

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les sujets de la santé au travail sont particulièrement importants dans le contexte de crise économique actuel. Le travail n'est plus aujourd'hui une évidence, il devient incertain et évolue, il est plus abstrait (Lemoine, 2012 ; Louche, 2012) et même précieux. Alors, « les salariés sont si attachés à leur emploi, parfois au point d'accepter des conditions de travail et de rémunération dévalorisantes. L'emploi leur apporte en réalité plus que le salaire. Il leur apporte des droits sociaux, une position dans la hiérarchie des statuts [...] et une identité sociale » (Paugam, 2000, p. 62).

En effet, le travail joue un rôle essentiel dans la construction identitaire et la réalisation de soi (Lancry et Ponnelle, 2004 ; Machado, Ntsame Sima, Desrumaux et De Bosscher, 2013) ainsi que dans le développement et la construction de la santé (Debout *et al.*, 2009 ; Morin et Forest, 2007).

Hélas, le travail est déshumanisé dans certaines organisations (Clot, 2010) qui considèrent comme figé et invariant un nombre important de contraintes pourtant délétères sur la santé des travailleurs. Cependant, les liens entre conditions de travail et la santé psychologique ou mentale sont réels (Bahu, Coutrot, Herbert, Mermilliod et Rouxel, 2010 ; Kovess-Masfety, Boisson, Godot et Sauneron, 2010 ; Lachman, Larose et Pénicaud, 2010). Selon les conditions dans lesquelles il s'exerce, le travail peut être destructeur ou constructeur de santé (Bouffartigue, Pendariès et Bouteiller, 2010). Heureusement, dans la plupart des pays industrialisés, le législateur prévoit que les questions des conditions de travail et de la santé des salariés doivent être prises en compte par l'employeur. Alors, les besoins des entreprises en matière de conseil en santé au travail se sont développés (Roy et Savoie, 2012). Ces besoins se renouvellent au gré des préoccupations de la société et des avancées législatives (Lancestre, 2012). Au cours des dernières années, la diversité des champs à traiter s'est accrue (handicap, pénibilité, égalité homme/femme, risques psychosociaux), si bien que les responsables des ressources humaines se retrou-

vent projetés sur ces sujets de la santé au travail (Daniellou, 2012) sans toujours être compétents pour y intervenir. Ainsi, des experts en santé au travail (Bordelau, 1986) vont proposer leurs services de conseil auprès des entreprises. C'est dans ce contexte d'interrogations scientifiques et de besoins expertise que cet ouvrage s'est étayé autour de trois principaux sujets.

Tout d'abord, dans une première partie, notre intérêt s'est porté sur la santé mentale et la santé psychologique. La santé mentale est définie comme un concept multidimensionnel, incluant l'absence de manifestations négatives et la présence de manifestations positives (Achille, 2003 ; Keyes et Lopez, 2002 ; Westerhof et Keyes, 2010). A l'instar de Labelle, Alain, Bastien, Bouffard, Dubé et Lapierre (2001), Keyes et Lopez (2002) développent une conception de la santé mentale autour de ses aspects positifs et négatifs. Kovess-Masfety *et al.* (2010) précisent trois dimensions de la santé mentale (troubles mentaux, détresse psychologique et santé mentale positive). Westerhof et Keyes (2010) comme Kovess-Masfety *et al.* (2010) se rejoignent pour dire qu'un continuum unique entre les aspects positifs et négatifs de la santé mentale pose des limites. Nous postulons alors que la santé mentale se définit à partir, des troubles mentaux d'une part, de la santé psychologique d'autre part. La santé psychologique est appréciée au regard de deux grandes dimensions, le bien-être psychologique et la détresse psychologique. En référence aux études de Massé, Poulin, Dassa, Lambet, Bélair et Barraglini (1998abc), le bien-être est composé de six dimensions (contrôle de soi et des événements, bonheur, implication sociale, estime de soi, équilibre mental et sociabilité). Dans cet ouvrage, le bien-être retiendra tout particulièrement notre attention. Ce concept trouve souvent son ancrage dans deux conceptions historiques, l'Eudémonisme et l'Hédonisme (Keyes, Shmotkin et Ryff, 2002 ; Ryan et Deci, 2001). Une approche holistique du bien-être, dépassant la dichotomie psychologique/subjectif, émerge finalement dans différentes études. C'est le cas notamment, selon nous, dans celles de Massé *et al.* (1998ac) concernant le bien-être dit psychologique. Plusieurs conceptualisations du bien-être au travail ont été proposées (Gilbert, Dagenais-Desmarais et Savoie, 2011 ; Robert, 2007 ; Siqueira et Padovam, 2008). Cependant, au regard de la rétroactivité permanente entre santé mentale et société, nous ne cloisonnerons pas la santé psychologique et son évaluation à certains domaines spécifiques de la vie.

Ensuite, dans une seconde partie, nous nous sommes intéressés au risque dit « psychosocial » (RPS) qui occupe une place importante en entreprise et correspond désormais à un besoin d'expertise croissant.

