



Reçu le :
2 septembre 2015
Accepté le :
22 janvier 2016



CrossMark

Évaluation des contraintes psycho-organisationnelles selon le modèle de Karasek chez des salariés de 14 entreprises du secteur privé tunisien

Evaluation of psycho-organisational constraints according to Karasek's Model among workers of 14 private sector companies in Tunisia

I. Magroun^{a,*}, H. Ghannouchi^b, S. Fehri^b, M. Chatti^b, F. Ben Salah^{a,b},
H. Nouaigui^{a,b}

^a Faculté de médecine de Tunis, université Tunis El Manar, 15, rue Djebel Lakhdar La Rabta, 1007 Tunis, Tunisie

^b Institut de santé et de sécurité au travail, Tunis Tunisie

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Summary

Aim of the study. Mental health is an essential component of occupational health. Evaluation of the extent of psychosocial risk factors allows to guide preventive strategies and to suggest adequate solutions. The aim of this paper is to evaluate the prevalence of psycho-organisational constraints among employees working in Tunisian companies.

Method. A descriptive cross-sectional survey of employees of eight sectors of activity (14 companies) was carried out. The study was based on a questionnaire exploring their socio-professional characteristics and on the Karasek questionnaire.

Results. The number of employees participating in the study was 954. Mean age was 38 ± 8.9 years. Sex ratio was 3. Occupational seniority was 11 ± 8.6 years. Employees belonged to eight activity sectors: agribusiness, wood industry, banking, telecommunication, rubber industry, metal construction, furniture manufacturing and poultry farming. Job-strain prevalence was 17%. It was less important among men and for the over-50s.

Discussion. Almost two in ten employees, mainly women and young, were in a job-strain situation. The implementation of strategies to train and inform the targeted population is required (needed?) to reduce stress factors at work and related pathologies. The occupational physician's implication to prevent this risk is essential.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Résumé

Introduction. La santé mentale est une composante essentielle de la santé au travail. L'évaluation de l'ampleur des facteurs de risque psychosociaux permet d'orienter les stratégies préventives et d'apporter des solutions adaptées. L'objectif de ce travail était d'évaluer la prévalence des contraintes psycho-organisationnelles au travail auprès de salariés travaillant dans des entreprises tunisiennes.

Méthode. Il s'agit d'une enquête transversale descriptive portant sur des travailleurs de huit secteurs d'activité appartenant à 14 entreprises. L'étude s'est basée sur : un questionnaire recueillant les caractéristiques socioprofessionnelles des salariés et l'administration du questionnaire de Karasek.

Résultats. L'effectif des travailleurs ayant participé à l'enquête était de 954. L'âge moyen était de $38 \pm 8,9$ ans. Le sex-ratio était de 3. L'ancienneté moyenne au poste de travail était de $11 \pm 8,6$ ans. Les travailleurs étaient répartis dans huit secteurs d'activité : agroalimentaire, industrie du bois, bancaire, télécommunication, industrie du caoutchouc, construction métallique, fabrication de meubles et aviculture. Le travail tendu était de 17 %. Il était moins important chez les hommes et chez les plus de 50 ans.

Conclusion. Près de deux personnes sur 10 étaient en situation de travail tendu ; surtout les femmes et les jeunes. La mise en place d'une stratégie pour la formation et l'information ciblant ces

* Auteur correspondant.

e-mail : imene_bensalah@yahoo.fr (I. Magroun).

Keywords: Psychosocial factors, Prevalence, Labour force, Mental health, Occupational health

populations, afin de réduire le stress au travail en agissant sur ses facteurs de risque, s'imposent. L'implication du médecin du travail dans la prévention de ce risque est primordiale.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Facteurs psychosociaux, Prévalence, Population active, Santé mentale, Santé au travail

Introduction

Les concepts sur les expositions aux risques professionnels ont évolué. Les risques professionnels sont non seulement de nature physique, chimique ou biologique mais également de nature organisationnelle, notion récente introduite ces dernières années pour s'allier à la définition de l'Organisation mondiale de la santé [1]. Cette dernière définit la santé de l'individu comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » [2]. La santé mentale est définie comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. » [3]. En milieu de travail, elle est liée aux risques psychosociaux (RPS) qui ont commencé à être identifiés dès les années soixante du vingtième siècle aux États-Unis [4].

L'expression « risques psychosociaux » (RPS) évoque diverses situations de mal-être, de ressenti négatif par rapport au travail. Elle renvoie à des situations de travail différentes et à diverses causes : surcharge de travail, contraintes excessives de temps mais aussi perte de repères, difficulté à trouver du sens au travail, conflit de valeurs... qui se traduisent par des troubles physiques, psychiques, intellectuels et comportementaux [5].

Le stress, principale conséquence de ces RPS, représente le deuxième problème de santé dans le monde du travail [6]. Il touche un travailleur sur cinq en Europe [7]. Selon l'enquête Sumer 2003 [8], 34 % des salariés français estimaient que leur travail était très stressant, soit un salarié sur trois. Selon une étude menée par l'INRS et Arts et Métiers Paris Tech, prenant en compte essentiellement le *job-strain*, le coût estimé du stress au travail en Europe a été estimé entre 2 et 3 milliards d'euro en 2007 [9]. L'évaluation des RPS en milieu du travail prend donc tout son intérêt. Leur identification permet d'apporter des mesures préventives ayant des incidences objectives sur l'absentéisme, le rendement, la productivité et la santé des travailleurs et de l'entreprise. Ce travail a pour objectif d'évaluer la prévalence des contraintes psycho-organisationnelles liées au travail selon le modèle de Karasek auprès de salariés d'entreprises tunisiennes.

