

**Revue bibliographique psychiatrique  
des risques psychosociaux au travail**

Présentée par

*Valentina Iemmi*

*Psychologue clinicienne*

*Inserm U669*

*Bruno Falissard*

*Psychiatre*

*Université Paris-Sud, Inserm U669*

Mars 2010

## TABLE DES MATIERES

<b>RESUME</b>	<b>3</b>
<b>1 INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
1.1 LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES	5
1.2 LES FACTEURS DE RISQUE PSYCHOSOCIAL AU TRAVAIL	8
<b>2 METHODOLOGIE</b>	<b>11</b>
2.1 RECHERCHE DES DONNÉES	11
2.2 SÉLECTION DES DONNÉES	12
2.3 ANALYSE DES DONNÉES	12
<b>3 RESULTATS</b>	<b>13</b>
3.1 ÉPIDÉMIOLOGIE DESCRIPTIVE	13
3.1.1 <i>Les troubles psychiatriques</i>	14
3.1.2 <i>Les secteurs d'activité</i>	16
3.1.3 <i>Les occupations</i>	16
3.2 ÉPIDÉMIOLOGIE ANALYTIQUE	17
3.2.1 <i>Facteurs de risque (et de protection) liés aux conditions de travail</i>	17
3.2.2 <i>Facteurs de risque (et de protection) socioprofessionnel</i>	25
<b>4 DISCUSSION</b>	<b>33</b>
<b>5 CONCLUSION</b>	<b>34</b>
<b>6 BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>35</b>
<b>7 ANNEXES</b>	<b>46</b>
7.1 ANNEXE 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE.	46
7.2 ANNEXE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE (WORKAHOLISM).	73

## TABLEAUX

Tableau 1 : Troubles psychiatriques.	7
Tableau 2 : Facteurs de risque et de protection associés aux troubles psychiatriques.	32

## **RESUME**

### **Introduction**

Les troubles psychiatriques au travail représentent un problème et un coût majeur dans la plupart des pays. En effet, les troubles psychiatriques touchent une proportion importante de la population mondiale, entraînant ainsi une incapacité qui peut avoir des conséquences tant sur l'accès au marché du travail que sur la productivité au travail. D'autre part, les facteurs liés aux conditions de travail (par exemple, les dangers sur le lieu de travail) et les facteurs socioprofessionnels (par exemple, le chômage) constituent des facteurs de risque dans le développement et l'évolution des troubles psychiatriques. Malgré l'importance et l'actualité du sujet, les recherches consacrées aux facteurs de risque psychosociaux au travail et aux troubles psychiatriques sont encore limitées. Le présent rapport tente de dresser un état de cette question.

### **Méthodologie**

La recherche de la littérature a été conduite de manière systématique. Deux bases des données d'articles scientifiques ont été privilégiées par leur pertinence et leur primauté dans le secteur de la recherche scientifique (PubMed) et de la recherche psychiatrique et psychologique (PsychInfo). Les mots-clés retenus ont été choisis afin de cerner les troubles psychiatriques (« psychiatric disorders ») et les risques psychosociaux au travail, non seulement liés aux conditions de travail (« work ») mais aussi socioprofessionnels (« labor market », « labour market »).

### **Résultats**

Les secteurs d'activité associés à l'augmentation du risque des troubles psychiatriques sont le secteur des affaires pour le workaholism et ceux de l'éducation, des services sociaux et des

soins de santé pour les troubles psychiatriques non-psychotiques. Les occupations nécessitant des compétences élevées (cadres dirigeants et cadres administrateurs) sont associées à une augmentation du workaholism et à une diminution des troubles psychotiques et des troubles psychiatriques non-psychotiques.

Malgré les multiples limitations que présentent les études référencées dans la littérature, ces résultats confirment les trois principaux modèles théoriques : le modèle de la demande-contrôle-support, le modèle de l'effort-récompense, et le modèle de la justice organisationnelle.

Les autres facteurs de risque liés aux conditions de travail sont le travail de nuit, le travail en contact avec le public, les dangers sur le lieu du travail, la durée du contrat (contrat à durée déterminée), le type de contrat (contrat à temps partiel), les conflits entre vie professionnelle et vie privée (conflits entre vie privée-vie professionnelle et conflits entre vie professionnelle-vie privée) ; comme facteur protecteurs le fait d'être en formation dans l'entreprise avant l'embauche, la variété du travail et le plaisir au travail.

## **1 INTRODUCTION**

Les troubles psychiatriques au travail représentent un problème et un coût majeur dans le monde entier. En effet, les troubles psychiatriques touchent une proportion importante de la population mondiale (World Mental Health Survey Consortium, 2004), dont les projections récentes montrent une augmentation dans les prochaines décennies (World Health Organization, 2008c), et ils sont fréquemment associés à une incapacité (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006; World Health Organization, 2008a) qui peut avoir des conséquences négatives sur la productivité au travail en termes non seulement de baisse de performance mais aussi de participation au marché du travail (Gabriel & Liimatainen, 2000). D'autre part, les facteurs liés aux conditions de travail (par exemple, les dangers sur le lieu de travail) et les facteurs socioprofessionnels (par exemple, le chômage) constituent des facteurs de risque dans le développement et l'évolution des troubles psychiatriques (CSDH, 2008). Ainsi, les coûts associés aux troubles psychiatriques au travail ne se limitent pas seulement aux coûts sanitaires (hospitalisation, prise en charge de secteur et médicaments) mais aussi aux coûts sociaux (aides sociales, allocations chômage, allocations adultes handicapés et réduction des impôts) et économiques (baisse de productivité, hausse de l'absentéisme dû aux troubles psychiatriques et retraite anticipée) (World Health Organization, 2003).

### **1.1 Les troubles psychiatriques**

Un trouble psychiatrique est défini comme « un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez l'individu et associé à une détresse concomitante ou à un handicap ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté. De plus, ce syndrome ne doit pas être la réponse attendue et culturellement admise à un événement particulier.» (American Psychiatric Association, 1996)

Dix catégories de troubles psychiatriques sont différenciées dans les deux principales classifications internationales : le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux ou DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) et la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé ou ICD-10 (World Health Organization, 2007). Nous souhaitons mettre en évidence que, nonobstant leur absence dans le DSM-IV-TR et l'ICD-10, le suicide et le workaholism se doivent d'être considérés dans ce rapport. En effet, d'un côté le suicide, introduit dans la liste des troubles mentaux et du comportement par l'Organisation Mondiale de la Santé en qualité de trouble auto-agressif (World Health Organization, 2008b), a acquis un intérêt particulier suite à une vague médiatisée récente de suicides au sein des entreprises, en particulier des entreprises françaises. D'autre côté, le workaholism est une constellation de symptômes (ou syndrome), qui a acquis de plus en plus d'importance parmi les maladies socioprofessionnelles depuis l'introduction du terme (Oates, 1971). Le workaholism a été défini comme addiction caractérisée par l'obsession du travail (dimension cognitive), le nombre élevé d'heures de travail (dimension comportementale) et le fait de trouver plaisant l'acte de travailler et désagréable ne pas travailler (dimension affective) au point qu'il existe une disparition progressive des moments libres de l'individu (W. H. Ng, Sorensen, & Feldman, 2007).

Le tableau 1 liste les principaux troubles appartenant à chaque catégorie.

<b>Troubles Psychiatriques</b>		
	Schizophrénie et autres troubles psychotiques	Schizophrénie
	Delirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs	Démence (par exemple, Alzheimer)
	Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence	Retard mental Troubles des apprentissages Troubles des habilités motrices

	Troubles de la communication
	Troubles envahissant du développement (troubles autistiques)
	Trouble : déficit de l'attention et comportement perturbateur
	Troubles de l'alimentation
	Troubles : tics
	Troubles du contrôle sphinctérien
Troubles de l'humeur	Troubles dépressifs
	Troubles bipolaires
Troubles anxieux	Trouble anxieux généralisé
	Trouble panique
	Trouble phobique
	Trouble obsessionnel-compulsif
	État de stress post-traumatique
Troubles somatoformes	Trouble somatisation
	Hypochondrie
Troubles liés à une substance	Trouble lié à l'alcool
	Trouble lié aux drogue
Troubles des conduites alimentaires	Anorexie mentale
	Boulimie
Troubles du sommeil	Insomnie
	Hypersomnie
	Narcolepsie
Troubles de la personnalité	Personnalité antisociale
	Personnalité obsessionnelle compulsive
<b>Autres</b>	Suicide
	Workaholism

Tableau 1 : Troubles psychiatriques.

Les troubles psychiatriques résultent d'une interaction de plusieurs facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (World Health Organization, 2001) parmi lesquels les facteurs de risque au travail. Des relations causales complexes relient ces facteurs. D'une part, les conditions de travail et socioprofessionnelles peuvent constituer un facteur de risque de développement de troubles psychiatriques (causalité directe). D'autre part, les troubles psychiatriques peuvent constituer un facteur de risque affectant la performance au travail et les résultats du marché (causalité inverse). Le cercle vicieux « pauvreté et troubles mentaux » a été proposé pour illustrer ce double lien (World Health Organization, 2001). Selon ce modèle, les troubles psychiatriques ont un impact économique (dépenses de santé accrues, perte d'emploi et productivité réduite), qui entraîne une augmentation de la pauvreté (faible niveau de ressources, bas degré d'instruction et chômage), conduisant à son tour à une augmentation des troubles psychiatriques (prévalence accrue, absence de soins et évolution plus défavorable).

## **1.2 Les facteurs de risque psychosocial au travail**

Les facteurs de risque psychosocial au travail comportent non seulement les risques liés aux conditions de travail (par exemple, la demande et le support social au travail) mais aussi d'une manière plus générale les risques socioprofessionnels (par exemple, la situation macroéconomique et le chômage). Leur rôle dans la survenue et dans le développement des troubles mentaux est en train d'acquérir une importance croissante (CSDH, 2008). Au cours des deux dernières décennies, les facteurs de risque psychosocial au travail ont été étudiés par le biais de trois modèles théoriques et des outils d'évaluation correspondants : le modèle de la demande-contrôle-support, le modèle de l'effort-récompense, et le modèle de la justice organisationnelle.



Le *modèle de la demande-contrôle-support* (Karasek & Theorell, 1990) est centré sur les caractéristiques de la tâche de travail : les demandes environnementales (quantité de travail et exigences intellectuelles), le contrôle (degré de contrôle et autonomie de décision) et le soutien social. Le modèle fait l'hypothèse que la condition de haute demande environnementale associée à un bas niveau de contrôle (*job strain*) amène à un niveau de tension et de stress élevé, et que cette situation empire avec un bas niveau de soutien social (*iso strain*).

Le *modèle de l'effort-récompense* (Siegrist, 1996) est centré sur les caractéristiques du contrat de travail : l'effort (demande au travail et motivation) et la récompense (salaire, sûreté/mobilité au travail, estime de soi/respect social et motivation). Le modèle fait l'hypothèse que la condition de déséquilibre entre un effort élevé et une récompense réduite a un effet négatif sur la santé du sujet.

Le *modèle de la justice organisationnelle* (Elovainio, Kivimaki, & Vahtera, 2002) est centré sur les caractéristiques organisationnelles : la justice procédurale (perception de justice relative aux procédures utilisées et résultats obtenus sur le lieu de travail) et la justice relationnelle (perception de justice relative aux relations sur le lieu de travail). Le modèle fait l'hypothèse que la condition de basse justice procédurale et relationnelle a un effet négatif sur la santé du sujet.

Nonobstant l'importance et l'actualité de la problématique, la littérature consacrée aux facteurs de risque psychosociaux au travail et aux troubles psychiatriques est encore limitée par rapport à celle réservée aux maladies somatiques (en particulier, les maladies cardiovasculaires et les troubles musculo-squelettiques) et aux troubles psychologiques (en particulier, le stress au travail). Nous allons tenter de dresser un état de cette question dans les

pages suivantes. En particulier, nous nous attendons à une vérification de la participation réduite au marché du travail pour les personnes souffrant des troubles psychiatriques, selon le cercle vicieux de la pauvreté et des troubles mentaux (première hypothèse), et de l'influence des facteurs de risques psychosociaux au travail dans le développement et l'évolution des troubles psychiatriques, selon les trois modèles théoriques (deuxième hypothèse).

## 2 METHODOLOGIE

### 2.1 Recherche des données

La recherche de la littérature a été conduite de manière systématique. Deux bases des données d'articles scientifiques ont été privilégiées par leur pertinence et leur primauté dans le secteur de la recherche scientifique (PubMed) et de la recherche psychiatrique et psychologique (PsychInfo). En considération du récent développement de la matière, aucune limite temporelle n'a été fixée : PubMed (1948-présent<sup>1</sup>) et PsychInfo (1986-présent<sup>1</sup>). Par ailleurs, avec le même souci, tous types d'articles scientifiques (recherches qualitatives, quantitatives, revues de littérature et métaanalyses) et tous modèles théoriques (modèle de la demande-contrôle-support, modèle de l'effort-récompense et modèle de la justice organisationnelle) ont été pris en considération. Les mots-clés retenus ont été choisis afin de cerner les troubles psychiatriques (« psychiatric disorders ») et les risques psychosociaux au travail, non seulement liés aux conditions de travail (« work ») mais aussi socioprofessionnels (« labor market », « labour market »). Trois recherches ont ainsi été effectuées sur les deux bases des données et à l'aide d'opérateurs booléens:

- "psychiatric disorders"AND "work"
- "psychiatric disorders"AND "labor market" OR "labour market"
- "workaholi\*"

Le choix d'effectuer une recherche à partir du mot « workaholism » a été motivé par le fait qu'il ne s'agit pas d'un trouble psychiatrique officiellement reconnu par les classifications internationales.

---

<sup>1</sup> Deuxième semaine du mois de décembre 2009.

