terme de modes opératoires et de répartition des tâches ;
- reconnaît et rétribue la contribution des salariés ;
- reconnaît les savoir-faire de métier ;
- tient compte de l'histoire de l'entreprise et des collectifs de travail ;
- associe les salariés à la mise en œuvre des changements technologiques ou organisationnels ;
- ne dénie pas les dysfonctionnements et les analyse en partenariat avec les opérateurs ;
- recrute, évalue, promeut sur des critères transparents et portant sur le travail.

Toutes ces caractéristiques sont facteurs d'efficience et de résilience pour les salariés en cas d'imprévu ou d'évènement traumatique du fait de la fiabilité des procédures, de l'existence de la confiance et de la coopération tant horizontales que verticales, d'un soutien social solide construit dans le temps, et enfin du fait du respect habituel de leur fonctionnement mental leur permettant de penser et d'analyser, individuellement comme collectivement, l'évènement inattendu survenant dans leur travail.

Exemple d'analyse qualitative du travail chez des indépendants : cas d'une profession libérale, les médecins généralistes

Si nous disposons de beaucoup de connaissances, en particulier issues des enquêtes épidémiologiques, sur les effets du travail sur la santé de sujets au travail, ces connaissances concernent essentiellement les travailleurs salariés. En outre, ces études épidémiologiques ont pour limite de n'explorer, le plus souvent, les contraintes psychosociales qu'à l'aide des modèles de Karasek et Siegrist, sans compter que l'analyse à partir de résultats statistiques ne peut pas toujours mettre en évidence des relations pourtant identifiées par l'analyse et les observations issues de la clinique, faute de puissance statistique d'abord, par nécessité d'utiliser d'autres modèles explicatifs ensuite.

Par ailleurs, les travaux qui s'intéressent au travail réel, à l'organisation et aux conditions de travail de travailleurs non-salariés ne le font, jusqu'à ce jour, que de façon comparative par rapport à la population des salariés.

La nécessité de mener, de façon complémentaire, des travaux d'analyse sur le versant qualitatif et sur le mode « approche compréhensive » commence à émerger dans le milieu de la recherche en santé au travail, y compris au niveau des systèmes nationaux de surveillance (voir l'exemple de l'enquête qualitative complémentaire SIP de l'Insee).

Seule la profession des médecins généralistes a fait l'objet, en France et à notre connaissance, d'un travail qualitatif approfondi (Davezies et Daniellou, 2002), après une étude sur cette même profession sur le mode quantitatif menée en 2001 en Bourgogne par Truchot et coll. (2001).

Il nous paraît intéressant d'examiner ici, en détail, les analyses produites par ces auteurs car elles sont autant de pistes à explorer dans l'idée d'appliquer leur méthodologie à d'autres professions indépendantes, afin d'une part d'accroître le corpus de connaissances concernant les travailleurs indépendants qui fait actuellement cruellement défaut, et d'autre part d'accéder à la possibilité de construire de véritables recommandations du point de vue de la prévention du stress dans ces professions qui ne soient pas juste la transposition des mesures préconisées pour les travailleurs salariés.

Ainsi, à partir de l'observation du travail au cours de 140 consultations chez 9 médecins différents dans la région Poitou-Charentes (durée moyenne de consultation, urgences, téléphone, charges administratives), les auteurs argumentent le fait que si la charge quantitative de travail provoque fatigue, difficulté à changer de rythme, troubles du sommeil, en revanche, le risque de déshumanisation de la relation au patient, l'atteinte de l'estime de soi (composantes du *burnout*) prennent toujours leur source dans le contenu et la qualité du travail. Le soutien social des pairs et certaines formes de reconnaissance reçues peuvent jouer un rôle favorable, tandis que leur absence joue un

rôle nettement aggravant. Cela rejoint les conclusions des deux enquêtes citées plus haut (Kjeldmand et Holmstrom, 2008 ; Peterson et coll., 2008). Le discours des médecins sur les évolutions des exigences des patients a une fonction défensive contre leur souffrance psychique. L'inquiétude des patients découle de la réduction des liens sociaux et de l'isolement croissant tant dans la sphère familiale que professionnelle : tableaux cliniques relevant de la psychopathologie ou de la clinique psychosociale. Les difficultés des médecins face à cette situation révèlent les lacunes de leur formation.

