

# Vers des organisations et des managers plus soucieux de la santé au travail ?

**Stéphan PEZÉ**

Doctorant DRM-CREPA – UMR CNRS 7088

Université Paris-Dauphine

Place du Maréchal de Lattre de Tassigny

75 775 Paris Cedex 16

[stephanpeze@yahoo.fr](mailto:stephanpeze@yahoo.fr)

+ 33 (0)6 03 63 31 74

## Résumé

Ces dernières années, un faisceau d'évolutions diverses convergent sur la thématique de la santé au travail. Ces questions, dont l'ampleur a été soulignée par diverses enquêtes ou plus dramatiquement par les médias dans l'actualité récente, sont ainsi devenues l'objet d'interventions de plus en plus nombreuses des pouvoirs publics et d'initiatives nouvelles de la part des organisations. Va-t-on développer des organisations plus sensibles à ces questions ? De quelle façon le management va-t-il se saisir de celles-ci ? Allons-nous vers des organisations et des managers plus soucieux de la santé au travail ?

Pour éclaircir ce questionnement, nous proposons dans un premier temps d'ordonner les évolutions récentes autour de quatre axes principaux afin de saisir les grandes logiques qui les sous-tendent (sensibilisation socio-médiatique ; préoccupations de la recherche et de l'enseignement ; déplacements politiques et institutionnels ; évolutions juridiques). Ces évolutions visent à réduire les problèmes de santé et les accidents consécutifs aux conditions de travail contemporaines dans un contexte compétitif globalisé exigeant une grande souplesse et réactivité. Ce faisant, elles se heurtent à un certain nombre « d'obstacles » ou de « freins ». Nous passons en revue ces difficultés, premier ensemble d'éléments de réponse à notre questionnement. Partant du constat que la prise en compte par les organisations des questions de santé au travail est traversée de débats qui remontent à la révolution industrielle, quelques travaux sur l'histoire de la santé au travail nous permettront de prolonger notre réflexion. Nous identifions ainsi plusieurs récurrences traversant les époques et susceptible de mettre en perspective les évolutions récentes (dimension politique, conflictuelle, de la santé au travail ; difficulté d'objectivation et décalage entre ampleur réelle et degré de prise en compte ; décalage entre savoirs et préconisations scientifiques et attitudes des dirigeants et salariés).

En conclusion, nous formulons des recommandations afin de donner vie à l'ambition de mieux intégrer la santé au travail dans les organisations, recommandations articulées autour d'une ouverture de la question de la détermination de l'organisation du travail et de ses évolutions.

Mots clés : santé au travail

Ces dernières années, un faisceau d'évolutions diverses convergent sur la thématique de la santé au travail. Cette thématique concerne les atteintes à la santé liées à l'exercice d'une activité professionnelle et regroupe les maladies professionnelles développées au contact d'agents physiques (bruit, vibrations), chimiques (cancérogènes type amiante), biologiques (contact avec des micro-organismes, pandémie) ou de mouvements forcés et répétitifs (les TMS – troubles musculosquelettiques) mais également la « santé mentale » ou « risques psychosociaux » (stress, harcèlement, violences et addictions).

Ces problèmes n'ont pas disparu du travail contemporain, malgré ce que l'on aurait pu attendre. Ils sont tous considérés comme risques émergents par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2005 ; 2007a ; 2007b ; 2009), c'est-à-dire qu'ils « nouveaux » et « croissants »<sup>1</sup> comme le montrent diverses enquêtes françaises (Cohidon et Murcia, 2007 ; Coutrot et al., 2003 ; DARES, 2004 ; Guignon et al., 2008 ; InVS, 2007). Liée à l'intensification du travail (Gollac, 2005), la santé au travail est ainsi devenue l'objet d'interventions de plus en plus nombreuses des pouvoirs publics et de la société civile.

En parallèle, les organisations ont été questionnées quant à leurs responsabilités suite au scandale de l'amiante. Elles ont également été brutalement confrontées à la question des suicides dans de grandes entreprises françaises suite à leur médiatisation en 2007 et 2009. Cette montée de la souffrance au travail, qui plus est dans un contexte de crise financière, interroge tant les praticiens que les enseignant-chercheurs en gestion sur leur responsabilité et les pistes permettant de changer la situation (Clegg & Starbuck, 2009, Doublet, 2009).

L'enjeu est important tant du point de vue de la santé des salariés que de la compétitivité des organisations. Va-t-on assister au développement d'organisations plus sensibles à la question de la santé au travail ? De quelle façon le management va-t-il se saisir de celle-ci ? Ce sont ces questions que nous explorons ici au travers d'une lecture de la santé au travail qui croise notre actualité et une mise en perspective historique. Nous poursuivons trois objectifs : (1.) comprendre les évolutions récentes en matière de santé au travail, (2.) saisir dans cette évolution la part de continuité historique de la nouveauté et (3.) en déduire des recommandations pour l'avenir. Nous explorerons successivement ces trois thèmes à deux niveaux : sociétal puis organisationnel.

## 1. Les évolutions récentes en matière de santé au travail

Un faisceau d'évolutions récentes concernant la santé au travail traduit la volonté de nombreux acteurs de réduire ces problèmes. Pour tenter d'éclaircir ces évolutions, nous proposons de les caractériser autour de quatre axes principaux prenant corps dans la société française (1.1.). Ce faisant, ces évolutions se heurtent à un certain nombre « d'obstacles » ou de « freins » lorsqu'elles tentent de pénétrer les organisations. Divers auteurs soulignent ainsi la difficulté de réintégrer la santé dans l'organisation du travail (1.2.).

---

<sup>1</sup> Un «risque émergent est « une *risque à la fois nouveau et croissant*. “*Nouveau*” signifie : que ce risque n'existait pas auparavant ou qu'un problème de longue date est désormais considéré comme un risque en raison de nouvelles connaissances scientifiques ou de l'évolution de la perception du public. Un risque est “*croissant*” si : le nombre de dangers entraînant ce risque est croissant, la probabilité d'exposition aux dangers est croissante ou l'impact des dangers sur la santé des travailleurs s'aggrave. » (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2005 ; 2007a ; 2007b ; 2009)

## 1.1. Proposition d'une caractérisation des évolutions récentes de la santé au travail

Sur la base d'un raisonnement inductif, nous avons organisé l'ensemble des évolutions récentes (c'est-à-dire ayant eu lieu depuis le début des années 2000) en quatre axes. Chaque axe permet d'agréger des événements disparates et d'en saisir une logique d'ensemble, traduisant une orientation ou une forme de problématisation particulière prise par les questions de santé au travail (axes résumés dans le tableau 1).