## **2.2 Sélection des données**

La sélection de la littérature a été conduite de manière systématique sur les articles de langue anglaise et française concernant, par souci de généralisation des résultats à la France, des recherches effectuées dans les pays développés. D'abord, la sélection des articles scientifiques a été conduite par titres. Ainsi, les articles retenus ont été ceux présentant dans le titre le nom d'une des pathologies psychiatriques reconnues par les deux principales classifications internationales de troubles psychiatriques, le DSM-IV-TR et le ICD-10, et un mot appartenant au vocabulaire du travail ou de l'emploi. Les articles ont ensuite été sélectionnés sur la base de la pertinence de leur résumé, puis du texte lui-même.

Par ailleurs, les références bibliographiques de chaque article retenu ont été contrôlées afin de déceler d'éventuels articles absents dans les résultats de la recherche dans les bases des données.

## **2.3 Analyse des données**

Afin d'apporter des réponses distinctes aux deux hypothèses générales formulées, l'analyse des données a été conduite en différenciant l'épidémiologie descriptive de l'épidémiologie analytique. La première présente la prévalence et l'incidence des troubles psychiatriques au travail par troubles, par secteurs d'activité et par occupations. La deuxième présente les principaux facteurs de risque (et de protection) psychosocial au travail pour les troubles psychiatriques.

### **3 RESULTATS**

Soixante articles ont été retenus, 49 concernant les troubles psychiatriques et le suicide, et 11 le workaholism. Ils ont été publiés entre 1992-2009 et concernent tous sauf un (Meyrer, Demling, Kornhuber, & Nowak, 2009) des approches quantitatives. Les résultats sont proposés dans les deux sections suivantes : d'abord les résultats concernant l'épidémiologie descriptive et, ensuite, ceux concernant l'épidémiologie analytique. Par ailleurs, les résultats essentiels des articles retenus pour la revue de littérature ont été résumés dans les deux tableaux figurant en annexe pour les troubles psychiatriques (Annexe 1) et le workaholism (Annexe 2). Dans chaque tableau, les articles sont présentés en ordre chronologique avec les données utilisées, la population étudiée, les troubles psychiatriques, l'outil d'évaluation, les facteurs de risque psychosociaux et les modèles théoriques utilisés, et les résultats. Par ailleurs, dû au manque de résultats concernant le marché du travail informel dans les pays développés, une recherche effectuée au Brésil a été retenue (Ludermir & Lewis, 2003).

#### **3.1 Épidémiologie descriptive**

La détermination de prévalences de troubles mentaux exige le recours à des instruments standardisés ou semi-standardisés longs et coûteux. Ces instruments n'ont que rarement été utilisés dans les études repérés dans la littérature. Ces derniers se sont plutôt focalisés sur des instruments dimensionnels (échelles d'autoévaluation d'intensité de symptômes) qui permettent de déterminer l'association entre un mal-être psychologique ou psychiatrique ainsi que des facteurs de risque (ici relatifs en particulier au milieu professionnel) mais pas de caractériser l'existence ou non d'un trouble mental.

Les résultats pouvant être rattachés à de l'épidémiologie descriptive concernent essentiellement la question de l'accès au marché du travail pour les personnes souffrant des

troubles psychiatriques, selon le modèle du cercle vicieux « pauvreté et troubles mentaux » (World Health Organization, 2001) (première hypothèse). Ils sont regroupés dans les trois sous-sections suivantes par troubles psychiatriques, par secteurs d'activité et par occupations.

### **3.1.1 Les troubles psychiatriques**

En accord avec la première hypothèse, les sujets souffrant de *schizophrénie et d'autres troubles psychotiques* présentent une diminution d'accès au marché du travail (Waghorn, Chant, White, & Whiteford, 2004). Par ailleurs, comme attendu, la probabilité d'avoir un emploi augmente quand les symptômes sont d'une moindre intensité, quand il y a moins d'altérations cognitives (mémoire et attention), ou en présence de certaines caractéristiques sociodémographiques (marié, propriétaire et habitant dans une zone rurale) et fonctionnelles (contacts sociaux et expériences de travail avant la maladie) (Marwaha & Johnson, 2004). Enfin, les absences au travail dues à la schizophrénie sont plus fréquentes mais de durée moins longue chez les femmes (Hensing, Alexanderson, Allebeck, & Bjurulf, 1996; Hensing, Brage, Nygard, Sandanger, & Tellnes, 2000). Cela peut être expliqué d'une part par le fait que les hommes tendraient à être diagnostiqué seulement quand le trouble est plus grave, d'autres part par le fait que les hommes tendraient à consulter seulement quand les symptômes sont sévères, nécessitant ainsi un traitement plus long.

Les sujets souffrant de *troubles de l'humeur* présentent une diminution d'accès au marché du travail. Les absences au travail dues aux troubles de l'humeur sont les plus importantes parmi les troubles psychiatriques; elles sont plus fréquentes mais de durée moins longue chez les femmes (Hensing, et al., 1996; Hensing, et al., 2000). Ce résultat concernant les absences est à mettre en rapport avec la littérature d'épidémiologie psychiatrique qui montre une forte prévalence des troubles de l'humeur par rapport aux autres troubles psychiatriques. La différence de fréquence par rapport au genre peut être expliquée à partir de l'argument développé précédemment pour les troubles psychotiques.

Les absences au travail dues aux *troubles anxieux* sont les deuxièmes en ordre d'importance parmi les troubles psychiatriques après les troubles de l'humeur, et elles sont ici aussi plus fréquentes mais de durée moins longue chez les femmes (Hensing, et al., 1996; Hensing, et al., 2000).

Les absences au travail dues aux *troubles liés à une substance* sont les troisièmes en ordre d'importance parmi les troubles psychiatriques après les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, et elles sont plus fréquentes et de durée plus longue chez les hommes (Hensing, et al., 1996; Hensing, et al., 2000).

Les sujets souffrant de *troubles du sommeil*, en particulier d'insomnie primaire, ont une diminution de la performance au travail, et une augmentation des absences et des accidents au travail (Chilcott & Shapiro, 1996; Leger, Guilleminault, Bader, Levy, & Paillard, 2002). Cela peut être expliqué par une baisse de la mémoire et de l'attention.

Les données concernant les *troubles de la personnalité* au travail n'ont été trouvées dans aucun article de la revue de littérature. Cela peut être expliqué par la difficulté d'étude de ces troubles au niveau méthodologique.

Les sujets qui ont souffert de *troubles anxieux diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence* présentent une augmentation d'environ trois fois de la probabilité de rester avec des contrats à durée déterminée à l'âge adulte (Virtanen, et al., 2005). Par ailleurs, comme attendu, les sujets qui souffrent de *retard mental* présentent un moindre accès au marché du travail (Taanila, Rantakallio, Koironen, Von Wendt, & Jarvelin, 2005).

Le probabilité de survenue d'un *suicide* est plus élevée chez les hommes, et chez les jeunes adultes (30-39 ans) par rapport aux sujets plus âgés (Ostamo, Lahelma, & Lonnqvist, 2001). Contrairement au premier, le deuxième résultat (fréquence élevée chez les jeunes) n'est pas en

accord avec la littérature (Beellamy, Roelandt, & Caria, 2004). Cela pourrait-être expliqué par le fait que les résultats font référence à une situation de récession économique dans laquelle la population des jeunes adultes présente le taux de chômage le plus élevé. Cette situation entraînerait une augmentation du stress qui est associé à l'apparition ou l'aggravation des symptômes dépressifs (Stroud, Davila, & Moyer, 2008), associés eux même à une augmentation du risque des tentatives de suicide (Goldney, Dal Grande, Fisher, & Wilson, 2003).

Les sujets souffrant de *workaholism* présentent une diminution de la performance au travail (Holland, 2007; Schaufeli, Taris, & van Rhenen, 2008; Shimazu & Schaufeli, 2009).

### **3.1.2 Les secteurs d'activité**

Les secteurs d'activité associés à l'augmentation du risque des troubles psychiatriques sont le secteur des affaires pour le *workaholism* (Johnstone & Johnston, 2005) et ceux de l'éducation, des services sociaux et des soins de santé pour les troubles non-psychotiques (Lancee, Maunder, & Goldbloom, 2008; Wieclaw, Agerbo, Mortensen, & Bonde, 2005). Cette association est plus élevée chez les hommes (Wieclaw, Agerbo, Mortensen, Burr, et al., 2006). Par ailleurs, les secteurs engagés dans les premiers secours sont associés à une augmentation du risque des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, d'états de stress post-traumatique (Loganovsky, et al., 2008) et des troubles liés à une substance (Benedek, Fullerton, & Ursano, 2007) en cas des désastres humains (par exemple, les déblayeurs du site de la centrale nucléaire de Chernobyl après son explosion en 1986) et naturels (Loganovsky, et al., 2008; North, et al., 2002).

### **3.1.3 Les occupations**

Les occupations nécessitant des compétences élevées (cadres dirigeants et cadres administrateurs) sont associées à une augmentation du *workaholism* (Harpaz & Snir, 2003;



Kanai & Wakabayashi, 2004) et à une diminution des troubles psychotiques (Waghorn, et al., 2004) et des troubles psychiatriques non-psychotiques (S. A. Stansfeld & Marmot, 1992). Par exemple, les recherches montrent chez les cadres une diminution de prévalence de 9 points pour les troubles liés à une substance, de 7 pour les troubles de l'humeur et de 5 pour les troubles anxieux, par rapport aux travailleurs dans des occupations à compétences réduites (technicien, secrétaires, occupations des secteurs de la production et de l'agriculture) (Cornwell, Forbes, Inder, & Meadows, 2009). Ce résultat est en accord avec la littérature d'épidémiologie psychiatrique qui montre une association négative entre niveau socioprofessionnel et troubles psychiatriques non-psychotiques.

## **3.2 Épidémiologie analytique**

Les résultats concernant l'épidémiologie analytique cherchent à vérifier l'influence des facteurs de risques psychosociaux au travail dans le développement et l'évolution des troubles psychiatriques, selon les trois modèles théoriques (deuxième hypothèse). Ils sont regroupés dans les deux sous-sections suivantes par facteurs de risque (et de protection) liés aux conditions de travail et facteurs de risque (et de protection) socioprofessionnel.

### **3.2.1 Facteurs de risque (et de protection) liés aux conditions de travail**

Les facteurs de risque liés aux conditions de travail sont regroupés selon les trois principaux modèles théoriques, qui ont été brièvement décrits dans l'introduction : le modèle de la demande-contrôle-support, le modèle de l'effort-récompense, le modèle de la justice organisationnelle et les autres facteurs de risque liés aux conditions de travail. Le regroupement est justifié par l'utilisation des modèles ou des concepts leur appartenants au sein des articles retenus.

#### **Modèle de la demande-contrôle-support**

Les facteurs de risque rattachés au modèle de la demande-contrôle-support sont les suivants : le *job strain*, la demande émotionnelle, la demande au travail, la latitude décisionnelle et le support social au travail.

En accord avec la deuxième hypothèse, le *job strain* (demande élevée et contrôle réduit) est associé au développement et à l'évolution des troubles psychiatriques. En particulier, l'augmentation du *job strain* est associée chez les hommes à une augmentation du risque de trouble de l'humeur (Wieclaw, et al., 2008) et particulièrement des troubles dépressifs (Niedhammer, Chastang, David, Barouhiel, & Barrandon, 2006). Cela peut être expliqué par une association positive connue entre le stress et les troubles dépressifs (Stroud, et al., 2008). L'absence de résultats significatifs chez les femmes est à prendre avec précaution.

La *demande émotionnelle* (charge psychologique associée à des comportements sociaux complexes, planifiés et impliquant des émotions au sein de l'exécution des tâches) est également associée au développement et à l'évolution de troubles psychiatriques. En particulier, l'augmentation de la demande émotionnelle est associée à une augmentation d'environ 40% du risque de troubles de l'humeur chez la femme (Wieclaw, et al., 2008). L'absence de résultats significatifs chez les hommes peut être expliquée par le fait que ces derniers sont moins souvent employés dans les secteurs qui requièrent une demande émotionnelle importante, comme le secteur des services sociaux.

La *demande au travail* (charge psychologique associée à l'exécution des tâches, à leur quantité et complexité) est elle aussi associée au développement et à l'évolution des troubles psychiatriques. La demande au travail (volume de travail élevé et temps réduit) est ainsi associée à un risque double de troubles de l'humeur (Melchior, Berkman, Niedhammer, Zins, & Goldberg, 2007; S. Stansfeld, North, White, & Marmot, 1995; Stephen A. Stansfeld, Fuhrer, Head, Ferrie, & et al., 1997) et à une augmentation du risque des troubles anxieux

(Niedhammer, et al., 2006; Stephen A. Stansfeld, et al., 1997). Cela est en accord avec la relation bien connue entre le stress et les troubles dépressifs (Stroud, et al., 2008), et entre le stress et les troubles anxieux (Young, Garfinkel, & Liberzon, 2009). Par ailleurs, le risque de troubles de l'humeur augmente en cas de co-présence de multiple facteurs de risque (demande élevée, latitude décisionnelle réduite et support social réduit), jusqu'à trois fois chez les hommes et jusqu'à six fois chez les femmes (Melchior, Berkman, et al., 2007). Ce résultat est en accord avec la littérature d'épidémiologie psychiatrique qui met en évidence une augmentation du risque de troubles dépressifs en présence de facteurs de risque concomitants (Keita, 2007). Par ailleurs, la différence de risque par rapport au genre peut être en partie expliquée par la présence d'un conflit plus élevé entre demande au travail et demande au sein de la famille chez la femme.