Selon ces auteurs, les médecins généralistes sont face à des difficultés liées à des conflits de logique : logique de métier (obligation de moyens imposant une démarche diagnostique conforme aux connaissances et aux techniques) et logique économique (réduction des dépenses de santé). Il est également constaté qu'ils connaissent un conflit intérieur qui est de considérer comme un risque le départ de patients vers d'autres cabinets alors qu'ils sont en situation de surcharge.

C'est un constat courant dans les activités de service : le professionnel présente une sensibilité aux critiques des usagers, du collègue ou du supérieur hiérarchique qui conduit à des réactions sans proportion par rapport à la réalité de l'agression. Cela traduit une dégradation du rapport au travail, un affaiblissement lié à une perte des repères professionnels. C'est le doute sur le fait que l'on travaille bien et la menace de crise identitaire qui rendent particulièrement sensibles à la critique. Enfin, c'est le sentiment d'une activité qui n'est pas toujours à la hauteur de l'idéal professionnel (accroissement de l'écart).

Dans les déterminants du malaise des médecins, la question de la confiance intervient : le médecin serait responsable des dépenses et du « trou » de la Sécu ? La position d'expert du médecin est questionnée par les usagers qui sont de plus en plus sur-informés sur les médicaments génériques, les vaccins... (Internet, ministère de la Santé...). Ils se sentent démunis devant les évolutions réglementaires, le risque judiciaire, d'où un accroissement du sentiment d'impuissance et un accroissement du sentiment de ne pas avoir les moyens de faire un travail de bonne qualité : c'est la porte ouverte à la crise identitaire et aux décompensations.

Face à ces menaces, le soutien et la reconnaissance du collectif professionnel (le soutien social) sont essentiels. Qui sont les pairs ? La communauté scientifique ? La communauté professionnelle ? Mais ce sont des potentiels concurrents... Face à ces évolutions, quelle attitude avoir par rapport aux clients-usagers : empathie ou sympathie ? La relation médecin-patient repose sur le don mais, pour les médecins, il y a un manque patent de références théoriques et de méthodologie.

Les auteurs soutiennent dans cette étude qu'un des problèmes des médecins est qu'ils tiennent un discours d'inspiration libérale (liberté du médecin et

échange marchand) mais que le réel de l'activité se fait sur le mode traditionnel comme dans les familles et la relation d'aide, relation affective (don), crée un lien par la dette générée par le don, dette qui n'est jamais soldée par l'échange marchand. Cette production de lien avec l'usager se retrouve chez les médecins dont l'activité est importante quantitativement. Elle débouche sur la routine, l'ennui, l'auto accélération, le report sur les patients de la responsabilité des problèmes : déception et désillusion qui correspondent au « cynisme » et à la « déshumanisation », composantes du *burnout*. Le mode de défense observé est de reporter l'accusation au niveau collectif, avec des discours stéréotypés sur les patients « en général », sur les insuffisances de protection sociale et juridique de la profession. Mais cette économie psychique indiscutable débouche sur une impossibilité de penser les contradictions.

Cependant, d'autres médecins sont dans la production d'autonomie chez leurs patients : consultations longues, écoute, travail d'élaboration. Chacun reçoit plus qu'il ne donne, chaque chose produite profite aux deux, nous sommes dans le don et le contre-don : il n'y a aucune dette de l'un envers l'autre. Cette reconnaissance mutuelle produit une liberté et non une obligation. Ainsi, le départ des patients est une étape normale dans un parcours de vie (sentiment plus souvent rencontré chez les médecins femmes).

