

Guiol, Patrick, Mr , Acad, Political Science, France : *Les formes de pouvoir dans l'entreprise et la santé des salariés* [B4]

Patrick Guiol, Patrick.guiol@univ-rennes1.fr, Chargé de recherche CNRS, CRAPE UMR 6051

INTRODUCTION

S'il est un rapport qui relie intimement l'individu à son environnement social c'est bien celui de sa santé. Cette dernière a toujours témoigné du niveau de développement d'une société, tant du point de vue de sa technologie que de ses rapports sociaux. Ne se limitant pas à relativiser le rôle exclusif de l'intervention médicale, la prise en compte de ce rapport porte attention à la dimension collective plutôt qu'individuelle dans l'explication de phénomènes sanitaires.

Ainsi, les professionnels de la médecine se sont-ils légitimement interrogés - c'est un classique de la santé publique - sur le fait historique de savoir qui de la découverte de la pénicilline ou de l'électricité (avec les progrès de l'hygiène et des standards de vie) a le plus contribué à l'amélioration du niveau sanitaire des populations. Où placer le curseur de l'explication...? Telle demeure l'éternelle question ; mais tel est, aussi, le premier pas en santé environnementale. Cette problématique qui relève de l'évolution d'une médecine curative vers une médecine de prévention est aujourd'hui encouragée, tant en France que dans les pays occidentaux, en raison des difficultés rencontrées par les systèmes de protection sociale. La question de la santé au travail représente dans ce contexte un enjeu majeur en termes de politiques de santé publique. Que ce soit à l'époque de Germinale ou à l'heure de la globalisation, la santé des salariés demeure, en effet, une relation privilégiée aux modes d'exploitation même si elle a évolué, bien évidemment, dans ses formes.

Dans l'entreprise, la sollicitude portée aux mesures de sécurité matérielle, de confort ou d'hygiène, n'épuisent pas le sujet. Le climat social et la reconnaissance plus ou moins déficiente éprouvée par les salariés constituent des déterminants psycho-sociaux de la santé au travail. On sait désormais, grâce aux nombreuses études sur le stress, et notamment aux apports de Karasek et Desjours, que le climat relationnel dans l'entreprise, le degré d'autonomie et la reconnaissance envers le salarié ou, au contraire, sa déficience constituent des déterminants psycho-sociaux de la santé au travail.

Si l'ensemble de ces travaux, et tous ceux qui ont permis, ces dernières décennies, de voir émerger dans le cadre hexagonal une multitude de rapports, études, enquêtes sur l'état de santé au travail des salariés, montrent une dégradation tendancielle des conditions de travail qui se décline de manière très diversifiée en fonction du secteur, du statut socioprofessionnelle de la personne ou de son sexe, ils restent assez silencieux sur une variable qui nous paraît d'une grande importance, à savoir : les politiques de gestion de l'entreprise et la nature de la direction du personnel. En effet, la question de la participation des salariés à la gestion de l'entreprise peut être une excellente variable de modulation des effets des conditions de travail. L'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail en admet désormais le principe. Parmi les conditions déterminant le risque de stress au travail, a-t-elle récemment écrit, « *la participation insuffisante à la prise de décision et le manque de contrôle sur le travail font également partie du contexte et peuvent être considérés comme un problème d'organisation plus général* ». On sait que nombre de facteurs psycho-sociaux comme les conflits de rôles, l'ambiguïté ou l'imprécision de la définition des responsabilités au sein de l'organisation, les relations interpersonnelles délétères, l'isolement social ou physique et les mauvais rapports avec les supérieurs, sont autant de causes de stress au travail. Or, ces caractéristiques appartiennent au contexte du travail et non au contenu du travail. Considérer le mode de gestion du personnel comme un facteur révélateur des disparités de santé s'avère, en conséquence, fondé.

Les formes de pouvoir ne sont pas indifférentes ; les plus ouvertes d'entre elles renvoient aux règles de fonctionnement démocratique pour développer des activités marchandes. Elles rejoignent en cela les caractéristiques inhérentes à l'économie sociale qui propose un modèle de l'homme au travail respectueux de ces principes tout en étant animé par une éthique de l'impact social.

Comme on va le voir, ici, à partir des principaux résultats de notre récente enquête,¹ les modes de direction des ressources humaines - c'est à dire les formes de pouvoir – ne sont effectivement pas sans impact en ce domaine. Réalisée auprès de deux populations stratégiques pour témoigner avec autorité d'un tel impact, l'étude inclut une vérification statistique objective. Elle a été menée auprès d'un panel de médecins généralistes et de médecins du travail, mais les données livrées par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie en matière d'accidents, de maladies professionnelles et d'arrêts, nous ont permis de mesurer l'impact effectif des types opposés de management. Cette analyse a porté sur un double échantillon de plus d'une centaine d'entreprises

¹ . Guiol (Patrick) et Munoz (Jorge), *Management des entreprises et santé des salariés*, rapport pour le ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies, CRAPE, CNRS, Rennes, avril 2006, 323 pages.

(environ 35000 salariés) distinguées en deux groupes (par couples similaires en tailles et branches d'activité) selon la forme de pouvoir : *participatives* et *autoritaires*.

Cette méthode comparative par « cas témoins » avait pour objectif de mesurer les impacts réciproques. Elle nous a mis en mesure de conclure que le mode relationnel intervient effectivement sur l'état de santé des salariés selon des degrés qui, au demeurant, peuvent être éminemment variables selon les branches d'activité. Il s'avère que la présence de pratiques participatives et l'ouverture de la direction au dialogue social génère un climat qui n'est pas sans effet sur la santé des travailleurs, selon des degrés qui, au demeurant, peuvent être éminemment variables par branches d'activité. Notre projet visait à montrer qu'il est possible d'aborder à partir d'une problématique collective les questions de dépression, de détresse psychologique, d'épuisement professionnel et de consommation accrue de médicaments à visée psycho-active résultant d'une réaction au contexte relationnel dans lequel s'exerce l'activité professionnelle des salariés. Nous l'avons conduite en nous positionnant par rapport à la dimension manageriale et à la politique de ressources humaines de l'entreprise. Si le critère de la gouvernance effective a été retenu de préférence au statut juridique de l'entreprise, il va sans dire qu'au titre des entreprises sélectionnées dans la catégorie des « participatives » figurent des scoop. L'économie sociale et solidaire est donc, ici, placée au avant-poste pour faire valoir ses valeurs quant aux défis d'avenir de la protection sociale. Si des interrogations demeurent, les enjeux vraisemblablement minimes à l'échelle microéconomique de l'entreprise peuvent atteindre une importance tout autre, notamment en terme de charge budgétaire, à l'échelle nationale.

Dans le cadre de cette communication, on se bornera à présenter, après l'évocation des grandes lignes de la démarche méthodologique (choix de la population, construction de l'échantillon d'entreprise et limites de notre démarche), quelques uns des résultats les plus significatifs. En priorité, ceux relatifs aux témoignages des médecins du travail.

I.- Problématique de l'enquête : méthode des « cas témoins »

La recherche pose plusieurs problèmes d'ordre méthodologique dont certains sont classiques dans les démarches d'enquête sanitaire. Partant d'une hypothèse forte qui propose une problématique visant à détecter l'existence d'éventuelles corrélations entre « l'ambiance au travail » (terme générique) que les modes de gestion sont susceptibles de générer et le « coût santé » global dans les entreprises concernées qui en résulterait, on s'est attaché à l'étude de deux cas d'espèce : Dans un premier cas de figure l'admission des salariés ou leur exclusion à toute forme de contribution à la marche de l'entreprise, c'est-à-dire à la distinction entre présence ou absence d'un mode plus ou moins coopératif ou participatif et codécisionnaire de management, au profit d'un mode traditionnel, volontiers autoritaire, de gestion des ressources humaines. Cas où prévaudra donc, l'étude de la dimension « gestionnaire » de la participation des salariés.² La gestion du personnel peut façonner ou encadrer certains comportements qui ne se limitent pas à la sphère du travail. Ainsi, avions-nous mis en lumière lors d'une précédente enquête de science politique,³ l'existence d'un « effet participation » dans la détermination des opinions et des comportements (sociaux, culturels, syndicaux, politiques, etc.) des salariés *dans* et *hors* l'entreprise en fonction de leur environnement social au travail, c'est-à-dire en l'espèce du mode participatif ou, au contraire, traditionnel et autoritaire de la direction. Les incidences extra-économiques de ces techniques de « management participatif » étaient d'autant plus intéressantes à observer qu'elles ne sont ni prévues ni recherchées par leurs auteurs dont l'objectif est tourné exclusivement vers l'accroissement de la productivité. La question qui se pose ici n'est donc plus celle de l'existence de cet effet mais celle de son incidence en matière de santé⁴. Cet « effet de bord » - ou « secondaire » - agit-il également sur la santé ? Des présomptions existent déjà

² Cette idée a été déjà développée dans d'autres domaines tels que la consommation où il existe une relation entre les modes de consommation et le mode de gestion d'entreprise. Autrement dit, à des modes de stratégies d'entreprise différentes correspondrait des façons de consommer différentes. Cf. Odile Benoit-Guilbot et Marie Moscovici, In *Le sociologue et son terrain. Trente recherches exemplaires*, (S/dir. H. Mendras et M. Oberti), « Consommation moderne, gestion du budget et perspective d'avenir », 2000, pp. 242-250.

