

Deux grands thèmes se dégagent des travaux de recherche actuels sur la question de l'intégration dans l'entreprise:

1. L'acquisition d'information au cours du processus d'intégration.
2. L'appui des supérieurs hiérarchiques au cours du processus d'intégration.

L'information que le nouveau venu acquiert au stade de son intégration dans l'entreprise permet d'alléger l'énorme incertitude qui accompagne ses efforts de maîtrise des nouvelles fonctions, tâches et relations interpersonnelles. Cette information est souvent fournie par des programmes officiels d'orientation. A défaut, ou en complément de tels programmes, l'intégration a lieu de manière informelle. De récents travaux montrent que les nouveaux venus qui recherchent activement cette information s'adaptent plus facilement (Morrison, 1993). Par ailleurs, ceux qui sous-estiment les facteurs de stress de leur nouvel emploi manifestent des symptômes de stress plus prononcés (Nelson et Sutton, 1991).

Le soutien des supérieurs hiérarchiques au cours du processus d'intégration est particulièrement important. On constate dans ce cas moins de stress né d'espérances déçues (Fisher, 1985) et moins de symptômes de détresse psychologique (Nelson et Quick, 1991). Ce type d'appui peut aider les nouveaux salariés à faire face aux facteurs de stress d'au moins trois manières. Premièrement, en leur offrant un soutien concret (des horaires souples, par exemple) permettant d'atténuer un facteur de stress précis. Deuxièmement, en leur apportant un soutien psychologique qui leur permettra d'affronter plus efficacement le stress. Troisièmement, en leur expliquant comment fonctionne leur nouvel environnement (Louis, 1980). Il dépend d'eux, par exemple, de présenter la situation de telle manière qu'elle paraisse stressante ou non stressante.

En résumé, les efforts d'intégration qui contribuent à donner au nouveau salarié toute l'information dont il a besoin et à lui apporter le soutien de ses supérieurs peuvent éviter qu'un facteur de stress ne se transforme en souffrance psychologique.

L'évaluation de l'intégration dans l'entreprise

L'intégration dans l'entreprise est un processus dynamique, interactif et fondé sur la communication et qui se déroule sur une certaine durée. De cette complexité naît la nécessité d'évaluer les efforts d'intégration déployés par l'entreprise. Deux grandes méthodes ont été proposées à cet effet. La première consiste à établir des modèles d'intégration par étapes (Feldman, 1976; Nelson, 1987). Ces modèles conçoivent l'intégration comme un processus progressif à plusieurs étapes dont chacune comporte des variables de base. La seconde recense les différentes stratégies que les entreprises mettent en œuvre pour aider les nouveaux venus à s'intégrer (Van Maanen et Schein, 1979).

Dans les deux cas, on part du principe qu'il existe certains signes d'une intégration réussie, à savoir, notamment: la performance, la satisfaction au travail, le dévouement à l'entreprise, l'investissement dans le travail, le désir de rester dans l'entreprise, etc. Si le processus d'intégration est un modérateur du stress, les symptômes de détresse psychologique, en particulier s'ils sont faibles, devraient figurer parmi les indicateurs du succès de l'intégration.

Les effets de l'intégration sur la santé

Le rapport entre intégration et stress n'ayant été considéré que depuis peu, rares sont les études traitant des effets de l'intégration professionnelle sur la santé. Il est prouvé pourtant que le processus d'intégration peut être lié à des symptômes de détresse psychologique. Les nouveaux venus dans l'entreprise qui ont trouvé utiles les échanges avec leurs supérieurs et avec d'autres nouveaux arrivants ne manifestent que peu de symptômes de ce genre,

comme la dépression ou l'incapacité de se concentrer (Nelson et Quick, 1991); quant à ceux qui ont une bonne connaissance des facteurs de stress inhérents à leur nouvel emploi, ils ne font mention que de symptômes légers, tant psychologiques (irritabilité, par exemple) que somatiques (nausées et maux de tête).

L'intégration dans l'entreprise étant source de stress, les conséquences qu'elle peut avoir sur la santé sont des variables qu'il y a lieu d'étudier. Des études sont à mener sur l'éventail des conséquences en combinant les données subjectives recueillies auprès des intéressés et les mesures objectives.

L'intégration dans l'entreprise en tant que moyen d'intervention contre le stress

Les études faites de nos jours sur l'intégration dans l'entreprise tendent à y voir un processus générateur de stress qui, s'il n'est pas convenablement géré, peut engendrer des symptômes de détresse psychologique et des troubles somatiques. Les entreprises disposent d'au moins trois axes d'intervention pour faciliter cette transition et faire en sorte qu'elle ait des résultats positifs.

Premièrement, les entreprises devraient veiller à ce que les nouveaux arrivants aient une vue réaliste des facteurs de stress qu'ils risquent de rencontrer dans leur nouvel emploi. Elles peuvent, par exemple, leur donner d'emblée un aperçu objectif du poste qui précise les facteurs de stress les plus fréquents et les moyens d'y faire face (Wanous, 1992). Sachant à quoi s'attendre, le nouveau salarié sera alors en mesure d'élaborer à l'avance ses propres stratégies d'adaptation et supportera plus facilement le choc de la réalité de ces facteurs de stress.

Deuxièmement, les entreprises devraient mettre à la disposition des nouveaux venus diverses sources d'information pouvant leur être utiles, sous la forme de brochures, de programmes informatiques interactifs ou de lignes directes d'appel à l'aide (ou les trois à la fois). Le flottement qui accompagne l'arrivée dans une nouvelle entreprise peut être considérable et le fait de multiplier les sources d'information est un bon moyen d'atténuer cette incertitude. Les nouveaux venus devraient aussi être encouragés à rechercher eux-mêmes tous les moyens possibles d'information.

Troisièmement, les programmes d'intégration dans l'entreprise devraient explicitement prévoir comment apporter un soutien moral au nouveau salarié. Le supérieur hiérarchique est un acteur clé en la matière et peut jouer un rôle décisif par sa disponibilité affective et psychologique (Hirshhorn, 1990). On peut aussi envisager la désignation d'un mentor, ou des activités menées conjointement avec des collègues plus anciens et plus expérimentés, ainsi que des contacts avec des collègues eux aussi récemment arrivés dans l'entreprise.

LES STADES DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

Kari Lindström

Introduction

L'évolution dans la profession peut être envisagée comme une suite d'étapes successives. Les chercheurs abordent souvent l'analyse du développement professionnel en s'inspirant du modèle des phases de la vie de Levinson (Levinson, 1986), selon lequel tout individu se développe en passant par une succession d'étapes spécifiques, séparées entre elles par des périodes de transition. A chacun de ces stades peut s'accomplir une activité nouvelle et essentielle, ainsi que l'adaptation psychologique correspondante (Ornstein, Cron et Slocum, 1989). C'est ainsi que les phases de la carrière peuvent être (et sont généralement) définies chronologiquement en fonction de l'âge. Les tranches d'âge correspondant à

chaque stade varient passablement d'une étude à l'autre, mais on situe d'ordinaire la première phase entre 20 et 34 ans, la phase intermédiaire entre 35 et 50 ans et la dernière phase entre 50 et 65 ans.

Dans le modèle établi par Super (Super, 1957; Ornstein, Cron et Slocum, 1989), le développement professionnel comporte quatre stades qui se définissent à partir de la tâche psychologique qui est qualitativement propre à chaque stade. Ces stades peuvent correspondre soit à l'âge de l'intéressé, soit à son ancienneté dans le poste ou dans la profession. Une même personne peut repasser plusieurs fois par ces différents stades au cours de sa carrière. C'est ainsi que d'après un inventaire des préoccupations de carrière de l'adulte (Career Concerns Inventory Adult Form), le stade réel de la carrière peut être défini au niveau individuel ou au niveau collectif. Cet instrument permet d'évaluer la conscience qu'a l'individu des diverses tâches auxquelles il/elle s'est attelé(e) au cours d'une carrière, et des préoccupations qui s'y rattachent (Super, Zerkowit et Thompson, 1981). Si l'on emploie, pour mesurer ces phases, le critère de temps dans la fonction, et non celui de l'âge, les deux premières années sont considérées comme une période d'essai. La phase d'implantation, qui dure de deux à dix ans, est une période de progression et de croissance. Puis, au-delà de dix ans, vient la période de stabilisation, c'est-à-dire de maintien des acquis obtenus. La phase du déclin débute avec l'émergence, chez le travailleur, d'une image de soi qui est indépendante de la carrière.

Les fondements théoriques de la définition des stades professionnels variant d'une étude à l'autre, tout comme les types de mesures appliquées, il est évident que les résultats concernant la corrélation entre la santé et l'emploi au long d'une carrière vont eux aussi varier.

Le stade de l'évolution professionnelle en tant que modérateur des effets du travail sur la santé et le bien-être

La plupart des études qui considèrent la phase de la carrière comme un médiateur entre les caractéristiques de l'emploi, d'une part, et la santé ou le bien-être des travailleurs, d'autre part, portent sur des variables telles que le dévouement à l'entreprise et son lien avec la satisfaction professionnelle ou avec certaines manifestations comportementales — comme la performance, la mobilité professionnelle et l'absentéisme (Cohen, 1991). Elles s'intéressent également aux rapports qui existent entre les caractéristiques de l'emploi et la tension nerveuse. Cet effet se traduit statistiquement par le fait qu'en moyenne la relation entre les mesures des caractéristiques du poste et celles du bien-être varient d'un stade de la carrière à l'autre.

En général, l'énergie investie dans le travail tend à augmenter entre les premiers et les derniers stades de la carrière, avec toutefois une baisse chez les cadres de sexe masculin en milieu de carrière. C'est au début de leur carrière que les travailleurs ressentent le plus le besoin de quitter l'entreprise et de rechercher des possibilités de mutation (Morrow et McElroy, 1987). Parmi les personnels hospitaliers, la plus forte corrélation entre le degré de bien-être et l'attachement affectif à la carrière et à l'établissement a été relevée chez les infirmières et les infirmiers. La fidélité à l'entreprise (qui est fonction du nombre d'autres possibilités entrevues et de l'importance des sacrifices consentis) et le sentiment de lui devoir quelque chose (la loyauté) augmentent à mesure qu'on passe d'un stade de la carrière à l'autre (Reilly et Orsak, 1991).

Une méta-analyse a été effectuée à partir de 41 échantillons de salariés sur la relation entre le dévouement à l'entreprise et le sentiment de bien-être. Les différents échantillons avaient été divisés en fonction des stades de développement professionnel, eux-mêmes mesurés en fonction de deux facteurs: l'âge et l'ancienneté. L'âge, en tant qu'indicateur de stade de développement profes-

sionnel, s'est révélé déterminant quant à la fréquence des changements d'emploi et des intentions de changement, tandis que l'ancienneté dans l'entreprise était corrélée à la performance et à l'absentéisme. A un faible attachement à l'entreprise correspondait une forte mobilité professionnelle, surtout en début de carrière, ainsi qu'un taux d'absentéisme élevé et une faible performance en fin de carrière (Cohen, 1991).

On constate que l'attitude à l'égard du travail, par exemple la satisfaction et le comportement dans l'emploi, dépend dans une large mesure du stade de la carrière où se situe l'intéressé (Stumpf et Rabinowitz, 1981). Chez les fonctionnaires, le stade d'évolution professionnelle mesuré par l'ancienneté influe sur la relation entre la satisfaction dans l'emploi et la performance, cette relation étant plus forte au cours de la première phase de la carrière. Cette constatation est d'ailleurs confirmée par une étude réalisée auprès de personnels commerciaux. Chez les universitaires, le rapport entre satisfaction et performance serait négatif au cours des deux premières années de leur carrière.

La plupart des études relatives aux stades de l'évolution professionnelle ont porté sur des hommes. Même dans les premières études réalisées dans les années soixante-dix, où le sexe des enquêtés n'est pas précisé, il est évident que l'ensemble des sujets étaient de sexe masculin. Ornstein et Lynn (1990) ont voulu voir dans quelle mesure les résultats obtenus à partir des modèles de Levinson et Super différaient, s'agissant des attitudes et des intentions liées à la carrière chez les femmes professionnelles. Les résultats tendent à montrer l'existence d'une relation entre les stades de la carrière, déterminés par l'âge, et l'attachement à l'entreprise, l'intention de la quitter, et le désir de promotion; ces résultats corroborent dans l'ensemble ceux des travaux effectués sur des échantillons masculins (Ornstein, Cron et Slocum, 1989). Aucune de ces études toutefois ne vient confirmer la valeur prédictive des stades du développement professionnel lorsqu'ils sont définis sur la base de facteurs psychologiques.

D'une façon générale, les études sur le stress n'ont pas pris en compte l'âge et, par conséquent, le stade dans l'itinéraire professionnel, ou elles ont considéré ce facteur comme un facteur de confusion dont il convenait de contrôler les effets. Hurrell, McLaney et Murphy (1990) ont opposé les effets du stress en milieu de carrière à ceux de début et de fin de carrière, en prenant l'âge comme critère de classement d'employés des postes américains. Aucune corrélation n'a été établie entre des soucis pour la santé et des facteurs de stress professionnel en milieu de carrière; par contre, la pression du travail et la sous-utilisation des compétences constituaient des facteurs de prédiction en début et en fin de carrière. La pression du travail a pu, par ailleurs, être associée à l'apparition de troubles somatiques dans le groupe d'âge de début et de fin de carrière. La sous-utilisation des compétences a été plus fortement corrélée aux indicateurs de satisfaction professionnelle et aux troubles somatiques chez les travailleurs en milieu de carrière. Le soutien social influait davantage sur la santé psychique que physique, et cet effet était plus accentué en milieu de carrière qu'au début ou à la fin. Les données provenant d'une étude transversale, les auteurs ont fait observer qu'une explication des résultats par cohorte serait aussi possible (Hurrell, McLaney et Murphy, 1990).

Lorsque les travailleurs hommes et femmes adultes étaient groupés en fonction de l'âge, ce sont les individus plus âgés qui évoquaient le plus souvent la surcharge de travail et les responsabilités comme facteurs de stress professionnel, là où les plus jeunes citaient le manque de stimulation, l'imprécision des rôles et les facteurs de stress issus de l'environnement physique (Osipow, Doty et Spokane, 1985). Ce sont les sujets les plus âgés qui faisaient le moins état de symptômes de tension, ce qui peut s'expliquer notamment par le fait que, face au stress, ils savent mieux mobiliser leurs facultés de raisonnement et leurs aptitudes à

se protéger et à se changer les idées, toutes capacités évidemment acquises au cours de leur carrière; il se peut aussi que se soit opérée une sélection sur la base des symptômes manifestés ou encore une autosélection poussant certaines personnes à quitter un emploi qui leur impose à la longue un stress excessif.

Des études menées à partir d'échantillons composés de cadres supérieurs finlandais et américains de sexe masculin indiquent que le rapport entre les exigences et le degré d'autocontrôle liés au poste, d'une part, et certaines manifestations psychosomatiques, d'autre part, varie avec le stade de l'évolution professionnelle (déterminé par l'âge) qu'ont atteint les sujets observés (Hurrell et Lindström, 1992, Lindström et Hurrell, 1992). Chez les cadres américains, les niveaux d'exigences et d'autonomie liés au travail ont un effet sensible sur les symptômes signalés en milieu de carrière, mais pas au début ni à la fin; chez leurs homologues finlandais, par contre, les longues semaines de travail et le peu de contrôle qu'ils peuvent librement exercer sur leur travail accroissent les symptômes de stress en début de carrière, mais non aux stades ultérieurs. La disparité des résultats entre les deux groupes provient peut-être des différences que présentaient les deux échantillons étudiés. Les cadres finlandais, choisis dans le secteur du bâtiment, par exemple, faisaient déjà face à une importante charge de travail en début de carrière, tandis que les américains — ceux-ci œuvrant dans le secteur public — avaient une charge de travail plus lourde en milieu de carrière.

Pour résumer les résultats de la recherche sur les effets médiateurs des différentes phases de la carrière, on peut caractériser la première phase comme étant une période où le dévouement à l'entreprise est médiocre, d'où une plus grande instabilité ainsi que des facteurs de stress professionnels liés à l'impression d'être en mauvaise santé et à des troubles somatiques. Dans la phase intermédiaire, les résultats sont contradictoires: le lien entre la satisfaction au travail et la productivité est parfois positif, parfois

négatif. Chez certains groupes professionnels, les exigences de l'emploi et la faible marge d'autocontrôle sont à mettre en rapport avec la fréquence relativement élevée des symptômes déclarés. Pour ce qui est de la dernière phase, les conclusions portant sur le lien entre facteurs de stress et manifestations du stress ne sont pas homogènes. Certains indices portent à croire qu'une plus grande faculté d'adaptation entraîne une diminution des signes de tension associés au travail en fin de carrière.

Les interventions

Il pourrait être bénéfique d'introduire dans les entreprises certaines interventions pratiques, telles qu'une orientation professionnelle offerte en début de carrière, de manière à faciliter l'adaptation aux exigences précises de chaque étape de la carrière. De même, des interventions de ce type devraient permettre d'atténuer l'impression d'avoir atteint un certain palier professionnel et, au lieu de le vivre comme une période de frustration, d'en faire l'occasion de relever de nouveaux défis ou de réviser les objectifs qu'on s'est fixés dans l'existence (Weiner, Remer et Remer, 1992). Des examens médicaux par cohorte d'âge, pratiqués par des services de santé au travail, montrent que les problèmes d'ordre professionnel susceptibles de réduire la capacité opérationnelle de l'individu s'accroissent et changent de nature avec l'âge. En début et en milieu de carrière, il s'agit de s'adapter au surcroît de travail, mais vers la fin de la phase intermédiaire et au cours de la dernière phase, s'ajoute progressivement une détérioration de l'état psychologique et de la santé physique, d'où l'opportunité d'interventions précoces et personnalisées dans l'entreprise (Lindström, Kaihilahti et Torstila, 1988). Il est donc conseillé de prendre en compte, tant dans la recherche qu'en termes de modalités d'interventions pratiques, les schémas de mobilité et de rotation, ainsi que le rôle joué par la profession (et la situation à l'intérieur de cette profession) dans l'évolution de la carrière.

LES FACTEURS INDIVIDUELS

● LES SCHÉMAS DE COMPORTEMENT DE TYPE A ET B

C. David Jenkins

Définition

Le schéma de comportement de type A correspond à un ensemble d'attitudes observables ou à un style de vie caractérisé par un très haut degré d'hostilité, de compétitivité, de hâte, d'impatience, de nervosité, d'agressivité (parfois sévèrement réprimée), un débit de parole impétueux et un état permanent de qui-vive accompagné d'une certaine tension musculaire. Les individus chez qui le type A est très marqué luttent constamment contre des contraintes de temps et le défi des responsabilités (Jenkins, 1979). Le comportement de type A ne constitue ni un facteur de stress externe, ni une réaction à une tension ou à un malaise. Il s'agit plutôt d'un mode d'adaptation. A l'autre extrémité de ce continuum bipolaire, les individus de type B sont plus détendus, plus coopératifs, suivent un rythme plus régulier dans leurs activités et semblent plus satisfaits de leur vie quotidienne et des membres de leur entourage.

Le continuum des comportements de type A à B a été conçu et ainsi baptisé en 1959 par deux cardiologues, les docteurs Meyer Friedman et Ray H. Rosenman. Pour eux, le type A était typique de ceux de leurs jeunes patients qui étaient atteints de cardiopathie ischémique (CPI).

L'intensité et la fréquence des comportements de type A augmentent au fur et à mesure que les sociétés deviennent plus industrialisées, plus compétitives et plus pressées. Le comportement de type A se rencontre davantage en milieu urbain qu'en milieu rural, chez les cadres et les commerciaux que chez les techniciens, les ouvriers qualifiés ou les artistes, et chez les femmes d'affaires plus que chez les femmes au foyer.

