



HAL
open science

Santé au travail et ressources humaines - Nouveaux chantiers, nouveaux défis

Emmanuel Abord de Chatillon, Tarik Chakor

► **To cite this version:**

Emmanuel Abord de Chatillon, Tarik Chakor. Santé au travail et ressources humaines - Nouveaux chantiers, nouveaux défis. Les grands courants en Gestion des Ressources Humaines, 2021, 978-2-37687-463-8. hal-03561861v1

HAL Id: hal-03561861

<https://hal.science/hal-03561861v1>

Submitted on 28 Mar 2022 (v1), last revised 21 Nov 2023 (v2)

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

2 500 ans avant notre ère, le titre de « grand médecin » fut inscrit sur la tombe d'un médecin égyptien, Metm, qui était chargé de veiller sur l'état de santé des ouvriers et esclaves des chantiers des pyramides. La prise en compte des risques professionnels semblait déjà présente dans l'Antiquité, mais avant tout dans une logique de réparation. Si pendant des siècles ont été dissociés le traitement des problèmes de production et ceux des soins, il a fallu attendre la deuxième partie du XXème siècle pour installer l'idée de prévention dans une logique ergonomique, qui tient compte aussi bien des contraintes productives que de la situation de ceux qui l'accompagnent dans le temps. L'idée même de prévention s'est alors installée, visant à prémunir avant tout individus et organisations des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ces questions n'appartenaient non pas aux gestionnaires des ressources humaines, mais plutôt aux ingénieurs chargés, en priorité, d'adapter les outils de production à l'homme au travail.

De fait, les questions de santé au travail se sont progressivement imposées dans les agendas des Directions des Ressources Humaines à partir du début des années 2000. Mais s'il existait de réels travaux sur les pathologies, leurs origines et leurs conséquences individuelles et organisationnelles, l'acuité de ces questions a conduit à produire de nouveaux cadres de pensée qui ont ensuite irrigués aussi bien la recherche sur le sujet que les pratiques des organisations. En ce sens, les questions de santé au travail ne s'inscrivent pas directement à la suite des questions de sécurité le plus souvent associées à leurs dimensions techniques, et qui naturellement étaient prises en charge par les ingénieurs et les responsables de production. Ces questions de santé au travail ont dû être pensées en lien non seulement avec l'organisation du travail, mais aussi avec les questions relatives à l'équilibre Vie personnelle - Vie professionnelle, ou encore avec les questions d'engagement et de motivation.

Néanmoins, le problème des acteurs RH face à cette nouvelle question demeure celui d'une absence de maîtrise de l'objet santé au travail, qui surgit avec un niveau de complexité qui empêche un traitement simple. C'est donc ici que la recherche joue son rôle, en analysant la genèse de la santé au travail, en clarifiant les modèles et concepts et en posant les bases d'une action de prévention pouvant être portée par les acteurs RH. Le propos de ce chapitre est de mettre en évidence comment cette question est tout d'abord sortie de son invisibilité pour devenir progressivement un réel objet de gestion, notamment de gestion des ressources humaines.

1. La santé au travail : une préoccupation ancienne, une actualité brûlante

Bien qu'étant devenue majeure depuis le début des années 2000, la question de la santé au travail est ancienne, et historiquement en tension entre approche restrictive individualisante et approche élargie organisationnelle.

Un champ historiquement en tension

Premiers liens entre santé et travail

Dès le XIII^{ème} siècle, dans « *L'hygiène professionnelle* » et « *La maladie des métiers* », le médecin Arnaud de Villeneuve (1235-1313) décrivait des facteurs (humidité, chaleur, poussières, poisons...) et postures pouvant causer des troubles aux ouvriers. Les travaux de Léonard de Vinci (1452-1519) sur l'anatomie et la biomécanique des postures de travail, l'analyse du phénomène de fatigue musculaire des ouvriers par Galilée (1564-1642), l'évaluation de la charge de travail maximale des terrassiers par Vauban (1633-1707) et l'invention du métier à tisser par Jacquard (1752-1834) comme première forme d'automatisation visant à limiter la « pénibilité » du travail des ouvriers, attestent que les liens entre travail et santé sont anciens. Le « *Traité des maladies des artisans* » du précurseur de la médecine du travail Bernardino Ramazzini (1633-1714) décrivait 52 professions (forgerons, laboureurs, soldats, accoucheuses...) et les maladies professionnelles pouvant leur être associées, repérant la nocivité des produits manipulés et les positions gênantes des travailleurs comme principales sources de maladies. Ce traité a été à la base des notions d'accident du travail et de maladie professionnelle (Moriceau, 2009), et de l'idée d'une nécessité d'agir autour des risques professionnels.

Paradoxalement, certaines dispositions légales limitaient le développement de mécanismes collectifs de protection des travailleurs. La loi Le Chapelier (1791), au nom de la liberté individuelle et d'entreprendre, interdisait les coalitions (corporations, compagnonnages), contribuant à la disparition des structures protectrices des ouvriers. Face aux conséquences de cette loi, le docteur Louis-René Villermé (1782-1863), au détour de son « *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* », dénonçait les excès d'un système économique non durable, détaillant les conditions de vie et de travail inhumaines imposées aux ouvriers des manufactures, permettant ainsi une prise de conscience des pouvoirs publics et de l'opinion dans son ensemble (Hordern, 1991). Le 22 Mars 1841, la première loi du travail, dite Cunin-Gridaine, limitait alors l'âge d'admission dans les manufactures, la durée quotidienne de travail des enfants et interdisait le travail de nuit pour les enfants de moins de 12 ans. Différentes dispositions légales ont ensuite été ajoutées, autour de l'amélioration des conditions de travail des femmes et de l'adoption de mesures d'hygiène et de sécurité (propreté des ateliers, protection des courroies, engrenage des machines...).

La question de la responsabilité au cœur de l'action en santé au travail

Tout au long du XIX^{ème}, deux théories du risque professionnel s'opposaient : la « *théorie contractuelle* », où l'ouvrier victime d'un accident dans le cadre de son travail était privé de tout recours juridique contre son employeur ou de droit d'indemnisation, celui-ci s'étant engagé en acceptant les dangers potentiels ; la « *théorie de la faute* », où l'employeur avait une obligation de sécurité à l'égard de ses salariés, la charge de la preuve étant à apporter par l'ouvrier demandeur d'indemnités. Cette opposition témoignait, déjà, de la tension qui structure, aujourd'hui encore, le champ de la santé au travail (Chakor, 2013).

La « *théorie contractuelle* » a grandement inspiré les lois du 9 Avril 1898 sur les accidents du travail et du 25 Octobre 1919 sur les maladies professionnelles, lois fondatrices du droit du travail français et socle de l'approche dominante des risques professionnels, défendue par les employeurs (Mias, 2010). Considérant les accidents du travail comme « *les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, aux ouvriers et employés occupés* » et les maladies professionnelles comme « *les affections aiguës ou chroniques, mentionnées aux tableaux annexés à la présente loi, lorsqu'elles atteignent des ouvriers habituellement occupés aux travaux industriels correspondants* », ces lois appréhendaient le risque professionnel comme une menace environnementale et toxicologique à laquelle sont exposés les travailleurs de façon inéluctable, le travail étant par essence une « activité risquée ». Ici, la responsabilité de l'employeur est une responsabilité sans faute : tout accident sur le lieu de travail ou affection répondant aux critères définis par un tableau est présumé imputable à l'employeur. Mais l'impossibilité d'assurer un lieu de travail totalement sécurisé empêche de considérer une responsabilité unique, pleine et entière de l'employeur (Mias, 2010), incitant à la réparation-indemnisation des préjudices causés par le travail, et à une adaptation de l'homme au travail.