Une augmentation importante de pathologies dans le monde du travail, directement liées aux changements organisationnels, est observée depuis plusieurs années (Davezies, 1999, 2005 ; Desrumaux, 2011 ; Vézina, 2008, 2009). Le terme RPS a été largement utilisé pour définir ces réalités. Pourtant, une confusion existe autour des thèmes recouvrant le champ de ce risque (Althaus, Grosjean, Brangier et Aptel, 2013 ; Vallery et Leduc, 2012). Le terme psychosocial est souvent utilisé mais rarement défini (Miossec et Clot, 2011). Douillet (2010) associe le champ psychosocial aux facteurs relationnels mais aussi organisationnels de la vie au travail. Ce sont donc les interactions entre l'individu et son environnement de travail qui sont interrogées. L'enjeu est justement de situer la problématique du RPS dans le cadre de l'organisation du travail (Maranda, Viviers et Deslauriers, 2010 ; Sarnin, Caroly et Douillet, 2011). Le périmètre alors défini dépasse le psychologique et le social pour étendre le risque à un niveau psycho-socio-organisationnel (RPSO) qui nous semble plus adapté et même nécessaire. Adapté parce qu'il intègre clairement une partie prenante de ce risque, l'organisation (Caroly, 2011 ; Lancry, 2009 ; Sarnin *et al.*, 2011 ; Petit *et al.*, 2011). Nécessaire, parce qu'il est important de ne pas personnifier la problématique dont les causes seraient alors individuelles (Clot, 2010 ; Petit *et al.* 2011), ce qui pourrait, selon Sarnin *et al.* (2011), accentuer la culpabilité que ressent le salarié. Une présentation des principaux modèles de tensions au travail est alors proposée. Les modèles de référence sont présentés (Karasek et Theorell, 1990 ; Siegrist, 1996, 2004) prédominants lorsque l'on s'intéresse aux tensions au travail, avant de présenter plus précisément un modèle plus récent, le modèle JD-R (Demerouti et Bakker, 2011 ; Schaufeli et Bakker, 2004) et d'aborder les modèles plus pratiques de l'ANACT (tension-régulation et situations-problème).

Dans une troisième partie, les principales perturbations associées au RPSO sont présentées (stress professionnel, harcèlement moral au travail, épuisement professionnel, addiction au travail). Le stress professionnel est un concept ambigu (Lancry, 2007), il signe surtout un déséquilibre au sein de l'environnement psycho-socio-organisationnel. Le harcèlement moral au travail est caractérisé par une répétition d'agissements hostiles ayant des conséquences sur la santé des victimes. Les causes du processus de harcèlement sont principalement à rechercher dans le contexte socio-organisationnel de l'entreprise (Dejours, 1998 ; Desrumaux, 2011 ; Leymann, 1996 ; Ravisy, 2000). L'épuisement professionnel peut être défini comme une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre à long terme entre les exigences du travail et les ressources (Schaufeli et

Buink, 1996). Trois composantes seront retenues par Maslach et Leiter (2011) pour le spécifier, l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le non-accomplissement personnel au travail. L'addiction au travail est définie comme étant la tendance à travailler excessivement dur d'une manière compulsive en raison de traits personnels (Schaufeli, Taris et Bakker, 2008) mais aussi, selon nous, en raison du contexte organisationnel. Cette précision rejoint Porter (1996) pour qui les comportements addictifs sont appris.

Enfin, la quatrième partie interroge les méthodologies d'interventions sur le sujet non circonscrit qu'est le RPSO. Le recours à une pluralité de recueils d'informations est essentiel (Brun, Biron et St-Hilaire, 2009 ; Chouanière, Langevin, Guibert et Montagnez, 2009 ; Langevin, François, Boin et Riou, 2011 ; Ponnelle, Vaxevanoglou et Garcia, 2012 ; Valléry et Leduc, 2012), ce qui amène le praticien à mobiliser plusieurs méthodes dans l'évaluation des tensions au travail (analyse d'indicateurs, entretiens, analyse de l'activité, questionnaire, etc.). La posture des praticiens, psychologues et/ou ergonomes, dans l'intervention de diagnostic et de prévention de ce risque, sera discutée. À travers eux, nous questionnons le positionnement de la psychologie du travail et de l'ergonomie sur les interventions en santé au travail. Multiparadigmatique, multiméthodologique et multipratique (Brangier, Lancry et Louche, 2004), la psychologie du travail vise à « améliorer les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité des travailleurs, tout en tenant compte des intérêts de l'entreprise » (Mareau et Vanek Dreyfus, 2004, p. 18). Ayant pour objectif de concevoir des situations de travail ou d'objets qui soient compatibles avec les caractéristiques physiques, psychologiques et sociales des individus, avec des critères de santé et d'efficacité économique (Coutarel et Daniellou, 2008 ; Falzon, 2004 ; Petit, Dugué et Coutarel, 2009), l'ergonomie suit des objectifs similaires. Ces deux disciplines, attachées à des cadres conceptuels bien définis, à des méthodologies rigoureuses et scientifiques, doivent être appliquées au sujet du RPSO qui reste paradoxalement, sans conceptualisation claire et sans définition scientifique. La place du praticien sera interrogée au regard des conditions d'exercice de son activité, des exigences auxquelles il doit faire face et de la difficulté à maintenir des interventions dans le respect de l'éthique et de la déontologie. Acteur de la démarche (Althaus *et al.*, 2013 ; Chakor, 2014), le consultant a parfois des difficultés à mener ses missions compte tenu de la prescription de son travail, alors que le conseil « participe davantage d'une logique adaptative et combinatoire plus que d'une logique applicative et prescriptive » (Lancestre, 2012, p. 213).

L'ambition de ce travail est de mieux définir et prévenir le RPSO, surmédiatisé et réduit à des approximations, perçu comme trop complexe pour les entreprises, trop flou et sans fondements théoriques par nombre de scientifiques ; mais dont les réalités ont une incidence forte sur la santé des travailleurs.