Les champs d'étude

Le type A a été étudié dans le cadre de la psychologie de la personnalité et de la psychologie sociale, de la psychologie organisationnelle et industrielle, de la physiopsychologie, des maladies cardio-vasculaires et de la santé au travail.

Les travaux de recherche en psychologie de la personnalité et en psychologie sociale ont largement contribué à faire du schéma de comportement de type A une base conceptuelle importante. Les personnes qui se placent très haut sur l'échelle de mesure du type A se comportent de la façon prévue par la théorie du type A. Très impatientes et très agressives en société, elles consacrent davantage de temps au travail qu'aux loisirs. Elles réagissent plus vivement dans une situation de frustration.

Les travaux de recherche qui intègrent le concept du type A dans la psychologie organisationnelle et industrielle comparent parfois différentes professions entre elles, aussi bien que les types de réactions des travailleurs face au stress. Dans des conditions équivalentes de stress externe, les salariés du type A ont tendance à manifester davantage de tension physique et nerveuse que ceux

du type B. Ils choisissent aussi généralement des emplois très exigeants (*Journal of Social Behavior and Personality*, 1990).

Rosenman et coll. (1975) ont les premiers signalé chez les individus de type A une nette augmentation de la tension artérielle, du cholestérol sérique et des catécholamines, ce que maints autres chercheurs ont confirmé depuis. L'essentiel de ces conclusions enseigne que les personnes de type A et celles de type B présentent d'ordinaire des niveaux chroniques ou de base à peu près identiques pour ces variables physiologiques, mais que les contraintes de l'environnement, les obstacles ou les frustrations engendrent des réactions bien plus prononcées chez les premières. Les résultats publiés ne sont guère uniformes, sans doute du fait qu'un même obstacle peut ne pas déclencher les mêmes réponses physiologiques chez des hommes ou des femmes de milieux différents. Les études que l'on continue à publier sur le sujet avancent en majorité des conclusions positives (Contrada et Krantz, 1988).

L'évolution de la recherche sur les comportements de type A et B en tant que facteurs de risque de cardiopathie ischémique a suivi un parcours assez habituel: un mince filet, puis un afflux de résultats positifs; un mince filet, puis un afflux de résultats négatifs; puis les intenses controverses que l'on connaît actuellement (Review Panel on Coronary-prone Behavior and Coronary Heart Disease, 1981). Une revue générale des travaux contemporains produit encore aujourd'hui un assortiment constant de corrélations positives ou, au contraire, de corrélations nulles entre le comportement de type A et la CPI. La teneur générale de ces conclusions est que le comportement de type A est plus susceptible d'être associé à la CPI:

1. dans les études transversales et les études cas-témoins, plutôt que dans les études prospectives;
2. dans les études démographiques générales et les études de groupes professionnels, plutôt que dans les études qui se bornent aux personnes souffrant d'une maladie cardio-vasculaire ou présentant d'autres facteurs de risque de CPI élevé;
3. dans les groupes de sujets plus jeunes (moins de 60 ans), plutôt que dans la population plus âgée;
4. dans les pays en voie d'industrialisation ou qui se trouvent encore au sommet de leur courbe de développement économique.

Le schéma de type A n'est pas éliminé comme facteur de risque de CPI, mais il conviendrait à l'avenir de l'étudier en sachant qu'il peut n'être associé à un risque accru de CPI que dans certains sous-groupes et contextes sociaux spécifiques. Certains travaux incriminent l'hostilité comme étant probablement la composante la plus préjudiciable du comportement de type A.

On a récemment étudié le type A comme facteur de risque de lésions et de maladies bénignes ou moyennement graves, autant dans les milieux professionnels que chez les étudiants. Il est légitime de supposer que les personnes pressées et agressives subiront davantage d'accidents du travail, du sport et de la circulation. Cette hypothèse a été vérifiée empiriquement (Elander, West et French, 1993). Il est moins compréhensible, sur le plan théorique, que certains troubles aigus, mais bénins, affectant divers systèmes physiologiques, se rencontrent plus souvent chez les individus de type A que chez les individus de type B, mais c'est pourtant bien ce qu'ont établi plusieurs études (Suls et Sanders, 1988). Pour certains groupes au moins, on a constaté que le type A était associé à un risque plus élevé de troubles affectifs modérés. Il serait opportun de vérifier, dans les travaux ultérieurs, la validité de ces associations et de rechercher les mécanismes physiques et psychologiques qui les sous-tendent.

Les méthodes psychométriques

Les schémas de comportement de type A et B ont été évalués par le biais d'entretiens directifs (ED). Ce sont des entretiens cliniques

soigneusement organisées, au cours desquelles on pose près de 25 questions dont on fait varier le rythme, la difficulté ou le caractère plus ou moins personnel. L'enquêteur doit recevoir une formation spéciale avant d'être habilité à mener l'entretien et interpréter ses résultats. En général, les ED sont enregistrés mécaniquement afin d'être éventuellement réécoutés ensuite par d'autres juges dans un souci de fiabilité. Si l'on compare plusieurs évaluations des comportements de type A, il semble que l'ED soit un outil plus valide que les questionnaires d'auto-appréciation pour les études cardio-vasculaires et psychophysiologiques; toutefois, le degré de sa validité n'a pas encore été bien déterminé dans les études psychologiques et professionnelles, car il est beaucoup moins employé dans ces contextes.

L'autoévaluation

L'instrument d'autoévaluation le plus courant est l'enquête de Jenkins JAS (Jenkins Activity Survey) sur les activités; c'est un questionnaire d'autoappréciation comportant des questions à choix multiples dont les résultats sont notés par ordinateur. Sa validité a été vérifiée par rapport à l'ED et aux critères de CPI actuelle et à venir, et a été confirmée. Le formulaire C, qui est une version à 52 items de la JAS, publiée en 1979 par la Psychological Corporation, est le plus largement utilisé. Il est traduit dans la plupart des langues européennes et asiatiques. La JAS contient quatre types d'appréciations: une échelle d'indices généraux du comportement de type A et des échelles obtenues par analyse factorielle pour la rapidité et l'impatience, l'implication personnelle dans le travail et la compétitivité immodérée. Une version abrégée de l'échelle du type A (13 questions) a servi dans les études épidémiologiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

L'échelle de type A de Framingham (Framingham Type A Scale (FTAS)) est un questionnaire en dix points qui s'est révélé un bon instrument de prédiction de CPI, tant pour les hommes que pour les femmes, dans le cadre de l'étude coronarienne de Framingham (Framingham Heart Study), aux Etats-Unis. On y a également eu recours dans d'autres pays à l'occasion de recherches sur les problèmes cardio-vasculaires et psychologiques. L'analyse factorielle divise cette échelle en deux facteurs, l'un étant lié aux autres mesures du comportement de type A, et l'autre à l'appréciation des tendances névrotiques et de l'irritabilité.

L'échelle de notation de Bortner (Bortner Rating Scale (BRS)) englobe 14 items dont chacun se présente sous la forme d'échelle analogique. Des études subséquentes ont effectué une analyse par item sur l'échelle de Bortner et obtenu une cohérence interne et une prévisibilité supérieures en ramenant l'échelle à 7 ou 12 points. Cette échelle a été largement utilisée dans les traductions exécutées pour d'autres pays. D'autres échelles d'appréciation des traits de type A ont été mises au point dans divers pays, mais n'étaient destinées, pour la plupart, à n'être appliquées qu'auprès des populations dans la langue desquelles elles étaient rédigées.

Les interventions pratiques

Depuis deux décennies au moins, on s'efforce de trouver des moyens spécifiques d'aider les personnalités de type A prononcé à évoluer vers une conduite de type B. L'initiative la plus importante a sans doute été le projet de prévention des maladies coronariennes récurrentes (Recurrent Coronary Prevention Project), réalisé dans la région de San Francisco dans les années quatre-vingt. Grâce à un suivi répété sur plusieurs années, on a pu relever des changements chez bon nombre d'individus, ainsi qu'une diminution de la fréquence des infarctus du myocarde chez les personnes dont on cherchait à atténuer les comportements de type A, par opposition à celles qui recevaient exclusivement des conseils en matière de prophylaxie cardio-vasculaire (Thoresen et Powell, 1992).

Il est problématique de mener à bien une intervention vouée à modifier des comportements de type A, car ce mode de fonctionnement peut être très gratifiant, notamment sur le plan de l'avancement professionnel ou des avantages matériels. Le programme lui-même doit être soigneusement conçu, selon des principes psychologiques éprouvés et il semble que l'intervention de groupe produise de meilleurs résultats que les conseils individuels.

● LA DÉTERMINATION

Suzanne C. Ouellette

La notion de détermination relève d'une théorie existentielle de la personnalité. Elle renvoie à l'idée fondamentale qu'une personne se fait de sa place dans le monde, qui se manifeste tout à la fois par une attitude d'engagement et de maîtrise, et une volonté de relever les défis que l'on trouve sur son chemin (Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi et Kahn, 1982). L'attitude d'engagement pousse à s'impliquer, dans tout ce que l'on fait, ou dans les situations que l'on rencontre, au lieu d'en ressentir primordialement l'aliénation. Les individus qui s'impliquent ont un sens général de direction, de but à atteindre, qui les pousse à se rapprocher des personnes, des événements et des choses constituant leur environnement, et de leur trouver un sens. L'impression de maîtrise procède d'une tendance à penser, ressentir et agir comme si l'on était capable d'influencer, plutôt que de subir, les innombrables aléas de la vie. Ceux qui ont l'impression de diriger leur vie ne croient pas naïvement être en mesure de maîtriser tous les événements et toutes leurs conséquences, mais ils s'estiment plus aptes à jouer un rôle utile dans le monde de par leur imagination, leurs connaissances, leurs compétences et leurs décisions. L'acceptation des défis correspondrait à une perception de la vie où la norme réside dans le changement plutôt que dans la stabilité, et où le changement est une incitation enrichissante au développement personnel, et non une menace à la sécurité. Ceux qui ne craignent pas d'aller au-devant des obstacles sont donc loin d'être des aventuriers ou des casse-cou, mais plutôt des individus ouverts à la nouveauté et capables de tolérer une certaine dose d'ambiguïté; ils s'adaptent donc facilement aux changements.

La prémisse soutenant l'existence d'un trait de détermination, née d'un mouvement de réaction et du souhait de redresser le biais pessimiste caractéristique des premières études sur le stress qui mettaient l'accent sur la vulnérabilité de l'individu face au stress, prédit que les sujets manifestant nettement les trois tendances connexes (investissement de soi, affrontement et maîtrise des difficultés) seront plus susceptibles de rester en bonne santé dans une situation de stress que les personnes moins résolues. Les personnalités dotées de ce trait perçoivent les vicissitudes de l'existence et y réagissent avec des moyens qui leur permettent d'en prévenir ou d'en minimiser le stress, lequel peut occasionner des affections mentales ou physiques.

Les premiers résultats étayant cette conceptualisation de la détermination proviennent d'études rétrospectives et longitudinales menées dans le Midwest américain sur un grand échantillon de cadres supérieurs et moyens de sexe masculin, employés de l'American Telephone and Telegraph (ATT), au moment de la cession de cette compagnie de téléphone. On a suivi ces cadres pendant cinq ans, en leur proposant chaque année un questionnaire portant sur toute une série de thèmes personnels: moments stressants vécus dans la vie professionnelle et personnelle; modifications intervenues dans l'état de santé; traits de personnalité; aspects professionnels divers; soutien social disponible; et habitudes en matière de santé. Les résultats ont principalement établi que, dans des situations très stressantes, les cadres supérieurs les

plus déterminés risquent beaucoup moins de tomber malades que les autres. Ce que confirmaient des autodéclarations de symptômes et de troubles physiques, validées par les dossiers médicaux des sujets, y compris leur bilan annuel de santé. Les premiers travaux ont également prouvé: a) l'efficacité de la qualité de détermination lorsque celle-ci va de pair avec un bon soutien social, d'une part, et la pratique d'exercices physiques visant à préserver la santé, tant du corps que de l'esprit, d'autre part; et b) l'absence de lien entre la détermination, d'une part, et la fréquence et la gravité des événements stressants de la vie, l'âge, l'éducation, la situation familiale et le niveau hiérarchique du poste professionnel, d'autre part. Enfin, l'ensemble des données recueillies suite à cette première étude sur la détermination a généré d'autres travaux qui ont montré qu'on pouvait étendre ces conclusions à plusieurs groupes professionnels, notamment le personnel exécutant des compagnies de téléphone, les juristes et les officiers de l'armée américaine (Kobasa, 1982).

Par la suite, la notion de détermination a été employée par de nombreux chercheurs s'intéressant à divers contextes, professionnels ou autres, et appliquant tout un ensemble de méthodes de recherche, des expériences contrôlées aux enquêtes in situ plus qualitatives (voir Maddi, 1990; Orr et Westman, 1990; Ouellette, 1993, pour une revue de ces travaux). Ces études sont en majorité favorables à la définition originelle de la détermination et l'ont même élargie; toutefois, un certain nombre d'entre elles ont parfois infirmé l'effet médiateur de la détermination et contesté la validité des instruments métrologiques (Funk et Houston, 1987; Hull, Van Treuren et Virnelli, 1987).

Soulignant l'aptitude des individus à bien réagir à des facteurs de stress importants, les chercheurs ont confirmé le rôle positif de la détermination dans de nombreux groupes dont, parmi les échantillons étudiés aux Etats-Unis, les chauffeurs d'autobus, les militaires intervenant en cas de catastrophes aériennes, le personnel infirmier opérant dans diverses conjonctures, les enseignants, les stagiaires de diverses professions, les personnes atteintes d'une maladie chronique et les immigrants d'origine asiatique. D'autres études se sont penchées sur des hommes d'affaires japonais et sur des jeunes recrues de la défense israélienne. Dans ces deux groupes, on observe un lien entre la présence de ce trait et de moindres symptômes physiques ou psychiques et, plus rarement, une interaction sensible entre le niveau de stress et la détermination, celle-ci renforçant le rôle tampon de la personnalité. De plus, les résultats mettent en lumière les effets de la détermination sur des variables autres que la santé, sur l'efficacité et la satisfaction professionnelles en particulier, mais aussi sur le syndrome d'épuisement dû au stress professionnel (appelé en anglais «burnout»). Une vaste batterie de travaux, réalisés pour la plupart auprès d'étudiants d'universités américaines, confirme l'hypothèse des mécanismes par lesquels ce trait protégerait la santé. Ces travaux éclairent en outre l'influence de la détermination sur la manière dont les sujets jaugent le stress qu'ils doivent affronter (Wiebe et Williams, 1992). Dans une perspective de validation, un petit nombre d'études ont également apporté des éléments confirmatifs concernant les corrélats psychosomatiques de la détermination, d'une part, et le lien entre la détermination et divers comportements préventifs en matière de santé, d'autre part.

Pour l'essentiel, les conclusions empiriques établissant l'existence d'un lien entre la qualité individuelle de détermination et la santé sont fondées sur des données obtenues à partir de questionnaires d'autoappréciation. Le questionnaire composite, utilisé dans le test prospectif original de la détermination, et un certain nombre de versions abrégées qui en sont dérivées sont les outils psychométriques figurant le plus fréquemment dans les publications subséquentes. S'insérant dans le champ de la définition très large de la détermination que nous avons formulée au début du présent article, le questionnaire composite contient des éléments

de plusieurs instruments courants dans les méthodes d'exploration de la personnalité, tels que l'échelle des sentiments de contrôle interne/externe de Rotter (Rotter, Seeman et Liverant, 1962), les barèmes d'objectifs de vie de Hahn (1966), le test aliénation/engagement de Maddi (Maddi, Kobasa et Hoover, 1979), ainsi que l'inventaire de Jackson sur la personnalité (1974). Plus récemment, les efforts d'élaboration de nouveaux questionnaires ont donné naissance à l'enquête sur les opinions personnelles, ou ce que Maddi (1990) appelle le «test de détermination de la troisième génération». Ce nouveau questionnaire répond à un grand nombre de critiques relatives à l'instrument originel de mesure, quant à la prépondérance des éléments négatifs ou à l'instabilité des structures du trait de détermination, par exemple. De plus, des études conduites aux États-Unis et au Royaume-Uni auprès d'actifs adultes fournissent des résultats prometteurs pour ce qui a trait à la fiabilité et à la validité de la mesure de ce trait. Pour autant, toutes les difficultés n'ont pas été aplanies. Ainsi, certains travaux concluent au peu de fiabilité interne s'agissant de la composante «affrontement des obstacles», censée caractériser la détermination. Une autre conclusion va au-delà de la question métrologique pour soulever un problème conceptuel: la détermination devrait-elle être considérée comme un phénomène d'une cohérence invariable, ou plutôt comme un concept pluridimensionnel renfermant des éléments distincts, lesquels pourraient être liés à la santé indépendamment les uns des autres, dans certaines situations stressantes? Les auteurs s'attendant à l'étude de ce trait devront s'efforcer à l'avenir de conserver la richesse tant conceptuelle qu'humaine de la notion de détermination, tout en précisant ses caractéristiques empiriques.

Si Maddi et Kobasa (1984) décrivent les expériences familiales et enfantines qui sont favorables à la formation d'une personnalité déterminée, ils entreprennent également, à l'instar d'un grand nombre d'autres chercheurs, de formuler des interventions propres à renforcer la résistance des adultes au stress. Dans la perspective existentielle, la personnalité est envisagée comme une organisation en construction permanente, et les circonstances sociales qui entourent l'individu — y compris son cadre de travail — peuvent être propices ou, au contraire, préjudiciables au maintien de l'esprit de détermination. C'est à Maddi (1987, 1990) que l'on doit la description, mais aussi la justification la plus poussée des stratégies d'intervention destinées à affermir la détermination. Cet auteur détaille un ensemble de méthodes compensatoires de concentration, de reconstruction situationnelle et de développement personnel qu'il a appliquées avec succès au cours de séances dirigées en petits groupes dans le but de consolider l'attitude de détermination et de réduire les effets délétères, tant physiques que psychiques, du stress dans le travail.

● L'ESTIME DE SOI

John M. Schaubroeck

La mésestime de soi a été analysée de longue date en tant que déterminant de troubles psychologiques et physiologiques (Beck, 1967; Rosenberg, 1965; Scherwitz, Berton et Leventhal, 1978). Au début des années quatre-vingt, les spécialistes en recherche organisationnelle ont examiné le rôle de l'estime de soi dans le rapport entre les facteurs de stress d'origine professionnelle et la performance individuelle, témoignant de l'intérêt croissant voué aux dispositions aptes à protéger du stress ou, à l'opposé, à accroître la vulnérabilité aux facteurs de stress.

On peut définir l'estime de soi comme «la résultante favorable de l'autoappréciation de chaque personnalité» (Brockner, 1988).

Pour Brockner (1983, 1988), les personnes qui se dévalorisent sont généralement plus sensibles que les autres aux événements survenant dans leur existence. Il a étudié (1988) les nombreux éléments susceptibles d'expliquer, par cette «plasticité supposée», plusieurs occurrences qui relèvent du domaine du travail. L'étude la plus importante conçue à partir de cette hypothèse évalue l'effet de l'estime de soi dans l'interaction entre facteurs de stress se rapportant aux rôles professionnels (conflits et ambiguïté de rôles), d'une part, et santé et affectivité, d'autre part. Les conflits de rôles (c'est-à-dire les antagonismes entre les différents rôles qui peuvent incomber à une personne) et l'ambiguïté (définition imprécise) procèdent en grande partie de circonstances qui sont extérieures à l'individu et, de ce fait, suivant l'hypothèse de la plasticité, les personnes jouissant d'une très bonne estime d'elles-mêmes y seraient moins sensibles.

