

Les troubles anxio-dépressifs chez les téléopérateurs : étude à propos de 125 cas

M. GHALI¹, H. BEN SAID², H. GHALI³, I. YOUSSEF⁴

1/ GMT de l'Ariana, Tunisie

2/ Service de médecine de travail, Centre de Maternité et de Néonatalogie W. Bourguiba, Tunis

3/ Service de Médecine Préventive et Communautaire, CHU Sahloul, Université de Sousse, Faculté de Médecine de Sousse, Sousse, Tunisie

4/ Service de Médecine de Travail, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie

RESUME

Introduction : Les risques psychosociaux et le stress liés au travail affectent de nombreux lieux de travail dans le monde, notamment les centres d'appels. Ces environnements de travail, souvent caractérisés par des tâches monotones et des interactions agressives avec les clients, peuvent entraîner des troubles d'ordre psychique chez les téléopérateurs. Les objectifs de ce travail étaient de déterminer la fréquence des troubles anxio-dépressifs (TAD) chez les téléopérateurs d'un centre d'appel et de préciser les facteurs déterminants de ces troubles.

Méthodes : Etude descriptive transversale ayant porté sur les TAD chez les téléconseillers d'un centre d'appel, menée sur une période de sept mois allant du 1^{er} Janvier au 31 Juillet 2024. Le recueil des données a été basé sur un questionnaire pré-établi et l'évaluation des TAD a été menée à travers l'outil d'évaluation de l'anxiété et de la dépression « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HAD).

Résultats : La population comprenait 125 téléopérateurs ayant un âge de 30,9 ans en moyenne et un genre-ratio H/F de 0,28. Les célibataires représentaient 57,6% de la population avec un niveau d'étude supérieur dans 84% des cas. 36% des téléopérateurs avaient des antécédents pathologiques, et 39,2% étaient des fumeurs actifs. L'ancienneté médiane des téléopérateurs était de 22 mois. Une absence de titularisation a été notée chez 63,2% des cas. Le score HAD a révélé une symptomatologie d'anxiété douteuse dans 23,2% des cas et certaine dans 24,8% des cas ainsi qu'une symptomatologie de dépression douteuse dans 24,8% des cas et certaine chez 11,2% des téléopérateurs. Une symptomatologie anxieuse et dépressive était notée chez les femmes (25,8% et 13,4%), les téléopérateurs âgés de moins de 30 ans (22 % et 15,1%), ceux ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat (26,7% et 12,4%) et les tabagiques (28,6% et 12,2%) sans liaison statistiquement significative. Une anxiété a été notée chez les titulaires (37%) et une dépression a été notée chez ceux ayant des antécédents pathologiques personnels (27,5%) avec une relation statistiquement significative.

Conclusion : Au terme de cette étude, les TAD ont été dépistés chez un faible effectif parmi les participants. Ces troubles, liés dans ce cas, essentiellement à des contraintes personnelles et familiales incitent à intervenir par un soutien psychologique spécialisé au sein du centre d'appel qui sera bénéfique aussi bien pour l'individu mais également pour le travail en termes de rendement et de productivité.

Mots-clés : Anxiété – dépression – téléopérateur - travail.

ABSTRACT

Introduction : Work-related psychosocial risks and stress affect many workplaces around the world, including call centers. These work environments, often characterized by monotonous tasks and aggressive interactions with customers, can lead to psychiatric disorders. The aims: To determine the frequency of anxiety and depressive disorders among call center operators and to specify the associated risk factors.

Methods : This is a descriptive cross-sectional study on anxiety and depressive disorders among teleoperators of a call center, conducted over a period of seven months from January 1 to July 31, 2024. Data collection was based on a pre-established questionnaire, and the evaluation of anxiety and depressive disorders was carried out using the "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HAD).

