

La Lettre

58

juin 1999

LE COÛT DU TRAVAIL : NOUVELLES PERSPECTIVES EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ¹

Philippe Lidvan et Noëlle Girault-Lidvan²

1

Les relations entre travail et santé ont toujours été un domaine de recherche majeur pour les sciences sociales. L'évolution générale de l'organisation du travail et du marché de l'emploi dans un contexte économique tendu impose aujourd'hui d'en repenser les modèles d'analyse. Les modèles bio-psycho-sociaux de la psychologie de la santé permettent d'envisager le développement de recherches pluridisciplinaires intégrant les différentes perspectives des sciences sociales et des sciences du comportement.

LE COÛT PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE DU TRAVAIL

Un constat actuel

En France, les statistiques relatives au nombre d'accidents du travail et aux maladies professionnelles faisaient état d'une augmentation de 15% entre 1990 et 1991 pour les maladies professionnelles, et d'une augmentation régulière de la fréquence des accidents, mettant en évidence le rôle du développement du «travail précaire» dans les dégradations générales des conditions de travail et leurs effets sur la santé des salariés. En outre, les médecins du travail ont constaté depuis 1995 une augmentation considérable (160%) des

1. Une partie de cet article a fait l'objet d'une communication «Stress, adaptation and health : research perspectives» à la 7th European Society of Health and Medical Sociology Conference, Rennes, août 1998.

2. Noëlle Girault-Lidvan est maître de conférences et chercheur au Laboratoire de psychologie sociale de l'Université René Descartes-Paris V. Philippe Lidvan est chercheur au CEE.

pathologies articulaires et vertébrales associées aux cadences élevées, aux mouvements répétitifs, et aux postures et efforts inadaptés. L'accroissement de ces contraintes physiques apparaît directement lié à l'évolution générale de l'organisation du travail, qui vise à atteindre une rentabilité maximale dans un contexte de concurrence extrême (Thébaud-Mony, 1994). Reviennent aussi au premier plan les affections dites «psychosomatiques» ou «psychopathologiques», qui s'avèrent toucher toutes les catégories professionnelles.

Bien que les liens de causalité entre les conditions de travail et l'apparition de certaines maladies organiques soient souvent difficiles à établir, on sait depuis longtemps que pathologies digestives et cardio-vasculaires, ainsi que maux de tête, dorsalgies et douleurs diffuses, fatigue chronique, troubles du sommeil et de l'alimentation, sont largement déterminés par l'environnement psychosocial des individus, et en particulier par l'importance quantitative et qualitative des contraintes et des pressions exercées sur eux. Il en est de même pour de nombreux troubles psychologiques (troubles de l'humeur, anxiété, nervosité, dépression, épuisement professionnel, fatigue mentale) déjà largement décrits mais objectivement méconnus et ignorés.

Des exigences accrues

De la fin des années soixante-dix au début des années quatre-vingt dix, alors que désormais la difficulté de trouver ou de garder un emploi vient au premier rang des préoccupations des salariés, leur santé ne constitue pas pour les décideurs un centre d'intérêt majeur. Non pas que ce thème soit ignoré par les «institutionnels» (comme par exemple l'ANACT), ou que les risques pour la santé mentale des salariés (et des chômeurs) liés à ces situations de tension extrêmes et permanentes, ne soient déjà mis en évidence (Dejours, 1990). Mais ces recherches ne trouvent aucun écho significatif dans les entreprises. Le travail étant perçu comme un luxe pour le travailleur aussi bien que pour l'employeur, ses conditions ne peuvent être mises en cause. Aussi les salariés intègrent-ils l'hypercompétitivité, la performance et la disponibilité à outrance comme des exigences propres au travail, impliquant une mobilisation physique et mentale permanente. Ces exigences ont des effets internes d'autant plus forts que les employeurs les posent comme dépendant de nécessités externes, dont eux-mêmes ne seraient pas maîtres. Le déséquilibre

s'accroît entre l'entreprise qui demande de plus en plus et gratifie de moins en moins, alors que les menaces sur l'emploi se généralisent et s'amplifient (Aubert, de Gaulejac, 1991).

2

SANTÉ ET MALADIE : ÉVOLUTION DES MODÈLES EXPLICATIFS

Ce contexte met ainsi en évidence un phénomène connu depuis longtemps des psychologues, celui du stress. Certes le stress n'est pas inconnu des autres sciences sociales, mais il a souffert d'une image trop médiatisée, trop - et trop mal - vulgarisée, qui a pu les inciter à une certaine méfiance. Aujourd'hui, le stress ne prétend pas être considéré comme «le» concept-clé des déterminants de la santé, dans le domaine du travail comme dans d'autres sphères de l'activité humaine. Mais, en tant qu'il recouvre un ensemble de réactions psychologiques et physiologiques aux situations auxquelles les individus sont confrontés, il est potentiellement présent - et actif - dans toute activité sociale.

L'approche biomédicale du stress

De par son caractère mécaniste de type stimulus-réponse, la théorie développée par Hans Selye sous le nom de *Syndrome général d'adaptation* a rapidement trouvé ses limites explicatives. Mais elle a permis, en mettant en évidence les bases physiologiques de l'expérience du stress, de donner un support objectif aux relations entre stress et santé, lesquelles ont été confirmées par la suite grâce à l'amélioration des techniques d'observation biologiques.