A l'occasion d'une étude réalisée auprès de 206 infirmiers(ères) dans un grand centre hospitalier du sud-ouest des États-Unis, Mossholder, Bedeian et Armenakis (1981) ont constaté que l'autoévaluation du flou des rôles rattachés au travail avait une incidence négative sur la satisfaction professionnelle déclarée par les personnes manquant d'estime de soi. Pierce et coll. (1993), appliquant un outil de mesure de l'estime de soi développé dans le contexte de l'entreprise pour éprouver l'hypothèse de la plasticité auprès de 186 travailleurs d'une compagnie de services publics américaine, ont trouvé une corrélation négative entre l'ambiguïté et les conflits des rôles et la satisfaction professionnelle, s'agissant uniquement des sujets à faible estime de soi. Des interactions semblables ont été décrites entre l'estime de soi mesurée dans le cadre professionnel et les rôles trop chargés, le soutien de l'entourage et celui des supérieurs hiérarchiques.

Les études précitées prenaient l'estime de soi comme variable subrogative (ou mesure indirecte) de l'appréciation par le travailleur lui-même de sa compétence professionnelle. Ganster et Schaubroeck (1991a) ont supposé, par contre, que l'estime de soi agit sur les effets des facteurs de stress inhérents au rôle par le fait que ceux qui se mésestiment ne se croient pas capables d'influencer leur environnement social et s'efforcent donc moins de s'adapter à ces facteurs. Etudiant 157 sapeurs-pompiers américains, ils ont constaté que le conflit des rôles n'était positivement corrélé à des autodéclarations de troubles somatiques que chez ceux d'entre eux qui avaient été évalués comme ayant une faible estime de soi, mais n'ont pas observé pareille interaction avec l'ambiguïté du rôle.

Dans une analyse séparée de données que Mossholder, Bedeian et Armenakis (1981) avaient obtenues antérieurement à partir d'un échantillon d'infirmiers(ères), ces chercheurs (1982) ont remarqué que la corrélation négative des rapports entre collègues et les sentiments de tension déclarés était bien plus nette chez les sujets à ES faible que chez les autres. De même, les sujets à ES faible rapportant un niveau élevé d'échanges avec les collègues tendaient moins à souhaiter quitter l'établissement que les sujets à forte ES dans la même situation.

Plusieurs mesures de l'estime de soi apparaissent dans la littérature spécialisée. La plus courante est sans doute l'inventaire à dix items mis au point par Rosenberg (1965). Cet instrument a été utilisé dans l'étude de Ganster et Schaubroeck (1991a). Mossholder, Bedeian et Armenakis (1981, 1982) ont employé l'échelle de confiance en soi tirée de la liste d'adjectifs de Gough et Heilbrun (1965). La mesure de l'estime de soi au travail adoptée par Pierce et coll. (1993) était un instrument à dix items préparé par ces mêmes chercheurs en 1989.

L'ensemble de ces travaux indiquent que l'état de santé et la satisfaction déclarés par les sujets à faible ES pourraient être améliorés par le biais d'interventions visant soit à réduire les facteurs de stress associés au rôle professionnel, soit à relever l'estime de soi des sujets. A l'occasion d'une expérience aléatoire

ménée in situ, qui visait à réduire les conflits et le flou des rôles dans une perspective de développement de l'entreprise, les interventions destinées à clarifier les rôles (entretiens en tête-à-tête entre supérieur et subordonné pour préciser le rôle du subordonné et réajuster les attentes incompatibles), lorsqu'elles sont assorties d'un effort de mise en organigramme des responsabilités (délimitant et négociant les rôles des différents services), se sont avérées fructueuses (Schaubroeck et coll., 1993). Toutefois, selon toute vraisemblance, peu d'entreprises pourront ou voudront se lancer dans une action d'une telle envergure, à moins qu'elles ne connaissent des difficultés relatives aux rôles professionnels et au stress particulièrement aiguës.

Brockner (1988) a proposé plusieurs moyens par lesquels les entreprises peuvent aider les travailleurs à conforter leur estime de soi. Les pratiques de supervision sont l'un des domaines les plus importants dans lesquels elles peuvent chercher à apporter des améliorations. Les évaluations du personnel qui, lorsqu'elles sont présentées au travailleur, insistent sur des comportements plutôt que sur des traits personnels qui offrent une information détaillée avec des résumés d'évaluation et qui proposent un effort commun d'établissement de programmes d'amélioration durable, auront sans doute moins d'effets adverses sur l'estime de soi des travailleurs et pourraient même la rehausser chez certains, en leur faisant découvrir des moyens d'améliorer leurs résultats. Le renforcement positif des bonnes performances est également essentiel. Les démarches de formation telles que les modèles de maîtrise (Wood et Bandura, 1989) favorisent également chez le travailleur l'émergence d'une perception valorisante de son efficacité personnelle pour chaque nouvelle tâche. C'est sur cette perception que repose l'estime de soi dans le monde du travail.

● L'ATTRIBUTION CAUSALE: LE LOCUS DE CONTRÔLE

*Lawrence R. Murphy
et Joseph J. Hurrell, Jr.*

Le locus de contrôle (LC) se rapporte à un trait de personnalité dans lequel se manifeste la croyance fondamentale que ce qui arrive dans la vie résulte des propres actions du sujet (attribution de causalité interne) ou, au contraire, d'influences extérieures (attribution de causalité externe). Les personnalités qui attribuent de préférence une causalité interne aux événements pensent pouvoir exercer un certain contrôle à la fois sur les événements et le tissu contextuel de leur vie, et sur les renforceurs qui y sont associés, c'est-à-dire sur les résultats dont ils perçoivent qu'ils viennent récompenser leurs comportements et attitudes. À l'inverse, les personnalités penchant pour une causalité externe croient ne guère pouvoir influencer les événements et circonstances de leur vie et attribuent les phénomènes de renforcement au hasard ou à d'autres personnes plus puissantes.

Le concept du locus de contrôle découle de la théorie de l'apprentissage social énoncée par Rotter (1954). Pour mesurer le LC, Rotter (1966) a conçu une échelle interne-externe (I-E), qu'ont préférée de nombreux travaux de recherche. Toutefois, certains chercheurs ont critiqué l'unidimensionnalité de cet instrument; d'autres ont proposé un LC à deux dimensions (contrôle personnel et contrôle social, par exemple), là où d'autres encore en distinguent trois (l'efficacité personnelle, l'idéologie de contrôle et le contrôle politique). Les échelles mises au point plus récemment pour mesurer le LC sont pluridimensionnelles, ou évaluent les tendances caractérisant l'attribution causale dans des domai-

nes particuliers comme la santé ou le travail (Hurrell et Murphy, 1991).

Dans le corpus des travaux publiés sur la question, l'un des résultats les plus constamment observés est l'association entre un LC externe et des troubles physiques et psychiques (Ganster et Fusilier, 1989). Plusieurs études réalisées en entreprise convergent vers les mêmes conclusions: l'incidence des déclarations d'insatisfaction professionnelle, de stress et d'images de soi défavorables est plus élevée chez les travailleurs conditionnés par un LC externe que chez ceux chez qui l'internalité prédomine (Kasl, 1989). Selon des études récentes, le LC affecte le lien entre les facteurs de stress liés au rôle (ambiguïté et conflits de rôles) et les symptômes de détresse psychique (Cvetanovski et Jex, 1994; Spector et O'Connell, 1994).

Toutefois, il est difficile, pour plusieurs raisons, d'interpréter l'association observée entre les postulats de LC et les problèmes de santé (Kasl, 1989). Premièrement, il peut y avoir un chevauchement conceptuel entre les évaluations de la santé et celles du LC. Deuxièmement, le lien peut être dû à la présence d'un facteur ayant trait à une autre dimension, telle que l'affectivité négative. L'étude de Spector et O'Connell (1994), par exemple, fait ressortir une plus forte corrélation entre les postulats de LC et l'affectivité négative qu'avec le sentiment d'autonomie au travail, mais ne rapproche pas les postulats de LC des indices de santé physique. Troisièmement, le sens de la causalité n'est pas évident; il est possible que l'expérience professionnelle modifie les convictions liées aux LC. Enfin, certains n'ont pas pu conclure à une interaction entre LC et facteurs de stress, ni entre LC et problèmes de santé (Hurrell et Murphy, 1991).

La mesure dans laquelle le LC agit sur les mécanismes qui associent facteurs de stress professionnels et santé n'a pas été suffisamment explorée. On a notamment avancé que les sujets à disposition interne recourent à un comportement d'adaptation plus efficace, plus directement axé sur le problème donné. Il se peut que les sujets influencés par un LC externe déploient moins couramment des stratégies de résolution de problèmes parce qu'ils estiment que les événements les concernant échappent à leur contrôle. Certains travaux indiquent que, à l'inverse de ces derniers, les individus répondant à un LC interne adoptent des comportements adaptatifs qui sont plus axés sur les tâches et moins sur les émotions (Hurrell et Murphy, 1991). Pour d'autres chercheurs, les sujets mus par un sentiment de contrôle interne ont tendance à mobiliser leurs capacités de résolution de problèmes et à ne pas refouler leurs émotions dans des situations éventuellement modifiables, tandis que les autres manifestent le schéma inverse. Il est important de souligner que nombre de facteurs de stress d'origine professionnelle ne sont pas directement maîtrisables par les travailleurs et que, de fait, les efforts visant à modifier ces paramètres risquent en définitive d'accentuer les symptômes de stress (Hurrell et Murphy, 1991).

Le soutien social, autre facteur d'influence dans le rapport entre stress et santé, peut également intervenir dans les mécanismes impliquant le LC, les facteurs de stress et la santé. Fusilier, Ganster et Mays (1987) ont établi que le LC et le soutien social déterminaient conjointement la façon dont les travailleurs réagissent aux causes de stress de leur environnement professionnel; Cummins (1989) conclut que le soutien social amortit les effets du stress au travail, mais seulement pour les individus enclins à l'internalité et uniquement dans les cas où ce soutien est en rapport avec le travail.

Pour fascinant — et fécond sur le plan de la recherche — que soit le thème de l'attribution de la causalité, il n'en présente pas moins de sérieux problèmes méthodologiques liés aux enquêtes. Ainsi, certains auteurs ne souscrivent pas à l'immuabilité, les apparentant à un trait de caractère, des postulats commandés par le LC, car les individus attribueraient davantage de poids

aux circonstances externes en vieillissant et après avoir vécu certaines expériences, comme le chômage. De plus, il se pourrait que l'appréciation du LC concerne dans bien des cas l'idée que se fait le travailleur de l'impact qu'il peut avoir sur les circonstances de son travail, plutôt qu'elle ne détermine une caractéristique durable de sa personnalité. D'autres études encore font entrevoir que les échelles de LC peuvent mesurer non seulement l'idée que l'on se fait de la marge de contrôle dont on dispose, mais aussi la tendance à recourir à des manœuvres défensives et à manifester de l'anxiété ou une prédisposition au comportement de type A (Hurrell et Murphy, 1991).

Enfin, peu de travaux ont analysé l'influence du LC sur le choix du métier et sur la réciprocité des interactions entre LC et perception subjective de l'emploi. En ce qui concerne le choix du métier, les différences quantitatives par profession peuvent être mises au compte du rôle du LC dès le départ sur le type d'emploi choisi (Hurrell et Murphy, 1991). Par ailleurs, ces différences peuvent refléter l'empreinte que laisse l'environnement de travail sur le sujet, tout comme cet environnement serait éventuellement capable de susciter le développement de comportements de type A. On pourrait aussi expliquer les différences de LC par métier par un effet de «flux», c'est-à-dire de mouvement des travailleurs embrassant ou quittant telle carrière pour cause d'insatisfaction professionnelle, de problèmes de santé ou de désir d'avancement.

Pour conclure, la recherche ne présente pas une image claire du rôle du LC dans les rapports entre facteurs de stress d'origine professionnelle et santé. Même lorsque les études aboutissent à des conclusions relativement convergentes, l'interprétation de la relation est brouillée par des variables incontrôlées (Kasl, 1989). La stabilité du concept de LC mérite d'être éprouvée plus avant. Il conviendrait également de centrer la recherche à venir sur l'identification des mécanismes ou des processus par lesquels le LC influe sur les perceptions du travailleur, ou sur sa santé mentale et physique. Les composantes de ces mécanismes devront refléter l'interaction du LC avec d'autres traits de la personnalité du travailleur, ainsi que l'interaction des attributions de causalité avec les facteurs inhérents au milieu de travail, y compris dans ses effets réciproques. Les travaux ultérieurs devraient produire des résultats moins ambigus s'ils comportent une mesure de caractéristiques individuelles apparentées (telles que le comportement de type A ou l'anxiété) et s'ils utilisent des mesures du LC spécifiques au contexte étudié (par exemple, le travail).

● LES STRATÉGIES D'ADAPTATION

Ronald J. Burke

On a défini l'adaptation comme «l'ensemble des efforts visant à réduire les effets adverses du stress sur le bien-être de l'individu» (Edwards, 1988). De même que le vécu du stress proprement dit, la mise en place de l'adaptation (ou «coping») est un processus complexe et dynamique. L'individu la déclenche face à une situation anxiogène, jugée menaçante ou dangereuse (c'est-à-dire lorsqu'il ressent un stress). Le «coping» est une variable différentielle, qui module le rapport stress-effets du stress.

Les stratégies d'adaptation rassemblent des combinaisons de pensées, de croyances et de comportements assimilables à des traits de caractère, motivées par le stress et pouvant être exprimées indépendamment du facteur de stress. Ce sont des variables temporelles, qui ne changent guère avec le temps ni avec les circonstances; elles sont influencées par les traits de la personnalité, mais en sont distinctes, suivant le degré de généralité ou d'abstraction. Comme types de stratégies, exprimés globalement, on peut citer la

«maîtrise-atténuation» (Miller, 1979) et la «répression-sensibilisation» (Houston et Hodges, 1970). Les différences individuelles que sont la personnalité, l'âge, l'expérience, le sexe, la capacité intellectuelle, le style cognitif ont une incidence sur la façon dont un individu réagit au stress. Les modes d'adaptation sont le résultat tant des expériences que des apprentissages antérieurs.

Shanan (1967) est l'un des premiers à avoir ouvert la perspective sur ce qu'il appelait le «type de recours adaptatif». Cet «ensemble de réponses» était caractérisé par quatre éléments: la disponibilité d'une énergie toute concentrée sur les sources possibles du problème; une différenciation sans ambiguïté des occurrences internes et externes à la personne; la confrontation plutôt que l'évitement des difficultés externes; et l'arbitrage entre les exigences de l'extérieur et les besoins de l'individu. Antonovsky (1987) a également signalé que, pour être efficace, l'individu doit avoir des raisons de faire face, avoir bien déterminé la nature et l'ampleur du problème ainsi que le contexte réel dans lequel il se pose et, enfin, avoir choisi la meilleure solution au problème.

La classification la plus courante des modes d'adaptation (Lazarus et Folkman, 1984) comprend les réponses axées sur le problème (avec recherche d'information et effort de résolution du problème) et les réponses axées sur les émotions (qui impliquent l'expression et la modulation des émotions). Ces deux aspects sont parfois complétés par un troisième, les réponses axées sur l'appréciation (et dont les éléments peuvent être le refus, l'acceptation, la comparaison sociale, la redéfinition ainsi que l'analyse logique).

Moos et Billings (1982) font la distinction entre les modes d'adaptation suivants:

- *Actif-cognitif*. La personne essaie de gérer son appréciation de la situation stressante.
- *Actif-comportemental*. La personne adopte un comportement qui se rapporte directement aux situations stressantes.
- *Évitement*. La personne évite de faire face au problème.

Greenglass (1993) a récemment défini un mode d'adaptation dénommé «coping» social, qui intègre des facteurs sociaux et interpersonnels en même temps que des facteurs cognitifs. Ses travaux mettent en évidence des rapports très étroits entre diverses formes de soutien social et diverses formes d'adaptation (axées, par exemple, sur le problème ou sur les émotions). Cet auteur constate que les femmes, généralement plus aptes dans les relations interpersonnelles, font davantage appel à un «coping» social.

On peut également rapprocher une autre conceptualisation du mode d'adaptation, le «coping» préventif, à tout un ensemble de travaux autrefois classés séparément, qui sont centrés sur le choix d'habitudes de vie saines (Roskies, 1991). Selon Wong et Reker (1984), le «coping» préventif vise à favoriser le bien-être personnel et à réduire l'éventualité de problèmes à venir. Parmi les modes de «coping» préventif, on relève la pratique d'exercices physiques et la relaxation, de même que l'acquisition d'une bonne hygiène de sommeil et d'alimentation, la propension à planifier, gérer son temps et à tirer parti du soutien de l'entourage.

Un autre mode d'adaptation, décrit comme un aspect général de la personnalité (Watson et Clark, 1984), comporte les notions d'affectivité négative (AN) et d'affectivité positive (AP). Les personnes dotées d'une AN accentuée privilégient les aspects dépréciatifs lorsqu'elles se jugent elles-mêmes, lorsqu'elles jugent les autres et leur environnement en général et connaissent davantage d'angoisse. Les personnes à AP insistent, au contraire, sur les aspects positifs lorsqu'elles s'autoévaluent et lorsqu'elles jugent les autres et le monde en général. Elles rapportent moins de détresse psychologique.

Ces deux traits de caractère peuvent agir sur la perception qu'a l'individu du nombre et de l'importance des facteurs éventuels de stress qui l'entourent, aussi bien que sur ses façons de réagir (à savoir, l'idée qu'il a des ressources dont il dispose et les stratégies

de recours qu'il déploie effectivement). Ainsi, ceux dont l'affectivité est fortement négative diront qu'ils ont moins de ressources à leur disposition et tendront à mobiliser des moyens inefficaces (défaitistes): réagir en exprimant leurs émotions, en évitant les problèmes et en se désengageant, par exemple; ils seront moins enclins à poursuivre des stratégies efficaces, telles que l'action délibérée ou la reconstruction cognitive. Les individus dotés d'une affectivité fortement positive se fieront davantage à leurs propres capacités pour faire face et adopteront un mode de «coping» plus fructueux.

La notion du sentiment de cohérence (SC) développée par Antonovsky (1979; 1987) recoupe largement celle de l'AP. Pour cet auteur, le SC est une tendance générale à trouver le monde signifiant et compréhensible. Cette orientation permet à la personne de s'attacher d'emblée à la situation donnée, puis d'agir sur le problème et sur les émotions liées au problème. Les personnes dont le SC prévaut sont motivées et possèdent les capacités cognitives voulues pour adopter des conduites propres à résoudre le problème. Elles sont en outre plus susceptibles de saisir la valeur des émotions, de ressentir des émotions particulières et de les ajuster et d'accepter la responsabilité de leur condition plutôt que de charger les autres ou de projeter sur eux leurs attitudes. Nombreux sont les travaux réalisés depuis qui confirment la thèse d'Antonovsky.

Les modes d'adaptation peuvent être décrits en fonction des dimensions de complexité et de souplesse (Lazarus et Folkman, 1984). Les personnes qui empruntent diverses stratégies ont un mode d'adaptation complexe; celles qui n'usent que d'une stratégie ont un mode d'adaptation unique. Celles qui recourent à la même stratégie dans toutes les circonstances ont un mode d'adaptation rigide; celles qui font appel à plusieurs stratégies dans la même situation ou dans des situations différentes ont un mode d'adaptation souple. On a prouvé que le mode souple était plus efficace que le mode rigide.

On évalue en général les types de réaction soit à l'aide de questionnaires d'autoappréciation, soit en demandant aux individus (leur laissant toute liberté de répondre) comment ils ont fait face à un facteur de stress donné. Le questionnaire mis au point par Lazarus et Folkman (1984) («Ways of Coping Checklist») (Liste des réponses adaptatives) est l'outil le plus couramment employé pour mesurer les réponses centrées sur le problème et sur les émotions. Dewe, dans ses travaux sur le «coping» (1989), s'est souvent servi par ailleurs des descriptions que les individus donnent de leurs propres initiatives de recours.