³ Op. cit. *Management des entreprises et comportements socio-politiques*, rapport final pour le MRÉS - N° : MRT / 88 VO654. Juin 1994. (S/dir. Patrick Guiol, autres membres de l'équipe : Jacques Le Goff, professeur à l'université de Bretagne Occidentale, Philippe Portier professeur à l'université de Rennes 1, et Marylène Bercegeay, Ingénieur d'études au CNRS).

Un résumé en a été publié dans le n°46 de *Panoramiques*, P. Guiol, « L'effet participation : Aliénation ou émancipation ? », in *La démocratie dans l'entreprise : une utopie ?* édition Corlet, mai 2000, p. 70-78.

⁴ Cet effet a été déjà souligné en termes de prévention des accidents du travail. Un management davantage participatif permet une réelle baisse du taux de fréquence. Cf. Marcel Simard et Alain Marchand, 1995, « L'adaptation des superviseurs à la gestion participative de la prévention des accidents », *Relations industrielles*, Vol. 50, N°3, pp. 567-587.

sous forme d'effets pervers, notamment l'accroissement de stress repérés dans les situations où une responsabilisation excessive pèse sur un salarié, généralement un cadre moyen. Mais, d'avantage qu'à ce genre de situations individuelles extrêmes nous nous attacherons, ici, aux distinctions globales de management où, à l'inverse, nous disposons d'indications de nature différente grâce à la thèse d'un chercheur britannique effectuée en Italie du Nord,⁵ lequel explicite les incidences bénéfiques d'un environnement « égalitaire » imputable à un fort tissu coopératif. Plus récemment, les travaux réalisés par Lorenz montrent clairement une différence flagrante entre les modes de management et surtout de participation des salariés⁶.

Le protocole d'enquêtes - en trois temps – qui a été adopté nous a permis de croiser sources et indicateurs. D'abord, une confrontation à l'expérience des professionnels par un relevé du vécu de 234 médecins généralistes et d'un panel de médecins du travail correspondant à 92 entreprises ; ensuite, le cœur de l'étude, une méthode comparative qui oppose sur la base d'une variable isolée (le type de management), deux échantillons d'entreprises suffisamment contrastés sur ce seul point mais, par ailleurs, similaires (méthode des « cas témoins » dont l'usage est courant en études sanitaires). L'élaboration des échantillons a été réalisée grâce à l'aide de professionnels du terrain, essentiellement avec le concours de l'inspection du travail et des centrales syndicales grâce à l'application d'un questionnaire d'identification des entreprises en 25 questions fermées sur critères objectifs et 12 questions fermées sur critères subjectifs (analyse réputationnelle) plus une question ouverte. Cette dernière, de réponse libre, permettait au délégué de préciser son avis pour savoir si la direction de l'entreprise accorde une place assez large aux techniques de motivation du personnel en privilégiant la concertation et l'intéressement ou si, au contraire, elle s'appuie sur une conception autoritaire de la hiérarchie. 242 entreprises à management contrasté ont, ainsi, été pré-sélectionnées par leur intermédiaire à partir desquelles l'équipe de recherche en a retenue 128 équilibrées par tailles et branches. Ce second temps « comparatif » a également mobilisé des médecins du travail sélectionnés pour leur exercice dans les dites entreprises. Leur consultation, partie essentielle de l'étude a, ensuite, donné lieu à une vérification objective des avis émis car, bien que considérés comme suffisamment « autorisés » ces témoignages ne demeurent pas moins dans les limites d'un sondage d'opinion. L'exploitation statistique de données santé de diverses natures mises à disposition par la CRAM sur la base des mêmes échantillons est venue confirmer leur expérience professionnelle. Enfin, troisième et dernier temps, une vérification supplémentaire par la démarche inversée, c'est-à-dire par la comparaison d'échantillons établis, cette fois, sur la base de la variable santé à partir de constats opposés - branche d'activité par branche d'activité - pour lesquels il s'agira de repérer les facteurs explicatifs et de vérifier si parmi les plus prégnants d'entre-eux se distingue le type de management.

Cette stratégie méthodologique – que l'on peut qualifier de « combinatoire » - a donc consisté à réunir sur un même outil un ensemble de techniques d'enquête permettant, étape par étape, une progression en pertinence dans la construction des indicateurs.

II.- Des médecins du travail unanimes sur l'impact du climat social

Ces médecins du travail, ont été interrogés sur la vision qu'ils pouvaient avoir des modes de gestion, d'une part, et de leur degré de « nocivité » pour la santé des salariés, d'autre part. Pour ce faire, un questionnaire d'enquête a permis de mesurer cet impact auprès d'eux.

1) Contraste des gestions des ressources humaines et graduation des niveaux psychopathogéniques : l'affirmation d'une différence

Quelle classification « psychopathogénique » attribuent-ils aux modes de gestion opposés retenus, celui dit autoritaire, d'une part, et celui dit participatif, d'autre part ? Avant de leur poser cette question, on a toutefois pris la précaution de leur demander s'ils avaient constaté au cours de leur carrière professionnelle des différences flagrantes dans les gestions du personnel. La réponse est sans ambiguïté : à 98,8 %, soit à la quasi unanimité, ces professionnels de la santé en entreprise ont répondu avoir été confrontés à des univers contrastés, voire opposés, dans la manière de gérer les hommes au sein de l'entreprise. Leur expérience du terrain les a donc

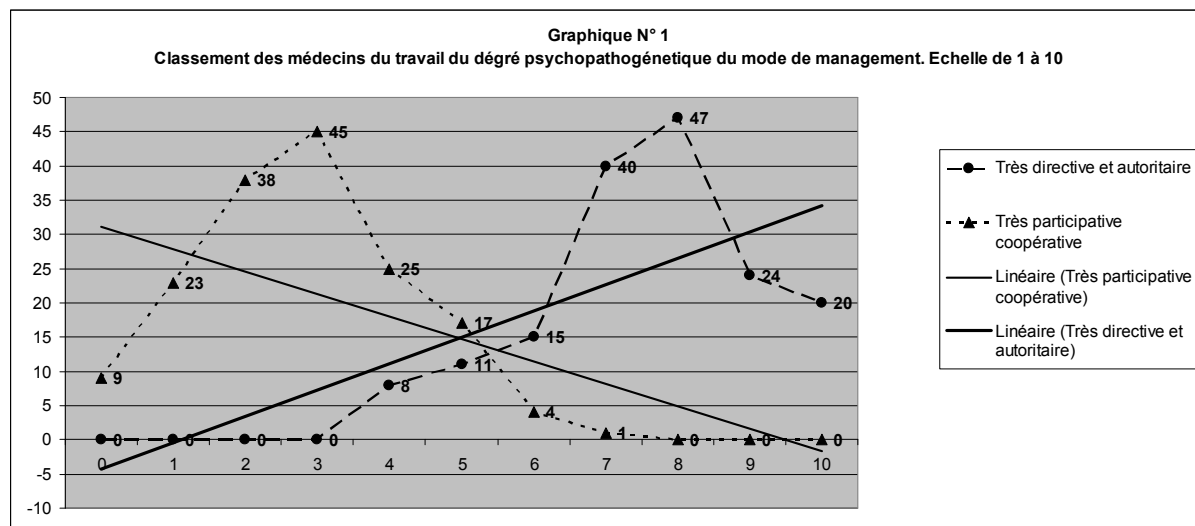
⁵ David Erdal, « Effects of Living in an egalitarian environment », à la School of Psychology University of St Andrew.

op. Cit. Sa méthode a consisté à comparer les statistiques disponibles de deux zones géographiques d'Italie du Nord, une commune emblématique pour son fort tissu coopératif, une autre dépourvue de coopérative.