Results : The population included 125 teleoperators, with an average age of 30.9 years and a male-to-female ratio of 0.28. Single individuals represented 57.6% of the population, and 84% had a higher education level. About 36% of the teleoperators had a history of medical conditions, and 39.2% were active smokers. The median seniority of the teleoperators was 22 months. A lack of permanent employment status was noted in 63.2% of the cases. The HAD score revealed doubtful anxiety symptoms in 23.2% of cases and definite symptoms in 24.8%, as well as doubtful depressive symptoms in 24.8% of cases and definite symptoms in 11.2% of the teleoperators. Anxiety and depressive symptoms were noted in women (25.8% and 13.4%), teleoperators under 30 years old (22% and 15.1%), those with an education level higher than the baccalaureate (26.7% and 12.4%), and smokers (28.6% and 12.2%), without statistically significant relationships. Anxiety was noted in permanent employees (37%), and depression was observed in those with personal medical history (27.5%) with a statistically significant relationship.

Conclusion : At the end of this study, anxiety and depressive disorders were detected in a small number of participants. These disorders, primarily linked to personal and family-related pressures in this case, highlight the need for intervention through specialized psychological support within the call center. Such support would be beneficial not only for the individual but also for the work environment in terms of performance and productivity.

Key-words : Anxiety – depression - call center operator - work.

INTRODUCTION

Les risques psychosociaux liés au travail affectent un nombre considérable de secteurs professionnels partout dans le monde et entraînent des conséquences néfastes pour la santé des travailleurs et pour l'entreprise (1). Les contraintes de la vie sociale et la crise économique actuelle peuvent accroître le stress lié au travail du fait de l'accélération du rythme de vie qui contribue à l'intensification du travail et la pression croissante sur les employeurs et les travailleurs pour qu'ils restent compétitifs (2, 3). Parmi les secteurs d'activité professionnelle touchés, ceux qui engagent les employés en interaction directe avec le public en particulier les centres d'appels (4-5). En Tunisie, le développement de ce secteur demeure important vu l'intérêt que met notre pays pour le progrès des technologies de l'information et de la communication (6). Ce domaine de travail offre certes des services importants aux clients mais peut cependant soumettre les travailleurs à des contraintes professionnelles en particulier mentales (7, 8). Ce travail avait pour objectifs de déterminer la fréquence des troubles anxio-dépressifs (TAD) chez les téléconseillers d'un centre d'appel et de préciser les facteurs déterminants de ces troubles.

METHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale ayant porté sur les TAD chez les téléconseillers d'un centre d'appel, menée sur une période de sept mois allant du 1^{er} Janvier au 31 Juillet 2024. La population d'étude comprenait les téléopérateurs du centre d'appel dont l'ancienneté professionnelle était supérieure à trois mois. Les téléopérateurs qui ont refusé de poursuivre le questionnaire ont été exclus. Les téléopérateurs qui avaient des antécédents psychiatriques n'étaient pas inclus.

Le recueil des données a été basé sur une fiche pré-établie comprenant des données relatives aux caractéristiques socio-démographiques, médicales, habitudes de vie et professionnelles. L'évaluation des TAD a été menée par l'outil «Hospital Anxiety and Depression Scale » (HAD) dans sa version française. Cet outil comportait 14 items cotés de 0 à 3, dont sept items se rapportaient à l'anxiété (total A) et sept à la dépression (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). Le dépistage d'une

symptomatologie anxieuse ou dépressive se fait en fonction des scores obtenus :

- Score ≤ 7 : absence de symptomatologie.
- Score entre 8 et 10 : symptomatologie douteuse.
- Score ≥ 10 : Symptomatologie certaine (09).

Le questionnaire a été rempli par le même enquêteur, le médecin du travail du centre d'appel, pendant les visites médicales périodiques.

La saisie et l'analyse statistique des données ont été réalisées moyennant le logiciel IBM SPSS Statistiques. La distribution des variables quantitatives a été vérifiée par le test de Kolmogorov-Smirnov. Les variables qui ne suivaient pas une distribution normale ont été représentées par leurs médianes et des intervalles interquartile (IIQ) [25ème percentile – 75ème percentile]. Les variables qualitatives ont été exprimées par leurs fréquences relatives et absolues. La comparaison des pourcentages a été effectuée par le test chi-deux de Pearson et le test exact de Fisher. Le test U de Mann-Whitney a été utilisé pour comparer les médianes. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

Considérations éthiques :

Les objectifs de l'étude ont été annoncés aux téléopérateurs. La participation à l'étude était faite de façon libre et éclairée. L'anonymat a été respecté lors de la collecte et de la saisie des données. Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec ce travail.