Tout un ensemble d'interventions pratiques peuvent être mises en œuvre en ce qui concerne les manières de faire face. Le plus souvent, elles consistent en séances de sensibilisation et de formation au cours desquelles les sujets/participants se voient présenter diverses informations avec en parallèle, parfois, des exercices d'autoévaluation qui leur permettent d'analyser leurs stratégies de «coping» favorites, ainsi que d'autres façons de réagir, et leur éventuel intérêt. L'information est généralement bien reçue par les bénéficiaires, mais son utilité à les aider à faire face aux véritables facteurs de stress de la vie reste à prouver. De fait, les quelques études qui ont examiné des stratégies individuelles d'adaptation (Shinn et coll., 1984; Ganster et coll., 1982) concluent à la modeste valeur de cette intervention sur le plan pratique, en particulier lorsqu'un suivi a été effectué (Murphy, 1988).

Matteson et Ivancevich (1987) font part d'une étude intégrant les questions de stratégies d'adaptation dans le cadre d'un programme plus complet de formation à la gestion du stress. Trois aptitudes doivent être améliorées: capacités de «coping» cognitives, interpersonnelles et de résolution de problèmes. On différencie les aptitudes axées sur les problèmes de celles qui sont axées sur les émotions. Les premières ont trait à la résolution de problèmes, à la gestion du temps, aux compétences sociales et de com-

munication, à l'affirmation de la personnalité, à l'adaptation des modes de vie et aux actions visant directement à modifier les pressions qu'exerce le milieu. Les aptitudes axées sur les émotions doivent soulager l'anxiété et favoriser la pondération des émotions. Elles concernent en particulier le refus, l'expression des sentiments et la relaxation.

Le présent article a été rédigé avec l'aide, notamment, de la Faculty of Administrative Studies, York University.

LE SOUTIEN SOCIAL

D. Wayne Corneil

Vers le milieu des années soixante-dix, les intervenants de la santé publique et les épidémiologistes en particulier ont «découvert» la notion de soutien social, ou soutien de l'entourage, à l'occasion des études menées sur les relations causales entre stress, mortalité et morbidité (Cassel, 1976; Cobb, 1976). La dernière décennie a vu l'essor de la littérature croisant les notions de soutien social et celles des facteurs de stress lié au travail. En revanche, le concept de soutien social était déjà bien intégré dans la pratique de la psychologie clinique. La thérapie de Rogers (1942), fondée sur une attitude de considération inconditionnelle à l'égard du patient, est essentiellement une démarche de soutien social. Lindeman (1944), pionnier de l'analyse de l'accommodation au chagrin causé par un deuil, a permis de mettre en avant le rôle essentiel du soutien pour tempérer ce type de crise. Le modèle de psychiatrie communautaire préventive de Caplan (1964) fait ressortir l'importance des groupes communautaires et des groupes de soutien.

Cherchant à comprendre pourquoi certaines personnes semblent mieux que d'autres résister au stress, Cassel (1976) a adapté la notion de soutien social au domaine de la santé publique pour expliquer les différences observables dans les maladies apparemment liées au stress. L'idée du soutien social comme variable intervenant dans l'apparition d'une maladie était logique puisque, selon lui, tant les personnes que les animaux soumis à un stress semblent subir moins de désagréments lorsqu'ils sont en compagnie de proches que les individus isolés. Le soutien social pourrait donc jouer un rôle de tampon en mettant l'individu à l'abri des effets du stress.

Cobb (1976) a élargi le concept, arguant que la simple présence d'une autre personne ne constitue pas un soutien social. Il postule qu'un échange d'«information» est nécessaire et classe cet échange en trois catégories:

- l'information qui porte la personne à croire qu'elle est aimée ou qu'on se soucie d'elle (soutien affectif);
- l'information qui porte à croire que l'on est estimé et apprécié (soutien de l'estime);
- l'information qui porte à croire que l'on appartient à un réseau d'obligations réciproques et de communication.

D'après ce même auteur, les individus qui traversent des crises graves sans soutien de l'entourage risquent dix fois plus de souffrir d'une dépression. Et de conclure que les relations affectives ou le soutien social constituent d'une manière ou d'une autre un rempart contre les effets du stress. Le soutien social exerce son effet tout au long de la vie, accompagnant ou non des expériences telles que le chômage, la maladie grave ou le deuil. Cobb estime que le vaste ensemble d'études, d'échantillons, de méthodes et de résultats existants constitue une preuve convaincante de ce que ce soutien est un facteur commun d'atténuation du stress, mais qu'il n'est pas en soi une panacée pour en éviter les effets.

Le soutien social étairait ainsi la capacité de faire face (manipulation de l'environnement extérieur) et faciliterait l'adaptation (changement opéré en soi-même pour mieux faire coïncider l'adéquation personne-environnement). L'auteur note toutefois que la plupart des travaux portent sur des facteurs de stress aigus et ne permettent pas de généraliser l'effet protecteur du soutien social face aux situations de stress chronique ou traumatique.

Dans les années qui ont suivi la publication de ces premiers travaux, les chercheurs se sont éloignés d'un concept unitaire du soutien social et se sont attachés à identifier les composantes tant du stress social que du soutien social.

Hirsh (1980) définit cinq composantes possibles du soutien social:

- *le soutien affectif*: sollicitude, réconfort, amour, affection, sympathie;
- *l'encouragement*: louanges, compliments; mesure dans laquelle le soutien de l'autre inspire du courage, de l'espoir, l'envie de se ressaisir;
- *les conseils*: informations utiles pour résoudre les problèmes; le sentiment d'être informé(e);
- *la compagnie*: le temps passé avec celle (celui) qui offre son soutien; le fait de ne pas se sentir seul(e);
- *l'aide concrète*: apports pratiques (de l'argent ou une aide ménagère; l'impression d'être déchargé(e) de fardeaux.

House (1981) part d'un autre cadre conceptuel pour étudier le soutien social dans le contexte du stress lié au travail:

- *soutien affectif*: empathie, sollicitude, amour, confiance, estime ou manifestations d'intérêt;
- *soutien évaluatif*: information facilitant l'autoévaluation, opinion des autres utile pour s'affirmer;
- *soutien informatif*: suggestions, conseils ou information aidant à résoudre les problèmes;
- *soutien pratique*: aide directe sous forme d'argent, de temps ou de travail.

House estime que le soutien affectif est la forme la plus importante du soutien social. Au travail, le soutien du supérieur hiérarchique est primordial, précédant, par ses effets, celui des collègues. La structure et l'organisation de l'entreprise, ainsi que les postes spécifiques qu'elle offre, peuvent soit favoriser, soit entraver les possibilités de soutien. House constate que la spécialisation et la fragmentation poussées du travail accentuent l'isolement des divers rôles et réduisent les possibilités de soutien.

L'étude de Pines (1983) sur le syndrome d'épuisement professionnel, lequel est abordé ailleurs dans ce chapitre, montre que le fait de pouvoir jouir d'un soutien social au travail est négativement corrélé à la dépression d'épuisement. L'auteur distingue six aspects du soutien social qui modifient la réaction d'épuisement: l'écoute, l'encouragement, l'offre de conseils, l'offre de compagnie et l'offre d'une aide concrète.

Les paragraphes qui précèdent sur les divers modèles proposés par les chercheurs ne laissent guère entrevoir, bien que l'on ait tenté de préciser ce concept, d'homogénéité dans la conceptualisation des éléments spécifiques du phénomène; on peut cependant observer de nombreux recouvrements entre les modèles.

L'interaction entre stress et soutien social

Si la documentation sur le stress et le soutien social est fort abondante, les mécanismes qui régissent les interactions entre stress et soutien social font encore l'objet de très nombreuses questions. L'une d'entre elles, en suspens depuis longtemps, concerne l'immédiateté ou, à l'inverse, la médiation de l'effet du soutien social sur la santé.

L'effet essentiel ou direct

Le soutien social peut exercer un effet direct ou essentiel en faisant fonction de barrière contre les effets du stress. Un réseau de soutien social peut fournir l'information ou l'échange d'idées qui manquent pour faire face, ou les ressources dont l'individu a besoin pour minimiser le stress. L'appartenance à un groupe peut aussi imprégner l'opinion qu'un individu a de lui-même, ce qui lui permettra d'acquiescer une certaine confiance en soi, un sentiment de maîtrise, de compétence et, donc, l'impression de pouvoir agir sur l'environnement. Cette thèse correspond aux théories du contrôle personnel comme modérateur des effets du stress, émise par Bandura (1986). Il semble y avoir un seuil minimal de contacts sociaux nécessaires à la santé au-delà duquel le soutien social est moins important. Si le soutien social a des répercussions directes ou essentielles, il devient possible de créer un indice permettant de le mesurer (Cohen et Syme, 1985; Gottlieb, 1983).

Toutefois, selon Cohen et Syme (1985), le caractère immédiat de cet effet devrait plutôt être compris dans l'autre sens: ce serait l'isolement, ou l'absence de soutien social, qui provoquerait les troubles de santé, et non le soutien social qui renforcerait la santé. C'est là une question non encore élucidée. Gottlieb pose par ailleurs le problème des événements occasionnant une perte du réseau social même, comme cela peut se produire lors de catastrophes, d'accidents graves, ou lorsqu'on perd son travail. Un tel effet n'a pas encore été quantifié.

L'effet tampon ou indirect

Dans l'hypothèse de l'effet tampon, le soutien social intervient entre les facteurs de stress et la réponse au stress pour en diminuer les effets. Par cet intermédiaire, on peut changer l'idée que l'on se fait du facteur de stress, ce qui émousse son impact ou permet de mobiliser les facultés d'adaptation. Le soutien des autres peut revêtir la forme d'une aide tangible en cas de crise, ou amener des suggestions qui vont faciliter la réaction d'adaptation. Enfin, le soutien social peut être un facteur modérateur du stress, qui va calmer le système neuroendocrinien, de sorte que l'individu sera moins affecté par le facteur stressant.

Pines (1983) fait remarquer que la valeur agissante du soutien social peut résider dans le fait de partager une réalité sociale. Pour Gottlieb, le soutien social pourrait compenser les reproches que l'on se fait à soi-même et dissiper l'idée que l'individu est lui-même responsable de ses difficultés. Dans ses interactions avec son entourage, il peut donner libre cours à ses préoccupations et commencer de se reconstituer une identité sociale valable.

Autres aspects théoriques

Jusqu'ici, la recherche a eu tendance à traiter le soutien social comme un facteur donné et statique. Si l'on a soulevé la question de son évolution avec le temps, les précisions sur le sujet sont insuffisantes (Gottlieb, 1983; Cohen et Syme, 1985). Le soutien social est, de toute évidence, un phénomène fluide, comme le sont les facteurs de stress sur lesquels il retentit. Il varie tout au long des phases de la vie. Il peut aussi se transformer dans le court terme du déroulement d'un événement stressant particulier (Wilcox, 1981).

Une telle variabilité entraîne vraisemblablement des fonctionnements différents du soutien social au cours des étapes développementales ou des diverses phases d'une crise. Au début de la crise, par exemple, l'aide apportée sous forme d'information peut être plus précieuse que l'aide concrète. La source du soutien, son intensité et la durée de son efficacité seront également fluctuantes. La relation de réciprocité entre stress et soutien social doit être reconnue. Certains facteurs de stress eux-mêmes ont un impact direct sur la disponibilité de soutien. Le décès du conjoint, par exemple, réduit d'ordinaire le réseau de soutien, et peut être

porteur de lourdes conséquences pour le survivant (Goldberg, Van Natta et Comstock, 1985).

Le soutien social n'équivaut pas à un coup de baguette magique adoucissant l'effet du stress. Dans certaines conditions, il peut même exacerber celui-ci, ou le provoquer. Wilcox (1981) indique que les individus dont le réseau familial est relativement dense ont plus de mal à gérer un divorce, leur famille ayant tendance à rejeter le divorce comme solution aux problèmes conjugaux. Les travaux menés sur la toxicomanie et la violence domestique illustrent parfois les éventuels méfaits des réseaux sociaux. En effet, Pines et Aronson (1981) l'ont noté, une grande partie des interventions psychothérapeutiques sont consacrées à affranchir l'individu des relations nocives qu'il entretient, à lui inculquer des compétences relationnelles et à l'aider à se remettre d'une expérience d'exclusion sociale.

Nombreuses sont les études qui manient diverses mesures du contenu fonctionnel du soutien social. Ces mesures sont d'une fiabilité et d'une validité très variables. Toujours sous l'angle méthodologique, le fait que ces analyses dépendent en grande partie d'autodéclarations émanant des sujets eux-mêmes représente une faiblesse: les réponses sont nécessairement subjectives et l'on pourra se demander si c'est l'événement proprement dit ou le degré de soutien social qui est important, ou plutôt la perception subjective du soutien et de ses répercussions. Si c'est la perception qui est critique, il se peut alors qu'une troisième variable (le type de personnalité, par exemple) influence à la fois le stress et le soutien social (Turner, 1983). Un troisième facteur, comme l'âge ou la situation socio-économique, peut entraîner une modification du soutien social et de la variable observée, selon Dooley (1985). Solomon (1986) apporte des éléments confirmatifs dans ce sens dans une étude consacrée à des femmes forcées, par des contraintes matérielles, de dépendre d'amis ou de parents; dès qu'elles en sont financièrement capables, ces femmes mettent fin à ce type de dépendance. Thoits (1982) s'inquiète de la causalité inverse, car il se pourrait que certaines catégories de problèmes repoussent les amis et affaiblissent la solidarité. Des études réalisées par Peters-Golden (1982) et Maher (1982) sur les personnes atteintes d'un cancer et leur soutien social semblent avérer cette proposition.

Le soutien social et le stress au travail

Les travaux sur les associations entre le soutien social et le stress au travail indiquent que la capacité de faire face aux situations est liée à la bonne utilisation des systèmes de soutien (Cohen et Ahearn, 1980). Les stratégies d'adaptation fructueuses mettent en évidence l'importance du recours à un soutien social, organisé ou informel, face au stress du travail. Par exemple, on conseille aux personnes qui viennent d'être licenciées de rechercher activement un appui d'ordre informatif, affectif et concret. Or, les évaluations de l'efficacité de telles interventions sont relativement peu nombreuses. Il semble toutefois que le soutien structuré ne soit efficace qu'à court terme et qu'il faille disposer d'un soutien informel pour être en mesure de réagir à plus long terme. Le soutien structuré offert par l'entreprise risque parfois d'entraîner des résultats indésirables, car la colère ressentie en cas de licenciement ou de faillite, par exemple, peut se reporter sur les prestataires de l'aide psychosociale eux-mêmes. D'autre part, compter trop longtemps sur le soutien social peut créer un sentiment de dépendance et l'affaiblissement de l'estime de soi.

Dans certains métiers, comme celui de marin ou de sapeur-pompier, ou de technicien sur une plate-forme pétrolière, par exemple, le réseau de soutien social est consistant, durable et très défini, analogue, d'une certaine manière, à un tissu familial. Etant donné la nécessité de travailler en petits groupes et de fournir des efforts en commun, il est naturel que se développe parmi les travailleurs un sentiment particulier de cohésion et de solidarité. Le caractère parfois dangereux des tâches exige de ceux-ci qu'ils

fassent preuve de respect et de confiance mutuels. Lorsque des personnes sont amenées à compter les unes sur les autres pour leur survie et pour leur bien-être, des liens solides et une forte interdépendance peuvent se forger entre elles.

Afin de mieux cerner la variable de soutien social, les recherches à venir devront se concentrer sur la nature de ce soutien durant les périodes de travail normales, mais aussi en période de réduction d'effectifs ou de grands changements structurels. Ainsi, lorsqu'un salarié est promu à un poste de supervision, il doit en principe prendre des distances par rapport aux autres membres de son équipe. Cela affecte-t-il le niveau d'échanges sociaux quotidiens dont il bénéficie ou dont il a besoin? La source de soutien doit-elle être déplacée vers les autres cadres, la famille ou ailleurs? Ceux qui ont des postes de responsabilité subissent-ils des facteurs de stress différents au travail? Requièrent-ils d'autres formes, d'autres sources ou d'autres objectifs de soutien?

Si l'objet des interventions de groupe modifie également les fonctions de soutien social ou la nature du réseau, cela aura-t-il un effet préventif par rapport aux futurs événements stressants?

Quel sera l'effet de la présence de plus en plus importante de femmes dans ces métiers? La nature et la fonction du soutien pour tous les travailleurs en sera-t-elle changée, ou faudra-t-il envisager des soutiens de type ou de niveau différent pour chaque sexe?

Le milieu de travail offre une occasion unique d'étudier l'échec-complexe du soutien social. Sous-culture fermée, il présente à la recherche un cadre expérimental naturel, se prêtant à l'étude du rôle du soutien social, des réseaux sociaux et de leurs interactions avec le stress aigu, chronique et traumatique.

LE STRESS ET LA MALADIE PROFESSIONNELLE: LES DIFFÉRENCES HOMMES-FEMMES

Rosalind C. Barnett

Les facteurs de stress au travail touchent-ils les hommes et les femmes de la même manière? Ce n'est que récemment que la recherche sur le stress et la santé professionnelle s'est intéressée à la question. De fait, l'évocation d'une éventuelle spécificité propre au genre n'apparaît même pas dans l'index de la première édition du *Handbook of Stress* (Goldberger et Breznitz, 1982), pas plus que dans les principaux ouvrages de référence que sont *Job Stress and Blue Collar Work* (Cooper et Smith, 1985) et *Job Control and Worker Health* (Sauter, Hurrell et Cooper, 1989). Une revue des variables actives et des interactions relevées en 1992 dans la littérature consacrée au stress d'origine professionnelle ignore également la question des différences par sexe (Holt, 1993). L'histoire de la psychologie de la sécurité et de la santé au travail, laquelle reproduit les stéréotypes sexuels très présents dans notre culture, explique en partie ces omissions. Hors le domaine de la santé génésique, l'étude des maladies et lésions corporelles a généralement concerné les hommes et les variations liées à leur travail. Lorsque la recherche se penchait sur les questions de santé psychologique, elle s'attachait alors aux femmes et aux variations dans leurs rôles sociaux.

De ce fait, et jusqu'à une date récente, les «indices disponibles» des effets du travail sur la santé physique s'appliquent quasi exclusivement aux hommes (Hall, 1992). Ainsi, l'effort d'identification des corrélats des maladies coronariennes n'a porté que sur les hommes et sur divers aspects de leur travail; les chercheurs ne se sont même pas renseignés sur l'effet du statut marital ou parental de leurs sujets masculins (Rosenman et coll., 1975). De même, peu d'études des rapports entre stress professionnel et pathologie

masculine prennent en compte ces dimensions maritales et parentales (Caplan et coll., 1975).

A l'inverse, les préoccupations relatives à la santé génésique, la fécondité et la grossesse convergeaient essentiellement sur les femmes. Il n'est donc guère surprenant que «l'examen des effets de l'exposition à certaines conditions du milieu de travail sur la fonction reproductrice portent bien davantage sur les femmes que sur les hommes» (Walsh et Kelleher, 1987). En matière de détresse psychique, les tentatives de définition des corrélats psychosociaux, notamment les facteurs de stress liés à l'arbitrage d'un équilibre travail-famille, se focalisent majoritairement sur les femmes.