Il n'existe pas de définition spécifique du stress dans le cadre du travail, bien que la plupart des travaux sur ses effets aient d'abord été réalisés dans ce contexte. Deux raisons simples expliquent ce dernier point : d'une part, le travail représente une source de contraintes cumulées

de tous ordres, susceptibles de déclencher des réponses de stress dans l'organisme ; d'autre part, le contexte du travail permet, d'un point de vue méthodologique, de mieux identifier et manipuler les agents stressants et les relations entre les facteurs de stress et leurs effets.

Les conceptions dynamiques du rapport homme-travail

L'apparition de conceptions dynamiques du rapport homme-travail renouvelle les perspectives théoriques et les orientations méthodologiques qui peuvent s'appliquer à la recherche en psychologie et en psychopathologie. Ainsi le modèle transactionnel du stress donne un cadre interprétatif précieux pour analyser les relations entre santé physique et travail. En ce qui concerne la santé mentale, cette approche du stress se «partage le terrain» avec les conceptions cliniques d'inspiration psychopathologique, qui proposent des interprétations différentes et complémentaires du malaise des individus dans leur travail.

Les approches psychopathologiques

Ces approches mettent l'accent sur les processus inconscients qui interviendraient dans le maintien ou la détérioration de la santé mentale au travail.

La théorie psychodynamique du travail (d'orientation psychanalytique) propose une vision originale du rapport entre travail et santé mentale, en mettant au centre de ce rapport la notion de *souffrance*. Conséquence de l'organisation du travail (contenu, division des tâches, système hiérarchique, autorité, responsabilité), la souffrance mentale au travail s'exprime au travers de stratégies de défense et de décompensations, qui se traduiraient concrètement par des troubles du comportement, du sommeil et de l'alimentation, et des dépressions, alors que les conditions de travail proprement dites exerceraient leur effet sur le corps des travailleurs, sous forme de fatigue, d'usure, et de pathologies physiques diverses (Dejours, 1995).

L'approche de la psychologie sociale clinique pose comme centraux les conflits susceptibles de se développer entre les organisations de travail et les individus. Ceux-ci, soumis aux exigences croissantes et contradictoires des organisations (polyvalence et hypercompé-

tence, disponibilité absolue et accroissement des charges, responsabilité et absence de décision), répondent par des comportements d'activisme et d'urgence, dont les effets sur la performance sont loin d'être positifs et dont les effets sur la santé sont potentiellement dangereux (consommation de psychotropes et de toniques). Ces réactions sont déterminées par la personnalité et l'histoire des individus, et renforcées par le contexte culturel occidental qui valorise la compétitivité, la performance, et l'énergie (Aubert, de Gaulejac, 1991).

Ces analyses cliniques des rapports homme-travail, en faisant ressortir chez les travailleurs l'importance de sentiments de *peur* et de *menace*, et surtout le recours à des comportements *réactionnels* et à des *stratégies d'adaptation* à long terme dont les effets peuvent être très néfastes pour leur santé, offrent donc des perspectives complémentaires intéressantes pour une analyse de la santé au travail en terme de stress. Elles ne permettent cependant pas de mettre à l'épreuve des modèles explicatifs, à partir de données recueillies de façon systématique.

Les théories transactionnalistes du stress

L'approche transactionnaliste du stress replace l'individu au centre d'un univers d'événements et d'interactions, et lui rend le caractère actif dont les théories biologiques l'avaient dépouillé. A priori, toute situation n'est que potentiellement stressante et seule la perception qu'en a l'individu détermine son caractère effectivement stressant, par l'évaluation qu'il fait du déséquilibre entre les exigences de la situation et ses propres capacités de réponse, et en fonction des conséquences qu'il perçoit. Ainsi le stress, qui n'est ni une propriété de l'individu ni une propriété de l'environnement, résulte de processus cognitivo-émotionnels qui prennent leur origine dans une *transaction* entre l'individu et la situation.

Le modèle transactionnel du stress, formalisé par R. Lazarus et S. Folkman (1984), a donné à la notion de stress physiologique une traduction dans la réalité sociale grâce à la notion de *stress perçus*³. Il accorde une

3. Le stress perçu se définit en psychologie sociale comme le sentiment qu'a un individu de ne pouvoir faire face à des situations qui le «menacent» dans son bien-être psychologique, physique, ou social. Le stress perçu est une composante du processus dynamique plus large de «stress-adaptation», qui se caractérise par des «transactions» successives entre l'environnement et l'individu au cours desquelles celui-ci utilise ses ressources adaptatives pour tenter de modifier la situation initiale (objectivement ou subjectivement perçue comme menaçante).

position centrale à l'individu total, à la fois biologique et social, et naturellement actif au travers des évaluations successives qu'il fait de la situation et de ses propres réponses :

- Dans l'évaluation primaire de la situation, l'individu se demande quel en est l'enjeu pour lui (la situation peut être perçue comme *non pertinente*, donc non stressante, lorsqu'elle ne menace pas son bien-être). Trois types d'évaluations stressantes sont possibles : la *perte* ou le *préjudice* (déjà subis) ; la *menace* (éventualité de perte ou de préjudice) ; le *défi* (opportunité de tourner la situation à son avantage).

- L'évaluation secondaire vise à répondre à la question «Que puis-je faire ?». Au cours de cette évaluation, l'individu évalue les *ressources adaptatives* dont il dispose. Il détermine ainsi la possibilité qu'il a de modifier la situation, en fonction d'une part des exigences de celle-ci, et d'autre part du niveau de *contrôle perçu* auto-évalué⁴.