Population et méthode

C'est une étude transversale descriptive qui s'est déroulée entre le mois d'avril 2007 et le mois de mars 2010. Elle a porté sur l'ensemble des salariés travaillant dans 14 entreprises tunisiennes du secteur privé ayant accepté la participation à l'enquête menée par l'Institut de santé et de sécurité au travail (ISST) qui est un organisme public à caractère administratif, créé par la loi n° 90-77 du 7 août 1990 [10,11]. Il est placé sous la tutelle du ministère des Affaires Sociales. Il a pour mission principale d'entreprendre toute action visant à promouvoir la santé et la sécurité au travail en Tunisie.

Cette étude a eu pour cadre l'enquête « Santé Globale » menée par l'ISST. C'est un projet de promotion de la santé des salariés ayant cinq axes : la santé mentale, le risque cardiovasculaire, la lutte anti-tabac, sport et travail et les cancers professionnels. Cet article traitera de l'axe santé mentale.

Le recueil des données a été fait par des médecins du travail de l'ISST ayant bénéficié d'une formation préalable à la réalisation de l'enquête. Il a été réalisé sur les lieux de travail au service médical de l'entreprise par interview directe avec respect de la confidentialité. Le salarié a été informé au préalable sur le but de l'enquête, l'anonymat des données et la possibilité d'accepter ou de refuser de participer.

Les caractéristiques socioprofessionnelles des salariés ont été recueillies par le médecin du travail. Les travailleurs ont été répartis en six catégories professionnelles : cadres, administratif, service, intermédiaire, ouvrier qualifié et ouvrier non qualifié.

Le questionnaire administré a comporté deux parties. La première a concerné l'identification du salarié, les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques professionnelles, les antécédents médicaux familiaux et personnels et les habitudes de vie. La deuxième partie a été faite par le questionnaire de Karasek dans sa version française (*encadré 1*) [12]. Le remplissage du questionnaire a été fait, en présence du médecin de travail chargé de l'enquête, par le salarié lui-même ou aidé par le médecin selon le niveau scolaire.

Les 35 questions ont permis de calculer différents scores pour chaque salarié (*encadré 2*). Seuls trois scores se rapportant à trois domaines : la latitude décisionnelle, la demande

ENCADRÉ 1**Le questionnaire de Karasek.**

À la fin des années soixante-dix, Robert Karasek [12] a élaboré un modèle basé sur un questionnaire, qui permet de rattacher le vécu du travail aux risques que fait courir ce travail. Le questionnaire comprend 35 questions cotées chacune de 1 à 4 selon le degré d'accord du salarié et pondérée. Il comprend six échelles : la latitude de décision, la demande psychologique au travail, la pénibilité physique, la charge physique isométrique, la sécurité au travail et le support social au travail.

ENCADRÉ 2**Le calcul des scores.**

Latitude décisionnelle :

$$4 \times Q4 + 4 \times (5 - Q5) + 4 \times (Q8) + 2 \times (5 - Q2) + 2 \times (Q6) + 2 \times (Q7) + 2 \times (Q1) + 2 \times (Q3) + 2 \times (Q9)$$

Demande psychologique :

$$Q10 + Q11 + Q12 + (5 - Q13) + Q14 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$$

Soutien social :

$$Q19 + Q20 + Q21 + Q22 + Q23 + Q24 + Q25 + Q26.$$

psychologique et le soutien social ont été traités dans cet article. Le calcul de la médiane de chacune de ces trois variables après saisie de toutes les données a permis de dégager trois classes :

- latitude décisionnelle faible : score inférieur à la médiane du groupe ;
- demande psychologique élevée : score supérieur à la médiane du groupe ;
- soutien social faible : score inférieur à la médiane du groupe.

La combinaison des deux classes latitude décisionnelle faible/ élevée et demande psychologique faible/élevée a permis un classement des travailleurs ayant un travail passif, dynamique, détendu ou tendu (fig. 1). La situation de travail tendu ou *job-strain* correspond à une situation qui associe une faible latitude décisionnelle et une forte demande psychologique. Elle peut être aggravée par un soutien social faible : c'est l'*iso-strain* (fig. 1) [13].

Les salariés en situation de *job-strain* ou travail tendu ont été invités à participer à des sessions de formation sur la gestion du stress au travail et à la consultation de psychologues de travail. Un rapport final a été adressé à toutes les entreprises participantes présentant le résultat global de l'enquête, les résultats propres à l'entreprise et les recommandations proposées.

La saisie des données a été faite à l'aide du logiciel épi-info (version 6.0). Le test de χ^2 a été utilisé pour la comparaison des variables catégorielles. Un seuil de significativité de 0,05 a été retenu.

Résultats

La population d'étude a été composée de 954 salariés. L'âge moyen était de $38 \pm 8,9$ ans avec des extrêmes allant de 18 à 63 ans. Le sex-ratio homme/femme était de 3. Soixante-sept pour cent des salariés étaient mariés et trente et un pour cent célibataires. Dix pour cent des sujets avaient quatre enfants ou plus et quatorze pour cent des sujets, mariés ou divorcés, n'avaient pas d'enfants. Les fumeurs représentaient 58 % des travailleurs interrogés et 14 % ont déclaré consommer des boissons alcoolisées. Seize pour cent des salariés pratiquaient une activité physique.

