

LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE LIÉS AU TRAVAIL : NOUVEAU DÉFI POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Michel Vézina

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2008/hs Vol. 20 | pages 121 à 128

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-hs-page-121.htm>

Pour citer cet article :

Michel Vézina, « La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : nouveau défi pour la santé publique », *Santé Publique* 2008/hs (Vol. 20), p. 121-128.

DOI 10.3917/spub.080.0121

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : nouveau défi pour la santé publique

Preventing mental health problems linked to work: a new public health challenge

Michel Vézina ⁽¹⁾

Résumé : Les milieux de travail ont connu au cours des dernières années de profondes transformations qui ont été reliées à des problèmes de santé psychologiques. Il existe des modèles validés qui permettent d'identifier certaines dimensions psychosociales de l'environnement de travail qui représentent un risque pour les travailleurs exposés. Il s'agit du modèle « demande-autonomie-soutien au travail » et du modèle « déséquilibre : effort/reconnaissance ». Ces modèles, en plus de réduire la complexité de la réalité psychosociale du travail à des composantes significatives en termes de risques à la santé, facilitent également l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions organisationnelles efficaces dans les milieux de travail.

Mots-clés : Prévention - organisation du travail - santé psychologique au travail.

Summary: *Over the last few decades, the workplace environment has undergone profound changes that have been shown to be related to the development of mental health problems. Theoretical models have been developed and validated in order to identify specific psychosocial dimensions of the work environment which represent an occupational health risk. They are the "demand-autonomy-support" model and the "effort-reward imbalance" model. In addition to reducing the complexity of the psychosocial reality of work to a set of significant elements in terms of health risks, these models facilitate the development and implementation of effective organisational interventions in the workplace setting. Four theory-grounded and empirically supported adverse psychosocial occupational risk factors have been identified: high psychological demands, low scope for decision-making, low social support, and low reward. From a public health perspective, the implementation of preventive measures and reduction of psychosocial risk factors at work have been shown to be feasible and effective interventions.*

Keywords: Occupational mental health - prevention - work organisation.

(1) Institut nationale de santé publique du Québec. Centre de santé et de services sociaux de la vieille capitale, 880, Père-Marquette, troisième étage, Québec, (Québec), Canada, G1S 2A4.

Introduction

Au cours des dernières décennies, les transformations du travail se sont traduites par une intensification du travail et une précarisation de l'emploi. L'intensification a entraîné une augmentation des cadences et des rythmes de travail, un contrôle plus serré de la production individuelle et une chasse aux temps morts ; en somme, une recherche poussée d'un fonctionnement optimum avec un minimum d'effectifs [19]. Ainsi, en Europe, le fait d'avoir à « travailler très vite » ou « d'avoir des échéanciers serrés » durant au moins 1/4 de son temps de travail, est passé respectivement de 48 % à 60 % et de 50 % à 62 % entre 1990 et 2005 [16]. La précarisation de l'emploi se caractérise, quant à elle, par des contrats à durée déterminée, un recours accru à la sous-traitance et aux agences privées de main d'œuvre [45]. Il existe en France plusieurs enquêtes nationales qui ont documenté l'ampleur de ces transformations [12, 13].

Ces transformations des conditions de travail ont souvent été analysées au regard des bénéfices économiques qu'elles procurent aux entreprises dans un marché mondialisé. Toutefois, plusieurs études ont montré qu'elles engendrent aussi des effets néfastes sur la santé psychologique des travailleurs, que ce soit en termes de dépression, d'épuisement professionnel, de détresse psychologique élevée ou même de suicides [3, 4, 7, 18, 29, 32, 35, 36, 39, 41, 46]. Ces effets entraînent des coûts économiques et sociaux importants et supportés par l'ensemble de la collectivité. Ces coûts incluent notamment ceux liés à l'utilisation des services de santé, aux indemnités pour des incapacités permanentes, à l'augmentation continue de l'absentéisme au travail pour des raisons de santé, aux difficultés de réinsertion professionnelle, au désengagement progressif du marché du travail et à la perte du lien d'emploi entraînant des conditions de vie souvent précaires [17].

Ces conséquences représentent une alerte majeure pour les responsables de santé publique qui sont ainsi invités à dépasser l'approche traditionnellement limitée à la seule morbidité professionnelle indemnisable pour ouvrir sur le champ plus vaste de l'ensemble de la morbidité attribuable au travail.