Les observations effectuées par les auteurs leur ont permis de dégager des pistes de prévention pour cette profession :

- changer le système libéral du secteur soins ? Ce n'est pas d'actualité ;
- imaginer des organisations de travail nouvelles ;
- sortir de la solitude par des débats collectifs ouvrant des controverses d'opinions sur le travail pour penser, par exemple les groupes Balint pour les médecins généralistes, (Kjeldmand et coll., 2008) ;
- développer la formation initiale et la formation médicale continue portant sur les tableaux cliniques relevant de la psychopathologie ou de la clinique psychosociale, ce qui va dans le sens des conclusions d'une étude effectuée par Souville et coll. en 2009 auprès de 391 médecins généralistes du sud-est de la France.

On peut donc constater à la lecture des analyses de cette étude que ce type de travail permet d'élargir le champ des investigations et des interrogations habituelles. La pratique clinique issue de l'analyse d'une enquête qualitative est susceptible d'apporter des hypothèses de compréhension nouvelles pour les données issues des enquêtes quantitatives et des pistes pour la prévention.

Pistes à explorer pour une prévention chez les indépendants

Si nous voulons comprendre ce que vivent les travailleurs indépendants dans leur travail et les conséquences pour leur santé, les résultats des études qualitatives mettent en lumière la nécessité d'explorer les aspects suivants : les

notions de choix de métier, la formation initiale et l'évolution des connaissances, la notion d'indépendance et d'autonomie, le risque de solitude, les questions de la reconnaissance, de l'action sur le réel et de son efficacité au regard d'autrui, des règles de l'art et de métier. Ces travaux explorent également le travail bien fait, la possibilité de se projeter au-delà du temps immédiat, la question du genre, la notion de responsabilité et de sécurité, la tension devant les contraintes externes, la question du statut social, celle particulièrement prégnante des revenus et de l'argent, la notion de liberté et de plaisir au travail, la souffrance due au travail et les stratégies défensives pour y faire face comme les conduites addictives, le poids de la transmission familiale ou le rejet, le besoin de transmission de valeurs et d'un patrimoine, le risque de confusion entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

Le choix des notions à explorer, susceptibles d'apporter des éléments de compréhension ou d'avoir un impact sur la santé des travailleurs indépendants, repose également sur différents travaux.

L'enquête santé travail et vieillissement (Estev) effectuée en 1990 et complétée par un volet longitudinal en 1995 (Derriennic et coll., 1996) nous apprend que les salariés déclarant ne pas avoir choisi leur profession ont, dans chacune des 6 dimensions du NHP (*Nottingham Health Profile* ou Indice de santé perceptuel de Nottingham), une perception plus dégradée de leur santé par rapport à ceux qui ont choisi leur profession (ceci étant valable pour les hommes comme pour les femmes, quelle que soit la génération). Quand on connaît, par les études sociologiques sur les travailleurs indépendants, le poids de la transmission des valeurs et du patrimoine entre générations, le rôle de l'éducation aboutissant au rejet ou à la reprise de l'activité économique des parents, on ne peut qu'être vigilant à ne pas négliger le paramètre du choix de métier.

Dans « Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France » (Baudelot et Gollac, 2002), les auteurs montrent que les indépendants qui sont l'objet de leur enquête, plus que les autres travailleurs, désirent voir leurs enfants emprunter le même chemin professionnel qu'eux. Parmi eux, on trouve les professions libérales (58 %), les chefs d'entreprise (55 %), les agriculteurs (45 %), les artisans (41 %) et les commerçants (35 %). Les indépendants qui ne souhaitent pas transmettre à leurs enfants mettent en avant le travail trop pénible, trop difficile, pas assez rémunérateur (7 % des agriculteurs, 15 % des commerçants), les horaires de travail trop longs (10 %), le manque de perspectives d'avenir de la profession (9 % des patrons, 6 % des agriculteurs). Il y aurait, en effet, un lien entre une durée de travail élevée à plus de 45 h/semaine et un accroissement de la souffrance ressentie. La différence pour les travailleurs indépendants par rapport aux salariés se situerait, selon cette étude, au niveau de la transmission du capital économique, du métier et du statut d'indépendant, mais aussi des notions de liberté et de plaisir au travail.