L'étude a été réalisée dans 14 entreprises du secteur privé tunisien. L'effectif des salariés par entreprise a varié de 14 à 142. Ces entreprises appartenaient à huit secteurs d'activité industrielle (bancaire, télécommunication, caoutchouc et plastique, construction métallique, agroalimentaire, production de bois, fabrication de meubles et aviculture). Le secteur agroalimentaire était le plus représenté avec 41 % de l'effectif étudié. Les ouvriers qualifiés et les cadres étaient respectivement de 23,6 % et 20,6 %. L'ancienneté professionnelle moyenne était de 11 ans $\pm 8,6$ avec des extrêmes allant de 1 à 39 ans. L'ancienneté professionnelle était inférieure à 10 ans dans 51,7 % des cas.

La latitude décisionnelle avait une médiane à 56. La latitude décisionnelle faible baissait avec l'âge. Elle était retrouvée chez 46 % des sujets de plus de 50 ans. Le nombre de secteurs d'activité où la médiane propre du groupe était inférieure à la médiane de toute la population était de trois : production de bois, fabrication de meubles et aviculture. La latitude décisionnelle dépendait des postes de travail ($p < 10^{-6}$) et était faible chez les ouvriers non qualifiés, les ouvriers qualifiés et

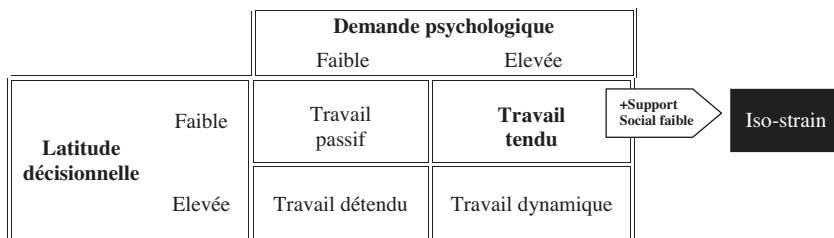


Figure 1. Classification du travail selon la latitude décisionnelle, la demande psychologique et le support social.

Tableau I
Répartition de la population d'étude selon les caractéristiques socioprofessionnelles et les dimensions psycho-organisationnelles.

<i>n</i> = 954	LD %	<i>p</i>	DP %	<i>p</i>	SS %	<i>p</i>	Travail tendu %	<i>p</i>	Iso-strain %	<i>p</i>
Âge		NS		–		NS		0,02		NS
< 50 ans	49		–		48		18		10	
> 50 ans	46		–		40		8		7	
Genre		NS		NS		0,01		0,058		NS
Homme	50		40		48		15		10,5	
Femme	47		45		39		21		10,1	
Ancienneté professionnelle		–		–		–		0,039		0,03
< 10 ans	–		–		–		17		10	
10–20 ans	–		–		–		19		12	
> 20 ans	–		–		–		10		5	
Poste de travail		< 10 ⁻⁶		< 10 ⁻⁶		< 10 ⁻⁶		0,002		0,004
Ouvriers non qualifiés	84		22		65		18		14	
Ouvriers qualifiés	71		37		54		23		14	
Agents de service	32		46		39		12		6	
Administratifs	44		42		34		20		9	
Intermédiaire	39		43		42		16		12	
Cadres	17		54		37		9		4	
Secteur d'activité								< 10 ⁻⁶		< 10 ⁻⁶
Production de bois	–		–		–		13		9	
Fabrication de meuble	–		–		–		36		23	
Télécommunication	–		–		–		16		2	
Bancaire	–		–		–		8		5	
Construction métallique	–		–		–		16		8	
Agroalimentaire	–		–		–		12		8	
Aviculture	–		–		–		27		18	
Caoutchouc et plastique	–		–		–		0		0	

DP : demande psychologique forte ; LD : latitude décisionnelle faible ; SS : soutien social faible.

les employés administratifs respectivement dans 84 %, 71 % et 44 % des cas (tableau I).

La demande psychologique avait une médiane à 10. Elle était élevée chez 392 salariés, soit 41 % des cas, chez 45 % des femmes et 40 % des hommes ($p = 0,47$). Elle était élevée dans cinq entreprises employant 29 % de l'effectif de la population d'étude. Elle était élevée dans deux secteurs d'activité qui employaient 23 % des salariés : construction métallique et fabrication de meubles ($p < 10^{-6}$). Elle variait selon le poste de travail ($p < 10^{-6}$). Les cadres, les agents de service et les professions intermédiaires avaient une demande psychologique élevée dans 54, 46 et 43 %, respectivement (tableau I). Le *job-strain* ou travail tendu est défini par la combinaison d'une latitude décisionnelle faible et d'une demande psychologique élevée selon le modèle de Karasek. Il est constaté dans 158 cas de la population d'étude (soit 17 %). La proportion du travail tendu diminuait avec l'âge. Il était retrouvé chez 18 % des salariés de moins de 50 ans et chez 8 % de ceux de plus de 50 ans ($p = 0,02$). La prévalence du travail tendu était plus importante chez les femmes que chez les hommes ($p = 0,058$) et chez les sujets mariés (différence non significative). Le travail tendu était présent chez plus de 17 % des salariés dans six entreprises, employant 37 % des salariés ($p < 10^{-6}$). Dans l'entreprise de fabrication de meubles et d'aviculture, employant 22 % des salariés, le travail tendu était

respectivement de 36 % et de 27 %. Il était lié significativement avec le poste de travail ($p = 0,002$). Les ouvriers qualifiés, les administratifs et les ouvriers non qualifiés avaient un travail tendu dans respectivement 23 %, 20 % et 18 % des cas. Il diminuait avec l'ancienneté professionnelle. Il était retrouvé chez 17 % des salariés ayant une ancienneté professionnelle inférieure à 10 ans, chez 19 % ayant une ancienneté entre 11 et 20 ans et chez 10 % ayant une ancienneté de plus de 20 ans ($p = 0,039$) (tableau I).