Inspirée de la « *théorie de la faute* » et critique vis-à-vis des conséquences des lois de 1898 et de 1919 (absence de prévention, focalisation sur les tableaux de maladies professionnelles, mutualisation des risques), une approche alternative des risques professionnels a émergé au sortir de la Seconde guerre mondiale. Défendant l'idée d'une obligation de sécurité de l'employeur à l'égard de ses salariés, le patron devant à l'ouvrier « plus que son salaire », cette approche a été portée par les mobilisations sociales croissantes, la progression de la connaissance scientifique (enquêtes DARES¹, SUMER², SIP³, Fondation de Dublin...) et l'action des instances européennes (directives-cadres, Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne...). Elle défend ainsi une vision élargie des risques, à partir d'une conception globale des conditions et de l'organisation de travail, et induit un champ de responsabilité étendu⁴ de l'employeur, ainsi qu'une adaptation du travail à l'homme.

Cet élargissement de la focale d'appréhension du risque professionnel se vérifie à plusieurs niveaux, notamment le passage de la médecine d'usine à la médecine du travail (avec des missions progressivement étendues) et l'obligation de rédiger un Document Unique d'Évaluation des Risques professionnels (DUER). De nouvelles instances et de nouveaux groupes d'acteurs sont apparus : les lois Auroux de 1982 ont rendu obligatoires les CHSCT⁵ pour les entreprises de plus de 50 salariés, afin de faciliter une approche globale et participative de la prévention des risques professionnels, tandis que la création de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) en 1973 visait à créer un organe d'information, de sensibilisation et de conseil sur les enjeux de la prévention. Au niveau européen, la directive-cadre de 1989 a posé neufs principes de prévention, qui seront

¹ Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques

² Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels

³ Santé et Itinéraire Professionnel

⁴ Le cas de l'amiante est à ce titre illustratif : depuis les arrêts du 28 Février 2002, l'employeur est tenu à une obligation de sécurité de résultat envers le salarié (obligation aujourd'hui atténuée). Le non-respect de cette obligation entraîne sa « faute inexcusable », la Cour de cassation remettant en cause la théorie du risque professionnel reposant sur son inéluctabilité et une responsabilité sans faute de l'employeur.

⁵ Comités d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail

transposés en droit français dans la loi du 31 Décembre 1991 (éviter le risque, évaluation, combat à la source, adaptation du travail à l'homme, planification de la prévention, mise en place de protections collectives...). Depuis, cette tendance à l'élargissement s'est confirmée, notamment via la succession de plusieurs directives européennes en santé et sécurité au travail (autour des équipements de travail, de l'exposition aux risques chimiques ou bactériologiques, aux risques pour la santé mentale etc.). L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail a également vu le jour en 1996, avec pour mission de favoriser le partage des connaissances et des informations, afin de contribuer à promouvoir une culture de prévention des risques.

Le champ de la santé au travail est donc en tension entre approche restrictive et approche élargie, du fait de la difficulté d'appréhender le risque professionnel et de l'imputation de responsabilité sous-jacente. En effet, l'appréhension même du risque professionnel est complexe : sa construction a une incidence directe sur le champ de responsabilité du risque et sur le type d'action à mettre en place. Potentiel et abstrait, le risque et sa construction sociale séparent ce qui relève de la responsabilité de l'employeur de celle du travailleur (Mias, 2010 ; Chakor, 2015). Son processus d'objectivation repose sur une construction sélective, qui varie selon l'inscription sociale des acteurs dans la division du travail et leurs intérêts (Moscovici, 1969). Le caractère multiforme, multifactoriel et différé des risques professionnels complexifie le débat et l'établissement progressif d'un consensus autour de leur représentation. Plus largement, le champ de la santé au travail est caractérisé par sa complexité, ne répondant pas aux trois impératifs auxquels doit obéir le débat social, politique et médiatique, à savoir la visibilité immédiate, l'instantanéité et la simplicité (Volkoff, 2008).

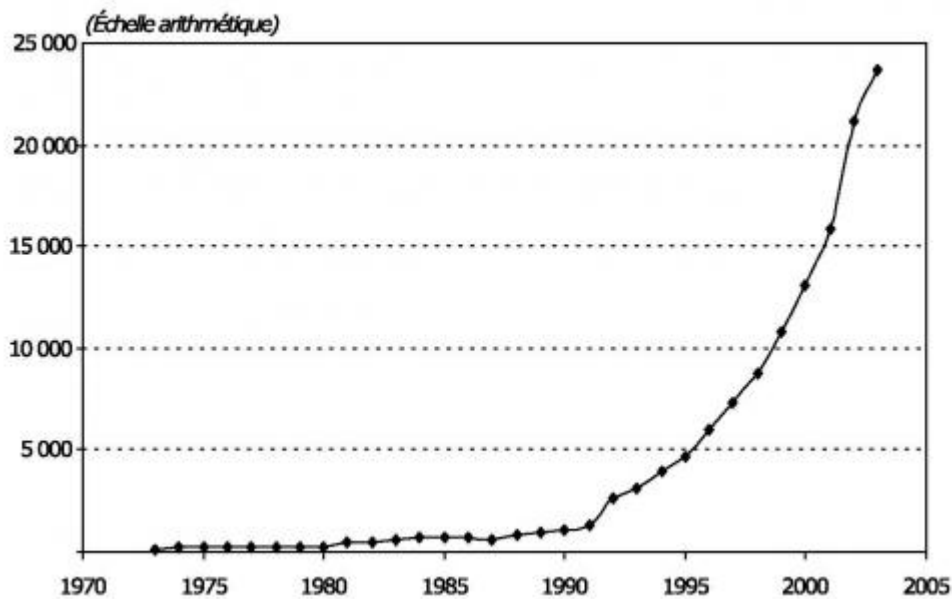
De la fin des années 90 à aujourd'hui : tournant et montée en puissance de la santé au travail

Les années 1990 et 2000 vont constituer un tournant essentiel dans la mobilisation autour des questions de santé au travail. En effet, la transformation de l'activité de travail va produire des effets délétères qui vont produire leurs effets aussi bien sur la santé physique que sur la santé psychosociale des salariés.

Une épidémie de maladies professionnelles

Si la pénibilité du travail a pendant longtemps été symbolisée par une activité physiquement difficile, les années 90 voient l'émergence de nouvelles difficultés. Ce n'est plus l'accident du travail qui symbolise les risques du travail (même si le nombre et la gravité des accidents restent stables malgré une disparition progressive du travail manuel et industriel), mais avant tout les maladies professionnelles. On observe en effet un accroissement important des maladies professionnelles entre la fin des années 90 et les années 2000.