Dans le tome 2 de son livre « Travail vivant : travail et émancipation » (2009), Christophe Dejours aborde la question de la peur de la solitude dans le travail par défaut de reconnaissance, reconnaissance nécessaire à la construction identitaire mais qui s'oppose à l'autonomie et l'émancipation tant que le sujet en reste dépendant. Le travailleur indépendant serait-il moins dépendant de la reconnaissance de l'autre ou des autres que le salarié, d'où une plus grande autonomie et une capacité accrue à décider de travailler en indépendant ? Mais d'où lui viendrait cette moindre dépendance de la reconnaissance des autres puisque l'activité de travail, pour être un « acte traditionnel efficace » comme nous l'apprend Sigaut (« Le triangle du sens », 1993), nécessite le jugement d'autrui attestant de l'efficacité du travail fait comme action réelle de transformation du monde (figure 16.2) ?

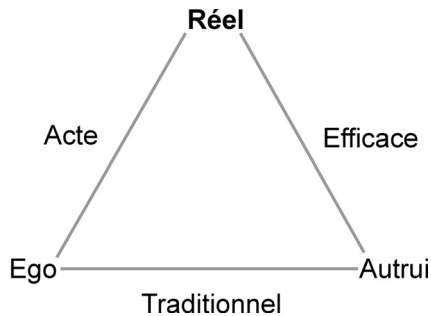


Figure 16.2 : Reconnaissance et triangle de Sigaut (d'après Sigaut, 1993)

Selon le modèle du triangle de Sigaut, une situation de travail implique une relation tripartite où l'individu (l'ego) doit faire face d'une part à une situation de travail qui n'est jamais totalement celle qui était prescrite (le réel) et d'autre part au regard des autres (autrui) dont il obtiendra ou pas la reconnaissance.

D'ailleurs, comme nous le rappelle Danièle Linhart dans son ouvrage « Travailler sans les autres ? » (2009), on ne peut pas travailler que pour soi, le travail doit être « adressé » sous peine, sinon, de mettre en danger sa santé. De plus, pour les travailleurs indépendants, les règles de l'art se construisent bien avec les pairs, c'est-à-dire ceux qui font le même métier. Ils se rencontrent dans des syndicats, des associations, des confréries, des salons, des expositions. Ils se comparent également lors des appels d'offre ou dans des concours. Ils peuvent constituer de véritables corporations à l'exemple des compagnons du devoir du tour de France dont sont issus beaucoup d'artisans et de travailleurs indépendants : outre l'aspect éducatif qui est pris en charge pour les jeunes entrant chez les compagnons, l'apprentissage de l'autonomie y repose sur l'apprentissage de techniques et de valeurs, sur la solidarité d'un réseau et sur la notion d'accomplissement d'une œuvre, notion qui se différencie de façon radicale de celle de travail salarié.

En conclusion, plusieurs questionnaires, validés par des études épidémiologiques et traduits en français, permettent actuellement de dépister les facteurs de risque de stress et/ou les effets de l'exposition à ces facteurs sur la santé mentale. Il serait souhaitable que ces outils soient appliqués de façon différenciée aux différentes catégories de travailleurs indépendants pour analyser chaque groupe plus finement et pouvoir adapter l'offre de prévention de façon spécifique à chacun.

Les évaluations des interventions de prévention ciblées selon les secteurs d'activité ou les pathologies sont unanimes pour relever que si les actions ne portant que sur les individus sans se préoccuper du travail réel et de son organisation ont un semblant d'efficacité à court terme, elles sont inefficaces à moyen ou long terme. Les interventions de prévention permettent également de confirmer l'existence de liens de causalité entre les facteurs psychosociaux au travail et les manifestations pathologiques tant physiques que psychiques.

Dans l'état actuel des connaissances, les pistes à suivre pour la prévention du stress chez les travailleurs indépendants passeront par l'étude du travail réel des différentes catégories de ces travailleurs, en alliant des enquêtes de type épidémiologique et les études qualitatives, ainsi que par la détermination des facteurs favorisant le débat entre pairs et la controverse sur le travail.

