

MBA Management des Ressources Humaines

Management de la santé mentale au travail : en quoi la fonction RH est-elle un cas particulier ?

Mémoire d'expertise

Sous la Direction de M. Grégor BOUVILLE

Professeur des Universités en sciences de gestion (spécialité GRH)
à l'Université Université Jean Moulin Lyon 3, IAE de Lyon

Manon LA ROSA, Angelina POLI

Promotion 21, Octobre 2025

Remerciements

Tout d'abord, nous voulons exprimer notre gratitude à l'équipe pédagogique qui nous a guidées pendant ce MBA, en particulier le Professeur **Fabien Blanchot**, tant pour la confiance qu'il nous a accordée que pour la qualité des enseignements et des apprentissages qui ont rythmés notre formation. Un très grand merci aussi à **Frédérique Bastid**, pour son accompagnement, sa patience et son écoute tout au long de ces 18 mois !

Nous remercions également vivement le Professeur **Grégor Bouville**, qui nous a accompagnées dans l'élaboration de ce mémoire, avec bienveillance, disponibilité et sagacité.

Nous tenons à remercier chaleureusement nos **collègues**, les **professionnels** et les **experts des ressources humaines** qui ont accepté de nous accorder du temps malgré leur agenda chargé pour répondre à notre enquête, la relayer, partager leur expérience et leur point de vue avec nous.

Manon remercie particulièrement **l'Institut Paoli-Calmettes** qui lui a permis de participer à ce MBA.

Angelina remercie très sincèrement **Olivier Ruthardt** pour cette opportunité de développer et d'affiner son expertise en ressources humaines, une étape importante dans son parcours professionnel.

Remerciements.....	2
Executive summary	8
Qui sommes-nous ?	10
Introduction	11
Partie 1. Revue de littérature : comprendre la santé mentale.....	13
Chapitre 1. De la santé mentale.....	13
1. Emergence et histoire de la notion	13
2. Ce que recouvre la notion de santé mentale.....	15
A. Définition : santé mentale, un terme ambigu ?.....	15
B. Panorama des troubles de la santé mentale.....	16
C. Les limites de la classification du DSM-5.....	17
3. Etat et représentations de la santé mentale	18
A. Etat de la santé mentale en France et ailleurs.....	18
B. Culture de masse et santé mentale.....	19
4. Vers une politique globale de santé mentale : approches individuelles et leviers collectifs	22
Chapitre 2. Le travail et la santé mentale.....	26
1. Comment le travail affecte la santé mentale ?.....	26
A. Rapport entre travail et santé mentale	26
B. Les types de souffrances auxquelles s'exposent les travailleurs	27
1) Risques psychosociaux vs santé mentale.....	27
2) La charge mentale et la santé mentale	28
3) Le stress au travail.....	29
4) La dépression au travail.....	30
5) Le burn-out	31
6) Le suicide.....	32
7) Liste des maladies du DSM-5 susceptibles d'être provoquées par le travail ..	32
2. Le travail source d'épanouissement : lorsque la vie perd son sens, qu'en est-il du travail ?	34
3. L'encadrement juridique de la santé mentale au travail	35
A. Le cadre réglementaire.....	36
1) A l'international et en Europe	36
2) En France	37
B. Les moyens d'évaluation et de prévention	39
1) L'évaluation des risques via le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et le plan d'action via le programme annuel de prévention	

des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (Papripact)	
40	
2) Le rôle du dialogue social : implication des syndicats (au travers de la négociation collective), et des élus du personnel (CSE, CSSCT)	41
3) La formation des salariés et passeport santé.....	43
4) Le recours à des indicateurs (absentéisme, turnover, arrêts maladie).	44
5) L'appui des services de santé au travail et des organismes comme l'ANACT	44
C. Les responsabilités et la réparation à la charge de l'entreprise.....	45
1) La responsabilité pénale en droit du travail.....	45
2) La réparation	46
3) Le cas particulier de la santé mentale	47
4. Mesurer l'état de la santé mentale	48
A. Comment mesurer la santé mentale des travailleurs ?	49
1) Outils et indicateurs	49
2) Limites et regard critique	50
B. Etat de la connaissance de la santé mentale des travailleurs	51
C. Populations les plus à risques	52
Chapitre 3. La fonction RH et la santé mentale.....	55
1. Histoire(s) et missions de la fonction RH.....	55
A. Histoire des RH	55
B. Missions, évolutions et attentes autour de la fonction RH	56
C. Représentations de la fonction RH.....	58
1) En entreprise et chez les salariés	58
2) Dans la littérature économique.....	59
3) Dans les films, les séries	60
2. La RH ou l'Art du déséquilibre.....	61
A. La fonction RH à l'épreuve de la complexité et de la diversité des attentes	61
B. Une dialectique du paradoxe : un défi de la fonction RH.....	62
C. Un décalage entre rêve et réalités	63
D. Les RH, réceptacles et médiateurs des tensions émotionnelles.....	64
E. Conflits éthiques dans la pratique RH	65
F. La RH, une fonction de l'oxymore.....	66
3. Les affections les plus susceptibles de concerner les travailleurs de la fonction RH	
66	
A. Des facteurs de risques spécifiques	67

B.	Quand les contraintes de la fonction RH se traduisent en pathologies mentales	68
C.	La souffrance liée à l'empathie	68
4.	Que sait-on de la santé mentale des RH ?	69
5.	Comment les aider ?	71
A.	Les apports des professionnels de la santé mentale.....	71
B.	Les apports des « best in class » de la prévention et de la réparation de la santé mentale	72
C.	Les apports de la littérature économique et des pratiques sectorielles	74
Partie 2.	Etude empirique : applications sur les travailleurs de la fonction RH	76
Chapitre 1.	Méthodologie	76
1.	Hypothèses et informations à recueillir.....	76
A.	Hypothèse de recherche initiale	76
B.	Hypothèse finale à tester.....	77
2.	Choix des outils de recherche.....	77
3.	Elaboration des questionnaires	78
A.	Questionnaire de l'enquête quantitative.....	78
1)	Sources utilisées.....	78
2)	Questions retenues	80
	Caractéristiques personnelles et professionnelles	80
	État auto-déclaré santé mentale.....	80
	Bien-être mental	80
	L'impact du travail sur la santé mentale et les facteurs de risques	81
	La relation au travail de RH et la perception du sujet santé mentale pour les RH	81
	La prévention et protection de la santé mentale	81
	Le vécu et les expériences singulières des professionnels des ressources humaines	81
3)	Echelles	82
B.	Constitution du panel d'étude	82
C.	Administration de l'enquête.....	82
4.	Elaboration du guide d'entretien qualitatif.....	83
A.	Questions retenues.....	83
B.	Constitution du panel d'étude	84
C.	Conduite des entretiens qualitatifs	84
Chapitre 2.	Résultats et analyses des enquêtes	86

1.	Constats et analyses de l'enquête quantitative	86
A.	Principales caractéristiques personnelles et professionnelles de notre échantillon de répondants.....	86
B.	Constats clés : ce que l'enquête nous apprend	87
C.	Analyse des résultats	87
1)	Ce que l'enquête nous apprend : près de 30% de nos répondants affirment avoir une mauvaise santé mentale et plus de 70% souffrent ou ont souffert de troubles du sommeil	87
2)	Ce que l'enquête nous apprend : fragilisés par leur propre vécu, 60% des RH considèrent devoir assumer la responsabilité d'accompagner la santé mentale des autres salariés	89
3)	Ce que l'enquête nous apprend : près de 70% des RH estiment être critiqués par la société, mais restent fidèles à leur mission.....	90
4)	Ce que l'enquête nous apprend : pour une large majorité, le métier des RH rime avec risque élevé pour la santé mentale	91
5)	Ce que l'enquête nous apprend : les RH connaissent les ressources, les utilisent pour les autres... mais jamais pour eux-mêmes	91
6)	Ce que l'enquête nous apprend : les RH peuvent proposer des dispositifs concrets et issus de leur expérience pour protéger la santé mentale des salariés.	93
7)	Ce que l'enquête nous apprend : confrontés à leur propre détresse et dépourvus de formation ou de soutien institutionnel, les RH doivent gérer la santé mentale des autres	94
D.	Limites de notre étude.....	98
2.	Constats et analyse de la campagne d'entretien	98
A.	La santé mentale des RH par eux-mêmes	98
1)	Des facteurs de stress propres à la fonction	99
2)	Les manifestations de mal-être.....	99
3)	Dispositifs de soutien et recommandations issus des témoignages	100
B.	Les mots clés.....	103
4)	La résilience, Philippe Darantière.....	103
5)	Le management de soi, Catherine Chouard.....	104
6)	Le rôle du collectif, chargée de RH	104
7)	Les RH tiraillés, adjointe à la Direction RH – paie, ADP et contrôle de gestion sociale.....	105
3.	Synthèse de notre enquête empirique.....	105
Partie 3.	Agir pour la santé mentale des RH : nos convictions et recommandations.....	108
1.	Levier 1 : Introduire une politique globale de santé mentale	109

A.	Recommandation 1 : faire levier auprès des acteurs de l'écosystème (internes et externes) pour favoriser le déploiement d'une approche et d'une politique holistiques en matière de santé mentale	109
B.	Recommandation 2 : reconnaître institutionnellement et redonner du sens au travail des RH.....	111
2.	Levier 2 : préserver et renforcer la santé mentale.....	112
A.	Recommandation 3 : appliquer la symétrie des attentions aux RH	112
B.	Recommandation 4 : repenser en profondeur la prévention primaire... et la développer au-delà du travail	112
3.	Levier 3 : lever le tabou de l'expression et diagnostiquer précocement.....	113
A.	Recommandation 5 : mettre en place un dépistage systémique	113
B.	Recommandation 6 : créer des espaces de parole sécurisés	115
C.	Recommandation 7 : mettre en place un programme national et obligatoire de formation en santé mentale et PSSM à destination des travailleurs RH.....	116
4.	Levier 4 : traiter et réparer la santé mentale.....	117
A.	Recommandation 8 : mettre en place un protocole de gestion et de déchargement des tensions inspiré des pratiques humanitaires	117
5.	Autres leviers : limites et points d'attention	118
	Conclusion : voyage dans la santé mentale des RH	120
	Bibliographie.....	122
1.	Ouvrages	122
2.	Ressources sur internet	128
	Annexes.....	130
1.	Annexe 1 : liste des maladies du DSM-5	130
2.	Annexe 2 : illustrations	131
	Evolution des termes « santé mentale», « hygiène mentale » et « prophylaxie mentale» dans les textes français entre 1800 et 2008 (selon la technologie de Google) (Doron, 2015)	131
	Principales transitions à opérer pour transformer la santé mentale dans l'intérêt de tous - Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous (OMS, 2022).....	132
	Les acteurs publics de la prévention - Les politiques publiques de prévention en santé au travail dans les entreprises - Rapport public thématique (Cours des comptes, 2022)	133

Executive summary

Il est désormais admis que tout travail peut avoir un impact important sur la santé mentale des salariés. Sujet « vertigineux »¹ - selon Juliette Raimbault, DRH France chez Alan – dont nous explorerons les contours dans le cadre de notre travail de recherche.

La santé mentale s'impose aujourd’hui comme un enjeu majeur de santé publique et de performance économique. En France, les troubles psychiques représentent près de 14 % des dépenses de l’Assurance maladie et un coût social supérieur à 100 milliards d’euros par an.

Comprendre, détecter, prévenir, enrayer les facteurs pouvant affecter la santé mentale est désormais au cœur des politiques et pratiques RH des entreprises. L’article [L. 4121-1 du Code du travail](#) prévoit en effet que « l’employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. [...]. L’employeur veille à l’adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l’amélioration des situations existantes ».

Dans ce contexte, **la fonction Ressources Humaines occupe une place singulière : garante du bien-être des salariés, elle est en même temps exposée à de fortes tensions émotionnelles et organisationnelles.**

Le baromètre 2024 *Les RH au quotidien*² indique que 80% des professionnels des ressources humaines se déclarent épuisés, 73% frustrés et 69% isolés, et que 66% d’entre eux se sentent peu ou pas soutenus. Dès lors, comment, en tant que RH, « prendre soin » et accompagner les autres quand sa propre santé mentale est fragilisée par le manque de temps, le manque de soutien, les injonctions contradictoires ?

Ce mémoire analyse la santé mentale des professionnels RH afin d’identifier les facteurs de risque, les manifestations et les leviers de prévention. La démarche combine une revue de littérature – couvrant l’histoire de la notion de santé mentale, son cadre juridique et ses impacts économiques – et une étude empirique articulant enquête quantitative et entretiens semi-directifs auprès de praticiens du secteur.

Les résultats révèlent une exposition marquée des professionnels RH à l’épuisement, au stress et à l’isolement. Cette vulnérabilité découle d’exigences émotionnelles élevées, d’injonctions paradoxales entre performance économique et protection des salariés, du flou des missions RH et de la rareté de dispositifs de soutien adaptés.

Si des outils existent, leur mise en œuvre reste inégale et principalement réactive. Quatre leviers stratégiques sont proposés :

- Instaurer une politique globale de santé mentale intégrée à la stratégie d’entreprise ;
- Reconnaître et valoriser la contribution spécifique des RH ;
- Renforcer la prévention et le dépistage précoces ;

¹ [Santé mentale au travail : les vertus d’une approche globale](#) - consulté en avril 2025

² [Baromètre 2024 : les RH au quotidien | Éditions Tissot](#) - consulté en avril 2025

- Offrir un soutien structuré incluant un protocole de « déchargement » émotionnel et un accompagnement psychologique confidentiel.

Investir dans la santé mentale des équipes RH ne relève pas seulement d'une obligation légale : **protéger celles et ceux qui veillent à la santé des autres, c'est préserver l'équilibre de l'ensemble de l'organisation.**

Mots clés : santé mentale, risques psychosociaux, santé mentale au travail, bien-être mental, fonction ressources humaines, prévention des RPS, pathologies mentales liées au travail

Qui sommes-nous ?

Angelina Poli est directrice du Conseil et de l'accompagnement RH, et de l'Expérience collaborateurs chez Malakoff Humanis, depuis octobre 2023, après plus de 15 ans dans le conseil en cabinets (Sopra Consulting, KPMG) et en interne dans le Groupe Malakoff Humanis.

Manon La Rosa est juriste-chargée de stratégie RH au sein de l’Institut Paoli-Calmettes depuis janvier 2022 après avoir été juriste en assurance et Avocat au Barreau de Marseille pendant 7 ans.

Introduction

La santé mentale a été désignée comme le premier problème de santé à l'échelle mondiale (touchant 45 % des personnes interrogées) devant le cancer (38 %), selon l'étude Ipsos parue en octobre 2023 à l'occasion du *World Mental Health Day*.³

La santé mentale des populations représente un enjeu critique en matière de coût humains, sociaux et économiques. D'après le ministère de la Santé et de l'Accès aux soins⁴, en 2023, le taux de suicide en France est l'un des plus élevés d'Europe avec 13,4 suicides pour 100 000 habitants, pour une moyenne européenne de 10,2 pour 100 000 habitants. Le suicide représente en France près de 10 000 décès et 200 000 tentatives de suicide par an, soit près de 28 décès par jour. Les coûts directs du suicide en France sont évalués à 1,2 milliards d'euros par an et ses coûts indirects à 8,6 milliards d'euros par an. Plus largement que le suicide, les coûts directs (consultation, médicaments, hospitalisation, suivi) des troubles mentaux sont colossaux pour les systèmes de santé : la prise en charge des maladies psychiatriques représente plus de 23 milliards d'euros par an pour l'Assurance maladie.

Les coûts économiques et sociaux induits par les maladies psychiatriques ont été évalués à 107 milliards d'euros par la Cour des comptes en 2011⁵ : « en 2022, les dépenses remboursées par l'Assurance maladie ont atteint 190,3 milliards d'euros pour la prise en charge de près de 68,7 millions de personnes. Parmi ces dépenses, la santé mentale [...] représente 26,2 milliards d'euros, soit 14 % du total. Ce montant positionne la santé mentale comme la deuxième source de dépenses après les hospitalisations ponctuelles (22 % des dépenses totales) et à égalité avec les maladies cardio-neurovasculaires (14 %). Les deux tiers des dépenses de santé mentale sont liés aux maladies psychiatriques identifiées par un diagnostic, en particulier les troubles psychotiques et les troubles de l'humeur (7,2 milliards d'euros en 2022). » (Expert, de Lagasnerie, Rachas, 2025).

Ainsi, avant même que la santé mentale ne soit promulguée « **grande cause nationale 2025** »⁶ par le Gouvernement français, cette notion nous est apparue, en tant que praticiennes des ressources humaines, particulièrement pertinente à explorer.

La présente étude aspire à légitimer l'existence de cette hypothèse : nos métiers de RH sont soumis à des tensions émotionnelles pouvant affecter l'ensemble d'un corps social, et ces tensions doivent être comprises, respectées, désamorcées.

Fonction crainte ou encore mal aimée, aux exigences multiples, aux contours flous, aux aspects ingrats, nous étions persuadées que les spécificités et particularismes du travail dans les ressources humaines exposent particulièrement les professionnels et employés exerçant dans les RH aux troubles de la santé mentale, tout en restant paradoxalement peu investis par la recherche.