Axes	Exemples d'évènements
<b>Socio-médiatique</b>	<p>Parution d'ouvrages à destination du grand public : Hirigoyen (Malaise dans le travail, harcèlement moral, 2001), Légeron (Le stress au travail, 2001), Askenazy (Les désordres du travail, 2004), Thébaud-Mony (Travailler peut nuire gravement à votre santé, 2007), Pezé (Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés, 2008), Huez (Souffrir au travail, comprendre pour agir, 2008), De Isnard &amp; Zuber (L'open space m'a tué, 2009)</p> <p>Diffusion de documentaires : Carles (Attention travail danger, 2003), Carré (J'ai (très) mal au travail, 2004), Roudil &amp; Bruneau (Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés, 2005), Viallet (La mise à mort du travail, 2009)</p> <p>Nombreux articles dans la presse grand public et spécialisée (des affaires, juridique)</p> <p>Médiatisation de suicides liés au travail (pics autour de 2007 &amp; 2009)</p>
<b>Enseignement &amp; recherche</b>	<p>Travaux d'organismes français (AFSSET ; INRS ; ANACT ; InvS ; INSERM ; DARES) et européens (Observatoire européen sur les conditions de travail ; Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail de Bilbao)</p> <p>Numéros spéciaux de revues de sciences humaines et sociales sur le thème de la santé au travail (Management &amp; Avenir, 2006 ; Actes de la recherche en sciences sociales, 2 numéros en 2006 ; Santé publique, 2008 ; Mouvements, 2008 ; Revue d'histoire moderne et contemporaine, 2008)</p> <p>Colloque de l'INRS sur « Le stress au travail : une réalité » (2007)</p> <p>Rapport Dab sur la formation des futurs managers et ingénieurs en santé au travail (2008)</p>
<b>Institutionnel et politique</b>	<p>Poursuite de l'ouverture des consultations de souffrance au travail</p> <p>Réformes de la médecine du travail, modernisation et développement de l'inspection du travail ; refonte du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels</p> <p>Plan santé – travail 2005-2009</p> <p>Transformation de l'AFSSE en AFSSET (2005)</p> <p>Campagne de prévention des TMS (2008)</p> <p>Rapport sur le stress au travail Nasse &amp; Légeron (2008)</p> <p>Interventions du ministre du travail sur « l'affaire » France Telecom</p> <p>Rapport Stiglitz (2009) et « La santé mentale, l'affaire de tous » (2009)</p> <p>Rapport UMP sur la souffrance au travail (2009)</p>
<b>Juridique</b>	<p>Document unique d'évaluation des risques professionnels (2001)</p> <p>Obligation de sécurité de résultats (Cour de cassation, 2002)</p> <p>Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (introduction de la « santé mentale » et du « harcèlement moral » dans le code du travail)</p> <p>Accord européen sur le stress au travail (2004) et sur le harcèlement et la violence au travail (2007)</p> <p>Entrée en vigueur de REACH (2007)</p> <p>Accord national interprofessionnel sur le stress au travail du 18 juillet 2008</p>

**Tableau 1 : caractérisation des évolutions de la question de la santé au travail depuis 2000**

### 1.1.1. Sensibilisation socio-médiatiques

Les procès des victimes de l'amiante (ou de leurs ayants droit) soulignent le travail de l'opinion sur la question de la santé au travail. Ce mouvement, soutenu par le monde associatif, s'illustre par des formes inédites de mobilisation de la société civile : amiante,

SIDA, sang contaminé (Rosental & Omnès, 2009:8). La sensibilité au mal-être (et au bien-être) s'exprime désormais comme une préoccupation à part entière du corps social, notamment vis-à-vis des organisations et de leur responsabilité sociale.

Ce travail de l'opinion et des associations s'est notamment effectué via la parution de plusieurs ouvrages et de la réalisation de documentaires destinés à sensibiliser l'opinion sur la question de la santé au travail, notamment sous le prisme de la souffrance ou du mal-être au travail (voir tableau 1). La médiatisation en 2007 et 2009 de suicide au travail dans de grandes entreprises françaises fait partie de cette sensibilité accrue pour la santé, notamment le mal-être subjectif ressenti par les salariés. Toutefois, la « santé mentale » a tendance à occuper toute la place malgré le scandale de l'amiante ou l'augmentation annuelle de cas de maladies professionnelles, notamment des TMS. Cette sensibilité accrue de l'opinion va nourrir (et être nourrie en retour) les préoccupations et travaux et pratiques des enseignants-chercheurs.

### 1.1.2. Préoccupations de l'enseignement et de la recherche

Au niveau européen, les travaux sur les questions de santé au travail se sont fortement développés, notamment sous l'égide de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail de Bilbao (voir notamment les travaux sur les risques émergents, 2005 ; 2007a ; 2007b ; 2009) et d'Eurofound (notamment de l'European Working Conditions Observatory – EWCO). Ces agences collaborent avec les organisations nationales qui ont également développé les études et programmes de recherches, ou encore les guides à destination des praticiens (Brun, 2005 ; Chouanière et al., 2008 ; Sahler et al., 2007), comme l'Institut national de recherche en sécurité (INRS) – dont les orientations stratégiques 2009-2014 portent massivement sur les diverses facettes de la santé au travail (INRS, 2008) et qui est à l'origine du premier colloque français sur le stress au travail (INRS, 2007c) – ou l'Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT). Rien de surprenant au demeurant puisque ces organismes sont spécialisés sur les questions de santé, sécurité et conditions de travail. Leur activité s'est toutefois fortement orientée autour de thèmes propres à la santé au travail, une des dimensions de leur expertise.

Au-delà de ces organismes spécialisés et, en écho aux préoccupations de l'opinion, plusieurs disciplines scientifiques se sont saisies de ces questions : la gestion (Abord de Chatillon & Bachelard, 2006b) mais aussi la santé publique ou encore l'histoire (Rosental & Omnès, 2009). Des colloques spécifiques ont ainsi eu lieu (Abord de Chatillon & Bachelard, 2006a). En parallèle, le gouvernement a missionné en 2008 le professeur William Dab, titulaire de la chaire Hygiène et Sécurité du CNAM, afin de réfléchir à l'amélioration de l'enseignement et de la formation sur ces thèmes (pouvant concerner potentiellement 5 millions de diplômés des grandes écoles d'ingénieurs, de commerce et des universités).

Les chercheurs et les enseignants trouvent donc un nouvel objet de recherche et de savoir dont l'importance est désormais reconnue. Cette sensibilisation accrue de l'opinion et de la communauté académique est concomitante d'une évolution politique et institutionnelle.

### 1.1.3. Déplacements institutionnels et politiques

L'ensemble des évolutions précédentes traduit une reproblématisation des questions de santé au travail, plus présente dans les esprits, plus riche de détails et de complexité, mieux appréhendée et mesurée. Cette reproblématisation s'appuie notamment sur une volonté politique plus précise, traduite dans des modifications institutionnelles, à tel point qu'il est

légitime de se demander si, aujourd'hui, la question de la santé au travail ne s'est pas déplacée pour partie dans la sphère de la santé publique.

La volonté politique est notamment visible au travers des interventions du ministre du travail auprès de la direction de France Télécom lors de la médiatisation des suicides connus par l'entreprise. Ces interventions attestent de la nouvelle sensibilité de l'Etat, sensibilité pour la question plus générale du bien-être comme le soulignent plusieurs rapports commandés sur le sujet (par exemple, Nasse & Légeron sur le stress au travail, 2008 ; Stiglitz sur un indicateur de bien-être, 2009).

Cette sensibilité politique s'incarne dans des évolutions institutionnelles, à commencer par la réforme de divers organes publics (médecine du travail, inspection du travail, AFSSET, etc. voir tableau 1) ou encore dans la définition de plans Santé-Travail (2005-2009 puis 2010-2014). Il est notable que le lancement du second plan Santé-Travail (2010-2014) dit « PST 2 » ait ainsi pour objectif la coordination de l'action publique afin de diminuer les expositions aux risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles et de développer une politique de prévention active des risques professionnels, comme les risques cancérogènes, les TMS et les risques psychosociaux.

Ces dimensions institutionnelles et politiques ne sont pas sans trouver d'incarnation dans le droit, qu'il s'agisse d'un mouvement de fond dessinant la responsabilité de l'employeur à l'égard de la santé au travail ou de l'inscription dans les textes de dispositions spécifiques, relatives par exemple aux risques psychosociaux.