En confirmant l'idée de «sphères séparées» pour les hommes et les femmes, ces conceptualisations et les paradigmes qui en découlent ont bloqué l'analyse des différences selon le sexe et, partant, empêché de contrôler effectivement l'influence du sexe du sujet. L'intense ségrégation professionnelle hommes-femmes (Bergman, 1986; Reskin et Hartmann, 1986) oppose également un obstacle à l'étude du rôle du sexe en tant que variable active. Si tous les hommes ont des «emplois d'hommes» et toutes les femmes des «emplois de femmes», il n'est guère judicieux de rechercher l'influence du sexe sur le rapport stress-maladie: les conditions de travail et le sexe seraient confondus. Ce n'est que lorsque les femmes prennent des emplois traditionnellement masculins et que certains hommes prennent des emplois «féminins» que la question prend un sens.

On peut traiter l'effet du sexe du sujet de trois manières: le neutraliser, l'ignorer ou l'analyser (Hall, 1991). La plupart des enquêtes sur la santé ont écarté cette caractéristique ou se sont limitées à l'un des sexes, d'où la carence d'informations que nous mentionnions plus haut et l'accumulation de travaux qui confirment les hypothèses stéréotypées quant au rôle du sexe dans le rapport stress-santé. Selon ces hypothèses, les femmes sont essentiellement différentes des hommes selon des paramètres qui les rendraient moins résistantes au travail, d'une part, et les hommes sont relativement peu affectés par leur vécu hors du travail, d'autre part.

Malgré ces débuts, la situation est en train de changer. Témoin la publication en 1987 de *Gender and Stress* (Barnett, Biener et Baruch, 1987), premier ouvrage publié dédié précisément au rapport entre le sexe et chacun des aspects de la réaction au stress. La deuxième édition du *Handbook of Stress* (Barnett, 1982) consacre un chapitre aux effets de l'appartenance à l'un et à l'autre sexe. De fait, les études actuelles adoptent de plus en plus la troisième méthode évoquée plus haut, qui consiste à analyser les effets du stress selon le sexe. Les tenants de cette démarche, pourtant fort prometteuse, doivent pourtant éviter certains écueils. Sur le plan pratique, elle implique l'analyse de données ayant trait aux hommes et aux femmes et l'évaluation tant des principaux effets que des interactions liées à la sexospécificité. Parmi les principaux effets, l'un des plus importants est que si l'on contrôle les autres prédicteurs du modèle, les hommes et les femmes diffèrent dans la mesure de la variable dépendante. Les analyses des effets d'interactions concernent la réactivité différentielle: le rapport entre un facteur de stress donné et une variable dépendante relative à la santé diffère-t-il chez les femmes et chez les hommes?

Le principal intérêt de ce type de démarche est qu'elle permet de remettre en cause les stéréotypes rattachés aux femmes et aux hommes. La principale embûche en est que l'on peut toujours en tirer des conclusions erronées sur les différences hommes-femmes. Ce paramètre est confondu avec de nombreuses autres variables sociales: il faut donc tenir compte de celles-ci *avant* de procéder à des déductions relatives au genre. Par exemple, les échantillons d'hommes et de femmes pourvus d'un emploi seront sans aucun doute différents quant à tout un ensemble de variables, liées ou non au travail, qui pourraient vraisemblablement influencer sur la

santé. Les plus importants d'entre ces facteurs contextuels sont le prestige professionnel, le salaire, le temps de travail (temps plein ou partiel), la situation de famille, le niveau d'instruction, la situation professionnelle du conjoint, la charge globale de travail, et la présence de personnes à charge — enfants ou personnes âgées. Par ailleurs, certaines données permettent d'envisager l'existence de différences sexuelles relativement à la personnalité, la cognition, le comportement et à d'autres variables sociales liées à l'état de santé: recherche de sensations; efficacité personnelle (sentiment de compétence); locus de contrôle externe; stratégies d'adaptation axées sur les émotions ou sur les problèmes à résoudre; recours aux ressources sociales et au soutien de l'entourage; facteurs de risques acquis tels que le tabagisme et l'abus d'alcool; comportements préventifs tels que la pratique d'exercices physiques, un régime alimentaire équilibré, des habitudes d'hygiène prophylactique; fait de subir précocement une intervention médicale; et pouvoir social (Walsh, Sorensen et Leonard, 1995). Plus on arrive à maîtriser ces variables contextuelles, mieux on comprend l'effet de la spécificité du genre sur certains mécanismes, notamment si c'est cette variable ou si ce sont d'autres variables adventices qui sont opérantes.

A titre d'illustration, l'étude de Karasek (1990) montrant que des changements intervenant dans la situation professionnelle d'employés de bureau risquent moins d'être assortis d'effets négatifs sur la santé s'ils impliquent une plus grande marge d'autocontrôle du travail. Il s'est avéré que cette conclusion était valable pour les hommes, mais non pour les femmes. Selon d'autres analyses ultérieures, l'autocontrôle du travail et le sexe du travailleur étaient confondus. S'agissant des femmes — l'un des «groupes les moins agressifs [ou puissants] du marché du travail» — (Karasek, 1990), les changements de situation professionnelle des cadres entraînaient souvent un rétrécissement de la marge d'autocontrôle, alors que chez les hommes, l'évolution était généralement contraire. C'est donc le pouvoir, et non le sexe du sujet, qui explique cet effet d'interaction. De telles analyses nous incitent à affiner la délimitation de la variable active. Les hommes et les femmes réagissent-ils différemment au stress du travail du fait de caractères innés (c'est-à-dire biologiques), ou parce que leurs expériences sociales sont différentes?

Quoique peu d'études aient examiné les effets adventices de la spécificité du genre, la plupart indiquent qu'une fois neutralisés les facteurs d'interférence, la relation entre les conditions de travail et les effets sur la santé physique et mentale n'est pas sous la dépendance du sexe du sujet (Lowe et Northcott, 1988, retracent l'une de ces études). En d'autres termes, la différence innée de réactivité n'est pas prouvée.

Les conclusions tirées de l'étude d'un échantillon aléatoire d'hommes et de femmes travaillant à temps plein et dont le conjoint travaille également, renvoient au même constat en ce qui concerne la détresse psychologique. Dans une série d'analyses transversales et longitudinales, on a procédé à une enquête à deux niveaux pour tenir compte des variables individuelles telles que l'âge, le niveau d'instruction, le prestige professionnel et la qualité de la relation maritale, ainsi que des variables tenant au couple telles que la situation parentale, le nombre d'années de mariage et le revenu du ménage (Barnett et coll., 1993; Barnett et coll., 1995; Barnett, Brennan et Marshall, 1994). Les vécus professionnels satisfaisants étaient liés à un faible niveau de mal-être; l'absence de liberté dans l'utilisation des compétences personnelles et l'excès de travail étaient liés à un niveau élevé de souffrance psychologique; les expériences vécues en tant que conjoint ou parent atténuaient le rapport entre les expériences professionnelles et la souffrance; enfin, les changements intervenant dans la durée en matière d'utilisation discrétionnaire des compétences et de surcharge de travail étaient également liés à une évolution correspondante de la souffrance psychologique. Dans aucun de ces cas,

l'effet de la spécificité du genre n'était significatif: l'intensité de ces relations n'était pas affectée par l'appartenance à l'un ou à l'autre sexe.

Une exception importante doit être notée: celle des nominations symboliques (voir, par exemple, Yoder, 1991). S'il est indéniable qu'il y ait un avantage énorme à faire partie d'une minorité d'hommes dans n'importe quelle profession féminine» (Kadushin, 1976), l'inverse n'est pas vrai. Les femmes qui sont minoritaires dans un milieu de travail masculin s'en trouvent nettement désavantagées. Une telle différence se comprend aisément lorsqu'on pense au statut et aux pouvoirs respectifs des hommes et des femmes dans notre culture.

Dans l'ensemble, les études des manifestations physiques du stress ne révèlent pas non plus d'effets d'interaction sensibles liés au genre. Il semble notamment que les caractéristiques de l'activité professionnelle constituent des déterminants de la sécurité plus importants que ne le sont les attributs des travailleurs; il semble aussi que les femmes qui occupent des professions traditionnellement masculines subissent le même type d'accidents que leurs homologues masculins et selon une fréquence sensiblement identique. D'ailleurs, c'est souvent parce que les dispositifs de protection sont mal conçus, et non à cause d'une incapacité inhérente aux femmes, que celles qui exercent des métiers majoritairement masculins sont davantage sujettes à des accidents (Walsh, Sorenson et Leonard, 1995).

Deux mises en garde semblent s'imposer ici. En premier lieu, aucune étude ne tient compte de toutes les covariables liées au sexe. De ce fait, toute conclusion sur les effets de la spécificité du genre ne peut être que provisoire. En second lieu, étant donné que les modes de contrôle des variables changent d'une étude à l'autre, les comparaisons sont délicates.

La progression des effectifs féminins sur le marché du travail, y compris dans des emplois semblables à ceux des hommes, accroît tant les occasions que la nécessité d'évaluer l'effet des différences hommes-femmes sur le rapport entre les facteurs de stress et la maladie. Les études à venir devront en outre pousser plus loin la conceptualisation de la notion de stress, ainsi que son mesurage, afin de tenir compte des facteurs de stress professionnel pertinents pour les femmes; étendre l'évaluation des effets d'interaction aux études autrefois cantonnées à des populations soit d'hommes, soit de femmes, par exemple les études sur la fonction génésique et sur le stress d'origine non professionnelle; et examiner les effets d'interaction de la race et de la classe sociale, ainsi que les effets combinés de l'interaction genre et race, et genre et classe sociale.

● L'ETHNICITÉ

Gwendolyn Puryear Keita

D'importants changements se produisent dans la population active de nombreux pays parmi les plus industrialisés, du fait de la place grandissante qu'y occupent les minorités ethniques. Pourtant, la recherche sur le stress en milieu professionnel a peu intégré cette nouveauté. L'évolution démographique de la population active mondiale indique clairement que ces populations ne sauraient plus être ignorées. Nous abordons brièvement dans cet article quelques-uns des principaux aspects du stress au travail se rapportant aux minorités ethniques, des États-Unis en particulier. Mais l'essentiel des conclusions devrait pouvoir être rapporté à d'autres pays.

La plupart des études sur le stress professionnel excluent les minorités ethniques ou en incluent trop peu pour permettre des comparaisons ou des généralisations significatives, ou encore ne fournissent pas suffisamment d'informations sur l'échantillon utili-

sé pour qu'on en déduise le taux de participation des divers groupes ethniques ou raciaux. Ces travaux font rarement la distinction entre les minorités ethniques, les considérant comme un groupe homogène, ce qui tend à estomper les différences d'ordre démographique, culturel, linguistique, et socio-économique qui ont été établies tant entre les groupes qu'à l'intérieur de chacun d'eux (Olmedo et Parron, 1981).

Outre qu'elles ne se soucient guère des questions d'ethnicité, la grande majorité des études n'évaluent pas non plus les différences de classe ou de genre, ni les interactions classe, race et genre. On sait peu de chose, par ailleurs, sur la valeur transculturelle de la masse des méthodes d'évaluation employées. Les instruments auxquels elles recourent ne sont pas toujours traduits convenablement et l'équivalence entre la version publiée en anglais standard et les versions vernaculaires n'est pas forcément démontrée. Même lorsqu'une certaine équivalence semble être établie entre divers groupes ethniques ou culturels, on ne sait pas exactement si tous les symptômes inclus dans l'échelle sont obtenus de façon fiable, en d'autres termes, si la phénoménologie d'un trouble est la même pour tous les groupes (Roberts, Vernon et Rhoades, 1989).

Souvent, les outils d'évaluation mesurent mal les conditions qui prévalent au sein des diverses populations de minorités ethniques; en conséquence, les résultats sont souvent suspects. Ainsi, de nombreuses échelles d'appréciation du stress s'appuient sur des modèles où le stress est lié à un changement non souhaité ou à un réajustement. Or, nombreux sont les membres de minorités ethniques qui vivent un stress résultant avant tout de situations pérennes, non souhaitées, telles que la pauvreté, la marginalité économique, des conditions de logement inadéquates, le chômage, la criminalité, la discrimination. Ces facteurs de stress chroniques ne sont généralement pas pris en compte dans la mesure du stress. Pour évaluer le stress chez les minorités ethniques et les groupes défavorisés, les modèles où le stress est conçu comme le résultat de l'intrication de facteurs de stress chroniques et aigus, d'une part, et d'une série de déterminants internes et externes, d'autre part, sont mieux indiqués (Watts-Jones, 1990).

Les préjugés et la discrimination constituent les premiers facteurs de stress dont sont victimes les minorités ethniques, en raison précisément de leur statut minoritaire (Martin, 1987; James, 1994). Il est certain que les membres de minorités se heurtent davantage, du fait de leur appartenance ethnique, à des préjugés et manifestations discriminatoires, par rapport au groupe dominant. Comparés aux Blancs, ils estiment subir plus de discrimination et disposer de moins de possibilités d'avancement (Galinsky, Bond et Friedman, 1993). Les travailleurs qui pensent être victimes de discrimination ou, du fait de leur appartenance ethnique, ne pas jouir d'autant de débouchés professionnels sont plus susceptibles de souffrir du syndrome d'épuisement professionnel; de moins se soucier de fournir des efforts et d'obtenir de bons résultats; de ressentir moins de loyauté envers leur employeur; d'être moins satisfaits de leur travail; de prendre moins d'initiatives; de moins chercher à contribuer au succès de leur employeur; et de prévoir plus tôt de quitter leur emploi (Galinsky, Bond et Friedman, 1993). Il existe une corrélation positive entre les préjugés et la discrimination ressentis, d'une part, et les problèmes de santé autorapportés et l'hypertension, de l'autre (James, 1994).

Dans les travaux sur le stress en milieu de travail, on s'est longuement appesanti sur la relation entre le soutien social et le stress, mais très peu sur sa pertinence en ce qui concerne les minorités ethniques. Les travaux disponibles sont généralement contradictoires. Par exemple, les travailleurs d'origine hispanique qui estiment bénéficier d'un soutien social important sont moins tendus dans leur emploi et déclarent moins de problèmes de santé (Gutierrez, Saenz et Green, 1994); les travailleurs de minorités ethniques qui ne peuvent compter sur un certain niveau de soutien affectif risquent davantage l'épuisement professionnel, les en-

nuis de santé, les épisodes de stress au travail, le stress chronique et la frustration, cette association étant plus marquée chez les femmes et chez les cadres que pour le personnel d'exécution (Ford, 1985). Cependant, James (1994), n'a pas décelé de relation significative entre le degré de soutien social et les soucis de santé dans un échantillon de travailleurs afro-américains.

Les modèles expérimentaux sur la satisfaction professionnelle sont généralement conçus à partir d'échantillons de travailleurs blancs et appliqués à des échantillons de travailleurs blancs. Là où des minorités sont incluses, il s'agit le plus souvent d'Afro-Américains, et les effets éventuels de l'ethnicité sont souvent masqués (Tuch et Martin, 1991). Les travaux concernant les salariés afro-américains révèlent d'ordinaire des niveaux de satisfaction au travail nettement inférieurs à ceux des Blancs (Weaver, 1978, 1980; Staines et Quinn, 1979; Tuch et Martin, 1991). Approfondissant cette observation, Tuch et Martin (1991) ont constaté que les facteurs qui déterminent la satisfaction au travail sont en gros les mêmes, mais que les Afro-Américains sont moins susceptibles de se trouver dans des situations favorisant la satisfaction professionnelle. Plus précisément, les avantages annexes augmentent leur satisfaction, mais, par rapport aux Blancs, ils sont désavantagés à cet égard. Par ailleurs, le fait d'avoir un travail manuel et de vivre en milieu urbain pèse sur la satisfaction professionnelle des Afro-Américains, qui sont pourtant particulièrement surreprésentés dans ces secteurs. Pour Wright, King et Berg (1985), s'agissant de leur échantillon de gestionnaires noirs, les facteurs tenant à l'entreprise (tels que l'autorité que confère un poste donné, les qualifications qu'il exige et le sentiment de pouvoir avancer dans l'entreprise) étaient les meilleurs prédicteurs de satisfaction professionnelle, ce qui corrobore les travaux antérieurs réalisés avec des échantillons comportant en majorité des Blancs.

La probabilité d'occuper un emploi où les conditions de travail sont dangereuses est plus grande pour les travailleurs des minorités ethniques que pour leurs homologues blancs. Bullard et Wright (1986-1987) ont observé cette tendance et noté que les différences démographiques en matière d'accidents découlent probablement de disparités raciales et ethniques se manifestant sur le plan du revenu, du niveau d'instruction, du type d'emploi et d'autres facteurs socio-économiques liés à l'exposition aux risques. L'explication la plus immédiate est pour eux que les accidents du travail dépendent essentiellement de la catégorie professionnelle et de la branche et que les minorités ethniques occupent en général des emplois à plus hauts risques.

Les travailleurs étrangers entrés illégalement aux États-Unis sont habituellement confrontés à un stress particulier et à un traitement inéquitable au travail. Ils doivent souvent endurer des conditions dangereuses, non conformes aux normes et accepter

des salaires inférieurs au minimum par crainte d'être dénoncés aux services de l'immigration; leurs perspectives de trouver un meilleur emploi sont généralement restreintes. Nombre de règlements relatifs à la sécurité et à la santé, d'instructions d'utilisation et de notices de mise en garde sont rédigés en anglais et beaucoup d'immigrants, clandestins ou autres, n'ont qu'une faible maîtrise de cette langue, écrite ou parlée (Sanchez, 1990).

Dans certains domaines de recherche, les travaux ont presque entièrement ignoré les minorités ethniques. Des centaines d'études, par exemple, ont été consacrées aux rapports entre comportement de type A et stress professionnel. Les hommes blancs représentent le groupe le plus fréquemment étudié; les hommes de minorités ethniques, ainsi que les femmes, en sont presque totalement exclus. Les données existantes — telles que l'étude d'Adams et coll. (1986), fondée sur un échantillon d'étudiants de première année universitaire, et celle de Gamble et Matteson (1992) portant sur des travailleurs noirs — signalent la même corrélation positive entre les comportements de type A et le stress autorapporté que celles qui ont utilisé des échantillons de Blancs.

De même, les questions de latitude décisionnelle dans le travail et des exigences professionnelles, quoique essentielles dans la théorie du stress d'origine professionnelle, sont rarement traitées dans le cas des travailleurs issus de minorités ethniques. Les études disponibles indiqueraient pourtant que ce sont des aspects du problème tout aussi pertinents chez les sujets appartenant à des minorités ethniques. Par exemple, les infirmières auxiliaires afro-américaines disent avoir nettement moins de pouvoir décisionnel et occuper davantage de postes sans perspectives d'avenir (et où elles sont plus exposées aux risques) que leurs collègues blanches, ces différences n'étant pas tributaires du niveau d'instruction (Marshall et Barnett, 1991); l'existence d'une faible latitude décisionnelle face à des exigences importantes semble caractériser particulièrement les emplois situés au bas de l'échelle socio-économique, lesquels sont généralement détenus par des travailleurs de minorités ethniques (Waitzman et Smith, 1994); et sur six critères relatifs à la définition du travail, la cote attribuée à leur emploi par les cadres moyens ou supérieurs blancs est uniformément supérieure à celle décernée par leurs collègues membres de minorités ethniques, et par leurs collègues féminines (Fernández, 1981).

Manifestement, la recherche en matière de stress professionnel et de santé laisse encore bien des dimensions à explorer quant à la situation particulière des minorités ethniques. La connaissance dans ce domaine ne progressera que lorsque les travailleurs issus de ces minorités seront intégrés, d'une part, en tant qu'échantillons dans les études et, d'autre part, dans les procédures de mise au point et de validation des instruments d'enquête.

