

L'EXPÉRIENCE ET LES RÉSULTATS ISSUS DE LA MESURE DU STRESS DANS SIX GRANDES ENTREPRISES FRANÇAISES

MATHIEU POIROT¹

RÉSUMÉ

L'objectif de cette communication est de développer une mesure du stress en entreprise et de discuter les premiers résultats. Plus de 12 000 participants de six grandes entreprises ont passé un test de stress perçu et d'anxiété-dépression. L'âge, le sexe et le statut hiérarchique étaient également mesurés. Une dernière question demandait aux participants d'attribuer une cause à leur stress. Les données sont croisées puis étudiées par analyse de variance. Les résultats montrent que les pourcentages d'anxieux et de dépressifs se situent en dessous des résultats obtenus dans la population générale. Pour autant ces différents pourcentages augmentent avec l'âge, ce qui est contraire aux études épidémiologiques. Les analyses par facteur montrent que l'âge et le sexe différencient fortement la santé mentale, le statut différenciant uniquement le niveau de dépression. D'autre part, les femmes semblent attribuer leur stress perçu à l'accumulation de la vie privée et professionnelle, tandis que les hommes attribuent leur stress perçu à la vie professionnelle. L'ensemble des résultats est discuté d'un point de vue tant théorique que professionnel.

INTRODUCTION

L'étude du stress professionnel a fait l'objet depuis les années 1980, d'un nombre toujours plus important de publications (Beerh, 1995). Au delà de la recherche académique, les nombreuses publications professionnelles sur le stress professionnel indiquent l'intérêt grandissant d'un large public (collaborateurs, managers, dirigeants) pour ce sujet.

¹ Mathieu Poirot, Université Paris 2, LARGEPA. Courriel : mpoirot@ifas.net

Cette préoccupation du monde du travail semble justifiée par le coût économique et social que le stress entraîne. À titre d'exemple, en Angleterre, le coût du stress professionnel est évalué par le Bureau International du Travail à 10% de la masse salariale globale, et aux États-Unis, il représenterait 200 milliards de dollars. En Europe, les statistiques sont peu nombreuses, et les sources éparses. Nous savons toutefois que 28% des travailleurs européens attribuent leurs problèmes de santé au stress, 41 millions de travailleurs en Europe sont touchés par le stress et environ 600 millions de journées de travail sont perdues chaque année au sein de l'Union européenne du fait du stress. Le stress lié au travail occupe, après les douleurs dorsales, la deuxième place parmi les problèmes les plus communs de la santé au travail, dans l'Union européenne. Concernant l'organisation, il est observé une corrélation négative entre stress négatif, motivation et performance (Jamal, 1984), engagement organisationnel et satisfaction au travail, ainsi qu'une corrélation positive avec l'absentéisme et le *turnover* (Fisher, 1985).

Les risques juridiques peuvent, par ailleurs, s'additionner aux coûts économiques. En effet, dans le cadre de la loi dite de modernisation sociale, l'entreprise a comme nouvelle responsabilité de prendre des mesures nécessaires pour protéger la santé mentale (article L230-2 du code du travail). En Europe, des pays ont légiféré (par exemple, des condamnations contre l'employeur ont été prononcées en Grande-Bretagne), et en France le harcèlement moral ouvre la voie à une prise en compte de plus en plus importante de l'impact de la vie professionnelle sur la santé mentale. Récemment, la cours de cassation (Cassation civile, 1^{er} juillet 2003, n°02-30.576-FS-P) a ainsi considéré une dépression nerveuse comme une « lésion corporelle » consécutive à une rétrogradation lors d'un entretien d'évaluation. L'ensemble de ces éléments invite les professionnels de la GRH à réfléchir sur le type d'action qu'ils peuvent mener pour prévenir les problèmes de santé mentale en entreprise.

La première étape d'une gestion efficace du stress professionnel passe par la mise en place d'une mesure adéquate. Actuellement, les mesures du stress professionnel sont constituées pour l'essentiel, de sondages, où les participants fournissent leur avis et non leur état de stress. Ce type de sondage apporte une aide limitée pour les professionnels de la GRH.

De par le manque de rigueur de ce type de mesure, les résultats obtenus ne peuvent constituer une aide à la décision pour les praticiens de la GRH (quelle est l'utilité pour un DRH d'un sondage proposant comme résultat « 98% des répondants se trouvent stressés »).

L'analyse des résultats issus d'une base de données de plus de 12 000 personnes (six entreprises) nous a permis de développer un modèle de mesure. La DRH étant généralement associée ou directement responsable des observatoires du stress, nous discuterons des modalités pratiques de la mise en place d'une mesure du stress en entreprise. Dans une première partie, nous justifierons le choix théorique sous-tendant l'outil de mesure du stress, avant d'aborder la méthodologie et les résultats issus des observatoires du stress. Nous terminerons cette présentation par une discussion sur les limites actuelles de notre démarche et les futures pistes de recherche que ce type de mesure permet.

1. QU'EST CE QUE LE STRESS PROFESSIONNEL ?

La connaissance scientifique sur ce sujet n'a cessé de croître depuis son apparition. La définition du stress n'a pas suivi une évolution linéaire. Au contraire, plusieurs paradigmes se sont développés en parallèle. Le stress peut ainsi être abordé comme un phénomène biologique à causalité linéaire (1.1), mais aussi comme un phénomène cognitif à causalité circulaire (1.2).

1.1 l'approche biologique

Même si la notion de stress est ancienne, elle ne fut définie de manière claire qu'au cours du siècle dernier par Hans Selye. Ce chercheur, lors d'une série d'expérimentations sur une hormone sexuelle, constate que toute agression physique envers les rats provoque une réaction non spécifique à l'agent agresseur. Cette réaction est comprise comme une défense de l'organisme à un agent agresseur : c'est un syndrome général d'adaptation. Cette réaction d'alarme représente une mobilisation somatique, permettant de mobiliser les forces défensives de l'organisme. C'est dans un texte de 1946 que Selye utilise pour la première fois le mot stress pour désigner les effets du SGA. Il donne la définition suivante (Selye, 1956, p.289) : «Le mot stress désigne donc la somme de tous les effets non spécifiques de facteurs (activités normales, facteurs de maladies, remèdes,...) pouvant agir sur l'organisme, ces agents sont nommés stresseurs lorsqu'on fait allusion à leur capacité de produire le stress. » Selye poursuit : « Si nous voulons utiliser ce concept d'une manière strictement scientifique, il est particulièrement important de garder à l'esprit que le stress est une abstraction : il n'a pas d'existence indépendante. Mais il en est ainsi - nous l'avons vu - de tous les concepts scientifiques (la vie, le poids, par exemple). »

Selye est resté cantonné à une conception physiologiste du stress. Cet auteur a toujours voulu asseoir la réponse de stress sur une base biochimique et hormonale. Cette approche, encore prédominante, considère le stress comme une

maladie, c'est-à-dire un dysfonctionnement organique dû à l'effet d'un ou plusieurs facteurs pathogènes (bruit, infections, substances toxiques). Ce courant s'intéresse au stress dans la perspective de découvrir un mécanisme de type cause à effet n'intégrant pas les différences interindividuelles. C'est pourquoi, certains auteurs (entre autres Levi, 1971) proposent de nommer le « stress selon Seyle » pour le différencier d'autres utilisations du mot et plus particulièrement du stress « cognitif ».