- Selon son évaluation de la situation, l'individu met alors en œuvre des *stratégies d'adaptation* ou de *faire-face* (*coping*), qui désignent les efforts cognitifs et comportementaux pour maîtriser, diminuer ou supporter les exigences créées par la situation stressante.

Il existe différentes formes de *coping*, dont les deux principales sont : les *stratégies centrées sur la résolution du problème*, qui visent à modifier la situation elle-même ; les *stratégies centrées sur les émotions*, dont le but est de limiter ou d'éliminer les émotions suscitées par la situation, sans agir directement sur le problème. Plusieurs autres stratégies ont été distinguées : la *recherche de support social*, c'est-à-dire le soutien affectif, matériel, informationnel, etc., que l'individu peut obtenir dans son entourage immédiat ou dans son réseau social ; la *réévaluation de la situation*, qui porte sur la signification de celle-ci et cherche à la redéfinir pour la rendre tolérable ; et l'*évitement*.

L'apport du modèle transactionnel aux domaines de la santé et du travail peut se résumer en quatre points :

4. «Le *contrôle perçu* se réfère à la manière dont les individus apprécient le degré d'influence qu'ils peuvent avoir sur l'environnement. Selon les auteurs, cette perception de contrôle est considérée tantôt comme une caractéristique stable de la personnalité, tantôt comme un processus perceptivo-cognitif transitoire, élaboré face à une situation particulière» (Nuissier, in Bruchon-Schweitzer, Dantzer, 1994). La notion de *contrôle perçu auto-évalué* est utilisée pour renforcer l'idée selon laquelle c'est l'individu lui-même, par son *auto-évaluation*, qui détermine le degré de contrôle dont il pense disposer dans une situation donnée.

1. Ce n'est pas un modèle cognitiviste pur. Il a une *composante affective et émotionnelle*, qu'on ne peut fonctionnellement isoler de ses composantes cognitives, l'émotion étant indissociable de l'évaluation de la situation stressante et de l'élaboration de la réponse adaptative.

2. Depuis les premiers modèles biologiques, la notion de *chronicité* apparaît comme un élément important dans l'expérience de stress. Mais le modèle transactionnel a permis de distinguer le *stress ponctuel*, à court terme, lié à un événement précis, et le *stress chronique*, à moyen ou long terme. C'est ainsi qu'on a montré des relations significatives entre les stress de longue durée tels qu'on peut les rencontrer dans le contexte du travail, et l'apparition ou l'évolution de troubles chroniques sévères (House, 1987).

3. C'est par nature un *modèle dynamique* : à l'issue du processus de stress, qui débouche sur la mise en œuvre de stratégies d'adaptation, l'individu opère une réévaluation cognitive de la situation, destinée à vérifier l'efficacité des stratégies utilisées et éventuellement à les ajuster à la nouvelle situation suscitée par sa réponse. On se trouve donc dans un processus d'ajustement constant, d'autant plus complexe que les modèles de la psycho-neuro-immunologie, ou les modèles bio-psycho-sociaux, rendent de mieux en mieux compte de l'aspect biologique du fonctionnement psychologique de l'individu.

4. Enfin, ce modèle n'exclut pas le recours à d'autres conceptions centrées sur le fonctionnement psychique : il s'avère complémentaire des modèles psychopathologiques des relations homme-travail.

Les modèles bio-psycho-sociaux de la santé

Les modèles bio-psycho-sociaux intègrent les modèles explicatifs «classiques» de la santé, qui relèvent de disciplines différentes : la médecine, la psychologie clinique et la psychopathologie. Pour le modèle biomédical, la maladie est due à des agents pathogènes externes ou internes (les facteurs de stress ayant, dans les modèles biologiques du stress, ce même statut d'agent pathogène). Pour le modèle psychosomatique, les facteurs psychiques ont un rôle déterminant dans l'étiologie d'un grand nombre de maladies chroniques (signification symbolique des fonctions et zones corporelles atteintes, expression des conflits émotionnels par le symptôme, ou pauvreté imaginaire et difficulté à

verbaliser leurs émotions chez les patients psychosomatiques). Enfin, l'approche épidémiologique utilise des comparaisons systématiques et approfondies de groupes malades et sains, en recherchant tous les facteurs (environnementaux, biographiques, psychosociaux, etc.) susceptibles de les différencier significativement.