RESULTATS

Le nombre des téléopérateurs qui ont participé à cette étude était de 125 soit un taux de participation de 61% (125/200).

1. Caractéristiques socio-démographiques et médicales :

L'âge de la population était de 30,9 ans en moyenne. Les téléopérateurs appartenant à la tranche d'âge [20-30] ans représentaient 57,6% des cas. Le genre-ratio H/F était de 0,28. Les participants étaient célibataires dans 57,6% des cas. Ils avaient un niveau d'étude supérieur dans 84% des cas. Ceux qui étaient en formation représentaient 2,4% des téléopérateurs. Des antécédents pathologiques étaient présents chez 36% de la population, parmi lesquels une hypertension artérielle dans 11,1% des cas et un diabète dans 8,8% des cas. Un tabagisme actif a été noté chez 39,2% des travailleurs et une consommation d'alcool a été

rapportée par 14,4% des cas à raison d'une fois par semaine. Une activité physique a été pratiquée par 20% des cas. Par ailleurs, la charge financière familiale était partagée par 53,6% des travailleurs (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et médicales de la population d'étude.

Caractéristiques	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Sexe		
Féminin	97	77,8
Masculin	28	22,4
Tranches d'âge		
< 20 ans	1	0,8
20 – 30 ans	72	57,6
31 – 40 ans	35	28
41 – 50 ans	14	11,2
>50 ans	3	2,4
Niveau d'études		
Secondaire	17	13,6
Supérieur	105	84
En cours de formation	3	2,4
Etat civil		
Célibataire	72	57,6
Marié (e)	49	39,2
Divorcé(e)	3	2,4
Veuf	1	0,8
Nombres d'enfants		
Pas d'enfants	22	41,5
Un seul enfant	10	18,9
Plus que deux	21	39,6
Antécédents pathologiques personnels		
Oui	45	36
Non	80	64
Hypertension artérielle		
Oui	5	4
Non	120	96
Diabète		
Oui	4	3,2
Non	121	96,8
Charge financière		
Oui	19	15,2
Non	39	31,2
Partagée	67	53,6
Tabac		
Oui	49	39,2
Non	78	60,8
Alcool		
Oui	18	14,4
Non	107	85,6
Activité physique		
Oui	25	20
Non	100	80

2. Caractéristiques professionnelles :

L'ancienneté professionnelle médiane de la population était de 22 mois [9 – 36]. Les téléopérateurs travaillaient cinq jours par semaine selon un horaire matinal fixe de 09h à 18h soit huit heures par jour et 40 heures par semaine et bénéficiaient d'une pause déjeuner d'une heure et d'une deuxième pause de quinze minutes l'après-midi (15h45-16h) avec un accès libre toute la journée aux vestiaires et une possibilité d'écouter de la musique par casque en absence d'appels. Une bonne relation avec les superviseurs et les agents a été rapportée par la plupart des agents. Une titularisation a été accordée à 36,8% des téléopérateurs. Un transport a été assuré par le centre pour 79,2% des travailleurs. La tâche des téléopérateurs est la vente en ligne sans mailing à raison de 150

appels par jour chaque appel de durée moyenne de 20minutes avec trois ventes minimales par semaines exigées. Les agents travaillaient dans un open-space avec une vingtaine de personnes sur le même plateau.