⁶ Lorenz Edward, « Policies for participation: lesson from France and Germany », *the german Journal of Industrial relations*, 2, 1, 1995, p. 46-63. Lorenz Edward, Valeyre Antoine, *Formes d'organisation du travail : comparaisons européennes*, Rapport à la DARES, Noisy-le-Grand, CEE, décembre 2003. Lorenz Edward, Valeyre Antoine, « Modèles européens d'organisation du travail », in Bué J., Coutrot T., Puech I. (dir.), *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, Toulouse, Octares, 2005, p. 125-137

convaincus de la variété des modes de direction et de gestion des ressources humaines. Restait à savoir s'ils établissaient une quelconque différence quant aux incidences éventuelles de ces modes sur la santé.

Plus loin, le questionnaire leur demandait : « *si vous exercez dans plusieurs entreprises, pouvez-vous établir un lien entre les psychopathologies et la gestion du personnel ?* ». A 65 % ils répondirent Oui. Pour les aider à positionner leur avis une échelle graduée⁷ de 1 à 10 leur était présentée. Le regroupement des réponses donne le graphique suivant :



NB/ Les deux courbes représentent, au sein de chacune des deux familles de management, le nombre de citations pour chacun des degrés de l'échelle de prédisposition psychopathogénétique (le degré le plus faible étant 0, et 10 le plus fort). Résultat éloquent : le degré le plus cité du côté participatif est le 3 et, du côté autoritaire, le 8.

La courbe à traits discontinus (avec ronds) représente les réponses effectives de 65 % des médecins du travail et concernent les entreprises à management autoritaire. On observe un pic à partir de 7 pour atteindre 47 citations à l'échelle 8, puis les citations baissent tout en demeurant élevé pour 9 et 10. La droite en trait gras représente le trend, c'est-à-dire la tendance linéaire calculée en fonction des résultats cumulés par les réponses relatives au mode de management directif. C'est l'orientation générale. On constate aisément que les réponses données par les médecins du travail suivent et dépassent à deux moments, la tendance.

La situation est totalement inversée lorsque l'on observe les réponses obtenues relatives aux entreprises à management participatif. En effet, la courbe en pointillée (avec triangles) trace plutôt une tendance dans le sens inverse et ayant des pics à partir de 4 pour baisser à partir de 2. Quant à la tendance donnée par la droite à trait fin, elle suggère une moindre prédisposition psychopathogénétique à mesure que le management s'ouvre au dialogue participatif. En tout les cas la situation apparaît diamétralement opposée à la précédente.

Ces médecins du travail se montrent par conséquent conscients, d'une manière remarquablement homogène, des liens éventuels que la question laissait présager entre un certain mode de gestion des entreprises et un degré de psychopathologie.

2) Une relative prudence à établir la correspondance entre gestion du personnel et santé des salariés, mais une grande facilité à établir cette correspondance avec le climat social.

S'ils étaient 65% à se risquer à émettre un avis sur l'effet du type de gestion, ils sont en revanche bien plus nombreux à répondre par l'affirmative dès lors que libellé de la question se rapporte au climat social. Lorsqu'on leur pose la question « *A votre avis, y a-t-il des pathologies favorisées par un mauvais climat social ?* », on obtient : Oui à 87%, Non à 12% et, surtout, une seule non-réponse.

Cette quasi unanimité à reconnaître l'effet du climat social, montre que les médecins du travail sont, malgré les affirmations précédentes, plus réservés à établir par eux-mêmes la connexion entre climat social et modes de gestion. Ils font preuve à cet endroit d'une prudence que l'on a décelée par le taux élevé des non-réponses, les répondants étant, en revanche, dans leur quasi-totalité, affirmatifs. Sans doute, la prudence des non-répondants

⁷ Le libellé de la question était le suivant : Q 62. – Si Oui, à quel niveau psychopathogène situeriez-vous, sur une échelle de 0 à 10, les types de gestion du personnel suivants ?

exprime-t-elle leur pudeur ou un doute sur leur légitimité à intervenir sur un terrain qui ne leur apparaît pas naturellement le leur. En somme, tandis que le climat est le constat d'un résultat qui s'impose à eux comme un fait objectif et peut, à ce titre, entrer sans réserve dans un diagnostic la gestion s'annonce, au contraire, comme un processus dans lequel ils ne sont pas partie prenante. Pourtant, ce lien de dépendance entre climat et gestion se verra vérifié dans la phase finale de notre étude grâce à la méthode des « cas témoins », c'est-à-dire par le verdict des statistiques de la CRAM ». De plus, lorsque l'on demande aux médecins du travail de qualifier le type de management des ressources humaines dans l'entreprise pour laquelle ils sont interrogés, leurs réponses font apparaître une cohérence d'ensemble assez significative. Ils n'émettent guère d'avis en contradiction avec notre propre classification alors même qu'ils n'ont jamais été informés de notre méthode comparative par « cas témoins », encore moins de la manière dont nous avons classifiées leur entreprise dans notre échantillon. Assez curieusement pourtant, lorsqu'il leur est demandé de qualifier le type de management présent dans l'entreprise dont ils ont la responsabilité, des différences sensibles apparaissent entre les deux échantillons d'entreprises non sans quelques discordances. En effet, les médecins interrogés pour les entreprises de type autoritaire sont plus nombreux à considérer que la gestion du personnel peut être définie comme « *très directive* » à 11,4 % contre seulement 1 % des médecins d'une entreprise participative. De même, les médecins du travail des entreprises autoritaires sont 8,6 % à considérer que le qualificatif de la gestion du personnel qui s'applique le mieux c'est « *assez participatif* » contre 12,4 % des médecins du travail des entreprises participatives. Au total, 74% de ceux qui relèvent d'une entreprise que nous avons sélectionnée comme autoritaire (sans qu'ils le sachent) ont choisi les libellés allant de « sans distinction » à « très autoritaire » tandis que 69% de ceux qui relèvent d'une entreprise ouverte au dialogue social ont choisi les libellés allant de « sans distinction » à « très participatives ». Il n'y a donc pas incohérence même si nous sommes éloignés du cas type idéal de 100% d'un côté et 100% de l'autre. Globalement, les médecins se situent relativement bien. Ces discordances marginales s'expliquent, soit parce que certains médecins n'identifient pas assez nettement leur entreprise, soit parce que nos échantillons constitués avec la collaboration de l'inspection du travail et des centrales syndicales n'ont pas abouti à une sélection aussi contrastée qu'il eut été souhaitable, soit par un mélange des deux facteurs. Néanmoins, l'écart logique est suffisamment significatif pour valider la distinction.

3) Types de gestion et catégories socioprofessionnelles : des paramètres à relativiser.

On pourrait, alors, se demander si l'opinion que les médecins du travail se font de l'impact sanitaire de l'environnement relationnel dans l'entreprise ne se décline pas de préférence par rapport à une autre variable : la catégorie professionnelle. Pour tester le poids de cette dernière, nous avons posé à nos interlocuteurs la question suivante : « *Si vous deviez choisir, diriez-vous que les constats de psychopathologie ou de souffrance au travail, vous apparaissent davantage fonction de la CSP ou fonction du climat social régnant dans l'entreprise ?* ». L'éventail des propositions de réponse se déclinait de telle manière qu'ils puissent établir une hiérarchie d'incidence entre la catégorie professionnelle, le climat social, les deux conjugués, ou de citer un autre facteur. Face à cette combinaison de quatre cas de figure, les réponses obtenues dégagent une nette prédilection des médecins du travail pour l'une d'entre elles. A 65,2 % ils se prononcent en faveur d'une explication exclusive par le « climat social » régnant dans l'entreprise. Alors que 27 % seulement s'accorde à privilégier l'interaction des deux variables dans l'interprétation des constats de psychopathologie, et qu'une infime minorité, 2 % des médecins du travail, estime préférable de se déterminer uniquement à partir de la catégorie professionnelle. Cette répartition sans ambiguïté de la part de professionnel de la santé en entreprise est extrêmement instructive car elle permet de mettre en évidence la dimension relationnelle du phénomène examiné. Il ne s'agit pas de balayer l'importance de la variable catégorie socioprofessionnelle qui, évidemment, nous permet de mesurer un tel phénomène. L'idée de climat social attire l'attention sur les rapports sociaux et les modes de régulation de ces derniers au sein de l'entreprise. La question de la souffrance au travail ne peut se comprendre qu'à l'intérieur d'un contexte précis et par rapport à une réalité spécifique. Le cadre, l'ouvrier, l'employé ne prennent du sens que dans l'interaction avec autrui. Celui-ci peut être son homologue – collègue d'équipe - comme peut être son subordonné ou son supérieur. Le climat social se joue dans ces interstices. Par conséquent, la question de la souffrance ne résulte pas d'un attribut particulier attaché à un individu mais d'une interdépendance.

