

Impact des changements organisationnels sur le stress au travail, la somatisation, la biologie et l'absentéisme

Johnny R.J. Fontaine
Tamara Mascagni
Sarah Mangelschots
Katholieke Universiteit Leuven

France Kittel
Isabelle Godin
Université Libre de Bruxelles

Mots-clé : Changements organisationnels, stresseurs au travail, somatisation, prévalence de tensions, design longitudinal

Introduction

Au cours des dernières décennies, les conditions de travail et l'environnement de travail ont considérablement changé dans la plupart des sociétés industrialisées (Paoli, 1997, 200). Des changements économiques, structurels et organisationnels sont devenus de plus en plus fréquents, résultant de privatisation, de fusions successives, de réductions de personnel et même des faillites. Malgré que le taux de chômage soit resté relativement stable dans les dernières années dans la Région européenne (International Labor Office, 2004), certains secteurs économiques ont particulièrement souffert d'un taux de chômage croissant. Les changements structurels et organisationnels ont contribué au phénomène de précarisation de l'emploi. Ce projet de recherche se situe dans ce contexte. Il se centre sur les niveaux de stress croissants causés par ces changements, et leur impact négatif sur le bien-être mental et physique qui entraîne une surconsommation médicale et de l'absentéisme e.a. Plus spécifiquement, ce projet vise les 4 objectifs suivants :

(1) D'évaluer les risques psychosociaux de santé relatifs aux conditions de travail dans diverses entreprises ; (2) De créer une banque préliminaire de données de prévalence de somatisation et de troubles somatoformes, dans une population au travail et ce en rapport avec des conditions de travail stressantes ; (3) De déterminer les dimensions ou facteurs psychosociaux spécifiques qui peuvent être nocifs pour la santé mentale de l'individu, tout en tenant compte de la variabilité interpersonnelle et de diverses variables médiatrices ; (4) D'étudier la relation entre le stress et la santé, d'une part dans une perspective globale en prenant en considération à la fois les dimensions organisationnelles, sociales, psychologiques et biologiques et d'autre part dans une perspective dynamique par l'application d'un design prospectif.

Le présent projet est basé sur un modèle général psycho-socio-biologique qui voit l'individu en relation avec un contexte socioprofessionnel particulier et ceci dans une perspective dynamique. Dans ce modèle les stresseurs (à la fois les conditions objectives et subjectives de travail) médiées par les caractéristiques personnelles de l'individu peuvent mener à des tensions d'ordre psychologiques et somatiques qui détermineraient à plus long terme des issues de santé telles que de l'absentéisme et une consommation médicale augmentée, entre autres.

Les stresseurs organisationnels visaient essentiellement les changements organisationnels. Basé sur un indice de précarisation du secteur économique (Godin et al., 2002) , 4 entreprises ont été sélectionnées qui diffèrent graduellement par rapport à cet indice de très stable (un hôpital) à très instable (entreprise de télécommunications).

Une très large investigation a été réalisée par rapport aux stresseurs subjectifs : 24 dimensions de stress subjectif ont été investiguées provenant pour la plupart du modèle de 'Job-Demand-Control-Support model' (JDC-S), le 'Effort-Reward-Imbalance and Overcommitment model' (ERI-O) et le modèle TRIPOD. Selon le modèle JDC-S (Karasek 1979, 1985), des niveaux de demandes élevées au travail (pression par le temps, rythme, dates limites), combinées avec des niveaux faibles de contrôle ou de maîtrise sur le travail (influence sur son travail, possibilités d'apprendre de nouvelles choses, ou latitude décisionnelle) ainsi que des niveaux faibles de soutien social peuvent être considérés comme des conditions de travail stressantes. Le modèle ERI-O (Siegrist 1990, 1997, 1998) est complémentaire au modèle JDC-S. Dans ce modèle, le stress au travail chronique est défini comme un déséquilibre entre les efforts importants effectués au travail (heures supplémentaires, investissement personnel) et peu de gratifications (estime, respect, salaire, promotion) reçues. De plus, ces effets sont renforcés par une attitude au travail consistant à un engagement excessif et une incapacité à prendre des distances par rapport à son travail. Alors que les deux modèles précédents se centrent sur les caractéristiques du travail, le modèle TRIPOD se focalise sur les caractéristiques organisationnelles. Le modèle TRIPOD a été développé pour identifier les caractéristiques organisationnelles qui mènent à une vulnérabilité accrue aux accidents professionnels. Récemment ce modèle a été appliqué à la recherche dans le domaine du stress et il offre une nouvelle approche intéressante. A côté de ces dimensions présentes dans les 3 modèles de stress, d'autres dimensions relatives à la sphère du travail mais aussi celle de la vie privée ont été incluses, telles que la globalisation, le harcèlement au travail, les interactions avec les clients-patients, l'interférence vie professionnelle-privée et les stressors en dehors de la vie professionnelle.