3. Statut anxio-dépressif de la population d'étude :

La médiane du score de la sous-échelle de l'anxiété (HAD-A) était de 7 [5 – 10,5] avec des scores allant de [0-16]. La médiane du score de la sous-échelle de la dépression (HAD-D) était de 6 [3 – 9] avec des scores allant de [0-15]. La médiane du score total HAD était de 13 [9 – 18] avec des extrêmes allant de 1 à 30. Une anxiété certaine a été retrouvée chez 24,8% des cas. Une symptomatologie de dépression était douteuse chez 24,8% des téléopérateurs et certaine pour 11,2% des cas (Figure 1)

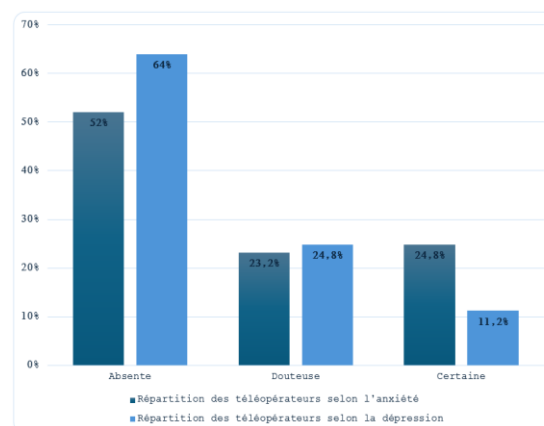


Figure 1 : Répartition des téléopérateurs selon la présence d'anxiété et de dépression

Parmi les items de l'anxiété, la réponse par «de temps en temps» aux items 1 « je me sens tendu ou énervé », 5 « se faire de souci » et 9 « sensation de peur » était présente dans respectivement 84%, 62% et 48% des cas. Parmi les items de dépression, la réponse par «vraiment moins qu'avant » à l'item 2 « je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois » était présente dans 42% des cas et la réponse par «plus autant qu'avant» à l'item 8 «j'ai l'impression de fonctionner au ralenti» était présente dans 56% des cas (Tableau II).

Tableau II : Répartition des réponses de la population d'étude en fonction des items de l'échelle HAD

Items	Anxiété			
	Jamais	Réponse n (%)	Souvent	la plupart du temps
A1 je me sens tendu ou énervé	13 (10,4)	84 (67,2)	15 (12)	13 (10,4)
A3 j'ai une sensation de peur comme si quelque chose horrible allait de m'arriver	53 (42,4)	33 (26,4)	19 (15,2)	20 (16)
A5 je me fais du souci	38 (30,4)	62 (49,6)	17 (13,6)	8 (6,4)
A7 je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	26 (20,8)	46 (36,8)	41 (32,8)	12 (9,6)
A9 j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	45 (36)	48 (38,4)	20 (16)	12 (9,6)
A11 j'ai la boulette et n'arrive pas à tenir en place	46 (36,8)	34 (27,2)	27 (21,6)	18 (14,4)
A13 j'éprouve des sensations soudaines de panique	59 (47,2)	28 (22,4)	28 (22,4)	10 (8)

Items	Dépression			
	autant que par le passé	Réponse n (%)	vraiment moins qu'avant	plus du tout
D2 je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	41 (32,8)	27 (21,6)	42 (33,6)	15 (12)
D4 je ris facilement et vois le bon côté des choses	60 (48)	31 (24,8)	29 (23,2)	5 (4)
D6 je suis de bonne humeur	80 (64)	35 (28)	9 (7,2)	1 (0,8)
D8 j'ai l'impression de fonctionner au ralenti	51 (40,8)	56 (44,8)	6 (4,8)	12 (9,6)
D10 je ne m'intéresse plus à mon apparence	69 (55,2)	38 (30,4)	12 (9,6)	6 (4,8)
D12 je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	55 (44)	42 (33,6)	17 (13,6)	11 (8,8)
D14 je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision	55 (44)	25 (20)	22 (17,6)	23 (18,4)

3. Facteurs associés à l'anxiété :

Une symptomatologie anxieuse et dépressive était notée chez les femmes (25,8% et 13,4%), les téléopérateurs âgés de moins de 30 ans présentaient une symptomatologie anxieuse dans 22% des cas et dépressive dans 15,1% des cas, ceux ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat (26,7% et 12,4%) et les tabagiques (28,6% et 12,2%) sans liaison statistiquement significative. Une anxiété a été notée chez les titulaires dans 37% des cas et une dépression a été notée chez ceux ayant des antécédents pathologiques personnels (27,5%) avec une relation statistiquement significative (Tableau III).