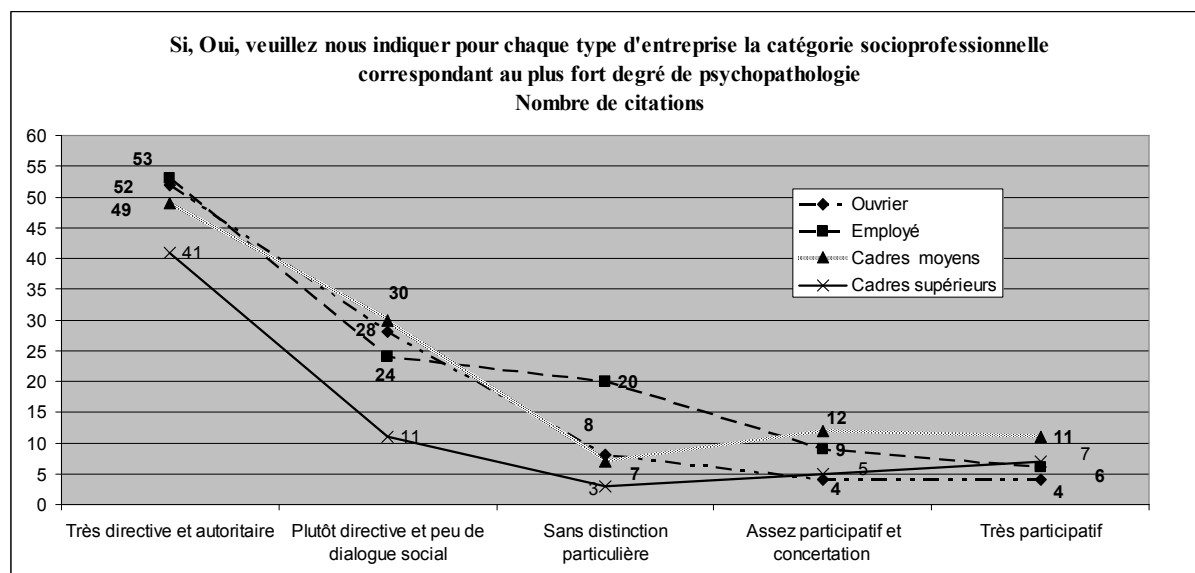
De quelle manière les médecins du travail perçoivent-ils la position des différentes catégories socioprofessionnelles par rapport aux deux variables que sont le type de management et les prédispositions aux situations psycho pathogéniques ? A partir du classement qu'ils ont effectué, une représentation graphique de l'analyse des correspondances réalisée sous forme de carte factorielle fait bien apparaître l'existence d'un lien entre type de management et catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, l'ouvrier représenterait-il la catégorie la plus exposée dans les entreprises de type « autoritaire », qu'il jouxte précisément sur la carte, alors que le cadre supérieur, situé à proximité des entreprises « participatives », serait le moins sujet aux problèmes psychopathologiques. L'employé y est également opposé aux cadres supérieurs. Ces derniers étant plus proches des entreprises plus ouvertes au dialogue social alors que les employés seraient plus proches des entreprises sans distinction significative de management. L'autre axe oppose les cadres moyens aux ouvriers. Les premiers

apparaissant davantage touchés par la proximité aux entreprises « très participatives » et « plutôt participatives » alors que les seconds sont situés plus proches des entreprises « autoritaires ». Cette proximité signifie qu'aux yeux des médecins du travail le mode de management affecte différemment les salariés en fonction de leurs statuts au sein de l'entreprise. Globalement, plus l'agent est situé haut dans la hiérarchie, plus il a de chances de ne pas être affecté par le management d'une entreprise autoritaire. Ainsi les cadres supérieurs se distinguent des employés notamment dans le cadre des entreprises ouvertes au dialogue et sans distinction alors que les ouvriers et les cadres moyens s'opposent notamment dans le cadre des entreprises participatives et autoritaires.

Naturellement, ce genre de projection ne fait que présenter la perception qu'ont les médecins du travail de l'impact santé des différents types de management sur les catégories socioprofessionnelles. En effet, nous pouvons nous interroger sur la part d'autonomie dont ces catégories disposent dans des univers de travail aussi opposés. Le fait d'occuper une fonction hiérarchique ne se traduit pas obligatoirement par une autonomie plus grande dans l'organisation comme l'ont montré les travaux de M. Crozier et E. Friedberg (M. Crozier, 1964, M. Crozier et E. Friedberg, 1977 et E. Friedberg, 1993). D'un point de vue strictement structurelle, les cadres sont mieux placés que les ouvriers pour résister aux contraintes mais celles-ci dépendent également des configurations locales à l'intérieur de l'entreprise. D'où l'intérêt particulier pour notre travail de saisir les formes concrètes de la participation à l'intérieur des organisations.

Sur le même sujet, le graphique, ci-dessous, permet de faire ressortir une représentation plus parlante du résultat. On constate que les médecins du travail estiment que le degré de risques psychopathologiques est plus fort pour toutes les catégories socioprofessionnelles à mesure qu'on s'éloigne de la gestion participative et tout particulièrement dans les entreprises dites autoritaires. Autre remarque, l'influence du mode de management serait proportionnellement plus forte chez les ouvriers que chez toute autre catégorie. Ce sont eux qui auraient le plus à gagner à l'instauration d'une gestion participative. En effet, la courbe montre que l'ordre de classement qui les concerne s'inverse progressivement au fur et à mesure qu'elle progresse d'un pôle extrême vers l'autre. Les médecins du travail semblent donc donner une signification toute différente à ces deux modes et ils classent de manière graduée, selon les catégories socioprofessionnelles, les répercussions sur le plan psychopathologique des différents types de management.

Graphique n°3

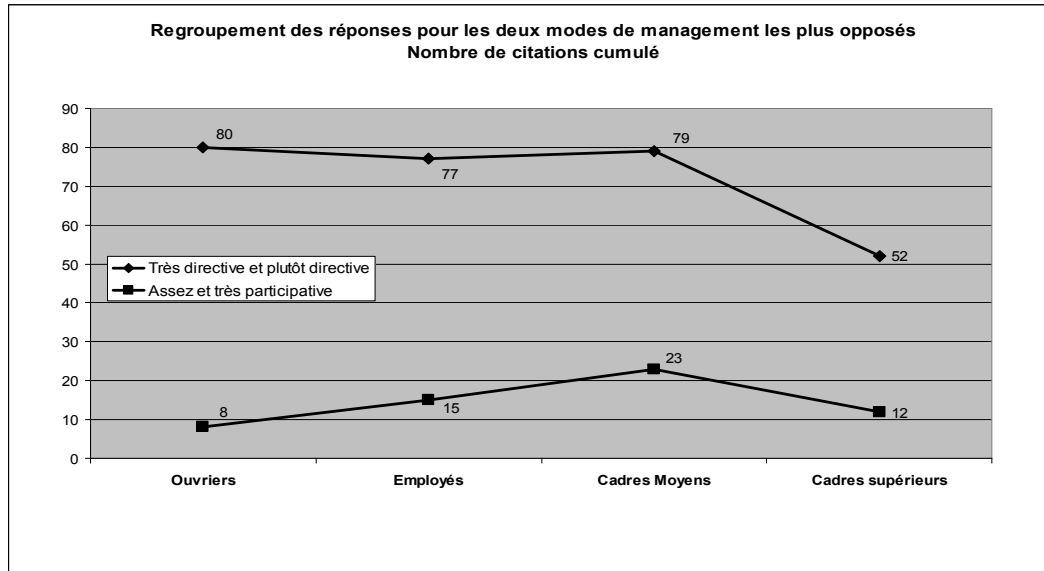


Bien que représentant le fruit d'une expérience et non une observation scientifiquement vérifiée, l'avis n'est pour autant pas dénué d'intérêt ni de crédibilité dans la mesure où il s'agit de professionnels dont on peut légitimement supposer qu'ils connaissent leur métier. Une telle vision est significative malgré sa composante subjective. A commencer par la prise en compte d'une interférence supposée du caractère autoritaire et participatif, et par la manière dont ces observateurs avertis et permanents que sont les médecins du travail vont interpréter la réalité sociale de l'entreprise et intégrer dans leurs jugements sur l'état de santé des salariés la variable managériale. Alors qu'il a été souligné précédemment la moindre prédisposition des médecins du travail à se prononcer lorsqu'ils étaient confrontés au libellé de « *gestion du personnel* », tout se passe comme si cette expression était réservée à une réalité sociale restreinte et circonscrite tandis que le type d'entreprise serait plus large ou neutre.