³ [Santé mentale : un problème de santé majeur pour plus d'un tiers des Français | Ipsos](#) - consulté en mars 2025

⁴ [Chapitre 3 : Les divers degrés de coloration salariale des plateformes numériques d'intermédiation](#) - consulté en mai 2025

⁵ [Parlons santé mentale ! Grande cause nationale 2025 | info.gouv.fr](#) - consulté en avril 2025

⁶ [La santé mentale, Grande Cause nationale 2025 | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#) - consulté en avril 2025

Quels sont les principaux facteurs contribuant à la détérioration de la santé mentale des salariés dans le secteur des ressources humaines ? Les fonctions RH sont souvent en première ligne pour gérer des situations émotionnellement chargées, comme les licenciements, les réorganisations ou les conflits internes. Comment cela influence-t-il leur santé mentale ? Quelles sont les manifestations les plus courantes des problèmes de santé mentale parmi les professionnels des ressources humaines ? Quels mécanismes de soutien et de prévention sont actuellement en place, et en quoi sont-ils efficaces ou insuffisants ? Existe-t-il des mécanismes de protection propres aux personnels exerçant en RH ? Ce fut notre questionnement de départ.

Pour tenter de répondre à cet ensemble de questions, notre étude débute par une revue de littérature permettant d'explorer l'histoire et la notion de santé mentale. Le terme de santé mentale étant riche, complexe, utilisé dans de nombreux contextes et par là-même, galvaudé, il nous paraissait essentiel de le clarifier et d'en poser le plus précisément possible les contours. Elle s'attachera également à montrer les interférences entre la façon dont les troubles de la santé mentale des travailleurs peuvent affecter le travail et, réciproquement, la façon dont le travail peut affecter la santé mentale des personnes, ainsi que les défis spécifiques aux travailleurs des fonctions des ressources humaines.

En deuxième partie de ce mémoire, nous présentons les résultats de notre étude empirique, combinant une enquête quantitative et une dizaine d'entretiens semi-directifs menés auprès de divers professionnels des ressources humaines.

Enfin, à partir de l'analyse de la littérature et des résultats de l'étude de terrain, nous nous attachons à proposer un ensemble de recommandations, synthétisant les solutions envisagées par les experts et par les entreprises pour répondre à cette problématique.

Partie 1. Revue de littérature : comprendre la santé mentale

Chapitre 1. De la santé mentale

1. Emergence et histoire de la notion

Si la notion moderne de **santé mentale** date du 20^e siècle avec la définition fournie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) - nous y reviendrons plus tard, elle « s'inscrit dans une histoire longue : on retrouve des descriptions des troubles psychiques et des réflexions sur la façon de les prévenir et de les prendre en charge depuis l'Antiquité » (Bouhallier et Chevance, 2022). Elle est le fruit d'une évolution, mêlant religion, médecine, philosophie, et sciences sociales. Pour retracer les étapes de son développement, nous sommes allées puiser chez différents auteurs majeurs représentatifs de quelques-unes de ces disciplines.

Dès l'**Antiquité**, le philosophe et médecin Hippocrate (env. 460–370 av. J.-C.) a exposé sa théorie des humeurs et ses idées sur les troubles mentaux dans plusieurs traités attribués à lui-même ou à l'école hippocratique. Il suggère que les troubles mentaux proviennent de déséquilibres des « humeurs » du corps et non de causes surnaturelles. C'est une des premières approches « médicales » de ce que l'on appellerait aujourd'hui santé mentale. Dans le traité intitulé *De la Maladie sacrée/ De Morbo Sacro*⁷, il distingue deux grands types de folie, le flegme et le réchauffement (effet de la bile jaune), et réfute l'idée selon laquelle l'épilepsie serait d'origine divine, une croyance répandue à cette époque : « Cette maladie ne me paraît nullement plus divine ni plus sacrée que les autres [...]. Elle a une cause naturelle comme les autres maladies. » Il ajoute : « Je maintiens que le cerveau est exposé aux maladies les plus aiguës, les plus considérables, les plus dangereuses et de la crise la plus difficile pour les médecins inexpérimentés. ». La folie serait donc une maladie.

Au **Moyen Âge**, « la doctrine médicale [...] reste ainsi fidèle à l'humorisme hippocratique mais introduit également le primat de l'observation clinique et organise les premiers centres hospitaliers » (Valente, 2012). Les termes de *Furor/ furiosus* servent à désigner toute forme de pathologie mentale, selon l'historienne Maud Ternon (Ternon, 2018). « Le lexique de la maladie mentale, polysémique, sert aussi à dénoncer des comportements immoraux ou excessifs. L'immaturité propre à la jeunesse et l'affaiblissement dû au grand âge peuvent voisiner avec la défaillance des facultés intellectuelles ».

Plusieurs points ont retenu notre attention dans le texte de Ternon :

- Les « fous » ne sont pas châtiés, leurs actes étant indépendants de leur volonté : « la violence du fou se déchaîne sans raison apparente », « le procès contre le fou n'existe pas ». Il est établi une forme de compassion à leur égard.
- Même si le geste d'enfermement va se développer à des époques plus tardives, il était admis que garder « captifs » ou confinés ses fous relevait d'une forme de santé publique.
- Si « la maladie mentale est associée au malheur », elle n'est pour autant pas une punition divine, ni magique, ni surnaturelle. L'origine de la perte des facultés mentales est d'ordre émotionnelle ou physiologique, comme chez Hippocrate.

⁷ [Hippocrate : DE LA MALADIE SACRÉE](#) – consulté en juin 2025

- La maladie ou les troubles mentaux sont d'ordre passager, ne constituent pas un état immuable et peuvent donc être guéris. Aussi, « de nombreux déments et démentes sont cependant dépeints comme n'étant pas continûment agressifs : la folie douce peut elle aussi déboucher sur un crime et chacun possède finalement sa propre histoire de folie. »

À la **Renaissance**, la folie est perçue de façon ambivalente. Présente dans l'art, la littérature et la religion (exemple : les figures du fou dans Shakespeare, Bosch ou encore l'œuvre d'Érasme, *Éloge de la folie* en 1509 qui interroge le rôle de la folie dans la société), elle n'est pas encore considérée comme une maladie à éradiquer mais comme une voix parallèle qui révèle parfois des vérités (le fou est à la frontière entre raison et déraison).

Pour explorer la période **classique**, nous pouvons nous pencher sur les propositions de Michel Foucault dans *Folie et déraison. L'Histoire de la folie à l'âge classique* (1961). Il y développe une histoire des représentations de la figures du « fou » et de l'évolution du traitement social et institutionnel de la folie en Europe, principalement entre le XVe et le XVIII^e siècle. Il tente de comprendre comment le geste de renfermement des fous dans les asiles a pu émerger au XVII^e siècle et interroge les fondements mêmes de la notion de santé mentale.

La maladie mentale reste un problème majeur de **nos sociétés modernes** : c'est pourquoi les fondateurs de la psychiatrie continuent à nous intéresser. « Plusieurs personnages – Philippe Pinel, Jean Marc Gaspard Itard, Jean-Baptiste Pussin, Jean Colombier – qui prirent une part active dans la naissance de cette nouvelle branche de la médecine à un moment où, pour la première fois dans l'histoire, la politique poussait le monde de la médecine à repenser le sort des aliénés » (Weiner, 2006). La folie est progressivement considérée comme un objet d'étude à part entière. Des institutions comme les asiles apparaissent.

À la fin du **18^e siècle** en France, Philippe Pinel, médecin aliéniste, le « libérateur des aliénés » (Valente, 2012) introduit une approche plus humaine du traitement des malades mentaux (par la libération des chaînes, donc). Il est, selon les écrits, le fondateur de la psychiatrie moderne. **La médecine mentale devient ainsi une spécialité, au 19^e siècle.** On parle alors de « maladies mentales » plutôt que de santé mentale. Le discours est pathologique, centré sur la maladie.

Le terme santé mentale émerge et commence à se diffuser à partir des **années 1920**, notamment grâce à des psychiatres comme Clifford Beers (mouvement de l'hygiène mentale aux États-Unis), et des institutions comme l'Organisation mondiale de la santé mentale (créée en 1948) - voir annexe 2 (Evolution des termes « santé mentale », « hygiène mentale » et « prophylaxie mentale » dans les textes français entre 1800 et 2008, Doron, 2015) .

En **1946**, l'Organisation mondiale de la Santé⁸ (OMS) est fondée et définit en 1948 la santé (y compris mentale) comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » C'est au XX^e siècle, après la Seconde Guerre mondiale, à un moment historique bien précis (les années 1940-1960) que la santé mentale devient un champ général, à partir duquel s'organisent des savoirs, des pratiques et des institutions. » (Doron, 2015). D'après Claude-Olivier Doron, anthropologue de la santé, le contexte historique, celui de la guerre, est un vecteur majeur dans la diffusion et dans l'intérêt porté à ce concept de santé mentale. Cette période oblige à repenser entièrement des pratiques inventées et mises en place au cours de cette période. « Une des branches de la santé mentale qui se développera durant cette période sera l'intervention des psychiatres dans les entreprises

⁸ Site officiel de l'Organisation mondiale de la Santé - consulté en juin 2025

pour gérer les conflits de travail et améliorer la productivité en travaillant sur les relations humaines » (Doron, 2015).

Depuis les **années 1980-2000**, la santé mentale est vue de façon globale, intégrée dans la santé publique. On évoque couramment les notions de bien-être mental, de qualité de vie, de prévention, de résilience, etc. Si la déstigmatisation est progressive, elle reste inégale selon les pays et les cultures. En 2001, l'OMS consacre son rapport annuel à la santé mentale et met en avant la nécessité de mettre en place des actions de prévention, diagnostic et soin des troubles mentaux, accessibles à tous, de formuler et appliquer dès à présent des politiques et programmes face au problème des troubles mentaux, d'allouer des moyens à la recherche sur la santé mentale pour approfondir les connaissances sur les troubles mentaux et trouver des approches nouvelles qui permettent de prendre soin des personnes touchées⁹.

Aujourd’hui encore, force est de constater que les politiques publiques en matière de santé mentale restent fragiles. Dans son nouveau rapport mondial sur la santé mentale de 2022, l’OMS exhorte l’ensemble des pays à améliorer la santé mentale et les soins dans ce domaine.

2. Ce que recouvre la notion de santé mentale

A. Définition : santé mentale, un terme ambigu ?

La **définition de l'OMS** est la suivante : **la santé mentale est « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. »**

Selon cette acception, une bonne santé mentale serait donc un état de bien-être complet, tant physique que mental et social, et non simplement l'absence de maladies ou de troubles mentaux. « L'état de santé mentale complète est défini par l'absence de trouble mental et la présence d'un niveau élevé ou optimal de santé mentale » (Doré et Caron, 2017).

Ce niveau optimal inclut la capacité à faire face aux défis de la vie, dans tous les contextes, familiaux, amicaux et professionnels.

Cette distinction entre santé mentale et troubles mentaux a été établie depuis plusieurs années et prouvée empiriquement par l'étude longitudinale MIDUS réalisée de 1995 à 2005 aux États-Unis¹⁰. Elle distingue le bien-être et la simple absence de trouble. Environ 75 % des participants n'avaient pas de troubles mentaux mais seulement 20 % bénéficiaient d'un bien-être optimal.

Ainsi, « l'absence de troubles mentaux n'implique pas la présence de santé mentale », « la présence de troubles mentaux ne signifie pas nécessairement l'absence de santé mentale » et enfin « tout état inférieur à une santé mentale optimale est associé à un niveau de fonctionnement réduit, que la personne souffre ou non de troubles mentaux. » (Doré et Caron, 2017). Claude-Olivier Doron écrit qu'« il n'est pas indifférent, en effet, que l'ensemble d'un champ de savoirs et de dispositifs pratiques prétende s'organiser, à un moment donné, autour

⁹ Santé mentale 2001 – Rapport du secrétariat de l'OMS : [Microsoft Word - fe27.doc](#) - consulté en juin 2025

¹⁰ [MIDUS - Midlife in the United States, A National Longitudinal Study of Health and Well-being](#) - consulté en juin 2025

de la santé mentale et non, comme ce fut le cas à d'autres périodes, autour de l'aliénation. » (Doron, 2015).

La santé mentale est un état fluctuant, qui peut varier au cours de la vie. L'Assurance maladie en donne cette définition : « La santé mentale est un état de bien-être, indispensable pour se sentir en bonne santé. Elle ne se définit pas seulement par l'absence de trouble mental ou psychologique. La santé mentale fluctue en permanence parce qu'elle dépend de nombreux facteurs. Il est possible d'agir sur certains. »¹¹ Le niveau de détresse psychologique et la capacité à gérer le stress permettent de prédire une diminution ou une augmentation de la santé mentale. Ainsi, « **la santé mentale doit être comprise comme une ressource essentielle qu'il faut protéger, alimenter et soutenir** » (Doré et Caron, 2017).

« On ne peut donc pas dire que le concept de « santé mentale » soit si flou que ça : il réfère à une conception très précise des rapports sociaux, de l'individu en développement et des liens affectifs. Les caractères de flou quant à sa définition et à son extension en découlent directement. D'une part, le problème de la santé mentale place en son cœur la question de l'apprehension subjective, par l'individu, des événements et des relations : ce qui est posé, c'est la question des émotions, des affects ressentis par le sujet et la manière dont ils peuvent influer sur le développement de sa personnalité. Il est bien clair qu'à ce point de vue, il est difficile de fixer des critères objectifs de santé mentale » (Doron, 2015)

Michel Foucault dans *Folie et Déraison. L'Histoire de la folie à l'âge classique* montre que la définition de la santé mentale dépend d'enjeux sociaux, politiques et culturels. Et comme le rappelle l'OMS dans son plan d'actions global pour la santé mentale¹², **les déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux comprennent non seulement des facteurs individuels tels que la capacité de maîtriser ses pensées, ses émotions, ses comportements et ses relations avec autrui, mais aussi des facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux, au nombre desquels figurent les politiques nationales, la protection sociale, le niveau de vie, les conditions de travail et le soutien social offert par la communauté.**

B. Panorama des troubles de la santé mentale

Notre étude n'a pas vocation à apporter une vision médicale exhaustive de la santé mentale et de ses troubles. Pour autant, il apparaît nécessaire de cadrer ce dont nous parlons précisément lorsque nous évoquons les troubles de la santé mentale. Nous nous appuyons ici sur deux sources principales : la **Classification internationale des maladies** (CIM-11)¹³ et le **DSM-5** (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition)¹⁴ de l'OMS.

Le DSM-5 est décrit comme la « référence la plus complète, actuelle et essentielle pour la pratique clinique dont disposent les cliniciens et les chercheurs en santé mentale aujourd'hui en France comme au niveau international ». Publié par l'Association Américaine de Psychiatrie

¹¹ [Santé mentale : définition et facteurs en jeu | ameli.fr | Assuré](#) - consulté en août 2025

¹² [9789240056923-fre.pdf](#) - consulté en juin 2025

¹³ [Classification Internationale des maladies](#) - consulté en juin 2025

¹⁴ [DSM-5-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé | Livre | 9782294781353](#) - consulté en juin 2025

(APA), il présente des informations sur chaque trouble, les facteurs de risque, ses expressions. Il est étayé de statistiques pour chacun de ces troubles et est actualisé régulièrement depuis 1952. L'édition la plus récente du DSM (la 5^e) est parue en 2013 aux États-Unis et en 2015 en France. Le DSM-5 propose une classification des troubles mentaux, répartis selon 22 catégories de diagnostics, que nous retrouverons détaillées en annexe 1.

Il offre un langage commun, guide au quotidien les praticiens et notamment les psychologues et médecins du travail que nous avons rencontrés à l'occasion de notre analyse terrain (voir partie 2 : *Etude empirique : applications sur les travailleurs de la fonction RH*).

L'Assurance Maladie propose en août 2025¹⁵ l'ordonnancement suivant des altérations de la santé mentale :

- **La baisse de moral et la souffrance psychologique** : c'est lorsque la souffrance psychologique devient importante et durable que la santé mentale est altérée.
- **La détresse psychologique réactionnelle** : on y retrouve les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles du sommeil, induits par des difficultés de la vie. Elle se distingue des troubles mentaux dans le sens où elle constitue une réaction adaptative normale. En revanche, si cette détresse devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique.
- **La souffrance psychologique liée à des troubles psychiatriques** : ces troubles correspondent à ceux recensés par le DSM-5.

C. Les limites de la classification du DSM-5

Parmi les critiques formulées par les experts à son encontre (voir Di Vittorio, Minard et Gonon, 2013), le fait que **le DSM ne se penche aucunement sur les origines des maladies** a attiré notre attention.

En effet, s'il détaille pour chacun des troubles ses éventuelles conséquences sur le travail ou la vie sociale (par exemple, concernant les troubles du sommeil et l'hypersomnolence, il est indiqué que le sommeil nocturne prolongé et les difficultés à se réveiller le matin peuvent conduire à des difficultés à remplir ses obligations matinales, comme arriver à l'heure au travail, etc.), **il ne traite pas directement du travail comme cause principale des troubles mentaux et reste attaché à décrire les symptômes et facteurs contributifs ou aggravants.**

Plusieurs troubles répertoriés dans le DSM-5 peuvent être déclenchés, aggravés ou révélés par des facteurs liés au travail. Le DSM lui-même ne mentionne pas les troubles professionnels mais la littérature scientifique et la médecine du travail ont montré que certaines catégories sont particulièrement sensibles au stress professionnel, à l'organisation du travail, aux expositions traumatiques et aux risques psychosociaux.