1.2 Les approches cognitives

Si les facteurs objectifs de stress évoqués ci-dessus ont bien un effet potentiellement pathogène sur la santé physique et émotionnelle des individus, leur impact reste assez faible (ils prédisent en moyenne de 3% à 6% des indicateurs de stress, Caplan *et al.*, 1980). En effet, les facteurs de stress sont perçus et interprétés comme n'importe quel autre stimulus. Parallèlement à cette conception du stress, s'est donc développée une conception interactionniste et cognitive du stress. Le modèle transactionnel du stress (Lazarus, 1975; Lazarus et Folkman, 1984a) s'impose comme le plus intégratif des modèles cognitifs du stress (Edwards, 1992). Ce modèle aborde l'intensité du stress comme le produit entre la réalité objective et la perception qu'en a l'individu. Cette perception est déterminée par l'écart entre une évaluation primaire et une évaluation secondaire (Lazarus et Folkman, 1984; Sarafino, 1994). « L'évaluation primaire » permet à l'individu, à travers un stress perçu, d'identifier une situation stressante et d'en évaluer les caractéristiques (gravité, risque, ambiguïté, etc.). Après avoir effectué cette première évaluation, l'individu va effectuer une « évaluation secondaire » lui permettant de déterminer ses ressources pour faire face à la situation (contrôle perçu, soutien social perçu).

Le résultat de cette double évaluation déclenche un ensemble de *coping* : confrontation à l'émotion et tentative de résolution de problème stressant, ou gestion de l'émotion. Lazarus et Folkman définissent le *coping* comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeant (déployés) pour gérer des exigences internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources » (1984, p.141). Tant que la transaction entre l'individu et l'environnement reste perçue comme stressante, l'individu va activer des stratégies de *coping* afin d'arriver à retrouver une transaction n'excédant pas ses ressources.

Les stratégies de *coping* centrées prioritairement sur la résolution du problème sont plus efficaces à long terme pour la santé de l'individu que les stratégies de *coping* centrées prioritairement sur la gestion des émotions (Mikuliner et Solomon,

1989). Le *coping* centré sur l'émotion est corrélé positivement avec l'anxiété et la dépression (Bolger, 1990; Felton et Revenson, 1984; Terry, 1994). La littérature montre qu'un *coping* centré prioritairement sur l'émotion peut être efficace à court terme si la situation est incontrôlable, mais qu'inversement, le *coping* centré prioritairement sur la résolution de problème est efficace lorsque la situation est contrôlable (Aldwin, 1991; Carver *et al.*, 1989; Conway et Terry, 1994; Forsythe et Compas, 1987; Vitaliano *et al.*, 1990).

Le stress s'exprime donc au sein d'un système d'équilibre entre l'individu et son environnement.

Plusieurs variables intermédiaires constituent une ressource supplémentaire permettant de réguler le déséquilibre de ce système. Ces variables intermédiaires peuvent aussi alimenter un déséquilibre existant ou constituer la source d'un nouveau déséquilibre du système individu-environnement. Ces variables intermédiaires sont de nature interne (hérédité biologique, traits de personnalité, expérience, etc.). Il s'agit également de variables de nature externe (environnementales ou situationnelles) concernant le plus souvent la qualité et la quantité de soutien social dont dispose la personne (Levi, 1993; Karasek, 1992). Ces variables intermédiaires vont déterminer, en partie, la capacité des individus à faire face, c'est-à-dire leur capacité à rebondir lors d'un déséquilibre environnement-personne.

À l'origine du déséquilibre environnement-personne, les facteurs environnementaux, sources de stress, sont de nature personnelle (tracas quotidiens, divorce, décès, début de relation amoureuse, hospitalisation, etc.), de nature sociétale (crise économique, tremblement de terre, changements économiques et culturels) et de nature professionnelle. Selon Cooper (1985), les facteurs de stress professionnel sont répartis en six catégories: le contenu du travail, le rôle dans l'organisation, le développement de la carrière, la structure et le climat organisationnel, l'interface foyer/travail et enfin les relations professionnelles.

1.3 Quelles sont les conséquences organisationnelles et individuelles d'un stress perçu élevé ?

Le stress perçu élevé est généralement dysfonctionnel sur le bien-être et sur la qualité de vie, mais aussi pour les attitudes et comportements organisationnels.

Conséquences en terme de santé : diverses maladies somatiques seraient associées à un stress perçu élevé et à un faible contrôle perçu (ex. maladies cardiovasculaires, asthme, eczéma, etc.), il en est de même pour les pathologies mentales

(dépression, troubles anxieux, etc.). Une étude longitudinale portant sur huit ans de Johnson *et al.*, (1989a) citée par Bruchon-Schweitzer (2002) montre les effets isolés et combinés de trois évaluations (contraintes perçues du travail, contrôle perçu, soutien organisationnel perçu) sur diverses conséquences physiques et mentales. Le risque de problèmes cardiaques est ainsi supérieur pour les individus combinant de manière négative les trois évaluations par rapport aux individus combinant ces trois évaluations de manière positive.

Conséquences sous forme d'attitudes et de comportements organisationnels : concernant le milieu professionnel, Sifakis, Rasclé, Bruchon-Schweitzer (1999) ont montré à partir d'une étude de validation de la *Job Stress Survey* (Spielberg, 1994a) qu'un stress perçu élevé est lié à de l'insatisfaction au travail et à une baisse de la performance professionnelle perçue. L'apparition de comportements dysfonctionnels chez l'individu stressé va impliquer des conséquences importantes pour l'entreprise sur des facteurs tels que la prise de décision (diminution des ressources cognitives, Keiman, 1987) et par là même sur l'efficacité adaptative de l'entreprise.

Les personnes vont aussi avoir tendance à répercuter leur stress sur leurs collaborateurs et leurs collègues en introduisant de l'agressivité et de l'insécurité (Porter, 2001). Un salarié stressé peut même saboter délibérément son travail (Holt, 1982). Le rendement d'un collaborateur augmente en fonction d'une certaine tension et ceci jusqu'à un certain point après lequel la performance diminue. Pour l'entreprise, cette baisse de performance se constate par l'apparition d'absentéisme, de retards, d'accidents et de problèmes de communication (Gibson *et al.*, 1985).

2. LES OBSERVATOIRES DU STRESS

Afin de permettre aux directions d'entreprises et aux multiples acteurs de la prévention en entreprise de pouvoir mesurer l'état de la santé mentale de leurs salariés, un nombre croissant d'observatoires du stress sont mis en place. Partant des résultats issus de l'expérience d'un cabinet de conseil proposant ce service, nous aborderons le contexte de la mise en place des observatoires (2.1) ainsi que les mesures retenues pour ces observatoires (2.2).