La diminution de la *latitude décisionnelle* (contrôle, ou autonomie décisionnelle, et usage des compétences) est associée à l'augmentation du risque de troubles de l'humeur chez les hommes (Frank & Dingle, 1999; Niedhammer, et al., 2006). L'augmentation de la latitude décisionnelle est associée à la diminution du même risque (S. Stansfeld, et al., 1995; Stephen A. Stansfeld, et al., 1997). Ce résultat est en accord avec la littérature psychiatrique qui met en évidence une association positive entre le sentiment de perte de contrôle sur soi et son environnement, et la survenue de troubles dépressifs (Griffin, Fuhrer, Stansfeld, & Marmot, 2002). Par ailleurs, le manque de résultats significatifs chez les femmes après ajustement par les affects négatifs n'est pas discutée dans le texte. Cela pourrait être expliqué par le fait que les femmes sont moins souvent employées dans des occupations de cadres pour lesquelles la latitude décisionnelle est plus importante.

La diminution du *support social au travail* (aide et reconnaissance des collègues et supérieurs hiérarchiques) est associée à l'augmentation du risque de troubles de l'humeur (Waldenstrom, et al., 2008), en particulier chez les femmes (Niedhammer, et al., 2006), et son augmentation à

la diminution du même risque (S. Stansfeld, et al., 1995; Stephen A. Stansfeld, et al., 1997). Ce résultat est en accord avec la littérature d'épidémiologie psychiatrique qui met en évidence une association négative entre le support social et les troubles dépressifs (Huurre, Eerola, Rahkonen, & Aro, 2007). Par ailleurs, le manque de résultats significatifs chez les hommes n'est pas discuté dans le texte. Cependant, cela pourrait être expliqué ici aussi par le fait que ces derniers sont moins souvent employés dans les secteurs qui requièrent un support social important, comme le secteur des services sociaux.

### **Modèle de l'effort-récompense**

Les facteurs de risques rattachés au modèle de l'effort-récompense sont les suivants : le déséquilibre effort-récompense, la récompense, l'engagement excessif et le nombre d'heures de travail.

L'augmentation du *déséquilibre effort-récompense* (déséquilibre entre demande au travail et récompense reçue) est associée à l'augmentation du risque des troubles psychiatriques chez les hommes (Niedhammer, et al., 2006), particulièrement de troubles de l'humeur. Ce résultat est en accord avec la littérature psychiatrique qui met en évidence une association positive entre déséquilibre effort-récompense et stress, et entre stress et troubles dépressifs. Par ailleurs, le manque de résultats significatifs chez les femmes n'est pas discuté dans le texte. La diminution de la *récompense* (estime, perspectives de promotion et salaire, stabilité de la situation de travail) est associée à l'augmentation du risque de troubles de l'humeur chez les hommes (Niedhammer, et al., 2006). Cela peut être expliqué de la même manière précédemment illustrée pour le déséquilibre effort-récompense.

L'augmentation de l'*engagement excessif* (efforts extrinsèques, ou demande au travail, et effort intrinsèque, ou surinvestissement lié aux caractéristiques individuelles) est associée à l'augmentation du risque de troubles de l'humeur chez les hommes et les femmes

(Niedhammer, et al., 2006). Cela peut être expliqué de la même manière précédemment illustrée pour le déséquilibre effort-récompense et pour la récompense.

Le nombre d'*heures* est logiquement associé à la diminution de la probabilité de présenter un trouble psychotique (Waghorn, et al., 2004) et à l'augmentation de la probabilité de présenter un workaholism (Aziz & Zickar, 2006; Holland, 2007; Porter, 1996; Schaufeli, et al., 2008; Spence & Robbins, 1992; W. H. Ng, et al., 2007), en particulier chez les jeunes adultes (30-49 ans) et pour les occupations nécessitant des compétences élevées (cadres) (Kanai & Wakabayashi, 2001, 2004). Ce dernier résultat est lui aussi prévisible : la prévalence plus élevée chez les cadres et les jeunes adultes est en effet expliquée par la demande au travail plus élevée au sein de ces deux groupes.

### **Modèle de la justice organisationnelle**

Les facteurs de risques rattachés au modèle de la justice organisationnelle sont les suivants : le sens de cohérence, la violence occupationnelle et la justice organisationnelle (justice procédurale et justice relationnelle).

L'augmentation du *sens de cohérence* (sentiment de prévisibilité et légitimité entre environnements internes et externes de l'individu) est associée à la diminution d'environ 40% du risque des troubles de l'humeur, des troubles liés à une substance et du suicide (Kouvonen, et al., 2009). Cela est en accord avec la littérature psychiatrique qui met en évidence une association négative entre sens de cohérence et stress (Flannery & Flannery, 1990), et une association positive entre stress et troubles de l'humeur (Stroud, et al., 2008).

L'augmentation de la *violence occupationnelle* (violence physique et psychologique sur le lieu de travail) est associée à l'augmentation au risque de troubles de l'humeur et des troubles anxieux (Wieclaw, Agerbo, Mortensen, & Bonde, 2006). Cela est en accord avec la littérature d'épidémiologie psychiatrique qui met en évidence une association positive entre violence et

stress (Gore-Felton, Gill, Koopman, & Spiegel, 1999), et entre stress et troubles dépressifs et anxieux (Stroud, et al., 2008; Young, et al., 2009).

Une *justice organisationnelle* faible (perception de justice sur le lieu de travail relative aux procédures utilisées et aux résultats obtenus, ou justice procédurale, et aux relations, ou justice relationnelle) est associée à un risque augmenté de troubles psychiatriques chez les femmes (Elovainio, et al., 2002; Kivimaki, Elovainio, Vahtera, Virtanen, & Stansfeld, 2003). L'association avec la *justice relationnelle* n'est pas significative. Ce résultat est en accord avec la littérature d'épidémiologie psychiatrique qui met en évidence une association négative entre la *justice procédurale* et le stress (Lambert, Hogan, & Griffin, 2007), et une association positive entre le stress et les troubles psychiatriques (Stroud, et al., 2008; Young, et al., 2009). La non significativité chez les hommes n'est pas discuté dans le texte. Elle pourrait être expliquée par un possible artefact méthodologique engendré par l'utilisation d'échelles d'autoévaluation (les hommes ayant tendance à sous estimer leurs réponses dans ce type d'évaluation).

### **Autres facteurs de risque liés aux conditions de travail**

Les autres facteurs de risque liés aux conditions de travail sont les suivants : le travail de nuit, le travail en contact avec le public, les dangers sur le lieu du travail, la durée du contrat (contrat à durée déterminée), le type de contrat (contrat à temps partiel), les conflits entre vie professionnelle et vie privée (conflits entre vie privée-vie professionnelle et conflits entre vie professionnelle-vie privée) ; comme facteurs protecteurs le fait d'être en formation dans l'entreprise avant l'embauche, la variété du travail et le plaisir au travail.

Le *travail de nuit* est associé à l'augmentation du risque de troubles anxieux chez les femmes (Thiebaut, et al., 1999) et au possible déclenchement de crises chez les sujets souffrants de troubles bipolaires (Meyrer, et al., 2009). Cela est en accord avec la littérature psychiatrique

qui met en évidence une association positive entre l'altération du rythme circadien et le stress, et entre le stress et les troubles dépressifs et anxieux (Stroud, et al., 2008; Young, et al., 2009). Il n'y a pas de résultats chez les hommes.

Le travail en *contact avec le public* est associé à une augmentation du risque de troubles de l'humeur chez les femmes (Wieclaw, et al., 2008). Cela peut être expliqué en accord avec la littérature psychiatrique qui montre une association positive entre la demande émotionnelle au travail et la dépression (Muntaner, et al., 2006). Par ailleurs, le manque de résultats significatifs chez les hommes peut être expliqué par le fait que ces derniers sont moins souvent employés dans les secteurs qui requièrent un contact avec le public important, comme le secteur des services sociaux. Ces résultats peuvent varier selon les tâches de travail réalisées par les travailleurs. Par exemple, certaines études montrent que la tâche de *nettoyage des chambres des malades* est associée à la diminution du risque des troubles de l'humeur chez les femmes travaillant dans le secteur hospitalier (Thiebaut, et al., 1999). Ce résultat n'est pas discuté dans le texte.

Les *dangers* sur le lieu du travail sont associés à une augmentation du risque de troubles de l'humeur et de troubles anxieux (Wieclaw, Agerbo, Mortensen, Burr, et al., 2006). L'augmentation est plus élevée pour les troubles de l'humeur chez les femmes et les troubles anxieux chez les hommes, par rapport aux troubles anxieux chez les femmes et les troubles de l'humeur chez l'homme. Le premier résultat est en accord avec la littérature psychiatrique qui met en évidence une association positive entre des conditions de travail mauvaises et le stress, et entre le stress et les troubles dépressifs et anxieux (Stroud, et al., 2008; Young, et al., 2009).

La *durée du contrat* (contrat à durée déterminée) est associée à un risque de troubles anxieux (Virtanen, et al., 2005). Cela est en accord avec la littérature psychiatrique qui met en

évidence une association positive entre l'instabilité sur le lieu de travail et le stress, et entre le stress et les troubles anxieux (Young, et al., 2009).

La *durée du temps de travail* (contrat à temps partiel) est associée à une augmentation du risque des troubles psychiatriques (Waghorn, Chant, Lloyd, & Harris, 2009). Ces résultats peuvent être interprétés de diverses façons : les sujets ayant des difficultés psychiatriques peuvent bénéficier de mi-temps thérapeutiques ; à l'inverse, la précarité matérielle induite par le travail à temps partiel peut être elle-même associée à des troubles psychiatriques.

Les *conflits entre vie professionnelle et vie privée* (conflits entre vie privée-vie professionnelle et conflits entre vie professionnelle-vie privée) sont associés à l'augmentation du risque de workaholism (Aziz & Zickar, 2006), des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles liés à une substance (Frone, 2000). Le premier résultat est en accord avec la définition de workaholism dont le conflit entre vie professionnelle et vie privée représente un des symptômes. Le deuxième résultat est en accord avec la littérature psychiatrique qui met en évidence une association positive entre la présence de conflits et le stress (Pal & Saksvik, 2008), et entre le stress et les troubles anxieux (Young, et al., 2009). Par ailleurs, l'association est plus élevée pour les conflits entre vie privée-vie professionnelle par rapport aux conflits entre vie professionnelle-vie privée, avec une augmentation du risque d'environ 30 fois pour les troubles de l'humeur, de 11 fois pour les troubles liés à une substance et de neuf fois pour les troubles anxieux (Frone, 2000). Cela peut être expliqué par l'attribution de la responsabilité des conflits entre vie privée-vie professionnelle à une entité interne, ce qui entraîne une baisse d'estime de soi facilitant l'apparition de symptômes psychiatriques, en particulier dépressifs.

Le fait d'être *en formation dans l'entreprise avant l'embauche* est associé à la diminution du risque de troubles de l'humeur après la signature du contrat chez les femmes (Thiebaut, et al.,



1999). Cela n'est pas discuté dans le texte, mais il pourrait être expliqué en accord avec la littérature d'épidémiologie psychiatrique qui met en évidence une association positive entre le changement et le stress, et entre le stress et les troubles dépressifs (Stroud, et al., 2008).

La *variété* du travail est associée à la diminution du risque de troubles de l'humeur et de troubles anxieux (S. Stansfeld, et al., 1995). Ce résultat n'est pas expliqué dans le texte, mais il pourrait être expliqué de la même manière que la latitude décisionnelle, dû à une association probable entre la variété du travail et l'usage des compétences.

La diminution du *plaisir* au travail est associée à la diminution du risque de workaholism (Aziz & Zickar, 2006; Holland, 2007; Porter, 1996; Schaufeli, et al., 2008; Spence & Robbins, 1992; W. H. Ng, et al., 2007) et à l'augmentation des troubles de l'humeur chez les femmes médecins (Frank & Dingle, 1999). Le premier résultat est en accord avec la définition de workaholism dont le fait de trouver plaisant l'acte de travailler et désagréable ne pas travailler représente un symptôme majeur. Le deuxième résultat est en accord avec la définition de trouble dépressif dont le manque de plaisir représente un symptôme majeur.

### **3.2.2 Facteurs de risque (et de protection) socioprofessionnel**

Les facteurs de risque socioprofessionnel sont les suivants : la situation macroéconomique, la participation à la force de travail, le chômage, la perte de travail, les désincentives économiques (aides sociaux et réduction des impôts) et le travail informel.

Une *situation macroéconomique* favorable entraîne une augmentation des postes à pourvoir dans le marché de travail et est logiquement associée à une augmentation du travail chez les sujets souffrant des troubles psychotiques et des troubles psychiatriques non-psychotiques (Kilian & Becker, 2007; Waghorn, et al., 2009). Par ailleurs, cette augmentation est plus élevée chez les sujets souffrant de troubles psychiatriques non-psychotiques que chez les sujets sains (Waghorn, et al., 2009). Cela peut être expliqué par un effet palier chez les sujets

sains, qui sont sélectionnés en premier et dont l'augmentation s'arrête au moment où la totalité se trouve dans la force de travail, tandis que chez les sujets souffrant de troubles psychiatriques non-psychotiques l'augmentation continue en réponse à la demande croissante de la part des employeurs.

La *participation à la force de travail* est associée à une amélioration des symptômes et de la qualité de vie chez les sujets souffrant de schizophrénie et autres troubles psychotiques (Marwaha & Johnson, 2004). Cependant, ce résultat est à prendre avec précaution, car la représentativité de l'échantillon peut avoir été biaisée par l'« effet du travailleur sain », limitant ainsi l'amélioration aux sujets souffrant de troubles psychotiques mineurs qui sont capables de faire face à la demande au travail et qui ont été sélectionnées en amont par l'employeur.