Le support social avait une médiane à 23. La proportion des hommes ayant un support social faible était de 48 % et de 39 % chez les femmes ($p = 0,01$). Il variait selon les entreprises avec une différence statistiquement significative ($p < 10^{-6}$). Il était faible dans huit entreprises employant 58 % des salariés et dans quatre secteurs d'activité : production de bois, fabrication de meuble, aviculture et industrie du plastique et du caoutchouc ($p < 10^{-6}$). Il dépendait du poste de travail ($p < 10^{-6}$). Les ouvriers non qualifiés et les ouvriers qualifiés avaient un soutien social faible dans respectivement 65 % et 54 % des cas (tableau I).

Lorsque le travail tendu est combiné à un soutien social faible, il donne lieu à une nouvelle dimension : *iso-strain*. Dans cette étude, 97 salariés (10 % du total des salariés et 61 % des salariés ayant un travail tendu) étaient en *iso-strain*. Il était retrouvé chez 10,1 % des femmes et 10,5 % des hommes

($p = 0,9$). La prévalence de l'*iso-strain* diminuait avec l'âge. Elle était de 12 % chez les salariés âgés de moins de 30 ans et de 7 % chez ceux âgés de plus de 50 ans. La différence statistique était non significative. Sa prévalence était de 10 % chez les sujets mariés et de 11 % chez les célibataires ($p = 0,45$). La prévalence de l'*iso-strain* variait selon les entreprises de 0 à 38 %. Elle était supérieure à 10 % dans six entreprises employant 37 % des salariés ($p < 10^{-6}$). Elle était de 18 % et de 23 % dans respectivement l'aviculture et la fabrication de meubles employant 22 % de la population d'étude ($p < 10^{-6}$). Les ouvriers qualifiés, les ouvriers non qualifiés et les professions intermédiaires étaient en *iso-strain* dans respectivement 14, 14 et 12 % des cas ($p = 0,004$). Douze pour cent des salariés ayant une ancienneté professionnelle entre 11 et 20 ans avaient un *iso-strain* et cinq pour cent de ceux ayant une ancienneté de plus de 20 ans ($p = 0,03$) (tableau I).

Discussion

La santé mentale est devenue ces dernières années un élément indispensable dans la santé au travail. L'évaluation des facteurs psychosociaux liés au travail est devenue ainsi un enjeu majeur sanitaire, social et économique. Elle est actuellement au centre de la démarche préventive et de gestion de la santé en entreprise. Elle est souvent quantitative permettant la détermination de la fréquence ou de l'intensité du stress au travail ou de ses facteurs de risque. Elle peut également intéresser les conséquences éventuelles des facteurs psychosociaux sur le travail. Elle doit être obligatoirement de qualité puisque ses répercussions sont d'une importance majeure [14].

L'étude de la prévalence des facteurs psychosociaux au travail dans une population salariale a porté sur 954 sujets. Elle s'est déroulée de 2007 à 2010 dans 14 entreprises du secteur privé. Il s'agit d'une étude transversale descriptive ayant impliqué des travailleurs d'entreprises du secteur privé non représentatifs de l'activité de ce secteur en Tunisie. En effet, ces entreprises étaient les seules ayant accepté de participer à l'étude. Plusieurs secteurs industriels tunisiens n'étaient pas représentés dans cette étude comme le secteur de l'industrie chimique (10,2–11,4 % du total des entreprises tunisiennes actives), les industries des matériaux de construction, de céramique et de verre (4,8–10,3 %), les industries du textile et de l'habillement (25,8–37,3 %), les industries mécaniques et métallurgiques (10,1–11,7 %)... [15,16]. Mais, les secteurs inclus dans cette étude étaient multiples et variés permettant d'apprécier approximativement les facteurs de RPS dans une population hétérogène. La détermination des facteurs de risque psychosociaux chez l'ensemble des travailleurs dans ces entreprises a permis de conduire une étude portant sur un effectif important de salariés. Ces derniers appartenaient à des catégories professionnelles variées cadres, administratifs, ouvriers...

Le questionnaire de Karasek utilisé dans cette étude est un questionnaire fréquemment adopté pour les enquêtes d'évaluation des facteurs de RPS en milieu de travail. Il permet de faire le lien avec le vécu du travail rapporté par le travailleur. Il explore trois dimensions : la demande psychologique ou les exigences du travail, la latitude décisionnelle ou marge de manœuvre et le soutien social ou aide assurée par les supérieurs hiérarchiques et les collègues. Il est le plus connu et a été utilisé dans des enquêtes épidémiologiques portant sur une grande population comme l'enquête SUMER [8,17]. Ses qualités psychométriques seraient meilleures dans le secteur tertiaire (interprétation de certains items) [18].