#### 1.1.4. Evolutions juridiques

Depuis les années 1980, ce sont les décisions communautaires de l'Union Européenne qui ont le plus influencé les textes français en matière de santé au travail. Suite à la transcription le 31 décembre 1991 d'une directive européenne de 1989<sup>2</sup>, l'employeur est tenu d'assurer la santé et la sécurité de ses salariés selon une obligation de sécurité de résultat (Guillemy, 2006) même si la conscience de cette obligation a tardé à s'imposer dans les esprits (Sargos, 2006). Cette obligation, formulée par la chambre sociale de la Cour de cassation lors des arrêts dits « amiante » de 2002<sup>3</sup>, implique qu'il faille à l'employeur non seulement respecter les textes juridiques en vigueur mais que ce respect est insuffisant pour garantir la santé des salariés. Il s'agit désormais pour le juge « d'assurer l'effectivité du droit dans une perspective de prévention » (Sargos, 2006) et pour l'employeur de s'assurer, notamment par la mise en place d'une évaluation des risques et d'un programme de prévention, qu'aucune atteinte à la santé physique et mentale n'affecte ses salariés.

La responsabilité de l'employeur d'assurer la santé et la sécurité des salariés est ainsi l'affirmation de base du cadre juridique français en la matière (Code du travail, art. L. 4121-1) et a été récemment rappelé par la jurisprudence que si l'employeur décide seul de l'organisation du travail : « *il lui est interdit, dans l'exercice de son pouvoir de direction, de prendre des mesures qui auraient pour objet ou pour effet de compromettre la santé et la sécurité des salariés* »<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 ; Directive-cadre européenne 89/391 du 12 juin 1989.

<sup>3</sup> Notamment Cass. soc., 28 févr. 2002, n° 99-18.389, Sté Eternit industries c/ Delcourt-Marousez et a. ; Cass. soc., 28 févr. 2002, n° 00-10.051, CPAM de Grenoble c/ Sté Ascométal et a. ; etc.

<sup>4</sup> Cass. soc., 5 mars 2008, n° 06-45.888, Sté Snecma c/ Synd. CGT Snecma Gennevilliers

Toutefois, la stratégie communautaire en matière de santé au travail est devenue moins ambitieuse au cours des années 2000 (Vogel, 2009) comme le montrent notamment les atténuations dont a fait preuve la réglementation REACH. Plusieurs thèmes ont ainsi été traités non pas par le biais de directives mais par un droit dit « soft », conventionnel, reposant sur des accords entre les partenaires sociaux européens. C'est le cas notamment du stress au travail et de la violence au travail et du harcèlement. En application de ces accords européens, un accord national interprofessionnel sur le stress au travail a ainsi été signé par les partenaires sociaux français en juillet 2008 puis il a été étendu par arrêté<sup>5</sup>. Il donne le cadre général de la prévention du stress (bien que les dispositifs juridiques existants, sans s'adresser explicitement au stress, impliquaient déjà sa prévention puisqu'il s'agit d'assurer la santé mentale des salariés au sens large, Guillemy, 2007).

L'ensemble de ces évolutions dessine pour l'employeur une responsabilité civile et pénale plus sensible. Ces évolutions, couplées à une judiciarisation qu'illustrent les procès de l'amiante (Rosental, 2008) rappellent à l'employeur qu'il doit s'assurer non seulement d'une connaissance exhaustive des risques liés à ses activités mais également de l'effectivité des mesures qu'il met en place pour les prévenir.

\*  
\*   \*   \*

Incidations juridiques et judiciaires, sensibilisation de l'opinion et des enseignants-chercheurs, développement de politiques et d'institutions dédiées, les problèmes de santé au travail ont non seulement fait l'objet d'une attention intensifiée mais également d'interventions destinées à mieux les prendre en compte et à les réduire. Ces évolutions interrogent les pratiques des organisations, pratiques dont la modification en vue de limiter leur influence sur la santé au travail rencontre diverse difficultés.

## **1.2. Les difficultés de changement des pratiques organisationnelles**

Les questions de santé au travail semblent encore majoritairement périphériques pour les managers et les dirigeants fortement investis dans la conduite d'une organisation dans un contexte concurrentiel globalisé tout en devant satisfaire les objectifs assignés, notamment financiers. Plusieurs auteurs ont souligné cette absence ou manque de prise en compte des questions de santé au travail et ont recherché des explications à ce phénomène. Tout d'abord, cette insuffisance pourrait s'expliquer par un défaut de mobilisation des organisations syndicales et des dirigeants politiques français (Askenazy, 2004). Ce constat mériterait d'être tempéré au vu des actions plus volontaristes de ces trois dernières années même si l'efficacité des modifications institutionnelles devra être évaluée dans la durée. Toutefois, ces réformes, portant sur l'inspection du travail ou sur la médecine du travail, semblent d'avantage relever d'une logique d'ajustement ou de remise à niveau que d'une politique ambitieuse ; elles sont souvent mises en œuvre suite à aux conclusions de rapports peu élogieux (Cour des comptes, OIT, etc.) à l'image d'une médecine du travail dont la garantie d'indépendance et les moyens d'intervenir au-delà du strict avis d'aptitude (par exemple pour réaliser des études sur le lieu de travail) sont débattues depuis plus d'un demi-siècle (Buzzi et al., 2006).

Du strict point de vue d'un rapport coût-bénéfice, les estimations des coûts engendrés par les accidents du travail et des maladies professionnelles sont élevés et limitent la performance des

---

<sup>5</sup> *Accord National Interprofessionnel sur le Stress au Travail du 2 juillet 2008 ; Arrêté du 23 avril 2009 (JO, 6 mai)*

organisations (par exemple, selon la CNAMTS, le coût direct des seuls accidents du travail correspondait à 48 millions de journées de travail perdues pour l'année 2004). Pourtant, la complexité du système de tarification français et l'absence d'indicateurs permettant d'évaluer le coût réel d'un accident font qu'il n'y a que peu d'incitation financière à développer des pratiques de prévention (Abord de Chatillon & Bachelard, 2005).

Un premier élément pouvant expliquer la préoccupation secondaire des organisations pour la santé au travail serait ainsi les faiblesses des incitations et dispositions institutionnelles. Toutefois, à cette faiblesse des incitations s'ajoutent des analyses sur la volonté d'agir des acteurs. Ainsi, les équipes dirigeantes sont suspectées d'être dans le déni des questions de santé au travail (Gollac et al., 2006), ou encore de mise à distance des problèmes comme ces DRH d'entreprises de plus de 250 salariés qui, lors d'un baromètre sur le bien-être au travail, sont 70% à déclarer que les suicides au travail peuvent toucher toutes les entreprises puis seulement 34% à déclarer que leur entreprise peut elle-même être concernée (Malakoff-Mederic, 2008). Ces positions proviennent en partie de la peur d'être remis en question en tant que dirigeant ou manager (Picard, 2006).

Au-delà de ces phénomènes de déni ou de mise à distance, les questions de santé au travail souffriraient d'une difficulté d'objectivation, malgré l'obligation pour l'employeur de procéder à une évaluation des risques professionnels de son organisation<sup>6</sup> (Abord de Chatillon, 2004 ; Gollac et Volkoff, 2006). L'INRS a ainsi proposé des indicateurs pour aider les praticiens dans leur démarche d'évaluation des risques (INRS, 2007a ; 2007b). Cette difficulté d'objectivation est amplifiée du fait que les questions de santé au travail se sont développées de façon inégale, avec une recrudescence des préoccupations autour de la santé mentale tandis que les risques de cancers professionnels font l'objet d'une publicité et d'incitations moins intenses (2 370 000 salariés français sont pourtant exposés dans leur travail à une ou plusieurs substances cancérigènes selon la DARES, 2005).