Deux traits de personnalité ont été incluses, notamment le névrosisme et l'alexithymie. Dans la littérature il est fait l'hypothèse que le degré dans lequel les individus développent des plaintes psychosomatiques en réponse à

des conditions de travail stressantes dépend de leurs caractéristiques de personnalité. Particulièrement les individus ayant un névrosisme et une alexithymie marqués seront très vulnérables à des plaintes psychosomatiques. Par ailleurs étaient également ajoutés au protocole d'investigation les comportements de santé comme variables modératrices.

Les tensions à la fois physiques et psychologiques ont été étudiées. Les tensions somatiques sont la dyspepsie fonctionnelle et le syndrome du côlon irritable, deux troubles gastro-intestinaux, ainsi que la somatisation et les troubles somatoformes qui se focalisent sur les symptômes inexpliqués médicalement. Les tensions psychologiques étaient la dépression et la fatigue chronique.

Les issues de santé de la présente étude étaient la santé subjective ou auto-rapportée, la consultation médicale, la consommation médicale, l'absentéisme et le présentéisme (travailler tout en étant malade).

Méthodes

Participants. En 2000-2001(1^e mesure), 9634 travailleurs ont été contactés dans les 4 entreprises. Parmi eux, 3803 ont répondu au questionnaire (participation globale de 40%). Pour la 2^e mesure, 2709 travailleurs ont répondu au questionnaire (participation globale de 37%), parmi lesquels 1986 participaient également à la 1^e mesure. Les deux mesures ont été faites à 1 an d'intervalle.

Instruments. Un questionnaire a été construit contenant des items pour mesurer les variables sociodémographiques et socioprofessionnelles, les stressors subjectifs, les traits de personnalité, les tensions psychosomatiques, et les issues de santé. Les stressors ont été mesurés par le Job Content Questionnaire (JCQ, Karasek, 1985), le Leiden Quality of Work Questionnaire (LQWQ, van der Doef et al., 1999), le Effort-Reward Imbalance model (Siegrist et al., 1998), et les questionnaires des défauts qu'opérationnalise le modèle de TRIPOD (Akerboom and Maes, 2003). L'interférence travail – vie privée a été mesurée par le questionnaire de Kelloway (1999). L'échelle de Quine (1999) a été utilisée pour mesurer le harcèlement et le questionnaire de Klitzman (1999) pour les stressors hors vie professionnelle.

Afin de mieux appréhender les caractéristiques des entreprises, des interviews ont été conduites avec des informateurs clés à chaque mesure et dans chaque entreprise (90 interviews au total).

Le névrosisme a été mesuré par le NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI, Costa et al., 1992) et l'alexithymie par l'échelle mesurant les difficultés à exprimer ses émotions de l'échelle d'Alexithymie de Toronto (TAS, Bagby et al., 1993). Les comportements de santé sont mesurés par 3 items mesurant la consommation de tabac et six items mesurant la consommation d'alcool et la dépendance à l'alcool, ainsi que l'activité physique (critère OMS, 1990). Une version adaptée du coping d'Amirkhan (1990) pour mesurer le coping a été utilisée.