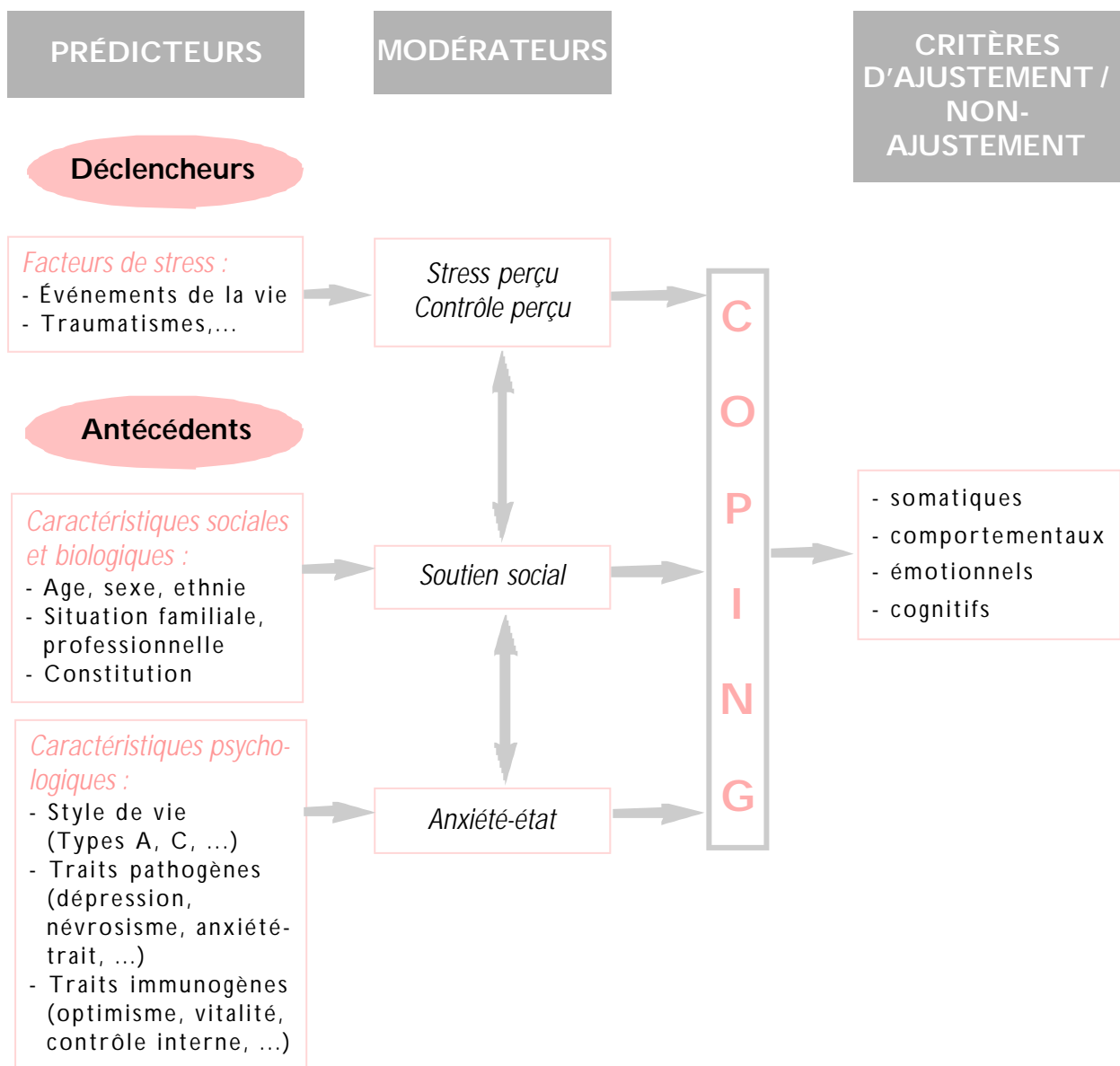
La psychologie de la santé s'appuie sur les problématiques pertinentes, empiriquement validées, que chacun

de ces modèles antérieurs peut proposer (Bruchon-Schweitzer, Dantzer, 1994). Mais les modèles bio-psycho-sociaux qu'elle utilise introduisent un ensemble de *modérateurs* directement liés à l'*activité* propre de l'individu, à savoir les stratégies de *faire-face* perceptivo-cognitives, affectives, comportementales et psychosociales, entre d'une part les *prédicteurs* (déclencheurs et antécédents), et d'autre part les *critères* de santé ou de maladie et les ajustements de l'individu (cf. figure 1).

Figure 1

Un modèle explicatif en psychologie de la santé

(d'après M. Bruchon-Schweitzer, in Bruchon-Schweitzer, Dantzer, 1994, p.21)



Intégrant les différents prédictors des états de santé (cf. figure 1), des modèles dits *bio-psycho-sociaux* (dont la mise à l'épreuve expérimentale est encore incomplète), ont été élaborés en vue de rendre compte de deux grands ensembles de pathologies : les cancers et les maladies coronariennes.

- C'est ainsi que, pour les pathologies cancéreuses, trois modèles proposent une explication des processus d'interaction entre facteurs psychiques et facteurs biologiques d'évolution des cancers. Parmi ceux-ci, le *modèle de contrôlabilité* de Fisher (1988) pose que les modifications hormonales provoquées par l'incapacité de contrôler une situation stressante entraîneraient une diminution de l'immuno-compétence, celle-ci favorisant à son tour l'apparition ou le développement de tumeurs⁵.

- Parce qu'elles sont depuis plusieurs décennies la première cause de mortalité pour un certain nombre de pays occidentaux, les maladies coronariennes ont très vite attiré l'attention des milieux médicaux. Après avoir mis en évidence le rôle du «comportement de Type A»⁶ (Friedman, Rosenman, 1974), on a montré depuis que seul le trait de personnalité «agressivité-hostilité» serait significativement associé au risque coronarien. Plusieurs modèles rendent compte de cette liaison, dont le *modèle intégratif* de Contrada, Leventhal, O'Leary (1990), qui accorde un rôle déterminant aux facteurs cognitifs : un rapport au monde fait d'auto-exigence et de désir de contrôle provoquerait une forte réactivité émotionnelle et physiologique, ces facteurs cognitifs étant en retour renforcés par les sensations somatiques.