La latitude décisionnelle recouvre deux notions, l'autonomie décisionnelle ou contrôle, c'est-à-dire la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent, et l'utilisation des compétences, c'est-à-dire la possibilité d'utiliser ses compétences et ses qualifications, et d'en développer de nouvelles [8]. Dans cette étude la proportion de travailleurs ayant une latitude décisionnelle faible baissait après l'âge de 50 ans et diminuait de 49 % à 46 %. Ces résultats sont concordants avec ceux rapportés dans une étude menée au Québec ayant porté sur une population importante répartie dans des milieux de travail diversifiés couvrant tous les secteurs de l'économie et tous les types d'emplois. La proportion de personnes ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail diminuait avec l'âge [19]. En France, selon un sondage de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), le niveau de satisfaction concernant l'autonomie et les responsabilités était fortement corrélé à l'âge : un écart de 8 points était constaté entre les 25–49 ans (90 %) et les 50–64 ans (82 %) [20]. Dans cette série, 47 % des femmes et 50 % des hommes avaient une latitude décisionnelle faible. Ces résultats étaient similaires avec certaines études [17,21–23] et ne concordaient pas avec d'autres [8,19,24]. Des facteurs socioculturels pourraient apporter une explication aux différences observées entre les études. La réponse aux items sur la latitude décisionnelle pourrait changer selon la nature du travail exigé, la perception du travail, les facteurs économiques... La latitude décisionnelle dépendait du poste de travail. Les ouvriers qualifiés ou non avaient une latitude décisionnelle faible dans 49 % des cas. Une étude tunisienne menée dans un centre d'appels téléphoniques portant sur un effectif de 266 salariés d'âge moyen 30 ans trouve 25,8 % de la population stressée selon le modèle de Karasek [25]. Dans l'enquête Santé et itinéraire professionnel menée en France [24], les ouvriers et les employés avaient un manque d'autonomie, les cadres, professions intellectuelles et les professions intermédiaires étaient autonomes.

La demande psychologique correspond à la charge psychologique associée à l'accomplissement des tâches, à la quantité et à la complexité des tâches, aux tâches imprévues, aux contraintes de temps, aux interruptions et aux demandes contradictoires [8]. Dans cette étude, la demande psychologique était

forte chez 41 % des salariés. Les femmes avaient une demande psychologique moyenne plus élevée que les hommes. Cette constatation a été retrouvée dans plusieurs autres études (*tableau I*), mais l'écart n'était pas important. Ceci pourrait être expliqué par l'affectation des femmes aux tâches monotones et répétitives exigeant un rendement et une précision élevés. Dans une étude tunisienne publiée en 2012, la demande psychologique était forte chez 90 % d'un personnel soignant d'un hôpital de la capitale ayant un rythme de travail soutenu, des exigences professionnelles élevées et une population difficile à gérer [26]. L'enquête SUMER a retrouvé une forte demande psychologique chez le personnel travaillant dans les structures hospitalières [17]. Dans une étude menée en Suisse portant sur 5001 salariés d'âge moyen, la demande psychologique forte a été retrouvée chez 54 % des hommes et 49 % des femmes [22]. Selon l'enquête SUMER 2003, 21,2 % des femmes et 20,9 % des hommes avaient une demande psychologique élevée [27]. Le support social au travail est défini par l'aide et la reconnaissance des collègues et des supérieurs hiérarchiques [8]. Dans cette étude, le support social médian était à 23. Le support social faible était retrouvé chez 48 % des hommes et 39 % des femmes. Dans l'étude rapportée par Benzarti et al. [26], le support social faible a été retrouvé chez 68,8 % des personnels de soins. L'enquête Sumer 2003 a trouvé un soutien social médian à 23,3 et qui variait peu entre catégories socioprofessionnelles et entre hommes et femmes [27]. L'étude Belstress ayant porté sur 21 419 travailleurs belges a trouvé un support social à médian 23 [28]. Arnaud rapporte que 15 % de la population enquêtée déclare ne pas bénéficier du respect qu'elle mérite de leurs collègues et 31 % de la part de leurs supérieurs [17]. Dans d'autres études, le support social

était meilleur chez les femmes que chez les hommes [23,25,29]. Cette différence constatée entre les hommes et les femmes serait expliquée par l'environnement compétitif exigeant entre les hommes.

La prévalence du travail tendu était de 17 % dans cette enquête. Elle variait beaucoup d'une étude à l'autre (*tableau II*). Dans l'enquête SUMER 2003, 23,3 % des travailleurs enquêtés étaient en *job-strain* [8]. Dans une enquête réalisée en Belgique, Sipos rapporte que 14 % des 251 pompiers professionnels étaient en situation de travail tendu [30]. Dans une enquête menée dans un hôpital allemand, Bauer et Groneberg retrouvent un travail tendu chez 55,5 % des médecins [31]. D'Souza et al. rapportent que 23 % des 1188 travailleurs australiens enquêtés avaient un *job-strain* [32]. Ces différences peuvent être expliquées par la différence entre les pays, les entreprises et les secteurs.

Dans cette étude, le travail tendu variait avec l'âge et le genre. En effet, les salariés de plus de 50 ans et les hommes étaient les moins exposés au travail tendu. L'enquête Sumer 2003 [27] a trouvé une prévalence de 24,3 % chez les moins de 25 ans contre 23 % chez les plus de 50 ans. Knesebeck et al. [33] ont rapporté une fréquence élevée du travail tendu chez les jeunes médecins par rapport aux seniors. L'étude de Belstress [28] a trouvé une prévalence de travail tendu plus importante chez les femmes (20 %) par rapport aux hommes (18 %). Cette différence était plus importante entre les sujets de plus de 50 ans de sexe féminin (24 %) que ceux de sexe masculin du même âge (17 %). Choi et al. [29] ont rapporté une prévalence plus importante chez les femmes (19,4 %) que chez les hommes (11,2 %). La différence de prévalence entre hommes et femmes peut être expliquée par le fait que les femmes ont

Tableau II
Prévalence du *job-strain*, de la demande psychologique élevée et de la latitude décisionnelle faible selon les enquêtes épidémiologiques.