4) L'inégalité d'exposition du salarié selon qu'il est cadre supérieur ou ouvrier...

Pour donner une autre vision, plus claire encore, du premier graphique, nous avons regroupé les deux pôles de la question. D'une part, les entreprises « *autoritaires* » et « *plutôt autoritaires* » et de l'autre les entreprises « *assez participatives* » et « *très participatives* ». Il en résulte la représentation suivante :

Graphique n°4



Si dans le graphique précédent, nous constatons que pour les entreprises de type autoritaire l'ensemble des catégories socioprofessionnelles pouvait souffrir, le regroupement des deux items extrêmes donne une vision différente. Il est assez singulier de vérifier, ici aussi, que ce sont les catégories socioprofessionnelles les plus basses qui se distinguent comme les plus exposées aux incidences des modes de management et qui souffriraient le plus dans les systèmes autoritaires (ouvriers et employés) alors que dans les entreprises de type participatif ce sont surtout les cadres moyens qui sont touchés.

Pour cette dernière catégorie surtout, nous pouvons nous poser la question de la place des hiérarchies intermédiaires dans une organisation qui prône la participation directe ou, en tout cas, une certaine autonomie des salariés. En effet, certains travaux, tels que ceux de Stéphane Bellini et d'Anne Labit⁸ montrent la difficulté des agents de maîtrise à se positionner au travers des attentes et des règles de l'entreprise et de leur représentation de leur métier ou fonction.⁹

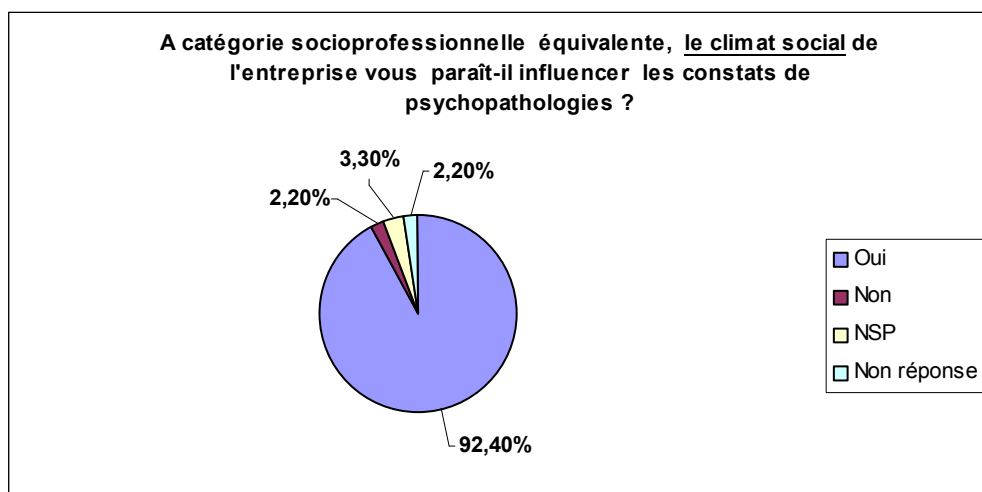
L'examen des réponses relatives à la situation des ouvriers et employés dans les entreprises « *autoritaires* » laisse à penser que les médecins du travail considèrent la gestion autoritaire comme étant plus significativement pathogène. Que nos interlocuteurs appartiennent à l'échantillon des entreprises au management autoritaire ou à celui des participatives ne change rien à leur constat général : au terme de leur expérience épidémiologique globale, ils sont majoritaires dans les deux groupes à opter pour l'effet plus préjudiciable du management autoritaire. Est-ce à dire qu'un tel résultat confirme les conclusions des recherches de type Karasek concernant l'autonomie et la liberté décisionnelle ? Notre enquête ne permet pas de trancher de manière catégorique. Elle

⁸ Bellini, Stéphane, Labit Anne, *Des petits chefs aux managers de proximité*, Paris, L'Harmattan, (Coll. « logiques sociales »), 2005, 210 p.

⁹ Cette difficulté apparaît à différents niveaux de compréhension du travail : au niveau de la prescription, de l'interprétation au regard des possibles et leurs modes d'action. Le malaise de plus en plus croissant de ces catégories intermédiaires résulte de plusieurs facteurs, les uns d'ordre juridique et les autres d'ordre sociologique. En France, les conventions collectives sont très ambiguës pour définir la place de ces salariés. Quant au facteur d'ordre sociologique, souvent ces cadres moyens sont issus du corps des ouvriers ou des employés selon les entreprises. Cette nouvelle position, entre les exécutants et la direction de proximité, les place dans une situation difficile où managers et cadres supérieurs vont reprocher aux cadres moyens de ne pas faire du management alors que dans le même temps leurs propres subordonnés vont critiquer leurs ordres sans fondement technique. Enfin, l'évolution des organisations du travail se traduit par un aplatissement des échelons hiérarchiques qui rend leur position plus difficile à tenir.

pose en revanche, la question de la perception que les médecins du travail peuvent avoir de la position des salariés au sein des entreprises et plus particulièrement du degré de résistance aux impositions externes. Tout se passe comme si les catégories supérieures étaient automatiquement moins sujettes aux contraintes de l'activité productive ou qu'elles y échappent. Cette vision peut résulter de l'expérience elle-même des médecins du travail dans la mesure où elle découlerait des seules situations observées. En d'autres termes, les médecins du travail ne seraient-ils pas conduits à formuler un tel avis uniquement parce qu'ils auscultent pour l'essentiel des ouvriers et des employés ? En effet, lorsque l'on scrute les réponses émises on observe une surreprésentation des médecins exerçant dans la branche agro-alimentaire, l'industrie du textile et l'habillement¹⁰. Une autre interrogation plausible concerne la structure interne des entreprises. Est-ce que les entreprises participatives ne relèveraient pas davantage de secteur d'activité où une plus forte proportion du personnel est composée de cadres ? En principe, cette remarque ne devrait pas être pertinente malgré les apparences dans la mesure où ce genre de biais a été prévu lors de la composition de l'échantillon. Pour s'en prémunir, nous avons pris soin non seulement de ne retenir à l'intérieur d'une même branche que des entreprises, à parts égales, par paires d'effectifs similaires mais de l'établir sur une base suffisamment nombreuse de branches (16 tout de même).

Doit-on penser que les ouvriers souffrent plus que les cadres dans les entreprises au management autoritaire ? Cette question ouvre une piste de travail intéressante car elle permet d'aborder les limites de l'actuelle approche ou d'en préciser les termes. Si la participation salariale peut atténuer certains effets sur l'état de santé est-ce que ces effets se déclinent différemment en fonction de la position que la personne occupe au sein de l'entreprise ? La plupart des études effectuées sur les conditions de travail montrent assez clairement l'intervention de cette variable dans l'atténuation des répercussions sur la santé des salariés¹¹. Ainsi, les efforts physiques au travail s'ils s'accroissent n'affectent pas de la même manière tous les salariés : les ouvriers et le personnel de soins des hôpitaux sont plus touchés que les employés de bureaux ou que les cadres. Néanmoins, ils s'accordent largement pour accorder la priorité de l'influence au climat social. Le graphique suivant montre à quel point ce dernier l'emporte dans l'explication des constats de psychopathologie.