Le *chômage* est associé à une augmentation de quatre à dix fois du risque de troubles psychiatriques non-psychotiques, en particulier de troubles de l'humeur (Lamberg, Virtanen, Vahtera, Luukkaala, & Koskenvuo, 2009), de troubles anxieux (Claussen, Bjorndal, & Hjort, 1993) et de troubles de la personnalité (Zwerling, et al., 2002). Cela est en accord avec la littérature d'épidémiologie psychiatrique qui montre une association positive entre le stress, qui peut dériver du chômage, et les troubles psychiatriques (Stroud, et al., 2008; Young, et al., 2009). Par ailleurs, l'association est plus élevée pour le *chômage de longue durée* et avec certaines caractéristiques sociodémographiques (femme, sujet âgé, faible niveau d'éducation et revenu réduit) (Stankunas, Kalediene, Starkuviene, & Kapustinskiene, 2006). De plus, le chômage est associé à une augmentation du risque de suicide (Agerbo, 2005; Taylor, 2003), l'association étant plus élevée chez les hommes (Ostamo, et al., 2001), et chez les jeunes adultes par rapport aux sujets plus âgés (hormis les États-Unis et le Japon) (Taylor, 2003). Ce deuxième résultat est en désaccord avec la littérature d'épidémiologie psychiatrique qui montre une prévalence de suicides plus élevée chez les sujets plus âgés (Beellamy, et al.,

2004). Cela peut être expliqué par le fait que les résultats font référence à une situation de récession économique dans laquelle la population des jeunes adultes présente le taux de chômage le plus élevé. Cette situation entraînerait une augmentation du stress qui est associé à l'apparition ou l'aggravation des symptômes dépressifs (Stroud, et al., 2008), à leur fois associés à une augmentation du risque des tentatives de suicide (Goldney, et al., 2003). Enfin, le chômage est associé à une diminution du risque de troubles liés à une substance (Zwerling, et al., 2002). Ce résultat n'est pas discuté dans le texte et son interprétation reste difficile.

La *perte de travail* est associée à une augmentation du risque de troubles lié à une substance (alcool) chez les hommes et les femmes, et de suicide chez les hommes (Eliason & Storrie, 2009).

L'augmentation des *désincentives économiques* (aides sociales et réduction des impôts) est associée à une diminution du taux d'emploi chez les sujets souffrant de schizophrénie et autres troubles psychotiques (Kilian & Becker, 2007). Cela peut être expliqué par un effet piège des désincentives économiques qui peuvent se substituer aux salaires favorisant une non-participation au marché du travail chez les sujets souffrant des troubles psychotiques. Par ailleurs, chez les sujets qui souffrent de troubles psychiatriques, le fait de bénéficier de désincentives économiques est associé à une diminution entre 30-60% du risque de suicide (Agerbo, 2005). Par contre, dans la population générale, le fait de bénéficier de désincentives économiques est associé à une augmentation de deux à trois fois du risque de suicide. Cela n'est pas discuté dans le texte.

Le *travail informel* est associé à un risque double de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et de troubles somatoformes (Ludermir & Lewis, 2003).

En conclusions, afin de permettre une utilisation plus facile des résultats, les principaux facteurs de risque (et de protection) psychosocial au travail précédemment décrit en détail sont résumés dans le tableau 2.

---

**Facteurs de protection**

**Facteurs de risque**

---

**Troubles psychiatriques**

Troubles psychiatriques

Autres (suicide et workaholism)

---

**Facteurs liés aux conditions de travail**

*Modèle de la demande-contrôle-support*

Job strain +

→ troubles de l'humeur chez l'homme +

Demande émotionnelle +

→ troubles de l'humeur chez la femme +

Demande au travail +

→ troubles de l'humeur, troubles anxieux +

Latitude décisionnelle -

→ troubles de l'humeur chez l'homme +

Support social au travail -

→ troubles de l'humeur +

Latitude décisionnelle +

→ troubles de l'humeur chez l'homme -

Support social au travail +

→ troubles de l'humeur -

*Modèle de l'effort-récompense*

Déséquilibre effort-récompense +

→ troubles de l'humeur chez l'homme +

Récompense -

→ troubles de l'humeur chez l'homme +

Engagement excessif +  
→ troubles de l'humeur +  
Nombre d'heures de travail +  
→ workaholism +

### *Modèle de la justice organisationnelle*

Sens de cohérence +

→ troubles de l'humeur, troubles liés à une substance, suicide -

Violence occupationnelle +

→ troubles de l'humeur, troubles anxieux +

Justice procédurale -

→ troubles psychiatriques chez la femme +

Travail de nuit +

→ troubles anxieux chez la femme +

Travail en contact avec le public +

→ troubles de l'humeur chez la femme +

Dangers sur le lieu du travail +

→ troubles de l'humeur chez la femme, troubles anxieux  
chez l'homme +

Contrat à durée déterminée +

→ troubles anxieux +

### *Autres facteurs de risque liés aux conditions de travail*

Contrat à temps partiel +

→ troubles psychiatriques +

Conflits entre vie professionnelle et vie privée +

→ troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles liés à une substance, workaholism +

Fait d'être en formation dans l'entreprise avant l'embauche +

→ troubles de l'humeur chez la femme -

Variété du travail +

→ troubles de l'humeur, troubles anxieux -

Plaisir au travail -

→ workaholism -

Secteur : éducation, services sociaux, soins de santé, premiers secours +

→ troubles psychiatriques non-psychothiques, workaholism +

Occupations : cadres +

→ workaholism +

Occupations : cadres +

→ troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles liés à une substance -

---

### Facteurs socioprofessionnels

Situation macroéconomique +

→ schizophrénie et autres troubles psychotiques, troubles psychiatriques non-psychothiques

Participation à la force de travail +

→ schizophrénie et autres troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles liés à une substance

Chômage +

→ troubles de l'humeur, troubles anxieux, suicide +

Perte de travail +

→ suicide chez l'homme, troubles liés à l'alcool +

Désincentives économiques +

→ suicide chez sujets sains +

Travail informel +

→ troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles somatoformes +

Désincentives économiques +

→ suicide chez sujets souffrant de troubles psychiatriques -

---

Tableau 2 : Facteurs de risque et de protection associés aux troubles psychiatriques (entre parenthèses). Note : (+) augmentation ; (-) diminution.



#### 4 DISCUSSION

La littérature rassemblée, concentrée dans les deux dernières décennies, présente de multiples limitations. D'abord, en *épidémiologie descriptive*, les données concernant la prévalence des troubles psychiatriques reposent sur des instruments trop approximatifs pour pouvoir conduire à des résultats interprétables dans l'absolu, par exemple l'Inventaire de dépression de Beck ou BDI (Lamberg, et al., 2009; Stankunas, et al., 2006) et l'Échelle de la dépression du Centre d'Études Épidémiologiques ou CES-D (Niedhammer, et al., 2006). Ensuite, en *épidémiologie analytique*, les résultats obtenus sont principalement des associations pour lesquelles des liens de causalité sont difficiles à établir. Enfin, la *méthodologie* utilisée dans les articles retenus présente des limitations en termes de généralisabilité et de fiabilité des résultats. Pour ce qui concerne la généralisabilité, les résultats sont discutables d'un point de vue non seulement spatial mais aussi temporel. En effet, d'un point de vue spatial, nonobstant la limitation de la littérature aux pays développés, les résultats obtenus sont influencés non seulement par les caractéristiques culturelles et les conditions socio-économiques, mais aussi par les classifications des troubles psychiatriques dans les différents pays. Ainsi, dans la plupart des pays, l'association entre suicide et chômage est plus forte chez les jeunes adultes, tandis que au Japon elle augmente chez les personnes âgées. Cela pourrait s'expliquer par la notion culturelle de suicide altruiste des personnes âgées qui craindraient de devenir un poids pour leur familles (Taylor, 2003). De la même manière, la participation au marché du travail des sujets souffrant de schizophrénie en Italie résulte plus élevée grâce à la présence de politiques sociales favorisant leur intégration (Kilian & Becker, 2007). D'un point de vue temporel, les résultats obtenus dans le même pays sont influencés par le changement non seulement des conditions socioéconomiques, mais aussi des définitions et des systèmes de codage des facteurs socioprofessionnels, des versions des classifications et des outils d'évaluations des troubles psychiatriques utilisés par les chercheurs.

## 5 CONCLUSION

Les troubles psychiatriques constituent un problème aux dimensions et coûts croissants. Les facteurs de risque psychosocial au travail ont une importance prouvée dans leur développement et leur évolution. Cette revue de littérature présente les principaux travaux du domaine, dont les résultats ne sont pas toujours faciles à interpréter compte tenu de la fragilité des instruments de mesure utilisés (échelle d'autoévaluation en lieu d'entretien diagnostique standardisé). Nonobstant les multiples limitations, ces résultats confirment les principaux modèles théoriques qui mettent en évidence les conditions de travail et socioprofessionnelles constituant des facteurs de risque dans le développement et l'évolution des troubles psychiatriques:

1. la condition de haute demande environnementale associée à un bas niveau de contrôle (*job strain*), en particulier si associée avec un bas niveau de soutien social (*iso strain*) (modèle de la demande-contrôle-soutien),
2. la condition de déséquilibre entre un effort élevé et une récompense réduite (modèle de l'effort-récompense),
3. la condition de basse justice organisationnelle, en particulier de basse justice procédurale (modèle de la justice organisationnelle).

Par ailleurs, les secteurs d'activité associés à l'augmentation du risque des troubles psychiatriques ont pu être identifiés dans le secteur des affaires pour le workaholism et ceux de l'éducation, des services sociaux et des soins de santé pour les troubles psychiatriques non-psychotiques. Enfin, les occupations nécessitant des compétences élevées (cadres dirigeants et cadres administrateurs) ont pu être associées à une augmentation du workaholism et à une diminution des troubles psychotiques et des troubles psychiatriques non-psychotiques.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

- Agerbo, E. (2005). Effect of psychiatric illness and labour market status on suicide: a healthy worker effect? *J Epidemiol Community Health*, 59(7), 598-602.
- American Psychiatric Association (Ed.). (1996). *DSM-IV. Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*. Paris, France: Masson.
- American Psychiatric Association (Ed.). (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Whashington DC: American Psychiatric Association.
- Aziz, S., & Zickar, M. J. (2006). A cluster analysis investigation of workaholism as a syndrome. *J Occup Health Psychol*, 11(1), 52-62.
- Beellamy, V., Roelandt, J. L., & Caria, A. (2004). *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale en population générale*. Paris (France).
- Benedek, D. M., Fullerton, C., & Ursano, R. J. (2007). First responders: Mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. [Peer Reviewed Journal]. *Annual Review of Public Health*, 28, 55-68.
- Chatterji, P., Alegria, M., Lu, M., & Takeuchi, D. (2007). Psychiatric disorders and labor market outcomes: evidence from the National Latino and Asian American Study. *Health Econ*, 16(10), 1069-1090.
- Chatterji, P., Alegria, M., & Takeuchi, D. (2009). Racial/ethnic differences in the effects of psychiatric disorders on employment. *Atl Econ J*, 37(3), 243-257.
- Chilcott, L. A., & Shapiro, C. M. (1996). The socioeconomic impact of insomnia. An overview. *Pharmacoeconomics*, 10 Suppl 1, 1-14.
- Claussen, B., Bjorndal, A., & Hjort, P. F. (1993). Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. *J Epidemiol Community Health*, 47(1), 14-18.
- Cornwell, K., Forbes, C., Inder, B., & Meadows, G. (2009). Mental illness and its effects on labour market outcomes. *J Ment Health Policy Econ*, 12(3), 107-118.

- Cowell, A. J., Luo, Z., & Masuda, Y. J. (2009). Psychiatric disorders and the labor market: an analysis by disorder profiles. *J Ment Health Policy Econ*, 12(1), 3-17.
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Dewa, C. S., Lin, E., Kooehoorn, M., & Goldner, E. (2007). Association of chronic work stress, psychiatric disorders, and chronic physical conditions with disability among workers. *Psychiatr Serv*, 58(5), 652-658.
- Eliason, M., & Storrie, D. (2009). Job loss is bad for your health - Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss. *Soc Sci Med*, 68(8), 1396-1406.
- Elovainio, M., Kivimaki, M., & Vahtera, J. (2002). Organizational justice: Evidence of a new psychosocial predictor of health. [Peer Reviewed Journal]. *American Journal of Public Health*, 92(1), 105-108.
- Flannery, R. B., Jr., & Flannery, G. J. (1990). Sense of coherence, life stress, and psychological distress: a prospective methodological inquiry. *J Clin Psychol*, 46(4), 415-420.
- Frank, E., & Dingle, A. D. (1999). Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *Am J Psychiatry*, 156(12), 1887-1894.
- Frone, M. R. (2000). Work-family conflict and employee psychiatric disorders: the National Comorbidity Survey. *J Appl Psychol*, 85(6), 888-895.
- Gabriel, P., & Liimatainen, M.-R. (2000). *Mental Health in the Workplace* Geneva, Switzerland: International Labour Organisation.

- Goldney, R. D., Dal Grande, E., Fisher, L. J., & Wilson, D. (2003). Population attributable risk of major depression for suicidal ideation in a random and representative community sample. *J Affect Disord*, *74*(3), 267-272.
- Gore-Felton, C., Gill, M., Koopman, C., & Spiegel, D. (1999). A review of acute stress reactions among victims of violence: Implications for early intervention. [doi: DOI: 10.1016/S1359-1789(98)00002-0]. *Aggression and Violent Behavior*, *4*(3), 293-306.
- Griffin, J. M., Fuhrer, R., Stansfeld, S. A., & Marmot, M. (2002). The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? [doi: DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00109-5]. *Social Science & Medicine*, *54*(5), 783-798.
- Harpaz, I., & Snir, R. (2003). Workaholism: Its definition and nature. *Human Relations*, *56*(3), 291-319.
- Hensing, G., Alexanderson, K., Allebeck, P., & Bjurulf, P. (1996). Sick-leave due to psychiatric disorder: higher incidence among women and longer duration for men. *Br J Psychiatry*, *169*(6), 740-746.
- Hensing, G., Brage, S., Nygard, J. F., Sandanger, I., & Tellnes, G. (2000). Sickness absence with psychiatric disorders--an increased risk for marginalisation among men? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *35*(8), 335-340.
- Holland, D. W. (2007). Work addiction: Costs and solutions for individuals, relationships and organizations. *Journal of Workplace Behavioral Health*, *22*(4), 1-15.
- Huurre, T., Eerola, M., Rahkonen, O., & Aro, H. (2007). Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. [doi: DOI: 10.1016/j.jad.2006.09.019]. *Journal of Affective Disorders*, *100*(1-3), 55-64.