Graphique 1. Affections périarticulaires reconnues au tableau 57, 1973-2003



Source : Hatzfeld, N. (2006). L'émergence des troubles musculo-squelettiques (1982-1996). Sensibilités de terrain, définitions d'experts et débats scientifiques. *Histoire & mesure*, 21(XXI-1), 111-140.

Cette explosion résulte d'un double effet, d'une part de la reconnaissance d'un éventail plus important de maladies professionnelles, mais aussi d'un accroissement du nombre de cas à périmètre constant. La reconnaissance des pathologies comme maladies professionnelles est produite par la commission des maladies professionnelles composée de représentants de l'État, de personnalités qualifiées, mais aussi de représentants des syndicats de salariés et des organisations patronales. Cette reconnaissance est donc à la fois le fruit d'un état de la compréhension de ce que peut être la pénibilité du travail, mais aussi d'un rapport de force entre les différentes parties prenantes à un moment donné.

Ces maladies professionnelles qui prennent de plus en plus d'importance sont avant tout des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) qui résultent souvent d'une répétition dans le temps de gestes qui sollicitent particulièrement une articulation, un muscle ou un ou plusieurs tendons ou nerfs. Les TMS sont donc avant tout des pathologies de la répétition et de l'usure. La nouveauté qui émerge à la fin du XX^{ème} siècle réside dans la survenue de troubles de cet ordre dans des secteurs que l'on estimait préservés comme la grande distribution, avec des problèmes articulaires pour les caissières par exemple, ou encore le travail de bureau avec les atteintes du canal carpien.

Ce développement des maladies professionnelles, s'il a provoqué bon nombre d'inquiétudes, est resté avant tout dans le champ médical, ce n'est qu'à l'occasion de la montée des pathologies psychosociales au fur et à mesure des années 2000 que cette épidémie a été envisagée plus largement comme la conséquence d'une évolution délétère des organisations.

Les pathologies psychosociales : des souffrances qui mettent en évidence les limites de nos organisations du travail

Dans les années 90, une problématique va faire irruption aussi bien dans la société dans son ensemble que dans nos organisations. Surgissent des phénomènes jusque-là sous-jacents : violences, harcèlements, stress. Le détonateur va se situer dans la sphère médiatique avec les contributions littéraires de Marie-France Hirigoyen (*Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien*, Syros, 1998) et Christophe Dejours (*Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*, Seuil, 1998). Ils font tous deux le constat de souffrances qui affectent les individus dans nos organisations et qui semblent largement impensées. Devant ces constats, les réactions vont être diverses : du déni complet (la France sera ainsi le seul pays européen à n'organiser aucune manifestation à l'occasion de la semaine européenne de prévention du stress en 2002) à la prise en compte de l'émergence des violences au travail par le Comité Economique et Social, puis à la loi contre le harcèlement moral au travail (2002) en passant par un ensemble de travaux visant à mieux comprendre les différentes pathologies.

C'est surtout en réponse aux suicides au sein de l'entreprise Renault puis de France Télécom que les réactions vont se transformer en préoccupations puis en actions. À partir de ce moment-là va émerger le terme de risques psychosociaux (RPS) pour caractériser dans le monde francophone les sources d'un ensemble de pathologies dont le contour pose problème (violences au travail, stress professionnel, addictions, épuisement professionnel etc.). Cette expression inconnue alors va permettre de nommer plus clairement cette souffrance au travail qui semble envahir nos organisations publiques et privées. Ce terme, utilisé très rarement en médecine, a été mobilisé initialement dans les travaux d'Isabelle Hansez et Véronique de Keyser au début des années 2000 pour caractériser les atteintes de salariés associées à des conditions de travail ou d'organisation du travail dégradées.

L'expression s'est alors répandue largement. Elle a permis de légitimer l'expression d'un ensemble de ressentis de salariés sur la pénibilité de leur travail. En posant l'idée de l'existence de risques qu'il s'agissait de maîtriser, cette expression s'inscrivait dans l'histoire générale de la prévention. On passait alors d'une prévention centrée sur les risques physiques, techniques ou technologiques à un nouvel univers. Et cette rupture, même si elle s'inscrivait en continuité en posant le principe de risques qu'il convenait de domestiquer, induisait une révolution. En effet, un basculement devait alors s'opérer. Les ingénieurs et les spécialistes de la production laissaient la place aux gestionnaires des ressources humaines, les mieux à même de traiter du psychosocial dans nos organisations.

Face à l'émergence de ces nouveaux risques symbolisés par la catastrophe de France Télécom, l'État ne pouvait rester totalement inerte. En sont nés à la fois des accords (sur la prévention du stress en 2008, puis sur la qualité de vie au travail en 2013), mais aussi un travail important réalisé sous la direction de Michel Gollac (Gollac et Bodier, 2011) visant à mieux comprendre ce que recouvrait l'idée de RPS. Le rapport réalisé par ces experts distingue sept dimensions de risques psychosociaux : intensité et temps de travail, exigences émotionnelles, autonomie, rapports sociaux au travail,

conflits de valeurs et insécurité de la situation de travail. Ces éléments sont autant d'éléments de conditions de travail susceptibles d'être associées à une souffrance psychosociale.

Mais en tentant de mettre en évidence le large spectre des éléments susceptibles de provoquer des pathologies psychosociales, le comité Gollac ne détermine pas les principaux éléments d'éventuels plans d'action. Il énonce ce que les observateurs percevaient probablement d'une manière plus ou moins consciente, mais qu'ils n'étaient pas forcément en capacité d'énoncer clairement : les pathologies psychosociales trouvent leurs origines dans le travail et son organisation. Et plutôt que d'identifier différents leviers d'action, il s'agit avant tout de partir de l'activité concrète de travail pour en repenser l'organisation. Ce rapport venait ainsi appuyer les résultats de recherches identifiant l'intensification du travail comme la cause principale des souffrances psychosociales (Chakor et *al.*, 2015).

Aujourd'hui, le traitement de la santé au travail semble connaître un nouveau tournant avec les ordonnances Macron. Publiées au Journal Officiel le 23 Septembre 2017, ces ordonnances actent une flexicurité à la française : fusion des instances de représentation du personnel, volonté de promouvoir un dialogue social "simplifié et opérationnel", d'individualiser les parcours professionnels (Berthet et Vanuls, 2019). Le passage du Compte Personnel de Prévention de la Pénibilité (C3P) au Compte Professionnel de Prévention (C2P) apparaît ainsi comme une sécurisation des parcours en trompe-l'oeil, ce dernier étant davantage tourné vers la compensation de la pénibilité que vers une réelle démarche préventive.

2. Appréhender la santé au travail : des grilles théoriques nombreuses... mais limitées !

Stress et RPS : les modèles Karasek, Siegrist, Greenberg et Lazarus

Les modèles de type épidémiologique

La santé au travail est régulièrement appréhendée via des grilles de lecture épidémiologiques : l'épidémiologie tend à identifier les facteurs ou expositions de l'environnement de travail pouvant augmenter le risque de survenue de problèmes de santé mentale. Trois modèles de référence ont émergé : le modèle « Demande – Contrôle » de Karasek (Karasek, 1979 ; Karasek et Theorell, 1990), le modèle « Efforts – Récompenses » de Siegrist (Siegrist, 1996) et le modèle de justice organisationnelle (Greenberg, 1987).