Dimensions pathogènes de l'organisation du travail

Cette nouvelle représentation de la santé au travail milite en faveur de l'identification des aspects de l'organisation du travail globalement plus nocifs que d'autres. Dans une perspective de santé publique, cette identification passe par le recours à des modèles théoriques validés, qui identifient certaines dimensions psychosociales de l'environnement de travail pour lesquelles il existe des évidences empiriques de leur pouvoir pathogène pour les travailleurs exposés. Ces modèles, en plus de réduire la complexité de la réalité psychosociale du travail à des composantes significatives en termes de risques à la santé, facilitent également l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions dans les milieux de travail.

Il existe actuellement deux modèles de risques psychosociaux reconnus internationalement en raison de leur apport considérable à la production de connaissances scientifiques consistantes sur l'importance des liens entre des phénomènes sociaux et psychologiques au travail et le développement de

plusieurs maladies. Il s'agit du modèle « demande-autonomie-soutien au travail » de Karasek et Theorell [23] et celui du « déséquilibre : effort/récompense » de Siegrist [37].

Le modèle « demande-autonomie-soutien au travail » (Karasek)

Le modèle repose sur le constat qu'une situation de travail qui se caractérise par une combinaison de demandes psychologiques élevées et d'une autonomie décisionnelle faible, augmente le risque de développer un problème de santé physique et mentale. Les demandes psychologiques font référence à la quantité de travail à accomplir, de même qu'aux exigences mentales et aux contraintes de temps liées à ce travail. L'autonomie décisionnelle, quant à elle, se réfère à la capacité de prendre des décisions au sujet de son travail, mais surtout à la possibilité d'être créatif et d'utiliser et développer ses habiletés.

La combinaison d'une faible autonomie et d'une forte demande (appelée « tension au travail » ou « *job-strain* ») est considérée comme la plus pathogène, tant en termes de maladies cardiovasculaires que de problèmes de santé mentale. Au Québec, 25 % des femmes et 21 % des hommes étaient exposés à cette situation en 1998 [6], alors qu'en France, à partir des données de l'enquête SUMER de 2003, on estime que la prévalence du « *job strain* » est de 20 % chez les hommes et de 28 % chez les femmes [33].

À la fin des années quatre-vingt, le concept de soutien social a été ajouté au modèle de Karasek [22]. De façon générale, le soutien social regroupe l'ensemble des interactions sociales qui sont disponibles au travail tant de la part des collègues que des superviseurs. Par ailleurs, la réduction des effectifs ainsi que le climat de tension et de compétition associé aux nouveaux modes de gestion du personnel, mettent souvent à rude épreuve la solidarité et l'esprit d'équipe ou le sentiment de valeurs partagées, sans compter les débordements possibles du côté du harcèlement psychologique ou moral. Le modèle de « demande-autonomie-soutien au travail » a été associé à la dépression, à la détresse psychologique, à l'épuisement professionnel et à la consommation accrue de psychotropes [3, 4, 7, 11, 18, 29, 31, 36, 46].

Le modèle « déséquilibre : effort/reconnaissance » (Siegrist)

Le modèle « déséquilibre : effort/reconnaissance » proposé par Siegrist à la fin des années quatre-vingt repose sur le constat qu'une situation de travail qui se caractérise par une combinaison d'efforts élevés et de faibles reconnaissances, s'accompagne de réactions pathologiques sur les plans émotionnel et physiologique. Les faibles reconnaissances peuvent être d'ordre économique (un salaire insuffisant), social (un manque d'estime et de respect) ou organisationnel (l'insécurité d'emploi et les faibles perspectives de promotion).

Chez les populations étudiées, on a évalué que 10 % à 40 % des travailleurs sont exposés à un certain niveau de « déséquilibre : effort/reconnaissance » principalement chez les employés appartenant à des groupes socio-économiquement défavorisés [38]. Ce manque de reconnaissance mine l'estime de soi et ouvre la porte à des manifestations psychologiques, physiologiques et comportementales de même nature que celles décrites

précédemment et dont les conséquences, au plan de la santé mentale, peuvent prendre la forme de dépression, d'épuisement professionnel, de détresse psychologique élevée ou même de suicides [42].

Alors que la dimension « autonomie décisionnelle » est centrale dans le modèle de Karasek, c'est le concept de « réciprocité sociale » qui est capital dans le modèle de Siegrist : c'est-à-dire la possibilité d'avoir accès aux avantages légitimes auxquels on est en droit de s'attendre, compte tenu de l'effort fourni au travail.