- Johansson, E., Alho, H., Kiiskinen, U., & Poikolainen, K. (2007). The association of alcohol dependency with employment probability: evidence from the population survey 'Health 2000 in Finland'. *Health Econ*, 16(7), 739-754.
- Johnstone, A., & Johnston, L. (2005). The relationship between organizational climate, occupational type and workaholism. *New Zealand Journal of Psychology*, 34(3), 181-188.
- Kanai, A., & Wakabayashi, M. (2001). Workaholism among Japanese blue-collar employees. *International Journal of Stress Management*, 8(2), 129-145.
- Kanai, A., & Wakabayashi, M. (2004). Effects of economic environmental changes on job demands and workaholism in Japan. *Journal of Organizational Change Management*, 17(5), 537-548.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (Eds.). (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York, New York: Basic Books.
- Keita, G. P. (2007). Psychosocial and cultural contributions to depression in women: considerations for women midlife and beyond. *J Manag Care Pharm*, 13(9 Suppl A), S12-15.
- Kessler, R. C., & Frank, R. G. (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol Med*, 27(4), 861-873.
- Kilian, R., & Becker, T. (2007). Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. [Peer Reviewed Journal]. *Journal of Mental Health*, 16(2), 211-222.
- Kivimaki, M., Elovainio, M., Vahtera, M., Virtanen, M., & Stansfeld, S. (2003). Association between organizational inequity and incidence of psychiatric disorders in female employees. [Peer Reviewed Journal]. *Psychological Medicine*, 33(2), 319-326.

- Kouvonen, A. M., Vaananen, A., Vahtera, J., Heponiemi, T., Koskinen, A., Cox, S. J., et al. (2009). Sense of coherence and psychiatric morbidity: A 19-year register-based prospective study. *J Epidemiol Community Health*.
- Lamberg, T., Virtanen, P., Vahtera, J., Luukkaala, T., & Koskenvuo, M. (2009). Unemployment, depressiveness and disability retirement: a follow-up study of the Finnish HeSSup population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.
- Lambert, E. G., Hogan, N. L., & Griffin, M. L. (2007). The impact of distributive and procedural justice on correctional staff job stress, job satisfaction, and organizational commitment. [doi: DOI: 10.1016/j.jcrimjus.2007.09.001]. *Journal of Criminal Justice*, 35(6), 644-656.
- Lancee, W. J., Maunder, R. G., & Goldbloom, D. S. (2008). Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*, 59(1), 91-95.
- Leger, D., Guilleminault, C., Bader, G., Levy, E., & Paillard, M. (2002). Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep*, 25(6), 625-629.
- Loganovsky, K., Havenaar, J., Tintle, N., Guey, L., Kotov, R., & Bromet, E. (2008). The mental health of clean-up workers 18 years after the Chernobyl accident. [Peer Reviewed Journal]. *Psychological Medicine*, 38(4), 481-488.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. L. (Eds.). (2006). *Global Burden of Disease and Risk Factors*. New York, NY/Washington, DC: Oxford University Press/The World Bank.
- Ludermir, A. B., & Lewis, G. (2003). Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38(9), 485-489.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(5), 337-349.

- Melchior, M., Berkman, L. F., Niedhammer, I., Zins, M., & Goldberg, M. (2007). The mental health effects of multiple work and family demands. A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(7), 573-582.
- Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychol Med*, 37(8), 1119-1129.
- Meyrer, R., Demling, J., Kornhuber, J., & Nowak, M. (2009). Effects of night shifts in bipolar disorders and extreme morningness. *Bipolar Disord*, 11(8), 897-899.
- Muntaner, C., Li, Y., Xue, X., Thompson, T., O'Campo, P., Chung, H., et al. (2006). County level socioeconomic position, work organization and depression disorder: a repeated measures cross-classified multilevel analysis of low-income nursing home workers. *Health Place*, 12(4), 688-700.
- Niedhammer, I., Chastang, J. F., David, S., Barouhiel, L., & Barrandon, G. (2006). Psychosocial work environment and mental health: Job-strain and effort-reward imbalance models in a context of major organizational changes. *Int J Occup Environ Health*, 12(2), 111-119.
- North, C. S., Tivis, L., McMillen, J. C., Pfefferbaum, B., Cox, J., Spitznagel, E. L., et al. (2002). Coping, functioning, and adjustment of rescue workers after the Oklahoma City bombing. *J Trauma Stress*, 15(3), 171-175.
- Oates, W. E. (1971). *Confessions of a Workaholic: The Facts about Work Addiction*. New York, NY: World Publishing.
- Ostamo, A., Lahelma, E., & Lonnqvist, J. (2001). Transitions of employment status among suicide attempters during a severe economic recession. *Soc Sci Med*, 52(11), 1741-1750.



- Pal, S., & Saksvik, P. ÿ. (2008). Work-Family Conflict and Psychosocial Work Environment Stressors as Predictors of Job Stress in a Cross-Cultural Study. [doi: DOI: 10.1037/1072-5245.15.1.22]. *International Journal of Stress Management*, 15(1), 22-42.
- Porter, G. (1996). Organizational impact of workaholism: suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *J Occup Health Psychol*, 1(1), 70-84.
- Sandanger, I., Nygard, J. F., Brage, S., & Tellnes, G. (2000). Relation between health problems and sickness absence: gender and age differences--a comparison of low-back pain, psychiatric disorders, and injuries. *Scand J Public Health*, 28(4), 244-252.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., van der Heijden, F. M. M. A., & Prins, J. T. (2009). Workaholism among medical residents: It is the combination of working excessively and compulsively that counts. *International Journal of Stress Management*, 16(4), 249-272.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology: An International Review*, 57(2), 173-203.
- Shimazu, A., & Schaufeli, W. B. (2009). Is workaholism good or bad for employee well-being? The distinctiveness of workaholism and work engagement among Japanese employees. *Ind Health*, 47(5), 495-502.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*, 1(1), 27-41.
- Spence, J. T., & Robbins, A. S. (1992). Workaholism: definition, measurement, and preliminary results. *J Pers Assess*, 58(1), 160-178.

- Stankunas, M., Kalediene, R., Starkuviene, S., & Kapustinskiene, V. (2006). Duration of unemployment and depression: a cross-sectional survey in Lithuania. *BMC Public Health, 6*, 174.
- Stansfeld, S., North, F., White, I., & Marmot, M. (1995). Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London. [Peer Reviewed Journal]. *Journal of Epidemiology & Community Health, 49*(1), 48-53.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Head, J., Ferrie, J., & et al. (1997). Work and psychiatric disorder in the Whitehall II Study. [Journal Peer Reviewed Journal]. *Journal of Psychosomatic Research, 43*(1), 73-81.
- Stansfeld, S. A., & Marmot, M. G. (1992). Social class and minor psychiatric disorder in British Civil Servants: a validated screening survey using the General Health Questionnaire. *Psychol Med, 22*(3), 739-749.
- Stroud, C. B., Davila, J., & Moyer, A. (2008). The relationship between stress and depression in first onsets versus recurrences: a meta-analytic review. *J Abnorm Psychol, 117*(1), 206-213.
- Taanila, A., Rantakallio, P., Koironen, M., Von Wendt, L., & Jarvelin, M. (2005). How do persons with intellectual disability manage in the open labour markets? A follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. [Peer Reviewed Journal]. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*(3), 218-227.
- Taylor, P. (2003). Age labour market conditions and male suicide rates in selected countries. [Peer Reviewed Journal]. *Ageing & Society, 23*(1), 25-40.
- Thiebaut, R., Martin, C., Grabot, D., Verdun-Esquer, C., Gabinski, P., & Tignol, J. (1999). Prevalence and occupational covariates of mood, anxiety disorders, and alcohol dependence in a French ancillary staff population. *Eur Psychiatry, 14*(4), 210-216.

- Virtanen, M., Kivimaki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Kokko, K., & Pulkkinen, L. (2005). Mental health and hostility as predictors of temporary employment: evidence from two prospective studies. *Soc Sci Med*, *61*(10), 2084-2095.
- W. H. Ng, T., Sorensen, K. L., & Feldman, D. C. (2007). Dimensions, Antecedents, and Consequences of Workaholism: A Conceptual Integration and Extension. *Journal of Organizational Behavior*, *28*(1), 111-136.
- Waghorn, G., Chant, D., Lloyd, C., & Harris, M. G. (2009). Labour market conditions, labour force activity and prevalence of psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *44*(3), 171-178.
- Waghorn, G., Chant, D., White, P., & Whiteford, H. (2004). Delineating disability, labour force participation and employment restrictions among persons with psychosis. *Acta Psychiatr Scand*, *109*(4), 279-288.
- Waldenstrom, K., Ahlberg, G., Bergman, P., Forsell, Y., Stoetzer, U., Waldenstrom, M., et al. (2008). Externally assessed psychosocial work characteristics and diagnoses of anxiety and depression. *Occup Environ Med*, *65*(2), 90-96.
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B., & Bonde, J. P. (2005). Occupational risk of affective and stress-related disorders in the Danish workforce. *Scand J Work Environ Health*, *31*(5), 343-351.
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B., & Bonde, J. P. (2006). Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. *Occup Environ Med*, *63*(5), 314-319.
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B., Burr, H., Tuchsén, F., & Bonde, J. P. (2006). Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *J Epidemiol Community Health*, *60*(9), 771-775.

- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B., Burr, H., Tuchsén, F., & Bonde, J. P. (2008). Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. *BMC Public Health*, 8, 280.
- World Health Organization. (2001). *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization. (2003). *Investing in mental health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2007). ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Retrieved 27 January, 2010, from <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
- World Health Organization. (2008a). *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008b). *mhGAP : Mental Health Gap Action Programme : scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.
- World Health Organization. (2008c). Projections of mortality and burden of disease, 2004-2030. Retrieved 12 December, 2009, from [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/projections/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/)
- World Mental Health Survey Consortium. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581-2590.
- Young, E. A., Garfinkel, S. N., & Liberzon, I. (2009). Stress and Anxiety Disorders. In W. P. Donald, P. A. Arthur, E. F. Susan, M. E. Anne & T. R. Robert (Eds.), *Hormones, Brain and Behavior* (pp. 2875-2897). San Diego: Academic Press.

Zwerling, C., Whitten, P. S., Sprince, N. L., Davis, C. S., Wallace, R. B., Blanck, P. D., et al. (2002). Workforce participation by persons with disabilities: the National Health Interview Survey Disability Supplement, 1994 to 1995. *J Occup Environ Med*, 44(4), 358-364.

## 7 ANNEXES

### 7.1 Annexe 1 : Revue de la littérature.

Étude	Données	Population (âge, pays, caractéristiques)	Troubles psychiatrique	Outil d'évaluation	Facteur de risque psychosociaux et modèle théorique	Résultats
(Waghorn, et al., 2009)	Survey of Disability, Ageing and Carers (SDAC) 1998 & 2003	- 15-64 ans - Australia - Employé ou sans emploi (en recherche d'emploi)	- Schizophrénie et autres troubles psychotiques - Troubles de l'humeur - Troubles anxieux	- ICD-10 - Enquête nationale du bureau de statistique	Socioprofessionnels (augmentation de la demande du marché du travail en 2003)	- L'augmentation de la participation à la force de travail chez les sujets souffrant de troubles psychiatriques. - La réduction des sujets en recherche d'emploi chez les sujets sains et ceux souffrant de troubles anxieux. - L'augmentation du travail à temps plein chez les sujets sains. - L'augmentation du travail à temps partiel chez les sujets sains et les sujets souffrant de troubles psychiatriques (hormis ceux souffrant de schizophrénie).
(Meyrer, et al., 2009)	Étude de cas	- 30 ans - Allemagne - Suivi en hôpital de jour	- Troubles de l'humeur (Troubles bipolaires)	dm	Conditions de travail (travail de nuit)	- Le travail de nuit peut déclencher un épisode de crise chez des sujets souffrants de troubles bipolaires.

(Lamberg, et al., 2009)	Health and Social Support (HeSSup) 1998 & 2003	- 20-54 ans - Finlande - Employé ou sans emploi (en recherche d'emploi)	- Troubles de l'humeur	- BDI (Beck's Depression Inventory)	Socioprofessionnels (récession économique au début des années '90)	- La prévalence des troubles dépressifs est plus élevée chez les sujets sans emploi pour une longue période (2.6-14.2%) ou pour une courte période (3.3-17.9%) que chez les sujets employés (1.4-7.1%).  - La prévalence d'entrée en retraite est plus élevée chez les sujets sans emploi pour une longue période (6.7%) ou pour une courte période (4.8%) que chez les sujets employés (1.9%).
(Kouvonen, et al., 2009)	- Still Working Study, 1986 - National Hospital Discharge Register, 2006 - National Death Registry, 2006	- 18-65 ans (1986) - Finlande - Employés dans une compagnie multinationale travaillant dans le secteur forestale	- Troubles psychiatriques - Suicide	- Antonovsky's Orientation to Life Questionnaire	Conditions de travail (sens de cohérence)	- La probabilité d'entrer en retraite est plus élevée chez les sujets sans emploi pour une courte période (OR=2.82) ou pour une courte période (OR=2.24) que chez les sujets employés.  - L'association entre sens de cohérence élevé et diminution du risque de troubles psychiatriques (troubles de l'humeur et troubles liés à une substance) et du suicide d'environ 40% .
(Eliason & Storrie, 2009)	- Hospital Discharge Register, 1983-89	- 20-64 ans - Suède	- Troubles liés à une substance (alcohol)	- ICD-8/9/10	Socioprofessionnels (perte de travail)	- La perte de travail est associée à l'augmentation d'hospitalisations dues aux troubles liés à une substance

1983-89	-	Employés dans tous établissements d'au moins 10 employés et ayant fermé entre 1987 et 1988	-	Suicide	-	(alcool) chez les employés hommes et femmes.  - La perte de travail est associée à l'augmentation d'hospitalisations dues aux tentatives de suicides chez les employés hommes.
(Cowell, Luo, & Masuda, 2009)	-	National Epidemiological Survey on Alcoholism and Related Conditions (NESARC) 2001/2002	-	18 ans ou plus	-	DSM-IV
	-	États-Unis et Canada	-	Troubles de l'humeur	-	AUDADIS –IV (Alcohol Use Disorders and Associates Disabilities Interview Schedule – DSM-IV)
	-	Pas institutionnalisés	-	Troubles anxieux	-	Conditions de travail (participation à la force de travail)
	-		-	Troubles liés à une substance	-	L'association entre troubles psychiatriques et les résultats dans le marché du travail (probabilité de participer à la force de travail, de travailler à temps plein, et d'avoir un emploi) diffère par genre.
	-		-	Troubles des conduites	-	Chez les hommes, les troubles de l'humeur sont associés à une forte réduction des probabilités de participer à la force de travail (OR=0.56) et de travailler à temps plein (OR=0.43). Les troubles anxieux ne sont pas associés à une réduction des résultats dans le marché du travail. Les troubles des conduites sont associés à une réduction de la probabilité de participer à la force de travail (OR=0.65).
	-		-		-	Chez les femmes, les troubles de l'humeur sont associés à une forte réduction des probabilités de participer à la force de travail (OR=0.71), et d'avoir un emploi (OR=0.51). Les troubles anxieux sont associés à une



réduction des probabilités de travailler à temps plein (OR=0.76).