BIBLIOGRAPHIE

ALGAVA E, VINCK E. Les conditions de travail des non-salariés en 2005. DARES, *Premières synthèses*, 2009, 50 : 1-8

ANACT. Prévention du stress et des risques psychosociaux au travail. Réseau Anact, 2007, 106p

ARTHUR AR. Mental health problems and british workers: a survey of mental health problems in employees who receive counselling from employee assistance programmes. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress* 2002, 18 : 69-74

AYERS KM, THOMSON WM, NEWTON JT, MORGAINE KC, RICH AM. Self-reported occupational health of general dental practitioners. *Occup Med (Lond)* 2009, 59 : 142-148

BAKKER IM, TERLUIN B, VAN MARWIJK HW, VAN DER WINDT DA, RIJMEN F, et coll. A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS Clin Trials* 2007, 2 : e26

BARREAU J. Gérer le travail. Les Presses Universitaires de Rennes, 1999, 140p

BAUDELLOT C, GOLLAC M. Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France. Ed. Fayard, 2002, 351p

BIRON C, IVERS H, BRUN JP, COOPER CL. Risk assessment of occupational stress: extensions of the Clarke and Cooper approach. *Health Risk & Society* 2006, 8 : 417-429

BLOK RW B, BRENNINKMEIJER V, LAGERVELD SE, HOUTMAN IL D. Return to work: a comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work and Stress* 2006, **20** : 129-144

CHEVALIER F, MACARIO-RAT I, MANSUY A. Une photographie du marché du travail en 2007. Résultats de l'enquête Emploi. *Insee Première* 2008, 1-4

COHEN S, KAMARCK T, MERMELSTEIN R. A Global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* 1983, **24** : 385-396

COHIDON C, ARNAUDO B, MURCIA M, LE COMITE DE PILOTAGE DE SAMOTRACE CENTRE. Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France. *BEH* 2009, **25-26** : 265-269

COLLEGE D'EXPERTISE SUR LE SUIVI STATISTIQUE DES FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU TRAVAIL. Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail. Rapport intermédiaire, 2009. http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_08_10.pdf

CORBIERE M, SHEN J, ROULEAU M, DEWA CS. A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organisations. *Work* 2009, **33** : 81-116

COUSER GP. Challenges and opportunities for preventing depression in the workplace: a review of the evidence supporting workplace factors and interventions. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2008, **50** : 411-427

CUNNINGHAM W, COOKSON T. Addressing stress related impairment in doctors. A survey of providers and doctor's experience of a funded counselling service in New Zealand. *The New-Zealand Medical Journal* 2009, **122** : 19-28

DAHL-JORGENSEN C, SAKSVIK PO. The impact of two organizational interventions on the health of service sector workers. *International Journal of Health Services* 2005, **35** : 529-549

DAVEZIES P, DANIELLOU F. L'épuisement professionnel des médecins libéraux, une approche compréhensive en Poitou-Charentes, 2002. Rapport de recherche pour l'URML de Poitou-Charentes, 145p

DEJOURS C. Travail vivant 2 : travail et émancipation. Ed. Payot 2009, 242p

DERRIENNIC F, TOURANCHET A, VOLKOFF S. Âge, travail, santé. Études sur les salariés âgés de 37 à 52 ans. Enquête ESTEV 1990. Ed. Inserm 1996, 440p

DOLLARD M, SIUNNER N, TUCKEY MR, BAILEY T. National surveillance of psychosocial risk factors in the workplace: an international overview. *Work and Stress* 2007, **21** : 1-29

EKLOF M, INGELGARD A, HAGBERG M. Is participative ergonomics associated with better working environment and health? A study among swedish white-collar vdu users. *International Journal of Industrial Ergonomics* 2004, **34** : 355-366

ELO AL, ERVASTI J, KUOSMA E, MATTILA P. Evaluation of an organizational stress management program in a municipal public works organization. *J Occup Health Psychol* 2008, **13** : 10-23