III. – Connexion « management » - « climat social » : la question cardinale de la reconnaissance

a) La circonspection de médecin du travail face à la gestion des ressources humaines : des scrupules que les statistiques ne justifient pas

Comme on l'a précisé, le point de vue que les médecins du travail pouvaient formuler en ce qui concerne les incidences de la gestion du personnel des entreprises sur la santé des salariés n'allait pas de soi. Avis autorisés, scrupules ou parole illégitime ? L'investigation s'est heurtée à un problème d'interprétation – voire de

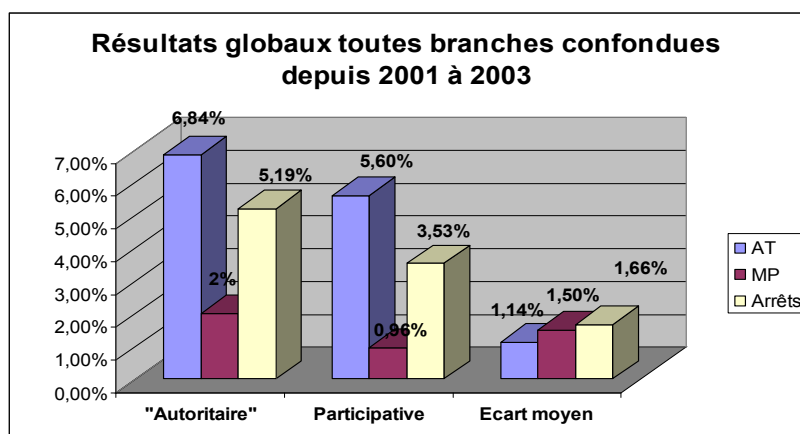
¹⁰ A titre de rappel, ces deux branches représentent, dans notre enquête auprès des médecins du travail, d'une part, 18 % et, d'autre part, 13 %. Notre échantillon d'entreprise était équilibré mais les réponses effectives obtenues sont en léger décalage.

¹¹ Voir par exemple les premières synthèses de la DARES, notamment M. Cézard et S. Hamon-Cholet, « Efforts et risques au travail », *Premières synthèses*, n° 16,1. 1999. Aussi voir de J. Bué et C. Rougerie, « L'organisation du travail : entre contrainte et initiative. Résultats de l'enquête conditions de travail 1998 », *Premières synthèses*, n°32.1. 1999.

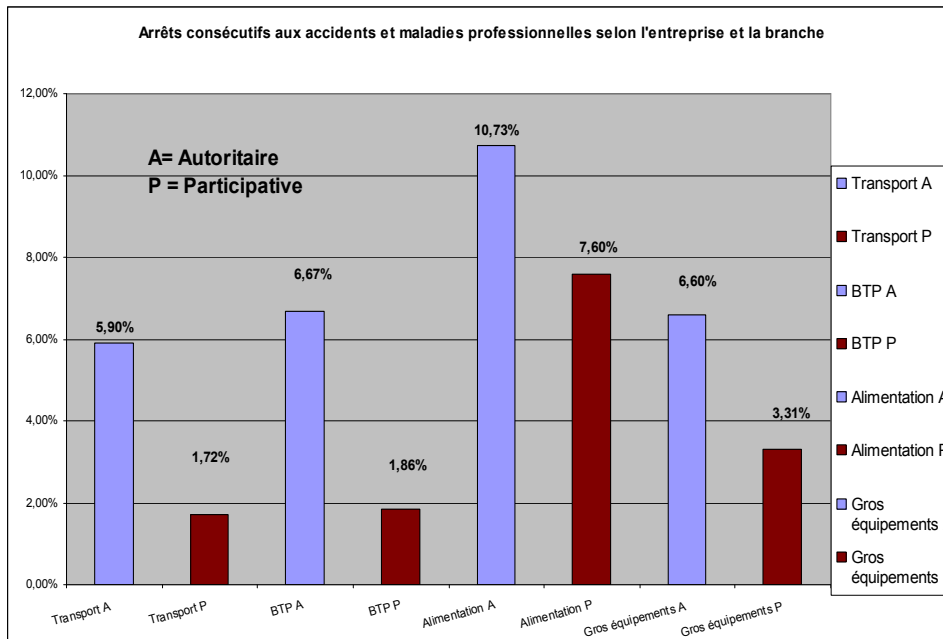
compréhension - du questionnaire. En effet, lorsque l'expression « *gestion du personnel* » était employée, les médecins du travail semblaient bien moins concernés ou réceptifs que lorsqu'ils rencontraient l'expression de « *gestions des ressources humaines* » ou, mieux encore, celle de « *climat social* ». Autant ils sont apparus à l'aise pour évoquer les effets du climat social sur la santé, autant le lien au type de gestion du personnel n'a éveillé que très malaisément et imparfaitement leur attention. En revanche, lors d'une question concernant les résistances les plus importantes que seraient susceptibles de rencontrer des réformes souhaitables dans l'entreprise, dans le domaine ergonomique et technique ou, au contraire, dans le domaine des « *ressources humaines* » et du « *relationnel* », ils ont tous répondu sans exception désignant les difficultés majeures dans le second. Et ils l'ont fait d'une même manière aussi large et aussi précise qu'ils avaient répondu aux questions concernant le climat social dans l'entreprise.

Serait-ce que nos interlocuteurs ne trouvent pas l'expression « *gestion du personnel* » assez significative ? A moins que le lien leur paraisse si évident que répondre à une telle question relèverait du pléonasme ? Ou serait-ce, au contraire, que l'articulation entre les deux facteurs ne leur apparaîtrait pas spontanée et mériterait d'être approfondie ?

Toujours est-il que la vérification par les statistiques de la CRAM tend à montrer le caractère fondé du lien partiel de la santé au type de management. Non seulement les résultats globaux, toutes branches confondues, pour les années 2001-2002-2003, font apparaître entre entreprises « autoritaires » et entreprises « participatives » un écart moyen au dépins des premières, de 1,14 % pour les accidents du travail, de 1,50 % pour les maladies professionnelles et de 1,66% pour les arrêts, mais d'autres indices confortent la tendance.



La durée des arrêts, notamment, révèle la gravité des atteintes. Elle est plus forte du côté des « autoritaires ». L'accentuation des écarts, ensuite, varie selon la branche. Lorsque l'on observe celles à risque, un effet loupe tend à confirmer les présomptions sur cette corrélation. Plus la branche est à risque plus le taux d'accidents ou de pathologie augmente dans les entreprises « autoritaires » (comme dans les transports où les écarts d'accidents atteignent jusqu'à 13% et 15%) et plus la durée des arrêts y devient importante. A l'inverse, les écarts sont minimes voire inexistantes lorsque la branche relève de branches peu sujettes à accidents du travail comme les services ou l'industrie de précision à main d'œuvre hautement qualifiée. Est-ce à dire que les écarts de management y sont également moindres ?



b) Récriminations et doutes des salariés : un prodigieux besoin de reconnaissance

Si le lieu du travail constitue un élément central de la construction de l'identité sociale des individus, notamment par l'élaboration de nouveaux liens affectifs fondés sur d'autres registres que ceux que l'on peut observer en d'autres lieux, il s'avère que le travail lui-même a été considérablement modifié ou affecté ces dernières années¹². Le contexte de régression du mouvement ouvrier, l'effondrement de ses mythes mobilisateurs et de ses pratiques solidaires qui accompagne le triomphe actuel du libéralisme économique dont on a pu constater les ramifications jusque dans les orientations du traité constitutionnel européen, nous font assister à une nouvelle forme de lien social qui tend à mettre en avant un rapport privilégiant l'individualisation au détriment du collectif. Il en résulte des conséquences pour le salarié en termes de perception de soi qui nous sont apparues flagrantes lors de plusieurs autres consultations ou enquêtes. Notamment celles imputables à la souffrance causée chez le salarié par un déficit de reconnaissance sociale dans son activité professionnelle. Cette question qui est à la base des disfonctionnements inter-individuels interpelle, aussi, l'essence même des pratiques et structures participatives. On a voulu tester sur cette problématique l'expérience des médecins.