Le modèle « Demande – Contrôle » de Karasek appréhende la demande psychologique adressée au travailleur, regroupant la charge de travail, les exigences mentales et les contraintes de temps associées au travail. La latitude décisionnelle renvoie aux possibilités d'agir du travailleur, sa latitude d'action et de décision, sa capacité d'exercer un certain contrôle sur son travail et de développer ses compétences et habiletés professionnelles. Ainsi, selon ce modèle, la combinaison d'une situation de travail combinant une forte demande (ou charge) psychologique de travail et une faible latitude (ou autonomie) décisionnelle crée une situation de *job strain* (Karasek, 1979), représentée par la case

« Travail surchargé ». Ce modèle fut complété à la fin des années 80 par la dimension « soutien social au travail » (Johnson et Hall, 1988) : cette troisième dimension regroupe l'ensemble des interactions sociales nouées par le travailleur avec ses collègues et sa hiérarchie dans son activité de travail. Un soutien social élevé permettra alors de limiter les effets délétères d'une situation de *job strain*, notamment via le support informationnel, l'aide au travail et/ou l'appui émotionnel. Par contre, un soutien social faible, combiné à une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle, sont des facteurs de mauvaise santé et de troubles psychosociaux.

Le modèle « Déséquilibre efforts – récompenses » de Siegrist considère qu'une situation de travail est caractérisée par une combinaison entre un niveau faible ou élevé d'efforts et un niveau faible ou élevé de récompenses. Ainsi, l'avantage de ce modèle réside dans le fait qu'il intègre des caractéristiques de la personnalité du travailleur dans le vécu des situations. En effet, toute situation de travail combinant efforts élevés et faibles récompenses entraînera certaines réactions pathologiques (Siegrist, 1996). Ici le travailleur, dans une logique d'échanges réciproque, attend une récompense, matérielle ou symbolique (salaire, estime, opportunités de carrière...), en retour des efforts réalisés (heures supplémentaires, sur-investissement...). L'absence de récompense, ou son niveau insuffisant, génèrera chez lui des troubles psychosociaux. À l'instar du modèle de Karasek, le modèle de Siegrist constitue l'un des plus utilisés dans les recherches sur la santé au travail.

La théorie de la justice organisationnelle étudie les perceptions des travailleurs et des groupes de travailleurs relatives au traitement reçu dans l'organisation et leurs réactions, conséquentes à ces perceptions (Greenberg, 1987). Ce modèle tend à analyser leur « vécu » de situations qu'ils pourront juger comme injustes. Deux dimensions de la justice organisationnelle sont traditionnellement distinguées. La *justice distributive* constitue un construit individuel de type cognitif : la perception d'une répartition inéquitable des récompenses du travail par le travailleur par rapport à son investissement personnel peut faire émerger un sentiment d'inéquité, source de troubles psychosociaux. La *justice procédurale* porte plus spécifiquement sur le processus par lequel s'opère la récompense du travail. Ainsi, la perception qu'un processus de prise de décisions à l'origine des récompenses du travail est inéquitable tendra également à développer chez l'individu des troubles psychosociaux.

Les modèles de type cognitivo-comportemental

L'approche cognitivo-comportementale analyse les perceptions et les réponses de l'individu à partir de ses modèles psychologiques et cognitifs : par exemple, le stress sera ici lié à une perception par l'individu d'une demande de l'environnement excédant la perception de ses propres ressources pour y faire face.

Le modèle interactionniste appréhende les interactions entre l'individu et son environnement et les réponses de l'individu à partir de ses propres modèles psychologiques. Ce processus cognitif guidera la façon d'affronter le stress et les RPS, ainsi que la façon de percevoir l'agression. Ce modèle distingue deux *patterns* comportementaux, deux types de comportement individuels : le comportement de type A est caractérisé par une motivation et une ambition élevées, maintenant un

haut niveau d'effort et d'impatience, souhaitant avoir un contrôle total de son environnement ; le comportement de type B est quant à lui caractérisé par sa capacité de relaxation, sa patience, l'absence de sentiment d'urgence et de volonté de contrôle.

Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) analyse l'état cognitif dynamique de l'individu, ce dernier émettant une réponse à un stimulus de son environnement. Il souligne l'importance et le rôle de la perception subjective d'une situation. Contrairement au modèle interactionniste, ce n'est pas la situation en elle-même qui est importante, mais les ressources et capacités individuelles à mettre en place des stratégies individuelles ou collectives. Ainsi, la source de stress ne réside ni dans l'individu, ni dans l'environnement, mais est intégrée dans un processus dynamique où l'individu est en transaction avec son environnement. Le sujet mettra donc en place des stratégies d'adaptation ou d'ajustement, dites *coping* , dépendant de ses ressources cognitives personnelles. Ces stratégies sont les processus que l'individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant pour maîtriser l'impact potentiel de celui-ci sur sa santé. Différents modérateurs individuels sont appréhendés : la personnalité de l'individu, sa « robustesse » (*hardiness*), son estime de soi, son optimisme, son sentiment de contrôle.

Épuisement professionnel et Burnout : vers une théorie des ressources

Au-delà du stress professionnel, l'épuisement professionnel vient poser de nouvelles questions qui tiennent à la fois de la manière de le comprendre et de le mesurer, mais aussi de ce qu'il signifie. La notion d'épuisement professionnel est née dans les hôpitaux. Freudenberger le définit à partir de l'observation de soignants confrontés à un accompagnement de longue durée de toxicomanes et éprouvant un vide intérieur comme si leurs ressources étaient entièrement consommées. L'idée est avant tout d'indiquer que dans des situations de travail très sollicitantes, la récupération des ressources ne peut plus s'opérer. Cela conduit alors l'individu à s'épuiser jusqu'à parvenir à une situation extrême où il n'est plus capable de faire quoi que ce soit.

Cet épuisement général peut déboucher sur un ensemble de phénomènes très divers : insomnies, pathologies cardio-vasculaires, dépressions, troubles cognitifs, retraits de situations collectives etc. L'épuisement professionnel conduit ainsi à une diversité très importante de souffrances. La mesure de l'épuisement professionnel est étroitement dépendante des définitions que les auteurs donnent. On peut distinguer ainsi cinq grandes mesures :

Le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) proposé par Christina Maslach et Susan Jackson en 1981 qui envisage l'épuisement professionnel comme possédant trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la perte d'accomplissement de soi.

Le *Burnout Measure* (BM) proposé par Pines et Aronson en 1981 et qui comporte trois dimensions : l'épuisement physique, l'épuisement émotionnel et l'épuisement mental.

Le *Shirom Melamed Burnout Measure* proposé par Arie Shirom et Samuel Melamed en 2006 qui comporte également trois dimensions : la fatigue physique, l'épuisement émotionnel et la lassitude cognitive.

Le *Copenhagen Burnout Inventory* proposé par Tage Kristensen et ses collègues en 2005 et qui dissocie la mesure de l'épuisement professionnel en trois aspects : épuisement personnel, épuisement associé au travail et épuisement associé à la relation client.

Le *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) par Evengelina Demerouti et ses collègues en 2003 qui incorpore une mesure du désengagement et une mesure d'épuisement physique, affectif et cognitif.