Tableau III : Facteurs associés à l'anxiété et à la dépression chez la population d'étude

Facteurs	Anxiété			Dépression		
	Oui (n=31) n (%)	Non (n=94) n (%)	Valeur-p	Oui (n=14) n (%)	Non (n=111) n (%)	Valeur-p
Sexe						
Masculin	6 (21,4)	22 (18,6)	0,659	1 (3,6)	27 (96,4)	0,189
Féminin	25 (25,8)	72 (74,2)		13 (13,4)	84 (86,6)	
Age						
≤ 30 ans	22 (90,3)	51 (89,9)	0,102	11 (15,1)	62 (84,9)	0,104
> 30 ans	9 (17,3)	43 (82,7)		3 (5,8)	49 (94,2)	
Niveau d'étude						
Secondaire	3 (17,6)	14 (82,4)	-	1 (5,9)	16 (94,1)	-
Bac +	18 (10,7)	77 (71,3)		12 (13,4)	62 (67,6)	
En cours de formation	0 (0)	3 (100)		0 (0)	3 (100)	
Statut matrimonial						
Célibataire	21 (39,2)	51 (70,8)	-	10 (13,9)	62 (86,1)	-
Marié	10 (20,4)	39 (79,6)		4 (8,1)	46 (91,9)	
Divorcé	0 (0)	3 (100)		1 (3,3)	2 (6,7)	
Veuf (x)	0 (0)	1 (100)		0 (0)	1 (100)	
Antécédents pathologiques personnels						
Oui	9 (20)	16 (30)	0,351	9 (20)	16 (30)	0,019
Non	22 (17,6)	58 (72,3)		5 (6,3)	75 (93,8)	
Charge financière						
Oui	3 (15,8)	16 (84,2)	-	3 (15,8)	16 (84,2)	-
Non	10 (25,6)	29 (74,4)		6 (15,4)	33 (84,6)	
Partagé	18 (109)	49 (73,1)		5 (7,5)	62 (92,5)	
Tabac						
Oui	14 (28,6)	35 (71,4)	0,433	4 (21,2)	43 (87,8)	0,766
Non	17 (22,4)	59 (77,6)		8 (10,5)	68 (89,5)	
Alcool						
Oui	3 (16,7)	15 (83,3)	3,558	3 (16,7)	15 (83,3)	0,424
Non	28 (16,2)	79 (73,8)		11 (10,3)	96 (89,7)	
Activité physique						
Oui	7 (28,6)	18 (72)	0,679	2 (8)	23 (92)	0,734
Non	24 (24)	76 (76)		12 (12)	88 (88)	
Titularisation						
Oui	17 (37)	29 (63)	0,016	4 (8,7)	42 (91,3)	0,489
Non	14 (17,7)	65 (82,3)		10 (12,7)	69 (87,3)	
Transport assuré par le centre						
Oui	28 (28,3)	71 (71,7)	0,078	13 (13,1)	86 (86,9)	0,297
Non	3 (11,5)	23 (88,5)		1 (3,8)	25 (96,2)	
Conflit						
Oui	6 (19,4)	4 (4,3)	0,015	3 (21,4)	7 (6,3)	0,084
Non	25 (30,6)	90 (95,7)		11 (79,6)	104 (93,7)	
Décès d'un parent						
Oui	6 (19,4)	5 (5,3)	0,027	6 (38,7)	6 (5,4)	0,003
Non	25 (30,6)	89 (94,7)		9 (64,3)	105 (94,6)	
Durée de travail (mois)						
(0-12ans) [10Q]	24 (9-36)	18 (9-36)	0,411	18 (7,5-27)	24 (9-36)	0,252

Une symptomatologie anxieuse était constatée dans 19,4% des téléopérateurs ayant des

conflits familiaux avec une différence significative 0,015 et dépressive dans 21,4% sans liaison statistiquement significative. L'anxiété était constatée pour 19,4% des cas ayant un parent décédé avec une différence significative de 0,027 et une dépression dans 35,7% avec une différence significative de 0,003.