Le travail peut être à l'origine de souffrance. C'est ce que nous allons exposer en suivant pour tenter de lier maladies mentales et travail.

¹⁵ [Santé mentale : définition et facteurs en jeu | ameli.fr | Assuré](#) - consulté en août 2025

3. Etat et représentations de la santé mentale

Si la question de la santé mentale existe depuis longtemps dans les milieux scientifiques et d'expertise psychiatrique, elle n'a pas toujours été reconnue dans l'espace public. Pendant des années, elle a été éclipsée par les problématiques liées à l'emploi, et ce, en dépit des avancées des années 1970 sur l'amélioration des conditions de travail. **Elle est redevenue un enjeu social avec la montée des problèmes de stress, de harcèlement moral ou de souffrance au travail, ainsi qu'à travers, plus récemment, de l'intérêt porté au bien-être et à la qualité de vie au travail.** L'évolution du vocabulaire employé à ce sujet témoigne du lien étroit entre travail et mode de vie.

A. Etat de la santé mentale en France et ailleurs

Le phénomène de nécessaire prise en main de la santé mentale des travailleurs comme des citoyens semble généralisé dans le monde occidental.

En 2025, l'OMS région Europe note que 9 personnes sur 10 atteintes d'une maladie mentale estiment que les médias ont un rôle important à jouer dans la lutte contre la stigmatisation¹⁶, notamment en offrant au public les bonnes informations.

L'**Allemagne**, souvent considérée comme sérieuse et industrielle, est, elle aussi, touchée dès avant la crise sanitaire du Covid : « Une note du Ministère Fédéral du Travail Allemand publiée fin mars 2019 indique que le nombre de jours de maladie dus à des problèmes psychologiques a plus que doublé au cours des dix dernières années, passant d'environ 48 millions (2007) à 107 millions (2017). Les coûts économiques des temps d'arrêt, constitués essentiellement par le nombre de jours de maladie et le nombre de départs prématurés à la retraite, ont presque triplé, passant de 12,4 milliards d'euros à 33,9 milliards d'euros au cours de la même période »¹⁷.

Au **Royaume-Uni**, le National Health Service fait état que 31 % d'arrêts de travail prescrits pour les professionnels de la santé le sont pour des problèmes de santé mentale¹⁸. Au cours des 15 dernières années, de nombreuses campagnes ont été menées non seulement par des organismes de santé publique et des associations caritatives, mais aussi par des entreprises, des universités et des écoles. Ces actions promeuvent divers contenus, notamment l'explication des symptômes, la dé-stigmatisation de troubles, la sensibilisation à la fréquence des problèmes de santé mentale et l'incitation à demander de l'aide. Des milliers de comptes sur les réseaux sociaux, gérés par des cliniciens ou des anonymes, diffusent des messages similaires. L'objectif principal de ces actions est de faire comprendre que chacun peut rencontrer des problèmes de santé mentale, que ceux-ci ne doivent pas être stigmatisés et qu'une aide est disponible si l'on

¹⁶ <https://www.who.int/europe/fr/news-room/feature-stories/item/how-the-media-can-combat-mental-health-stigma-and-discrimination> - consulté en août 2025

¹⁷ <https://www.metiseurope.eu/2025/02/24/la-sante-mentale-grande-cause-nationale-de-lentreprise/> - consulté en juillet 2025

¹⁸ <https://www.britsafe.org/safety-management/2024/calls-for-more-mental-health-support-for-nhs-workers-grow-amid-burnout-fears> - consulté en août 2025

en fait la demande¹⁹. La campagne la plus connue et la plus suivie est celle du « It's OK not to be OK ».

Dans les médias généralistes **français**, la notion de santé mentale en entreprise commence à émerger à la fin des années 1990²⁰ et le sujet s'intensifie dans les années 2000 lors d'affaires majeures (France Télécom, Renault...) où les médias généralistes commencent à évoquer le terme de « santé mentale » au travail, d'abord sous l'angle du stress puis de la dépression, du burn-out, du harcèlement et des suicides liés au travail.

La crise du COVID-19 semble avoir offert à la santé mentale un véritable espace d'existence propre et indépendant du reste des troubles observables en entreprises. En octobre 2024, le gouvernement de Michel Barnier décide d'ériger la santé mentale en Grande Cause Nationale pour l'année 2025. Après son départ, le gouvernement de François Bayrou décide de confirmer ce choix.

L'objectif principal de cette stratégie gouvernementale est de « **lutter contre le manque d'information et la stigmatisation des troubles mentaux.** »²¹ On y reconnaît que la santé mentale est multifactorielle mais que le travail peut être un facteur déterminant de l'état de la santé mentale de nos concitoyens. C'est d'ailleurs le Ministère du Travail qui coordonne les feuilles de route que chaque ministère va produire pour s'inscrire dans cette grande cause nationale. Trois mesures concrètes sont déjà en cours de déploiement autour du renforcement de l'offre de soin, de l'organisation de la sensibilisation et de la prévention, et enfin de la santé mentale au travail.

B. Culture de masse et santé mentale

Comme nous l'avons vu, si la notion de santé mentale est ancienne, elle a peiné et peine encore à trouver sa juste place auprès du grand public.

Dans cette perspective, la culture nous est apparue un levier pertinent pour la démocratisation de la santé mentale. Dépassant le réel, la culture/ fiction peut agir comme un miroir de nos sociétés.

L'expression « culture de masse » est ici envisagée dans le sens proposé par Edgar Morin repris par Laurent Martin (2024), à savoir « qu'elle s'adresse à une humanité ou à un public considéré comme une masse, c'est-à-dire un ensemble d'individus isolés mais agrégés par des goûts communs, une foule solitaire, dira plus tard Riesman, dont les différences individuelles et collectives sont gommées au profit d'une appartenance commune à cet ensemble de consommateurs des mêmes produits de la culture de masse »²². Autrement dit, la culture permet de se projeter en proposant des figures de référence ou d'identification.

¹⁹ <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/problem-with-mental-health-awareness/589DD872C331A27DAB145279579B9E5A> - consulté en juillet 2025

²⁰ [Quelle histoire pour la santé mentale ?](#) - consulté en août 2025

²¹ [La santé mentale, Grande Cause nationale 2025 | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#) - consulté en juillet 2025

²² Martin, L. (2024). II. Edgar Morin et la culture de masse Sociologie de la culture et sociologie des médias dans les années 1960 et 1970. Dans C. Fischler Edgar Morin : Les cent premières années (p. 69-89) <https://shs.cairn.info/edgar-morin--9791037039521-page-69?lang=fr> - consulté en août 2025

Séries, films, musique, sport, journalisme ou arts plastiques illustrent de multiples façons la place croissante de la santé mentale dans l'espace public.

Récemment, **des artistes américains ont médiatisé leur santé mentale**, à l'image de Selena Gomez qui a beaucoup pris la parole sur le trouble bipolaire dont elle est atteinte dans le documentaire *Selena Gomez, my mind and me*. Elle produit également la série *13 Reasons Why*, qui parle de harcèlement scolaire et de suicide. Elle prolonge cet engagement avec sa marque de beauté inclusive, dont une part des bénéfices est reversée à des associations de santé mentale. De même, Lady Gaga a évoqué dans les médias son trouble de stress post-traumatique consécutif à des violences sexuelles. En partageant son expérience, elle contribue à briser les tabous et offre une figure d'identification positive aux personnes concernées.

Les **séries** de la fin des années 2000 ont ainsi commencé à contribuer à populariser le sujet de la santé mentale en l'utilisant au cœur de l'intrigue ou comme un ressort narratif central. La série *Euphoria* a montré de manière très créative²³, la complexité que peut amener l'addiction dans la sphère familiale. Le format série et son récit sur le temps long, sur plusieurs saisons, se prête à une approche subtile des différents troubles, ce qui permet d'échapper à la représentation exclusive de la crise ou de l'épisode aigu.

Certains **films** assument d'avoir pour sujet central une problématique de santé mentale. Ainsi, *Happiness Therapy aborde directement* le soin de la bipolarité et de la dépression en usant du prisme de la comédie romantique. De même le film, *Tully* porte sur la dépression post partum et la charge mentale des mères.

En **France**, c'est la série *En thérapie*, sur Arte, qui a marqué les esprits. Adaptation d'un succès mondial né en Israël en 2005 (*BeTipul*), cette série entraîne le spectateur dans l'intimité des personnages qu'elle met en scène, au détour des séances de cure analytique conduites par un psychiatre.

En **musique**, les musiciens/ interprètes Louane et Stromae ont clairement et publiquement abordé leur santé mentale, chacun à travers leurs témoignages et leur œuvre, cherchant explicitement à contribuer à lever le tabou sur ce sujet.

Des groupes leaders dans la **beauté** s'engagent, comme L'Oréal avec son programme « Brave Together » de Maybelline, contre l'anxiété et la dépression. Dans la **mode**, la jeune marque de streetwear *Madhappy* promeut des vêtements confortables et réconfortants et lance la tendance du *Mental Wear*, qu'on pourrait traduire par une intégration des préoccupations de la santé mentale dans l'industrie de la mode.

Sur un autre pan de la culture, la **peinture** et la **sculpture** interrogent aussi la santé mentale.

Gérard Garouste (1946-..), surnommé « l'intranquille », est un peintre et sculpteur français dont l'œuvre mêle inspirations classiques et contemporaines. Du 7 septembre 2022 au 2 janvier 2023, le Centre Pompidou²⁴ a présenté une rétrospective explorant les liens entre son érudition, ses troubles psychiques et sa création. Interné à plusieurs reprises, il confie : « [...] ma maladie m'a empêché de créer autant que j'aurais voulu. Ce que j'ai peint en période de délire, je l'ai souvent

²³ <https://www.radiofrance.fr/franceculture/c-est-une-serie-qui-provoque-un-effet-d-epuisement-le-succes-controverse-de-la-saison-2-d-euphoria-5108765> - consulté en août 2025

²⁴ <https://www.centre Pompidou.fr/fr/programme/agenda/evenement/1c7rCx A> ; https://voir-et-dire.net/spip.php?page=article&id_article=536 - consulté en juillet 2025

détruit. Heureusement, grâce aux traitements, j'ai pu avoir de longs intervalles stables pour travailler »²⁵.

Toujours dans le monde de la peinture, *Le Cri* d'Edvard Munch, réalisé en 1893, est considéré comme l'un des plus puissants symboles picturaux de l'angoisse psychique et de la santé mentale dans l'histoire de l'art. L'œuvre met en scène une figure déformée sur un pont, les mains plaquées sur son visage dans une posture de détresse extrême, sous un ciel rougeoyant et tourmenté, visant à traduire « les états d'âme les plus subtils²⁶ » – angoisse, peur et solitude – au cœur de la condition humaine moderne. On sait que Munch a traversé des épisodes graves de dépression, a été marqué par la mort dès l'enfance (mère et sœur disparues), et par une santé mentale fragile menant à une hospitalisation psychiatrique en 1908.

Dans le monde du **sport**, la santé mentale a aussi fait une entrée tonitruante.

En mai 2021, Naomi Osaka (ex-n°1 mondiale et quadruple vainqueure en Grand Chelem) révélait souffrir d'angoisse et de dépression en quittant Roland-Garros. Refusant les conférences de presse pour protéger sa santé mentale, elle fut sanctionnée d'une amende et menacée d'exclusion. Aujourd'hui, elle a enregistré trois méditations destinées aux enfants, adaptées à chaque âge, pour les aider à mieux gérer le stress à l'école, à la maison et au quotidien.

En France, l'INSEP s'empare du sujet et utilise depuis les années 2020 un questionnaire recommandé par le Comité international olympique pour détecter de potentiels troubles de la santé mentale et prévenir les risques de détresse psychologique ou d'isolement des athlètes. Elle a aujourd'hui développé le livret « Accompagner le déploiement de la dimension mentale dans le sport de haut niveau »²⁷. Il s'articule autour de 3 axes : **la définition d'un socle commun d'éducation à la dimension mentale, la formation des entraîneurs à la dimension mentale, la construction des Labs de la Performance, pratiques partagées pour une performance augmentée**. Ce découpage pourrait tout aussi inspirer la construction des stratégies d'entreprise (autour de l'information des collaborateurs, de la formation des managers, et de l'échange entre pairs).

En mars 2025, le **journaliste** Nicolas Demorand publie un livre dans lequel il se livre sur sa bipolarité qu'il résume lui-même ainsi en couverture : « Les évènements racontés dans ce livre se déroulent sur plus de vingt ans. Pendant toutes ces années, je me suis tu. Aujourd'hui, j'écris en pensant à toutes celles et ceux, des centaines de milliers, peut-être des millions, qui souffrent en silence du même mal. »

Le groupe M6 diffuse un **documentaire** de Juliette Paquin, *Santé mentale, briser le tabou*²⁸, destiné à lutter contre la stigmatisation et à encourager la prise en charge. Une dizaine de personnalités y témoignent de leurs troubles. Leurs récits sont accompagnés d'analyses d'un psychiatre, qui explique les étapes du diagnostic et du soin.

²⁵ <https://foliearts.wordpress.com/2015/04/27/la-folie-comme-destruction chez-les-peintres/> - consulté en juillet 2025

²⁶ <https://www.riseart.com/fr/article/2576/oeuvre-a-la-loupe-le-cri-edvard-munch> - consulté en juillet 2025

²⁷ [Accompagner le déploiement de la dimension mentale dans le sport de haut niveau - Version enrichie | INSEP](#) - consulté en août 2025

²⁸ [Santé mentale : un documentaire pour « briser le tabou » | info.gouv.fr](#) - consulté en août 2025

Les **podcasts** sur la santé mentale fleurissent témoignant d'un vaste mouvement pour rendre la santé mentale accessible, compréhensible et déstigmatisée dans l'espace public. On dénombre ainsi entre autres :

- Santé Psy Étudiant produit *Kaavan*, un podcast officiel du ministère de l'Enseignement supérieur dédié aux étudiants,
- Des associations comme *Nightline France* avec *Vide Ton Sac* ou PSSM France avec *Apprendre à aider* participent activement à créer des contenus accessibles et éducatifs,
- Des médias indépendants et plateformes comme Binge Audio proposent des podcasts populaires tels que *Encore heureux* ou *Folie Douce* qui libèrent la parole sur la souffrance. *Folie Douce* emploie le terme « folie » pour renverser le stigmate et se réapproprier une identité souvent marginalisée.

Même si **l'évaluation scientifique de l'impact de la culture sur les représentations de la santé mentale** demeure complexe, avec des résultats variés voire divergents, plusieurs données convergent pour souligner l'influence croissante de la culture populaire dans ce domaine.

Une étude américaine publiée en 2020²⁹ a, par exemple, montré que les spectateurs du film *Joker* manifestaient davantage de préjugés à l'égard des troubles mentaux que ceux ayant vu *Terminator*, suggérant que certaines œuvres audiovisuelles peuvent renforcer les stéréotypes psychiatriques. Cette vision caricaturale et sans espoir est d'ailleurs à l'œuvre dans un film comme *Vol au-dessus d'un nid de coucou* (Milos Forman, 1975) où la psychiatrie est dépeinte comme un univers carcéral et violent.

Le psychiatre Jean-Victor Blanc, auteur de *Pop & Psy* (Plon), analyse la représentation des troubles psychiques dans la culture populaire et a créé en 2022 le **Festival Pop & Psy**³⁰., événement gratuit visant à dépoussiérer les idées reçues, éduquer de façon ludique et favoriser l'inclusion des personnes concernées. Lors de l'édition 2023, un sondage Odoxa-Doctolib a montré qu'**un quart des Français jugent films et séries fiables pour s'informer sur la santé mentale**, soulignant l'influence de ces médias.

La culture sous toutes ses formes et sur tous ces supports a donc indéniablement contribué à faire sortir de l'ombre le sujet de la santé mentale, avec plus ou moins de réussite sur le plan des résultats de la démystification ou du renforcement de certains stéréotypes.

4. Vers une politique globale de santé mentale : approches individuelles et leviers collectifs

Si la question de la santé mentale, comme le montre cette revue de références populaires, se pose de façon plus visible, y compris auprès du grand public, les réponses à apporter pour la maintenir, la favoriser et la protéger, à un niveau collectif comme individuel, restent partielles, disséminées et superficielles. Les propos d'Abord de Chatillon et Desmarais (2017) confirment nos recherches : « en matière de santé au travail, les recherches portent davantage

²⁹ <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2764842> Association of Viewing the Films Joker or Terminator: Dark Fate With Prejudice Toward Individuals With Mental Illness ; Damian Scarf, PhD1; Hannah Zimmerman, BA1; Taylor Winter, MSc2; et al - consulté en août 2025

³⁰ <https://popetpsy.fr/> - consulté en juillet 2025

sur les manifestations et les causes des risques psychosociaux que sur des dispositifs validés scientifiquement pour favoriser le bien-être des salariés ».

Si l'OMS affirme qu'« il existe des stratégies abordables, efficaces et réalisables pour promouvoir, protéger et rétablir la santé mentale » (OMS, 2022), elle oriente ses recommandations vers une transformation en profondeur, à l'échelle de l'ensemble de la société (politique, institutionnelle, sociale...) - voir l'illustration en annexe 2 (Principales transitions à opérer pour transformer la santé mentale dans l'intérêt de tous - *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous* - OMS, 2022).