2.1 Le contexte de la mise en place des observatoires du stress²

Plusieurs acteurs de l'entreprise peuvent souhaiter mettre en place un observatoire du stress dans l'entreprise : la DRH, la direction générale, la médecine du travail, le représentant du CHSCT... Les enjeux sont naturellement différents suivant les acteurs, aussi paraît-il très important que le consultant extérieur en charge de cette mise en place soit capable de questionner les enjeux implicites du client. Cette remarque nous amène à penser que le ou les consultants en charge d'un observatoire du stress doivent connaître les enjeux et les pratiques des différents acteurs. Ils doivent pouvoir être « pensés » dans l'entreprise, c'est-à-dire que la place qui leur est réservée doit entrer en résonance avec les enjeux des « autochtones » (Plane, 1996). Le profil idéal du consultant est donc bien souvent celui d'un psychiatre connaissant et intervenant dans le monde de l'entreprise (fréquemment en tant que *coach*). Cette double expérience lui permet de pouvoir relier le monde médical, le monde syndical et le monde managérial. Les trois entreprises leaders sur ce marché (IFAS, Stimulus, Performance) ont effectivement un psychiatre consultant pour fondateur.

La première étape d'une intervention consiste dans la clarification du concept de stress, mais aussi de l'anxiété (confondue le plus souvent avec le stress), et de la dépression. Cette clarification passe par des conférences d'information (dirigeants, RRH, responsables syndicaux) et des sessions de formation (médecine du travail, infirmières). Nous observons que les individus utilisent les représentations sociales (Moscowici, 1984) issues de leurs catégories professionnelles pour définir le stress. Une observation inductive permet de définir trois types de représentations sociales du stress : le monde syndical définit le stress comme la pression des conditions de travail, le monde médical définit le stress comme un symptôme d'adaptation biologique et enfin le monde managérial définit le stress comme une stimulation nécessaire à la survie de l'entreprise. Nous comprenons ici que ces définitions sont liées aux enjeux et aux mythes constituant chaque groupe social. Informer les différents acteurs sur la réalité actuelle des théories du stress permet de construire une représentation commune. Nous soulignons encore une fois que la capacité politique des consultants est primordiale.

Les observatoires du stress que nous préconisons comportent un test de stress perçu (la PSS de Cohen *et al.*, 1983), mais aussi un test d'anxiété et de dépression

² Nous nous positionnons ici comme chercheur consultant en position d'observation participante (Sainsaulieu, 1977). Les remarques sur le contexte de la mise en place sont issues d'une réflexion structurée au fur et à mesure de nos interventions conduites en tant que consultant. L'objectif de cette sous-partie est de fournir un vécu structuré d'une expérience professionnelle. Notre positionnement est ici constructiviste (Le Moigne, 1990)

(mesuré par l'HAD). Ces trois mesures nous paraissent complémentaires dans la mesure où elles permettent de vérifier si un stress élevé n'est pas le symptôme additionnel d'une maladie psychique (anxiété ou dépression). Mesurer des maladies psychiques (anxiété et dépression) impose des précautions élémentaires : premièrement, les personnes passant le test doivent pouvoir en parler à un médecin. Deuxièmement, les personnes en charge de ces observatoires doivent être formées au diagnostic et à l'orientation des personnes susceptibles d'être dépressives ou anxieuses. Troisièmement, le lieu où les questionnaires sont remplis doit être neutre, c'est-à-dire que le fait d'y être aperçu ne doit pas être interprété dans l'entreprise comme l'aveu d'un mal-être. Ces différentes remarques expliquent l'installation des observatoires du stress dans les locaux de la médecine du travail intra entreprise. Les questionnaires sont remplis lors de la visite médicale annuelle afin d'assurer le suivi de la personne par le médecin du travail. Celui-ci est formé par le cabinet aux problématiques du stress, de l'anxiété et de la dépression. Le statut du médecin du travail garantit la confidentialité des résultats et de l'entretien. La base de données issue de ces entretiens est protégée par un système de codage et fait l'objet d'une convention CNIL (Convention Nationale Informatique et Liberté).

Une fois par an, l'ensemble des tests passés lors de la visite médicale est compulsé afin d'effectuer un suivi des résultats. L'échantillon s'étale sur un an afin de minimiser l'impact du contexte saisonnier (par exemple, le niveau de stress n'est pas le même après des vacances qu'avant) et d'avoir l'ensemble du personnel (généralement, un an est nécessaire pour faire passer l'ensemble du personnel d'une entreprise).

2.2 Le choix de mesure pour l'observatoire

La mesure du stress : l'évaluation qu'un individu se fait d'une situation dépend à la fois des caractéristiques de la situation et des caractéristiques personnelles. Beaucoup d'échelles ont été construites avec l'idée que les caractéristiques de la situation étaient à elles seules suffisantes pour déterminer le stress subi par l'individu. Ces échelles événementielles (ex. SRRS de Holmes et Rahe, 1967 ; LEI de Perris, 1984) ont fait l'objet de nombreuses critiques : mauvaise fidélité interculturelle, absence de prise en compte de la subjectivité interindividuelle et intra-individuelle (Bruchon-Schwitzer, 2002). Un consensus s'est dégagé progressivement pour l'utilisation de tests prenant en compte l'impact subjectif des événements. Actuellement l'usage des échelles globales de stress perçu est le plus répandu (*Perceived Stress Scale* de Cohen *et al.*, 1983 ; *JSS* de Spielberger, 1994).

Plusieurs types d'échelles se centrent sur la mesure d'un contrôle perçu spécifique à une situation. Par exemple l'échelle de contrôle professionnel perçu (Karasek, 1979) qui mesure la charge de travail perçue, le niveau de responsabilité perçue et le degré d'autonomie perçue. Cette échelle est la plus utilisée actuellement pour mesurer le contrôle perçu.

D'autres échelles se concentrent sur la mesure du soutien social perçu. Parmi ces échelles le *Social Support Questionnaire* (Saron *et al*, 1983) est la plus utilisée. Cette échelle de très bonne qualité psychométrique existe en version longue (27 items) ou en version courte (6 items). Elle permet de différencier mais aussi d'associer la disponibilité et la satisfaction. Il existe une version française (Rasclé *et al*, 1997) où l'on retrouve également une différenciation de la disponibilité et de la satisfaction. Il existe d'autres échelles comme l'*Interpersonal Support Evaluation List* (Cohen et Willis, 1985), la *Family Environment Scale* (Moos et Moos, 1994) et le questionnaire de soutien social de Pinneau (1976). Les recherches sur le soutien social et organisationnel utilisent des méthodologies de plus en plus précises. Par exemple, Fenlason et Beehr (1994) utilisent dans leur étude des mesures permettant de différencier les types de soutien (instrumental, émotionnel), les sources de soutien (collègues, supérieurs, parents et amis) et les contenus du soutien (professionnel ou non professionnel; positif ou négatif).

Toutes les échelles ci-dessus mesurent un point précis du processus de transaction (autonomie perçue, responsabilité perçue, charge de travail perçue ou soutien social perçu) entre un individu et une situation potentiellement stressante. Nous avons choisi d'utiliser pour les observatoires du stress une échelle mesurant le résultat global de l'évaluation primaire et secondaire. Ce résultat peut être mesuré par la PSS (*Perceived Stress Scale*). Cette échelle mesure le sentiment de débordement issu de l'évaluation primaire et secondaire. Elle fut mise au point par Cohen et ses collaborateurs (1983) afin d'opérationnaliser le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984a). En pratique, cette échelle propose aux individus d'évaluer sur une période d'un mois, la fréquence des situations perçues comme stressantes suivant qu'elles sont évaluées comme incontrôlables, imprévisibles et menaçantes. La fidélité est $\alpha = 0.84-0.86$ et montre une cohérence interne forte entre les items. La fidélité de test re-test est égale à $r = 0.85$ pour deux jours et $r = 0.55$ pour six semaines. La PSS est significativement reliée aux événements stressants de la vie, à l'anxiété sociale et aux symptômes de la santé physique et psychique.