Étude (n)	Population d'étude	Pays	Travail tendu %	DP %	DPF%	DPH %	LD %	LDF %	LDH %
Lindeberg et al. [22] (5001)	Travailleurs d'âge moyen	Suisse	–	–	49	54	–	47	30
Boughattas et al. [25] (266)	Centre d'appels téléphoniques	Tunisie	25,8	–	–	–	–	–	–
Benzarti et al. [26] (90)	Personnel soignant	Tunisie	45,5	90	–	–	54,5	–	–
SUMER 2003 [27]	Travailleurs français	France	23	21	21,2	20,9	–	–	–
Tripodi et al. [47] (1868)	Employés hôpital universitaire	France	–	–	67	64	–	35	49
De Backer et al. [28] (21 419)	Travailleurs	Belgique	18	–	31,5	30,8	–	64	69,9
Keskes et al. [48] (337)	Fabrication engrais chimiques	Tunisie	11	–	–	–	–	–	–
Knesebeck et al. [33] (1311)	Médecins hospitaliers	Allemagne	22,4	–	–	–	–	–	–
Abidi et al. [49] (322)	Confection	Tunisie	23	–	–	–	–	–	–
Bauer et Groneberg [31] (2064)	Médecins hospitaliers	Allemagne	55,5	–	–	–	–	–	–
Cette étude (954)	Travailleurs	Tunisie	17	41	45	40	49	47	50

DP : demande psychologique forte ; DPF : demande psychologique forte chez les femmes ; DPH : demande psychologique forte chez les hommes ; LD : latitude décisionnelle faible ; LDF : latitude décisionnelle faible chez les femmes ; LDH : latitude décisionnelle faible chez les hommes.

des contraintes personnelles surtout familiales plus fréquemment que les hommes [34].

Dans cette étude, une variabilité de prévalence du travail tendu selon les catégories professionnelles était retrouvée. Les ouvriers qualifiés (23 %), les employés administratifs (20 %) et les ouvriers non qualifiés (18 %) étaient les plus exposés. L'enquête Sumer 2003 [27] a retrouvé une fréquence plus élevée dans certains secteurs comme l'hôtellerie, la restauration, le transport et les activités financières. Le *job-strain* pourrait être lié aux modes d'organisation et de gestion adoptés par les responsables d'entreprises. En France, ce sont les ouvriers non qualifiés de l'industrie de process (40 %), du textile et du cuir (39 %), les caissiers et employés de libre service (36 %), les employés et la maîtrise de l'hôtellerie restauration (33 %) qui étaient les plus exposés au *job-strain* [27]. En Belgique, c'étaient les ouvrières d'assemblage (44 %), le personnel féminin non qualifié (31 %), les femmes des professions artisanales (27 %) et les vendeuses (21 %) et pour les hommes c'étaient les employés (26 %), les vendeurs (26 %) et les ouvriers d'assemblage (21 %) qui étaient les plus exposés [28].

Le stress au travail admet des facteurs de risque propres au travail effectué et à des facteurs extraprofessionnels. L'autonomie de la marge de manœuvre, les relations avec le collectif de travail, la monotonie des tâches, l'utilisation des compétences, l'autonomie décisionnelle, le soutien hiérarchique, l'adéquation des compétences avec les responsabilités, les récompenses faibles... constituent des éléments explicatifs du stress au travail et sujets à intervention pour le réduire [23,35,36]. À ces facteurs liés au travail s'ajoutent des déterminants sociodémographiques comme l'âge, le niveau d'éducation, l'inégalité des revenus... [22]. Ces déterminants interviendraient dans la survenue et le maintien du stress au travail avec augmentation de l'absentéisme, réduction des indicateurs de qualité et répercussions économiques [37,38]. Une revue de la littérature des questionnaires français utilisés dans les études épidémiologiques pour mesurer le stress faite par Lesage et al. [18] a permis de porter l'attention sur l'intérêt

de rechercher non seulement le stress ou ses facteurs de risque mais également, au niveau de la même population, déterminer la prévalence d'autres pathologies et rechercher des interactions entre ces deux entités pathologiques. En effet, plusieurs études ont retrouvé une corrélation entre le stress et les maladies cardiovasculaires et suggèrent un rôle préventif des interventions sur l'organisation du travail, le mode de vie sain, l'aménagement du stress... [28,39-41]. Une méta-analyse menée par Stansfeld et al. a conclu que le stress au travail, la faible latitude décisionnelle, le faible support social et la forte demande psychologique constituaient des prédicteurs des troubles mentaux [42]. Des associations positives ont été rapportées entre d'autres pathologies non professionnelles comme l'obésité [43] et professionnelles comme les troubles musculo-squelettiques [44]. Des études épidémiologiques englobant l'état de santé en général des salariés seraient à envisager pour rechercher l'association entre le stress et les autres pathologies et l'intérêt d'agir sur le stress pour réduire la morbi-mortalité des populations.

Moen et al. [45] ont proposé d'adopter des modèles longitudinaux pour l'évaluation du stress au travail dont la réduction pourrait être envisagée par la réduction de la contrainte temps et l'organisation du travail. Des stratégies de maîtrise des facteurs de risque psychosociaux méritent d'être introduites dans la gestion des ressources humaines. Elles doivent tenir compte des spécificités socioculturelles et anthropométriques des populations actives et des caractéristiques des tâches. Ces stratégies peuvent faire l'objet d'un plan de promotion de la santé mentale basé sur des lignes directrices proposées par l'Organisation mondiale de la santé [46] (fig. 2). En conclusion, et afin d'agir efficacement sur les groupes vulnérables, il est primordial de tenir compte de telles observations afin d'orienter les mesures correctives tout en tenant compte des contraintes de production et de compétitivité économique. La promotion de la santé mentale en entreprise est un investissement qui permet d'améliorer l'état de santé mentale des populations actives et de renforcer les capacités de production de l'entreprise.