À la lecture des résultats des études réalisées avec les modèles de Karasek et de Siegrist, on ne peut s'empêcher de faire des rapprochements avec les conclusions des travaux de Christophe Dejours[44] en psychodynamique du travail. Celui-ci montre que les possibilités d'apprentissage et de mobilisation de son intelligence et de sa créativité par le travail et la reconnaissance des efforts fournis occupent une place centrale dans la construction de l'identité de l'individu. Le travail est en effet une activité de production où se concrétisent et s'objectivent l'intelligence et l'ingéniosité humaines, où se construit l'identité, l'armature de la santé mentale [14]. En somme, ces deux modèles permettent d'évaluer dans quelle mesure le travail peut encore répondre à des besoins humains fondamentaux, tel celui de s'accomplir dans une activité utile en mettant à profit ses talents et en en développant de nouveaux, celui de développer une bonne estime de soi en étant reconnu pour sa contribution et ses efforts ou encore celui d'appartenir à un groupe, de faire partie d'une équipe ou d'un réseau sur lequel on peut compter [38]. On rejoint ici les conclusions de l'enquête réalisée en France par Baudelot et Gollac [1] qui précisent que le bonheur au travail naît du fait d'avoir du pouvoir, d'être reconnu à sa juste valeur, d'avoir un travail que n'importe qui ne pourrait pas faire, qui n'est pas une routine et dans lequel on n'a pas le sentiment d'être exploité mais celui d'être écouté.

Ces deux modèles sont également complémentaires pour expliquer comment certains emplois peuvent contribuer aux inégalités sociales de santé. En effet, les dimensions pathogènes de l'organisation du travail identifiées par ces deux modèles ont une prévalence plus élevée dans les populations défavorisées et les populations ainsi exposées ont une plus grande susceptibilité à leurs effets délétères, en raison de multiples autres expositions extra-professionnelles [30].

Interventions organisationnelles efficaces

Malgré l'ampleur des problèmes, des interventions pour réduire les problèmes à la source en améliorant l'organisation du travail, sont possibles et plusieurs ont été couronnées de succès, notamment en termes de réduction de l'absentéisme et des symptômes dépressifs ou encore d'augmentation de bien-être et de productivité [2, 8-10, 24, 28, 34].

Une démarche globale de prévention en entreprise pour y réduire les problèmes de santé psychologique implique par contre l'existence de pré-requis pour atteindre les objectifs visés. Les auteurs qui ont analysé les conditions de succès des interventions préventives visant la réduction des contraintes psychosociales, identifient cinq facteurs qui sont garants de la réussite d'un

projet. Il s'agit du soutien de la haute direction et de l'implication de tous les niveaux hiérarchiques, de la participation des employés à la discussion des problèmes et à l'élaboration des solutions, de l'identification préalable des populations de travailleurs à risque en fonction de modèles théoriques validés, de la mise en place rigoureuse des changements requis auprès des populations de travailleurs ciblés et de la prise en charge de la démarche et des changements par le milieu [15, 20, 25, 26].

Ces conditions de succès s'actualisent habituellement dans le cadre d'une démarche participative structurée, dans laquelle les responsables concernés vont notamment manifester leur accord au projet, désigner un responsable, prévoir un temps de libération du personnel pour les travaux d'un groupe de soutien à l'intervention (GSI) et s'engager à appuyer et faciliter la mise en œuvre du plan d'action proposé. Le GSI a pour mandat de soutenir l'ensemble de la démarche, tant au chapitre de l'identification des facteurs de risque que de l'élaboration des solutions. Une telle démarche est actuellement mise en œuvre, dans la région de Québec, par un groupe de référence et d'intervention en santé mentale au travail rattaché au réseau public [21].