Enfin, quand bien même le tableau des risques professionnels apparaît clairement au sein d'une organisation, les stratégies de prévention traditionnelles perdent de leur efficacité face aux nouveaux modèles productifs : flux-tendu, pratiques de sous-traitance, etc. (Vogel, 2009). Lorsque des actions de prévention existent, celles-ci sont ainsi questionnées quant à leur efficacité. Il ne s'agit pas de mettre en œuvre un système de management de la santé-sécurité pour que celui-ci soit efficace. Tout dépend des conditions de sa mise en œuvre comme l'aménagement de débats internes autour de la perception des risques et de leur évaluation, du pilotage du système de management et de son intégration dans les processus et politiques métiers ou encore du degré de sensibilisation de l'encadrement à la gestion de la santé-sécurité (Drais, 2005 ; Drais et al., 2008).

Ce constat est le même pour les démarches de gestion du stress, peu mises en œuvre – en Belgique, seule une entreprise sur six met en place une telle démarche, sachant qu'une seule démarche sur deux est suivie d'action et que ces dernières ne sont évaluées que dans un cas sur quatre (Hansez et al., 2009) – et débouchent encore trop souvent sur des actions jugées peu efficaces dans la littérature (Brun et al., 2007 ; Cooper & Cartwright, 1994 ; Hansez et al., 2009 ; Harvey et al., 2006 ; Picard, 2006).

Le traitement périphérique des questions de santé au travail ne peut toutefois pas être réduit à une difficulté d'objectivation qui rendrait difficile leur prise en compte et expliquerait l'attitude de déni et de mise à distance des équipes dirigeantes. « *Les questions de santé au*

---

<sup>6</sup> *Evaluation des risques reportée dans un Document Unique, Code du travail, article R. 4121-1*

*travail posent de façon très directe des questions de pouvoir. Elles remettent en cause l'organisation du travail, les choix stratégiques dans l'organisation de la production.»* (Vogel, 2009:110). Il est important de considérer la dimension politique de la santé au travail. Il est en effet difficile de combiner harmonieusement la santé au travail – et les limitations qu'elle suppose en application de principes de précaution ou de règles de prévention – et celle du pilotage stratégique de l'organisation dans un environnement économique qui prône la liberté d'entreprendre. Les jeux d'acteurs.

\*  
\*   \*

La logique préventive serait-elle d'avantage un concept qu'une réalité ? Les évolutions récentes en matière de santé au travail sauront-elles inverser la tendance ? Avant d'apporter un éclairage sur cette question, il semble utile de faire un détour par l'histoire pour éclairer le destin possible de ces évolutions face aux difficultés de changement des pratiques organisationnelles.

## **2. Tentative de mise en perspective des évolutions récentes en matière de santé au travail**

La prise en compte par les organisations des questions de santé au travail semble traversée de débats qui remontent à la révolution industrielle. Les travaux sur l'histoire de la médecine du travail (Buzzi et al., 2006), sur l'histoire des logiques de l'hygiène et de la sécurité (Boisselier, 2008 ; Rosental, 2008), de leur évolution juridique (Lerouge, 2005 ; Seillan, 2009) ou encore des acteurs de la prévention entre le XVIII<sup>e</sup> et le XX<sup>e</sup> siècle (Jorland, 2005 ; Moriceau, 2009) permettent d'éclairer quelques questions actuelles à la lumière des réformes passées et de leurs effets. N'étant pas historien, j'espère qu'on me pardonnera certaines approximations dans la présentation de ces « *réurrences structurales* » (Rosental, 2008:21) qui permettent d'illustrer le présent et d'envisager l'avenir. Nous allons procéder en deux temps : restituer des constantes propres aux dynamiques sociales de la santé au travail (2.1.) avant de nous intéresser à une dimension plus micro, d'ordre organisationnelle (2.2.).

### **2.1. Autour des dynamiques sociales de la reconnaissance des problèmes de santé au travail**

Plusieurs auteurs et collectifs (notamment : Debout et al., 2009 ; Fondation Copernic, 2009 ; Thébaud-Mony, 2007) partent du constat que les problématiques de santé au travail n'ont pas une visibilité politique à la hauteur des enjeux que ces problématiques soulèvent. Selon eux : « *le lien, pourtant consubstantiel, entre santé et travail constitue pour l'essentiel un point aveugle des organisations politiques comme des nouveaux mouvements sociaux.* » (Debout et al., 2009:7). Au-delà de l'engagement politique de ces chercheurs, la question de la visibilité de la santé au travail et des dynamiques sociales à l'origine de cette mise en visibilité – ou invisibilité – est d'intérêt pour comprendre les évolutions actuelles.

#### **2.1.1. La fausse piste récurrente de la fatalité**

L'invisibilité des questions de santé au travail peut tenir en premier lieu à leur naturalisation. Si la souffrance est liée au travail, comme le soulignent de nombreux commentateurs en

rappelant l'origine étymologique de « travail » ou encore les paroles bibliques<sup>7</sup>, il convient d'écarter l'hypothèse d'une fatalité des accidents du travail ou des maladies professionnelles. En effet, un des principaux obstacles à l'amélioration des conditions de travail est de considérer que les problèmes de santé au travail sont inévitables et/ou relevant d'une fatalité et non qu'ils découlent des actions ou omissions d'acteurs précis (Roussel, 2009).

Ce fatalisme dans la souffrance inhérente au travail humain et dans la présence de maladies dans toute activité quelle qu'elle soit n'est pas une posture neuve. Elle était celle, par exemple, de certains médecins hygiénistes dès le XIX<sup>ème</sup> siècle. « *Ces hygiénistes-là expriment une certaine normalisation ou banalisation du risque et de la souffrance, données inséparables de l'activité industrielle.* » (Moriceau, 2009:18) Loin d'avoir disparue, encore présente sous la forme d'une banalisation des risques (Gollac et al., 2006), cette proposition a pourtant été réfutée par l'ensemble des sciences du travail qui se sont intéressées aux conséquences de celui-ci sur l'homme. Elle est également réfutée par le cadre juridique français depuis au moins la loi de 1898 sur l'indemnisation automatique des victimes d'accidents du travail (Boisselier, 2008).

Il est donc difficile aujourd'hui de continuer à se réfugier dans le fatalisme face aux troubles divers occasionnés par l'exercice d'une activité professionnelle. Toutefois, à l'inverse, reconnaître le rôle du travail dans une maladie ou un trouble de santé n'est ni simple ni garantie de reconnaissance et de prise en charge.

#### 2.1.2. Des maladies découvertes aux maladies négociées

Au travers d'une tentative d'identification des « *réurrences structurelles* » concernant la reconnaissance des risques professionnels, Rosental évoque le « *caractère perpétuellement négocié des problèmes de santé au travail et de leur résolution* » (2008:21). Il soulève un point essentiel pour comprendre la question de la santé au travail : la représentation que nous nous faisons des maladies ou accidents du travail, des problèmes de santé au travail, est fortement dépendante d'une dynamique sociale historiquement située.

Il ne s'agit donc pas de simplement mesurer l'ampleur des problèmes de santé au travail pour transformer les organisations car la connaissance scientifique, objectivée, du problème n'est pas seule en jeu. Malgré les nombreuses études réalisées par différents organismes publics (Cohidon et Murcia, 2007 ; Coutrot et al., 2003 ; DARES, 2004 ; Guignon et al., 2008 ; InVS, 2007), force est de constater « *la difficulté savante mais aussi institutionnelle et politique à prendre "la mesure du mal"* » notamment du fait de la « *la rhétorique dénégatrice des employeurs à l'encontre, au bout du compte, de la notion même de maladie professionnelle* » (Rosental & Omnès, 2009:11). Il faut donc appréhender le contexte plus général ou dynamique sociale dans laquelle la santé au travail s'inscrit.