- La co-présence de plusieurs troubles psychiatriques est associée à une diminution accrue des résultats dans le marché du travail (hormis l'association entre troubles de l'anxiété-substance).

Chez les hommes, l'association entre troubles de l'humeur-anxiété-substance est liée à une réduction de la probabilité d'avoir un emploi (OR=0.25). L'association entre troubles des conduites-substance-humeur ou conduites-substance-anxiété est liée à une réduction de la probabilité de travailler à temps plein (OR=0.38), et d'avoir un emploi (OR=0.28).

Chez les femmes, l'association entre troubles de l'humeur-anxiété est liée à une réduction de la probabilité de participer à la force de travail (OR=0.48). L'association entre troubles de l'anxiété-substance est liée à une augmentation de la probabilité de participer à la force de travail (OR=0.3.27)

(Cornwell, et al., 2009) National Survey of Mental Health and Wellbeing of Adults (SMHWB) - 18-65 ans - Australie - Troubles de l'humeur - Troubles  
Conditions de travail (participation à la force de travail) - ICD-10

Adults (SMHWB) 1997	- Population	anxieux	de participer à la force de travail (diminution de 5% pour les troubles anxieux et de moins que 5% pour les troubles de l'humeur) (hormis pour les troubles liés à une substance), d'avoir un emploi (diminution de 2% pour les troubles de l'humeur et les troubles liés à une substance) (hormis pour les troubles anxieux), et de travailler dans un poste nécessitant des compétences élevés (diminution de 9% pour les troubles liés à une substance, de 7% pour les troubles de l'humeur, et de 5% pour les troubles anxieux).
-	-	Troubles liés à une substance	-
(Chatterji, Alegria, & Takeuchi, 2009)	National Institute of Mental Health (NIMH) Collaborative Psychiatric	- 18-65 ans - États-Unis - Employé ou sans	- La co-présence de plusieurs troubles psychiatriques est associée à une diminution accrue de la probabilité de participer à la force de travail (diminution de 1.3% par chaque trouble psychiatrique), d'avoir un emploi (diminution de 1% par chaque trouble psychiatrique), et de travailler dans un poste nécessitant des compétences élevés (diminution de 5% par chaque trouble psychiatrique).  - Conditions de travail (participation à la force de travail)
-	DSM-IV	- Troubles de l'humeur	- La présence de troubles psychiatriques est associée à une diminution de la probabilité d'avoir un emploi.
-	WMH-CIDI (World Health Organization Composite	- Troubles anxieux	-

Epidemiological Studies (CPES)	emploi	anxieux - Troubles liés à une substance	International Diagnostic Interview)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'association entre troubles psychiatriques et probabilité d'avoir un emploi diffère par genre et minorité d'appartenance.</li> </ul> <p>Chez les hommes, l'effet majeur est dû aux troubles de l'humeur et aux troubles anxieux. Chez les minorités asiatiques et africaines, à cela s'ajoutent aussi les troubles liés à une substance.</p> <p>Chez les femmes, l'effet majeur est dû aux troubles de l'humeur. Chez les minorités latines, à cela s'ajoutent aussi les troubles anxieux.</p>
(Wieclaw, et al., 2008)	Danish Psychiatric Central Research Register, 1995-98	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 18-65 ans</li> <li>- Danemark</li> <li>- Patients hospitalisés</li> </ul>	ICD-10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conditions de travail (job strain, travail en contact avec les gens, demande émotionnelle, demande au travail)</li> </ul> <p>Modèle effort-récompense</p> <p>L'association entre les conditions de travail (job strain, travail en contact avec les gens, demande émotionnelle, demande au travail) et les troubles psychiatriques (troubles de l'humeur et troubles anxieux) diffère par genre.</p> <p>Chez les hommes, l'augmentation du risque de troubles de l'humeur est associée à l'augmentation du job strain.</p> <p>Chez les femmes, l'augmentation du risque de troubles de l'humeur est associée à l'augmentation du</p>

travail en contact avec les gens et de la demande émotionnelle.

Chez les hommes et les femmes, la diminution du risque de troubles anxieux est associée à l'augmentation de la demande au travail.

(Waldenstrom, et al., 2008)	Troubles psychiatriques, travail, et relations (PART-study), 1998-2000	-	20-64 ans	-	Troubles de l'humeur	-	DSM-IV	Conditions de travail (support social au travail)	-	L'association entre l'augmentation des troubles de l'humeur et la diminution du support des collègues et superviseurs (OR=6.4), et des caractéristiques du travail (OR=2.8).
(Loganovsky, et al., 2008)	Ukraine World Mental Health (WMH) Survey, 1986 & 1990	-	dm	-	Troubles de l'humeur	-	CIDI (Composite International Diagnostic Interview)	Conditions de travail (désastre humain)	-	L'association entre l'augmentation des troubles de l'humeur et des troubles anxieux chez les travailleurs dans les travaux de déblaiement.
		-	Ukraine	-	Troubles anxieux	-			-	
		-	Employés dans les travaux de déblaiement au moment de l'explosion de la centrale nucléaire de Chernobyl en 1986	-	Troubles liés à une substance	-			-	L'association entre les troubles de l'humeur et l'état de stress post-traumatique, et l'augmentation d'absences au travail.
(Lancee, et al., 2008)	Dm	-	dm	-	Troubles de l'humeur	-	DSM-IV	Conditions de travail (désastre naturel)	-	Absence de changement dans la prévalence de troubles psychiatriques.
		-	Canada	-	Troubles anxieux	-	SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV)		-	L'association entre troubles psychiatriques et précédents psychiatriques, expérience dans le secteur du soin de santé (basse), formation (basse) et support (has)
		-	Employés dans le secteur du soin de la santé au moment de l'épidémie de SARS en 2003	-	Troubles liés à une substance	-	CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale)		-	
		-	État de stress	-	État de stress	-			-	

	SARS en 2003	post-traumatique				
(Melchior, Caspi, et al., 2007)	- 3-32 ans - Nouvelle-Zélande - dm	- Troubles de l'humeur (Troubles dépressifs) - Troubles anxieux (Anxiété généralisée)	- DSM-III/III-R/IV - DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children) - DIS (Diagnostic Interview Schedule)	Conditions de travail (demande au travail, latitude décisionnelle, support social, et demande physique) <b>Modèle de Karasek</b>	- L'association entre troubles psychiatriques (troubles dépressifs et anxiété généralisée) et l'augmentation de la demande au travail (volume élevé et temps réduit), chez les hommes (OR=2.00) et les femmes (OR=1.90).  - L'association augmente s'il y a co-présence de plusieurs facteurs des stress au travail (demande élevée, latitude décisionnelle baisse, support social bas, et demande physique élevée), chez les hommes (OR=6.32) et les femmes (OR=2.10).	support (bas).
(Melchior, Berkman, et al., 2007)	- 41-56 ans - France - Employés chez EDF et GDF, 1995-2003	- Troubles psychiatriques non-psychotiques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles liés à une substance)	- ICD-9	Conditions de travail (demande au travail) <b>Modèle de Karasek</b>	- L'association entre l'augmentation de la demande sur le lieu de travail et à la maison, et l'augmentation d'absences au travail dû aux troubles psychiatriques non-psychotiques (spécialement aux troubles dépressifs), chez les hommes (RR=1.82) et les femmes (RR=5.04).  - L'association augmente s'il y a co-présence de plusieurs facteurs des stress (demande sur le lieu de travail et à la maison), chez les hommes (RR=3.55) et les femmes (RR=6.58).	

(Kilian & Becker, 2007)	Mental Health Economics European Network Phase I	- - - - - - - -	18-65 ans Allemagne, Australie, Danemark, Espagne, États-Unis, France, Italie, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni Patients souffrant de schizophrénie et autres troubles psychotiques	- - - - - - - -	Schizophrénie et autres troubles psychotiques	dm	Socioprofessionnels (demande du marché de travail, désincentives économiques, richesse du pays)	- - - - - - - -	L'association positive entre le taux d'emploi chez les sujets qui souffrent de schizophrénie et ceux sains, dans la majorité des pays (hormis l'Italie, où le taux d'emploi des sujets souffrant de schizophrénie est plus élevé que ce des sujets sains). L'association négative entre participation à la force de travail chez les sujets souffrant de schizophrénie et désincentives économiques (aides sociaux, réduction d'impôts). Pas d'association entre participation à la force de travail chez les sujets souffrant de schizophrénie et richesse du pays. L'association entre troubles liés à l'alcool et la diminution de la probabilité de travailler à temps plein ou partiel, chez les hommes (moins 14%) et les femmes (moins 11%). L'association augmente s'il y a co-présence de facteur de risque socioprofessionnels (récession économique, aides sociaux), chez les hommes (moins 50%) et les femmes (moins 40%).
(Johansson, Alho, Kiiiskinen, & Poikolainen, 2007)	Health 2000	- - -	plus que 30 ans Finlande Population entière	- - -	Troubles liés à une substance (alcool)	DSM-IV CIDI (Composite International Diagnostic Interview)	Conditions de travail (participation à la force de travail)	- - -	L'association entre troubles liés à l'alcool et la diminution de la probabilité de travailler à temps plein ou partiel, chez les hommes (moins 14%) et les femmes (moins 11%). L'association augmente s'il y a co-présence de facteur de risque socioprofessionnels (récession économique, aides sociaux), chez les hommes (moins 50%) et les femmes (moins 40%).
(Dewa, Lin, Koochoorn, &	Canadian Community Health	-	18-64 ans	-	Troubles de l'humeur	DSM-IV	Conditions de travail (stress au travail)	-	L'association entre stress chronique au travail et troubles

Goldner, 2007)	Survey 1.2 (CCHS 1.2), 2002	-	Canada	l'humeur	(stress au travail)	psychiatriques.
		-	Employés au cours de la dernière année	- Troubles anxieux		- L'association augmente s'il y a co-présence de maladies somatiques.
		-		- Troubles liés à une substance		
(Chatterji, Alegria, Lu, & Takeuchi, 2007)	National Latino and Asian American Study (NLAAS), 2002-3	-	Plus que 18 ans	- Troubles de l'humeur	Conditions de travail (participation à la force de travail)	- La présence de troubles psychiatriques est associée à une diminution de la probabilité d'avoir un emploi et à l'augmentation d'absences au travail.
		-	États-Unis	- Troubles anxieux	DSM-IV	
		-	Population non hospitalisée	- Troubles liés à une substance (alcool, drogue)	WMH-CIDI (World Mental Health survey initiative – Composite International Diagnostic Interview)	- Chez les minorités asiatiques l'association est moindre.
		-		- Troubles des conduites alimentaires		
(Benedek, et al., 2007)	Revue de littérature	-	dm	- Troubles de l'humeur	Socioprofessionnels (désastres naturels et humains)	- L'association entre désastre naturel (épidémie) et l'augmentation d'absences au travail.
		-	dm	- Troubles anxieux		
		-	Employé en santé publique et protection publique (pompiers, gendarmes, responsable de l'enlèvement des restes humains, déblayeurs)	- Troubles liés à une substance		- L'association entre désastre humain et l'augmentation des troubles de l'humeur (troubles dépressifs), troubles liés à une substance (alcool), et état de stress post-traumatique.
		-		- État de stress post-traumatique		
(Wieclaw, Agerbo,	Danish Psychiatric Central Research	-	18-65 ans	- Troubles de l'humeur	Conditions de travail (violence)	- L'association entre violence occupationnelle et

Mortensen, Burr, et al., 2006)	Register	-	Danemark	-	l'humeur	l'augmentation de risque de troubles de l'humeur et de troubles anxieux.
		-	Employés avec un premier diagnostic psychiatrique, 1995-8	-	Troubles anxieux	- L'association entre dangers sur le lieu du travail et l'augmentation de risque de troubles de l'humeur et de troubles anxieux.
		-		-		- L'association diffère par genre.
						Chez l'homme, l'association est plus élevée pour les troubles anxieux que pour les troubles de l'humeur.
						Chez la femme, l'association est plus élevée pour les troubles de l'humeur que pour les troubles anxieux.
		-		-		- L'association diffère par secteur.
						L'association augmente dans les secteurs avec risque élevé de violence occupationnelle et de dangers sur le lieu du travail (soin de santé, éducation, travail social, et services à la personne).
(Wieclaw, Agerbo, Mortensen, & Bonde, 2006)	Danish Psychiatric Central Research Register	-	18-65 ans	-	Troubles de l'humeur	Conditions de travail (secteur)
		-	Danemark	-		- L'association entre le fait d'être employé dans les secteurs qui comportent un contact humain et l'augmentation de risque de troubles de l'humeur et de troubles anxieux.
		-	Employés dans les secteurs qui	-	Troubles anxieux	
						ICD-10



comportent un contact humain, avec un premier diagnostic psychiatrique, 1995-8

troubles anxieux.