La démarche proposée aux entreprises comprend six étapes qui vont de l'engagement de la direction et du milieu à l'évaluation du plan d'action mis en place par un comité paritaire de mise en œuvre, en passant par l'analyse et le diagnostic de la situation. L'élaboration de ce plan d'action se fait par une démarche de type « focus group » où les membres du groupe sont invités dans un premier temps à identifier les situations dans le milieu de travail qui actualisent le facteur de risque. L'objectif de la discussion libre est de comprendre les dynamiques organisationnelles et relationnelles qui sont à l'origine des éléments pathogènes identifiés dans le milieu. Par la suite, les participants sont invités à proposer des solutions afin d'éliminer ou de réduire les problèmes identifiés et de les prioriser, en fonction de critères telle la faisabilité de l'intervention (ex. : ressources requises, acceptabilité des changements par le milieu, etc.) ou encore l'importance des problèmes vécus (ex. : le nombre de travailleurs exposés, la gravité des problèmes, etc.). Le résultat final de cette étape de la démarche doit permettre l'identification d'un ensemble d'activités structurées pour des unités ciblées dans l'entreprise dans le but d'améliorer la situation au regard de l'une ou l'autre des variables des modèles précédemment décrits. Ainsi, le contenu du plan d'action doit préciser dans un langage clair : la nature du problème en lien avec les variables ciblées, le type d'actions à réaliser, la personne responsable, l'échéancier et les critères d'évaluation.

La mise en œuvre du plan d'action est d'une importance cruciale si on veut réellement obtenir les effets souhaités. À cette étape, il faut pouvoir s'assurer que les interventions identifiées sont réellement implantées et que les travailleurs à risque sont réellement touchés par l'intervention. Par analogie avec la pratique clinique, on pourrait dire qu'il faut ici s'assurer qu'au-delà de la prescription, le médicament a réellement été pris par le patient si on veut observer son effet. En ce qui concerne l'évaluation, il est important de distinguer la réduction de l'exposition aux facteurs de risque psychosociaux, de la diminution des problèmes de santé liés à ces facteurs, notamment ceux qui, en raison de leur gravité, entraînent une augmentation

du taux d'absentéisme. Contrairement à une étude à visée étiologique, l'intérêt premier d'une étude d'intervention préventive est de réduire l'exposition aux facteurs de risque pour un groupe de travailleurs donnés [27]. En plus de la réduction de l'exposition, les indicateurs ayant servi à cibler la population à risque au début peuvent être utilisés pour mesurer l'effet de l'intervention. La mesure d'impact de l'intervention peut être appréciée en comparant les résultats obtenus après l'intervention avec la situation observée dans le même groupe avant le projet ou dans un autre groupe de l'entreprise qui n'a pas été visé par une intervention.

Enfin, le suivi de l'intervention par les responsables concernés à l'intérieur de l'entreprise représente une condition de succès importante des interventions et une meilleure garantie de pérennité du processus de réduction des risques psychosociaux dans l'entreprise. Des garanties en ce sens devraient idéalement être données avant le début de tout projet d'intervention. Ces garanties témoignent en effet de la capacité du milieu à prendre en charge une telle démarche et à faire face à de nouvelles situations problématiques qui ont de fortes probabilités de survenir compte tenu de l'état de changement permanent qui caractérise la plupart des entreprises en raison notamment de la mondialisation des économies et des développements technologiques.

Conclusion

Il importe de mentionner que c'est dans une perspective de santé publique que l'on doit s'attaquer aux contraintes de l'environnement psychosocial du travail, compte tenu de l'existence de stratégies efficaces pour réduire ces contraintes et de l'importance des coûts sociaux associés aux problèmes de santé psychologiques liés au travail. C'est dans cette perspective visant à susciter le développement en milieu de travail de pratiques organisationnelles favorables à la santé, que la révision actuelle du programme national de santé publique au Québec prévoit le développement d'outils et la mise en place d'activités de formation à l'intention du personnel du réseau afin de les rendre aptes à offrir aux entreprises des activités de sensibilisation et d'information sur les dimensions-clés de l'organisation du travail et des pratiques de gestion à cibler. En France, l'intégration récente de la santé au travail à l'intérieur du programme de santé publique pourra permettre d'aller dans le même sens.

Par ailleurs, le succès des interventions pour réduire les problèmes de santé liés au stress en entreprise est difficilement dissociable d'une politique plus globale de santé publique. Cette politique devrait notamment permettre l'établissement d'un système de surveillance en entreprise et de monitoring aux niveaux national et régional dans le but d'identifier l'étendue des problèmes de santé liés au stress au travail et de pouvoir évaluer les effets des programmes d'amélioration mis en œuvre [43]. C'est dans cette perspective que le ministère de la santé et des services sociaux du Québec poursuit actuellement, en collaboration avec plusieurs partenaires, dont le ministère du travail, la réalisation d'une vaste enquête quinquennale sur les conditions de travail et de santé au Québec. En France, l'implication actuelle de l'Institut de veille sanitaire dans l'élaboration de systèmes de veille en

santé mentale au travail va dans le même sens. Cette politique devrait aussi inclure des moyens légaux et financiers pour inciter les entreprises à mettre en place les stratégies préventives appropriées pour contrer cette pandémie qui frappe le monde occidental.