La dyspepsie fonctionnelle et le syndrome de côlon irritable ont été diagnostiqués sur la base de 9 et 10 questions respectivement qui ont été construites pour cette recherche (Critères de Rome). La somatisation a été opérationnalisée par l'échelle de somatisation du Symptom CheckList (SCL-90, adapted from Derogatis, 1986). Les troubles somatoformes ont été diagnostiqués par le Specialist Patient Health Questionnaire (SPEC, Spitzke et al. 1999). L'Anxiété et la Dépression ont également été mesurées par les échelles correspondantes du Symptom CheckList (SCL-90, adapted from Derogatis, 1986). La fatigue chronique est mesurée par la Verkorte VermoeidheidsVragenlijst (VVV, Vercoulen, 1999).

Pour les issues de santé, des questions relatives à la santé subjective auto-rapportée (SRH) du travailleur (Social Functioning-36, Ware et al. 1992) ainsi que le poids et la taille afin de mesurer le Body Mass Index (BMI) sont posées. Deux items concernent la consultation médicale, et 4 la consommation de médicaments psychotropes. Pour l'absentéisme - en auto-rapporté - le nombre total de jours d'absence ainsi que le nombre de fois il y a eu absence pendant les 12 derniers mois ont été demandés. Le présentéisme a été mesuré par l'échelle de Saksvik (1996)

Résultats

Un projet de 4 ans apporte une grande quantité de questions de recherche spécifiques et de résultats. Ici nous nous focaliserons sur les résultats les plus importants par rapport aux 4 objectifs principaux de notre recherche.

Le premier objectif était d'estimer les risques liés aux conditions objectives et subjectives de travail dans diverses entreprises de Belgique. La principale visée était de mettre en évidence l'impact direct ou indirect sur la santé ou le bien-être des travailleurs. Les interviews menés avec les informateurs clés ont confirmé la sélection faite des entreprises sur base de notre indice de précarité (Godin et al., 2002). Les changements organisationnels, opérationnalisés en sélectionnant des entreprises qui différaient considérablement quant à l'instabilité de leur environnement économique, ont eu un effet sur les conditions de travail, qui à leur tour ont eu un impact négatif sur la santé auto-rapportée et l'absentéisme (3 absences ou plus, absences de plus d'une semaine, 1 ou plus d'une absence de longue durée (plus de 15 jours)) (Godin et al. 2004, Siegrist et al. 2004).

Les effets, cependant, ont été plus importants sur les stressors que sur les tensions. Après avoir contrôlé pour sexe, âge, langue, niveau socioprofessionnel, les travailleurs de l'entreprise plus stable rapportaient également moins de manque de contrôle (selon le modèle JDCS une valeur bêta de -.14 pour la firme la plus stable) et moins de manque de gratifications (pour le modèle ERI-O, une valeur bêta de -.20 pour la firme la plus stable) que les

travailleurs dans les entreprises dans les firmes moins stables. Plus la firme est instable plus la menace de globalisation est vécue (avec des coefficients pondérés de régression jusque -.59 quand on l'oppose à la firme la plus stable). Après contrôle pour sexe, âge, langue, et classe socioprofessionnelle, il n'y avait pas de différence en terme de dyspepsie fonctionnelle et syndrome de côlon irritable. La dépression, l'anxiété, la somatisation et la fatigue différaient significativement, mais les effets étaient petits (coefficients pondérés de régression entre -.04 et -.08 quand on l'oppose à la firme la plus stable). En ce qui concerne les issues de santé, seul l'absentéisme (codé comme 1 semaine ou plus d'absence les 12 derniers mois) différençiaient les firmes dans la direction attendue : au temps 1 le % augmentait de 20.6% à 24.6% et 29.0% jusqu'à 39.6% de la firme la plus stable à celle qui l'était le moins. Au temps 2, le pourcentage augmentait de 22.5% à 26.8% et de 30.3% à 44.4%.

Une explication possible pour ces effets modérés des changements organisationnels (ainsi opérationnalisés par la sélection de nos firmes) que malgré que les travailleurs de la firme la plus stable aient des scores plus faibles de manque de contrôle, de manque de gratifications, et particulièrement de menace de globalisation (comme attendu par la sélection sur base de notre indice) ils scoraient également de manière plus élevée en terme de demandes et efforts. Donc, la charge de travail était plus importante dans l'entreprise plus stable que dans les entreprises moins stables. Ceci a pu réduire l'effet global des changements organisationnels.