5. Le *modèle du coping* de Temoshok (1990) cherche à prendre en compte, de façon dynamique, le stade d'évolution de la maladie : alors que certains facteurs de personnalité tels que la tendance à la dépression et le «Type C», caractéristique de l'individu sociable et accommodant privilégiant ses relations à autrui, joueraient un rôle déterminant au début de la maladie, des stratégies de faire-face comme l'évitement ou l'impuissance acquise interviendraient dans son évolution ultérieure. Quant au *modèle des émotions* de Contrada, Leventhal, O'Leary (1990), il distingue, dans les relations entre facteurs psychologiques et progression ou récurrence d'un cancer, des voies biopsychologiques différentes selon que l'individu réagit à la situation par la dépression, par l'évitement, ou par une combinaison de ces deux réactions.

6. Le «comportement de Type A» désigne un ensemble de comportements (vigueur, impatience, rapidité) et d'attitudes (ambition, compétition, hostilité) exposant deux fois plus que les autres les personnes dites «de Type A» au risque de développer des maladies coronariennes (ceci indépendamment d'autres facteurs de risque tels que pression artérielle élevée, tabagisme, et obésité). Les «Type A» présentent en général une réactivité physiologique au stress exagérée. Nous avons obtenu des résultats similaires dans une recherche expérimentale (Lévy-Leboyer, Moser, Girault, 1986) étudiant la performance de sujets de «Type A» et de «Type B» (groupe contraste) dans une tâche de détection auditive de signaux présentés avec ou sans bruit de fond. Les sujets de «Type A» étaient sélectionnés au moyen du *Jenkins Activity Survey* dont nous avons, au préalable, effectué la validation française (Lévy-Leboyer, Girault, Lidvan, 1986).

Si les modèles bio-psycho-sociaux ont pu être validés en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires, c'est encore loin d'être le cas pour le cancer, pour des raisons méthodologiques de mesure des critères et de validation expérimentale des processus explicatifs. Néanmoins, les résultats obtenus ouvrent des voies de recherche concrètes. Ainsi, plusieurs recherches ont mis en évidence des concentrations circulantes de cortisol⁷ plus élevées chez des individus ayant une activité professionnelle à bas niveau de contrôle (surveillance), que chez ceux ayant une activité professionnelle à niveau de contrôle plus élevé. Or un taux de cortisol circulant élevé peut provoquer à terme une diminution notable de l'immuno-compétence. De tels résultats nécessiteraient, notamment en France, une extension des recherches dans ce domaine.

3

LE DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE SANTÉ-TRAVAIL : UN BILAN

Recherches socio-épidémiologiques

En France, les sciences sociales n'ont véritablement commencé à modifier leur approche des relations entre travail et santé (rompant avec une perspective centrée sur la mortalité et la morbidité liée aux classes sociales), qu'à partir du moment où la «crise économique» atteignait une ampleur et une durée telles que ses effets se faisaient ressentir au quotidien, directement ou indirectement, dans une proportion importante de la population française et européenne. Les travaux de sociologues, d'économistes (Bungener, 1988) et d'épidémiologistes notent, dans des cas variés de rupture professionnelle, la fréquence de l'apparition ou de l'aggravation de diverses pathologies physiques et

7. Une des hormones stéroïdes, dites «hormones de la dépense», intervenant dans le métabolisme des glucides et des lipides. Ces hormones sont sécrétées sous l'effet d'un effort intense ou dans des situations perçues comme menaçantes. Le dosage du taux de cortisol dans le sang ou dans les urines est couramment utilisé comme indicateur du niveau de stress physiologique.

mentales, et un sentiment d'incompétence et d'impuissance généralisé à affronter les difficultés du quotidien. Frigul (1993) a mis en évidence, chez des femmes ayant exercé des emplois de service, une symptomatologie physique et mentale (dépressions, somatisations, douleurs diverses, épuisement physique et moral) et un taux d'accidents du travail accru, concordant avec les résultats des recherches sur les effets du stress et sur les ajustements face aux événements de vie. Globalement, une convergence des intérêts disciplinaires s'observe dans les modèles sous-tendant les phénomènes observés, mais aussi dans les méthodes employées par les sciences sociales, qui tendent à se rapprocher de celles de la psychologie sociale, et dans les concepts explicatifs qui se «psychologisent», les phénomènes en cause apparaissant désormais comme à la fois individuels et sociaux, généraux et spécifiques, catégorisables et singuliers.

Selon l'approche épidémiologique de cet ensemble de troubles, il est désormais admis qu'un grand nombre de déterminants non médicaux, indépendamment des revenus, influencent l'état de santé des individus⁸. Ainsi, parmi les études épidémiologiques récentes, l'enquête «Age, travail, santé» (Derriennic, Touranchet, Volkoff, 1996), plus particulièrement orientée vers les relations travail-santé, fournit des résultats proches de ceux obtenus par d'autres études européennes sur la perception des contraintes du travail, la perception de l'état de santé, la consommation de médicaments psycho-actifs et la souffrance psychique.

Quant à l'épidémiologie psychiatrique, elle doit répondre au problème de l'irruption de nouveaux facteurs de risque psychosociaux pour l'équilibre mental des individus, en particulier l'insécurité objective et subjective. Ce sentiment d'insécurité et de précarité, qui touche des secteurs, des emplois et des niveaux hiérarchiques divers, se manifeste selon des modes conduisant à

8. C'est ce qu'avait déjà montré l'étude prospective sur neuf ans de Berkman, Syme (1979), portant sur 7000 hommes et femmes d'un comté de Californie, âgés de 30 à 69 ans. Cette étude a mis en évidence, au moyen d'un score combiné regroupant quatre indicateurs de soutien social, une relation globalement négative entre soutien social et mortalité, avec une influence plus forte des liens sociaux sur le groupe de sujets les plus âgés (60-69 ans). Toutefois, on ne sait encore que peu de choses sur les mécanismes susceptibles d'expliquer cette relation. Pour rendre compte des processus complexes reliant facteurs psychosociaux et santé, il semble que les épidémiologistes manquent de schémas explicatifs valides, et doivent se tourner vers les modèles bio-psycho-sociaux. C'est d'ailleurs ce que font ressortir les conclusions du rapport du groupe de travail qui, au sein du Haut comité de la santé publique, s'est intéressé aux déterminants de la santé et de la maladie (cf. chapitre 7 in *La santé en France. Annexe : travaux des groupes thématiques*, 1994).