- L'association diffère par genre et elle est plus élevée chez les hommes (RR=1.49 pour les troubles de l'humeur et anxieux) que chez les femmes (RR=1.35 pour les troubles de l'humeur et RR=1.18 pour les troubles anxieux).
- L'association diffère par occupation.

Dans les secteurs de l'éducation (enseignant à la maternelle, enseignant à l'école primaire), des services sociaux (assistants sociaux) et du soin de santé (aides-soignants), l'association augmente pour les troubles de l'humeur et les troubles anxieux.

Dans le secteur du soin de santé (docteurs, infirmiers, sages-femmes) l'association augmente pour les troubles anxieux.

(Stankunas, et al., 2006)

Dm

- 18-65 ans
- Lituanie
- Population au chômage de courte durée (moins que 12 mois) et de longue durée (au moins 12 mois), 2005

- Troubles de l'humeur

BDI (Beck Depression Inventory)

Socioprofessionnels (chômage)

- L'association entre chômage et l'augmentation de risque de troubles de l'humeur.
- L'association diffère par durée du chômage et augmente chez les chômeurs de longue durée.

Chez les chômeurs de courte durée, l'association augmente avec le sexe (femme), l'âge

12 mois), 2005

(plus âgé) et le numéro d'épisodes de chômage (élevé).

Chez les chômeurs de longue durée, l'association augmente avec l'âge (plus âgé).

- L'association diffère par caractéristiques socioprofessionnelles (éducation, revenu).

L'association diminue chez les chômeurs de longue ou courte durée avec un niveau d'éducation et un revenu élevé.

(Niedhammer, et al., 2006)

dm

- dm
- France et 100 autres pays
- Employés dans une compagnie qui distribue des publications, 1999-2001

- Troubles psychiatriques
- Troubles de l'humeur (Troubles dépressifs)

GHQ-12 (General Health Questionnaire – 12 items)  
CES-D (Center for Epidemiologic Studies – Depression scale)

Conditions de travail (job strain, déséquilibre effort-récompense, latitude décisionnelle, récompense, support social, engagement excessif)

- L'association diffère par genre.

Chez les hommes, l'association augmente avec l'augmentation du job strain et du déséquilibre effort-récompense, et la diminution de la latitude décisionnelle et de la récompense.

Modèle de Karasek

Modèle effort-récompense

Chez les femmes, l'association augmente avec la diminution du support social au travail.

Chez les hommes et les femmes, l'association augmente avec l'augmentation de

(Wieclaw, et al., 2005)	Danish Psychiatric Central Research Register	- 18-65 ans - Danemark - Employés avec un premier diagnostic psychiatrique, 1995-8	- Troubles de l'humeur - Troubles anxieux	- ICD-10	Conditions de travail (occupation)	- L'association entre occupation et risque de troubles de l'humeur et de troubles anxieux. - L'association diffère par genre et occupation. Chez les hommes, l'association est négative (RR=0.50-0.56). Chez les femmes, l'association est positive (RR=1.20-1.58), spécialement dans les secteurs de l'éducation (RR=1.58) et de la santé (RR=1.53).	l'engagement excessif au travail.
(Virtanen, et al., 2005)	Work and Health in Finnish Hospital study, 1998 & 2000	- dm - Finlande - Employés hospitaliers en contrat à temps déterminé ou indéterminé	- Troubles psychiatriques	dm	Conditions de travail (durée du contrat)	Chez les hommes et les femmes, l'association augmente dans les secteurs des services sociaux (assistants sociaux) et du soin de santé (professionnels qui s'occupent des personnes souffrant d'un handicap mental ou moteur) (RR=2.09 pour les hommes, RR=1.72 pour les femmes). L'association entre trouble psychiatrique et le fait de rester avec un contrat à temps déterminé (OR=2.4)	

-	8-42 ans						
Jyväskylä Longitudinal Study of Personality and Social Development, 1968 & 1987 & 2002	- Finlande - Enfants scolarisés	-	Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence (Troubles anxieux)				- L'association entre anxiété chez l'enfant et le fait de rester avec un contrat à temps déterminé chez l'adulte (OR=2.8).
(Taamila, et al., 2005)	Northern Finland 1966 Birth Cohort, 1966 & 1980 & 1997 & 2000	- 1-34 ans - Finlande - Population	- Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence (Retard mental)	dm	Conditions de travail (chômage)		- L'association entre retard mental et l'augmentation du chômage et de la durée du chômage. - L'association entre retard mental et l'augmentation du travail en occupation à bas niveau de compétences (travail manuel). - L'association entre retard mental et l'augmentation des hospitalisations (plus que double) et de la durée des hospitalisations (plus que quadruple).
(Agerbo, 2005)	- Danish Medical Register on Vital Statistics - Danish Population de suicidés entre 1968-2000	- 25-60 ans - Danemark - Population de suicidés entre 1968-2000	- Suicide	- ICD 8/10	Conditions de travail (chômage, désincentives économiques)		- L'association positive entre suicide chez les personnes saines et chômage (RR=1.67), aides sociaux (RR=3.12), allocation aux adultes handicapés (RR=1.34) ou

Psychiatric Central Register	1982-1997								<p>marginalisation dans le marché du travail (RR=1.75), par rapport aux personnes employées.</p> <p>- L'association négative entre suicide chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques et chômage (RR=0.60), aides sociaux (RR=0.41), allocation aux adultes handicapés (RR=0.70) ou marginalisation dans le marché du travail (RR=0.86), par rapport aux personnes employées.</p>
(Waghorn, et al., 2004)	Survey of Disability, Ageing and Carers, Australia 1998	- 15-65 ans - Australie - Population en maison médicalisée	- Schizophrénie et autres troubles psychotiques	- ICD-10	Socioprofessionnels (participation à la force de travail, chômage)				<p>- L'association entre schizophrénie et diminution de la probabilité de participer dans le marché de travail (75,2%), d'avoir un emploi (21.1%) et d'être à la recherche d'emploi (3.7%).</p> <p>- La prévalence de personnes souffrant de schizophrénie augmente dans le secteur privé, dans les postes d'employé, avec un volume de travail de 1-15 heures par semaine.</p>
(Marwaha & Johnson, 2004)	Revue de littérature	- dm - Royaume-Uni et autres pays - Personnes souffrant de schizophrénie	- Schizophrénie et autres troubles psychotiques	- dm	Socioprofessionnels (participation à la force de travail)				<p>- L'association entre schizophrénie et diminution de la probabilité d'avoir un emploi (10-20%), par rapport à la population générale (75-80%).</p> <p>- La diminution de la probabilité d'avoir un emploi chez les</p>

schizophrénie

personnes souffrant de schizophrénie au cours des dernières 50 années.

- L'augmentation de la probabilité d'avoir un emploi chez les personnes souffrant de schizophrénie et présentant certaines caractéristiques socioprofessionnelles (marié, propriétaire, habitant une zone rurale), fonctionnelles avant la maladie (contacts sociaux, expériences de travail précédentes), cliniques (symptômes réduit), cognitives (mémoire, attention, fonctions frontales).

- L'association entre le fait d'avoir un travail et les améliorations chez les personnes souffrant de schizophrénie dans le domaine fonctionnel (contacts sociaux augmentés), clinique (re-hospitalisations diminuées), de la qualité de vie, et de l'estime de soi.

(Taylor, 2003) - World Health Statistics - dm - Socioprofessionnels (chômage) - dm - Suicide

- 20 pays (Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, États-Unis, Finlande,

- L'association diffère par âge.

Chez les employés jeunes et adultes, l'association est plus forte que chez les employés âgés (hormis les États-Unis et le

Japon).

France, Grèce,  
Irlande, Italie,  
Japon, Pays-Bas,  
Nouvelle-  
Zélande, Norvège,  
Portugal,  
Royaume-Uni,  
Suède, Suisse)

- Population  
masculine de  
suicidés, 1975-  
1995

(Ludermir &  
Lewis, 2003)

Socioprofessionnels  
(travail informel)

DSM-III

SRQ-20 (Self-  
Reporting  
Questionnaire 20  
items)

Troubles de  
l'humeur

-

Plus que 15 ans

-

dm

(Ludermir &  
Lewis, 2003)

-

La prévalence de troubles  
psychiatriques (troubles de  
l'humeur, anxieux et  
somatoformes) est plus élevée  
chez les employés dans le  
marché de travail informel  
(OR=2.09), les chômeurs  
(OR=2.12) et les personnes qui  
ne participent pas au marché du  
travail (OR=2.97), que chez les  
employés dans le marché du  
travail formel.

(Kivimaki, et  
al., 2003)

Work and Health  
in Finnish  
hospitals personnel

20-63 ans  
Finlande

-

Troubles  
psychiatriques

-

GHQ-12 (General  
Health Questionnaire  
- 12 items)

Conditions de travail  
(justice  
organisationnelle)

-

L'association entre survenue de  
troubles psychiatriques et  
diminution de la justice  
procédurale (OR=1.9).

Employées dans  
le milieu  
hospitalier, 1998  
& 2000

-

Troubles  
psychiatriques

-

Modèle de justice  
organisationnelle

Modèle de justice  
organisationnelle

-

L'association entre survenue de  
troubles psychiatriques et  
justice relationnelle n'est pas  
significative.

(Zwerling, et  
al., 2002)

National Health  
Interview Survey,  
1994-5

dm

Troubles  
psychiatriques

dm

Socioprofessionnels  
(chômage)

-

L'association négative entre les  
troubles psychiatriques et le  
chômage (hormis les troubles

1994-5	- États-Unis	-	liés à une substance, alcool OR=1.30)
	- Population	-	L'association négative diffère selon le trouble.
			L'association est élevée pour la schizophrénie (OR=0.24) et les troubles psychotiques (OR=0.34).
			L'association est moyenne pour les troubles de l'humeur (OR=0.60 pour le trouble bipolaire, OR=0.59 pour le trouble dépressif majeur) et les troubles de la personnalité (OR=0.57).
			L'association n'est pas significative pour les troubles liés à une substance (drogue).
(North, et al., 2002)	Dm	- Xx-xx ans	Conditions de travail
		- États-Unis	(désastre humain)
		- Pompiers et survivant à l'acte de terrorisme, Oklahoma, 1995	DIS (National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule)
			- La prévalence d'état de stress post-traumatique est plus élevée chez les victimes (23%) que chez les pompiers (13%).
			- La prévalence de troubles liés à une substance (alcool) est plus élevée chez les pompiers (2.5%) que chez les victimes (10%).
			- La prévalence de troubles liés à une substance (alcool) est reste constante chez les pompiers même avant et après le désastre.
(Leger, et al., 2002)	SOFRES	- dm	L'association entre insomnie primaire et l'augmentation de
		- Troubles du sommeil	Conditions de travail (performance)



2002)	- France - Population	(Insomnie primaire)	(performance)	- l'absentéisme (OR=2.8) et des accidents au travail, et la diminution de la performance.
(Elovainio, et al., 2002)	- Work and Health in Finnish hospitals personnel - 19- 63 ans - Finlande - Employés dans le secteur hospitalier, 1998	- Troubles psychiatriques mineurs	- GHQ-12 (General Health Questionnaire – 12 items)	- L'association entre troubles psychiatriques et diminution de la justice organisationnelle (procédurale et relationnelle) (OR=1.7-2.4). - L'association diffère par genre et elle n'est pas significative chez les hommes.
(Ostamo, et al., 2001)	- WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide - Plus que 15 ans - Finlande - Population ayant effectué une tentative de suicide entre 1989-1994	- Suicide	- Socioprofessionnels (récession économique)	- L'association entre risque de tentative de suicide et chômage. - L'association diffère par genre et elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.
(Sandanger, Nygard, Brage, & Tellnes, 2000)	- Plus que 18 ans - Norvège - Population, 1989-91	- Troubles de l'humeur - Troubles anxieux - Troubles somatoformes	- ICD-10 - CIDI (Composite International Diagnostic Interview)	- Pas d'association entre l'augmentation du pourcentage de chômeurs dans le temps et les pourcentages des tentatives de suicide (augmentation, plateau, diminution). - La prévalence des troubles psychiatriques au travail (22.2% chez les femmes, 8.3% chez les hommes) est plus élevée que la prévalence des absences au travail dû aux troubles psychiatriques (1.20% chez les femmes, 0.78% chez les hommes). - La prévalence des troubles psychiatriques au travail ne

diffère pas selon l'âge (15.2% chez les employés jeunes, 15.9% chez les employés âgés)

- L'association entre troubles psychiatriques et absentéisme.
  - L'association diffère par genre et elle est plus élevée chez les femmes (OR=1.7) que chez les hommes.
  - La prévalence des absences au travail dues aux troubles psychiatriques est 1,46%.
  - Le nombre des absences au travail dues aux troubles psychiatriques est presque double chez les femmes.
  - La durée des absences au travail dues aux troubles psychiatriques est plus élevée chez les hommes (hormis pour les troubles liés à une substance).
  - La prévalence diffère par diagnostic.
- La prévalence des absences est plus élevée pour les troubles de l'humeur (55.7% chez les hommes, 69.2% chez les femmes), que pour les troubles anxieux (11.8% chez les hommes, 10.4% chez les femmes), les troubles liés à une substance (9.8% chez les

(Hensing, et al., 2000)	National Sickness Benefit Register (NSBR)	- Plus que 16-66 ans - Norvège	- Schizophrénie et autres troubles psychotiques - Troubles de l'humeur	- ICPC (International Classification in Primary Care)	Conditions de travail (participation à la force de travail)
		- Population, 1994	- Troubles liés à une substance		

hommes, 1.2% chez les femmes), et la schizophrénie (5.6% chez les hommes, 3.4% chez les femmes).