Ces cinq outils mesurent ainsi des réalités légèrement disjointes, même si on retrouve systématiquement des éléments relatifs aussi bien à l'épuisement émotionnel qu'à l'épuisement physique. Si beaucoup de préventeurs s'intéressent à l'épuisement professionnel, c'est en lien avec la multiplication des cas de burnout, dans des organisations soumises à une forte intensité du travail sans pour autant que les ressources soient à la hauteur des besoins des acteurs. C'est à propos du désengagement et de la dépersonnalisation qu'il subsiste des écarts, d'aucuns estimant que ces éléments sont plus des conséquences de l'épuisement professionnel que des composantes de celui-ci. En effet, il est difficile d'installer une relation de cause à effet entre ces différentes dimensions. Si les antécédents de l'épuisement professionnel sont à rechercher du côté des conditions d'exercice du travail, en revanche les conséquences organisationnelles explicites du syndrome d'épuisement professionnel sont plus difficiles à cerner et méritent des développements complémentaires.

L'épuisement professionnel apparaît ainsi comme le résultat d'un processus d'effondrement des ressources de l'individu. Deux ensembles théoriques fondés sur la notion de ressource permettent de rendre compte de ce qui se passe au niveau individuel en situation d'épuisement professionnel : la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989) et la théorie exigences - ressources (Demerouti et al., 2001). Ces deux conceptions théoriques appréhendent une ressource comme un élément valorisé pour lui-même. La théorie de la conservation des ressources distingue quatre types de ressources : des ressources personnelles, interpersonnelles, tangibles et énergétiques. Dans cette conception (Hobfoll, 1989, 2001), la souffrance psychosociale trouve son origine dans une perte, une menace sur les ressources ou un déficit de retour sur investissement en ressources. Ainsi, la ressource constitue le cœur de cette conception, l'unité de base sur laquelle se construit le rapport à la souffrance psychosociale, qu'il s'agisse de stress ou d'épuisement professionnel. En revanche, la théorie exigences-ressources envisage l'émergence du burnout comme une situation où, face aux ressources des acteurs, existent des exigences qui sont caractéristiques d'une activité donnée. Face à ces exigences, les acteurs vont compenser jusqu'au moment où l'épuisement de leurs ressources va les conduire à une situation de retrait ou de désengagement (Haberey-Knuessi, 2011).

L'intérêt des théories des ressources réside dans l'idée qu'au-delà d'une compréhension de la souffrance, ces modèles proposent aussi, à travers la compréhension de ce que sont les ressources, des leviers d'action. En cela, la focalisation sur les ressources permet non seulement de penser la réduction de la souffrance, mais aussi de favoriser le bien-être au travail.

QVT, bien-être, bonheur au travail : des concepts sans grille ?

Au-delà des modèles présentés ci-dessus, certains concepts sont progressivement apparus : la Qualité de Vie au Travail (QVT) est définie par l'accord national interprofessionnel du 19 Juin 2013 comme « *un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué* ». Parallèlement, selon [l'INRS⁶](#), la notion de bien-être au travail dépasse le cadre de la santé mentale et l'absence de pathologie associée. Elle s'appuie sur le ressenti de l'individu sur son environnement de travail, la satisfaction et l'épanouissement qu'il peut en retirer. Plus récemment, le concept de bonheur au travail a progressivement émergé, traduit notamment par l'apparition de *Chief Happiness Officer* dans certaines organisations.

L'appréhension du bien-être au travail peut s'effectuer selon le clivage entre une logique hédonique (Kahneman et *al.*, 1999) et une logique eudémonique (Ryff et Singer, 1998). Du point de vue hédonique, le bien-être subjectif réside dans le fait de ressentir des affects agréables. En revanche, l'école eudémonique considère que le bien-être réside dans la réalisation de soi. Cette distinction a permis de construire un ensemble de définition du bien-être au travail. Nathalie Bernard (2019) identifie huit définitions du bien-être au travail qui recouvrent des réalités différentes :

Termes utilisés dans la littérature	Dimensions du concept	Références
Bien-être affectif au travail	Anxiété – Confort, Dépression – Plaisir, Ennui – Enthousiasme, Fatigue – Vigueur, Colère – Placidité	Daniels (2000)
Bien-être du salarié au travail	Organisation – Management dans l'entreprise	Robert (2007)
Bien-être de la personne au travail	Aspects environnementaux	
Bien-être psychologique au travail	Adéquation interpersonnelle au travail, épanouissement au travail, sentiment de compétence au travail, reconnaissance perçue au travail, volonté d'engagement au travail	Dagenais-Desmarais (2010)
Bien-être au travail	Déplaisir – Plaisir ; Anxiété – Contentement ; Dépression – Enthousiasme	Warr (1990)
	Symptômes médicaux (physiques et psychologiques) Expériences de vie (générales et au travail)	Danna et Griffin (1999)
	Moral, détresse, satisfaction au travail	Cotton et Hart (2003)
	Relations entre collègues, Management, Temps, Environnement physique de travail	Biétry et Creusier (2013)

⁶ Institut National de Recherche et de Sécurité

	Sens – Lien – Activité - Confort	Abord de Chatillon et Richard (2015)
--	----------------------------------	--

Tableau 1 : Termes utilisés dans la littérature scientifique relatif au concept de bien-être au travail et dimensions associées (N. Bernard, 2019)

Cet inventaire permet de rendre compte de la grande diversité de compréhension du bien-être au travail. La variété de ces définitions rend le concept de bien-être au travail peu actionnable pour pouvoir constituer des logiques d'action managériale. C'est pourquoi le terme de Qualité de Vie au Travail lui est parfois préféré, même si là aussi chaque analyste produit sa propre compréhension du phénomène considéré.

Néanmoins, il faut examiner cette évolution sémantique pour ce qu'elle veut dire. En passant de la souffrance au bien-être, nos organisations ont choisi d'abandonner la souffrance pour retenir des objets moins traumatisants. S'intéresser à la qualité de vie au travail plutôt qu'au stress, c'est renoncer au côté sombre de la santé au travail qui rebute des acteurs soucieux de l'image de leurs organisations. Appréhender la santé au travail par son volet positif facilite le dialogue social autour de concepts plus "positifs" et moins marqués émotionnellement que les risques professionnels et le mal-être au travail. Elle a également pour avantage de rendre potentiellement gérable l'obligation de la prévention de la santé mentale des salariés : on peut notamment fixer des objectifs aux managers en termes de bonheur au travail de ses subordonnés... Cette évolution sémantique peut présenter des biais que nous aborderons plus loin, au détour du concept de *greatwashing*.

3. Agir en santé au travail : de l'individu à l'activité de travail, quelle(s) cible(s) d'intervention ?

La typologie primaire/secondaire/tertiaire : une typologie dépassée ?

Traditionnellement, l'étude des interventions en santé au travail s'appuie sur les modèles de Murphy (1988) et de Quick, Murphy et Hurrell (1992), inspirés des travaux de Caplan (1964) autour des principes de psychiatrie préventive.

La prévention primaire est une démarche collective visant à agir au niveau des sources du mal-être dans l'organisation, directement sur les conditions de travail, l'organisation du travail, et le travail lui-même. Ce type de démarche est reconnu comme étant le plus efficace à long terme, la seule attitude réellement préventive, l'action portant sur l'identification en amont des sources et causes de détérioration de la santé au travail, et non sur la guérison des symptômes.