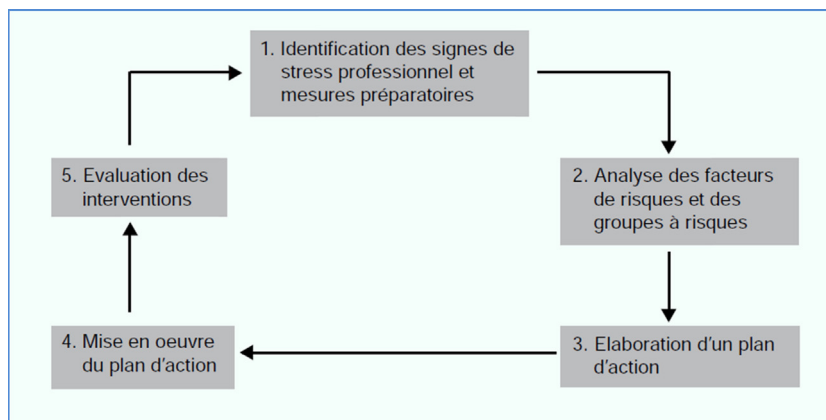


Figure 2. Démarches de prévention du stress professionnel (OMS [46]).

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Psychological factors at work: recognition and control. ILO/OMS; 1984 [Occupational safety and health series n° 56].
- [2] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19–22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États; 1946 [Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100 et entré en vigueur le 7 avril 1948. <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>. Consulté le 20/11/2015].
- [3] OMS. Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale; 2001 [Aide-mémoire n° 220. Révisé novembre 2001. <http://www.who.int/fr>. Consulté le 10 janvier 2015].
- [4] Sauter SL, Hurrell J, Murphy LR, Levi L. Les facteurs psychosociaux et organisationnels. Encyclopédie de sécurité et de santé au travail du BIT, volume II. Chapitre 34, 3^e éd., 2000 [consulté le 10 janvier 2015] http://www.ilo.org/safework_bookshelf/french?print&nd=857170549&nh=o&url=%252.
- [5] ANACT. Repères pour évaluer et prévenir les risques psychosociaux dans le secteur médico-social; 2010;24 [<http://www.a-nact.fr>. Consulté le 10 janvier 2015].
- [6] La prévention des risques psychosociaux au travail : perspectives européennes. In: Manifestation de clôture de la Semaine européenne pour la sécurité et la santé au travail 2002. Éditions agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. FORUM.; 2003 [Vol 9].
- [7] European Agency for Safety and Health at Work, Milczarek M, Schneider E, et al. OSH in figures: stress at work — facts and figures. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2009 [[éd.] European, Communities].
- [8] Guignon N, Niedhammer I, Sandret N. Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. Document pour le médecin du travail. INRS; 2008: 389–98 [Vol 115].
- [9] Stress au travail. Dossier INRS; 2015 [<http://www.inrs.fr/risques/stress.html>. Consulté le 20/11/2015].
- [10] Loi n° 90-77 du 7 août 1990. JORT du 10 août 1990. Portant création de l'Institut de santé et de sécurité au travail; 1990.
- [11] Loi n° 96-9 du 6 mars 1996 modifiant la loi n° 90-77. JORT du 08 mars 1996. Portant création de l'Institut de santé et de sécurité au travail; 1996.
- [12] Karasek R. The job content questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychological job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998;3(4):322–55.
- [13] Guiho-Bailly MP, Guillet D. Psychopathologie et psychodynamique du travail. EMC Toxicologie-Pathologie professionnelle, Paris: Elsevier; 2005 [16-535-P-10].
- [14] Tavani JL, Caroff X, Lo Monaco G, Collange J. Comment évaluer la santé psychologique au travail ? Principes psychométriques de bases. *Arch Mal Prof Environ* 2014;75:496–508.
- [15] Agence de Promotion de l'Industrie et l'Innovation. Entreprises tunisiennes; 2015 [consulté le 12/11/2015] <http://www.tunisieindustrie.nat.tn/fr/tunisienne.asp>.
- [16] Agence de Promotion de l'Industrie et l'Innovation. Entreprises mixtes; 2015 [consulté le 12/11/2015] <http://www.tunisieindustrie.nat.tn/fr/mixtes.asp>.
- [17] Arnaudo B, Léonard M, Sandret N, et al. Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs. *Références en santé au travail*; 2013;59–74 [Vol. 133].
- [18] Lesage FX, Berjot S, Amoura C, et al. Mesure du stress de travail par autoquestionnaires validés en français : revue de la littérature. *Arch Mal Prof Environ* 2012;73:596–606.
- [19] Bourbonnais R, Brisson C, Dion G, et al. Autonomie décisionnelle au travail. Et la santé, ça va en 1992–1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992–1993. Sante Que 1995 [Quebec : s.n.].
- [20] Sondage réseau ANACT/CSA 2009 « le stress au travail »; 2009 [consulté le 24/11/2015]. <http://datao.eklablog.com/cgrh/perso/synthese-sondage-stress-au-travail.pdf>.
- [21] Marinaccio A, Ferrante P, Di Tecco C, et al. The relevance of socio-demographic and occupational variables for the assessment of work-related stress risk. *BMC Public Health* 2013;13:1157.
- [22] Lindeberg SI, Rosvall M, Choi B, et al. Psychosocial working conditions and exhaustion in a working population sample of Swedish middle-aged men and women. *Eur J Public Health* 2010;21:190–6.
- [23] Schütte S, Chastang JF, Parent-Thirion A, et al. Facteurs psychosociaux au travail et santé mentale en Europe : y a-t-il des différences selon la catégorie professionnelle ? *Arch Mal Prof Environ* 2012;73:720–1 [Abstract].
- [24] DARES analyses. Les risques psychosociaux au travail ; un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010; 2014;11 [Vol 31].
- [25] Boughattas W, El Maalel O, Ben Amor I, et al. La santé mentale et les facteurs psychosociaux des téléopérateurs en centre d'appel téléphonique. *Arch Mal Prof Environ* 2012;73:263–4 [abstract].
- [26] Benzarti Mezni A, Sassi O, Amri A, et al. Évaluation des facteurs psychosociaux du stress dans un hôpital de la capitale : à propos de 90 cas. *Arch Mal Prof Environ* 2012;73:263 [abstract].
- [27] Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. Premières informations et premières synthèses; 2008;1–8 [Vol. 22].
- [28] De Backer G, Kornitzer M, Karnas G, Koetsier P, De Corte W. Études sur le stress au travail : scores normatifs étude des déterminants et recherche prospective sur la relation avec l'absentéisme et avec l'incidence des maladies cardiovasculaires. Programme d'appui scientifique à la protection des travailleurs en matière de santé. Rapport 94–98; 1994–1998.
- [29] Choi B, Östergren P, Canivet C, et al. Synergic interaction effect between job control and social support at work on general psychological distress. *Int Arch Occup Environ Health* 2011;84:77–89.
- [30] Sipsos S, Kittel F. Quantification du stress d'une population de sapeurs-pompiers. *Arch Mal Prof Environ* 2008;69:31–8.
- [31] Bauer J, Groneberg DA. Distress among physicians in hospitals—an investigation in Baden-Württemberg, Germany. *Dtsch Med Wochenschr* 2013;138:2401–6 [abstract].
- [32] D'Souza RM, Strazdins L, Lim LL-Y, et al. Work and health in a contemporary society: demands, control, and insecurity. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:849–54.
- [33] Knesebeck OVD, Klein J, Frie KG, et al. Psychosocial stress among hospital doctors in surgical fields. *Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int* 2010;107(14):248–53 [abstract].
- [34] St-Amour N, Laverdure J, Devault A, Manseau S, Jacob R. La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises. Institut national de santé publique du Québec; 2005 [En ligne. <http://www>.