Avant de nous y livrer, il convient toutefois de s'accorder sur ce qu'on entend exactement par reconnaissance. Ce rapport qui illustre par excellence le sentiment vécu par l'individu dans sa relation à la société. Dans la sphère productive le lien social change de nature ou de forme de sorte que la proximité avec autrui ne suffit plus à donner du sens à l'activité. Ainsi l'interdépendance et l'interconnaissance nécessaires au développement des relations sociales à l'intérieur d'une entreprise se trouvent transformés. Or, comme le rappelle le philosophe E. Levinas, la proximité avec autrui ne provient pas uniquement de la connaissance que l'on peut avoir mais de sa simple présence. Autrement dit, lorsqu'il y a autrui à nos côtés, nous sommes engagés et responsables¹³. Dans le cadre des entreprises, cela se traduit par une acceptation de l'idée que les acteurs sociaux ne sont pas seulement engagés pour partager un objectif commun dans l'organisation du travail mais également que l'engagement nécessite une certaine réciprocité dans les rapports sociaux. Selon A. Honneth, cette réciprocité est à la base de la reconnaissance sociale dans notre société. Plus précisément, la reconnaissance passe par un déplacement de l'approche et vise à laisser de côté les approches ontologiques de la reconnaissance qui considèrent que celle-ci est attachée à un individu. Pour Honneth, il faut s'intéresser à l'intersubjectivité qu'implique la reconnaissance. Cette dernière est un processus qui suppose la conscience d'autrui notamment pour une activité telle que celle du travail. Autrement dit, une réciprocité entre soi et autrui. Dans ce sens, les travaux effectués par C. Dejours (1993), S. Paugam (2000), T. Karasek (1990) et M. Gollac et C. Baudelot (2003) convergent pour nous montrer et alimenter l'idée que les salariés font l'expérience du « mépris social ».¹⁴

¹² Sur ce sujet voir l'article de C. Thuderoz, « Du lien social dans l'entreprise. Travail et individualisme coopératif », *Revue française de sociologie*, XXXVI, 1995, pp. 325-354.

¹³ Voir E. Levinas, *Ethique et infini*, Paris, Livre de poche, (Coll. « Essai »), 1984, 120 p.

¹⁴ En psychodynamique du travail, la *reconnaissance* se définit par deux types de jugements auxquels se confronte le travailleur : un jugement d'*utilité* par lequel il voit - ou non - sa compétence et son apport à la

Le mépris social étant cette forme de dénégation de l'autre dans son existence sociale¹⁵. L'individu recherche dans son activité professionnelle une communauté lui permettant de trouver une identité sociale et une signification à ses conduites. L'intensification du travail et certaines formes de management freinent ou rendent difficile tout semblant de reconnaissance sociale. Selon A. Honneth il existe trois formes de reconnaissance sociale : l'amour, le droit et la solidarité. La première forme désigne les rapports primaires de l'individu et peut caractériser une communauté précise et restreinte d'individus. Les liens affectifs occupent ici une place centrale et sont illustrés pour l'essentiel par la famille. La seconde forme de reconnaissance sociale, le droit, implique « *tout d'abord que la relation dans laquelle l'alter et l'ego se respectent réciproquement comme des sujets de droit parce qu'ils ont l'un comme l'autre connaissance des normes sociales qui président, dans leur communauté, à la répartition légitime des droits et des devoirs* »¹⁶. Enfin la troisième forme, la solidarité, caractérise l'honneur social ou l'estime sociale. « *La solidarité, explique Honneth, désigne en première analyse une sorte de relation d'interaction dans laquelle les sujets s'intéressent à l'itinéraire personnel de leurs vis-à-vis, parce qu'ils ont établi entre eux des liens d'estime symétriques* »¹⁷.

Dans le cas qui nous intéresse ici, ce sont les deux dernières formes de reconnaissance sociale. Pour la reconnaissance sociale de *droit*, nous observons dans bien des situations l'impossibilité pour les salariés de faire respecter les normes communes, et la répartition légitime des droits et des devoirs. Les différentes formes de violence au travail, les licenciements abusifs, le non-respect des normes de sécurité, etc., sont autant d'éléments qui se conjuguent dans le déni de reconnaissance. Mais la reconnaissance sociale se trouve aussi questionnée du côté de l'idée de la solidarité. En effet, dans certaines entreprises, nous allons observer un mépris social s'installer se traduisant par l'omission ou la minorisation de la prise en compte de l'itinéraire personnel des salariés. *L'estime réciproque* que les interactions sociales devraient instaurer ne parvient pas à subsister car les modes d'organisation ne tiennent pas compte des réalités personnelles. La mise en pré-retraite constitue une forme de mépris social pour certains salariés. Elle occulte leur parcours en ne tenant nullement compte des acquis qu'ils représentent. Une véritable reconnaissance consisterait, ici, à les faire fructifier, notamment par les apports ou transmissions des savoirs que de tels salariés pourraient effectuer.

Nous avons cherché à savoir ce qu'il en était tant auprès des médecins généralistes que des médecins du travail attachés à nos échantillons d'entreprises, notamment à travers la question suivante : « *Vos patients-salariés expriment-ils des doutes ou des récriminations quant à...* ». Suivait une série d'items relatifs à la trop grande pression ainsi qu'au fait de ne pas pouvoir gérer le temps, à la fatigue physique ou à la perception d'une insuffisante résistance, à un manque de reconnaissance à leur égard, à un déficit de formation ou une inadéquation de qualité professionnelle, ou à d'autres facteurs à préciser à la convenance du praticien. Les réponses ont d'abord fait apparaître un comportement différencié des salariés en fonction de la catégorie de médecin – généralistes ou médecins du travail - auquel ils s'adressent. Les enjeux perçus ne sont pas les mêmes selon l'interlocuteur. A cela plusieurs explications possibles. Tout d'abord, la population des salariés n'est pas exactement la même dans les deux cas. Les omnipraticiens reçoivent en consultation une population constituée pour l'essentiel de salariés qui ont fait la démarche de consulter parce qu'ils sont déjà en souffrance physique et qu'ils font l'objet de pathologies déclarées tandis que celle examinée par les médecins du travail n'est pas composée de travailleurs nécessairement en mauvaise santé. Ensuite, il n'est pas exclu que nombre de ces salariés adoptent, devant le médecin du travail, une attitude de prudence professionnelle qui se traduirait par une sous-déclaration de leurs difficultés physiques ou des doutes relatifs à leur résistance (9 %). La crainte des répercussions pénalisantes sur leur emploi et l'espoir de minimiser les risques d'inaptitude sur un poste

valeur à l'entreprise reconnus et un jugement de *beauté* à travers lequel il perçoit si l'on considère qu'il agit de belle manière, avec justesse et adéquation ; ce jugement de beauté comportant lui-même deux volets : un aspect de conformité dans l'application des règles et usages du métier, et un aspect d'originalité grâce au style et à la manière personnelle dont il exerce son métier (sous réserve, bien sûr, que ce style soit reconnu pertinent dans la profession). Ces jugements qui émanent de la hiérarchie mais, aussi, des pairs ou des clients ont un impact important sur l'image de soi. Notamment parce qu'ils présupposent un cheminement gratifiant en trois étapes de la part de ceux qui les portent : la connaissance du travail, tout d'abord, avec ses tâches, ses responsabilités, ses objectifs, ses contraintes etc. ; la connaissance des compétences de l'individu, ensuite, avec sa manière d'atteindre les objectifs, de faire face aux difficultés et d'exercer ses responsabilités, ses savoirs, savoir-faire et savoir-être ; la reconnaissance du travail fourni, enfin, et sa valorisation par différentes formules (rétribution financière ou symbolique, promotion, marque d'estime, de respect, etc.). A contrario, figure au registre des items suggérant la non-reconnaissance sociale, pêle-mêle : manque d'écoute et de soutien, mauvaise considération de la fonction par le public, nécessité de se justifier en permanence, manque de considération des autorités requérantes, manque de collaboration avec d'autres services, mauvaise ambiance générale, manque de reconnaissance du travail, mutation sans concertation, manque de possibilités d'avancement, nouvelle méthode de travail imposée brutalement, frustration et empêchement dans la transmission des savoirs par les anciens.

¹⁵ Sur le sujet lire l'ouvrage d'Axel Honneth, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Ed. Cerf, p. 163.

¹⁶ *Op. Cit.* p.133.

¹⁷ *Idem.* P. 156.

expliqueraient cette hypothèse¹⁸. A l'inverse, ce même item recouvre auprès du généraliste une demande d'attention bien plus valorisante (36%). En présence du médecin d'entreprise, le salarié semble préférer se plaindre de facteurs qui ne lui sont pas directement imputables. Ainsi, le fait de ne pas pouvoir gérer le temps (27%) ne lui fait-il courir aucun risque d'être tenu pour responsable des rythmes qui lui sont imposés. Enfin, dans les deux cas de figure, il n'attribue que très rarement son malaise ou sa souffrance à un déficit ou à une inadéquation de ses qualités professionnelles (2% seulement chez les médecins d'entreprise, soit guère moins que chez les généralistes : 3%). A l'opposé, il est apparu avec une fréquence tout à fait spectaculaire un item qu'un grand nombre de salariés privilégient indifféremment de la nature du praticien devant lesquels ils s'expriment. C'est celui déjà évoqué de la récrimination d'un manque de reconnaissance à leur égard. Cette plainte qui arrivait déjà très largement en tête chez les omnipraticiens avec un seuil de 49% des réponses accroît sa prédominance chez les médecins du travail avec 54%. Encore, s'agit-il de chiffres globaux car lorsque l'on analyse l'ordre de classement des items, le « manque de reconnaissance » arrive toujours largement en tête du premier rang des items cités, et figure même à égalité avec celui qui arrive en tête au deuxième rang. C'est dire la prégnance du phénomène. Il désigne, à n'en pas douter, une source majeure de souffrance au travail. Or, que peut bien interpeller un tel déficit sinon un état de relations insatisfaisantes dans l'entreprise et, plus avant, une nature de management ?