La prévention secondaire tend à aider l'individu à gérer plus efficacement les exigences et contraintes du travail en améliorant ses stratégies d'adaptation ou en renforçant sa résistance. Ces actions correctives peuvent prendre différentes formes : formation à la gestion du temps, restructuration cognitivo-comportementale, coaching, pratiques de relaxation, voire mise en place d'aides matérielles comme une crèche ou une conciergerie d'entreprise. L'objectif est ici de « former à gérer pour se protéger » (Lhuilier et Litim, 2009), et de stopper le développement de symptômes avant l'état de maladie.

La prévention tertiaire a pour objectif de traiter et de réhabiliter l'individu : ces interventions ont pour objet de soigner l'individu et de progressivement l'intégrer dans un processus de retour au travail, via une logique de prise en charge et de suivi individualisé. Il s'agit ainsi de réponses d'urgence à des salariés en souffrance. La mise en place d'une assistance psychologique, d'un numéro d'appel d'aide et de soutien, de cellules d'écoute, de consultations spécialisées, de groupes de parole post-traumatiques ou de séances de méditation constituent des solutions de type tertiaire visant à rendre supportable l'insupportable (Lhuillier et Litim, 2009).

Cette typologie présente certains avantages, notamment en termes de distinction de l'objet d'intervention, entre l'organisation et l'individu. Ainsi, les actions de type primaire s'opposent au « despotisme compassionnel » inhérent à la mise en place d'une écoute psychologique et d'accompagnement individualisé des salariés. Ici, c'est le travail qu'il faut soigner, et non l'individu. L'objectif est de donner des ressources à l'organisation, de permettre aux travailleurs de ne pas être à l'étroit dans l'organisation, favoriser la négociation portant sur les critères qualitatifs du travail. La prise en compte des contraintes réelles de l'activité de travail est centrale au niveau primaire : l'analyse de l'activité réelle est un moyen central de compréhension et de transformation. Elle doit permettre de mieux adapter les situations de travail aux travailleurs tout en préservant leur santé et en rendant la production plus efficace. La prévention primaire doit donc permettre de faire porter le débat social sur le travail et son organisation et non sur des questions individuelles, notamment en promouvant le conflit autour du travail (Clot, 2010). L'enjeu est donc de développer une logique de prévention par la « re-conception » de l'organisation et de son rapport au travail.

Comme le souligne le Collège d'expertise (Gollac et Bodier, 2011), le niveau tertiaire relève strictement du soin de l'individu, de l'adaptation de l'individu aux contraintes du travail. Le niveau secondaire semble se situer dans un « entre-deux » entre réparation et prévention, entre soulagement des symptômes et prise en compte des sources du mal-être au travail. Ces « solutions restrictives », ou « amortisseurs psychologiques » (Clot, 2010), témoignent d'une psychologisation croissante des relations de travail, les travailleurs étant ainsi placés « sous perfusion psychique » (*ibid.*, 2010).

Cette typologie, reprise notamment par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), permet de classer les types d'intervention en santé au travail, mais nous semble toutefois limitée : en effet, elle suit le modèle de la médecine préventive, où l'intervention s'opère à chaque étape de l'histoire d'une maladie, visant à ralentir, stopper ou renverser la progression d'un mal. Toutefois, les « nouveaux » risques professionnels, tels que les RPS ou le burnout, sont difficilement assimilables à une maladie classique ou à des risques traditionnels (physiques, chimiques, bactériologiques) : ces nouveaux risques sont situés à l'interface des sphères personnelles et professionnelles, ne présentent pas de relation univoque de cause à effet, empêchant toute généralisation de la logique d'occurrence et l'établissement d'un modèle de compréhension classique (un risque/un effet). Les individus eux-mêmes participent à la fabrication du risque, tendent à réagir différemment à des situations similaires et un même individu peut, à différents moments de sa vie, réagir différemment à des situations similaires. De plus, ces risques sont multifactoriels, peuvent se manifester de manière

différée et/ou être le fruit d'une poly-exposition (Mias, 2010). Il existe également des dénis ou masques du travail (Gollac et Volkoff, 2006).

De plus, outre le fait de ne pas être adaptée aux spécificités des nouveaux risques professionnels, cette typologie opère une hiérarchisation, la prévention primaire devant être privilégiée, au détriment des deux autres. Toutefois, dans certains cas d'urgence, l'intervention individualisée semble incontournable, nécessaire et prioritaire. Cette typologie ne prend également pas suffisamment en compte les dimensions stratégique et politique de l'intervention en santé au travail, intervenir au niveau de l'organisation ou de l'individu n'étant jamais neutre. Une autre typologie pourrait être envisagée, autour non pas de la cible d'intervention, mais de la place accordée à l'activité de travail et/ou au rapport au travail par exemple.

Les espaces de discussion : outil ou solution ?

Le modèle de Karasek a profondément structuré notre manière de penser les questions de santé au travail. De fait, ses trois dimensions ont fourni des axes de travail naturels face aux souffrances observées. Cependant, autant la latitude décisionnelle que la pression psychologique apparaissent comme difficiles à faire évoluer, autant le soutien social semble constituer un levier naturel. C'est ainsi qu'il est rapidement devenu un axe logique des politiques de prévention. Le soutien social est généralement décrit à travers ce à quoi il sert (aider en cas de situation difficile), à travers sa structure relationnelle (les réseaux qui permettent sa réalisation) ou encore la manière dont il est perçu (Ruiller, 2008). Néanmoins l'ensemble de ces éléments ne permet pas de restituer ce que peut être le phénomène collectif dans l'organisation. C'est pourquoi la notion de soutien social est souvent apparue comme insuffisante.

L'idée d'espace de discussion a donc permis d'enrichir la manière de penser le phénomène collectif en tentant de conceptualiser non plus la relation d'aide et ses moyens, mais plutôt ce qui fait collectif au travail. C'est ainsi que différentes conceptions des espaces de discussion ont vu le jour à la suite des réflexions initiales d'Yves Clot et Mathieu Detchessahar (Clot et *al.*, 2000 ; Detchessahar, 2013). Deux visions archétypiques de ces espaces peuvent être distinguées (Abord de Chatillon et Desmarais, 2017) : une vision restrictive qui envisage l'existence de ces espaces comme régulés, articulés, pilotés en internes, centrés sur le travail, informés et mémorisés, et une vision plus extensive qui envisage toute discussion collective comme susceptible de constituer un espace de discussion sur le travail. Ainsi, la question posée par le design de ces espaces repose sur la facilitation et l'organisation de ces lieux de discussion.

En revanche, en ce qui concerne l'efficacité de ces espaces, il convient d'indiquer qu'ils sont *a priori* associés à des niveaux élevés de santé au travail. En effet, les indicateurs de la fatigue physique ou de l'épuisement émotionnel sont significativement plus faibles quand les espaces de discussion existent et qu'ils sont perçus favorablement (*ibid.*, 2017). Les espaces de discussion apparaissent ainsi comme un outil efficace de contribution au développement de la santé au travail. Ils manifestent en effet un dépassement du soutien social au profit des mécanismes de construction des collectifs de travail. Si les espaces de travail sont aussi importants, c'est qu'ils permettent aux acteurs de construire leur activité ensemble. Le débat et le partage qui s'organisent au sein de ces espaces permettent de penser le travail de chacun comme existant avant tout à travers la construction d'un objet collectif

commun. En contribuant à cela, les espaces de discussion produisent non seulement de la coordination et de l'organisation, mais aussi de la relation et du sens. En cela, ces espaces contribuent à la santé au travail.