Les transformations préconisées par l'OMS concernent principalement le niveau **collectif**, que nous proposons de segmenter ainsi : la prévention et le dépistage, le développement des services et institutions, l'intégration dans les politiques publiques, l'éducation, la formation et la promotion, l'amélioration de l'accès aux soins, la réparation et la réinsertion.

Concernant les actions que chaque **individu** peut mettre en œuvre, la littérature académique apparaît moins développée que les guides de vulgarisation. Des ouvrages grand public visant à rendre le concept accessible existent en nombre conséquent, même si le volume éditorial global reste difficile à estimer.

L'OMS insiste sur le développement des « aptitudes » et « compétences » permettant à chacun de « comprendre et prendre soin de sa santé mentale », point central des campagnes de prévention et des ouvrages de vulgarisation. Si la capacité de diagnostic ou d'autodiagnostic est essentielle (« l'expérience prouve que le dépistage et le traitement précoces des troubles mentaux permettent souvent d'obtenir une guérison plus rapide et d'empêcher l'apparition de troubles plus graves » (Doron, 2015)), elle demeure insuffisante pour une approche globale.

Plusieurs organisations œuvrant dans le domaine de la santé mentale recensent des comportements favorisant le bien-être, centrés notamment sur le « selfcare ». Nous proposons ici une synthèse non exhaustive des recommandations proposées par le National Institute of Mental Health³¹, le Gouvernement du Canada³², l'agence nationale de Santé publique en France³³ :

- Pratiquer régulièrement une activité physique
- Adopter une alimentation équilibrée et modérer la consommation d'alcool
- Dormir suffisamment
- Pratiquer une activité relaxante et favorisant le bien-être, ou en lien avec la nature
- Se fixer des objectifs réalistes, des priorités et éviter la surcharge
- Cultiver la gratitude et se concentrer sur les pensées positives
- Entretenir son réseau social, éviter l'isolement, rester en contact avec ses amis, sa famille ou toute personne capable d'offrir un soutien émotionnel ou pratique
- Aider les autres

³¹ [National Institute of Mental Health \(NIMH\) - Transforming the understanding and treatment of mental illnesses](#) - consulté en août 2025

³² [Maintenir une bonne santé mentale | Gouvernement du Québec](#) - consulté en août 2025

³³ [Santé mentale](#) - consulté en août 2025

Lorsque la capacité à se concentrer, à dormir ou à se motiver est altérée, ou que l'irritabilité et la frustration deviennent trop importantes, le recours à une ligne d'écoute ou à un professionnel de santé mentale reste recommandé par ces organisations.

Ces conseils constituent un socle utile pour promouvoir le bien-être individuel. Ils sont clairs, simples à appréhender et couvrent les dimensions essentielles du mode de vie.

Cependant, **plusieurs limites peuvent être relevées**, notamment **la mise en avant de la responsabilité personnelle et la modification de comportements individuels, négligeant largement les facteurs structurels et contextuels qui conditionnent la santé mentale**. Par exemple, pratiquer une activité physique régulière ou maintenir une alimentation équilibrée suppose un accès aux espaces adaptés, des ressources financières et un environnement favorable, ce qui n'est pas universellement possible. Le manque de contextualisation scientifique est également manifeste : ces recommandations restent généralistes et peu nuancées par rapport aux différences individuelles et aux preuves empiriques concernant l'efficacité de chaque levier. Il serait pertinent de préciser dans quelles situations ou pour quels profils ces pratiques sont les plus efficaces.

Le dispositif « **Premiers Secours en Santé Mentale** » (PSSM), adapté en France à partir du programme australien « Mental Health First Aid »³⁴ est un outil concret de renforcement des compétences individuelles et collectives. Inspiré du modèle des premiers secours physiques, cette formation vise à préparer toute personne, tout citoyen, à reconnaître les signes précoce de détresse psychique chez autrui, à réagir de manière appropriée et à orienter la personne en détresse vers les ressources adaptées. Cette action est soutenue par le gouvernement, qui a inscrit ce projet parmi les 25 mesures phares du Programme national de Santé Publique et comme l'une des 37 actions de la feuille de route présentée lors du comité stratégique santé mentale et psychiatrie le 28 juin 2018³⁵. Soutenue par des médecins et psychiatres (Marescaux, 2019), l'intégration des PSSM dans les écoles, les entreprises et les collectivités pourrait constituer un levier clé pour compléter les mesures individuelles de *selfcare* et les politiques collectives de santé mentale.

Une **politique de santé mentale collective** (plans, dispositifs, campagnes, inclusion dans les politiques publiques...) constitue le socle nécessaire pour garantir un environnement favorable. Parallèlement, la **politique individuelle** repose sur la responsabilisation personnelle, l'autonomie dans la gestion de sa santé mentale, et l'usage des structures compétentes disponibles. **Les deux niveaux, individuel et collectif, sont complémentaires et indissociables pour une politique de santé mentale efficace et inclusive.**

Le concept de santé mentale, défini comme l'état opposé à la « folie » ou aux troubles mentaux, invite à organiser pratiques et savoirs au-delà de la pathologie. La prise en charge des maladies mentales, largement documentée, fait l'objet de recherches scientifiques constantes et bénéficie d'établissements et de professionnels spécialisés (bien que leur nombre reste insuffisant, d'après les experts).

D'après l'OMS et nous l'avons vu dans le paragraphe de notre étude posant la définition, la santé mentale est déterminée par un ensemble complexe de pressions et de vulnérabilités d'ordre individuel, social et structurel (OMS, 2022). **Si certains facteurs (biologiques, génétiques)**

³⁴ [Mental Health First Aid](#) - consulté en août 2025

³⁵ feuille_de_route.sante-mentale-psychiatrie-2024.pdf - consulté en septembre 2025

échappent à l'action directe, d'autres peuvent être modulés, tels que les expériences vécues durant l'enfance, l'environnement familial et social, le milieu de travail ou les ressources financières.

Il s'agit d'élaborer des stratégies d'information, de prévention, de diagnostic, de soins et de soutien à tous les niveaux de la société et à toutes les phases de la vie. La santé mentale doit ainsi être abordée dans un véritable « **dialogue pluridisciplinaire** » (selon les propos de Bruno Lefebvre, psychologue clinicien et psychothérapeute, chercheur et enseignant dans le MBA Management des RH de Paris Dauphine), impliquant médecine, psychologie, sociologie, éducation, sciences politiques, économie, droit... L'objectif est d'adopter un langage et des finalités communs. Comme le souligne Claude-Olivier Doron (2015), tout espace social - famille, école, lieu de travail, hôpital - doit être évalué selon son impact sur le développement affectif des individus. La santé mentale est « l'affaire de tous »³⁶.

Dans son rapport de 2022, l'OMS rappelle enfin l'importance de prendre des mesures au-delà du seul secteur de la santé. Si ce dernier peut jouer un rôle central en intégrant promotion et prévention dans les services de santé, **il est indispensable de promouvoir et protéger la santé mentale dans les écoles, les lieux de travail** et à travers la législation et la réglementation, en intégrant les personnes vivant avec un trouble psychique et en garantissant le respect des droits humains, ainsi que le bien-être et la santé au travail.

³⁶ [Santé mentale et psychiatrie : pas de "grande cause" sans grands moyens - Sénat](#) - consulté en septembre 2025

Chapitre 2. Le travail et la santé mentale

1. Comment le travail affecte la santé mentale ?

A. Rapport entre travail et santé mentale

Le travail constitue l'un des lieux privilégiés où joue et se joue la santé mentale des individus.

La définition de la santé mentale établie par l'OMS reflète une **vision productiviste**, en établissant un lien fort entre santé mentale, capacité à travailler et contribution sociale : une bonne santé mentale permet à chacun « de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté »³⁷ (OMS, 2001). Cette conception inscrit la santé mentale dans une logique de performance et de responsabilité individuelle en lien direct avec les exigences du monde professionnel.

Pour autant, le travail ne se réduit pas à une fonction économique : il est à la fois espace de socialisation, de reconnaissance et parfois de détérioration de la santé physique et psychique. La **philosophie** et la **sociologie du travail** montrent que l'expérience dans le monde professionnel dépasse largement la simple relation utilitariste.

Le concept de **biopouvoir** développé par Michel Foucault éclaire la relation entre santé mentale et travail. Dans *Histoire de la sexualité* (1976), il écrit : « L'ancienne puissance de la mort, symbole du pouvoir souverain, est désormais recouverte par l'administration des corps et la gestion calculatrice de la vie. Le pouvoir s'exerce désormais sur la vie plutôt que sur la mort. [...] Ce biopouvoir s'est exercé sous deux formes principales : l'une centrée sur le corps comme machine (...) l'autre, plus globale, portant sur la vie de l'homme en tant qu'espèce. »

De même, dans *Surveiller et punir* (1975), Foucault montre que **le temps et l'organisation du travail deviennent des instruments de discipline** : « À l'intérieur de l'atelier [...] les corps doivent être extraits de leur inertie et de leur indocilité, dressés, rendus dociles et utiles. Le pouvoir disciplinaire fabrique ainsi des corps soumis et exercés, des corps productifs » (p. 153-154). [...] la « santé mentale » renvoie à ce que Foucault appelait un « biopouvoir ». Le terme est aujourd'hui galvaudé mais ici, nous avons affaire à un biopouvoir au sens plein du terme : il s'agit de redoubler, par des dispositifs de pouvoir qui vont du conseil, de l'orientation, à l'enfermement, toute la vie des sujets, c'est-à-dire toutes les phases de leur développement » (Doron, 2015).

« Pour Foucault, l'articulation entre individu et l'organisation se fait à partir de trois moyens : d'une part, une **surveillance des comportements**, d'autre part, le recours à la sanction et enfin, une pratique de l'examen » (Pezet in Chevalier, Coron, Clotilde, Gaillard et Oiry, 2024). **La santé mentale peut alors être comprise comme une ressource et une technique de gouvernement visant à ce que chacun gère ses émotions et s'auto-surveille, contribuant ainsi à la fabrication de corps dociles** (Foucault, 1975) et productifs.

En outre, le concept de **violence symbolique** de Bourdieu permet de comprendre les mécanismes moins visibles de domination au travail. Il définit la violence symbolique comme une « violence douce, insensible, invisible pour ses propres victimes, qui s'exerce essentiellement par les voies symboliques de la communication et de la connaissance, ou plus

³⁷ [Santé mentale](#) - consulté en juin 2025

précisément, de la méconnaissance, de la reconnaissance ou, en dernière analyse, du sentiment » (*La Domination masculine*, 1998).

Appliquée au travail, cette idée montre comment des rapports de pouvoir s'exercent de manière intérieurisée. Les normes et contraintes professionnelles sont acceptées comme allant de soi, générant souvent souffrance et culpabilité, tout en restant difficilement contestables, comme le souligne Bourdieu dans *La Misère du monde* (1993) : « Le travail constitue un objet paradigmatic, en ce sens qu'il cumule à la fois toutes les propriétés de la domination – et donc les écueils qui lui sont associés et les conditions de son dépassement [...] s'il peut être une source évidente d'exploitation, le travail est en effet le seul espace à ses yeux [...] qui offre à la fois les conditions et les outils d'une rationalisation de l'action des agents ».

Cette « double vérité » du travail – à la fois source de souffrance et potentiel levier d'émancipation – se manifeste aujourd'hui dans les dispositifs de gestion de la santé psychique des salariés (prévention du stress, cellules d'écoute, programmes de bien-être, qualité de vie au travail...), qui visent autant à protéger les individus qu'à maintenir la performance économique.

Alain Ehrenberg (*La Fatigue d'être soi*, 1998) montre que l'essor des troubles dépressifs est lié aux transformations de nos sociétés contemporaines, dont les règles ont changé. La santé mentale devient un indicateur central de l'adaptation individuelle à un **environnement marqué par l'exigence d'autonomie et de performance**. La souffrance psychique change : « la contrainte imposée à l'ouvrier n'est plus l'homme-machine du travail répétitif, mais l'entrepreneur du travail flexible. [...] Les ingénieurs en relation humaine d'aujourd'hui s'ingénient à produire de l'autonomie. Il s'agit moins de soumettre les corps que de mobiliser les affects et les capacités mentales de chaque salarié. » « **L'entreprise est l'antichambre de la dépression nerveuse** » (Ehrenberg, 1998).

Enfin, la **psychodynamique du travail développée** par Christophe Dejours complète cette analyse. Elle considère la relation subjective de l'individu à son travail, en montrant que ce dernier peut être source de pathologie, mais aussi ressource de développement personnel et de santé mentale, selon qu'il favorise ou non la créativité, la coopération et la reconnaissance (Dejours, 2016).

Ainsi, **penser le rapport entre travail et santé mentale implique de considérer ensemble deux dimensions : d'une part, la violence symbolique et les logiques de domination qui s'exercent au quotidien, souvent de manière imperceptible ; d'autre part, les potentialités d'émancipation et de ressourcement que le travail peut offrir**. Cette double vérité explique la place centrale du travail dans la construction – ou la destruction – de la santé mentale.

B. Les types de souffrances auxquelles s'exposent les travailleurs

Il apparaît nécessaire de **dresser un panorama des différentes formes de malaises et troubles auxquels les travailleurs peuvent être confrontés**, avant de centrer notre propos sur les populations exerçant leurs fonctions dans les ressources humaines.

1) Risques psychosociaux vs santé mentale

La santé mentale est une notion qui dépasse le cadre strictement professionnel. « Contrairement aux idées reçues, la santé mentale ne se résume pas à l'absence de troubles

psychiques. En effet, 100 % d'entre nous avons une santé mentale, qu'elle soit florissante, fragile ou altérée. Les troubles mentaux, quant à eux, touchent une partie de la population : selon l'OMS, 1 Européen sur 4 en souffrira au cours de sa vie. »³⁸

Alors que la santé mentale concerne l'état de bien-être général de chaque individu, **les risques psychosociaux se concentrent sur les risques liés au travail qui peuvent impacter la santé globale, y compris mentale.** Les RPS constituent une catégorie de risques professionnels intrinsèquement liée aux conditions d'exercice du travail. Selon la définition proposée par Michel Gollac³⁹, ils désignent « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi ainsi que par les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ». Au-delà des risques physiques, biologiques et chimiques, ces risques se révèlent aujourd'hui particulièrement préoccupants : leurs conséquences sur la santé mentale sont considérables (Légeron, 2017).

Concrètement, **les RPS se traduisent par des manifestations variées** telles que le stress chronique, l'épuisement professionnel, les violences internes (entre salariés, avec les syndicats, etc.) ou externes (venant des clients, des partenaires, etc.), ainsi que des conditions de travail susceptibles de compromettre le bien-être des personnes. **Les facteurs de risques sont nombreux** et s'articulent autour de six grandes dimensions⁴⁰ : l'intensité et le temps de travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie, la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, les conflits de valeurs, et l'insécurité socio-économique.

Il convient donc de **distinguer la notion de risque de celle de trouble** : le risque est celui de l'exposition à une situation dangereuse, c'est-à-dire la probabilité d'y être confronté). « Le trouble est la conséquence de l'exposition aux risques » (Plivard, 2023). Les risques psychosociaux peuvent ainsi avoir des répercussions multiformes sur la santé globale des individus, affectant les dimensions physique, mentale et sociale. Ils sont susceptibles de favoriser l'émergence de diverses pathologies, parmi lesquelles figurent les maladies cardiovasculaires, les troubles musculo-squelettiques, certains cancers, ainsi que les troubles psychiques. Gollac précise que « de nombreux travaux scientifiques soutiennent l'idée que des facteurs socio-économiques, notamment organisationnels, interagissent avec le psychisme des travailleurs et que **cette confrontation a un impact sur la santé mentale**, physique et sociale de ces travailleurs » (Gollac et Bodier, 2011).

Ainsi, les troubles liés aux RPS s'inscrivent dans **un continuum qui affecte à la fois la sphère professionnelle et la vie personnelle des individus.**

2) La charge mentale et la santé mentale

Jacques Leplat (fondateur de la psychologie ergonomique, en 1977) définit la **charge mentale** comme : « **les ressources cognitives mobilisées par l'opérateur lui permettant de répondre aux exigences de la tâche qu'il réalise** ». Cette définition désigne la charge mentale comme le degré de mobilisation du sujet, la fraction de sa capacité de travail, qu'il investit dans sa tâche (Leplat & Pailhous, 1969). Il s'agit du coût pour un humain d'accomplir une tâche avec un certain

³⁸ [Santé mentale versus RPS | CIG Grande Couronne](#) - consulté en juillet 2025

³⁹ [Michel Gollac \(dir.\), « Les risques psychosociaux au travail »](#) - consulté en juillet 2025

⁴⁰ [Risques psychosociaux \(RPS\). Facteurs de risque - Risques - INRS](#) - consulté en août 2025

niveau de performance. Cette représentation du concept de charge mentale met en exergue la place centrale occupée par la performance dans la détermination du niveau de charge mentale. L'approche de Hart et Staveland associe à la notion de charge mentale une certaine instabilité liée à des différences intra-individuelles de la gestion des ressources cognitives. En effet, au cours de l'exécution de la tâche, l'état dans lequel se trouve l'opérateur varie selon le niveau « d'aptitude » cognitive dans lequel il estime se trouver (De Jong, 2001 ; Lautrey, 2003). Ce niveau dépend principalement de la motivation de l'opérateur et est susceptible de varier selon les émotions ressenties par l'opérateur (énervement, joie, fatigue, de confiance, etc.) » (Martin, Hourlier et Cegarra, 2013).