Il existe plusieurs versions de cette échelle (PSS 4, PSS 10, PSS14) ayant toutes de très bonnes qualités psychométriques. Un soin tout particulier a été mis pour élaborer des items pouvant être compris dans des contextes culturels différents.

Ce travail permet de comparer les résultats sur des populations différentes (élimination d'un biais culturel). Cette échelle mesure le stress de manière générale et non pas de manière spécifique. En outre, les résultats issus de recherches effectuées avec la PSS mettent en évidence des corrélations avec les modes de *coping* et des indicateurs de santé physique ou mentale. Nous retrouvons ainsi des corrélations entre le stress perçu, la santé physique et mentale (Williams *et al.*, 2000 ; Chang, 1998 ; Yarcheski et Mahon, 2000; Lok et Bishop ,1999; Cohen *et al.*,1983), le soutien social perçu (Lee *et al.*, 2002) et le mode de *coping* (Dolbier *et al.*, 2001; Hamarat *et al.*, 2001 Van Eck *et al.* ,1998; Guinn et Vincent, 2002).

La mesure du stress perçu nous permet d'obtenir une évaluation cognitive et émotionnelle du sentiment de débordement de la personne au cours d'une période donnée. Pour autant nous ne savons pas à quoi cette personne attribue son stress perçu (travail, famille, relations amicales, etc.). Nous avons donc complété cette échelle par une question supplémentaire dans laquelle il est demandé à la personne d'attribuer son stress à l'une des catégories suivantes : vie professionnelle, vie personnelle, les deux, ne sait pas, ne se sent pas concerné. Le choix d'une question unique est tiré de l'expérience des médecins faisant passer le test lors de la visite médicale. Le temps moyen de passation est très long (30 minutes en moyenne) et peut déboucher sur l'arrêt de la passation. La longueur du questionnaire fut limitée afin d'augmenter le taux d'acceptabilité. Cependant, les médecins nous ont confirmé qu'il existe peu de décalage entre la réponse apportée à cette question et ce que les gens racontent ensuite lors de l'entretien.

La mesure de l'anxiété et de la dépression : l'anxiété pathologique se traduit par une tension physique associée à des perceptions de peur, des soucis excessifs, et prend parfois la forme de crises d'angoisse. Sur le plan comportemental, elle se manifeste par des inhibitions, un évitement des situations anxiogènes et une hyper-activité inefficace. Elle peut aussi conduire à des blocages intellectuels. La dépression est un état associant depuis au moins deux semaines, tristesse, perte d'envie, de plaisir, des troubles du comportement alimentaire et une vision de soi négative. Elle induit un ralentissement physique et intellectuel, source de fatigue et de découragement, ainsi que des troubles du sommeil.

L'échelle HAD³ permet de pouvoir mesurer rapidement l'anxiété et la dépression. Cette échelle a été mise au point par les chercheurs de l'université de Leeds, en Angleterre, afin de mettre à la disposition des médecins pratiquant dans des services hospitaliers non psychiatriques un test de dépistage des manifestations les plus communes des troubles névrotiques : anxiété et dépression. Sa finalité ne consiste pas à discriminer les divers types de dépression ou d'états anxieux. Son but est d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité. L'objectif essentiel de la HAD est d'évaluer le niveau actuel de la symptomatologie dépressive et anxieuse en éliminant les symptômes somatiques qui selon les auteurs sont susceptibles de fausser les évaluations chez les patients vus en médecine interne et qui présentent donc fréquemment des problèmes organiques. Un score supérieur à 10 est considéré comme révélateur d'une pathologie mentale, que ce soit pour les sous-échelles anxiété ou dépression.

3. LES RÉSULTATS ISSUS DES BASES DE DONNÉES

3.1 Les indicateurs et facteurs explicatifs

Une étude réalisée à partir de notre base de données (étude 2001/2003, N : 21 308) nous permet d'observer une corrélation entre le stress perçu et les états anxieux et dépressifs mesurés par l'HAD (tableau 1). Cette corrélation nous permet aussi de définir un score à la PSS considéré comme facteur de risque pour la santé mentale (tableau 2). Ce score est lié à un pourcentage d'anxieux et de dépressifs supérieur à la prévalence dans la population générale. À partir de ce critère, nous considérons donc qu'un score supérieur à 27 indique que l'individu est en situation de fragilité sur le plan de la santé mentale. Cet état est défini comme du *sur-stress*.

Le seuil ainsi fixé nous avons pu déterminer un pourcentage de sur-stressés dans les entreprises mesurées. Les pourcentages de sur-stressés, anxieux et dépressifs sont différenciés suivant trois variables : le sexe, le statut hiérarchique (manager/non-manager) et l'âge.

³ Lepine J.P., Godchau, M., Brun, P., (1985) Anxiety and depression in impatient, *Lancet*, 1425-1426.
Lepine J.P., Godchau, M., Brun, P., Lemperiere, T (1985); Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne, *Ann.Medico-psychol.*, 143, 175-189.
Zigmond A.S, Snaith, R.P (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr.Scand*, 67, 361-370.

Tableau 1 :
Corrélation entre le score de PSS et le pourcentage d'anxieux et de dépressifs
(dépistage par l'HAD) avec N : 21 308 sujets (sujets de la période 2001-2003).

Corrélations

		score PSS	anxiété	dépression
score PSS	Corrélation de Pearson	1	,524**	,345**
	Sig. (bilatérale)	.	,000	,000
	N	21308	21308	21308
anxiété	Corrélation de Pearson	,524**	1	,327**
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	21308	21308	21308
dépression	Corrélation de Pearson	,345**	,327**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	.
	N	21308	21308	21308

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Tableau 2 :
Pourcentage d'anxieux et de dépressifs suivant le score à la PSS.

Score à la PSS	% d'anxieux	% de dépressifs
27	14,9%	2,8%
28	19.5%	4.4%
29	27.7%	5.7%
30	30.8%	7.5%
31	37.9%	9.3%
32	47.6%	14 %
36	73.8%	29.7%
42	91.5%	59.6%
% en population générale	10 à 20%	3 à 7%

Manager/non-manager : traditionnellement, le niveau socioculturel est mesuré pour vérifier l'action de l'environnement proximal des individus (lieu de résidence, type de travail, etc.) sur leur santé. Ce niveau va avoir de nombreuses incidences, notamment sur le taux de morbidité, mais aussi sur le bien-être et la qualité de vie. Le niveau socioculturel ne détermine pas seulement l'environnement, mais aussi un ensemble de variables psychosociales (quantité et qualité du soutien social perçu, attitude face à la médecine, etc.) et comportementales (hygiène de vie, nombre d'enfants, etc.). Carroll *et al.* (1996) postulent que les différences de taux de mortalité entre les classes sociales

s'expliquent par les deux facteurs essentiels que sont les événements de vie stressants (plus nombreux et plus sévères dans les classes défavorisées) et le contrôle (plus faible dans ce groupe). Pouvons-nous retrouver ce type de résultats à l'intérieur d'une population salariée, notamment entre les managers et les non-managers ?