L'histoire propose plusieurs exemples de ces dynamiques dont l'amiante et la silicose sont emblématiques<sup>8</sup>. Suite à l'histoire de la silicose aux Etats-Unis au XX<sup>ème</sup> siècle, Markowitz et Rosner peuvent affirmer que « *La conscience – populaire et professionnelle – de la maladie n'est pas nécessairement due aux avancées médicales ou à des changements épidémiologiques. Elle est plutôt modelée par les forces sociales, politiques et économiques*

<sup>7</sup> « *le sol sera maudit à cause de toi. C'est à force de peine que tu en tireras ta nourriture tous les jours de ta vie [...] C'est à la sueur de ton visage que tu mangera du pain, jusqu'à ce que tu retourne dans la terre* » La Genèse, 3, 17-19

<sup>8</sup> Plusieurs travaux illustratifs sont présentée dans le numéro spécial de la Revue d'histoire moderne et contemporaine, No 2009/01, Vol 56.

*tout autant que par les innovations scientifiques et techniques.* » (Markowitz & Rosner, 1994:4, cités par Thébaud-Mony, 2007:52).

La dynamique sociale permettant d'établir la visibilité des questions de santé au travail dépend donc de plusieurs facteurs : rapports de forces entre partenaires sociaux et degré d'intervention de l'Etat, déni des dirigeants mais aussi déni des salariés qui participent involontairement à l'invisibilisation de la pénibilité du travail (du fait notamment de leur culture de métier, l'identité virile par exemple), préjugés des chercheurs, instruments de mesure peu adaptés à ces problématiques, etc. (Gollac & Volkoff, 2006). Ce débat est complexe mais deux constantes émergent dans l'histoire : (1) d'ordre médical et (2) d'ordre sociologique, technique et économique.

Ainsi, il est plus aisé de reconnaître un problème de santé au travail s'il existe un lien direct entre un facteur pathogène et une série de symptômes spécifiques. Les risques émergents multifactoriels sont ainsi plus difficilement détectables et plus sujets au renvoi à une explication d'ordre individuelle plutôt que professionnelle.

De plus, les difficultés de reconnaissance sont plus grandes lorsque le produit en cause (produit chimique par exemple) est peu ou pas substituable et engage des enjeux financiers importants ou encore lorsque le système mis en place en matière de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles est peu contraignant et faiblement incitatif (Rosental, 2008). Le système français est à cet égard qualifié de peu incitatif comparé à d'autres, notamment outre-atlantiques (Abord de Chatillon & Bachelard, 2005 ; Askenazy, 2004). Toutefois, nous avons soulevé une évolution de celui-ci, une tendance à la mobilisation du corps social et à la judiciarisation qui est traditionnellement mentionné au sujet du système de reconnaissance des problèmes de santé au travail aux Etats Unis et qui, dans le cas français, est incontestablement une innovation (Rosental, 2008).

Les problèmes de santé n'ont donc pas systématiquement une importance proportionnelle à leur ampleur et il ne suffit pas de les rendre visible pour en faire des objets de préoccupation publique et politique. Leur reconnaissance dépend donc d'une dynamique sociale complexe intégrant les particularités des problèmes de santé considérés, le système institutionnel public de prise en charge des victimes d'accidents et de maladies liés au travail, l'état des connaissances médicales, les dispositifs méthodologiques employé pour « rendre visible le mal » et les stratégies des acteurs en présence.

Cette reconnaissance au travers d'une dynamique sociale complexe n'est d'ailleurs pas propre à la santé au travail. La naissance d'une épidémie en matière de santé publique repose ainsi sur la transformation de la vision du monde d'une partie des professionnels de la santé, donc sur la mobilisation d'objets intellectuels, d'outils pratiques et d'acteurs divers, « *toutes choses qu'il avait été impossible jusqu'alors de déduire de la seule lecture de la littérature médicale internationale pourtant disponible* » (Fassin, 2008:45 au sujet du saturnisme infantile).

La dynamique sociale de reconnaissance des problèmes de santé au travail est ainsi marquée historiquement par un décalage entre l'ampleur réelle des ces problèmes et leur degré de prise en compte effectif. Toutefois, ce décalage n'est pas le simple fait de l'interaction aveugle de divers facteurs. La santé au travail a une dimension politique qui se traduit également dans des jeux d'influence qui visent à modeler, tout du moins partiellement, les dynamiques sociales.

### 2.1.3. Jeux d'acteurs entre responsabilité collective et individuelle

Il existe de « vieux » rapports de force entre les syndicats et le patronat datant au moins de l'irruption des ouvriers dans les questions du travail à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, dans un contexte plus général de création d'un droit du travail (Seillan, 2009). Ce mouvement dépasse les frontières puisqu'il existait déjà à l'époque des associations internationales de soutien des travailleurs pour faire pression sur les Etats et les entreprises. L'Union Européenne ne serait d'ailleurs qu'une nouvelle version de ces organisations internationales (Rosental, 2008).

Les termes du débat entre patrons et ouvriers sont identiques depuis les années 1920. Pour les ouvriers « *toute maladie contractée dans le cadre de l'activité professionnelle est une maladie du travail* » (Rosental, 2008:25). Les syndicats sont engagés dans une lutte collective et le soutien aux salariés plutôt qu'au recours aux tribunaux comme le montrent les luttes ouvrières de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle pour la reconnaissance des maladies professionnelles et la sensibilisation de l'opinion publique, malgré une forte résistance du patronat qui rend le développement du cadre juridique français très laborieux (Buzzi et al., 2006). Notons que divers mouvements collectifs, associatifs et non plus exclusivement syndicaux, aussi bien français qu'internationaux, continuent à défendre cette conception. Malgré cet engagement, les syndicats français, préoccupés par la question de l'emploi, ont parfois eu une attitude ambiguë vis-à-vis de la santé au travail. Les revendications d'une prime de risque ou le relatif abandon des revendications concernant la santé face à la crainte de licenciements ont ainsi fragilisé leurs positions sur ces questions<sup>9</sup>.

Pour le patronat, c'est l'attitude inverse qui prévaut : « *ses experts tendent à nier l'origine professionnelle des maladies, au nom d'une espèce de bénéfice du doute objectivé par un raisonnement probabiliste : nul ne peut affirmer avec certitude que les régularités statistiques observées entre exposition à un produit et déclenchement d'une affection suffisent à établir un lien causal systématique lorsque l'on descend à l'échelle de la personne* » (Rosental, 2008:25). La stratégie employée est ainsi de dégager la responsabilité de l'employeur en la faisant reposer sur les salariés, stratégie adossée au savoir médical de l'époque et renvoyant aux prédispositions personnelles ou encore à une origine liée aux comportements nocifs des salariés comme la consommation d'alcool (Buzzi et al., 2006), stratégie où il s'agit de blâmer la victime. Il n'est pas question ici de nier les facteurs individuels mais d'éviter de trop les mettre en avant afin de ne pas occulter la part du travail (et les responsabilités associées) dans les problèmes de santé au travail. Ces stratégies sont d'autant plus efficaces qu'il n'existe pas de produits de substitution dans les industries concernées (Buzzi et al., 2006). Nous pouvons en trouver un exemple très récent dans le cadre cognitif véhiculé via les médias par les entreprises touchées par un suicide au travail (Pezé, 2009).