Il existerait des **zones de confort**, situées entre le niveau de surcharge et le niveau de sous-chARGE. Dans cette zone intermédiaire, le travailleur peut répondre aux exigences de son activité, remplir l'objectif visé par chaque tâche réalisée, tout en restant confortable dans ses capacités cognitives pour réaliser ce travail (Martin, Hourlier et Cegarra, 2013).

Nous nous souvenons que la santé mentale renvoie à une définition plus large que celle de l'absence de maladie mentale et inclut la notion de bien-être. Qui dit zone de confort, dit zone d'inconfort. On comprend donc que la **charge mentale a à voir avec la santé mentale : si l'exigence, le niveau de charge et les capacités cognitives ne sont pas en adéquation ou sont mal articulées, la qualité, la justesse, l'attention dans le travail peuvent se voir dégrader**. Il est probable que la santé mentale du travailleur le soit aussi et que l'état général de l'individu, notamment son état émotionnel, impacte sa capacité à gérer sa charge mentale.

3) Le stress au travail

« **De nombreuses études internationales font apparaître le stress comme le plus fréquent des RPS** » (Légeron, 2017).

À partir des années 1970, l'intérêt scientifique pour l'ennui au travail s'est progressivement estompé au profit de la notion de stress, qui s'impose peu à peu dans la recherche et dans le langage courant. Popularisé dès les années 1930 par Hans Selye, ce concept renvoie à la **réaction de l'organisme face à une agression externe, qu'elle soit d'ordre physique ou psychologique** (Loriol, 2012). Ainsi, en psychologie, on parle de stress lorsque les demandes (actions, situations, événements) extérieures, perçues ou réelles, constituent des menaces pour l'intégrité physique et psychique de l'individu (Berghmans, 2010).

Le stress s'inscrit également dans une dynamique collective : les tensions au travail peuvent être multiples et sont autant de facteurs déclencheurs. En effet, « il peut exister des tensions dans les collectifs pour de nombreuses raisons, comme l'organisation du travail (Cartron, 2003) ou des divisions liées au genre, à l'origine, à la génération... Ces tensions peuvent avoir un caractère temporaire ou persistant. Sans qu'on dispose de réelles preuves à ce sujet [...], il est raisonnable de penser que les situations de tension sont un facteur de risque car elles diminuent la détente et la sécurité apportées par la convivialité et la solidarité » (Gollac, 2011). Au-delà des tensions proprement dites, Karasek (1979) a montré que le stress au travail résulte de l'articulation entre plusieurs dimensions fondamentales : l'intensité des demandes psychologiques, le degré de latitude décisionnelle dont dispose le salarié et le niveau de soutien social dont il bénéficie (Niedhammer, Chastang, Levy, David, Degioanni, 2007).

Ce phénomène a rapidement commencé à intéresser les institutions. « Dès les années 1980 et surtout 1990, **plusieurs grands organismes internationaux ont attiré l'attention sur le**

développement du phénomène de stress professionnel et ses conséquences sur la santé des travailleurs. En 1993, le Bureau international du travail (BIT) estimait que le stress était devenu l'un des plus graves problèmes de santé de notre temps. Le récent rapport de l'Observatoire européen des risques de l'Agence européenne de santé et de sécurité au travail confirme que ces importants changements ont entraîné l'émergence de risques nouveaux dans le domaine de la santé au travail : les risques psychosociaux (RPS). À côté des risques physiques, biologiques et chimiques, ils apparaissent aujourd'hui comme majeurs. **Leurs conséquences sur la santé mentale sont considérables et ces risques sont encore mal appréhendés comme question majeure de santé publique** » (Légeron, 2017).

La définition du stress comme déséquilibre entre les ressources disponibles et les exigences du milieu de travail est largement reprise par les chercheurs. Le stress est regardé ici comme un trouble de l'adaptation qui survient lorsque la demande professionnelle rend l'adaptation de l'individu à son environnement impossible. Il résulte d'un déséquilibre entre les ressources de la personne et les demandes de l'environnement. Cette définition reprend celle, classique, de Richard Lazarus et Susan Folkman : **le stress psychologique au travail est une réponse de l'individu devant les exigences d'une situation pour laquelle il doute de disposer des ressources nécessaires afin d'y faire face.** « Par conséquent, **le stress n'est pas fonction du niveau absolu des exigences, mais de l'écart perçu entre les exigences et sa propre capacité à les satisfaire** » (Clot, 2015).

Yves Clot souligne que **c'est l'« écart perçu » [...] entre ce qu'il faudrait faire et ce qu'ils sont tenus d'accomplir qui produit des « déséquilibres » dommageables aussi bien pour leur santé que pour la qualité du travail.** Quand ces « déséquilibres » ne peuvent plus être compensés par l'usage du « diapason » collectif évoqué plus haut, l'organisation du travail, même indirectement, les ampute de leurs possibilités. En diminuant le rayonnement potentiel de leur activité, elle les diminue aussi, dégradant leur pouvoir d'agir sur les situations et sur eux-mêmes. Je propose de regarder aussi ce type de situations comme un « trouble de l'adaptation », mais, cette fois, de l'organisation aux exigences du travail lui-même (Clot, 2015).

Les données disponibles montrent l'ampleur du phénomène : selon les ministères économiques et financiers, plus de 20% des salariés déclarent que leur santé s'est dégradée du fait du trop fort stress au travail. Les cas les plus extrêmes sont les suicides liés au stress au travail⁴¹. « Selon l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, le stress est le deuxième problème de santé le plus répandu dans le monde du travail. Les études indiquent que le stress est à l'origine de 50 à 60 % de l'absentéisme » (Berghmans, 2010). **Le stress est, nous allons le voir ci-après, une porte d'entrée vers plusieurs pathologies.**

4) La dépression au travail

Les études en médecine du travail mettent en avant des liens entre exposition prolongée au stress professionnel et atteintes à la santé mentale tels que les troubles du sommeil, les troubles anxieux, **les troubles dépressifs**.

La dépression au travail résulterait ainsi d'une exposition prolongée à des facteurs de stress professionnels, pouvant conduire à l'absentéisme et à une altération durable de la qualité de vie

⁴¹ [La fonction Ressources humaines | Ministère de l'Économie des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique](#) - consulté en juillet 2025

des salariés (Berghmans, 2010). L'INRS précise que la dépression ou les troubles dépressifs sont plus fréquents quand le travail associe une forte demande psychologique à des faibles marges de manœuvre (*job strain*), en cas de déséquilibre entre les efforts accomplis et les récompenses en retour (modèle de Siegrist), en cas d'insécurité de la situation de travail ou encore en cas de temps de travail prolongé⁴².

« La dépression en milieu de travail, en effet, n'a rien de nouveau. Qu'un salarié soit sujet à des sentiments ou des intentions susceptibles de le conduire à commettre des actes violents contre les autres, ou à retourner cette violence contre lui, c'est somme toute un phénomène banal, et cela l'a toujours été, que ce soit en raison d'injustices subies sur le lieu de travail, ou en raison de difficultés personnelles tellement graves qu'elles débordent jusque dans la sphère du travail productif » (Dejours et Bègue, 2009).

La définition même de la dépression professionnelle reste parfois controversée : certains travaux soulignent la difficulté à la distinguer d'autres formes de souffrance psychique au travail, telles que le burn-out, ce qui complique sa reconnaissance et sa prise en charge (Gernet, 2024). Comprendre la dépression liée au travail suppose donc d'adopter une approche multidimensionnelle, qui articule les facteurs individuels, organisationnels et sociaux.

5) Le burn-out

Le burn-out n'est pas officiellement listé comme trouble dans le DSM-5 mais ses manifestations (épuisement émotionnel, désengagement, anxiété, état dépressif, perte de l'estime de soi, etc.) sont souvent regroupées avec les troubles anxieux, de l'adaptation ou dépressif.

Mot à la mode voire fourre-tout, il s'agit d'« un terme qui nous vient d'outre-Atlantique, introduit par Bradley (1969) pour qualifier des personnes présentant un stress particulier et massif en raison de leur travail. [...] différents groupes de professionnels de domaines variés se le sont tour à tour approprié : les infirmières, les médecins, les enseignants, les assistants sociaux et, de manière globale, toutes les personnes dont l'activité implique un engagement relationnel » (Boudoukha, 2020).

Pour en définir plus précisément l'acception, Abdel Halim Boudoukha fait appel au psychologue clinicien Herbert Freudenberger, quotidiennement au contact de professionnels du soin évoluant dans de mauvaises conditions : il suggère que **des pressions et des exigences professionnelles en constante augmentation, exercées sur les ressources d'un individu, finissent par le conduire à un important état de frustration et de fatigue. Le professionnel dépense alors de plus en plus d'énergie mais s'épuise en essayant de répondre aux obligations que lui impose son travail ou qu'il s'impose lui-même.**

La définition de la Haute Autorité de la Santé posée en 2017⁴³ reprend la définition de Schaufeli et Greenglass (2001) : « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » (HAS, 2017). Selon l'INRS, le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out, est un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique, l'épuisement

⁴² [Stress au travail. Effets sur la santé - Risques - INRS](#) - consulté en août 2025

⁴³ [Haute Autorité de Santé - Burn-out – Repérage et prise en charge](#) - consulté en août 2025

professionnel étant une conséquence du stress au travail.⁴⁴ Le burn-out est ainsi directement associé au stress, il « commence par un événement stresseur qui épuise émotionnellement l'individu » (Berghmans, 2010). L'INRS précise que le burn-out est associé à la demande psychologique, au manque de marges de manœuvre et de soutien social.⁴⁵

En somme, **le burn-out apparaît moins comme une pathologie isolée que comme la conséquence extrême d'un stress professionnel chronique**, révélateur des déséquilibres entre exigences, ressources et soutien social.

6) Le suicide

Les gestes suicidaires sont probablement l'expression la plus extrême et dramatique de la souffrance au travail.

Ce phénomène semble être apparu récemment. Dans la plupart des pays occidentaux, les suicides (ou tentatives de suicide) sur les lieux de travail sont apparus au cours des années 1990. Ces phénomènes ont été médiatisés et connus du public après les séries de suicides enregistrées chez France Télécom, Renault, Peugeot et EDF (Dejours et Bègue, 2009).

Les idées suicidaires sont globalement associées aux mêmes facteurs de risque que la dépression (voir plus haut)⁴⁶.

Cependant, les risques psychosociaux regroupent tellement de situations différentes qu'il devient parfois difficile de s'y retrouver. On mélange souvent leurs causes (les facteurs de risque) et leurs effets (les conséquences sur la santé). Or, les liens entre ces éléments ne sont pas simples ni linéaires : ils s'entrecroisent et s'influencent mutuellement. « Ainsi, dépression ou suicide peuvent apparaître comme conséquences du stress, des violences au travail, des harcèlements ou d'un traumatisme. Dans le cas des addictions, ce peut être tout autant la conséquence que la cause » (Légeron, 2017).

Il demeure impossible de mesurer combien de suicides en rapport avec le travail se produisent chaque année en France « parce qu'il n'y a pas, dans les enquêtes épidémiologiques sur le suicide, de rubrique permettant de repérer ce qui pourrait avoir un rapport avec le travail ou avec la situation professionnelle » (Dejours et Bègue, 2009).

7) Liste des maladies du DSM-5 susceptibles d'être provoquées par le travail

Nos recherches nous ont permis d'**associer certaines de ces maladies au travail, c'est-à-dire de lier travail et dégradation de la santé mentale**. Grâce à la description des facteurs de risques présente dans le DSM-5, nous pouvons en déduire quelles professions sont les plus exposées à chaque catégorie de troubles.

Les troubles dépressifs peuvent être déclenchés par des situations de **burn-out, de harcèlement moral, de perte de sens** ou encore par une **pression chronique** au travail. Ces

⁴⁴ [Epuisement professionnel ou burn-out. Epuisement professionnel ou burn-out - Risques - INRS -](#) consulté en août 2025

⁴⁵ [Stress au travail. Effets sur la santé - Risques - INRS -](#) consulté en août 2025

⁴⁶ [Stress au travail. Effets sur la santé - Risques - INRS -](#) consulté en août 2025

pathologies touchent particulièrement les **professions à forte charge mentale** (enseignants, cadres, professionnels de santé) ainsi que les **secteurs où la performance est intensément valorisée** (finance, commerce, centres d'appels).

Les troubles anxieux se caractérisent par une **peur excessive et intense, et une inquiétude persistante**. Dans le monde du travail, ces troubles peuvent être favorisés par des environnements **stressants, harcelants, insécurisants** ou marqués par la **surcharge**. Les métiers particulièrement touchés par les troubles dépressifs les plus concernés correspondent aux

Les troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés peuvent, quant à eux, être aggravés par des environnements professionnels **hautement normés ou anxiogènes**, où la pression due au respect strict des règles et procédures exacerber les comportements obsessionnels.

Les troubles liés aux traumatismes ou à des facteurs de stress se déclinent sous deux formes principales : l'**état de stress post-traumatique (ESPT)** et le **trouble de l'adaptation**. Le premier concerne les professions confrontées directement à des **événements violents** (policiers, militaires, secouristes, soignants), tandis que le second peut résulter de **changements organisationnels majeurs** tels que restructurations, licenciements ou conflits graves. Sont également vulnérables les **métiers exposés à des environnements instables ou précaires**, ou encore ceux soumis à une **forte contrainte temporelle ou physique** (soignants, employés soumis à une pression constante).

Les troubles dissociatifs, plus rares, peuvent néanmoins survenir après des traumatismes graves liés au travail, tels que des **accidents ou violences**. Ils touchent principalement les **forces de l'ordre, les militaires** ou encore les **équipes d'urgence humanitaire**.

Les troubles somatoformes, ou troubles à symptomatologie somatique, se manifestent par des **douleurs, une fatigue persistante ou d'autres symptômes physiques** sans cause médicale identifiée. Ils sont fréquemment associés à un **stress professionnel chronique**.

Les troubles du sommeil peuvent concerner particulièrement les travailleurs de nuit ou en horaires irréguliers. Les professions les plus concernées sont les **soignants, les conducteurs, les ouvriers en horaires postés (3x8)**, les **personnels de sécurité**.

Les troubles liés à l'usage de substances et les addictions apparaissent souvent en lien avec des stratégies de gestion du stress. L'usage nocif d'alcool, d'anxiolytiques ou de stimulants est notamment observé chez les **professionnels ayant un accès facilité** (secteur médical, restauration, transport routier), mais aussi dans les **métiers exposés à un stress chronique** tels que les dirigeants ou les commerciaux.

Enfin, **les troubles de la personnalité**, bien qu'ils ne soient pas directement provoqués par le travail, peuvent être **révélés ou exacerbés** par certaines situations professionnelles, entraînant des difficultés relationnelles, des conflits ou une mauvaise adaptation aux contraintes organisationnelles.

En synthèse de nos recherches, certaines professions apparaissent particulièrement vulnérables aux troubles de santé mentale. C'est notamment le cas des **métiers du care et de la relation**, tels que les soignants, les travailleurs sociaux ou les enseignants. Ces professions

exigent une forte mobilisation émotionnelle, impliquent une exposition continue à la souffrance d'autrui et sont fréquemment exercées dans un contexte de **sous-effectifs chroniques** ou de **moyens insuffisants**, ce qui accroît la charge mentale et la fatigue psychologique. Les **métiers soumis à des événements potentiellement traumatisants** constituent un autre groupe particulièrement exposé. L'état de stress post-traumatique ou les troubles de l'adaptation y sont plus fréquents, du fait de la confrontation régulière à la violence, aux accidents ou à la mort. Enfin, les professions confrontées à une **pression de performance forte avec peu de marge de manœuvre** connaissent elles aussi des risques accrus de troubles anxieux et dépressifs.

2. Le travail source d'épanouissement : lorsque la vie perd son sens, qu'en est-il du travail ?

Ce titre, emprunté à l'article de Catherine Beaudry et Mélanie Gagnon sur le deuil périnatal et le travail, illustre bien **l'ambivalence du rapport au travail**. Comme l'affirme l'économiste Thomas Coutrot, « le travail peut influencer la santé physique et psychique, pour le meilleur mais aussi pour le pire » (2018).

D'une part, **le travail peut représenter une source de satisfaction et de « réalisation de soi »**. « Il faut [...] être extrêmement prudent avant d'affirmer sans nuances le rôle pathogène systématique du travail. Certains discours semblent malheureusement suggérer que le travail ne peut générer que souffrance et détresse. Or, toutes les études confirment que ce sont les personnes privées de travail, les chômeurs par exemple, qui présentent le plus de problèmes de santé physique ou mentale, et aussi consomment le plus de psychotropes » (Berghmans, 2010). Le sociologue Laurent Willemez (2008) rappelle lui aussi que « le travail est considéré comme une instance centrale de socialisation : bien au-delà de sa valeur monétaire, le travail est souvent perçu comme la manière principale d'« être au monde », et le non-travail, à l'inverse, comme une expérience d'inutilité sociale et d'exclusion du monde ».