LES RÉACTIONS AU STRESS

● LES MANIFESTATIONS PHYSIOLOGIQUES AIGUËS

Andrew Steptoe et Tessa M. Pollard

Lorsqu'un sujet est appelé à résoudre un problème ou à exécuter des tâches psychomotrices en laboratoire, on peut observer un certain nombre d'adaptations physiologiques aiguës: accélération du rythme cardiaque et élévation de la tension artérielle; altération du débit cardiaque et des résistances vasculaires périphériques; augmentation de la tension musculaire et de l'activité électrodermique (glandes sudoripares); perturbations du rythme

respiratoire; modifications de l'activité gastro-intestinale et de la fonction immunitaire. Les réactions neurohormonales qui ont été les mieux étudiées sont celles des catécholamines (adrénaline et noradrénaline) et du cortisol. La noradrénaline est le principal médiateur chimique émis par les nerfs de la branche sympathique du système nerveux autonome. L'adrénaline est sécrétée par la médullaire surrénale suite à la stimulation du sympathique, tandis que c'est l'activation de la glande hypophysaire par des centres supérieurs dans le cerveau qui déclenche la production de cortisol depuis le cortex surrénal. Ces hormones sous-tendent l'activation du système nerveux autonome en temps de stress et sont responsables d'autres modifications aiguës, telles que la stimulation des mécanismes de coagulation du sang ou de mobilisation des réserves énergétiques à partir du tissu adipeux. Selon toute vraisem-

blance, ces divers types de réponses se produisent également dans les cas de stress d'origine professionnelle, mais il conviendrait, pour pouvoir en attester, de procéder à des études systématiques où les conditions de travail sont simulées et à d'autres où les sujets sont considérés dans le cadre normal de leur activité professionnelle.

Divers types de méthodes permettent de mesurer ces réactions physiologiques. On peut recourir à des techniques psychophysologiques conventionnelles pour enregistrer la réponse du système nerveux autonome stimulé par la nécessité d'accomplir des tâches exigeant un certain effort (Cacioppo et Tassinari, 1990). Le niveau des hormones liées au stress est décelable dans le sang, l'urine ou, dans le cas du cortisol, dans la salive. L'activité sympathique dans un contexte d'effort a également été relevée à travers la décharge d'un excédent de noradrénaline dans le sang à partir des terminaisons nerveuses et, directement, au moyen d'électrodes miniaturisées inscrivant l'activité nerveuse sympathique. L'exécution d'une tâche entraîne généralement une diminution de l'activité parasympathique ou vagale du système nerveux autonome, et ce phénomène peut être repéré, dans certaines circonstances, grâce aux variations du rythme cardiaque ou à une arythmie sinusale. Au cours de ces dernières années, l'analyse spectrale des signaux provenant du rythme cardiaque et de la tension artérielle a révélé des bandes de fréquence caractéristiques des activités sympathique et parasympathique. En mesurant la puissance de ces bandes de fréquence, on peut déterminer la situation homéostatique du système nerveux autonome, et celle-ci indique, lors de l'exécution d'une tâche, une prédominance progressive du sympathique par rapport au parasympathique.

Peu d'études des réponses physiologiques aiguës en laboratoire ont simulé les conditions de travail elles-mêmes. Diverses dimensions de l'effort commandé par la réalisation d'activités professionnelles ont cependant été analysées. Par exemple, si un travail dont la vitesse d'exécution est fixée par une source exogène s'intensifie (soit par accélération de la cadence, soit par la complexification des problèmes à résoudre), il y a élévation du niveau d'adrénaline, du rythme cardiaque et de la tension artérielle d'une part et, d'autre part, baisse de la variabilité du mouvement cardiaque et accroissement de la tension musculaire. En comparaison avec des tâches dont la périodicité est décidée par le travailleur lui-même et qui sont effectuées à la même allure, une activité «exorythmée» provoque des montées de la pression sanguine et de la fréquence cardiaque (Steptoe et coll., 1993). En général, par rapport à une situation où le contrôle est essentiellement externe, la possibilité de maîtriser individuellement les stimuli potentiellement stressants freine l'excitation autonome et neuroendocrine, même si la nécessité de maintenir soi-même le contrôle de la situation comporte son propre coût physiologique.

Frankenhaeuser (1991) a postulé que la sécrétion d'adrénaline s'élevait à l'occasion d'une stimulation mentale ou de l'exécution d'une tâche très prenante et qu'un sentiment de détresse ou de mécontentement induisait une hausse des niveaux de cortisol. En appliquant cette dynamique au stress professionnel, l'auteur a émis l'hypothèse suivante: les astreintes professionnelles peuvent générer une augmentation de l'effort et donc de l'adrénaline, tandis que l'absence de latitude décisionnelle individuelle dans le travail serait une source fondamentale de frustration et, de ce fait, susceptible de stimuler la production de cortisol. Des travaux confrontant les niveaux de ces hormones manifestes chez des sujets effectuant leur travail habituel, puis au repos, signalent des taux d'adrénaline plus importants dans un contexte de travail. La variation des quantités de noradrénaline est inconstante et peut dépendre de l'ampleur de l'activité physique exercée au travail ou dans les loisirs. On a également établi l'existence d'une corrélation positive entre la sécrétion d'adrénaline dans une situation de travail et l'intensité des exigences professionnelles. Par contre, on

n'a pu détecter d'élévation systématique du cortisol chez les sujets au travail et la preuve reste à faire que cette substance varie avec le pouvoir de contrôle individuel détenu au travail. Dans une étude des changements observés dans l'état de santé d'aiguilleurs du ciel (Air Traffic Controller Health Change Study), seul un petit nombre de ces derniers accusaient uniformément des taux accrus de cortisol en présence d'une augmentation réelle du volume de travail (Rose et Fogg, 1993).

De toutes les hormones liées au stress, l'adrénaline est la seule pour laquelle on a pu prouver de manière concluante que sa sécrétion augmente en situation de travail et ce, proportionnellement à l'intensité de la contrainte. Si l'on en croit les preuves dont on dispose, il semblerait par ailleurs que les taux de prolactine augmentent et que ceux de testostérone s'abaissent, en réponse au stress. Mais ces phénomènes n'ont guère été étudiés chez des travailleurs. On a aussi constaté des changements marqués de concentration de cholestérol dans le sang avec l'augmentation de la charge de travail. Les résultats ne sont toutefois pas constants (Niaura, Stoney et Herbert, 1992).

S'agissant des paramètres cardio-vasculaires, la tension artérielle s'est régulièrement révélée plus haute chez les hommes que chez les femmes, tant pendant le travail qu'après, ou sur des durées équivalentes consacrées aux loisirs. Ces effets ont été constatés quelle que soit la modalité de mesure de la tension — réalisée par les sujets eux-mêmes ou grâce à des dispositifs automatiques portatifs (ou ambulatoires). La pression du sang s'élève tout particulièrement aux moments où les exigences liées au travail sont accrues (Rose et Fogg, 1993). Certains travaux ont signalé le déclenchement du même mécanisme, par ailleurs, lorsque c'est l'affect qui est mobilisé, par exemple dans des études observant le personnel paramédical sur des scènes d'accident. Précisons toutefois qu'il est souvent difficile de déterminer si les écarts de tension artérielle en situation professionnelle sont attribuables à des phénomènes psychologiques ou s'ils sont à mettre au compte de l'activité physique et des changements de posture qui y sont associés. L'élévation de la pression sanguine enregistrée au travail est notamment prononcée chez les sujets ayant signalé un grand stress professionnel, selon le modèle «exigences/autonomie» (Schnall et coll., 1990).

Il n'a pu être confirmé que le rythme cardiaque s'accélérait à l'occasion de l'activité professionnelle. Des pics sont néanmoins constatés lors d'une interruption imprévue du travail causée, par exemple, par une défaillance des équipements. Les intervenants de l'urgence, tels que les sapeurs-pompiers, présentent un rythme cardiaque extrêmement rapide en réponse au retentissement de la sonnerie d'alerte dans leur caserne. D'un autre côté, un tissu adéquat de soutiens sociaux dans le milieu professionnel est associé à des fréquences de battement moindres. Les anomalies du rythme cardiaque peuvent être également provoquées par des situations professionnelles stressantes, mais la signification pathologique de telles réponses n'a pas été posée.

Les études portant sur le stress au travail font fréquemment mention des troubles gastro-intestinaux (voir «Les troubles gastro-intestinaux» ci-dessous). Il n'est malheureusement pas évident d'évaluer les systèmes physiologiques qui régissent les symptômes gastro-intestinaux dans le cadre d'une situation de travail. Un stress psychique aigu a des effets variables sur l'acidité gastrique, stimulant de fortes augmentations chez les uns, réduisant cette sécrétion chez les autres. Le travail posté semble être propice aux troubles gastro-intestinaux et on a rattaché cet effet à la perturbation des rythmes diurnes du contrôle, par le système nerveux central, de la sécrétion gastrique. L'usage de la radiotélémetrie chez des patients souffrant de colopathie spasmodique, pendant qu'ils vauquaient à leurs occupations quotidiennes, a permis de relever certaines anomalies du péristaltisme de l'intestin grêle. On a démontré que les problèmes de santé, y compris les dysfonction-

nements gastro-intestinaux, évoluaient en fonction de la perception subjective du volume de travail, mais la question de savoir si ces manifestations procèdent de modifications physiologiques réelles, ou si elles correspondent à des qualités de vécu et de communication de ces troubles, n'a pas encore été tranchée.

● LES MANIFESTATIONS COMPORTEMENTALES

Arie Shirom

Les spécialistes ne s'entendent pas toujours sur l'acception du terme stress; mais il y a bien consensus quant à l'existence d'un lien entre le vécu du stress d'origine professionnelle et certains types de comportements, tels que l'absentéisme, la pharmacodépendance, les troubles du sommeil, le tabagisme et la consommation de caféine (Kahn et Byosiére, 1992). Le présent article passe en revue les résultats des recherches étayant l'existence de ces interactions, mettant en évidence le rapport étiologique du stress issu du travail avec chacune de ces conduites. Des différences qualitatives distinguent ces dernières, suivant l'angle d'analyse choisi. Par exemple, à l'encontre d'autres comportements dont on affirme généralement qu'au-delà d'un certain seuil ils nuisent à la santé, l'absentéisme, en dépit du préjudice causé à l'entreprise, n'est pas nécessairement dommageable pour le salarié qui s'absente. Cependant, la recherche dans ce domaine peut être problématique, ainsi que nous l'indiquons ci-après.

Nous avons déjà fait allusion à la divergence de définitions concernant le stress relatif à l'exercice de la profession. Considérons, par exemple, diverses conceptions du stress en tant qu'événement vécu, d'une part, et en tant que contrainte professionnelle de caractère chronique, de l'autre. Ces deux approches, et le type d'évaluation qu'elles impliquent, ont rarement été combinées en une même étude visant à prédire les manifestations comportementales qui nous intéressent ici. De même, l'analyse conjointe des stress d'origine familiale et d'origine professionnelle, dans le but de prédire la survenue de l'une ou l'autre de ces manifestations, a très peu été examinée. La plupart des travaux auxquels nous nous référons dans le présent article suivent une démarche transversale, partant d'autodescriptions de comportement fournies par les salariés eux-mêmes. En outre, la majorité des recherches relatives aux comportements déterminés par le stress professionnel contournent l'examen des rôles interagissants, médiateurs ou modérateurs, de facteurs de prédisposition d'ordre caractériel tels que les comportements corollaires aux personnalités de type A ou la qualité personnelle de robustesse, et des paramètres circonstanciels tels que les degrés de latitude décisionnelle ou de soutien psychosocial dont peut bénéficier le travailleur. Les variables antécédentes, notamment la mesure objective du stress lié au travail, n'ont guère été incluses non plus dans les protocoles de recherche de ces travaux. Enfin, les recherches abordées ici reposent sur des méthodologies diverses. Ces nombreuses réserves expliquent qu'on aboutisse à des conclusions mitigées sur le rôle précurseur du stress professionnel dans telle ou telle manifestation comportementale.

Beehr (1995) a cherché à savoir pourquoi si peu d'études avaient été systématiquement consacrées à l'examen des rapports entre le stress professionnel et la pharmacodépendance. Selon lui, l'explication résiderait dans le fait que les chercheurs n'ont pas réussi à découvrir ce type d'associations. A ce facteur, on pourrait ajouter le biais bien connu de la réticence des éditeurs de revues spécialisées à publier des résultats de recherche négatifs. Pour mettre en lumière la difficulté d'énoncer un verdict définitif sur l'existence d'un lien entre stress et pharmacodépendance, considé-

rons deux grands échantillons nationaux de salariés aux Etats-Unis. Le premier, constitué par French, Caplan et Van Harrison en 1982, n'a pu permettre de trouver une corrélation significative entre, d'une part, des types de stress professionnel et, d'autre part, le tabagisme, la toxicomanie ou l'absorption de caféine au travail. Le deuxième, créé à l'occasion d'une étude antérieure menée par Mangione et Quinn en 1975, concluait, à l'inverse, à l'existence d'une telle corrélation.

L'analyse des effets du stress sur la conduite de l'individu est rendue plus problématique encore par le choix, courant, de regrouper les comportements par groupes de deux ou trois. En la matière, ce procédé est largement prédominant. Nous mentionnons plus loin les très étroites interdépendances entre stress, tabagisme et consommation de caféine. On pense également à la comorbidité des troubles liés au stress post-traumatique, à l'alcoolisme et à la pharmacodépendance (Kofeod, Friedman et Peck, 1993). C'est là un trait typique de nombre d'études des manifestations comportementales qui forment le socle du présent article. Les spécialistes ont ainsi élaboré des schémas diagnostiques doubles ou triples, avec leurs pendants d'approches thérapeutiques globales, à volets multiples. Voilà pourquoi les troubles issus de stress post-traumatiques et la toxicomanie, entre autres, sont traités simultanément (Kofeod, Friedman et Peck, 1993).

La structure des diverses expressions comportementales du stress chez un même individu peut dépendre des données contextuelles et de facteurs génétiques et environnementaux. La littérature se rapportant aux effets du stress sur le comportement commence seulement à aborder les questions complexes que soulève l'identification de schémas spécifiques de troubles physiopathologiques et neurobiologiques menant à différentes combinaisons de comportements.

Le tabagisme

Bon nombre d'études épidémiologiques, cliniques et physiopathologiques attestent d'un lien entre la consommation de tabac et l'apparition de problèmes cardio-vasculaires ou d'autres maladies chroniques. Par conséquent, on se penche de plus en plus sur l'enchaînement de phénomènes qui lient le stress, y compris le stress d'origine professionnelle, au tabagisme. Le tabac est censé apaiser le stress et les réactions affectives qui y sont associées. On a pourtant montré que cet apaisement était de courte durée (Parrott, 1995). Les altérations de l'humeur et de l'affect ont tendance à survenir selon un cycle qui se reproduit entre chaque cigarette. Ces cycles ouvrent la voie, de la sorte, à un usage addictif de la cigarette (Parrott, 1995). Les fumeurs ne jouiraient donc que d'un bref répit dans l'anxiété ou l'irritabilité qui suivent un stress.

L'étiologie du tabagisme (de même que celle des autres comportements examinés ici) est multifactorielle. Ainsi, une étude concernant le tabagisme chez le personnel infirmier a constaté que celui-ci, qui constitue le groupe professionnel le plus important dans le secteur de la santé, fume proportionnellement plus que le reste de la population adulte (Adriaanse et coll., 1991), que cela est aussi vrai des infirmiers que des infirmières et s'explique par la combinaison du stress, de l'insuffisance du soutien social et des espoirs déçus, qui marquent le processus de socialisation professionnelle propre à ce métier. Le tabagisme des infirmiers est perçu comme un problème de santé publique particulier, car ces personnels font souvent figure de modèles dans l'esprit des patients et de leur famille.

Dans plusieurs études, les fumeurs qui se déclarent particulièrement enclins à fumer disent aussi connaître des niveaux de stress supérieurs à la moyenne juste avant de fumer, plutôt qu'un stress inférieur à la moyenne après avoir fumé (Parrott, 1995). Les programmes de réduction du stress et de l'anxiété en milieu professionnel sont donc susceptibles de se répercuter sur l'incitation à

fumer. Les programmes antitabac sur les lieux de travail mettent toutefois en évidence l'antagonisme qui oppose le souci de santé à celui de performance. Pour les pilotes d'avion par exemple, fumer dans la cabine de pilotage représente un risque pour la santé. En même temps, ceux d'entre eux qui doivent s'abstenir de fumer durant et avant les vols peuvent de ce fait accuser un moins bonne qualité de performance (Sommese et Patterson, 1995).

L'alcoolisme et les autres toxicomanies

Le fait que les chercheurs font rarement la distinction entre la consommation d'alcool et la tendance à l'alcoolisme pose problème (Sadava, 1987). Une tendance alcoolique entraîne des effets délétères sur la santé et le rendement personnel. Son étiologie semble être associée à plusieurs facteurs parmi lesquels, selon la littérature sur la question, une incidence antérieure de dépression, un milieu familial peu favorable, un comportement impulsif, le fait d'être une femme, la présence concomitante d'autres toxicomanies et le stress (Sadava, 1987). La distinction entre le simple fait de boire de l'alcool et celui d'en boire trop est importante en raison de la controverse actuelle autour des effets supposés bénéfiques de l'alcool sur le cholestérol LDL (lipoprotéine de basse densité) et sur l'incidence des maladies cardio-vasculaires. Un certain nombre de travaux ont en effet trouvé des relations en J ou en U entre l'ingestion d'alcool et l'incidence des maladies cardio-vasculaires (Pohorecky, 1991).

L'hypothèse selon laquelle les individus consomment trop d'alcool au départ pour essayer d'atténuer le stress ou l'anxiété qu'ils ressentent est aujourd'hui écartée. Selon les approches contemporaines, l'alcoolisme est déterminé par des processus exposés dans un ou plusieurs modèles multifactoriels (Gorman, 1994). De récents travaux énumèrent ainsi les paramètres de risque: facteurs d'ordre socio-culturel (l'alcool est-il facilement disponible, sa consommation tolérée, admise ou même encouragée?); socio-économique (le prix de l'alcool); environnemental (la réglementation en matière de publicité et de vente d'alcool a un impact sur la propension des consommateurs à boire); interpersonnel (habitudes familiales de consommation d'alcool), et professionnel, y compris le stress lié au métier (Gorman, 1994). Le stress ne serait donc que l'un des éléments d'une constellation étiologique déterminant l'abus d'alcool.

Sur le plan pratique, cette conception multifactorielle fait qu'on amoindrit le rôle du stress dans le diagnostic, la prévention et le traitement des toxicomanies en milieu de travail. Ainsi que le note Peyser dans son étude bibliographique sur le sujet (1982), l'attention portée au stress dans les situations de travail est importante pour ce qui a trait à la formulation de mesures prophylactiques consacrées à la toxicomanie.

Malgré la profusion des recherches portant sur le stress et l'alcool, les mécanismes qui relient ces derniers ne sont pas encore entièrement appréhendés; l'hypothèse la plus couramment admise est que l'alcool modifie l'évaluation initiale des données stressantes par le sujet, en restreignant le champ d'activation des informations associées préalablement emmagasinées dans la mémoire à long terme (Petraitis, Flay et Miller, 1995).

Le fait de travailler dans une entreprise peut contribuer, et même favoriser, la consommation d'alcool, voire l'alcoolisme de trois manières différentes bien documentées par la recherche. Premièrement, par les normes fixées par l'entreprise en ce qui concerne l'alcool au travail, y compris la définition «officielle» qu'elle donne de l'alcoolisme et les moyens de contrôle mis en place par ses responsables. Deuxièmement, par des conditions de travail astreignantes, telles qu'une surcharge continue de travail, ou un poste dans lequel la cadence est imposée par une machine, ou encore une faible latitude décisionnelle individuelle; ces facteurs peuvent entraîner une consommation excessive d'alcool à titre de recours contre le stress. Troisièmement, les en-

treprises elles-mêmes peuvent encourager, implicitement ou explicitement, le développement de sous-cultures professionnelles «alcoolisantes», telles que celles que l'on peut trouver chez les chauffeurs de poids lourds (Janes et Ames, 1993).