Sexe : une autre différenciation nécessaire concerne le sexe. Plusieurs auteurs font remarquer le rôle central de cette variable (Smith *et al.*, 1998; Cytrynbaum et Crites, 1989; Brown et Harris, 1978; Jick et Mitz, 1985. Richardsen, 1991). Elle affecte largement l'espérance de vie (les femmes vivent plus longtemps que les hommes) le taux de morbidité (les femmes présentent d'avantage de maladies chroniques que les hommes) et le taux de dépression et d'anxiété (ces taux sont plus élevés chez les femmes). Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer ces différences : le rôle des facteurs biologiques (mal connu actuellement) et les styles de comportements influencés par les normes sociales et l'éducation. Ainsi, les hormones sexuelles féminines protégeraient contre diverses pathologies (du moins jusqu'à la ménopause) et les femmes subiraient un apprentissage leurs permettant de supporter la solitude (Grafstrom, 1994). Le sexe module le niveau de stress ainsi que le taux d'anxiété et de dépression.

Age : la dernière variable qu'il nous semble important de prendre en compte est l'âge. Deux raisons principales vont déterminer ce choix. Premièrement, l'âge va être corrélé positivement aux ressources sociales et financières permettant de diminuer le niveau de stress perçu. Ainsi, Lin et Ensel (1989) observent que l'âge est corrélé négativement avec les symptômes physiques de la santé. Hamarat *et al.* (2001) montrent que le stress perçu (mesuré par la PSS 14 items) a tendance à diminuer avec l'âge; ce résultat étant aussi observé avec la PSS (14, 10 et 4 item) dans l'étude princeps de Cohen et Williamson (1988). Deuxièmement, certaines recherches portant sur l'intelligence émotionnelle montrent que les réactions émotionnelles tendent à augmenter avec l'âge (Zenasni *et al.*, 2003 ; Mayer, Cruso et Salovey, 2000).

La représentativité en épidémiologie de la santé mentale est basée sur des normes différentes de la représentativité des sondages. Dans notre cadre d'étude, le problème le plus important de représentativité est la non-réponse (Lellouch, 1997). Si certains individus d'une population E refusent de répondre, alors ils constitueront une sous population différente probablement, de la population étudiée. Nous ne pourrons connaître la proportion de personnes malades dans cette sous population.

3.2. La représentativité des résultats

Tableau 3 :
Répartition des différentes caractéristiques de notre échantillon

	% échantillon
âge	
<25	5,9%
25-34	22,9%
35-44	29,4%
45-54	34,4%
>55	7,4%
statut	
Manager	21%
Non-Manager	79%
sexe	
Homme	60%
Femme	40%

Plus le nombre de non-répondants est important et plus la proportion de malades observés sera biaisée. Pour notre étude le taux d'acceptation est très élevé (97,2%) indiquant une bonne représentativité par rapport à notre population d'étude. Concernant notre représentativité externe, la répartition de nos échantillons est proche de la population salariée. La répartition par sexe de notre échantillon (60% d'hommes et 40% de femmes) est voisine de la répartition des données Insee-Dares 2002 pour la population active (54,4% d'hommes pour 45,6% de femmes). Il en est de même pour l'âge. La répartition pour les données Insee-Dares 2002 est de 8,8% pour les moins de 25 ans (5,9% pour notre échantillon), 81,3% pour les 25-54 ans (86,7% pour notre échantillon) et de 9,9% pour les plus de 55ans (7,4% pour notre échantillon). La répartition manager/non-manager ne peut être comparée à d'autres sources.

3.3 L'analyse des résultats pour les questionnaires de stress, d'anxiété et de dépression

Tableau 4

Tableau croisé des pourcentages de sur stressés, anxieux et dépressifs sur la période sept 2002-sept2003 auprès de 12 189 salariés de six grandes entreprises françaises

BDD IFAS sept 02_03 Sexe / Age / Management			Anxiété %	Dépression %	Sur-Stress %
M a n a g e r	H o m m e	<25	1,4 %	4,2 %	2,8 %
		25-34	7,8 %	1,3 %	12,6 %
		35-44	8,0 %	2,2 %	16,1 %
		45-54	11,9 %	5,5 %	23,8 %
		>54	15,4 %	3,3 %	22,2 %
		Total	10,4 %	3,5 %	19,2 %
	F e m m e	<25	2,1 %	0,0 %	0,0 %
		25-34	15,5 %	3,3 %	19,9 %
		35-44	16,5 %	3,0 %	23,8 %
		45-54	33,5 %	3,1 %	45,4 %
		>54	11,6 %	0,0 %	32,4 %
Total		20,6 %	3,0 %	28,8 %	
Total			12,2 %	3,4 %	20,8 %
N O N M a n a g e r	H o m m e	<25	8,0 %	0,4 %	9,4 %
		25-34	11,0 %	1,4 %	17,0 %
		35-44	11,5 %	3,3 %	19,7 %
		45-54	13,9 %	4,7 %	24,7 %
		>54	18,2 %	4,9 %	20,1 %
		Total	12,8 %	3,4 %	20,5 %
	F e m m e	<25	29,7 %	0,6 %	44,6 %
		25-34	17,7 %	2,3 %	28,7 %
		35-44	23,2 %	5,7 %	33,2 %
		45-54	26,4 %	8,3 %	40,4 %
		>54	31,9 %	7,8 %	43,8 %
Total		23,3 %	5,1 %	35,1 %	
Total			15,7 %	3,9 %	24,6 %
Total général			14,9 %	3,8 %	23,8 %
Total Homme			12,2 %	3,4 %	20,2 %
Total Femme			22,9 %	4,8 %	34,2 %

Analyse descriptive : Les résultats du tableau 4 appellent plusieurs remarques. Les chiffres fournis permettent d'établir une prévalence⁴ sur un an pendant la période de septembre 2002 à septembre 2003. Ces chiffres indiquent qu'en moyenne deux hommes et trois femmes sur dix sont sur-stressés; un homme et deux femmes sur dix sont anxieux; trois hommes et cinq femmes sur cent sont

⁴ Rapport, au cours d'une période donnée, du nombre de cas à l'effectif de la population étudiée.

dépressifs. Une comparaison avec la population générale⁵ permet d'interpréter ces résultats. Concernant l'anxiété, la plus vaste enquête épidémiologique entreprise au États Unis, dans le cadre du programme ECA (*Epidemiologic Catchment Area*) a permis d'obtenir sur 20 000 sujets répartis dans cinq régions des États-Unis, une prévalence des états anxieux, tous diagnostics confondus, de 9% sur six mois et de 15,1% sur toute la vie. Dans une enquête dans la population générale, Lépine *et al.* (1998) ont trouvé, pour l'ensemble des troubles anxieux, une prévalence sur la vie entière de 17,3% chez les hommes et de 30,6% chez les femmes. Par ailleurs, dans le cadre de la *Munich Follow up Study* (MFS), Wittchen (1988), rapporte des chiffres très semblables à ceux observés dans ces enquêtes. Les pourcentages d'anxieux obtenus pour notre échantillon sont meilleurs par rapport aux chiffres en population générale. Pour la dépression, les études montrent dans le cadre du programme ECA que la prévalence des dépressions sur la vie entière se situe autour de 10%, et des épisodes dépressifs majeurs autour de 6%. Les enquêtes réalisées dans les pays occidentaux avec multicritères établissent une prévalence (ponctuelle, à six mois, à un an ou vie entière) de la dépression entre 5% et 15%. Nous observons que les pourcentages issus de notre échantillon se situent en deçà des pourcentages obtenus pour la population générale.