Dans cette perspective, le travail produit des effets d'émancipation et de socialisation qui dépassent sa seule dimension productive. Il a offert aux femmes une voie d'autonomie malgré des inégalités persistantes. Pour beaucoup, il est aussi une source de gratification symbolique et de reconnaissance sociale, qu'il s'agisse du plaisir du travail bien fait ou de la dignité associée à l'effort. Le travail favorise également la sociabilité : relations, moments collectifs, luttes sociales... (Willemez, 2008).

De fait, « un certain nombre d'études soulignent le rôle bénéfique du travail sur la santé mentale (Coutrot, 2018 ; Isaksen, 2000 ; CNRS, 1999 ; CNRS, 1979). En effet, **les travailleurs sont en meilleure santé que les chômeurs et les personnes sorties de l'emploi, car le travail participe de la structuration des rapports sociaux, de la construction des identités sociales et implique l'inscription des individus dans des réseaux de socialisation et des appartenances**. Selon P. Molinier et A. Flottes, « le travail est pensé comme une activité sociale réalisée avec d'autres, pour d'autres, en fonction d'autres » (Molinier et Flottes, 2012). En cela, il peut être une source de satisfaction personnelle et de réalisation de soi. Ainsi, le travail « bien fait », le jugement de beauté et d'utilité participent de la reconnaissance du travail comme source d'émancipation individuelle et de plaisir » (Bernoux, 2015).⁴⁷

⁴⁷ [ons_2020.pdf](#) – consulté en juillet 2025

Par ailleurs, le travail pourrait également jouer un rôle de soutien dans des contextes de vulnérabilité personnelle, même si « St-Arnaud et al. (2004) indiquent que le caractère tragique de certaines situations, telle que la mort d'un proche, suscite la compassion et l'empathie dans le milieu de travail, faisant en sorte que les collègues et les supérieurs soutiennent davantage l'employé touché. » « [...] la séparation entre la sphère personnelle et professionnelle en milieu de travail fait en sorte d'endiguer cette possibilité de soutien social [...] pour toutes formes de deuil (Bento, 1994; Hazen, 2006; Hazen, 2008; Stein et Winokuer, 1989). L'état de deuil et le statut d'employé seraient incompatibles, puisque le marché du travail aurait pour effet d'aliéner les endeuillés, ces derniers étant victimes d'une non-reconnaissance de leur perte et n'ayant pas la possibilité de vivre leur souffrance en milieu de travail. [...] Dans la même veine, la grossesse, la naissance ou la mort, parce qu'elles sont liées à la sexualité, aux émotions et au corps, demeurent tabou au sein des organisations (Gatenby et Humphrey, 1999; Hazen, 2006). Ainsi, à l'instar du support insuffisant prodigué par l'entourage immédiat, celui offert en milieu de travail s'avère également faible (Hazen, 2006) » (Beaudry et Gagnon, 2013).

D'autres études encore soulignent que lors d'événements relevant de la vie personnelle, tels que le deuil ou la maladie, les employés retournent au travail pour diverses raisons. Parfois, il s'agit de briser l'isolement (O'Conner, 2010), le travail étant un lieu de socialisation. Dans ces circonstances, la valeur du travail reposera alors sur la possibilité d'être en contact avec autrui (Beaudry et Gagnon, 2013).

En somme, le travail, malgré ses ambivalences, peut constituer à la fois un vecteur d'émancipation, de reconnaissance et de socialisation, mais aussi un espace traversé par des limites et des tabous qui restreignent sa capacité de soutien dans les épreuves personnelles.

Dans cette perspective, la question se pose de savoir comment le cadre légal appréhende ces réalités : en effet, si le travail peut être source d'épanouissement autant que de vulnérabilité, il revient au droit du travail de reconnaître et de réguler les risques qui en découlent.

3. L'encadrement juridique de la santé mentale au travail

La santé mentale au travail, longtemps reléguée au second plan derrière la santé physique, s'impose aujourd'hui comme **un enjeu majeur du droit du travail à la croisée des préoccupations sociales, économiques et juridiques**. L'évolution des formes d'organisation, l'intensification du travail, les exigences émotionnelles et les conflits de valeurs ont contribué à faire émerger la notion de risques psychosociaux qui a permis de mettre en lumière les atteintes à la santé mentale des travailleurs, même si elle demeure juridiquement floue, tant en France qu'au niveau européen.

Si l'on reprend la genèse du concept, le terme « psychosocial » trouve ses racines dans les travaux du Tavistock Institute (Trist & Bamforth, 1951), qui ont mis en évidence les effets délétères de l'organisation du travail sur la santé des ouvriers. Cette approche a progressivement infusé le droit du travail, notamment en France, où les RPS sont devenus un prisme d'analyse des atteintes à la santé mentale.

La définition proposée par le Collège d'expertise sur le suivi des RPS, dit Collège GOLLAC (Gollac & Bodier, 2011), est aujourd'hui largement reprise : les RPS sont « les risques pour la santé

mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental »⁴⁸.

La logique de réparation a laissé la place à une logique de prévention. Dans le cadre d'une approche systémique et préventive, appelant à une démarche collective et pluridisciplinaire de la prévention, en lien avec les obligations de l'employeur et les politiques de santé au travail, il fixe six catégories de facteurs de RPS tel que défini ci-dessus.

Afin de dépeindre au mieux l'encadrement légal de la notion de la santé mentale, nous explorerons son cadre réglementaire (international, européen et national sur le plan réglementaire et jurisprudentiel), **les moyens d'évaluation et de prévention, et la possibilité responsabilité des entreprises en cas de non-respect de ces normes.**

A. Le cadre réglementaire

1) A l'international et en Europe

Du côté du droit international, c'est l'Organisation internationale du travail (OIT) qui a intégré la santé mentale dans ses textes fondamentaux, et plus spécialement au sein de la :

- Convention n°155 (1981) : la santé au travail inclut les éléments « physiques et mentaux » (art. 3.e) ;
- Convention n°161 (1985) : les services de santé au travail doivent favoriser une santé mentale optimale ;
- Convention n°190 (2019) sur la violence et le harcèlement : elle mentionne les RPS dans la gestion de la sécurité et de la santé au travail (art. 9.b).

La ratification de cette dernière par la **France** en 2023 (L. n°2021-1458 du 8 nov. 2021) marque une avancée significative en intégrant formellement les RPS dans le système législatif français.

De son côté, l'**Europe**, par la Directive-cadre 89/391/CEE impose à l'employeur une obligation générale de sécurité « dans tous les aspects liés au travail » (art. 5 §1), incluant implicitement la santé mentale.

La Cour de Justice des Communautés Européennes (dénommée depuis Cour de Justice de l'Union Européenne, CJUE), dans son arrêt du 12 novembre 1996 (aff. C-84/94), a élargi cette interprétation en intégrant les facteurs « physiques ou autres » affectant la santé. La Charte des droits fondamentaux de l'UE (proclamée en 2000, et juridiquement contraignante depuis 2009 et le Traité de Lisbonne) consacre le droit à l'intégrité mentale (art. 3) et à des conditions de travail respectueuses de la dignité (art. 31). Deux accords-cadres européens ont été également été conclus : sur le stress au travail (2004), et sur le harcèlement et la violence (2007).

⁴⁸ Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Philippe Askenazy, Christian Baudelot, Patrick Brochard, Jean-Pierre Brun, Chantal Cases, Philippe Davezies, Bruno Falissard, Duncan Gallie, Michel Gollac, Amanda Griffiths (membre associée), Michel Grignon, Ellen Imbernon, Annette Leclerc, Pascale Molinier, Isabelle Niedhammer, Agnès Parent-Thirion, Daniel Verger, Michel Vézina, Serge Volkoff, Annie Weill-Fassin, p31 - consulté en juillet 2025

2) En France

En France, la vague de suicides chez France Télécom (2008-2009) a provoqué une prise de conscience politique. Le plan d'urgence pour les RPS présenté par Xavier Darcos en octobre 2009, les rapports Lachmann, Larose et Pénicaud (2010), et les accords nationaux interprofessionnels sur le stress (2008) et le harcèlement (2010) ont structuré une réponse collective. Le Conseil économique, social et environnemental (CESE), dans son avis du 14 mai 2013, souligne l'absence de définition légale des RPS et leur caractère polymorphe : stress, harcèlement, épuisement, suicide, etc.

Cependant, et contrairement à d'autres pays (Belgique, Danemark), la France ne dispose pas d'une définition légale des RPS. Cela reflète les tensions entre les partenaires sociaux, une difficulté à objectiver ces risques, et une notion dans laquelle de nombreux acteurs interviennent (médecins, juristes, RH, dirigeants). L'article L. 1152-1 du Code du travail encadre le harcèlement moral, mais ne couvre pas l'ensemble des atteintes à la santé mentale liées à l'organisation du travail.

La principale difficulté réside d'abord dans la définition d'une notion multifactorielle, puis dans l'application d'un régime juridique particulier.

C'est certainement pour ces raisons, que comme souvent, la jurisprudence s'est emparée de ce sujet en étendant l'obligation de sécurité de l'employeur à la santé mentale par plusieurs arrêts :

- L'arrêt SCEMA (Cour de cassation, chambre sociale, 5 mars 2008, n°06-45.888) consacre l'obligation de résultat à la charge de l'employeur en matière de sécurité. Celui-ci doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs, même dans l'exercice de son pouvoir de direction. Il lui est interdit de prendre des mesures qui compromettent la santé et la sécurité des salariés. Le juge peut suspendre tout projet portant atteinte à cette obligation ;
- L'arrêt AIR FRANCE (Cour de cassation, chambre sociale, 25 novembre 2015, n°14-24.444) marque l'évolution de l'obligation de résultat en matière de sécurité vers une obligation de moyens renforcée. L'employeur peut être exonéré de sa responsabilité s'il documente qu'il a pris toutes les mesures légales destinées à protéger la santé et la sécurité des salariés conformément aux articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du Code du travail. La Haute juridiction a jugé que le dommage ici relevait d'un événement extérieur à l'entreprise, sur lequel celle-ci n'avait pas de pouvoir préventif et que l'employeur avait pris toutes les actions requises.
- L'affaire France Télécom (T. corr. Paris, 19 déc. 2019 ; CA Paris, 30 sept. 2022 ; Cour de cassation, Chambre criminelle, Pourvoi n° 22-87.145, 21 janvier 2025) : reconnaissance du harcèlement moral institutionnel. Ces décisions marquent : un dépassement des approches strictement individuelles pour intégrer les dimensions organisationnelles et collectives du travail, dans une logique de prévention et de responsabilité sociale. Cette affaire introduit dans le droit français la notion de harcèlement moral institutionnel. Les dirigeants de France Télécom ont été condamnés pour des agissements qui ont déstabilisé le personnel, provoqué un climat anxiogène et entraîné des suicides. La justice reconnaît la possibilité de poursuites pour harcèlement moral quand les méthodes managériales, de façon systémique, compromettent la santé des salariés, sans qu'un préjudice individuel soit nécessairement établi pour chaque victime.

Les dispositifs juridiques issus de cette définition ont été étendus par le juge à des situations de RPS, mais sans fondement textuel explicite.

La recodification du Code du travail de 2008 offre une nouvelle visibilité à la santé et la sécurité avec une partie quatre dédiée à ces questions qui regroupe les articles L. 4111-1 à L. 4831-1.

Le droit de la santé et de la sécurité au travail connaît une activité normative soutenue, largement influencée par les évolutions du droit de l'Union européenne. Plusieurs lois françaises ont ainsi transposé des directives communautaires, à l'image de la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991, issue de la directive-cadre de 1989, ou encore de la loi n° 2011-12 du 5 janvier 2011. Conformément à l'article 34 de la Constitution, le législateur fixe les principes fondamentaux, laissant au pouvoir réglementaire le soin de détailler les modalités concrètes d'application. Cette articulation entre lois et décrets permet de construire une régulation juridique précise, visant à encadrer les pratiques professionnelles selon des standards définis. Ainsi, chaque grande loi en matière de santé au travail appelle une série de décrets d'application, comme en témoigne la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021, accompagnée de 17 décrets publiés à ce jour. L'article L. 4111-6 du Code du travail illustre cette logique en renvoyant à des décrets en Conseil d'État la définition des modalités d'évaluation des risques, de mise en œuvre des actions de prévention, des prescriptions spécifiques selon les secteurs et des conditions d'information et de formation des salariés.

A côté du législateur, le pouvoir réglementaire dans le cadre de ses compétences dispose de la faculté d'élaborer des instruments normatifs souples tels que des guides ou des recommandations, destinés à accompagner les acteurs professionnels dans la mise en œuvre des obligations légales en matière de santé et de sécurité au travail. Ainsi, le ministère du Travail publie ainsi régulièrement des documents pratiques relatifs à divers risques professionnels (troubles musculosquelettiques, risques routiers, risques psychosociaux, exposition à l'amiante, gestion des épisodes de chaleur, etc.), accessibles sur son site institutionnel.

L'obligation de sécurité de l'employeur prévu à l'article L. 4121-1 du Code du travail reste le principal levier juridique mobilisable en tant qu'obligation générale de sécurité qui lui incombe.

Ainsi, il impose à l'employeur de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Cette obligation, initialement de résultat, tend aujourd'hui vers une obligation de moyens renforcée, notamment depuis les arrêts Air France (Soc. 25 nov. 2015, no 14-24.444) et Areva (2015). Plus récemment, l'Assemblée Plénière de la Cour de cassation a confirmé le 5 avril 2019 que ne méconnaît pas « *l'obligation légale lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures prévues par les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du Code du travail* » (Cass., ass. plén., 5 avr. 2019, n° 18-17.442)

L'employeur doit mettre en œuvre ces principes de prévention selon une sorte de pédagogie de la prévention en neuf points édictés par l'article L. 4121-2 du code du travail. Il doit ainsi :

- Eviter les risques ;
- Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- Combattre les risques à la source ;
- Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;

- Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambients, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L. 1152-1 ;
- Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- Donner les instructions appropriées aux travailleurs

A la lecture de ces prescriptions légales, la priorité de l'employeur doit donc être la prévention primaire. En effet, il existe une véritable exigence légale à agir sur les sources du risque avant de tenter d'équiper les individus et les organisations de moyens visant à faire face à une situation complexe, toujours possible.

On peut « préparer un salarié à faire face à une situation de violence, toujours possible, mais on doit avant tout créer les conditions favorables pour que telles violences ne se produisent pas, ou le moins possible. On préférera ainsi réorganiser les modalités d'accueil et de prise en charge des usagers dans une salle d'attente... »⁴⁹

Selon l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 2 juillet 2008 sur le stress au travail, la détection d'un problème de stress professionnel requiert l'analyse de plusieurs facteurs, parmi lesquels (liste non exhaustive) :

- L'organisation et les processus de travail, incluant la gestion du temps (par exemple, un aménagement inadapté, des dépassements d'horaires fréquents et excessifs), le degré d'autonomie accordé, l'inadéquation entre les tâches et les capacités ou les ressources disponibles, une charge de travail manifestement trop lourde, des objectifs disproportionnés ou mal définis, ainsi qu'une pression constante qui ne doit jamais devenir une méthode managériale habituelle.
- Les conditions et l'environnement de travail, tels que l'exposition à un cadre agressif, à des comportements abusifs, au bruit, à une promiscuité excessive pouvant nuire à l'efficacité, à la chaleur, ou à des substances dangereuses.
- La qualité de la communication, comprenant l'incertitude sur les attentes professionnelles, les perspectives d'emploi, les changements envisagés, ainsi que la mauvaise circulation des informations sur les orientations et objectifs de l'entreprise, ou une communication difficile entre les différents acteurs.
- Enfin, des facteurs subjectifs relatifs aux pressions émotionnelles et sociales, à la sensation d'être dépassé par la situation, au sentiment d'un manque de soutien, ou encore aux difficultés pour concilier vie personnelle et vie professionnelle.

B. Les moyens d'évaluation et de prévention

L'approche n'est plus aujourd'hui exclusivement curative, dans une réaction qui intervient après la réalisation du risque. **Désormais, l'approche doit se situer en amont afin d'assurer une**

⁴⁹ Lanouzière H. (2011), « La prévention des risques psychosociaux du point de vue du code du travail », Semaine Social Lamy, n° 1480, 21 février, p. 6-11.

prévention primaire avant que le risque ne survienne. Les aspects organisationnels et la réponse collective aux risques psychosociaux sont alors des voies à privilégier

Le droit du travail offre aux employeurs des mécanismes juridiques voire des obligations qui peuvent constituer des leviers efficaces pour instaurer une politique de prévention des risques psychosociaux en milieu professionnel. Selon la taille de l'entreprise, les moyens ne sont pas forcément les mêmes, notamment concernant les petites entreprises (nous ne traiterons pas dans le détail ici des particularismes des petites entreprises).

- 1) L'évaluation des risques via le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et le plan d'action via le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (Papripact)

La prévention des risques repose avant tout sur leur identification. C'est donc sans surprise que l'évaluation des risques occupe désormais une place centrale parmi les principes généraux de prévention, comme le rappelle la circulaire n° 6 DRT du 18 avril 2002 prise en application du décret n° 2001-1016 sur le document unique d'évaluation des risques. Depuis le décret du 5 novembre 2001 (C. trav., art. L. R 4121-1), chaque employeur a l'obligation d'établir et de mettre à jour régulièrement un document unique d'évaluation des risques (DUER). Cette exigence inclut naturellement l'évaluation des risques psychosociaux mais elle est encore souvent trop rare ou seulement formelle.