«mettre en doute l'authenticité du tableau clinique et l'imputabilité directe et indirecte au travail» (Vignat, 1996). Face à ces doutes, le recours à des modèles explicatifs multi-factoriels, empiriquement validés, constitue probablement la meilleure réponse.

Recherches en psychologie de la santé

Les problématiques développées en psychologie de la santé se caractérisent par : 1) un intérêt particulier porté aux déterminants psychosociaux de la santé, qu'ils soient ou non spécifiques du travail ; 2) la prise en compte des mécanismes biologiques de réponse aux exigences environnementales en tant que variables intermédiaires dans la relation travail-santé ; 3) des modèles multi-factoriels ; 4) une conception interactionniste des relations homme-environnement, qui pose l'individu comme actif et l'inscrit dans une multiplicité de réseaux et de systèmes interactionnels, ce qui conduit à formuler les modèles explicatifs en termes de processus et à inscrire les phénomènes observés dans le cadre de transactions continues à visée adaptative. En conséquence, les recherches devraient associer à un objectif de validation des modèles théoriques, un large usage du terrain ou de la recherche-action, dans une perspective pluri-disciplinaire et multi-méthodes.

Trois ensembles de recherche sur les relations travail-santé se dégagent plus particulièrement : le premier traite des *caractéristiques psychosociales du travail* en termes de *contraintes externes liées à l'emploi*, et leur associe généralement des mesures biologiques effectuées à l'occasion des recherches, ou des données biologiques existantes (dossiers de médecine du travail), en vue de la prédiction de pathologies physiques ou mentales ultérieures ; le deuxième porte sur le travail comme *facteur socialisateur* (dans le cadre professionnel et privé) et comme déterminant du *bien-être psychosocial*, médiatisant les relations stress-santé ; le troisième étudie l'*épuisement professionnel* lié à la pratique de professions centrées sur la relation, dites «professions d'aide».

Recherches psychophysiologiques sur les conditions de travail

Un grand nombre de recherches présentent des résultats convergents quant aux relations entre certaines caracté-

ristiques du travail (contraintes physiques et posturales, maintien de la vigilance, cadences, répétitivité, pression temporelle) et l'augmentation significative de la sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline (une sécrétion exagérée de ces hormones provoquant à terme une usure prématurée du système cardio-vasculaire), avec des effets sur la récupération physique et les contacts sociaux et familiaux après le travail.

On a ainsi pu montrer que les emplois associant un fort niveau d'exigences et un faible niveau de contrôle sont significativement associés à des symptômes d'épuisement et de dépression et à un risque accru de maladies coronariennes (Karasek, 1981), et qu'un soutien social au travail, perçu comme inadéquat, augmenterait le risque d'atteintes cardio-vasculaires. Ces résultats seraient généralisables à la plupart des emplois routiniers de l'industrie hautement mécanisée ou à forte automatisation, ainsi qu'à la grande majorité des emplois de saisie informatique (Johansson, Gardell, 1988). Ils viennent corroborer ceux des études d'épidémiologie psychiatrique, selon lesquelles ce type d'emplois est statistiquement associé à une fréquence accrue de pathologies mentales telles que l'anxiété et la dépression.

Plus généralement, le rôle majeur du *contrôle perçu* dans le processus de stress et les stratégies d'adaptation a été amplement confirmé (Stephoe, Appels, 1989), impliquant désormais d'évaluer les effets du faire-face et des stratégies d'adaptation sur les réponses biologiques susceptibles d'affecter la santé. Par exemple, des recherches récentes suggèrent que, dans des conditions stressantes, le faire-face par *évitement* (qui consiste à faire varier l'attention en la détournant de la source du stress) peut réduire le risque de contracter une maladie infectieuse, alors qu'il conduirait à la prolongation des symptômes en cas d'infection déjà commencée.

Recherches sur le travail comme facteur socialisateur et déterminant du bien-être psychosocial

Le travail, de par son rôle socialisateur, joue un rôle déterminant dans la constitution et l'évolution de la personnalité sociale de l'adolescent et de l'adulte. Les sociologues M. Kohn et C. Schooler ont montré, dans une étude longitudinale sur dix ans portant sur un

échantillon représentatif de la population masculine des États-Unis, une relation positive entre la complexité du travail (impliquant l'élaboration de raisonnements et de jugements indépendants) et le degré d'investissement intellectuel à l'occasion des loisirs (Kohn, Schooler, 1983). Plus généralement, Kohn montre que la classe sociale d'appartenance joue un rôle déterminant dans les attentes des individus relatives aux conséquences de leurs décisions et de leurs actions. Ainsi, occuper une position supérieure dans l'échelle sociale déterminerait chez un individu l'attente que ses actions peuvent «faire la différence», alors que les attentes d'un individu occupant une position inférieure sont plus souvent celles d'une soumission à des personnes et à des forces incontrôlables, voire même incompréhensibles.