D'ailleurs, lorsque l'on demande au médecin du travail de s'exprimer plus particulièrement sur l'entreprise pour laquelle il est interrogé, on observe entre ceux des entreprises « participatives » et ceux des entreprises « autoritaires » des écarts de réponse significatifs pour certains items. Ainsi, au premier rang des 38 % de médecins du travail ayant placé en tête la récrimination d'un « *manque de reconnaissance* », 59 % d'entre eux émanent des entreprises « autoritaires ». Si l'on précise davantage en analysant uniquement les réponses des médecins du travail au sein d'une catégorie de management, parmi ceux des entreprises autoritaires on trouve 48 % d'entre eux qui classent en premier rang le « *manque de reconnaissance* » contre 26 % pour leurs confrères des entreprises dites participatives. Pour ces derniers, c'est « *le fait de ne pas pouvoir gérer le temps* » qui arrive en tête avec 31 % des réponses, autrement dit un paramètre plutôt imputable au contexte économique imposé à l'entreprise qu'à la nature de sa direction et de sa gestion des ressources humaines.

En un mot, si le manque de reconnaissance, classé en tête dans les deux groupes de médecins du travail, est patent, on observe, néanmoins, des différences importantes dans sa déclinaison. Il semblerait que le mode de management jouerait un rôle de médiateur ou de modulateur qui reste à préciser. Ainsi, lorsque les réponses données par les médecins du travail sont cumulées sans tenir compte de leur classement par rang, on obtient un écart très net (16 points) entre les types d'entreprises autoritaires et participatives.

Un dernier item vient conforter ces présomptions relatives au type de management. Il est d'autant plus éloquent qu'il vient bousculer la prudence dont les travailleurs font preuve dans leurs déclarations devant le médecin d'entreprise afin d'esquiver tout risque de retombées préjudiciables. Une forte propension d'entre eux n'hésite pas à se plaindre d'un climat conflictuel ou délétère dans leur entreprise : 60% de ceux que rencontrent en temps normal les médecins du travail.¹⁹

Conclusion

Au terme de cette enquête destinée à tester l'impact supposé d'un facteur constitutif des déterminants psycho-sociaux de la santé au travail - en la circonstance le mode de direction des ressources humaines - nous sommes en mesure de conclure que ce mode intervient bel et bien sur l'état de santé des salariés selon des degrés qui, au demeurant, peuvent être éminemment variables selon les branches d'activité. Outre le fait que les médecins spécialisés en environnement au travail reconnaissent que l'univers industriel est traversé par l'existence de différences flagrantes dans la gestion des ressources humaines et, dans le même temps, que l'implication de cette gestion sur la santé des salariés est différenciable selon les catégories socio-professionnelles, ils s'accordent à soutenir qu'une relation progressive s'établit entre le degré d'autoritarisme de la direction et la propension de l'entreprise à devenir un terrain propice aux pathologies. De même qu'ils observent le phénomène inverse pour les établissements distingués par une ouverture participative, au nombre desquelles figurent les coopératives. Parallèlement, la question de la reconnaissance envers les salariés apparaît aux yeux des généralistes et des médecins du travail comme un axe central de la modulation des effets du type de

¹⁸ La crainte d'hypothéquer sa place dans l'entreprise ou de risquer une déclaration d'inaptitude pour un poste peut interférer sur la fréquence de cet item et favoriser une sous-déclaration devant le médecin du travail.

¹⁹ Mais 97% de ceux qui viennent consulter un médecin généraliste pour raison de santé. C'est tout dire.

management. Si ces derniers semblent avoir quelques difficultés à établir le lien de la santé des salariés à la « gestion du personnel » alors que ce même lien au « climat social » ne leur pose aucun problème, leur quasi unanimité sur ce point mérite d'être approfondie en examinant les éléments constitutifs de ce qu'il est convenu d'appeler un climat social. Il semblerait que les entreprises s'approchant le plus des valeurs d'un modèle participatif voire coopératif seraient en meilleure position pour remplir cette dimension de reconnaissance du travailleur. On s'approcherait du modèle de l'entreprise sociale de Jean-Louis Laville qui « est caractérisée, au-delà de ses finalités sociales et de sa dynamique entrepreneuriale, par une forte dimension de production de biens et services et une intense participation à la vie de l'entreprise de toutes les parties prenantes – bénévoles, salariés, dirigeants, usagers, représentants d'organismes publics ou privés »²⁰.

Au total, le mode de gestion n'est donc pas neutre et intervient dans la relation individu-société. Et si l'on prend, comme ici, le critère santé comme indicateur de bien-être, on retiendra que les organisations qui se fondent sur un certain nombre de principes parmi lesquels on retrouve la participation du salarié à la gestion de l'entreprise se distinguent par de meilleurs résultats.

Bibliographie

- Bellini, S. et Labit A., 2005, *Des petits chefs aux managers de proximité*, Paris, L'Harmattan, (Coll. « logiques sociales »), 210 p.
- Benoit-Guilbot O. et Moscovici, M. 2000, In *Le sociologue et son terrain. Trente recherches exemplaires*, (S/dir. H. Mendras et M. Oberti), « Consommation moderne, gestion du budget et perspective d'avenir », pp. 242-250.
- Bué J. et Rougerie C., 1999, « L'organisation du travail : entre contrainte et initiative. Résultats de l'enquête conditions de travail 1998 », *Premières synthèses*, n°32.1.
- Cézard M. et Hamon-Cholet S., 1999, « Efforts et risques au travail », *Premières synthèses*, n° 16,1.
- Courpasson D., 2000, *L'action contrainte. Organisations libérales et domination*, Paris, Ed Puf, 320 p.
- Dwyer T., 1991, *Life and death in work. Industrial accident as a case of socially conditioned error*, New York and London, Ed. Plenon press, 318 p.
- Erdal D., « *Effects of Living in an egalitarian environment* », à la School of Psychology University of St Andrew.
- Guiol P., Lambert Y., Sabouraud O., *La démocratie dans l'entreprise : une utopie ?*, n° 46 de la revue *Panoramiques*, éditions Corlet, Condé-sur-Noireau, mai 2000, 215 p.
- Guiol P., 2000, « L'effet participation : Aliénation ou émancipation ? », in *La démocratie dans l'entreprise : une utopie ?* édition Corlet, mai, pp. 70-78.
- Honneth, A., 2000, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Ed. Du derf, 232 p.
- Laville J-L., 2005, *Sociologie des services. Entre marché et solidarité*, Paris, Ed. Eres, 180 p.
- Légeron P., 2003, *Le stress au travail*, (2001), Paris, Odile Jacob, 381 p.
- Levinas E., 1984, *Ethique et infini*, Paris, Livre de poche, (Coll. « Essai »), 120 p
- Lorenz E. et Valeyre A., 2005, « Modèles européens d'organisation du travail », In *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, sous dir. De J. bué, T. Coutrot et I. Puech, Toulouse, Octares, pp.125-137
- Lorenz E. et Valeyre A., 2003, *Formes d'organisation du travail : comparaisons européennes*, Rapport à la DARES, Noisy-le-Grand, CEE, Décembre.
- Lorenz E., 1995, « Polices for participation : lesson from France and Germany », *The german Journal of Industrial relations*, 2,1, , p.46-63.
- Simard M. et Marchand A., 1995, « L'adaptation des superviseurs à la gestion participative de la prévention des accidents », *Relations industrielles*, Vol. 50, N°3, pp. 567-587.
- Thuderoz C., 1995 « Du lien social dans l'entreprise. Travail et individualisme coopératif », *Revue française de sociologie*, XXXVI, pp. 325-354.

²⁰ Jean-Louis Laville, 2005, *Sociologie des services. Entre marché et solidarité*, Paris, Eres, p. 98.