Dans son dossier consacré au DUERP⁵⁰, l'INRS propose 5 étapes pour une bonne évaluation des risques professionnels :

- Préparer l'évaluation,
- Identifier et recenser les risques,
- Analyser les risques,
- Apprécier les risques,
- Transcrire les résultats dans le DUERP.

Afin d'accompagner les entreprises, l'INRS propose également des « fiches de risques » fixant les grands critères d'évaluation d'une situation en donnant des exemples de situations dangereuses, et proposant des pistes de moyens de réduction des risques.

Pour les RPS⁵¹, l'INRS identifie notamment comme situation dangereuse : « une quantité de travail excessive, des ordres contradictoires, l'exposition des salariés à un public en détresse ... ».

Les propositions d'actions sont alors : « faire des points réguliers individuels ou en réunion d'équipe sur l'état d'avancement du travail et sur les difficultés à tenir les objectifs, laisser des marges de manœuvre aux salariés, définir clairement les tâches de chaque salarié et mettre en place une gestion des équipes transparente et équitable... »

Ainsi, le DUERP peut constituer le socle de la construction de la politique de prévention efficace, d'autant qu'il pourra être fort utile dans le cadre de l'appréciation de la faute inexcusable de

⁵⁰ <https://www.inrs.fr/demarche/document-unique/ce-qu-il-faut-retenir.html>

⁵¹ <https://ressources.inrs.fr/visionneuse/ED%20840/index.html#page-26>

l'employeur ou de caractérisation de la faute d'imprudence au sens pénal (risque développé ci-après).

Une fois le risque évalué et formalisé dans le DUERP, il convient de prévoir le plan d'actions afin d'envisager les mesures de prévention dont la forme diffère en fonction de nombre de collaborateurs. Dans les entreprises de moins de 50 salariés, l'employeur doit établir une liste de ses actions de prévention et la consigner dans le DUERP. Dans les entreprises de plus de 50 salariés, c'est le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (Papripact) dont le contenu est prescrit par le code du travail et doit :

- Établir une liste précise des actions à engager au cours de l'année suivante, en intégrant notamment les mesures de prévention relatives aux facteurs de risques professionnels ;
- Spécifier, pour chacune de ces mesures :
 - Les modalités de mise en œuvre (par exemple, entretiens menés avec les salariés pour prévenir les risques psychosociaux, mise à disposition d'équipements adaptés comme des diables ou des chariots pour limiter les troubles musculosquelettiques liés à la manutention) ;
 - Les indicateurs de suivi des résultats (tels que le relevé de certaines mesures, la réalisation d'une analyse acoustique pour évaluer le bruit, ou encore le nombre de salariés reçus par la direction des ressources humaines) ;
 - Une estimation du coût associé (exemple : remplacement d'une porte, travaux d'insonorisation d'un local, etc.) ;
- Identifier les ressources internes mobilisables pour la mise en œuvre de ces mesures (par exemple, salariés compétents, DRH, médecin du travail) ;
- Définir un planning de réalisation permettant de planifier pour chaque action la date prévue de mise en œuvre, en tenant compte des priorités en fonction des besoins spécifiques de l'entreprise.

Le Papripact doit être présenté au CSE dans le cadre de la consultation sur la politique sociale de l'entreprise.

2) Le rôle du dialogue social : implication des syndicats (au travers de la négociation collective), et des élus du personnel (CSE, CSSCT)

Historiquement, les négociations collectives ont peu intégré les enjeux de santé mentale, souvent relégués derrière les questions de rémunération ou d'emploi. Ce n'est qu'à partir des années 1990, avec la montée des risques psychosociaux (RPS), que la souffrance au travail devient un objet de débat public et syndical. Les années 2010 marquent un tournant : le vocabulaire du mal-être laisse place à celui du **bien-être** et de la **QVT** (devenue ensuite QVCT), plus porteur d'une approche systémique cherchant à dépasser les seules logiques individuelles pour intégrer la dimension organisationnelle du sujet.

L'inflation des termes utilisés pour parler des maux du travail et leur caractère polysémique témoigne de la difficulté à stabiliser à la fois l'objet de négociation, les objectifs à atteindre et les méthodes pour y parvenir. En particulier, les liens complexes entre facteurs internes aux relations de travail et facteurs liés aux modes de vie extérieurs, indissociables dans les problèmes de santé mentale au travail, sont difficiles à prendre en compte dans la négociation.

Le dialogue social devient un outil stratégique pour aborder la santé mentale au travail.

Les accords collectifs, notamment ceux sur la QVCT, permettent :

- Une approche globale de la santé, mêlant conditions de travail, organisation, reconnaissance et équilibre vie professionnelle et personnelle ;
- Une co-construction des normes entre employeurs et représentants du personnel, favorisant l'adhésion et la légitimité des mesures ;
- Une responsabilisation collective, en dépassant les dispositifs de gestion individuelle du stress (coaching, cellules d'écoute) pour interroger les causes structurelles du mal-être.

Dans ce cadre, l'ANI du 13 juin 2013 sur la QVT illustre cette dynamique, en posant les bases d'un dialogue social structurant autour du bien-être au travail.

Cette évolution s'inscrit dans un contexte de redéfinition des rapports entre santé publique et santé au travail, où l'entreprise devient un espace légitime d'élaboration des politiques de prévention, en articulation avec les dispositifs de protection sociale. En ce sens, la négociation collective ne se limite plus à la gestion des conflits, mais devient un outil stratégique de transformation des organisations du travail, en intégrant les dimensions subjectives et collectives du bien-être des salariés. Elle permet notamment de rééquilibrer les rapports de pouvoir entre employeurs et salariés, en favorisant l'expression des besoins, la reconnaissance des parcours professionnels et la prise en compte des déterminants organisationnels de la santé.

Malgré des avancées notables, plusieurs tensions persistent tenant d'abord à l'hétérogénéité des accords. En effet, les pratiques varient fortement non seulement selon les entreprises, mais aussi en fonction du choix des supports avec des contenus parfois déclaratifs ou peu contraignants. Ensuite, certains dispositifs, notamment ceux proposés par les organismes d'assurance, tendent à responsabiliser les salariés sur leur santé (coaching, téléconsultation, programmes comportementaux), au détriment d'une approche collective. Enfin, le recours à des prestataires externes peut diluer les obligations patronales en matière de prévention conduisant ainsi à une sorte de déresponsabilisation de l'entreprise.

Le rôle des élus du personnel, à travers le Comité Social et Économique (CSE) et sa Commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail (CSSCT), s'inscrit aujourd'hui comme un pilier essentiel dans la gouvernance de la santé mentale au travail, en particulier dans un contexte marqué par la montée des risques psychosociaux et la redéfinition des rapports entre organisation du travail et bien-être des salariés.

Ce rôle trouve son fondement dans le principe général de prévention défini à l'article L. 4121-1 du Code du travail, qui impose à l'employeur de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. À ce titre, les représentants du personnel disposent par leur mandat d'une possibilité d'intervenir à plusieurs niveaux du processus de régulation des risques psychosociaux, en articulant leurs prérogatives consultatives, d'alerte et de proposition.

Le CSE, en tant qu'instance unique de représentation du personnel, est informé et consulté sur les questions relatives à l'organisation du travail, aux conditions d'emploi et à la politique sociale de l'entreprise, incluant les dispositifs de prévention des RPS et les actions en faveur de la qualité de vie et des conditions de travail.

La CSSCT, lorsqu'elle est instituée, joue un rôle opérationnel renforcé, notamment dans les entreprises de plus de 300 salariés ou celles présentant des risques particuliers, en réalisant des enquêtes à la suite d'accidents ou de situations de souffrance au travail, en contribuant à l'analyse des facteurs organisationnels de mal-être, et en participant à l'élaboration du

document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), dont la mise à jour annuelle est obligatoire.

Les élus du personnel peuvent également exercer leur droit d'alerte en cas d'atteinte grave à la santé mentale des salariés, conformément à l'article L. 2312-59 du Code du travail, et saisir l'inspection du travail ou le juge en cas de carence de l'employeur dans la mise en œuvre de ses obligations. En outre, la jurisprudence reconnaît de manière croissante la responsabilité civile et pénale de l'employeur en cas de manquement à son obligation de sécurité, notamment lorsque les RPS sont identifiés mais non traités (Cass. soc., 5 mars 2008, n° 06-40.961).

Dans ce cadre, les élus du personnel peuvent jouer un rôle déterminant dans la construction d'une politique de prévention intégrée.

Toutefois, l'effectivité de leur action dépend de plusieurs facteurs : la qualité du dialogue social, l'accès réel à une formation spécifique sur les enjeux de santé mentale, et la reconnaissance institutionnelle de leur expertise dans un domaine historiquement dominé par les approches médicales et managériales. Ainsi, dans une logique de régulation conjointe, les élus du personnel, par l'exercice de leurs droits et la mobilisation des outils juridiques à leur disposition, peuvent contribuer à faire de la santé mentale un objet de gouvernance partagée, au service de la prévention, de la performance durable et du respect des droits fondamentaux des travailleurs.

3) La formation des salariés et passeport santé

Pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs et donc exécuter son obligation de sécurité, l'employeur doit notamment prendre des mesures qui comprennent des actions d'information et de formation (C. trav., art. L. 4121-1, 2^o). Les risques psychosociaux entrent évidemment dans le champ de cette obligation de manière à les prévenir, à répondre au principe général auquel est tenu l'employeur de donner des instructions appropriées aux travailleurs (C. trav., art. L. 4121-2, 9^o).

La loi du 2 août 2021 visant à renforcer la prévention en santé au travail a introduit un nouvel outil dans le code du travail qui est le passeport de prévention. Ainsi, selon un nouvel article L. 4141-5 du Code du travail, le principe du passeport de prévention est de regrouper au sein d'un même document les attestations, certificats et diplômes obtenus par le travailleur dans le cadre des formations relatives à la santé et à la sécurité au travail. Il doit être complété par les organismes de formation et par le salarié lui-même lorsqu'il suit une formation de sa propre initiative. Le passeport de prévention a donc pour particularité de suivre la personne du salarié et ainsi de traduire son niveau de formation en santé et sécurité au travail. Le décret n° 2025-748 du 1^{er} août 2025, pris en application de l'article L. 4141-5 du Code du travail, est venu préciser les modalités de déclaration des formations en santé et sécurité au travail dans le passeport de prévention. Il encadre les obligations des employeurs et des organismes de formation quant à la déclaration des formations éligibles, définies comme celles répondant à un objectif de prévention ou à une obligation légale de formation (C. trav., art. L. 4121-1), et donnant lieu à une attestation ou à un justificatif de réussite. La mise en œuvre du décret s'effectuera de manière progressive entre septembre 2025 et décembre 2026.

Ce cadre réglementaire renforce la traçabilité des compétences en santé et sécurité au travail, tout en consolidant la responsabilité des employeurs dans la gestion des parcours de formation, et en valorisant les démarches de prévention dans les parcours professionnels.

A ce titre, les formations en santé mentale au travail s'intègrent et sont éligibles au passeport de prévention à condition qu'elles répondent aux critères définis par le Code du travail et les décrets d'application (à savoir : viser la prévention des risques professionnels liés à la santé mentale (stress, isolement, surcharge, tensions relationnelles, etc.) ; permettre l'acquisition de compétences transférables utiles à l'exercice professionnel ; donner lieu à une attestation de formation ou un justificatif de réussite).

4) Le recours à des indicateurs (absentéisme, turnover, arrêts maladie).

La question des indicateurs permettant d'évaluer si l'ambiance de travail est délétère et potentiellement génératrice de risques psychosociaux fait l'objet de nombreux débats.

On peut néanmoins leur reconnaître une certaine utilité, dans la mesure où ils permettent partiellement d'appréhender le rapport subjectif que le salarié entretient avec son travail et son environnement professionnel. Le droit, en effet, requiert une objectivation des phénomènes liés aux risques psychosociaux afin de pouvoir les qualifier juridiquement et leur appliquer un régime normatif adapté.

Du point de vue de l'employeur, ces indicateurs peuvent également constituer un outil d'objectivation des souffrances liées au travail, traduisant une prise de conscience que ces difficultés ne relèvent pas uniquement de l'individu. Il peut ainsi mobiliser les données issues du bilan social établi par le CSE, des rapports annuels du CSE/ CSSCT ou du médecin du travail, voire du registre d'infirmérie, ou psychologue du travail ou service QVCT en fonction de sa structuration. Les principaux indicateurs sont en la matière l'absentéisme, le turn-over, le nombre d'arrêts maladie, les chiffres des promotions, de la performance, de la productivité, le nombre de congés reportés ou placés en CET.

Toutefois, et comme pour tous les indicateurs, le constat ne saurait suffire : ces derniers doivent impérativement s'accompagner d'une démarche d'action structurée (analyse, communication, action).

5) L'appui des services de santé au travail et des organismes comme l'ANACT

Les services de santé au travail institués par la loi de modernisation sociale sont composés par un ou plusieurs médecins du travail.

L'article L. 4622-1 du Code du travail mentionne expressément dans les compétences du médecin du travail de proposer à l'employeur des mesures individuelles notamment justifiées par l'état de santé physique et mentale des travailleurs. Le rôle du médecin est néanmoins exclusivement préventif en consistant à éviter toute altération de la santé des travailleurs.

Les services de santé au travail peuvent faire appel à des organismes ou à des personnes dont les compétences sont reconnues en matière de santé au travail (psychologues, ergonomes, ...) pour les aider à analyser le milieu de travail. Le principe est également d'associer aux médecins du travail des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP). L'appel à ces compétences extérieures a pour but d'aider le service de santé au travail à assurer l'application de leurs attributions.

L'objectif est de mettre en œuvre de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail et d'optimiser l'analyse des risques afin de mieux les prévenir. L'intérêt de la pluridisciplinarité est

d'assurer une approche globale des risques psychosociaux plutôt que de se cantonner à une relation individuelle entre le médecin et le salarié.

Le réseau ANACT compte l'ANACT et 25 associations régionales d'amélioration des conditions de travail (ARACT). Ce réseau a pour but l'amélioration des conditions de travail et a pour vocation d'améliorer à la fois la situation des salariés et l'efficacité des entreprises, et de favoriser l'appropriation des méthodes correspondantes par tous les acteurs concernés. Le réseau peut être sollicité par les entreprises et les partenaires sociaux de manière à envisager une aide pour répondre à des difficultés liées aux risques psychosociaux.

C. Les responsabilités et la réparation à la charge de l'entreprise

Lorsque les politiques de prévention des risques psychosociaux (RPS) échouent ou sont insuffisamment mises en œuvre, le droit bascule d'une logique préventive vers une logique réparatrice. Cette réparation s'opère principalement selon deux régimes juridiques : celui de la Sécurité sociale, qui vise l'indemnisation des dommages subis par les travailleurs, et celui du droit pénal, qui peut sanctionner les comportements fautifs des employeurs.

La santé mentale au travail, bien que reconnue comme un enjeu majeur, reste juridiquement en construction et rattachée à la notion plus large de RPS.

1) La responsabilité pénale en droit du travail

La responsabilité pénale en droit du travail repose sur une double finalité : garantir l'effectivité des règles de sécurité et répondre aux enjeux humains liés à la protection de la vie et de la santé des travailleurs. Elle s'articule autour de deux fondements : le Code du travail et le Code pénal.

L'article L. 4741-1 du Code du travail constitue le socle de l'incrimination des manquements aux règles de sécurité. Il sanctionne d'une amende de 10 000 € (portée à 30 000 € et un an d'emprisonnement en cas de récidive) le fait pour l'employeur ou son délégué de méconnaître les dispositions de la quatrième partie du Code du travail. L'amende est appliquée autant de fois qu'il y a de salariés concernés, indépendamment du nombre d'infractions relevées.

Des peines complémentaires peuvent être prononcées : affichage du jugement, interdiction d'exercer certaines fonctions (C. trav., art. L. 4741-5). D'autres infractions sont punies de contraventions (C. trav., art. R. 4741-1, R. 4743-1 à R. 4743-4).

La jurisprudence a précisé les contours de cette infraction. L'élément matériel peut résulter d'une commission (ex. : fourniture d'un équipement non conforme, Crim., 16 sept. 1997) ou d'une omission (ex. : absence de vérification d'une machine dangereuse, Crim., 6 sept. 2016). L'élément moral repose sur une faute personnelle, excluant toute responsabilité automatique. La Cour de cassation considère que l'intention délictueuse peut être déduite de l'omission volontaire de respecter les règles de sécurité (Crim., 19 mars 1996).

Des infractions spécifiques sont également prévues pour la protection des jeunes travailleurs, des femmes enceintes, ou encore pour le non-respect du DUERP (C. trav., art. R. 4741-1). Le champ des personnes responsables s'étend au délégué (Crim., 28 juin 1902), au maître d'ouvrage (Crim., 20 févr. 2007), et à la personne morale (C. pén., art. 121-2).

Le code pénal permet de sanctionner les atteintes involontaires à la vie ou à l'intégrité physique (C. pén., art. 221-6, 222-19, 222-20), ainsi que le risque causé à autrui (C. pén., art. 223-1). Ce

dernier suppose la violation délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité. La jurisprudence exige que cette obligation soit objective, immédiatement perceptible et clairement applicable (Crim., 13 nov. 2019).