DISCUSSION

Cette étude était réalisée auprès de 125 téléopérateurs dans le but de déterminer la fréquence des troubles anxio-dépressifs chez ces derniers et de préciser les facteurs déterminants de ces troubles. Afin d'atteindre les objectifs de l'étude, une échelle psychiatrique valide, fiable et simple d'utilisation a été également choisie. Toutefois, certaines limites méritent d'être soulignées liées en particulier au caractère transversal de l'étude, rendant difficile d'établir de façon formelle le lien de causalité entre les différents facteurs étudiés et l'anxiété et la dépression.

Concernant les résultats obtenus, une symptomatologie certaine d'anxiété a été retrouvée chez environ le quart de la population d'étude (24,8%) et une symptomatologie certaine de dépression a été relevée chez un faible effectif (11,2%). Ces troubles étaient liés en majorité aux facteurs individuels et familiaux (antécédents pathologiques personnels et familiaux, conflits, décès) plutôt que professionnels (problème de titularisation). Les téléopérateurs qui avaient des troubles psychiatriques n'étaient pas inclus dans l'étude car l'objectif était de dépister les troubles anxio-dépressifs susceptibles d'être liés à la profession plutôt qu'une décompensation d'une pathologie psychiatrique préexistante, d'étiologie différente.

Dans la littérature, plusieurs études ont été menées auprès de téléopérateurs, déterminant les risques psychosociaux notamment le niveau de stress et évaluant les troubles psychiatriques. En effet, une étude menée par l'INRS, qui a évalué les conditions de travail et la santé auprès d'un échantillon de 4002 participants, a montré un taux de stress de 23,9 % (6,11). Une autre étude a indiqué un taux de stress au travail chez les téléopérateurs à 25,3 % (12). Plusieurs autres auteurs ont documenté une prévalence importante du stress au travail dans cette catégorie d'entreprises (6,13). En ce qui concerne la nature spécifique de la détresse

psychologique, elle a été observée chez 61,7 % des participants dans l'étude réalisée par Kacem et al. (6). Par conséquent, il apparaît que le secteur des services contribue de manière significative à la détresse mentale ; cette affirmation est corroborée par de nombreuses enquêtes (14, 15,16). Néanmoins, dans l'étude INRS, les chercheurs ont indiqué que les scores du questionnaire de santé générale GHQ12 étaient supérieurs à nos résultats, où 32,6% des téléopérateurs présentaient un trouble psychiatrique (11). Il apparaît donc que l'industrie de la communication est confrontée à des risques importants liés à de véritables contraintes psychologiques et à des troubles de santé mentale. En effet, la rationalisation excessive, l'hyperspécialisation, le respect de mandats de productivité stricts, la surveillance continue (y compris un suivi aléatoire par les superviseurs et l'enregistrement systématique des données liées au travail), la nature répétitive des tâches, un contrôle inadéquat et l'absence de perspectives d'avenir sont tous des facteurs qui contribuent à la détresse psychologique et à la vulnérabilité (17). Norman K. (13) affirme également que l'emploi au sein des centres d'appel se distingue notamment par une élévation du niveau de stress. Néanmoins, l'intensité de la détresse psychologique varie en fonction des caractéristiques spécifiques de l'entreprise et de la nature des services fournis. Ces constatations concordaient avec les résultats de notre étude. En effet, les téléconseillers qui avaient une symptomatologie certaine d'anxiété ou de dépression rapportaient des problèmes essentiellement d'ordre personnel ou familial. Les troubles présentés étaient liés en particulier à des facteurs de risque individuels ou familiaux (antécédents pathologiques personnels et familiaux, conflits, décès) secondairement à des facteurs professionnels (problème de titularisation). Ce résultat a été confirmé par la liaison significative entre la présence d'un antécédent pathologique personnel et le risque de survenue de dépression d'une part ($p=0,019$) et entre l'anxiété et la titularisation ($p=0,016$) sachant que plus que la moitié de notre population n'était pas titulaire. Selon la littérature, les facteurs qui influent de manière significative sur la tension ressentie sur le lieu de travail sont divers et multiformes. De nombreux chercheurs s'accordent à dire que l'absence de titularisation peut entraîner un sentiment d'insécurité,