Au milieu de ces débats, nous retrouvons l'Etat et les initiatives réglementaires, pris entre deux feux, se contentant le plus souvent d'enregistrer l'état des rapports de force entre partenaires sociaux. Aujourd'hui, ces initiatives et ces hésitations se reproduisent au niveau de l'Union Européenne, en proie notamment à une pression au dumping social (car une réglementation du travail allégée est un avantage compétitif pour les pays entrants) et au lobbying visant à limiter le contrôle des règles et leur mise en commun car cela va à l'encontre de l'autorégulation par le marché (Vogel, 2009).

<sup>9</sup> Un exemple révélateur de la « disparition » des exigences relatives à la santé au travail face aux augmentations de salaire et promesses de réintégration de l'ensemble des ouvriers grévistes (autour de l'amiante) est présenté par Thébaud-Mony (2007:154-165)

Ces jeux d'acteurs illustrent une tension dans la volonté de trouver la juste adéquation entre les individus et la société, tension par ailleurs relevée comme étant majeure concernant la santé au travail (Abord de Chatillon & Bachelard, 2006). Ces jeux soulignent également combien les dynamiques sociales sont loin d'être aveugles même si elles ne se réduisent pas à ces derniers.

\*  
\*   \*

La mise en évidence des dynamiques sociales propres aux problèmes de santé au travail permet d'éclairer les évolutions actuelles en matière de santé au travail. Avant de revenir sur ces implications, nous souhaitons étendre ce regard historique à des problématiques plus spécifiquement organisationnelles.

## 2.2. A l'intérieur des organisations. Eclairages de l'hygiène industrielle au XIX<sup>ème</sup> siècle

Dans la continuité des travaux fondateurs de Ramazzini, les médecins hygiénistes ont développé au XIX<sup>ème</sup> siècle une discipline médicale, l'hygiène industrielle, attentive aux maladies développées par les ouvriers qu'elles soient liées à des molécules (par exemple molécules minérales respirées par les ouvriers) ou à l'excès ou le défaut d'exercice de certaines parties du corps (Jorland, 2005). Toutefois, les conditions de développement de ce savoir médical et scientifique sur les risques du travail et les maladies ou l'usure associées n'a pas immédiatement permis de développer des pratiques plus saines de travail, malgré les préconisations des hygiénistes. « *L'histoire du déploiement de l'hygiène industrielle à partir des années 1860 peut ainsi se lire comme le récit d'un malentendu persistant sur la perception des risques liés à l'exercice d'un métier.* » (Moriceau, 2009:12). Nous allons dégager deux éléments majeurs permettant d'éclairer les difficultés d'intégration des préconisations des hygiénistes dans l'univers du travail.

### 2.2.1. Décalage et incompréhension entre connaissances scientifiques et professionnelles

Moriceau (2009), analysant l'émergence de l'hygiène industrielle dans la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle, relève quatre décalages : (1) décalage entre la connaissance scientifique sur le risque professionnel progressivement construite par les hygiénistes, et les niveaux d'instruction et de conscience sanitaire de la population laborieuse ; (2) décalage entre les discours d'alerte des uns et le ressenti quotidien des autres ; (3) décalage entre la logique de prévention des hygiénistes et celles, économique, professionnelle, technique, qui commandent les comportements ouvriers et patronaux ; (4) décalage enfin dans la chronologie des prises de conscience et des apprentissages, plus ou moins rapides selon les professions et les types d'industrie.

L'auteur pointe ainsi le silence voire le déni, tant des ouvriers (ignorance et fierté) que des patrons (plus vraisemblablement déni de mauvaise foi), sur les risques et souffrances liées au travail (déjà relevé par Poincaré en 1886). L'incompréhension, par les hygiénistes, des raisons d'agir de l'ouvrier (leurs logiques de métiers, leurs stratégies de défense collective contre la peur) les amènent à proposer des mesures de prévention ou de précaution qui « gênent » le travail et ne s'intègrent pas aux exigences du travail industriel (Moriceau, 2009).

Ces analyses rejoignent les conclusions de travaux actuels en ergonomie ou en psychodynamique du travail. Elles soulignent que la connaissance scientifique relative à la santé au travail – qu'elle soit directement enseignée ou portée par un expert comme le médecin du travail – n'est pas intrinsèquement suffisante pour faire évoluer les représentations des acteurs, quelle que soit l'époque. Les préconisations des hygiénistes, quelles que soient leur pertinence et leur nécessité, ne peuvent modifier le travail que si elles cherchent à s'y intégrer. Cela suppose de les « traduire » en tenant compte des conditions d'exercice du travail réel des salariés et des exigences plus globales d'ordre économique ou technique des organisations qui ne vont pas sans s'opposer parfois directement aux règles de prudence.

### 2.2.2. Les tensions entre la santé des employés et le pôle « techniques disponibles et compétitivité »

Comme le souligne Vogel (2009:110), les questions de santé au travail ont une dimension politique en ce qu'elles interrogent et remettent en cause l'organisation du travail et les choix stratégiques réalisés. Cette dimension politique semble aussi ancienne que le travail lui-même. Ainsi, les tensions entre la logique préventive (principe de précaution – par exemple ne pas utiliser de substances susceptibles d'entraîner des troubles) et la logique de la liberté de l'industrie (ne proscrire que les substances dont la nocivité est prouvée) est actée au XIX<sup>ème</sup> siècle (Moriceau, 2009).

Cette dimension politique est suffisamment forte pour être intériorisée par les médecins eux-même. Selon Jorland (2005), les médecins hygiénistes s'inscrivent ainsi dans un cadre de pensée malthusien. Ils ne souhaitent pas pénaliser l'industrie et veulent accroître le bien-être général. L'intérêt des hygiénistes pour les maladies professionnelles n'apparaît ainsi que lorsqu'ils en sont contraints. Ils interviennent ainsi lorsque les ouvriers se mobilisent massivement (par exemple contre la nécrose des os de la mâchoire liée à l'emploi du phosphore dans les fabriques d'allumettes) et qu'un produit de substitution existe.

Cet exemple n'a pas pour but de tracer une continuité entre médecins hygiénistes du XIX<sup>ème</sup> siècle et médecins du travail actuels dont la profession, en perpétuelles réformes, peine par ailleurs à trouver un équilibre et une garantie d'indépendance (Buzzi et al., 2006). Elle vise simplement à rappeler le caractère politique des questions de santé au travail et les tensions entre objectifs de préservation de la santé des salariés et objectifs productifs (ou encore tensions entre l'économique et le social, Abord de Chatillon & Bachelard, 2006b), tensions difficilement réductibles à une question de manque de formation, de connaissances ou de sensibilisation des acteurs de l'entreprise.

\*  
\*   \*   \*

La mise en évidence de récurrences structurelles – dimension politique, conflictuelle, de la santé au travail ; difficulté d'objectivation et décalage entre ampleur réelle et degré de prise en compte ; décalage entre savoirs et préconisations scientifiques et attitudes des dirigeants et salariés – permet d'interroger la pertinence des incitations juridiques et institutionnelles récentes.

## 3. Pistes pour l'avenir

Quelles est l'influence possible des évolutions actuelles sur les organisations et le management de demain ? Comment va s'opérer la prise en compte de la santé au travail ? Au regard des continuités historiques dégagées ci-dessus, nous pouvons poser plusieurs hypothèses et recommandations afin d'aider l'ambition à se réaliser.

Les évolutions récentes en terme de sensibilisation accrue de l'opinion publique ou de modification du comportement des victimes (judiciarisation) ont incontestablement une influence sur les organisations. La « peur » du suicide et du traitement médiatique associé incite à tenir compte d'une dimension de la santé au travail, les risques psychosociaux. L'action du gouvernement invitant les entreprises de plus de 1 000 salariés à ouvrir des négociations sur le stress au travail donne un moyen de réfléchir à ces risques psychosociaux de façon collective et concertée. Les travaux des chercheurs et les offres des consultants, de plus en plus nombreuses à mesure que la demande augmente, permettent de s'appuyer en parallèle sur des outils et des méthodes.