Ces différences de résultats s'expliquent sans doute par un biais de recrutement dans notre échantillon. En effet, les études précédemment citées ont été effectuées dans population générale, ce qui inclut un pourcentage important d'individus exclus du circuit du travail. Le fait de travailler est salubre (Taris, 2002; Hammarstroen et Janlert, 1997; Leeftang, Klein, Hessenlink et Spruit, 1992; Feather, 1990) et permet à l'individu de pouvoir assouvir des besoins primaires (manger, se loger, etc.) secondaires (consommer, partir en vacances, sortir, etc.) et sociaux (identité sociale, possibilité de tisser des liens sociaux, estime de soi, etc.). Une situation distinguant notre population d'autres individus exclus de l'environnement de travail peut donc très bien expliquer ces différences. Concernant le pourcentage de personnes sur-stressées, nous ne disposons pas de base de comparaison par rapport à la prévalence dans la population générale.

Analyse par variables : à partir du tableau 4, nous observons que les pourcentages de sur stressés, d'anxieux et de dépressifs sont significativement plus importants pour les femmes que pour les hommes ($p < ,000$). Ces résultats confirment les études épidémiologiques sur l'anxiété, la dépression et vont dans le

⁵ Les études épidémiologiques sur le sujet fournissent des chiffres sur des périodes de 6 mois ou un an. Nous avons donc choisi de calculer les résultats sur un échantillon portant sur 1 an. Les données sont issues de 6 entreprises Françaises auprès des salariés ayant passés la visite médicale sur la période sept2002-sept2003.

sens des études démontrant un niveau de stress perçu plus élevé chez les femmes par rapport aux hommes. Nous observons que les pourcentages de sur-stressés sont plus importants pour les non-managers que pour les managers ($p < 0,001$). Lorsque nous ajoutons le facteur sexe comme variable contrôle, nous observons que les pourcentages d'anxiété et de dépression sont significativement plus élevés pour les non-managers par rapport aux managers ($p < 0,05$ pour la dépression et $p < 0,01$ pour l'anxiété). L'âge joue aussi un rôle différenciateur puisque l'on observe que les pourcentages ont tendance à augmenter avec l'âge. Ce résultat est assez étonnant puisque d'autres études indiquent que le stress perçu et les pourcentages d'anxieux et de dépressifs ont tendance à diminuer avec l'âge (Hamarat *et al.*, 2001; Cohen et Williamson, 1988).

Les échelles utilisées (PSS et HAD) peuvent être utilisées comme échelle continue. Nous avons cherché à tester l'influence des variables sociodémographiques sélectionnées (les VD) sur les niveaux de stress perçu, d'anxiété et de dépression (les VI) des sujets de notre échantillon.

Tableau 5 :
Corrélations⁶ entre les VD et les VI (N : 12 189)

	HAD anxiété	HAD dépression	PSS
	r	r	r
Statut	ns	,031**	ns
Sexe	,119**	,027**	,126**
Âge	,035**	,66**	,054**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

L'âge et le sexe différencient les niveaux d'anxiété, de dépression et de stress. Les corrélations indiquent que les femmes ont un niveau plus important d'anxiété ($r = ,119$ avec $p < ,000$), de dépression ($r = 0,027$ avec $p < ,000$) et de stress ($r = ,126$ avec $p < ,000$) que les hommes. Au sujet de l'âge, le sens des corrélations indique une augmentation de l'anxiété ($r = ,035$ avec $p < 0,000$) de la dépression ($r = 0,66$ avec $p < 0,000$) et du stress ($r = ,054$ avec $p < 0,000$) avec l'âge

⁶ La codification est la suivante : **manager=1/non manager=2; homme=1/femme=2; <25=1/25-34=2/35-44=3/ 45-54=4/ >54=5.**

Tableau 6 :
Analyses de variance entre les VD et les VI (N : 12 189)

	HAD anxiété		HAD dépression		PSS	
	F	sign	F	sign	F	sign
Statut	,014	ns	6,893	,009**	,076	ns
Sexe	109,976	,000**	7,433	,006**	92,657	,000**
Âge	9,650	,000**	48,593	,000**	15,870	,000**
Statut* Sexe	2,836	ns	,360	ns	2,364	ns
Statut* Âge	,893	ns	1,578	ns	1,027	ns
Âge* Sexe	1,354	ns	1,801	ns	,747	ns
Sexe* Statut*Âge	,633	ns	1,087	ns	,403	ns

Concernant le statut, le sens des corrélations nous indique que les non-managers sont significativement plus dépressifs que les managers ($r=,028$ avec $p<0,000$). Ces trois variables sociodémographiques n'ont pas d'effets croisés sur les mesures de stress, d'anxiété et de dépression.

3.4 Analyse des résultats pour la question d'attribution des causes du stress

La question supplémentaire avait pour objectif de déterminer à quoi les individus attribuent leur stress. Le choix « pas concerné » sert à exprimer que l'on ne se sent pas stressé, tandis que le choix « ne sait pas » indique que l'on ne peut pas expliquer l'origine de son stress. Les pourcentages recueillis se trouvent dans le tableau 6. Nous avons différencié les résultats par croisement entre le sexe (homme/femme) et le type de stress (stress normal/sur-stress).

Tableau 6 :
Répartition en pourcentage de l'attribution du stress suivant le sexe et le fait d'avoir un stress normal ou un sur stress

		pas concerné	ne sait pas	les deux	vie personnelle	vie professionnelle
stress normal						
homme		14,1%	27,5%	22,2%	9,4%	26,7%
femme		24,1%	15,1%	28,4%	9,9%	22,5%
sur stressé						
homme		0,2%	3,8%	41,2%	14,4%	40,5%
femme		0,2%	4,4%	50,7%	13,7%	31%

Il apparaît clairement que les individus sur-stressés, tous sexes confondus, se sentent concernés par la question, ce qui n'est pas le cas pour 14,1% des hommes et 24,1% des femmes à stress normal. Le niveau de stress perçu est donc un différenciateur efficace pour cette question. De même, les individus sur-stressés pensent savoir d'où vient leur stress, ce qui n'est pas le cas de 27,5% des hommes et 15,1% des femmes avec stress normal.

Lorsque les individus ont un stress normal, les femmes attribuent le plus souvent leur stress à l'addition de la vie personnelle et professionnelle (28,4%), tandis que les hommes attribuent le plus souvent leur stress à la vie professionnelle (26,7%). Nous observons que, tous sexes confondus, moins de 10% des individus attribuent leur stress à la vie personnelle.