En général, le rôle que joue le stress dans la consommation d'alcool diffère selon la catégorie socioprofessionnelle, la tranche d'âge, l'appartenance ethnique et plusieurs autres caractéristiques sociales. Ainsi, le stress prédisposerait les adolescents à la boisson, mais beaucoup moins les femmes, les personnes âgées et les étudiants qui boivent plutôt en compagnie (Pohorecky, 1991).

Selon le modèle de stress social à l'origine d'une toxicomanie (Lindenberg, Reiskin et Gendrop, 1994), la propension d'un salarié à consommer de la drogue est fonction du niveau de stress présent dans l'environnement, du soutien social sur lequel il peut compter en cas de stress et de ses ressources individuelles, notamment dans ses rapports sociaux. Il semblerait que chez certaines minorités (dont les jeunes Amérindiens qui vivent dans des réserves, voir Oetting, Edwards et Beauvais, 1988), l'abus de substances toxiques est dû en partie au stress d'acculturation. Mais ces groupes sociaux sont également en butte à des conditions sociales défavorables comme la pauvreté, les préjugés et le manque de débouchés économiques, sociaux ou éducatifs.

La consommation de caféine

La caféine est la substance pharmacologiquement active la plus consommée au monde. Ses effets physiologiques chroniques chez ceux qui en absorbent régulièrement n'ont pas à ce jour été confirmés (Benowitz, 1990). On a longtemps supposé que sa consommation répétée créait une accoutumance physiologique (James, 1994). Ce produit accroît en principe le rendement et l'endurance physiques au cours d'une activité prolongée menée à une intensité submaximale (Nehlig et Debry, 1994). Ses effets physiologiques proviennent du blocage des récepteurs de l'adénosine et de la production excédentaire de catécholamines (Nehlig et Debry, 1994).

L'étude de la relation entre stress professionnel et consommation de caféine est obscurcie par la profonde imbrication des phénomènes de consommation de café et de tabagisme (Conway et coll., 1981). Une méta-analyse de six études épidémiologiques (Swanson, Lee et Hopp, 1994) indiquait que près de 86% des fumeurs buvaient du café, contre 77% seulement des non-fumeurs. Pour tenter d'expliquer l'essentiel de cette étroite association, on a avancé les trois mécanismes suivants: 1) un effet de conditionnement; 2) une interaction réciproque, entre l'excitation que procure le café et l'apaisement que procure la nicotine; et 3) l'effet conjoint d'une troisième variable sur les deux autres. Le stress, et particulièrement le stress issu du travail, est peut-être cette troisième variable opérant à la fois sur la prise de caféine et de nicotine (Swanson, Lee et Hopp, 1994).

Les troubles du sommeil

L'ère moderne de la recherche sur le sommeil a débuté dans les années cinquante, lorsqu'on a découvert que le sommeil était un état extrêmement actif plutôt que de passivité. L'insomnie, le plus fréquent des dysfonctionnements dans ce domaine, peut être passagère ou chronique. Le stress est vraisemblablement la cause la plus commune d'insomnies passagères (Gillin et Byerley, 1990). L'insomnie chronique, quant à elle, résulte généralement d'un problème médical ou psychiatrique sous-jacent. Un à deux tiers des patients souffrant d'insomnie chronique présentent par ailleurs des troubles psychiatriques identifiables (Gillin et Byerley, 1990).

Selon Gillin et Byerley (1990), le mécanisme par lequel le stress agit sur le sommeil serait lié à certaines modifications intervenant à différents niveaux du système cérébral et de changements dans les fonctions biochimiques du corps qui viendraient perturber le

cycle nyctémère. Certaines données laissent penser que les caractéristiques de la personnalité (comportements de type A, par exemple) peuvent exercer une action sur de telles relations (Koulack et Nesca, 1992). Une interaction réciproque peut unir stress et perturbations du sommeil; le stress provoque une insomnie passagère qui, à son tour, provoque le stress et accroît le risque de dépression et d'anxiété (Partinen, 1994).

Le stress chronique associé à un travail monotone, rythmé par la machine, mais exigeant une certaine vigilance — conditions souvent réunies dans les industries employant des chaînes de production continue — peut se manifester par des perturbations du sommeil qui finissent par diminuer la performance (Krueger, 1989). D'après certaines données, il y aurait des effets synergiques entre le stress lié au travail, les rythmes circadiens et la baisse de la performance (Krueger, 1989). Les effets du manque de sommeil combiné à une surcharge de travail et à un niveau élevé de stimulation sur des composantes importantes de la performance ont été documentés dans différentes études sur la privation de sommeil chez de jeunes internes des hôpitaux (Spurgeon et Harrington, 1989).

L'étude de Mattiasson et coll. (1990) donne des indications troublantes sur les rapports entre un stress professionnel chronique, les troubles du sommeil et l'augmentation du cholestérol plasmatique. Dans cette étude, 715 travailleurs de sexe masculin d'un chantier naval, exposés au stress d'un risque de chômage, ont été systématiquement comparés avec 261 cas-témoins avant et après que n'apparaisse cette menace. Une corrélation positive a été observée entre les troubles du sommeil et l'élévation du cholestérol total chez les salariés menacés, mais pas chez le groupe témoin. En l'occurrence, la période d'incertitude précédant les licenciements s'est parfois prolongée jusqu'à un an après que les salariés eurent été prévenus pour la première fois des risques de licenciement. Le stress étudié était donc réel, sévère, et pouvait être considéré comme chronique.

L'absentéisme

Le fait de s'absenter du travail peut être considéré comme une stratégie d'adaptation reflétant l'interaction entre les exigences du poste et la marge de contrôle telles que les perçoit le travailleur, d'une part, et son autoévaluation de son état de santé et du contexte familial, d'autre part. L'absentéisme comporte plusieurs dimensions essentielles, dont la durée, le nombre d'épisodes et les motifs de l'absence. Dans un échantillon européen, près de 60% des heures perdues pour absentéisme étaient dues à des maladies (Ilgen, 1990). Dans la mesure où ces maladies impliquaient un stress lié au travail, on devrait pouvoir établir certaines relations entre ce stress et cette partie de l'absentéisme censé résulter d'une maladie. La plupart des études de l'absentéisme concernent les travailleurs manuels et rares sont celles qui ont systématiquement pris en compte le stress (McKee, Markham et Scott, 1992). La méta-analyse de Jackson et Schuler sur les conséquences du stress lié aux caractéristiques des rôles professionnels (1985) fait état d'une corrélation moyenne de 0,09 entre l'ambiguïté des rôles et l'absentéisme, et de -0,01 entre le conflit des rôles et l'absentéisme. Comme le montrent plusieurs études similaires, le stress n'est que l'une des variables qui entrent en ligne de compte en la matière et l'on ne saurait donc s'attendre à de fortes corrélations entre stress professionnel et absentéisme (Beehr, 1995).

Les diverses recherches effectuées sur l'absentéisme tendent à prouver que la relation entre le stress professionnel et l'absentéisme serait fonction des caractéristiques particulières du sujet, telles que la tendance à adopter un comportement d'évitement en réponse au stress et à éprouver un épuisement affectif ou physique (Saxton, Phillips et Blakeney, 1991). C'est ainsi que l'étude que Kristensen (1991) a menée pendant toute une année sur un échantillon de plusieurs milliers de travailleurs des abattoirs au

Danemark a montré que ceux qui disaient ressentir un très grand stress professionnel avaient des taux d'absentéisme particulièrement élevés et que la perception subjective qu'ils avaient de leur santé était étroitement associée à un absentéisme pour maladie.

Plusieurs études privilégient en outre un certain déterminisme professionnel dans la relation entre le stress et l'absentéisme (Baba et Harris, 1989). Ainsi, chez les cadres, le stress a tendance à être associé avec l'incidence de l'absentéisme, mais non pas avec les jours chômés pour cause de maladie, alors que ce n'est pas le cas avec les ouvriers des premiers échelons de la hiérarchie (Cooper et Bramwell, 1992). La faible variance de l'absentéisme consécutif au stress provient sans doute essentiellement du fait que la plupart des études convergent sur certains types de métiers (Baba et Harris, 1989). Plusieurs travaux rapportent que chez les ouvriers travaillant à des postes considérés comme stressants — qui possèdent certaines caractéristiques du travail à la chaîne, à savoir un cycle d'opérations très court et un plan de rémunération aux pièces — le stress professionnel est un indice déterminant de l'absentéisme non motivé (pour une revue récente de ces études, voir McKee, Markham et Scott (1992); il faut noter que, chez Baba et Harris (1989), la conclusion selon laquelle le stress professionnel est un élément prédictif puissant des absences non motivées n'est pas confirmée).

La littérature en matière de stress et d'absentéisme était bien les réserves que nous évoquions dans l'introduction au présent article, quant au fait que la plupart des recherches sur les comportements dus au stress omettent de s'appliquer systématiquement à la fois aux stress d'origine professionnelle et non professionnelle. A propos de l'absentéisme des salariés, on a noté que le stress non professionnel contribuait davantage à la prédictibilité de l'absence que le stress professionnel, ce qui renforcerait le postulat qu'une telle conduite relève plutôt, en définitive, de facteurs non liés au travail (Baba et Harris, 1989).

LES EFFETS SUR LE SENTIMENT DE BIEN-ÊTRE

Peter Warr

Le travail peut considérablement influencer l'état de bien-être affectif de celui qui l'exerce. En retour, le degré de satisfaction du travailleur a une incidence sur son comportement, les décisions qu'il prend et les relations qu'il entretient avec ses collègues, et déborde au-delà du milieu professionnel, dans les sphères familiale et sociale.

La recherche menée dans nombre de pays a mis en relief la nécessité de définir le concept suivant deux dimensions distinctes pouvant être envisagées indépendamment l'une de l'autre (Watson, Clark et Tellegen, 1988; Warr, 1994). La première de ces dimensions peut contenir la notion de plaisir ou de contentement, la seconde celle de stimulation. En se référant à la figure 34.9, on voit comment un degré particulier de plaisir ou de déplaisir peut être accompagné d'un niveau de stimulation mentale qui sera faible ou élevé et comment celle-ci peut être agréable ou désagréable. C'est ce qu'illustrent les trois axes de bien-être affectif, qui s'étendent du déplaisir au plaisir, de l'anxiété à la sérénité et de la dépression à l'enthousiasme.

La satisfaction au travail a souvent été appréciée selon un axe horizontal uniquement, depuis l'impression d'être insatisfait jusqu'à celle d'être satisfait, correspondant aux gradations d'une échelle de satisfaction; les employés expriment leur accord ou leur désaccord avec une série de propositions décrivant leur attitude par rapport à leur travail. Toutefois, les échelles de satisfaction ne tiennent pas compte des divers niveaux de stimulation mentale à

laquelle le travailleur est soumis et sont, par conséquent, relativement insensibles. Des instruments de mesure complémentaires intégrant les deux autres axes représentés dans le schéma sont également requis.

Si les scores obtenus sur l'axe horizontal sont bas et assortis d'un niveau de stimulation élevé (cadran supérieur gauche), ils témoignent d'un sentiment médiocre de contentement, qui se manifeste sous la forme d'anxiété et de tension; néanmoins, un faible niveau de contentement associé à un faible niveau de stimulation (cadran inférieur gauche) s'exprime par divers états à tendance dépressive. À l'inverse, une impression marquée de contentement au travail allant de conserve avec d'autres perceptions positives sera caractérisée soit par l'enthousiasme et l'énergie (3b), soit par un état de détente et de quiétude psychologiques (2b). Cette dernière distinction est parfois décrite en termes de satisfaction professionnelle motivante (3b) par opposition à un contentement résigné et apathique (2b).

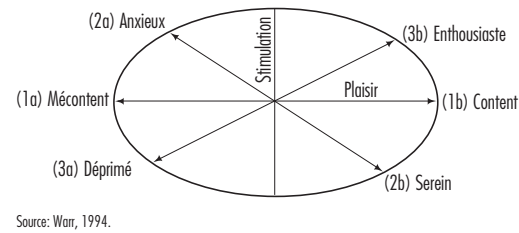
Pour étudier l'impact des facteurs organisationnels et psychosociaux sur le bien-être des travailleurs, il convient d'examiner l'ensemble des trois axes, essentiellement au moyen de questionnaires. La satisfaction professionnelle (de 1a à 1b) peut être analysée suivant deux procédés, parfois désignés comme «évaluation de la satisfaction globale» et «évaluation de la satisfaction par composante». La satisfaction globale décrit un sentiment général de contentement par rapport au travail dans son ensemble, tandis que la satisfaction vis-à-vis de composantes du travail relève de perceptions relatives à des aspects distincts de l'activité professionnelle. Les principaux aspects en question incluent les rémunérations, les conditions de travail, le supérieur hiérarchique et la nature de l'activité.

Les diverses formes de satisfaction professionnelle présentent des corrélations positives et il est parfois plus indiqué de tenter de jauger le degré de satisfaction générale que de procéder par composantes séparées. L'une des questions figurant le plus fréquemment dans les formulaires d'évaluation est: «Dans l'ensemble, quel est votre degré de satisfaction par rapport au travail que vous effectuez?» Les personnes interrogées peuvent opter pour *très insatisfait, assez insatisfait, moyennement satisfait, très satisfait* ou *extrêmement satisfait* à l'aide d'une notation allant de 1 à 5. Les enquêtes nationales révèlent d'ordinaire qu'environ 90% des travailleurs s'estiment relativement satisfaits; on devrait donc recourir à un instrument de mesure plus sensible si l'on désire recueillir des scores mieux différenciés.

L'approche employée couvre en général plusieurs items, rassemblés parfois en un éventail d'aspects de la satisfaction professionnelle. Ainsi, nombre de questionnaires d'évaluation s'attachent aux types d'éléments suivants: conditions physiques dans lesquelles s'effectue le travail, latitude de déterminer soi-même sa méthode de travail, collègues, manière dont la qualité de la performance est reconnue, superviseur hiérarchique direct, importance des responsabilités octroyées, niveaux de rémunération, possibilités de mettre ses capacités en pratique, relations entre cadres et subordonnés, volume de travail, possibilités de promotion, équipement utilisé, style de gestion déployé par la direction, horaires de travail, diversité des tâches et stabilité de l'emploi. Un score moyen de satisfaction peut être calculé pour l'ensemble des réponses à partir de ces items, chacune des réponses se voyant attribuer un score de 1 à 5 (voir le paragraphe précédent). Une autre procédure prévoit l'attribution séparée de valeurs à des items indiquant la «satisfaction intrinsèque» (ayant trait au contenu du travail en soi), et des items dits de «satisfaction extrinsèque» (portant sur les éléments du contexte professionnel, tels que les collègues et les conditions de travail).

Les échelles d'autoévaluation de valeurs situées sur les axes 2 et 3 n'abordent souvent qu'une seule extrémité de la distribution possible. Par exemple, certaines échelles d'anxiété liées au travail

Figure 34.9 • Trois axes pour évaluer le bien-être affectif



Source: Warr, 1994.

s'intéressent aux tensions et préoccupations que peut connaître le travailleur à son emploi (2a), mais ne s'informent pas, par ailleurs, d'éventuels sentiments positifs prévus sur cet axe (2b). Nous résumons ci-après, sur la base d'études réalisées dans différents milieux, l'une des méthodes possibles (Watson, Clark et Tellegen, 1988; Warr, 1990).

Le continuum des axes 2 et 3 peut être exploré en demandant aux travailleurs: «Au cours de ces dernières semaines, combien de fois avez-vous ressenti chacun des états d'esprit suivants en raison de votre travail?», avec, comme réponses possibles, *jamais, de temps à autre, une partie du temps, une bonne partie du temps, la plupart du temps, et tout le temps* (correspondant à des scores allant de 1 à 6, *jamais* étant noté 1, et *tout le temps* 6). La gradation de l'état d'anxiété à celui de sérénité comporte les humeurs suivantes: tendue, anxieuse, soucieuse, calme, bonne et détendue. Entre la dépression et l'enthousiasme, on peut se sentir déprimé, triste, très malheureux, motivé, enthousiaste et optimiste. Dans chaque cas, la notation des trois premiers items doit être inversée, de sorte qu'un score élevé reflète toujours un état de grand bien-être et les items doivent être disposés au hasard dans le questionnaire. Un score total ou moyen peut être calculé pour chaque axe.

De manière plus générale, il convient de préciser que le bien-être affectif n'est pas déterminé uniquement par l'environnement habituel de l'individu. Quoique les particularités de la profession puissent conditionner sensiblement l'état psycho-affectif, celui-ci dépend également de certains traits de la personnalité; le seuil de bien-être varie chez chacun, de même que les réactions aux caractéristiques d'un métier donné.

Dans ce domaine, les différences de personnalité sont souvent décrites en fonction des dispositions affectives fondamentales de l'individu. Les traits de personnalité propres à une affectivité positivement orientée (cadran supérieur droit du diagramme) s'expriment en une vision généralement optimiste, des émotions qui tendent vers le plaisir et un comportement plutôt extraverti. À l'opposé, un affect orienté négativement (cadran supérieur gauche du diagramme) dispose l'individu à éprouver des humeurs à tonalité douloureuse. Les individus dont l'affect est très négatif sont enclins à se sentir nerveux, anxieux ou contrariés dans toutes sortes de situations, inclination que l'on évalue parfois selon une échelle de la personnalité névrotique. Affects positifs et négatifs sont considérés comme des traits de personnalité demeurant donc relativement constants d'une situation à une autre, tandis que le bien-être est plutôt un état émotionnel changeant, qui répond aux activités et conditions environnantes.

L'appréciation du bien-être identifie forcément et le trait (la disposition affective) et l'état affectif (l'humeur du moment). Cette considération revêt de l'importance si l'on interprète les scores de l'évaluation du bien-être sur une base individuelle, mais moins s'il s'agit d'étudier les moyennes obtenues auprès d'un groupe de salariés. Dans les études longitudinales calculant des scores de groupe, les changements relevés dans l'impression de bien-être sont directement attribuables à des modifications intervenues dans l'environnement, puisque le seuil de bien-être initial de chaque

individu est le même tout au long des diverses instances de mesure; dans des études transversales de groupes, la disposition affective moyenne apparaît en tant que facteur contextuel dans tous les cas.

Ajoutons que le bien-être affectif peut être analysé à deux niveaux. La perspective retenue peut converger vers un champ spécifique, comme la situation de travail: on traite alors, ainsi que l'a fait le présent article, du bien-être «lié au travail», qui sera mesuré selon des échelles désignant directement les sentiments de l'individu à son emploi. Une perspective plus large peut toutefois permettre d'éclairer d'autres aspects intéressants du problème et exigera, en conséquence, un instrument de mesure adapté moins focalisé. Dans les deux cas, l'analyse devrait suivre les mêmes trois axes et des échelles d'évaluation plus générales pourront être utilisées pour apprécier les sentiments généraux de satisfaction ou de peine dans l'existence (axe 1), d'anxiété indépendante du contexte (axe 2) et de dépression indépendante du contexte (axe 3).

● LES RÉACTIONS IMMUNOLOGIQUES

Holger Ursin

Lorsqu'un être humain ou un animal est soumis à une situation psychologiquement stressante, une réponse générale est déclenchée qui comporte des phénomènes psychologiques aussi bien que somatiques (de l'organisme). C'est une réaction générale d'alarme, d'activation ou d'avertissement qui mobilise tous les systèmes physiologiques: musculo-squelettique, neurovégétatif (ou autonome), hormonal et immunitaire.