Gare au mimétisme et au "greatwashing" !

Ce qui étonne le plus quand on observe les pratiques de prévention, c'est avant tout la remarquable homogénéité des pratiques, comme si il n'y avait qu'une manière de faire de la prévention. Chaque démarche de diagnostic, chaque action de prévention est calquée sur ce qu'il est attendu que l'organisation produise : de la parité, de la communication etc. De fait, la prévention des questions de santé au travail est, pour beaucoup, devenue une préoccupation RH comme les autres, un processus de plus à gérer... Et cela possède ses avantages (la question est pleinement intégrée aux préoccupations de la fonction ressources humaines) et ses inconvénients (la question est banalisée). Comme tous les sujets à la mode, la santé au travail suscite des actions qui sont souvent la copie de ce que font les voisins. C'est en passant au tamis de l'action dans le temps que les dispositifs se rationalisent et basculent d'une dimension démonstrative qui permet de communiquer clairement sur le sujet à une dimension plus pragmatique qui privilégie plutôt l'efficacité des dispositifs.

Et pourtant, le spectre des possibilités d'action est très large. Rapidement, les actions de prévention remettent en cause le fonctionnement de l'organisation et posent la question de l'activité et de sa régulation. Traiter alors de la santé au travail revient à se poser la question du comment mieux travailler ensemble. C'est ainsi qu'une analyse des pratiques associées à la Qualité de Vie au Travail au sein d'organisations publiques a permis d'identifier 78 types d'action réalisables (Abord de Chatillon *et al.*, 2019). Progressivement, la promotion de la santé au travail élargit son rayon d'action pour s'emparer de domaines paraissant éloignés *a priori* du champ de la santé au travail, qu'il s'agisse de questions logistiques (comme l'organisation du télétravail), ou de questions associées à la communication (règles d'usage de la communication électronique) ou encore d'éléments touchant à l'évolution organisationnelle (formation de managers au changement). Cet élargissement peut apparaître comme une dilution de la préoccupation en matière de santé au travail, mais il peut aussi être considéré comme un approfondissement, les préventeurs absorbant l'ensemble des problématiques touchant au travail et sa réalisation dans les meilleures conditions.

Au-delà du mimétisme préventif, une nouvelle tendance semble émerger : celle du *greatwashing* (Vuattoux et Chakor, 2019). Comme abordé préalablement, certains concepts positifs tels que la QVT, le bien-être ou le bonheur au travail peuvent faciliter le dialogue social. Toutefois, en y regardant de plus près, les limites et les biais sont nombreux. Tout d'abord la principale évolution est sémantique. Les dispositifs et outils d'identification et de pilotage des risques sont sensiblement restés les mêmes, mais cette approche positive sous-entend qu'il existe des mécanismes de compensation entre mal-être et bien-être, ce qui est loin d'être avéré.

Ainsi, entre les *chief happiness officers*, les baby-foots, les cours de sophrologie ou les coachs de gestion d'emploi du temps, cette « quête du bonheur » pourrait paradoxalement aggraver les

choses ! D'un côté, elle se focalise beaucoup sur l'individu en tant qu'humain (et non en tant que professionnel dans une activité organisée), abandonnant totalement la dimension organisationnelle dans les facteurs explicatifs. Et, de l'autre, elle pousse les salariés à une forme d'injonction au bonheur, car tout a été fait pour les rendre « heureux ». De plus, cette idéologie repose sur une approche standardisée du bonheur, chacun devant éprouver le même plaisir à jouer au baby-foot avec ses collègues. Cela peut paradoxalement avoir pour effet d'ajouter une nouvelle souffrance à la souffrance existante, faisant basculer un peu plus l'origine du problème du côté des salariés. Autrement dit, à partir du moment où l'organisation peut justifier s'être acquittée de sa mission de préservation de la santé mentale des salariés en mettant en place tout le nécessaire pour son bien-être, elle rend celui-ci potentiellement responsable de son propre malheur !

Dans les faits, il semble que l'on assiste pour certaines organisations davantage à un travail de communication et d'affichage marketing qu'à un moyen de mieux prévenir les pathologies de la santé psychosociale des salariés : les entreprises n'ont jamais autant communiqué sur les actions qu'elles entreprennent pour avoir des salariés heureux, et en parallèle l'augmentation inquiétante des arrêts de travail se poursuit. Alors que l'instrumentation de la prévention des RPS est toujours en cours, on peut constater une montée de l'instrumentalisation de la santé psychosociale des salariés, principalement à des fins d'amélioration du volet social et de l'image de l'entreprise. Le *greatwashing* illustre ainsi ce découplage progressif entre réalités internes et affichage externe de la santé au travail par l'entreprise, pour faire notamment référence au *greenwashing* des entreprises orientant leur communication vers un positionnement écologique. Même si les dispositifs mis en place peuvent avoir leur intérêt, ils restent cependant d'un effet très limité, car ils ne s'attaquent qu'aux conséquences du risque, mais pas réellement aux risques et encore moins facteurs de risque plus en amont (Vuattoux et Chakor, 2019).

Conclusion

L'objectif de ce chapitre était donc de montrer comment la santé au travail est progressivement sortie de son invisibilité jusqu'à devenir un objet de gestion à part entière. Historiquement en tension entre approche individualisante et organisationnelle élargie, la santé au travail a connu un tournant décisif à la fin des années 90 avec la mise en lumière des pathologies psychosociales, donnant notamment à voir les limites de nos organisations du travail. Cette montée en puissance s'est accompagnée de nouveaux cadres théoriques visant à appréhender le stress, les RPS, l'épuisement professionnel, le burnout, ainsi que la QVT et le bien-être au travail... De plus, l'action en santé au travail oscille entre prévention et soin, discussion autour de l'activité de travail et formation, mimétisme et *greatwashing*...

C'est ainsi qu'aujourd'hui, les questions de santé au travail apparaissent au cœur de l'activité de gestion des ressources humaines. Et les causes de cette place dans l'agenda des DRH tiennent aussi bien à l'importance de cette question pour les organisations qu'à ses enjeux. Au moment où celles-ci reposent de plus en plus sur les compétences, le talent des salariés, l'intelligence collective et la capacité à innover et à évoluer, les souffrances au travail apparaissent comme la démonstration explicite d'un échec. Ces dernières ne peuvent plus être considérées comme le produit naturel de

l'activité de production, elles sont devenues inacceptables aussi bien pour les salariés que pour la société dans son ensemble. Mais aussi et surtout, les problèmes de santé au travail ressemblent avant tout à la partie émergée d'un iceberg de dysfonctionnements organisationnels, de gaspillage et de performance dégradée.