Lorsque les individus ont un sur- stress, les femmes attribuent le plus souvent leur stress à l'addition de la vie personnelle et professionnelle (50,7%) ce qui est aussi le cas pour les hommes (41,2%). Cependant ce pourcentage se rapproche du pourcentage d'hommes expliquant leur stress par la vie professionnelle. Nous observons que, tous sexes confondus, seul 14% des individus attribuent leur stress à la vie personnelle.

Il semble que l'accumulation de stress dans la vie professionnelle et la vie personnelle soit un facteur décisif pour expliquer la survenue d'un sur-stress. Le pourcentage d'individus indiquant ce sentiment d'accumulation est plus important pour les femmes que pour les hommes pour qui la source de stress majoritaire semble être la vie professionnelle. Un faible pourcentage de notre échantillon explique son stress par la vie personnelle.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Les pourcentages d'anxieux, de dépressifs de notre échantillon sont moins élevés que ceux de la population générale. Ce résultat indique soit que l'entreprise n'est pas inévitablement néfaste pour la santé des individus soit qu'il existe un biais de sélection consistant à écarter les individus possédant une moins bonne santé mentale. Il est probable que le monde du travail procure un ensemble de ressources aux salariés (matériel, social) tout en fournissant, en parallèle, un environnement potentiellement stressant.

Le fait que la santé mentale se détériore avec l'âge est un phénomène inhabituel par rapport aux études épidémiologiques. Ce résultat appelle plusieurs hypothèses. Premièrement, il est possible que le stress augmente en conséquence d'un plafonnement de carrière. Plusieurs auteurs rappellent que la notion de carrière a tendance à disparaître (Lévy-Leboyer, 1995; Ettington, 1992), provoquant avec l'âge un risque accru de « plafonnement de carrière » dont le stress serait une conséquence (Ornstein et Isabella, 1993; Roger et Tremblay, 1998). Il se peut aussi que les changements du monde du travail soient perçus comme plus déroutants par les anciennes générations que pour les nouvelles. Selon Arnold (1996), les normes contractuelles du marché du travail actuel sont l'acceptation de longues heures de travail, de plus de responsabilités, d'un nombre toujours plus important de compétences à développer, et enfin d'une tolérance à l'ambiguïté de rôle et au changement. Ces nouvelles normes du travail imposent une relation au travail basée sur le court terme et sur une transaction essentiellement économique (Millward et Hopkins, 1998; Willward et Brewerton, 1999). Ces nouvelles normes peuvent déstabiliser les anciennes générations au contraire de la nouvelle génération née dans la crise de 1970 ; cette génération étant beaucoup plus cynique vis-à-vis de l'entreprise. Millward et Brewerton (2000, p.6) notent ainsi : « *An increasingly number of "older" workers are represented in the workforce meaning that are intergenerational differences in value priority and orientation to work.* » Ces deux hypothèses restent conjecturales, mais peuvent expliquer les résultats obtenus sur cet échantillon.

Les résultats démontrent clairement la nécessité de différencier les mesures d'un observatoire par le sexe, l'âge et le statut. L'âge et le sexe sont de puissants différenciateurs pour l'ensemble des mesures (anxiété, dépression et stress). Le statut différencie uniquement le niveau de dépression. Aussi, un DRH voulant mesurer le niveau de santé mentale dans son entreprise a tout intérêt à prendre en compte la pyramide des âges, la répartition des sexes et du statut pour analyser les résultats, surtout dans un cas de comparaison multi-sites. Par exemple, des différences de résultats entre deux sites d'une entreprise peuvent être expliqués

par une différence d'âge moyen. Concernant les causes perçues du stress, les hommes expliquent leur stress par la vie professionnelle tandis que les femmes expliquent leur stress par l'accumulation de la vie professionnelle et de la vie personnelle. Ce résultat est cohérent avec l'étude de Vagg, Spielberger et Wasal (2002) qui observent que les femmes sont préoccupées par l'harmonie entre leur vie professionnelle et personnelle tandis que les hommes seraient davantage préoccupés par le niveau de pouvoir dont ils bénéficient dans l'entreprise.

Afin de mieux comprendre la complexité des facteurs et des causes du stress dans l'entreprise, une approche qualitative reste indispensable (Roques, 1999). Nos résultats montrent qu'une partie importante des personnes avec un stress normal ne sont pas capables d'en identifier les causes. Cette observation suggère que les méthodes d'audit du stress ne doivent pas uniquement reposer sur des questionnaires ou des questions d'autoévaluation. Il semble plus judicieux de demander à la personne son ressenti au jour le jour par au moyen d'une mesure quotidienne des émotions ressenties (Weiss et Cropanzano, 1996 ; Grandey, 2000 ; Fisher, 2002).

Les limites de l'étude portent sur l'échantillon qui ne représente pas les salariés des petites et moyennes entreprises ni les salariés du public. Il serait par ailleurs intéressant de pouvoir coupler les mesures de la santé mentale avec des indicateurs de pratique RH dans l'optique d'établir un lien entre ces pratiques et les pourcentages de sur-stressés, d'anxieux et de dépressifs (Teo et Waters, 2002). Il nous paraît également très important d'observer l'évolution des résultats dans le temps afin d'observer si les résultats restent constants ou pas. Cette observation permettrait, entre autre, de déterminer si l'influence de la variable « âge » est liée réellement au vieillissement ou à un effet de génération. Dans un contexte où il est question d'augmenter l'âge de la retraite, ce résultat doit faire débat auprès des différents acteurs de la ressource humaine.

Les observatoires du stress constituent un outil indispensable à la création de connaissances scientifiquement valables sur le stress professionnel. Ils sont aussi la première étape d'une gestion efficace du stress professionnel en entreprise. La prochaine étape de ce programme de recherche sera de lier ces observatoires à des variables de gestion des ressources humaines afin d'augmenter les possibilités d'interventions directement liées aux professionnels RH. L'objectif sera alors de mesurer si les ressources fournies par l'organisation aux collaborateurs sont suffisantes pour que ceux-ci puissent faire face aux différents facteurs de stress.