FEUERSTEIN M, NICHOLAS RA, HUANG GD, DIMBERG L, ALI D, et coll. Job stress management and ergonomic intervention for work-related upper extremity symptoms. *Applied Ergonomics* 2004, **35** : 565-574

FOTHERGILL A, EDWARDS D, BURNARD P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic Review. *International Journal of Social Psychiatry* 2004, **50** : 54-65

FRANCOIS M, LIEVIN D, INRS. Démarche de prévention du stress au travail. La réalisation d'un diagnostic organisationnel. *DMT Etudes et Enquêtes* 2006, 309-319

GARELICK AI, GROSS SR, RICHARDSON I, VON DER TM, BLAND J, et coll. Which doctors and with what problems contact a specialist service for doctors? A cross sectional investigation. *BMC Med* 2007, **5** : 26

GATTY CM. A comprehensive work injury prevention program with clerical and office workers: Phase II. *Work* 2004, **23** : 131-137

GEOK-CHOO L, KWOK-BUN C, YIU-CHUNG K. Work stress and coping among lawyers in Singapore. *Asian Journal of Social Science* 2008, **36** : 703-744

GOLDBERG DP, HILLIER VE. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979, **9** : 139-145

GORTER RC, STORM MK, TE BRAKE JH, KERSTEN HW, EIJKMAN MA. Outcome of career expectancies and early professional burnout among newly qualified dentists. *Int Dent J* 2007, **57** : 279-285

GUIGNON N, NIEDHAMMER I, SANDRET N. Les facteurs psychosociaux au travail, une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. Premières Synthèses DARES 2008,n° 22.1, 8p

GUIHO-BAILLY MP, BERTIN C, DUBRE JY, LANCIEN N, MACHEFER J, PARENT D. Rapport subjectif au travail, sens des trajectoires professionnelles et construction de la santé. Post enquête qualitative. Santé et Itinéraire Professionnel. Rapport final septembre 2008, 326p

HANSEZ I. Analyse comparative des qualités psychométriques du diagnostic des risques psychosociaux. Rapport final. Convention INRS, 2003, 39p

HANSEZ I, BERTRAND F, BARBIER, M. Évaluation des pratiques de diagnostic de stress au sein d'entreprises belges : facteurs bloquants et facteurs stimulants. *Le Travail Humain* 2009, **2** : 127-153

HÄTINEN M, KINNUNEN U, PEKKONEN M, KALIMO R. Comparing two burnout interventions: perceived job control mediates decreases in burnout. *International Journal of Stress Management* 2007, **14** : 227-248

HOLT J, MAR CD. Reducing occupational psychological distress: a randomized controlled trial of a mailed intervention. *Health Education Research* 2006, **21** : 501-507

HUSH JM, MAHER CG, REFSHAUGE KM. Risk factors for neck pain in office workers: a prospective study. *BMC Musculoskelet Disord* 2006, **7** : 81

INSPQ (INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC). Grille d'identification des risques psychosociaux au travail. INSPQ, Québec, 2009 : 37p

INRS, CRAM. Dépister les risques psychosociaux. Des indicateurs pour vous guider. INRS, Paris, 2007

INSEE. Fichiers détail : Enquête emploi en continu 2007. Base de données, 2008. <http://www.insee.fr>

KAWAHARADA M, SAIJO Y, YOSHIOKA E, SATO T, SATO H, et coll. Relations of occupational stress to occupational class in Japanese civil servants--analysis by two occupational stress models. *Ind Health* 2007, **45** : 247-255

KAWAHARADA M, YOSHIOKA E, SAIJO Y, FUKUI T, UENO T, et coll. The effects of a stress inoculation training program for civil servants in japan: a pilot study of a non-randomized controlled trial. *Industrial Health* 2009, **47** : 173-182

KIRK AK, BROWN DE. Employee assistance programs: a review of the management of stress and wellbeing through workplace counselling and consulting. *Australian Psychologist* 2003, **38** : 138-143