Des pratiques vont ainsi se développer dans les organisations même si la santé au travail n'est pas embrassée dans son ensemble (les facteurs de risque chimiques, biologiques ou physiques et les TMS ne bénéficient pas de la même reconnaissance).

Toutefois, ces pratiques seront-elles efficaces ? A la lumière des éléments historiques dégagés ci-dessus, il n'est pas suffisant d'appliquer les conseils des experts ou les « best practices » tels quels sans poser la question du décalage entre d'un côté les savoirs mobilisés et les préconisations qui en découlent et, de l'autre, des contraintes propres au travail et des attitudes des dirigeants et salariés. Plus que jamais, le souci du travail réel et de la prise en compte de l'expérience des salariés se trouve au cœur de l'effectivité des pratiques. Cela peut passer, mais pas exclusivement, par une réévaluation du rôle des représentants du personnel au CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail).

De plus, ces préconisations seront liées à des diagnostics qui, nous l'avons vu, reposent sur une objectivation de la nature et de l'ampleur des problèmes de santé au travail. Or, la question de l'objectivation dépend d'une part de l'éventail des problèmes de santé au travail sur lesquels il existe une reconnaissance sociale (en l'occurrence ici les risques psychosociaux), excluant d'autres facteurs de risques et, d'autre part, de la manière de regarder ces problèmes, des outils et connaissances scientifiques mobilisées à cet effet, qui n'excluent pas le maintien de certains éléments dans le domaine de l'invisible, y compris et surtout lorsqu'il s'agit d'identifier des risques multifactoriels. Il faudrait ainsi réaliser une évaluation des risques visant l'exhaustivité et, dans le même temps, mettre en œuvre des outils d'évaluation des risques permettant d'objectiver non seulement les groupes de salariés exposés aux risques mais également les facteurs organisationnels et managériaux potentiellement en cause. Cela suppose de sortir du déni et d'une logique visant à incriminer la responsabilité du salarié dans les troubles qu'il développe. Cela invite également à de nouvelles pratiques, par exemple l'inscription d'objectifs et d'indicateurs santé/sécurité & environnement dans les réflexions concernant le pilotage des organisations.

Enfin, cette efficacité dépendra surtout du degré de couplage des pratiques avec la question de l'organisation du travail. La dimension politique de la santé au travail et les jeux d'acteurs associés apparaissent ainsi au cœur des évolutions à venir. Les évolutions juridiques et institutionnelles sauront-elles contrebalancer la faiblesse structurelle de la santé au travail et peser sur cette dimension politique ? Compte tenu de la fraîcheur des réformes engagées et de leur caractère portant plus sur l'adaptation que sur une politique ambitieuse, tout dépendra

« des rapports de force entre partenaires concernés et de la capacité à mobiliser des fractions actives de la société civile » (Rosental, 2008:38)

Les questions de santé au travail s'adressent ainsi à un défi notable : faire face à la question de la démocratie au travail et du contrôle des conditions de travail (Vogel, 2009). De nombreuses incertitudes pèsent ainsi sur l'évolution future mais, sans la prise en compte de ces quelques conditions de possibilité, l'avenir risque de prolonger les diagnostics actuels sur le maintien d'une invisibilité des questions de santé au travail et leur traitement orienté sous la forme d'une prescription comportementale amenant l'individu à gérer sa santé (Clot, 2009), voie bien moins efficace que celle qui consiste à interroger l'organisation du travail.

#### **4. Conclusion**

Malgré les évolutions récentes en matières de santé au travail, le chantier de l'amélioration de la santé au travail est vaste, non clos, et nécessitera une bonne dose de volontarisme des équipes dirigeantes.

Au-delà de cette question particulière de la santé au travail, il est probable que nous assistions aux balbutiements d'un nouveau mouvement de balancier des organisations vers l'« Humain » en réponse aux pratiques organisationnelles et managériales développées ces 20 dernières années (*reengineering, downsizing, outsourcing, etc.*). Ce mouvement, plus centré sur l'individu et sa souffrance, serait ainsi une sorte de solution normative aux inconvénients (perte de loyauté, perte de capital intellectuel, turnover, conflits éthiques, problèmes de santé au travail, etc.) des réorganisations visant à débureaucratiser les organisations et à les flexibiliser sur le modèle du marché (Kunda & Ailon-Souday, 2005).

Pour accompagner ce mouvement et lui permettre de réaliser ses ambitions, il semble nécessaire d'ouvrir le domaine de l'organisation du travail à une plus grande participation des salariés. Cette ouverture peut notamment être soutenue par les enseignants-chercheurs en gestion, assumant un rôle à la fois « critique, lucide et porteur d'espoir », pour un « monde meilleur, c'est-à-dire une démocratie qui saura conjuguer l'autonomie individuelle et collective et le bien commun. » (Chanlat, 1998:100).

## Bibliographie

- Abord de Châtillon E., (2004), « Management de la santé un travail : un problème de mesure ? », 15<sup>e</sup> conférence AGRH, 2-4 septembre.
- Abord de Châtillon E. et Bachelard O., (2005), « Je pollue, tu payes : un usage bien particulier du principe « pollueur payeur » dans le champ de la SST », 16<sup>e</sup> conférence AGRH, 15-16 septembre.
- Abord de Châtillon E. et Bachelard O., (2006a), *Management de la santé et de la sécurité au travail, Un champ de recherche à défricher*, Ouvrage collectif, L'Harmattan.
- Abord de Châtillon E. et Bachelard O., (2006b), « Introduction générale au cahier spécial santé, sécurité au travail », *Revue Management et Avenir*, No 2006/2, Vol 8, p. 121-127.
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, (2005), « Prévisions des experts sur les risques physiques émergents liés à la sécurité et à la santé au travail », *FACTS*, No 60, 2 pages.
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, (2007a), « Prévisions des experts sur les risques biologiques émergents liés à la sécurité et à la santé au travail », *FACTS*, No 68, 2 pages.
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, (2007b), « Prévisions des experts sur les risques psychosociaux émergents liés à la sécurité et à la santé au travail », *FACTS*, No 74, 2 pages.
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, (2008), « Les avantages pour l'entreprise d'une bonne sécurité et d'une bonne santé au travail », *FACTS*, No 77, 2 pages.
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, (2009), « Prévisions des experts sur les risques chimiques émergents liés à la sécurité et à la santé au travail », *FACTS*, No 84, 2 pages.
- Boisselier, J., (2008). *Naissance et évolution de l'idée de prévention des risques professionnels*, 2<sup>nd</sup> édition, INRS
- Brun, C., (2005), « Risques psychosociaux. Guide pour une démarche de prévention pluridisciplinaire », *ARACT Aquitaine*, 23 pages.
- Brun, JP., Biron, C., & Ivers, H. (2007), « Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail », *Etudes et recherches*, Montréal, IRSST, 65 pages.
- Brun, J-P., Biron, C., & St Hilaire, F., (2009), « Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail », Montréal, IRSST, 68 pages.
- Buzzi, S., Devinck, J.C., Rosental, P.A. (2006), *La santé au travail. 1880-2006*, La Découverte, Paris
- Chanlat, J.-F., (1998), *Sciences sociales et management. Plaidoyer pour une anthropologie générale*, Les Presses de l'Université Laval.
- Chouanière, D., Langevin, V., Guibert, A., & Montagnez, A. 2008. "Stress au travail. Les étapes d'une démarche de prévention". ED 6011: 36, INRS.
- Clegg, R.S., Starbuck, W.H. (2009), « Unplugged: Can we still fix M@n@gement? The narrow path towards a brighter future in organizing practices », *M@n@gement*, No 12, Vol 5, p. 332-359.
- Clot, Y. (2009), « Vers un nouvel hygiénisme ? » *Problèmes politiques et sociaux*, No 965, p. 104-109.
- Cohidon, C., Murcia, M., (2007). « Samotrace – Volet "Épidémiologie en entreprise" – Résultats intermédiaires à un an (3 000 questionnaires) – Régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes », Institut de Veille Sanitaire (InVS), 4 p.
- Cooper, C. L., & Cartwright, S., (1994), « Healthy mind, healthy organization: A proactive approach to occupational stress », *Human Relations*, No 47, Vol 4, p. 455-471.