- inspq.qc.ca/pdf/publications/375-ConciliationTravail-Famille.pdf. Consulté le 15 janvier 2015].
- [35] Becker F, Weiss JM. Relations entre le niveau de risque psychosocial et le niveau de stress professionnel perçu chez les collaborateurs des agences commerciales d'un groupe industriel de fabrication de matériel électrique en France (abstract). *Arch Mal Prof Environ* 2012;73:718.
- [36] Malard L, Chastang JF, Schütte S, et al. Évolution des facteurs psychosociaux au travail entre 2005 et 2010 en Europe. *Arch Mal Prof Environ* 2012;73:725-6.
- [37] Muckenhuber J, Burkert N, Grobschädl F, et al. Income inequality as a moderator of the relationship between psychological job demands and sickness absence, in particular in en: an international comparison of 23 countries. *Plos ONE* 2014;9:e86845.
- [38] Moreau M, Valente F, Mak R, et al. Occupational stress and incidence of sick leave in the Belgian workforce: the Belstress study. *J Epidemiol Community Health* 2004;58(6):507-16.
- [39] Von Känel R. Psychosocial stress and cardiovascular risk - a current opinion. *Swiss Med Wlky* 2012;142:w13502.
- [40] Kivimäki M, Nyberg ST, Fransson EI, et al. Associations of job strain and lifestyle risk factors with risk of coronary artery disease: a meta-analysis of individual participant data. *CMAJ* 2013;185:763-9.
- [41] Baké EM, Seidler A, Latza U, et al. The role of psychological stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 2012;85: 67-79.
- [42] Stanfeld S, Candy B. Psychosocial workenvironment and mental health—a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006;32:443-62.
- [43] Benichoux F, Dutheil N, El Akremi A, et al. Liens entre stress au travail et surpoids/obésité. *Arch Mal Prof Environ* 2012;73:262-3 [abstract].
- [44] Almhdawi K, Nazzal M. Work-related stress, musculoskeletal disorder complaints, and stress symptoms among radiographers in the northern part of Jordan. *J Med Imaging Radiation Sc* 2014;1-8 [article in press].
- [45] Moen P, Kelly EL, Lam J. Healthy work revisited: do changes in time strain predict well-being? *J Occup Health Psychol* 2013;18:157-72.
- [46] Houtman I, Jettinghoff K, Cedillo L. Sensibilisation au stress professionnel dans les pays en développement. Série protection de la santé des travailleurs. France: Organisation mondiale de la santé; 2008: 50 [n° 6].
- [47] Tripodi D, Roedlich C, Laheux Ma. et al. Stress perception among employees in a french university hospital. *Occup Med* 2012;62:216-9.
- [48] Keskes TS, Jomâa A, Keskes H, et al. Évaluation du stress au travail dans une entreprise de fabrication d'engrais chimiques. *Revue santé sécurité au travail* 2007;42.
- [49] Abidi A, Ben Mansour H, Nouaïgui H, et al. Contribution à l'évaluation du stress au travail : à propos d'une étude transversale réalisée dans une entreprise de confection de la région de Siliana. *Revue santé et sécurité au travail* 2007;42.