probablement un signe avant-coureur de l'expérience de stress. Par conséquent, la précarité de l'emploi peut expliquer en partie le stress identifié par les auteurs susmentionnés (18,19). Par ailleurs, dans notre étude, la symptomatologie anxieuse et dépressive était enregistrée essentiellement chez les femmes, sans liaison statistiquement significative. En effet, les femmes sont soumises à une double obligation à remplir, en particulier les exigences liées aux responsabilités familiales, d'une part, et les exigences de leurs rôles professionnels, d'autre part (19). Par ailleurs, dans la littérature et dans le cadre d'une enquête de l'INRS, les répondants de sexe masculin présentaient une incidence de détresse psychologique plus faible que leurs homologues féminins (26,6 % contre 34,8 %) (5). S. Fanello et al.(20,21), dans deux études distinctes visant à évaluer la santé mentale en milieu de travail menées à la fois dans le secteur de la santé et dans le secteur tertiaire, ont fait également état d'une prédominance de participantes souffrant de détresse liée au travail (allant de 63,2 % à 91%). D'autres études discordantes ont indiqué que le sexe n'était pas devenu l'un des paramètres déterminants de la souffrance psychologique. Plusieurs études rapportent des facteurs de stress professionnels et leur impact sur la santé psychologique, en particulier dans l'étude de Gueritault-chalvin (21). Ce dernier a rapporté comme facteurs de stress professionnels majeurs : la satisfaction au travail et la surcharge de travail, les relations au travail y compris l'émotionnel et social apporté par les collègues ou les supérieurs hiérarchiques, la structure et la flexibilité de l'organisation dans son ensemble, les pressions et tensions présentes dans la vie de la famille dues au stress dans le travail. D'autres études appuient les résultats précédents en notant des facteurs qui seraient corrélés à la détresse psychologique, notamment la reconnaissance de l'expertise par les collègues, l'insatisfaction associée au fait de travailler dans des conditions spécifiques, le manque de moyens de transport et les responsabilités familiales des tiers (20,21). Les résultats de notre étude étaient semblables à ceux des travaux suscités. Les facteurs déterminants étaient dominés par les facteurs personnels et familiaux. Les facteurs professionnels semblaient intervenir faiblement dans la survenue des troubles anxio-dépressifs dans notre population s'expliquant par des

conditions de travail satisfaisantes (horaire fixe de jour, deux pauses, bonne relation avec les hiérarchiques et les collègues, transport accordé à la majorité des travailleurs).

Ainsi, à la lumière de ces résultats, il serait recommandé de maintenir ce qui est déjà existant en termes d'organisation et de relation satisfaisantes en milieu du travail. Par ailleurs, une observation et une orientation vers la consultation de médecine du travail et éventuellement un entretien initial par un psychologue seraient recommandées aux travailleurs souffrant aussi bien de contraintes sociales que professionnelles.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, les troubles anxio-dépressifs ont été dépistés chez un faible effectif parmi les participants. Ces troubles, liés dans ce cas, essentiellement à des contraintes personnelles et familiales incitent à intervenir par un soutien psychologique spécialisé au sein du Centre d'appel qui sera bénéfique aussi bien pour l'individu mais également pour le travail en termes de rendement et de productivité. Sur le plan professionnel, le maintien des conditions de travail satisfaisantes et l'encouragement des travailleurs par une titularisation précoce pourraient promouvoir leur santé mentale.