KJELDMAND D, HOLMSTROM I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med* 2008, **6** : 138-145

KRASNER M, EPSTEIN R. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy and attitudes among primary care physicians. *JAMA* 2009, **302** : 1284-1293

KRAUSE N, BURGEL B, REMPEL D. Effort-reward imbalance and one-year change in neck-shoulder and upper-extremity pain among call center computer operator. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 2010, **36** : 42-53

LANDSMAN-DIJKSTRA JJ, VAN WR, GROOTHOFF JW. Improvement of balance between work stress and recovery after a body awareness program for chronic aspecific psychosomatic symptoms. *Patient Educ Couns* 2006, **60** : 125-135

LEE FJ, STEWART M, BROWN JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among canadian family physicians? *Can Fam Physician* 2008, **54** : 234-235

LI EJ, LI-TSANG CW, LAM CS, HUI KY, CHAN CC. The effect of a "training on work readiness" program for workers with musculoskeletal injuries: a randomized control trial (rct) study. *J Occup Rehabil* 2006, **16** : 529-541

LINHART D. Travailler sans les autres ? Ed. du Seuil, Collection « Non conforme », 2009, 213p

LINZER M, VISSER MRM, OORT FJ, SMETS EMA, MCMURRAY JE, et coll. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *American Journal of Medicine* 2001, **111** : 170-175

LUCINI D, RIVA S, PIZZINELLI P, PAGANI M. Stress management at the worksite: reversal of symptoms profile and cardiovascular dysregulation. *Hypertension* 2007, **49** : 291-297

MARHOLD C, LINTON SJ, MELIN L. A cognitive-behavioral return-to-work program: effects on pain patients with a history of long-term versus short-term sick leave. *Pain* 2001, **91** : 155-163

MARINE A, RUOTSALAINEN J, SERRA C, VERBEEK J. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, **4** : CD002892

MARTIN A, SANDERSON K, COCKER F. Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health* 2009, **35** : 7-18

MARTINI S, ARFKEN CL, BALON R. Comparison of burnout among medical residents before and after the implementation of work hours limits. *Acad Psychiatry* 2006, **30** : 352-355

MASLACH C, JACKSON SE. Maslach Burnout Inventory manual, 2nd edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986

METZENTHIN P, HELFRICHT S, LOERBROKS A, TERRIS D, HAUG H, SUBRAMANIAN S, et coll. A one-item work stress assessment tool is associated with cortisol secretion levels in critical care nurses. *Preventive Medicine*, 2009, **48** : 462-466

MINO Y, BABAZONO A, TSUDA T, YASUDA N. Can stress management at the workplace prevent depression? A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2006, **75** : 177-182

MORRIS SJ, HARDESTY PH. Addressing depression in the workplace. In : Counseling employees: a multifaceted approach. SANDHU DS, SANDHU DS (eds). American Counseling Association, Alexandria, VA US, 2002 : 291-309

NASSE P, LÉGERON P. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. DARES et DRESS, 2008, 94p

NEWTON JT, ALLEN CD, COATES J, TURNER A, PRIOR J. How to reduce the stress of general dental practice: the need for research into the effectiveness of multifaceted interventions. *Br Dent J* 2006, **200** : 437-440

NICKEL C, TANCA S, KOLOWOS S, PEDROSA-GIL F, BACHLER E, et coll. Men with chronic occupational stress benefit from behavioural/psycho-educational group training: a randomized, prospective, controlled trial. *Psychol Med* 2007, **37** : 1141-1149

PERSEIUS KI, KAVER A, EKDAHL S, ASBERG M, SAMUELSSON M. Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectical behavioural therapy in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007, **14** : 635-643

PETERSON U, BERGSTROM G, SAMUELSSON M, ASBERG M, NYGREN A. Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 2008, **63** : 506-516

QUICK J, BARAB J, FIELDING J, HURELL J, IVANCEVICH J, et coll. Occupational mental health promotion: a prevention agenda based on education and treatment. *American Journal of Health Promotion* 1992, **7** : 37-44