Depuis les années soixante, nous savons comment le cerveau et, par son intermédiaire, les variables psychologiques, régulent et influencent tous les processus physiologiques par des voies directes ou indirectes. On pensait auparavant que des parties importantes de notre physiologie, à la fois quantitatives et qualitatives, étaient régulées «inconsciemment» ou sans l'intervention du cerveau. Les nerfs assurant le fonctionnement de l'intestin, des glandes et du système cardio-vasculaire étaient «autonomes» ou indépendants du système nerveux central (SNC); de même, les hormones et le système immunitaire échappaient au contrôle du SNC. Mais de fait, le système nerveux autonome est régulé par les structures limbiques du cerveau et peut être conditionné directement à travers des procédures d'apprentissage classique ou instrumental. Le fait que le SNC commande les processus endocriniens est également bien établi.

C'est l'évolution de la psycho-immunologie qui a, en dernier lieu, jeté bas la conception d'un SNC isolé de maints processus physiologiques. On sait maintenant que le cerveau (et les phénomènes psychologiques) peut agir sur les processus immunitaires soit via le système endocrinien, soit par l'innervation du tissu lymphoïde. Les globules blancs peuvent, eux aussi, être affectés par des molécules de signalisation à partir du tissu nerveux. On a pu observer une dépression de la fonction lymphocytaire chez l'être humain à la suite d'un deuil (Bartrop et coll., 1977). On a par ailleurs démontré que le conditionnement des réponses immunosuppressives chez l'animal (Cohen et coll., 1979) et certains processus psychologiques pouvaient avoir un retentissement sur la survie de l'animal (Riley, 1981); ces découvertes ont marqué un tournant dans l'évolution de la psycho-immunologie.

Il est parfaitement acquis, aujourd'hui, que la tension psychologique entraîne des modifications des niveaux des anticorps et de nombreux globules blancs dans le sang. Un bref moment de stress durant 30 minutes peut amener un afflux important des lymphocytes et des cellules tueuses naturelles (NK). Suite à des situations de stress de plus longue durée, des changements se produisent

également dans d'autres parties du système immunitaire. Des fluctuations du nombre de presque tous les types de globules blancs, des niveaux d'immunoglobulines et de leurs compléments ont été enregistrées; certains éléments importants de la réaction immunitaire globale, ainsi que la «cascade immunitaire», sont également affectés. Ces changements sont complexes et semblent être bidirectionnels — on a noté aussi bien des augmentations que des diminutions — et dépendre non seulement de la situation inductrice de stress, mais aussi de la capacité de faire face et des mécanismes de défense mobilisés par l'individu pour maîtriser cette situation. Cela est particulièrement manifeste lorsqu'on se penche sur les effets de situations réelles et prolongées de stress dans le cas, par exemple, de conditions de travail ou de vie difficiles («facteurs de stress de la vie»). Des relations hautement spécifiques entre les types de recours et de défenses, d'une part, et divers sous-groupes de cellules immunitaires (nombre de lymphocytes, de leucocytes et de monocytes; totalité des cellules T et des cellules NK) de l'autre, ont été décelées (Olf et coll., 1995).

La recherche de paramètres immunitaires pouvant être utilisés comme marqueurs d'un stress soutenu et de longue durée n'a pas été que fructueuse. La complexité des mécanismes reliant immunoglobulines et facteurs de stress a été mise en évidence; on conçoit donc qu'il soit difficile d'identifier des marqueurs simples. Les relations dont on a pu poser l'existence sont parfois positives, parfois négatives. En ce qui concerne les profils psychologiques, la matrice de corrélation à l'intérieur d'une même batterie psychologique présente des schémas différents, variant d'un groupe professionnel à l'autre (Endresen et coll., 1991). Au sein de chaque groupe, les schémas semblent stables sur une longue durée pouvant aller jusqu'à trois ans. On ignore si certains facteurs génétiques pèsent sur les liens très spécifiques qui existent entre les différentes façons de faire face au stress et les réponses immunitaires. Si tel était le cas, les manifestations de ces facteurs doivent être étroitement subordonnées à l'interaction avec les facteurs de stress de la vie. On ignore également s'il est possible de suivre le niveau de stress d'un individu sur une période étendue, dès lors que l'on connaît ses modalités d'adaptation et de défense ainsi que son type de réponse immunitaire. On poursuit actuellement cette voie de recherche sur un échantillon extrêmement spécialisé composé, par exemple, d'astronautes.

Il se peut que l'argument de base selon lequel les immunoglobulines peuvent servir de marqueurs valides de risque de santé soit fallacieux. L'hypothèse de départ était que de faibles niveaux d'immunoglobulines circulantes pouvaient signaler de faibles capacités de résistance et d'immunité. Toutefois, des valeurs basses ne signifient pas nécessairement que la capacité de résistance est faible, mais plutôt, peut-être, que l'individu n'a pas eu à réagir à des agents infectieux depuis un certain temps; de fait, un faible taux d'immunoglobulines peut, au contraire, annoncer un état de santé singulièrement robuste. La rareté des immunoglobulines chez les astronautes à leur retour sur la Terre, ou chez les individus postés dans l'Antarctique, peut ne pas trahir un état de stress, mais simplement témoigner du peu de contact bactérien et viral auquel les environnements qu'ils viennent de quitter les a exposés.

La littérature clinique abonde en anecdotes évoquant la possibilité que le stress psychologique ou les coups durs de l'existence peuvent retentir sur l'évolution de maladies graves ou bénignes. Selon un certain nombre de spécialistes, les placebos et la «médecine douce» peuvent opérer par le biais de mécanismes psycho-immunologiques. Certains affirment qu'une capacité immunitaire diminuée, ou parfois au contraire renforcée, devrait causer une plus grande vulnérabilité aux infections chez les animaux et les êtres humains, ainsi que des problèmes inflammatoires comme l'arthrite rhumatoïde, en particulier. Des résultats d'études très démonstratifs ont établi que le stress psychologique agissait sur la réponse immunitaire qu'opposait un individu à diverses sortes

d'inoculation. Les étudiants soumis au stress des examens rapportent davantage de symptômes de maladies infectieuses pendant ces périodes, coïncidant avec un moindre contrôle immunitaire des cellules (Glaser et coll., 1992). D'aucuns soutiennent, par ailleurs, que la psychothérapie et, en particulier, l'entraînement à la gestion cognitive du stress, alliée à l'entraînement physique, peuvent modifier le taux d'anticorps en réponse à une infection virale.

On a pu aboutir à des résultats positifs, mais en petit nombre par rapport à la formation des cancers. La controverse régnant autour de la relation supposée entre personnalité et prédisposition au cancer n'a pas été tranchée. Les travaux de recherche devraient être reproduits et étendus de manière à inclure la mesure des réactions immunitaires à d'autres facteurs, tels ceux liés au mode de vie, qui peuvent relever de la psychologie, mais l'effet cancer peut aussi être une conséquence directe du mode de vie.

Il a été abondamment prouvé que le stress aigu altère les fonctions immunitaires chez l'être humain et que le stress chroni-

que pourrait également y jouer un rôle. Mais dans quelle mesure ces altérations sont-elles des indicateurs valides et utiles de stress professionnel? Dans quelle mesure les modifications immunitaires — lorsqu'elles surviennent — représentent-elles un réel facteur de risque pour la santé? Au moment de la rédaction du présent article (1995), les spécialistes n'étaient pas encore parvenus à un consensus à ce sujet.

Il est nécessaire de procéder à des études cliniques pertinentes et de poursuivre une recherche épidémiologique rigoureuse si l'on doit progresser dans ce domaine. Mais ces types de travaux exigent davantage de fonds que n'en ont les chercheurs aujourd'hui et ils supposent en outre une certaine connaissance de la psychologie du stress que les immunologues ne possèdent pas forcément, ainsi qu'une connaissance approfondie des fonctionnements immunitaires que les psychologues n'ont pas nécessairement non plus.

LES EFFETS CHRONIQUES SUR LA SANTÉ

● LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Töres Theorell et Jeffrey V. Johnson

La recherche scientifique tendant à démontrer que l'exposition au stress en milieu professionnel accroît le risque de maladies cardio-vasculaires s'est considérablement étendue dès le milieu des années quatre-vingt (Gardell, 1981; Karasek et Theorell, 1990; Johnson et Johansson, 1991). Les maladies cardio-vasculaires (MCV) demeurent la première cause de mortalité dans les sociétés industrielles et contribuent à faire grimper les coûts des soins médicaux. Parmi les MCV, on compte la maladie coronarienne (MC), l'hypertension, la maladie vasculaire cérébrale et d'autres affections du cœur et du système circulatoire.

La plupart des manifestations de la maladie coronarienne proviennent en partie du rétrécissement des artères coronaires, dû lui-même à l'athérosclérose. On sait de cette dernière qu'elle est déterminée par de nombreux facteurs individuels dont, entre autres, les antécédents familiaux, la consommation de graisses saturées, la tension artérielle, le tabagisme et l'activité physique. Hormis l'hérédité, tous ces facteurs peuvent être influencés par l'environnement professionnel. Des conditions de travail défavorables peuvent, par exemple, décourager le désir d'arrêter de fumer ou d'adopter un mode de vie plus sain et, par conséquent, agir sur la MC par le biais d'effets sur les facteurs de risque classiques.

La pression de l'environnement professionnel a, par ailleurs, un retentissement direct sur le système neurohormonal, aussi bien que sur le métabolisme cardiaque. La combinaison de certains mécanismes physiologiques, généralement associés à des activités professionnelles contraignantes, peut accroître le risque d'infarctus du myocarde. L'augmentation des hormones de mobilisation énergétique, qui survient dans les périodes de stress aigu, est susceptible de fragiliser le tissu musculaire coronarien. Inversement, les hormones restauratrices d'énergie, qui protègent le muscle cardiaque des effets indésirables provoqués par les hormones mobilisatrices, diminuent pendant les périodes de stress. Sous une contrainte émotionnelle et physique, le cœur bat plus vite et plus fort sur une durée prolongée; le muscle cardiaque fait une consommation excessive d'oxygène et le risque d'attaque cardiaque augmente. Le stress peut également perturber le rythme cardiaque et contribuer au développement d'une tachyrythmie, trouble lié à la rapidité du rythme cardiaque. Lorsque la fonction cardia-

que devient inefficace par suite d'un rythme trop rapide, un risque mortel de fibrillation ventriculaire peut apparaître.

Selon les premières enquêtes épidémiologiques effectuées sur les conditions psychosociales du travail associées aux MCV, une pression professionnelle excessive aggravait le risque de MC. Ainsi, une étude prospective menée auprès d'employés de banque belges signalait une incidence d'infarctus du myocarde sensiblement plus élevée chez les employés du secteur privé que chez leurs homologues du secteur public, y compris après ajustement pour tenir compte des autres facteurs de risques biomédicaux (Kornitzer et coll., 1982). L'étude concluait à l'existence possible d'une corrélation positive entre les conditions de travail — plus contraignantes dans les banques privées — et le risque d'infarctus du myocarde. D'autres travaux ont également révélé une plus forte incidence d'infarctus du myocarde chez les employés des échelons inférieurs de grandes compagnies (Pell et d'Alonzo, 1963). Le stress psychosocial semblerait donc ne pas être le lot exclusif des hauts responsables, comme on le supposait auparavant.

Depuis le début des années quatre-vingt, de nombreuses enquêtes épidémiologiques ont examiné l'hypothèse sous-tendant le modèle «exigences/autonomie», conçu par Karasek et autres (Karasek et Theorell, 1990; Johnson et Johansson, 1991). Ici, le postulat est que le stress lié à l'emploi résulte de circonstances professionnelles conjuguant une forte exigence de performance à une faible marge de contrôle sur la manière dont le travail doit être exécuté. Selon le modèle, la notion de contrôle par rapport au travail peut être comprise comme la «latitude décisionnelle» dont jouit le travailleur, ou la mesure dans laquelle un poste ou une organisation de travail donnés permettent de prendre les décisions relatives aux tâches demandées. Le modèle «exigences/autonomie» prédit que les travailleurs devant faire face, dans la durée, à des exigences professionnelles élevées tout en ne disposant que d'un médiocre pouvoir de contrôle, présenteront un risque plus élevé de stimulation, propre à déclencher des troubles physiologiques dans le système MCV — et, éventuellement, à amplifier le risque de maladie cardiaque par athérosclérose et celui d'infarctus du myocarde.

Entre 1981 et 1993, la majorité des 36 études ayant considéré les effets de la combinaison «exigences élevées/faible contrôle» sur les maladies cardio-vasculaires ont établi des associations significatives et positives entre les deux phénomènes. Ces études, reposant sur diverses méthodologies, ont été réalisées en Suède, au Japon, aux

Etats-Unis, en Finlande et en Australie. Une vaste gamme d'indicateurs y était observée, notamment la morbidité et la mortalité des MCV, ainsi que les facteurs de risque de MC, soit la tension artérielle, le tabagisme, la masse ventriculaire gauche et les symptômes de MC. Plusieurs articles de synthèse ont rendu compte de ces recherches (Kristensen, 1989; Baker et coll., 1992; Schnall, Landsbergis et Baker, 1994; Theorell et Karasek, 1996). Leurs auteurs soulignent la qualité épidémiologique de ces travaux et remarquent en outre que les études les plus rigoureuses sur le plan méthodologique sont aussi celles qui tendent le plus à valider le modèle de Karasek et coll. De manière générale, la prise en compte des facteurs de risque courants des maladies cardio-vasculaires n'élimine ni ne réduit nettement la robustesse de la relation entre des conditions de travail caractérisées par des exigences élevées et un contrôle faible, d'une part, et le risque de maladies cardio-vasculaires, d'autre part.

Il importe cependant de noter que la méthodologie déployée dans ces études varie considérablement. La démarcation la plus significative est celle que l'on peut faire entre les travaux basés sur une description des conditions de travail fournie par les sujets eux-mêmes, et ceux qui utilisent une méthode de «score moyen» calculé à partir d'un ensemble de réponses provenant d'un échantillon nationalement représentatif des travailleurs classés par intitulés de poste. Les études recourant à des autodescriptions de poste indiquaient des risques relatifs élevés (2,0-4,0 contre 1,3-2,0) et faisaient apparaître une tension psychologique d'origine professionnelle relativement plus importante que dans le cas des études à base de données agrégées. Les variables se rapportant à l'impression de contrôle dans le travail étaient associées de façon plus régulière à un risque élevé de MCV, quelle que soit la méthode de réponse.

Plus tard, une variable ayant trait au soutien psychosocial en milieu professionnel a été rajoutée à la formulation «exigences/autonomie»; dans le cas de salariés confrontés à des exigences élevées, mais disposant d'un faible pouvoir de contrôle et de peu de possibilités de soutien, on assiste à un doublement du risque de morbidité et de mortalité par MCV, par rapport aux travailleurs connaissant des niveaux d'exigences professionnelles modérés et disposant d'une marge de contrôle satisfaisante et de bonnes possibilités de soutien (Johnson et Hall, 1994). Des recherches ont aussi été menées sur l'exposition continue aux divers niveaux d'exigences, de contrôle et de soutien tout au long de la «carrière psychosociale professionnelle». Des descriptions de toutes les professions exercées au cours de la carrière ont été demandées aux participants et des scores professionnels établis en vue de calculer l'exposition à ces conditions, encourue sur toute la durée de la vie active. L'exposition totale aux conditions de travail et l'incidence de mortalité cardio-vasculaire ont fait l'objet d'une étude sur des travailleurs suédois et, même après la prise en compte de variables telles que l'âge, le tabagisme, l'activité physique, la race, l'éducation et la classe sociale, une faible latitude décisionnelle moyenne s'assortissait d'un risque deux fois plus élevé de décès par accident cardio-vasculaire, sur une période de suivi de 14 ans (Johnson et coll., 1996).

Un modèle semblable à celui appelé «exigences/autonomie», développé et testé par Siegrist et coll., en 1990, repose sur les dimensions «d'effort» et de «récompense sociale», l'hypothèse étant qu'un effort important non suivi de récompense sociale conduit à une augmentation du risque de maladie cardio-vasculaire. Dans une enquête effectuée auprès de travailleurs de l'industrie, l'articulation «effort important/récompense faible» prédisait un risque accru d'infarctus du myocarde, indépendamment d'autres facteurs de risque biomédicaux.

D'autres aspects de l'organisation du travail, tel que le travail posté, sont également associés à une élévation du risque cardio-vasculaire. Kristensen (1989) et Theorell (1992) ont trouvé une

relation entre le risque d'infarctus et la rotation constante entre horaires de travail diurnes et nocturnes.

La recherche ultérieure, dans ce domaine, devrait se concentrer sur la spécification des relations qui existent entre l'exposition au stress en milieu professionnel et le risque de MCV, en fonction des différences de classe, de sexe et d'appartenance ethnique.

LES TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX

Jerry Suls

Depuis plusieurs années, on s'accorde à considérer la tension psychologique comme l'un des facteurs contribuant aux affections ulcéreuses (qui comportent les lésions ulcérées de l'estomac ou du duodénum). Chercheurs et professionnels de la santé ont entrevu plus récemment la possibilité d'une relation entre le stress et d'autres troubles gastro-intestinaux, tels que la dyspepsie non ulcéreuse (associée à des symptômes de douleur dans la partie supérieure de l'abdomen, de malaises et nausées persistants en l'absence de cause organique identifiable) et le syndrome du côlon irritable (défini comme une modification du transit intestinal avec douleurs abdominales sans anomalies d'ordre physique). Le présent article examine la validité des données empiriques indiquant que le stress psychologique est un facteur de risque dans ces trois types d'affections gastro-intestinales.

L'ulcère gastrique et duodénal

Il apparaît clairement que les individus ayant été soumis à un stress brutal, dans un contexte de traumatisme physique sévère, sont prédisposés au développement d'ulcères. Il est cependant moins évident de déterminer si les facteurs stressants de la vie, tels qu'une rétrogradation professionnelle, ou le décès d'un proche, précipitent ou aggravent l'ulcère. Dans l'esprit des profanes comme dans celui des spécialistes de la santé, ulcères et stress sont couramment associés suite, peut-être, à l'hypothèse d'inspiration psychanalytique émise par Alexander à ce sujet au début des années cinquante. Selon cet auteur, les personnes prédisposées à l'ulcère souffraient de conflits de dépendance dans leurs relations avec les autres; couplés à une tendance constitutionnelle à l'hyperacidité gastrique chronique, ces conflits causeraient la formation d'ulcère. Cependant, la perspective psychanalytique n'a guère reçu de soutien empirique. En effet, les patients ulcéreux ne semblent pas être davantage en proie à des conflits de dépendance que les groupes témoins, quoiqu'ils manifestent des niveaux d'anxiété, de soumission et de dépression plus élevés (Whitehead et Schuster, 1985). Les tendances névrotiques de certains patients ulcéreux sont généralement peu marquées et seul un petit nombre d'entre eux paraît présenter des signes psychopathologiques. Notons que les études des troubles de l'affectivité chez les ulcéreux ont généralement porté sur des personnes ayant précisément recherché une prise en charge médicale; ces personnes ne sont donc pas nécessairement représentatives de l'ensemble des patients ulcéreux.

La corrélation entre stress et ulcère est issue de l'hypothèse selon laquelle certaines personnes sont génétiquement prédisposées à l'hyperacidité gastrique, surtout en période de stress. De fait, deux tiers environ des patients affligés d'ulcère duodénal ont des niveaux plus élevés de pepsinogène qui sont, par ailleurs, associés aux affections ulcéreuses. Les études de Brady et coll. (1958) sur des singes «décideurs» ont initialement conforté l'idée qu'un mode de vie ou un métier stressants pouvaient contribuer à la pathogenèse des maladies gastro-intestinales. Ces chercheurs ont constaté que les singes devant actionner un levier pour éviter des chocs électriques douloureux (les singes «décideurs» qui con-