BIBLIOGRAPHIE

1. Baudelot C, Gollac M. « Travailler pour être heureux ? », Le bonheur et le travail en France, Paris, 2003. Fayard.
2. Bond FW, Bunce D. "Job Control Mediates Change in a Work Organization Intervention for Stress Reduction" J. Occup. Health Psychol 2001;6(4):290-302.
3. Borritz M, Bultmann U, Rugulies R, Christensen KB, Villadsen E, Kristensen TS. Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3-year follow up of the PUMA Study. J Occup Environ Med 2005 Oct;47(10):1015-25.
4. Bourbonnais R, Brisson C, Vézina M, Moisan J. "Job strain and psychological distress in white collar workers". Scand J Work Environ Health 1996;22:139-45.
5. Bourbonnais R, Comeau M, Dion G, Vézina M. "Job strain, psychological distress and burnout in nurses", Amer J of Ind Med 1998;34:20-8.
6. Bourbonnais R, Larocque B, Brisson C, Vézina M. « Contraintes psychosociales du travail », In : Portrait social du Québec (Institut de la Statistique du Québec), chap. 11, 267-277, 2001. Collection les Conditions de vie.
7. Bourbonnais RB, C. Vézina, M. Mâsse, B. Psychosocial Work Environment and certified Sick Leaves among Nurses during Organizational Changes and Downsizing. Relations Industrielles 2005;60(6):483-508.
8. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Lower A. "Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental health in an acute care hospital", Occupational and environmental medicine 63:326-334, 2006-A.
9. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Abdous B, Gaudet M. Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. Occup Environ Med 63(5):335-42, 2006-B.
10. Brisson C, Cantin V, Larocque B, Vézina M, Vinet A, Trudel L et al. "Intervention Research on Work Organization Factors and Health: Research Design and Preliminary Results on Mental Health", Canadian Journal of Community Mental Health 25(2):241-259, fall 2006, <http://www.metapress.com/content/f621327487xh22v7/?p=43a637b16b6440e0b9649c7638b528f2&pi=14>
11. Clays EC, De Bacquer D, Leynen F, Kornitzer M et al. "Job stress and depression symptoms in middle-aged workers-prospective results from the Belstress study", Scand, J. Work Environ Health 2007;33(4):252-9.
12. DARES. L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003 : premiers résultats de l'enquête Sumer 2003. Décembre 2004;52.1
13. DARES. Méthodologie de « Conditions de travail » et « Techniques et Organisation du travail ». Disponible sur www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques/etudes-recherches/recherche/publications/rapports/213.html, 2007.
14. Dejours C. « Travail et usure mentale : de la psychopathologie du travail à la psychodynamique du travail », Nouvelle édition augmentée, 1993, Paris, Bayard.
15. European Agency for Safety and Health at Work. Success factors of good practice in stress prevention, In: How to Tackle Psychosocial Issues and Reduce Work-related Stress (European Agency for Safety and Health at Work, ed.), Systems and Programmes 2002: 122-125 p. ISBN 92-9191-009-0 (<http://agency.osha.eu.int/publications/reports/309/en/index.htm>).
16. Fondation européenne, 2006, "Fourth European Working Conditions Survey", <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>
17. Gabriel P, Liimatainen M. Mental health in the workplace. Geneva: International Labour Organization; 2000.
18. Godin I, Kittel F, Coppieters Y, Siegrist J. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. BMC Public Health 2005;5(1):67.
19. Gollac M, Volkoff S. *Citius, altius, fortius : L' intensification du travail*, Actes de la recherche en sciences sociales 1996;14:54-67.
20. Goldenhar LM, La Montagne AD, Katz T, Heany C, Landsbergis P. The Intervention Research Process in Occupational Safety and Health: an overview from The National Occupational Research Agenda (NORA) Intervention Effectiveness Research Team. JOEM 2001;43(7):616-22.
21. GRISMT. 2006, Groupe de référence et d'intervention en santé mentale au travail. <http://www.ripost.qc.ca/grismt/publications.php>