De tels résultats reposent, une fois de plus, la question de l'état de santé des actifs, et aussi de ceux qui sont exclus du monde du travail. Plusieurs recherches, principalement anglaises (Warr, 1982), mettent en évidence un ensemble de troubles psychologiques liés au chômage (anxiété, moral bas, sentiment de pression psychologique permanente, manque de confiance en soi, faible sentiment d'autonomie personnelle, difficulté à faire face aux problèmes quotidiens, insatisfaction de soi et de son environnement social et physique), cet état de «mal-être» s'avérant très proche des états dus à des pathologies mentales graves. Plus récemment, nous avons montré, dans une étude portant sur la reconversion de chômeurs de longue durée (Lidvan, Girault-Lidvan, 1995), une accumulation de troubles psychologiques et physiologiques (perte de l'estime de soi, anxiété, auto-culpabilisation, agressivité à l'égard d'autrui, symptômes psychosomatiques diffus), dont le plus durable et le plus néfaste à long terme est probablement le sentiment d'*impuissance acquise* (*learned helplessness*) qui s'exprime d'abord par l'acceptation passive du chômage et de sa prolongation comme une fatalité inéluctable, sur laquelle l'individu pense n'avoir aucun contrôle⁹.

9. Ces sentiments de passivité et de résignation étaient caractéristiques des individus qui avaient défini leurs projets de reconversion d'après des facteurs externes, c'est-à-dire pour des raisons liées à une nécessité matérielle ou économique, ou par «opportunité», ces choix de reconversion apparaissant alors eux-mêmes comme des constats d'impuissance. L'impuissance acquise (Seligman, 1975), qui s'accompagne généralement de dépression, se généralise progressivement à l'ensemble des situations dont la résolution nécessite un effort de la part de l'individu, y compris lorsque le chômage prend fin. Les conséquences de l'impuissance acquise sont donc doublement graves, d'une part parce qu'elles se généralisent à d'autres situations que la situation-source, et d'autre part parce qu'elles se prolongent après la cessation de cette situation.

Les contextes de restructuration d'entreprise, avec leurs implications en termes de chômage possible, mais aussi plus simplement de changement d'emploi, d'horaires, de conditions ou de cadre de travail, sont également propices à la déclaration de troubles psychologiques et physiques parfois sérieux. Une étude sur les relations entre stress perçu et ajustement au stress dans un contexte de mobilité du travail (Rasclé, 1997) montre que la façon d'appréhender les conséquences de la mobilité et l'évaluation de ses propres ressources (notamment le contrôle perçu) détermineraient la qualité de l'adaptation professionnelle résultante (en termes de niveau d'anxiété, satisfaction au travail, absentéisme).

Recherches sur l'épuisement professionnel

On a amplement montré l'importance des facteurs structurels et organisationnels dans la genèse (et le traitement) des troubles psychologiques et relationnels qui constituent l'épuisement professionnel ou *burnout* (Girault, 1989 ; Pezet, 1997). Ainsi, le manque de formation des soignants, et plus généralement le manque de préparation psychologique des «professionnels de l'aide» aux aspects éprouvants de leur profession, à savoir la charge émotionnelle chronique impliquée par la prise en charge de personnes en difficulté (physique, mentale, ou sociale) entraîne le recours à des stratégies d'adaptation inefficaces (Girault, 1989, 1992), telles que le «retrait psychologique». De plus, les contraintes organisationnelles ont un effet négatif sur les processus adaptatifs, en les rendant difficiles à mettre en œuvre ou inopérants. Il en est ainsi de la charge de travail, de l'absence de contrôle sur la définition et sur l'organisation des tâches, des conflits de statut (infirmières/médecins), du rôle professionnel. En découlent des tensions relationnelles sérieuses et durables, et une mise en cause par les professionnels concernés de leurs propres compétences individuelles, ce qui renforce le désinvestissement et la prise de distance à l'égard du travail. Au plan individuel, l'épuisement professionnel peut être considéré en grande partie comme responsable des pathologies anxieuses et de type dépressif fréquentes chez les infirmières (Rodary, Gauvain-Piquard, 1993), ainsi que chez les enseignants. Au plan organisationnel, la baisse de motivation associée à l'épuisement professionnel peut se manifester par des négligences plus ou moins graves, et plus fréquemment par un

absentéisme et un turn-over qui viennent aggraver la pénurie de personnel déjà chronique dans certains secteurs de la santé et de l'enseignement, et activer le processus d'épuisement.

4

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La nécessité de répondre rapidement aux problèmes individuels et collectifs posés par la précarisation d'une partie importante de la population, ainsi qu'à ceux posés par les pressions psychologiques et physiques liées aux nouvelles organisations du travail et aux restructurations du système productif, permet aujourd'hui, à partir de ses développements récents, de reconsidérer la place de la psychologie sociale dans le champ de la recherche sur les liens santé-travail.

Il ne s'agit pas pour autant de donner aux modèles biologiques une position dominante. Prétendre le faire serait négliger le fait que ces modèles sont par nature multi-factoriels. En ce sens, il importe de continuer à développer les recherches utilisant des niveaux d'analyse plus «classiques» en psychologie sociale : on sait encore trop peu de choses concernant les déterminants de l'adaptation individuelle et collective, leurs modes d'action, et leurs conséquences, non seulement sur la santé, mais aussi sur les interactions sociales, en tant qu'ils en constituent des régulateurs puissants.