- La prévalence diffère par genre.

Chez les hommes, la prévalence d'absences dues aux troubles liés à une substance (OR=0.78) est plus élevée que chez les femmes.

Chez les femmes, l'augmentation du risque d'absences dues à la schizophrénie (OR=1.15) et aux troubles de l'humeur et anxieux (OR=2.08) est plus élevée que chez les hommes.

(Frone, 2000) National Comorbidity Survey (NCS), 1990-2

- 18-54 ans
- États-Unis
- Employés mariés ou habitant avec un enfant de moins de 18 ans
- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Troubles liés à une substance
- DSM-III-R
- CIDI (Composite International Diagnostic Interview)
- Conditions de travail (conflits entre vie professionnelle et vie privée)

- L'association entre conflits entre vie professionnelle et vie privée et troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, et troubles liés à une substance).

- L'association diffère par sens du conflit et elle est plus élevée pour les conflits entre vie privée – vie professionnelle que pour ceux entre vie professionnelle – vie privée.

L'association entre conflits vie professionnelle-vie privée et les troubles de l'humeur (OR=3.13), troubles anxieux

(Thiebaut, et al., 1999)	dm	-	dm	-	Troubles de l'humeur	-	DSM-III-R	Conditions de travail (formation au début du travail, tâche de nettoyage des chambres des malades, travail de nuit)	La prévalence des troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, et troubles liés à une substance) au travail est 33.9%. - L'association entre la diminution des troubles de l'humeur et le fait d'être en formation au début du travail ou la tâche de nettoyage des chambres des malades (facteurs de protection).	(OR=2.46), et troubles liés à une substance (OR=1.99).  L'association entre conflits vie privée-vie professionnelle et les troubles de l'humeur (OR=29.66), troubles anxieux (OR=9.49), et troubles liés à une substance (OR=11.36).
(Frank & Dingle, 1999)	Women Physicians' Health Study	-	30-70 ans	-	Suicide	-	dm	Conditions de travail (nombre d'heures, plaisir, contrôle au travail)	- L'association entre l'augmentation des troubles anxieux et le travail de nuit (facteur de risque).  - La prévalence des troubles de l'humeur est comparable chez les femmes médecins (19.5%) et la population féminine générale (7-25%).  - La prévalence des suicides est mineure chez les femmes médecins (1.5%) que chez la population féminine générale (4.2%).	
		-	États-Unis	-	Troubles de l'humeur	-				
		-	Femmes médecins listées dans le registre des médecins de l'AMA (American Medical	-		-				

Association),  
1996-7

(4.2%).

- L'association entre l'augmentation des troubles de l'humeur et l'augmentation du nombre d'heures de travail et du stress au travail, et la diminution du plaisir et du contrôle au travail (facteurs de risque).

(Stephen A. Whitehall II Study, - GHQ-30 (General  
Stansfeld, et 1985-8 & 1989 & Health Questionnaire  
al., 1997) 1991-3 1991-3 - 35-55 ans - Troubles  
- Royaume-Uni psychiatriques  
- Employés dans l'administration publique)

- L'association entre l'augmentation des troubles psychiatriques et l'augmentation de la demande au travail (facteur de risque).

Chez les femmes, l'association entre l'augmentation des absences dues aux troubles psychiatriques et l'augmentation de la demande au travail.

#### Modèle de Karasek

- L'association entre la diminution des troubles psychiatriques et des absences dues aux troubles psychiatriques, et l'augmentation du support social au travail (facteur de protection).

- Pas d'association entre troubles psychiatriques et latitude décisionnelle.

Chez les hommes, l'association entre la diminution des absences dues aux troubles

psychiatriques et l'augmentation de la latitude décisionnelle (facteur de protection).					
- L'association entre troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles liés à une substance) et absences ou la diminution de la performance au travail.	Conditions de travail (performance)	DSM-III-R CIDI (Composite International Diagnostic Interview)	- Troubles de l'humeur - Troubles anxieux - Troubles liés à une substance	- 15-54 ans - États-Unis - Population non institutionnalisées	National Comorbidity Survey (NCS), 1990-2
- L'association diffère par trouble et elle est plus élevée pour les troubles de l'humeur.					
- L'association augmente s'il y a co-présence de plusieurs troubles psychiatriques.					
- L'association entre troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles liés à une substance) et la diminution de la performance au travail diffère par occupation et elle est plus élevée chez les professions libérales.					
- Le nombre des absences au travail dues aux troubles psychiatriques est plus élevé chez les femmes.	Conditions de travail (participation à la force de travail)	dm	Schizophrénie et autres troubles psychotiques	- 16-64 ans - Suède - Employés avec au moins une absence au travail due aux troubles psychiatriques	Sick-leave registration project, 1985-7
- La durée des absences au travail dues aux troubles psychiatriques est plus élevée chez les hommes.	Socioprofessionnels (augmentation de la demande du marché)		Troubles de l'humeur		

(Chilcott & Shapiro, 1996)	Revue de littérature	dm	dm	psychiatriques	- Troubles anxieux - Troubles liés à une substance	dm	demande du marché)	chez les hommes. - Chez les jeunes employés, l'augmentation de la durée des absences au travail dues aux troubles psychiatriques. - L'association entre troubles du sommeil (Insomnie primaire) et l'augmentation des absences au travail. - L'association entre troubles du sommeil (Insomnie primaire) et la diminution des performances au travail (besoin de pauses pour dormir, accidents, tensions entre collègues).
(S. Stansfeld, et al., 1995)	Whitehall II Study, 1985-8 & 1989 & 1991-3	35-55 ans Royaume-Uni Employés dans l'administration publique	dm	dm	- Troubles de l'humeur - Troubles anxieux	GHQ-30 (General Health Questionnaire – 30 items)	Conditions de travail (demande au travail, support social, contrôle, variété du travail, utilisation des compétences au travail)	- L'association entre l'augmentation des troubles psychiatriques (troubles de l'humeur et troubles anxieux) et l'augmentation de la demande au travail (facteur de risque). - L'association entre la diminution des troubles psychiatriques (troubles de l'humeur et troubles anxieux) et l'augmentation du support social, du contrôle, de la variété du travail, et de l'utilisation des compétences au travail (facteur de protection).
(Claussen, et al., 1993)	dm	17-63 ans Norvège	dm	dm	- Troubles de l'humeur - Troubles	DSM-III GHQ-30 (General Health Questionnaire)	Socioprofessionnels (chômage)	- La prévalence des troubles psychiatriques (troubles de l'humeur et troubles anxieux) chez les chômeurs de longue

-	Personnes au chômage de longue durée (plus que 12 semaines), 1988-90	anxieux	- 30 items)	durée est 4-10 fois plus élevée que chez les employés.
(S. A. Stansfeld & Marmot, 1992)	- Whitehall II Study, 1985-8 & 1989 & 1991-3	- Troubles psychiatriques mineurs	- GHQ-30 (General Health Questionnaire - 30 items)	- L'association entre troubles psychiatriques et la diminution de la probabilité d'être re-employé (moins 70%). - La prévalence des troubles psychiatriques diffère par genre et occupation.
-	Employés dans l'administration publique		<b>Modèle de Karasek</b>	Chez les hommes, la prévalence de troubles psychiatriques mineurs est plus élevée dans les occupations de bas niveau (16.6%) que dans celles de haut niveau (12.7%). Chez les femmes, la prévalence de troubles psychiatriques mineurs est ambiguë.

Note : Le modèle théorique est proposé seulement dans le cas d'une référence explicite au sein de l'article.

(OR) 'odd ratio' ou rapport de cotes ; (RR) 'rate ratio' ou rapport de prévalences ; (dm) donnée manquante.



## 7.2 Annexe 2 : Revue de la littérature (workaholism).

Étude	Données	Population (âge, pays, caractéristiques)	Troubles psychiatrique	Outil d'évaluation	Facteur de risque psychosociaux et modèle théorique	Résultats
(Shimazu & Schaufeli, 2009)	dm - -	dm - Japon - Employés d'une compagnie de machines pour le secteur de la construction	- Workaholism	DUWAS (Dutch Workaholism Scale)	Conditions de travail (performance)	- Workaholism est associé négativement à la satisfaction et à la performance au travail. - Workaholism est associé positivement à une diminution de la santé physique.
(Schaufeli, Bakker, van der Heijden, & Prins, 2009)	dm - -	dm - Hollande - Cadres (directeurs et gestionnaires) d'une compagnie de télécommunication	- Workaholism	WART (Work Addiction Risk Test) - WorkBAT (Workaholism Battery)	Conditions de travail (performance)  Modèle de Karasek	- Workaholism est associé positivement au burnout. - Workaholism est caractérisé par une augmentation des heures de travail, et par une diminution de la performance, de contrôle, et de support de la part des superviseurs au travail. - Burnout est caractérisé par une diminution de la performance au travail, sans augmentation des heures de travail.
(W. H. Ng, et al., 2007)	Revue de littérature	dm	- Workaholism	dm	Conditions de travail	- Workaholism est une addiction caractérisée par l'obsession du travail (dimension cognitive), le nombre élevé des heures de travail (dimension comportementale), et le fait de trouver plaisant l'acte de travailler et désagréable ne pas travailler (dimension

(Holland, 2007)	Revue de littérature	dm	-	Workaholism	dm	Conditions de travail (performance)	-	Workaholism est un syndrome caractérisé par l'obsession du travail, le nombre élevé des heures de travail, et le fait de trouver plaisant l'acte de travailler.
(Aziz & Zickar, 2006)	dm	-	-	Workaholism	dm	Conditions de travail (conflit entre vie privée - vie professionnelle)	-	Workaholism est associé négativement à la performance au travail.
		dm	-	Workaholism	dm	Conditions de travail (conflit entre vie privée - vie professionnelle)	-	Workaholism est associé positivement à une diminution de la santé physique.
		dm	-	Workaholism	dm	Conditions de travail (conflit entre vie privée - vie professionnelle)	-	Workaholism est un syndrome caractérisé par l'obsession du travail, le nombre élevé des heures de travail, et le fait de trouver plaisant l'acte de travailler.
		dm	-	Workaholism	dm	Conditions de travail (conflit entre vie privée - vie professionnelle)	-	Workaholism est associé négativement à la satisfaction au travail.
		dm	-	Workaholism	dm	Conditions de travail (conflit entre vie privée - vie professionnelle)	-	Workaholism est associé positivement à une augmentation du déséquilibre entre vie privée - vie professionnelle.
(Johnstone & Johnston, 2005)	dm	dm	-	Workaholism	dm	Conditions de travail (secteur)	-	Les aspects de l'organisation du travail sont associés différemment aux caractéristiques du workaholism.
		Nouvelle-Zélande	-	Workaholism	dm	Conditions de travail (secteur)	-	L'augmentation de la pression au travail est associée à une augmentation de l'obsession du travail (effet négatif).
		Employés dans les secteurs des services sociaux et des services non-sociaux	-	Workaholism	dm	Conditions de travail (secteur)	-	La diminution de la pression au travail, et à l'augmentation de la participation, de la cohésion entre collègues, et du support des superviseurs sont associés à une augmentation du plaisir de travailler

(effet positif).

- Les niveaux d'importance des caractéristiques du workaholism diffèrent par secteur.

Dans les services non-sociaux les employés présentent une obsession plus élevée et un plaisir moins élevé à travailler, par rapport aux services non-sociaux.

(Kanai & Wakabayashi, 2004)	Métanalyse, 1993-2001	- dm - Japan - Employés	-	Workaholism	dm	Socioprofessionnels (récession économique au début des années '90)	- - -	Plaisir de travailler diminué, mais obsession constante. L'augmentation de workaholism est positivement associée à l'augmentation de la quantité de travail par âge (30-49 ans) et occupation (cadres). Workaholism est positivement associé à la centralité du travail, aux raisons économiques, au sexe (masculin), à l'occupation (cadres), au secteur (privé). Les stress au travail (cadres) et l'augmentation du volume de travail (chez les employés de plus de 35 ans) sont positivement associés au workaholism. Workaholism est une addiction caractérisée par le nombre élevé des heures de travail, la fixation d'objectives inatteignables, l'obsession du travail, le sentiment de perte de contrôle dans la vie privée, et
(Harpaz & Snir, 2003)	Revue de littérature	dm	-	Workaholism	dm	Conditions de travail (secteur, occupation)	-	
(Kanai & Wakabayashi, 2001)	Questionnaire, 1999	dm - Japan - Employés de l'industrie automobile	-	Workaholism	Questionnaire	Conditions de travail	-	
(Porter, 1996)	Revue de littérature	dm	-	Workaholism	dm	Conditions de travail	-	

(Spence & Robbins, 1992)	dm	-	dm	-	dm	-	Workaholism	-	WorkBAT (Workaholism Battery)	Conditions de travail	-	Les personnes souffrant de Workaholism sont caractérisées par une augmentation de l'obsession du travail et du nombre des heures de travail, et par une diminution du plaisir de travailler.
		-	dm	-	dm	-	États-Unis	-				
		-		-		-	Employés dans le secteur des services sociaux (assistants sociaux)	-				

---

Note : Le modèle théorique est proposé seulement dans le cas d'une référence explicite au sein de l'article.

(OR) 'odd ratio' ou rapport de cotes ; (RR) 'rate ratio' ou rapport de prévalences ; (dm) donnée manquante.



Unité Inserm 669, Paris Sud Innovation Group In Adolescent Mental health (PSIGIAM),  
Maison de Solenn, 97 Boulevard de Port Royal, 75679 Paris Cedex 14, tél. 01.58.41.28.46,  
site internet <http://www.u669.idf.inserm.fr/>