22. Johnson JV, Hall EM, Theorell T. Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scand. J. Work Environ. Health* 1989;15:271-9.
23. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New-York: Basic Books, 1990.
24. Kawakami N, Araki S, Kawashima M, Masumoto T, Hayashi T. Effects of work-related stress reduction on depressive symptoms among Japanese blue-collar workers. *Scandinavian Journal of Work, Environmental and Health* 1997;23(1):54-9.
25. Kompier MAJ, Geurts SAE, Gründemann RWM, Vink P, Smulders PGW. Cases in stress prevention: the success of a participative and stepwise approach. *Stress Medicine* 1998;14:155-68.
26. Kompier M, van den Berg AM, Aust B, Siegrist J. Stress prevention in bus drivers: evaluation of 13 natural experiments. *J Occup Health Psychol* 2000;5(1):11-31.
27. Kristensen TS. Intervention studies in occupational epidemiology. *Occup Environ Med* 2005;62(3):205-10.
28. Lourijsen E, Houtman I, Kompier M, Grundemann R. The Netherlands: A hospital, healthy working for health. In: *Preventing stress, improving productivity: european case studies in the workplace* (Cooper, MKC, ed.) 1999; chap.5:86-120, Routledge, New-York.
29. Marmot M, Siegrist J, Theorell T, Feeney A. "Health and the psychosocial environment at work", dans : "Social determinants of health", 1999, ed. by Marmot M, Wilkinson RG, Oxford University Press, pp. 105-131.
30. Marmot M, Siegrist J. "Health inequalities and the psychosocial environment", *Social Science and Medicine*, 2004, 58:1461-1574.
31. Moisan J, Brisson C, Bourbonnais R, Gaudet M, Vézina M, Vinet A, Grégoire JP. "Job strain and psychotropic drug use among white-collar workers", *Work and Stress* 1999;13(4):289-98.
32. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. "Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort"; *Scand. J. Work Environ Health* 1998;24(3):197-205.
33. Niedhammer I, Goldberg M, Levy D, David S, Degioanni S. « Exposition aux facteurs du modèle de Karasek en France: étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale SUMER ». *Travailler* 2007;17:47-70.
34. Nielsen ML. Intervention project on absence and well-being (IPAW) – Denmark, In: *How to Tackle Psychosocial Issues and Reduce Work-related Stress* (European Agency for Safety and Health at Work, ed.), Systems and Programmes, ch. 3.5, 2002; p.52-58, ISBN 92-9191-009-0 [<http://agency.osha.eu.int/publications/reports/309/en/index.htm>].
35. Paterniti S, Niedhammer I, Lang T, Consoli SM. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *Br J Psychiatry* 2002 Aug;181:111-7.
36. Rugulies R, Bultmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial Work Environment and Incidence of Severe Depressive Symptoms: Prospective Findings from a 5-Year Follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study. *Am J Epidemiol* 2006 May 15;163(10):877-87.
37. Siegrist J. Adverse health effects of High Effort low-Reward Conditions. *Journal of occupational health psychology* 1996;1:27-41.
38. Siegrist J. "Reducing social inequalities in health: work-related strategies", *Scand J Public Health* 2002; 30: 49-53.
39. Stansfeld S, Feeney A, Head J, Canner R, North F, Marmot M. "Sickness absence for psychiatric illness : the Whitehall 2 study", *Soc sci Med*; 1995-A 40:189-97.
40. Stansfeld SA, North FM, White I, Marmot MG. "Work characteristics and psychiatric disorders in civil servants in London", *J Epidemiol Community Health* 1995-B;49:48-53.
41. Stansfeld SA, Rael EG, Head J, Shipley M, Marmot M. Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants. *Psychol Med* 1997;27(1):35-48.
42. Stansfeld S, Bosma H, Hemmingway H, Marmot MG. "Work characteristics predict psychiatric disorders: prospective results from the Whitehall II Study", *Occ Environ Med* 1999;56:302-7.
43. The Tokyo Declaration, 1998; *J. Tokyo Med. Univ.* 56:760-7.
44. Vézina M. « Stress et psychodynamique du travail: de nouvelles convergences ». *Travailler* 1999;2:201-18.
45. Vosko L. (dir.) *Precarious Employment: Understanding Labour Market Insecurity in Canada*. Mc-Gill Queen's University Press, 2006.
46. Ylipaavalniemi J, Kivimaki M, Elovainio M, Virtanen M, Keltikangas-Jarvinen L, Vahtera J. Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models. *Soc Sci Med* 2005 Jul;61(1):111-22.