REFERENCES

1. Agency for Safety, Health at Work. Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks Europea Risk Observatory Literature Review. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
2. Acceleration at work. 16th Conference of the European Association of Work and Organisational Psychology, Imagine the future world: how do we want to work tomorrow? 22–25 May, Muenster, Germany, 2013. 2017.
3. Vézina M. Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois : enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Québec, Qué: Institut de la statistique du Québec; 2008.
4. El Maalel O, Maoua M, Boughattas W, Zaouali M, Souissi A, Chatti S, et al. Étude du stress au travail, du cortisol salivaire et du risque cardiovasculaire chez des conducteurs de bus Tunisiens. Arch Mal Prof Environ. déc 2011;72(6):623-32.
5. Lourel M. Rapports au travail, contrôle et santé dans les centres de gestion de la relation–client. Psychol Trav Organ. mars 2006;12(1):39-51.
6. Kacem I, El Maalel O, Maoua M, Boughattas W, Omrane A, Ben Amor I, et al. Évaluation de la charge mentale des téléopérateurs dans un centre d'appel tunisien. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. mars 2020;178(3):290-4.
7. Ghenim A, Brahim D, Mechergui N, Belkahla A, Ernez S, Bahri G, et al. Psychiatric disorders in teleoperators : A series of 27 cases. Eur Psychiatry. mars 2023;66(S1):S473-S473.
8. Hidri A, Soltani C, Gharbi M. Les conditions de travail des opérateurs dans les centres d'appels : apport de la prévention. SST 2012;60:1–23. Disponible sur : www.isst.nat.tn/fr/download-document/19.
9. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand. juin 1983;67(6):361-70.
10. INRS. Conditions de travail et santé dans les centres d'appel téléphoniques : étude de l'INRS. Document pour le médecin du travail 2011 N8 26; 2011. Disponible sur : www.dmt-prevention.fr.
11. Guignon N, Niedhammer I, Sandret N. Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003. 2008;(115). Disponible sur : <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TF%20175>
12. Nohara H, Lanciano-Morandat C, Tchobanian R. Les centres d'appels téléphoniques, un " secteur " à la recherche de régulations collectives. Xèmes journées de sociologie du travail. " relations de travail". Rouen 24-25 novembre 2005., Nov 2005, Rouen, France. halshs-02945143.
13. Norman K. Call center work: characteristics physical and psychosocial exposure and health related outcomes. Linkopings universitet; 2005 [Doctorat thesis 2005 ; 975, ISSN-0345-7524].
14. CFDT. Enquête de la CFDT dans les centres d'appels téléphoniques réalisée de novembre 2000 à mai 2001, par les fédérations des services, de la communication et de la culture et des postes et des télécoms. CFDT Dossiers emplois Travail; 2001. Disponible sur : www.cfdt.fr.
15. Charbotel B, Leyder S, Vohito M, Renaud L, Jaussaud J, Bourboul C, et al. Conditions de travail dans les centres d'appels téléphoniques et retentissement sur la santé des salariés. Société de médecine et de santé au travail de Lyon; 2009.
16. Cyrille Bouvet, Florence Schneider. Les destins de l'agressivité dans les activités de service client en centre d'appel. Travailler. 2007;2(18):203-18.
17. Godin I, Desmarez P, Kittel F. Stress et précarité d'emploi : essai de construction d'un indicateur. Arch Public Health. 2002;60:143-51.
18. Fraccaroli Franco. L'expérience psychologique de l'incertitude au travail Le travail humain 2007/3, 70. 2007. Disponible sur : <https://www.cairn.info/publications-de-Fraccaroli-Franco-25435.htm>.
19. Fanello S, Parot E, Chalvin V, Vincent JP, Casanova C, Gaudemer C, et al. Étude des déterminants socioprofessionnels de la souffrance psychique au travail. Arch Mal Prof Environ. juill 2004;65(4):326-34.
20. Fanello S, Ripault B, Parot E, David G, Kandouci BA, Penneau-Fontbonne D. Souffrance psychique des cadres infirmiers. Arch Mal Prof Environ. mai 2004;65(2-3):138.
21. Guéritault-Chalvin V, Cooper C. Mieux comprendre le burnout professionnel et les nouvelles stratégies de prévention : un compte rendu de la littérature. J Thérapie Comport Cogn. juin 2004;14(2):59-70.