Quoiqu'il en soit, on peut poser la question du rôle qui serait imparti à une psychologie sociale de la santé, et plus généralement à la psychologie sociale, à un niveau socio-politique. Pour ces disciplines, comme pour l'ensemble des sciences humaines et sociales, l'enjeu est toujours en dernière instance celui de l'équilibre et de la complémentarité entre la poursuite d'un objectif d'adaptation sociale des individus et des groupes sociaux, et un objectif d'adaptation des systèmes sociaux aux besoins de ses membres.

RÉFÉRENCES

- Aubert N., de Gaulejac V., 1991, *Le coût de l'excellence*, Paris, Seuil.
- Berkman L. F., Syme S. L., 1979, «Social networks, host resistance and mortality : a nine year followup study of Alameda county residents», *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Bruchon-Schweitzer M., Dantzer R. (eds.), 1994, *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris, PUF.
- Bungener M., 1988, *Ruptures professionnelles et santé*, MIRE, rapport ronéoté.
- Contrada R. J., Leventhal H., O'Leary A., 1990, «Personality and health» in L. A. PERVIN (Ed.), *Handbook of personality : theory and research*. New York, Guilford Press, 638-669.
- Dejours C., 1990, «Nouveau regard sur la souffrance humaine dans les organisations» in J-F. Chanlat (ed.). *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées*, Laval, Presses Universitaires de Laval.
- Dejours C., 1995, «Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ?», *Le travail humain*, 58 (1), 1-16.
- Derriennic F., Touranchet A., Volkoff S., 1996, *Age, travail, santé*, Paris, Les éditions Inserm.
- Fisher S., 1988, «Life stress, control strategies and the risk of disease : a psychobiological model» in S. FISHER, REASON (eds.), *Handbook of life stress, cognition and health*, New York, Wiley, 581-602.
- Friedman M., Rosenman R. H., 1974, *Type A behavior and your heart*, New York, Knopf.
- Frigul N., 1993, «Atteintes à la santé et exclusions professionnelles», *Travail et Emploi*, 156, 34-44.
- Girault N., 1989, *Burnout : Émergence et stratégies d'adaptation. Le cas de la médecine d'urgence*, Thèse de doctorat, Université René Descartes-Paris V.
- Girault N., 1992, «Burnout and coping : New perspectives» in J. A. M. Winnubst, S. Maes (eds.). *Lifestyles, stress, and health*, Leiden, D.S.W.O. Press, 259-274.
- Haut Comité de la Santé Publique, 1994, *La santé en France. Annexe : travaux des groupes thématiques*, Paris, la Documentation française.
- House J. S., 1987, «Chronic stress and chronic disease in life and work : conceptual and methodological issues», *Work and Stress*, 1 (2), 129-134.
- Johansson G., Gardell B., 1988, «Work-health relations as mediated through stress reactions and job socialization» in S. Maes, C. D. Spielberger, P. B. Defares, G. Saranson (eds.), *Topics in Health Psychology*, New York, Wiley, 271-285.
- Karasek R. A., 1981, «Job socialisation and job strain : The implications of two related psychosocial mechanisms for job design» in B. Gardell, G. Johansson (eds.), *Working life. A social Science contribution to work reform*, New York, Wiley, 75-94.
- Kohn M. L., Schooler C. (eds.), 1983, *Work and Personality*, Norwood (NJ), Ablex Publishing.
- Lazarus R. S., Folkman S., 1984, *Stress, appraisal, and coping*, New York, Springer.
- Lévy-Leboyer C., Girault N., Lidvan P., 1986, *Manuel et Questionnaire d'Activité de Jenkins (Forme C)*, Paris, Éditions du CPA.
- Lévy-Leboyer C., Moser G., Girault N., 1986, «Type A, anger and performance in a stressful noise situation» in C. D. Spielberger (ed.), *Stress and Anxiety*, Vol. 12, Washington, Hemisphere.
- Lidvan P., Girault-Lidvan N., 1995, *Le vécu des reconversions : représentations du travail et image de soi*, MEN-DRED, rapport ronéoté.
- Pezet V., 1997, *Le stress au travail : des déclarations à l'observation des comportements*, Thèse de Doctorat, Université Paris X-Nanterre.
- Rasclé N., 1997, «Mediating role of appraised stress and coping strategies on employee adjustment to stress in a context of job mobility», communication à la 11th Conference of the European Health Psychology Society : *Personality, Coping and Health*, Bordeaux, 3-5 septembre.
- Rodary C., Gauvain-Piquard A., 1993, «Stress et épuisement professionnel», *Objectif Soins*, 16, 26-34.
- Seligman M. E. P., 1975, *Helplessness : on depression, development, and death*, San Francisco, W. H. Freeman.
- Stephoe A., Appels A. D., 1989, *Stress, personal control and health*, New York, Wiley.
- Temoshok L., 1990, «On attempting to articulate the biopsychosocial model : Psychological-psychophysiological homeostasis» in H. S. Friedman (ed.), *Personality and disease*, New York, Wiley, 203-225.
- Thébaud-Mony A., 1994, «Précarisation, organisation du travail et santé», contribution au rapport introductif des XXIII^e Journées nationales de médecine du travail, Besançon, juin.
- Vignat J.-P., 1996, «Epidémiologie psychiatrique et travail», *Psychiatrie Française*, 96 (2), 43-47.
- Warr P. B., 1982, «Psychological aspects of employment and unemployment», *Psychological Medicine*, 12, 7-11.