Un autre aspect important de nos résultats a consisté à mettre en évidence les divergences de genre en rapport avec les conditions de travail (comme avoir un travail dans une position inconfortable, être agressée par des clients/patients, et rapporter davantage l'impact négatif des conditions de travail sur la santé). De plus, les femmes ont incontestablement plus de difficultés pour combiner harmonieusement et de manière satisfaisante leur vie professionnelle et privée (Kittel et al., 2003, Communication personnelle). Ceci mérite certainement que l'on prenne en considération la réduction de ces inégalités.

Le deuxième objectif était de créer une banque préliminaire de données sur la prévalence de la somatisation et des troubles somatoformes auprès d'une population au travail, en relation avec des conditions de travail stressantes.

En se basant sur les critères diagnostiques utilisés dans la littérature internationale (pour la dyspepsie fonctionnelle, le syndrome du côlon irritable et les troubles somatoformes) ou sur les critères utilisés sur base d'une recherche portant sur une large population belge (questionnaire SCL pour la mesure de la somatisation, de la dépression ou de l'anxiété) nous avons trouvé les prévalences suivantes à la première mesure, soit 5.8% pour la dyspepsie fonctionnelle, 17.6% pour le syndrome du côlon irritable, 2.9% pour les troubles somatoformes (SCL), 3.6% pour la dépression (SCL), et 3% pour l'anxiété (SCL). Excepté le syndrome du côlon irritable, les prévalences sont plus faibles pour cette population au travail que dans la population générale. Une des explications possibles est le "biais du travailleur sain", qui montre les effets protecteurs du travail sur les plaintes psychosomatiques, même si le travailleur est amené à travailler dans un climat de pression lié aux changements structurels. Une autre explication possible est que les personnes vulnérables ou qui souffrent de plaintes psychosomatiques sont plus souvent absentes du travail et ceci explique la prévalence plus faible de ces troubles dans une population au travail. Une dernière piste d'explication est la possible réserve qu'ont les travailleurs à rapporter de tels troubles. Etant donné le design prospectif de la recherche l'anonymat n'a pu être garanti, seule la confidentialité a pu être assurée. Certains travailleurs toutefois ont pu craindre la divulgation de leurs réponses.

Le troisième objectif était d'établir quels sont les facteurs psychosociaux ou dimensions néfastes pour la santé mentale, en prenant en compte les variations interpersonnelles et les différentes variables intermédiaires. Quatre modèles de stress, le Job-Demand-Control-Support, et son extension qui est le Leiden Quality of Work Questionnaire, le Effort-Reward Imbalance modèle, et le modèle TRIPOD ont été comparés en fonction de leur valeur prédictive pour la dyspepsie fonctionnelle, le syndrome du côlon irritable, la dépression, la somatisation, l'anxiété et la fatigue chronique (tableau 1, Fontaine et al., 2003). Les conclusions de ces comparaisons sont inéquivoques: chaque modèle de stress apporte une contribution unique à la prédiction du bien-être psychosomatique au travail. Par ailleurs, ces quatre modèles utilisés conjointement peuvent expliquer jusqu'à 30% du bien être psychosomatique,

Tableau 1. Pourcentage de variance contribuant au bien-être psychosomatique par les modèles de JCDS, ERI, LQWQ, TRIPOD, séparément et conjointement aux temps 1 et 2

	JCDS		ERI		LQWQ		TRIPOD		ALL	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Dépression	12.1	14.3	16.2	18.2	14.7	23.6	9.9	26.4	21.5	29.5
Somatisation	9.9	12.7	12.5	13.8	15.2	21.5	9.6	22.8	21.7	27.4
Anxiété	10.2	11.5	12.2	13.8	12.8	21.2	7.2	24.0	17.0	26.3
Fatigue	10.1	12.2	12.9	13.0	12.8	16.5	9.1	20.4	20.5	23.8
FD	4.3	5.4	5.3	5.8	6.9	11.9	6.1	15.1	13.1	22.8
IBS	4.6	4.9	4.5	4.4	6.6	9.6	4.7	11.9	11.3	21.4

et on peut donc conclure jusqu'à un impact substantiel des stresseurs au travail. Tenant compte de cette contribution unique, les résultats présentés constituent une base solide pour l'interprétation de l'accumulation des stresseurs au travail qui ont un effet certain sur le bien être psychosomatique.