REES K, BENNETT P, WEST R, DAVEY SG, EBRAHIM S. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004, CD0029

RO KE, GUDE T, AASLAND OG. Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general norwegian doctor workforce. *BMC Public Health* 2007, **7** : 36

RUOTSALAINEN J, SERRA C, MARINE A, VERBEEK J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J Work Environ Health* 2008, **34** : 169-178

SHELL E, THEORELL T, HASSON D, ARNETZ B, SARASTE H. Impact of a web-based stress management and health promotion program on neck-shoulder-back pain in knowledge workers? 12 month prospective controlled follow-up. *J Occup Environ Med* 2008, **50** : 667-676

SHAW W, VAN DER WINDT DA, MAIN CJ, LOISEL P, LINTON SJ, "DECADE OF THE FLAGS" WORKING GROUP. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors ("blue flags") in back-disability. *J Occup Rehabil* 2009, **19** : 64-80

SCHENE AH, KOETER MW, KICKERT MJ, SWINKELS JA, MCCRONE P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: Randomized trial including economic evaluation. *Psychol Med* 2007, **37** : 351-362

SIGAUT F. Le triangle du sens. *Techniques & Culture* 1993, **19**

SOUVILLE M, CABUT S, VIAU A, IARMARCOVAI G, ARNAUD S, et coll. General practitioners and patients with psychological stress at work. *J Occup Rehabil* 2009, **19** : 256-263

TARIS TW, KOMPIER MAJ, GEURTS SAE, SCHREURS PJG, SCHAUFELI WB, et coll. Stress management interventions in the dutch domiciliary care sector: findings from 81 organizations. *International Journal of Stress Management* 2003, **10** : 297-325

TRUCHOT D. Le burnout des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche pour l'Union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne. Dijon, UPMLB et Reims, Département de Psychologie. 2001, 43p

TSUTSUMI A, NAGAMI M, YOSHIKAWA T, KOGI K, KAWAKAMI N. Participatory intervention for workplace improvements on mental health and job performance among blue-collar workers : a cluster randomized controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2009, **51** : 553-564

VAN OOSTROM SH, ANEMA JR, TERLUIN B, VENEMA A, DE VET HCW, et coll. Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: intervention mapping as a useful tool. *BMC Health Services Research* 2007, **7** : 127

VAN OOSTROM SH, DRIESSEN MT, DE VET HC, FRANCHE RL, SCHONSTEIN E, et coll. Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, CD006955

VEACH TL, RAHE RH, TOLLES RL, NEWHALL LM. Effectiveness of an intensive stress intervention workshop for senior managers. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress* 2003, **19** : 257-264

VÉZINA M. La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : nouveau défi pour la santé publique. *Santé Publique* 2008, **20** : 121-128

VÉZINA M, BOURBONNAIS R, BRISSON C, TRUDEL L. Defining risks. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 2006, 32-38

VITALIANO PP, RUSSO J, CARR JE, MAIURO RD, BECKER J. The Ways of Coping Checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behav Res* 1985, **20** : 3-26

WALTON KG, SCHNEIDER RH, SALERNO JW, NIDICH SI. Psychosocial stress and cardiovascular disease. Part 3: clinical and policy implications of research on the transcendental meditation program. *Behav Med* 2005, **30** : 173-183

WARR P, COOK J, WALL T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology* 1979, **52** : 129-148

WARREN N. Work stress and musculoskeletal disorder etiology: the relative roles of psychosocial and physical risk factors. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation* 2001, **17** : 221-234

WESTMAN A, LINTON SJ, OHRVIK J, WAHLEN P, LEPPERT J. Do psychosocial factors predict disability and health at a 3-year follow-up for patients with non-acute musculoskeletal pain? A validation of the orebro musculoskeletal pain screening questionnaire. *Eur J Pain* 2008, **12** : 641-649

WOO JM, POSTOLACHE TT. The impact of work environment on mood disorders and suicide: evidence and implications. *Int J Disabil Hum Dev* 2008, **7** : 185-200