RÉFÉRENCES

- Bruchon-Schwitzer, M.** 2002. *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Liège: Dunod
- Caplan, R.D. et al.** 1980. *Job demands and worker health: main effects and occupational differences*, The Institute for Social Research, The University of Michigan, Ann Arbor, Michigan.
- Cohen, S. et T.A. Wills.** 1985. « Stress support, and the buffering hypothesis », *Psychological Bulletin*, 98 (2), p.310-357.
- Cohen, S. et G. Williamson.** 1988. « Perceived Stress in probably sample of the United States » dans *The social psychology of health*, S. Spacepan et S.Oskamp (dir.), Newbury Park, CA: Sage. p.31-67.
- Cohen, S. et T.B. Herbert.** 1996. « A Global measure of perceived stress », *Journal of Health and Social Behavior*, 24, p.385-396.
- Cooper, C.L.** 1985. « Organisation du travail et stress d'origine professionnelle » dans *Automatisation, Organisation du travail et stress d'origine professionnelle*, Genève, Bureau International du Travail, p.167-202.
- Croll D., G. Davey Smith et P. Bennett.** 1996. « Emergent Integration in Contemporary Personality Psychology », *Journal of Research in Personality*, 30, p.319-334
- Edwards, J.R.** 1992. « A cybernetic theory of stress appraisal and coping, and well-being in organizations », *Academy of Management Review*, 17 (2), p.292-339.
- Fearther, N.T.** 1990. *The psychological impact of unemployment*, New York: Springer Verlag.
- Fenlason, K.J. et T.A. Beehr.** 1994. « Social support and occupational stress: effects of talking to others » *Journal of Organizational Behavior*, 15, p.157-175.
- Gibson, J., J. Ivancevic et J. Donnelly Jr.** 1985. « Organizations: Behavior, Structure, Process », Plano (Tex.), Business Publi, Cité par A. Bergman, B. Uwamungu (1997). *Encadrement et comportement*, Edition ESKA
- Hamarat, E et al.** 2001. « Perceived Stress and coping resource availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults », *Experimental Aging Research*, 27: p.181-196.
- Hammarstroem, A. et U. Jamelert.** 1997. « Nervous and depressive symptoms in a longitudinal study of youth unemployment: Selection or exposure? », *Journal of Adolescence*, 29, p.293-305.
- Holahan, C.J., R.H Moos.** 1985. « Life stress and health: personality, coping, and family resources in stress, resistance: a longitudinal analysis », *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, p.739-747.
- Holt, R** 1982. « Occupational stress » dans *Handbook of stress*, H. Peysen (dir.), New York, Free Press, p.585-598
- Karasek, R.A.** 1979. « Job demands, job decision latitude and mental stress: implication for job redesign », *Administration Science Quarterly*, 24, p.285-308.
- Karasek, R.A.** 1992. « Stress prevention through work reorganizations: a summary of 19 international case studies », *Conditions of work digest-Preventing Stress at Work*, International Labor Office, Geneva, 11 (2), p.23-41.

- Keiman, G.** 1987. «Decision making under stress: Scanning of alternatives under controllable and uncontrollable treats », *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, p.639-644.
- Leeflang, R.L., D.J. Klein Hesselink et I.P. Spruit.** 1992. «Health effects of unemployment: Long-term unemployment men in a rural and urban setting », *Social Science and Medicine*, 34, p.341-350.
- Lellouch, J.** 1997. «La représentativité en épidémiologie psychiatrique : Pour quoi ? », dans *Epidémiologie Psychiatrique*, F. Rouillon, J-P. Lepine et J-L. Terra (dir.), St-Quentin-Yvelines, Pharmacia&Upjohn
- Lepine, J.P., M.Godchau et P.Brun.** 1985. « Anxiety and depression in impatient », *Lancet*, p.1425-1426.
- Lepine, J.P., et al.** 1985. « Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne », *Annales Medico-psychologiques*, 143, p.175-189.
- Le moigne, J-L.** 1990. «Epistémologies constructivistes et sciences de l'organisation », dans *Epidémiologie et Sciences de Gestion*, A.C Martine (dir.), Paris: Economica, p.81-140.
- Levi, L.** 1971. *Society, stress and disease*, London, Oxford University Press.
- Lévy-Leboyer, G.** 1995. «Repenser la gestion des carrières des cadres », *Revue Française de Gestion*, juin-aôut, p.24-29.
- Lin, N. et W. Ensel.** 1989. « Life stress and health stressors and resources », *American Sociological Review*, 54 (3), p.382-399.
- Millward, L.J. et L.J Hopkins.** 1998. «Psychological contracts, organizational and job commitment », *Journal of Applied Social Psychology*, 28 (16), p.16-31.
- Millward, L.J. et P.M. Brewerton.** 1999. «Contractors and their Psychological Contract », *British Journal of Management*, 10, p.253-274.
- Millward, L.J. et P.M. Brewerton.** 2000. « Psychological Contracts: Employee relations for the twenty-first century ? », *International Review of Industrial Organizational Psychology*, 15, p.1-61.
- Moos, R.H. et B.S. Moos.** 1994. *Manual for family Environment Scale (FES)*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, 3^e éd.
- Moscowici, S.** 1984. *Psychologie Sociale*, Paris, P.U.F
- Nauze-Fichet, E., F. Lerais et S. Lhermitte.** 2003. «Les projections de population active 2003-2050 », *Insee résultat, Société*, n°13
- Omestein, S. et L.A. Isabella.** 1993. « Making Sense of Careers: A review 1989-1992 », *Journal of Management*, 19 (2), p.243-267.
- Plane, J-M.** 1996. «Recherche-Action, méthodes d'observation et management stratégique », Acte du colloque de l'Association Internationale de Management Stratégique, Lille.
- Pinneau, S.R. Jr.** 1976. «Effects of social support on occupational stresses and strains », *Paper presented at the Meeting of American Psychological Association, Washington DC.*
- Porter, G.** 2001. «Workaholic Tendencies and the high potential for stress co-workers », *International Journal of Stress Management*, 8(2), p.147-164

- Rasclé, N. et al.** 1997. «Soutien social et santé : adaptation française du questionnaire de soutien social de Sarason, le SSQ », *Cahiers Internationaux de psychologie Sociale*, 33, 1, p.35-51.
- Roger, A. et M. Tremblay.** 1998. « Plafonnement objectif et subjectif de carrière, satisfaction et stress au travail », *Série Scientifique du Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO)*, 98s-24.
- Roques, O.** 1999. « Les réactions des salariés aux transitions de carrière : une approche en terme de stress au travail », Thèse de doctorat ès Sciences de Gestion, Université d'Aix-Marseille.
- Sainsaulieu, R.** 1977. *L'identité au travail*. Paris, Presse de Sciences Po
- Sarason, I.G. et al.** 1983. «Assessing social support : the social support questionnaire », *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), p.127-139.
- Seyle, H.** 1946. «The General Adaptation Syndrome and the diseases of adaptation », *The Journal of Clinical Endocrinology*, February, 6, 12, p.118-230. Paru aussi dans *Les Annales d'Endocrinologie*, (Paris), 1946, p.289-401.
- Selye, H.**1956. *The stress of life*, New-York, Mc Grow-Hill.
- Sifakis, Y., N. Rasclé et M. Bruchon-Schweitzer.** 1999. «L'inventaire de stress professionnel de C.D. Spielberger (Job Stress Survey): une adaptation française », *Psychologie et Psychométrie*, 20 (1), p.5-23.
- Spielberger, C.D.** 1999. *Professional manual for the job stress survey (JSS)*, odessa, FL, Psychological Assessment Resources.
- Taris, T.W.** 2002. «Unemployment and mental health: a longitudinal perspective », *International Journal of Stress Management*, 9, p.43-57
- Wittchen, H.U.** 1988. «Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders: results of the Munich Follow-up Study », dans *Panic and Phobia 2*, I. Hand et H.U. Wittchen (dir.), Berlin, p.273
- Zenasni, F. et al.** 2003. «Traits émotionnels, intelligence émotionnelle : intérêt de ces concepts et étude de leurs interrelations », *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences*, 1 (4), p.19-24.
- Zigmond A.S et R.P Snaith.** 1983. « The Hospital Anxiety and Depression Scale », *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 67, p.361-370.