La prévention des problèmes de santé au travail est donc progressivement sortie de son statut de question technique réservée à des initiés à un statut de problématique centrale de gestion des ressources humaines qui interpelle l'ensemble de l'activité de l'organisation. Désormais, les thèmes de santé au travail s'intègrent progressivement dans les démarches d'évolutions organisationnelles et les réflexions sur le management. C'est en fait un signe de la maturité de cette question. Progressivement, les décideurs de nos organisations intègrent le fait que travailler ces questions, c'est aussi et dans le même mouvement interroger le management et son efficacité, mais aussi l'organisation et sa pertinence stratégique. L'avenir de la prévention apparaît donc, au-delà du basculement observé en direction d'une compréhension salutogénique de la santé au travail, dans une intégration de ces questions aux chantiers permanents de nos organisations, qu'ils visent l'évolution structurelle ou le développement de la performance.

Bibliographie

Abord de Chatillon E. et Desmarais C. (2017), Espaces de discussion, management et épuisement professionnel. @ GRH, (2), 13-36.

Abord de Chatillon E. et Richard D. (2015), Du sens, du lien, de l'activité et du confort (SLAC)- Proposition pour une modélisation des conditions du bien-être au travail par le SLAC. *Revue française de gestion*, 41(249), 53-71.

Abord de Chatillon E., Richard D. et Rossano M. (2019), Dans quelle mesure les pratiques de qualité de vie au travail développent-elles le bien-être au travail ? Une analyse de la situation de cent organisations publiques, communication au 30^{ème} congrès de l'AGRH, Bordeaux, novembre.

Bernard N. (2019), Bien-être au travail et performance de l'entreprise : une analyse par les paradoxes, thèse en sciences de gestion de l'Université Grenoble-Alpes, 18 novembre 2019, 353 p.

Biétry, F., & Creusier, J. (2013). Proposition d'une échelle de mesure positive du bien-être au travail (EPBET). *Revue de gestion des ressources humaines*, (1), 23-41.

Caplan G. (1964), *Principles of preventive psychiatry*, Londres, Basic Books, 1964

Chakor T. (2013), *Les pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail*, Thèse de doctorat en sciences de gestion sous la direction d'Ariel Mendez, Aix-Marseille Université.

Chakor T. (2015), « Généalogie des risques psychosociaux au travail : un phénomène au cœur d'une tension politique », *Économies et Sociétés, Série « Études Critiques en Management »*, KC, n°4, 2/2015, p. 197-225

Chakor T., Abord de Chatillon E., Bachelard O., (2015), « La santé et sécurité au travail au sein des congrès de la communauté AGRH : retour sur 25 ans de travaux et perspectives futures de recherche », @GRH, n°15, 2015/2, p. 127-165

- Clot Y. (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux au travail*, Paris, La Découverte, 2010
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée: une méthode en clinique de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (2-1).
- Cotton, P., & Hart, P. M. (2003). Occupational wellbeing and performance: A review of organisational health research. *Australian Psychologist*, 38(2), 118-127.
- Dagenais-Desmarais, V. (2010). Du bien-être psychologique au travail: Fondements théoriques, conceptualisation et instrumentation du construit.
- Daniels, K. (2000). Measures of five aspects of affective well-being at work. *Human Relations*, 53(2), 275-294.
- Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of management*, 25(3), 357-384.
- Dejours C. (1998), *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Éditions Le Seuil, 1998.
- Dejours C. (2000), *Travail : usure mentale, de la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Bayard, 2000.
- Dejours C. (2007), *Conjurer la violence. Travail, violence et santé*, Paris, Editions Payot, 2007
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86(3), 499.
- Detchessahar M. (2013), Faire face aux risques psycho-sociaux: quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, (1), 57-80.
- Gollac M., Bodier M. (2011), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Avril 2011.
- Gollac M., Volkoff S. (2006), « La santé au travail et ses masques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006/3, 163, pp. 4-17.
- Greenberg J. (1987), « A taxonomy of organizational justice theories », *The academy of management review*, vol. 12, n° 1, pp.9-22
- Hansez I., De Keyser V. (2002), « Du diagnostic des risques psychosociaux à la gestion organisationnelle du stress ». In Neboit M., Vézina M (2002), *Santé au travail et santé psychique* (pp. 189-206) Toulouse, France : Octarès. Collection Travail et Activité Humaine
- Hatzfeld N. (2006), « L'émergence des troubles musculo-squelettiques (1982-1996). Sensibilités de terrain, définitions d'experts et débats scientifiques », *Histoire et Mesure*, vol. XXI, n°1, p. 111-140
- Hirigoyen M.-F. (1998), *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*, Paris, Éditions Syros, 1998

- Hobfoll S.E. (1989), « Conservation of resources », *American Psychologist*, Volume 44, pp.513-524.
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied psychology*, 50(3), 337-421.
- Hordern F. (1991), « Le droit des accidents du travail au XIXème siècle », *Cahiers de l'Institut régional du travail d'Aix-Marseille II*, n°3, p.1-9
- Johnson J. V., Hall E. M. (1988), « Job Strain, Work Place Social Support, and Cardio-vascular Disease : a Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population », *American Journal Public Health*, Volume 78, N°10, pp.1336-1342
- Karasek R. (1979), « Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain : Implications for Job Redesign », *Administrative Science Quarterly*, Volume 24, pp. 285-308
- Karasek R., Theorell T. (1990), *Healthy Work : Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books, 1990, 380p.
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Hogh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian journal of work environment and health*, 31(6), 438-449.
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer Publishing Company, 1984
- Lhuillier D., Litim M. (2009), « Le rapport santé – travail en psychologie du travail », *Mouvements* 2009/2, N°58, p. 85-96
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- Mias A. (2010), *Les risques professionnels. Peut-on soigner le travail ?*, Ellipses Édition Marketing, coll. « La France de demain », Paris
- Moriceau C. (2009), « Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIXème siècle : entre connaissance, déni et prévention », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2009/1, n°56-1, p.11-27
- Moscovici S. (1969), « Préface » in Herzlich C., *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, Éditions Mouton, 1969
- Murphy L.R. (1988), « Workplace interventions for stress reduction and prevention ». In C.L. Cooper and R. Payne (Eds.), *Causes, coping and consequences of stress at work*, New York, John Wiley & Son Ltd, pp. 301-342
- Pines, A., & Aronson, E. (1981). Polyfidelity. *Alternative Lifestyles*, 4(3), 373-392.
- Quick J.C., Murphy L.R., Hurrell J.J., (1992), *Stress and well-being at work: assessments and interventions for occupational mental health*, Washington D.C.: American Psychological Association

Ruiller, C. (2008). *Le soutien social au travail: conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle: l'étude d'un cas hospitalier* (Doctoral dissertation). Rennes.

Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International journal of stress management*, 13(2), 176.

Siegrist J. (1996), « Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, Volume 1, N°1, pp. 27-41

Volkoff S. (2008), « La recherche et l'action en santé au travail. Idées ancrées et nouveaux obstacles », *Revue Française des Affaires sociales*, 2008/2, n°2-3, pp.13-17

Vuattoux J.-C., Chakor T. (2019), « Qualité de vie au travail : bienvenue dans l'ère du greatwashing », *The Conversation*, <https://theconversation.com/qualite-de-vie-au-travail-bienvenue-dans-lere-du-greatwashing-115241>

Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of occupational Psychology*, 63(3), 193-210.