Une autre perspective d'analyse a été l'étude des déterminants des problèmes de santé. L'analyse par régressions logistiques des données relatives au harcèlement sur le lieu de travail par exemple a montré l'impact de celui-ci sur la plupart des indicateurs de santé comme la dépression, l'anxiété, la somatisation, la consommation de psychotropes ou l'absentéisme. (Godin, 2004).

Le quatrième et dernier objectif était d'étudier le stress et la santé dans une dynamique et une perspective globales (dans un design prospectif). Le design longitudinal de l'étude, avec deux mesures, nous a permis de mettre en évidence l'impact réel des stresseurs sur le bien-être psychosomatique. Grâce au design longitudinal, l'interprétation des relations observées en termes de relations causales est plus fiable que dans un design transversal. Dans cette étude, des changements dans les stresseurs au travail au travers des deux mesures ont pu être mis en relation avec des changements dans le bien-être psychosomatique, par différentes stratégies d'analyse (Godin *b*, 2004). Par exemple, dans un type d'analyse, les participants aux deux mesures ont été divisés en quatre groupes, soit (1) ceux qui n'étaient exposés au déséquilibre efforts-récompenses à aucune des deux mesures (groupe non-non), (2) ceux qui y étaient exposés au temps 1 mais plus au temps 2 (groupe oui-non), (3) ceux qui n'étaient pas exposés au déséquilibre efforts-récompenses au temps 1 mais bien au temps 2 (groupe non-oui) et enfin (4) ceux qui y étaient exposés aux 2 mesures (groupe oui-oui). Des analyses ont été conduites pour étudier en quoi ces groupes différaient en termes de dépression, anxiété, somatisation consommation de psychotropes, évaluation subjective de santé et fatigue chronique. Pour cette analyse, le stress et les indicateurs de santé ont été dichotomisés par le quartile supérieur de la distribution. Pour chaque donnée de santé, un effet systématique et significatif a été observé par rapport à l'exposition au stress, tel que défini précédemment (figures 1 et 2). La prévalence est la plus faible dans le groupe non-non, et la plus élevée dans le groupe oui-oui. Dans le groupe non-oui, la prévalence égale presque celle du groupe oui-oui. Pour le groupe oui-non, les prévalences sont proches de celles du groupe non-non, mais moindres toutefois que celles des deux

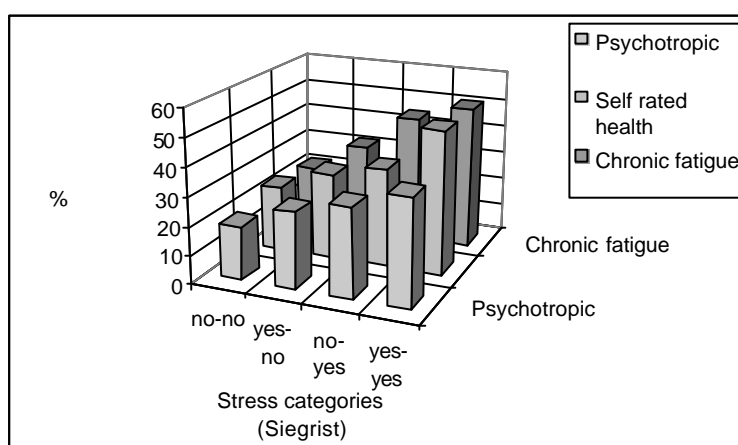


Figure 1. Evolution du stress (modèle de Siegrist) et impact sur la santé (T2)