- Coutrot, T., Flourey, M.C., Guignon, N., Hamon-Cholet, S., Waltisperger, D., Arnaudo, B., Magaud-Camus, I., Sandret, N., (2006). « L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003 », *Données sociales – La Société française*, INSEE, pp. 385-393
- DARES (2004), « L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête Sumer 2003 », *Premières Synthèses*, n° 52-1, décembre.
- DARES (2005), « Les expositions aux produits cancérigènes », *Premières Synthèses*, n° 28-1, juillet.
- Debout, F., Faure, S., Flipo, F., Gernet, I., Le Lay, S., Lusson, J., & Vincent, J., (2009), « La santé à l'épreuve du travail », *Mouvements*, No 2009/2, Vol 58, p. 7-12.
- Doublet, J.M., (2009), « France Télécom ou comment s'en débarrasser », *Revue française de gestion*, No 197/2009, p. 7-8.
- Drais, E., (2005), « La mise en place des systèmes de management de la santé-sécurité : une question de gestion de projet », *Hygiène et sécurité du travail*, No 198, p. 47-53.
- Drais, E., Favaro, M., Aubertin, G., (2008), « Les systèmes de management de la santé-sécurité en entreprise : Caractéristiques et conditions de mise en œuvre », *Notes scientifiques et techniques*, INRS NS 275, 52 pages.
- Fassin, D., (2008), *Faire de la santé publique* (2nd ed.), EHESP.
- Fondation Copernic, (2009), *Travailler tue en toute impunité...*, Paris, Syllepse
- Gollac, M., (2005), « L'intensité du travail. Formes et effets », *Revue économique*, Vol. 56, No 2, p. 195-216.
- Gollac, M., Volkoff, S., (2006), « La santé au travail et ses masques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, No 163, p. 4-17.
- Gollac, M., Castel, M.J., Jabot ; F., Presseq, P., (2006), « Du déni à la banalisation. Note de recherche : Sur la souffrance mentale au Travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, No 163, p. 39-45.
- Guillemy, N., (2006). « La nouvelle approche réglementaire pose le principe d'une obligation générale de sécurité », *Réalité prévention (INRS)*, No 12.
- Guillemy, N., (2007). « Prévenir le stress en entreprise, une prescription réglementaire », in *Stress au travail, une réalité : quelle prévention, quels acteurs et quels outils*, NS 270, Recueil des résumés du colloque organisé par l'INRS à Nancy, 1er et 2 février, 23-26.
- Guignon, N., Niedhammer, I., Sandret, N., (2008). « Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », *Premières informations, premières synthèses*, DARES, No 22.1, mai, 8 p.
- Hansez, I., Bertrand, F., & Barbier, M., (2009), « Evaluation des pratiques de diagnostic de stress au sein d'entreprises Belges : facteurs déterminants et facteurs bloquants », *Le Travail Humain*, No 72, Vol 2, p. 127-153.
- Harvey, S., Courcy, F., Petit, A., Hudon, J., Teed, M., Loïselle, O., & Morin, A., (2006), « Interventions organisationnelles et santé psychologique au travail : Une synthèse des approches au niveau international », *Etudes et Recherches*, Montréal, IRSST, 57 p.
- INRS, (2007a), « Management de la santé et de la sécurité au travail. Construire vos indicateurs pour atteindre vos objectifs », INRS ED 6013, 12 pages.
- INRS, (2007b), « Management de la santé et de la sécurité au travail. Optimisez votre gestion par des objectifs et des indicateurs pertinents », INRS ED 6014, 6 pages.
- INRS, (2007c), « Le stress au travail, une réalité : quelle prévention, quels acteurs et quels outils », *Recueil des résumés du colloque organisé par l'INRS à Nancy*, NS 270, 89 p.
- INRS, (2008), *Cadrage stratégique 2009-2014*, ED 4189, 21 p.
- INRS, (2009), « Les systèmes de management de la santé et de la sécurité au travail », dossier web, Mise à jour du 23/01/2009, <http://www.inrs.fr>

- InVS, (2007), Rapport annuel 2007, Donnée issue des premiers résultats du programme national Samotrace ("Santé mentale observatoire travail Rhône-Alpes Centre"), outil de surveillance épidémiologique des risques professionnels de l'InVS, p. 17-20.
- Jorland, G., (2005), « L'hygiène professionnelle en France au XIXe siècle », *Le Mouvement Social*, No 4, Vol 213, p. 71-90.
- Kunda, G., & Ailon-Souday, G., (2005), « Managers, Markets and Ideologies. Desing and Devotion Revisited ». In S. Ackroyd, R. Batt, P. Thompson, & P. S. Tolbert (Dir.), *The Oxford Handbook of Work and Organization*, Oxford University Press, p. 200-219.
- Lerouge, L., (2005). « La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail », LGDJ, Coll. Bibliothèque de droit social, t. 40, 427 pages
- Malakoff-Mederic, « Baromètre : Le bien être psychologique au travail », septembre 2008.
- Moriceau, C., (2009), « Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIXe siècle : entre connaissance, déni et prévention », *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, No 2009/01, Vol 56, p. 11-27.
- Pezé, S., (2009), « Penser l'impensable. Cadrage cognitif des suicides liés au travail et pratiques des organisations », XVIIIème Conférence de l'AIMS, Grenoble (France), 2-6 juin.
- Picard D., (2006), « Difficultés de la prévention des pathologies psychosociales liées au travail », *Revue Management et Avenir*, No 2006/2, Vol 8, p. 199-217.
- Rosental, P.-A., (2008), « La notion de "risques professionnels". Système actuel et exemples », In J.-M. Mur (Ed.), *L'émergence des risques*, Paris: INRS, p. 19-41.
- Rosental, P.-A., & Omnès, C., (2009), « L'histoire des maladies professionnelles, au fondement des politiques de "santé au travail" ». *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, No 2009/01, Vol 56, p. 5-11.
- Roussel, V. 2009. "Contribution". In Fondation Copernic, *Travailler tue en toute impunité...* 95-106. Paris: Syllepse.
- Sahler, B., Berthet, M., Douillet, P., Mary-Cheray, I., (2007), *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail*, Editions de l'ANACT, 268 p.
- Sargos, P. (2006). « Le souci du juge est d'assurer l'effectivité du droit dans une perspective de prévention », *Réalité prévention (INRS)*, No 12.
- Seillan, H., (2009), « De la fatalité à la prévention. Hygiène, sécurité et santé au travail. Plus d'un siècle d'évolution », Conférence organisée par le Groupe Régional d'Ile de France du Comité d'Histoire de l'Administration du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, 14 octobre.
- Thébaud-Mony, A., (2007), *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, La Découverte.
- Vogel, L., (2009), « Enjeux et incertitudes de la politique européenne en santé au travail ». *Mouvements*, No 2009/2, Vol 58, p. 104-116.