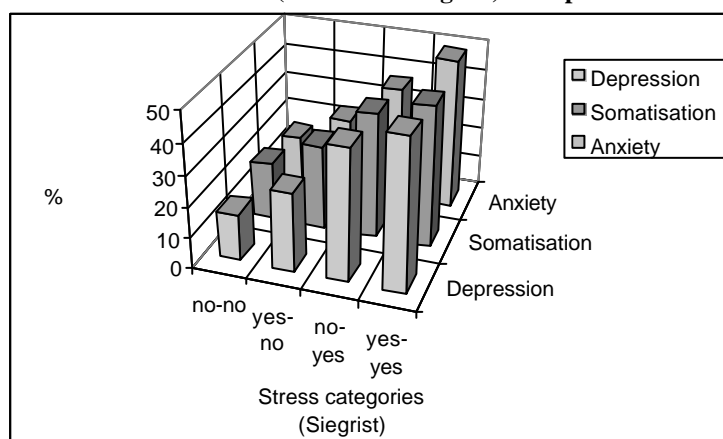


Figure 2. Evolution du stress (modèle de Siegrist) et impact sur la santé mentale (T2)

autres groupes. Ces analyses indiquent clairement qu'une augmentation des stresseurs au cours des 12 derniers mois conduit à une augmentation du stress, tandis qu'une diminution des stressors amène une diminution substantielle du stress.

Des résultats additionnels des données longitudinales ont mis en évidence les particularités de trait du neuroticisme et de l'alexithymie. Comme les variables de stress, elles sont sensibles aux accroissements et diminutions des stresseurs. A cause de cette caractéristique de trait, ces variables ne sont pas compatibles avec des analyses investiguant l'effet médiateur des traits de personnalité sur les effets du stress et des stresseurs. Ces résultats ont des conséquences importantes pour les analyses qui contrôlent la relation entre les stresseurs et le stress avec le neuroticisme, ce qui est courant dans ce type d'étude. En se basant sur nos résultats, nous pouvons conclure que l'impact des stresseurs est de cette façon sous-estimé.

Conclusions

De cette étude, nous pouvons conclure que l'instabilité au travail a un impact sur les stresseurs au travail et sur la santé. Il a été de surcroît clairement démontré grâce au design longitudinal, que les stresseurs au travail conduisent à toute une série de conditions psychosomatiques qui vont de la dyspepsie fonctionnelle, au syndrome du côlon irritable, à la somatisation, aux troubles somatoformes, à la dépression et l'anxiété. Ces conditions psychosomatiques sont à mettre en relation avec la consultation médicale, l'évaluation subjective négative de la santé et l'absentéisme. Ceci étant néfaste non seulement pour l'individu mais porte des conséquences négatives également pour l'entreprises, et à un niveau plus large à la société, ce qui appelle à des mesures d'accompagnement pour les organisations qui sont en processus de réorganisation ainsi que, bien évidemment pour les personnes travaillant au sein de ces organisations.

Références

Godin, I., Desmarez, P., & Kittel, F. (2002). Stress et précarité d'emploi: essai de construction d'un indicateur. *Archives of Public Health, 60*(3-4), 143-151.

Fontaine, J. R. J., Degucht, V., Kittel, F., Godin, I., & Fischler, B. (2003). *The empirical distinctiveness of four stress models and their additive predictive power for somatic and psychosomatic complaints at two measurement moments*. Paper presented on the Congress of the European Association of Work and Organizational Psychology, Lisbon, Portugal, May 2003.

Kittel, F., Fontaine, J., Mangelschots, S., & Godin, I. (2003). *Stress and health indicators. How to explain gender inequalities? – The Somstress study*, Annual European Health Psychology Society Congress, Kos, Greece, October 2003.

Godin, I. (2004). Bullying, workers' health and labour instability. *European Journal of Community Health, 58*(3), 258-259.

Godin, I., & Kittel, F. (2004). Differential economic stability and psychosocial stress at work: associations with psychosomatic complaints and absenteeism. *Social Science and Medicine, 58*(8), 1543-1553.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T, Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). Measurement of Effort-Reward Imbalance at Work: European Comparisons. *Social Science and Medicine, 58*(8), 1483-1499.