La faute délibérée peut être retenue même sans connaissance du risque spécifique (Crim., 16 fevr. 1999). La causalité peut être directe ou indirecte, mais dans ce dernier cas, une faute qualifiée est requise (C. pén., art. 121-3). La responsabilité pénale de la personne morale peut être engagée même en cas de faute simple.

L'affaire de l'amiante (Crim., 24 juin 2014) illustre la reconnaissance d'une faute délibérée fondée sur le non-respect des règles d'aération. De même, l'affaire France Télécom a permis de qualifier le harcèlement moral institutionnel comme infraction pénale (TGI Paris, 20 déc. 2019 ; CA Paris, 30 sept. 2022).

2) La réparation

La responsabilité civile en matière de santé et sécurité au travail est encadrée par le Code de la sécurité sociale, qui institue une immunité patronale en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (CSS, art. L. 451-1). Toutefois, cette immunité connaît des exceptions et des aménagements, notamment en cas de faute inexcusable ou de préjudices spécifiques.

L'immunité interdit toute action en responsabilité civile contre l'employeur ou ses préposés, sauf en cas de faute intentionnelle ou de tiers non préposé. Cette règle, issue du compromis de 1898, a été jugée constitutionnelle (Cons. const., 18 juin 2010). Elle s'applique aussi bien à la responsabilité contractuelle qu'extracontractuelle.

La faute inexcusable permet une réparation complémentaire des préjudices non couverts par le régime forfaitaire. Elle est définie comme le manquement à l'obligation légale de sécurité, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger et n'a pas pris les mesures nécessaires (Civ. 2^e, 8 oct. 2020).

La jurisprudence admet une conception souple du lien de causalité, proche de la théorie de l'équivalence des conditions (Cass., ass. plén., 24 juin 2005). Cependant, malgré cette souplesse d'appréciation, la charge de la preuve du lien de causalité entre le dommage invoqué et le manquement de l'employeur incombe toujours à la victime. (sauf en cas de présomption comme par exemple en absence de formation à la sécurité, C. trav., art. L. 4154-3).

Les préjudices indemnifiables incluent désormais le déficit fonctionnel permanent, non couvert par la rente AT/MP (Cass., ass. plén., 23 janv. 2023). La caisse de sécurité sociale verse les indemnités et se retourne contre l'employeur.

Le préjudice d'anxiété, reconnu depuis 2010 (Soc., 11 mai 2010), permet une action en responsabilité en dehors du régime AT/ MP. Initialement limité à l'amiante, il a été étendu à toute substance nocive ou toxique (Cass., ass. plén., 5 avr. 2019 ; Soc., 11 sept. 2019). L'exposition doit générer un risque élevé de pathologie grave et le préjudice doit être personnellement subi. La responsabilité peut être engagée même en l'absence de lien hiérarchique ou de lien contractuel direct, notamment en cas de sous-traitance (Soc., 8 fevr. 2023). Deux régimes coexistent : celui fondé sur l'ACAATA avec présomption, et celui de droit commun avec preuve à la charge du salarié.

D'autres préjudices peuvent être réparés, notamment les atteintes à la dignité (Soc., 8 fevr. 2023), le harcèlement moral (Soc., 4 sept. 2019), ou la perte injustifiée de l'emploi (Soc., 6 janv.

2021). En revanche, la perte des droits à la retraite ne peut plus être indemnisée séparément (Cass., ch. mixte, 9 janv. 2015).

Les maladies professionnelles dépendent quant à elles d'un système ancien institué en 1919 basé sur système conventionnel, celui du tableau des maladies professionnelles. Ce dernier permet tour à tour de promouvoir ou d'invisibiliser les pathologies. Il en a été ainsi des TMS qui sont aujourd'hui, la 1re cause de maladies professionnelles indemnisées avec 88 % des maladies professionnelles reconnues par le régime général : 44 492 cas en 2019⁵². Les autres tableaux sont donc très peu utilisés. La manière d'écrire le tableau a donc un impact fort sur leur soin ou leur prévention.

Il convient ici de noter la complexité du système français de santé au travail qui ne facilite pas les modifications d'organisation du travail.

La Cour des Comptes⁵³ dans son rapport publié en décembre 2022 sur les politiques publiques de prévention en santé au travail dans les entreprises juge sévèrement ce fonctionnement en indiquant que « Le paysage de la santé au travail demeure fragmenté entre de multiples intervenants, sans véritable pilote. » - voir l'illustration en annexe 2.

3) Le cas particulier de la santé mentale

La santé mentale au travail, bien que reconnue comme un enjeu majeur, reste juridiquement en construction et rattaché à la notion plus large de RPS.

La responsabilité de l'employeur en matière de santé mentale au travail s'inscrit dans le cadre de l'obligation générale de sécurité prévue à l'article L. 4121-1 du Code du travail, qui impose à tout employeur de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Cette obligation textuelle est interprétée de manière extensive par la jurisprudence, qui reconnaît que l'employeur engage sa responsabilité dès lors qu'il n'a pas mis en œuvre les moyens adaptés pour prévenir les risques psychosociaux (RPS), même en l'absence de faute intentionnelle ou de dommage avéré. La Cour de cassation a ainsi affirmé à plusieurs reprises que l'employeur est tenu à une obligation de résultat en matière de sécurité, notamment dans les arrêts du 5 mars 2008 (n° 06-40.961) et du 3 février 2010 (n° 08-44.019), consacrant la responsabilité de l'employeur pour manquement à cette obligation en cas de harcèlement moral ou de souffrance au travail.

L'article L. 1152-1 du Code du travail prohibe le harcèlement moral. La jurisprudence a élargi cette notion à certaines méthodes de gestion, même sans intention malveillante. L'employeur peut être tenu responsable si ses pratiques dégradent les conditions de travail et portent atteinte à la santé mentale des salariés.

Les affections psychiques ne relèvent pas du tableau des maladies professionnelles. Leur prise en charge relève donc du système complémentaire des affections hors tableau, sous réserve d'un niveau de gravité suffisant (responsable d'une incapacité prévisible d'au moins 25 % ou du

⁵² <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/troubles-musculo-squelettiques-en-france-ou-en-est-on#:~:text=En%20France%20et%20dans%20le,492%20cas%20en%2020192>.

⁵³ <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20221220-synthese-politique-prevention-sante-securite-travail.pdf> - consulté en septembre 2025

décès). En 2018, l'Assurance Maladie consacre son rapport « santé travail : enjeux et actions »⁵⁴ aux affections psychiques liées au travail qui sont reconnues et prises en charge au titre des accidents du travail, de trajet et des maladies professionnelles.

Dans son communiqué de presse afférent en janvier 2018, il est précisé quelles affections psychiques surviennent dans deux cas de figure, à peu près à parts égales⁵⁵ :

- Soit l'événement déclencheur est un événement particulier exogène, mais lié au travail. Il s'agit dans la majorité des cas de chocs ou de stress liés à des situations de violence (agressions, menaces, braquages, etc.). Il peut aussi s'agir d'accidents de la voie publique ;
- Soit il est davantage le révélateur de conditions de travail intrinsèquement difficiles, se soldant par des pathologies psychiques caractérisées (dépression, anxiété, etc.).

Les affections psychiques concernent majoritairement les femmes (dans près de 60 % des cas – nous y reviendrons plus loin), ayant en moyenne 40 ans. Les employés sont la catégorie socio-professionnelle la plus touchée.

Le secteur médico-social concentre à lui seul près de 20 % des accidents psychiques, alors qu'il n'emploie que 10 % des salariés. Avec les transports (et plus particulièrement le transport de voyageurs) et le commerce de détail, ces secteurs représentent presque la moitié des affections psychiques liées au travail reconnues en 2016.

En référence aux obligations découlant du DUERP/ PAPRIPACT, si un employeur est responsable de la réalisation de risques psychosociaux et qu'il n'a pas rédigé de document unique sur cette question, ce sera un élément que le juge ne pourra pas ignorer dès lors que cet argument est soulevé devant lui. Si l'employeur n'a pas mis en place des actions de prévention par rapport à un risque qui s'est concrétisé (dépression, tentative de suicide, harcèlement moral, etc.) et si l'absence de document unique est défendue devant le juge, celle-ci pèsera lourd dans sa décision. Pour ce dernier, **il s'agit d'un élément de concrétisation par l'employeur de son obligation générale de sécurité.**

4. Mesurer l'état de la santé mentale

Au-delà des obligations légales imposées aux employeurs pour prévenir et garantir la sécurité psychologique des salariés, la question se pose de savoir comment appréhender concrètement l'état de santé mentale des travailleurs. En effet, **la mise en place d'actions de prévention ou l'évaluation de leur efficacité suppose de disposer d'outils pour observer, mesurer et suivre les facteurs de risque et de protection.**

⁵⁴ [Publications Risques professionnels : Rapports Santé Travail | L'Assurance Maladie](#) - consulté en août 2025

⁵⁵ <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2018-01-16-cp-affections-psychiques-travail.pdf> - consulté en septembre 2025

A. Comment mesurer la santé mentale des travailleurs ?

1) Outils et indicateurs

Les scientifiques soulignent que « l'ampleur de ces troubles justifie la nécessité de **mettre en place un système de surveillance de la santé mentale et de ses déterminants** afin d'aider à la planification d'une politique de prise en charge adaptée et de contribuer à l'évaluation de programmes, à l'information et à la prévention » (Chan Chee, Gourier-Fréry, Guignard, Beck, 2011).

Plusieurs approches complémentaires peuvent et doivent être mobilisées pour obtenir une vision holistique de la santé mentale d'un individu.

De nombreux **outils et questionnaires** validés scientifiquement permettent d'évaluer et mesurer les risques psychosociaux⁵⁶. Chacun possède une utilisation spécifique, en fonction de la donnée à mesurer. L'INRS les classe en huit catégories selon leurs objectifs :

- Situations de travail perçues ;
- Évaluation du stress perçu ;
- Stratégies d'adaptation au stress ;
- Symptômes de stress ;
- Atteinte du rapport psychologique au travail ;
- Atteinte à la santé physique et mentale ;
- Violences internes au travail ;
- Questionnaires transversaux portant sur plusieurs objectifs à la fois.

Comme le rappelle l'INRS, les questionnaires constituent un outil de mesure fréquemment mobilisé dans les démarches de prévention des RPS. Ils permettent de collecter, auprès des salariés, des données sur la **perception de leurs conditions de travail**, leur **niveau de stress**, les **symptômes ressentis** ou encore leur **état de santé**.

Parmi les **instruments de mesure des situations de travail perçues**, le **modèle de R. Karasek** est l'un des plus connus. Il permet d'évaluer l'exposition à un facteur de risque de stress⁵⁷, à travers l'analyse de 3 dimensions : la **demande psychologique**, l'**autonomie décisionnelle** et le **soutien social**. Selon Karasek, la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (« job strain ») constitue une situation à risque pour la santé (Niedhammer, Chastang, Levy, David, Degioanni, 2011). Le modèle le plus récent intègre des dimensions relatives aux aspects organisationnels et macroéconomiques (INRS, 2023). En France, un exemple d'application est l'**enquête SUMER** (2017)⁵⁸, menée par la DARES en collaboration avec des médecins inspecteurs et médecins du travail. Nous en verrons plus loin les principaux résultats.

⁵⁶ [Risques psychosociaux \(RPS\). Questionnaires risques psychosociaux - Risques - INRS](#) - consulté en juin 2025

⁵⁷ [Job Content Questionnaire \(JCQ\). \(Questionnaire dit de Karasek\)](#) - Article de revue - INRS - consulté en août 2025

⁵⁸ [Flyer sumer_2026.pdf](#) - consulté en septembre 2025

D'autres instruments portent sur l'**atteinte du rapport psychologique au travail**, comme le **Maslach Burn-out Inventory** (ou MBI). Selon la psychologue Valérie Pezet-Langevin⁵⁹, « le MBI permet d'opérationnaliser le modèle tridimensionnel du burn-out (Maslach et Jackson, 1981 ; 1986). [...] Il se compose de trois échelles : l'échelle d'épuisement émotionnel (9 items), l'échelle de déshumanisation (5 items) et l'échelle d'accomplissement personnel au travail (8 items). Cet inventaire permet d'évaluer l'état de burn-out subjectif, perçu, dans ses composantes affectivo-émotionnelles et cognitives » (Pezet-Langevin, 1999).

Certains questionnaires ciblent plus directement **les atteintes à la santé mentale** et la dimension du bien-être psychologique. Parmi ceux-ci, le **WHO-5 - Indice de bien-être de l'Organisation mondiale de la santé**⁶⁰ comprend 5 points formulés positivement, qui portent sur l'expérience du bien-être au cours des deux dernières semaines : bonne humeur, calme et détente, niveau d'énergie, qualité du sommeil et du repos, intérêt et engagement dans la vie quotidienne. Contrairement aux questionnaires précédemment cités, centrés sur les symptômes négatifs, le WHO-5 met l'accent sur le bien-être et ses aspects positifs. Toutefois, le WHO-5 est surtout utilisé comme mesure de la dépression clinique et constitue un outil efficace pour identifier les personnes à risque de dépression (INRS, 2019).

2) Limites et regard critique

Néanmoins, **le développement de modèles efficaces reste limité**. La surveillance de la santé mentale au travers d'enquêtes répétées ou longitudinales reste encore à développer en France. Une des difficultés à laquelle est confrontée l'épidémiologie psychiatrique dans notre pays est actuellement le manque de consensus sur les méthodologies et les instruments de mesure des troubles selon les populations auxquelles on veut s'adresser et les troubles que l'on veut mesurer. En effet, la plupart des outils d'enquêtes disponibles, validés et utilisés internationalement (donc permettant des comparaisons) est basée sur l'approche syndromique des maladies mentales qui est le modèle retenu par les classifications DSM et CIM (Niedhammer, Chastang, Levy, David, Degioanni, 2011).

Ce foisonnement d'outils soulève la question du modèle de référence. Yves Clot souligne les errances de la communauté scientifique en la matière : « Tout en indiquant que la suite du travail prévoit la mise au point d'une source statistique unificatrice, le Collège⁶¹ laisse ouverte, derrière l'inventaire proposé, la question du modèle explicatif de référence, ce qui laisse penser que la définition du risque en question est, dans les faits, la somme des quarante indicateurs » (Clot, 2015).

⁵⁹ [Le stress au travail : des déclarations à l'observation des comportements - Société d'ergonomie de langue française](#) - consulté en août 2025

⁶⁰ [Indice de bien-être de l'Organisation mondiale de la santé en 5 items \(WHO-5\) - Article de revue - INRS](#) - consulté en juin 2025

⁶¹ Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail, DARES-DRESS, octobre 2009 : [Élaboration du rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail](#) - consulté en juillet 2025

Ces instruments présentent l'intérêt d'être scientifiquement validés. Toutefois, l'utilisation isolée des questionnaires est insuffisante. **Ils doivent être complétés par d'autres méthodes et approches**, telles que :

- **L'observation directe des situations de travail, les entretiens qualitatifs, l'écoute des salariés à propos de leur activité** (Pezet-Langevin, Chouaniere, François, Pentecote, 2006).
- **L'analyse de la documentation disponible dans l'entreprise** : la compréhension de la santé mentale peut utilement être complétée par l'observation de **données internes à l'organisation**, comme le **taux d'absentéisme** (lié au stress, à la maladie ou au burn-out), le **turnover**, les **accidents du travail** (liées à la fatigue et à la surcharge cognitive), les **enquêtes internes de climat social** (engagement, sentiment de reconnaissance, qualité du management), etc. (Pezet-Langevin, Chouaniere, François, Pentecote, 2006).

Une autre des limites que nous supposons est que **chaque outil cible un aspect spécifique** (stress, burn-out, bien-être...) mais pas la **globalité** de la santé mentale. De plus, réduire cette complexité à de simples scores de stress ou de bien-être conduit à négliger d'autres dimensions essentielles : expériences vécues, personnalité (Doron, 2015), sens du travail, etc.

La mesure de la santé mentale au travail repose donc sur une combinaison d'outils psychométriques plus ou moins complexes à manipuler et interpréter, d'indicateurs organisationnels et de méthodes qualitatives permettant de saisir à la fois la souffrance et le bien-être des travailleurs. **Malgré et peut-être en raison de ce foisonnement d'instruments et outils, la mesure de la santé mentale des travailleurs demeure un enjeu complexe, recouvrant à la fois des dimensions objectives** (troubles psychiques, absentéisme) **et subjectives** (ressenti, bien-être).

B. Etat de la connaissance de la santé mentale des travailleurs

Selon le Baromètre Absentéisme 2025 de Malakoff Humanis⁶², **l'absentéisme maladie reste élevé en 2024**, avec 42 % des salariés du secteur privé ayant eu au moins un arrêt de travail. Si la maladie reste le premier motif d'arrêt maladie, **les troubles psychologiques arrivent en deuxième position**.

L'enquête SUMER (*Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels*), menée en 2016-2017⁶³ et élaborée à partir du modèle de Karasek, met en évidence **une exposition préoccupante des travailleurs français aux risques psychosociaux**. Selon la synthèse réalisée par la DREETS⁶⁴, « les contraintes organisationnelles, l'intensité du travail est toujours importante et la pression ressentie par les salariés augmente et s'accompagne d'un recul de leur autonomie », « depuis 2010, les comportements hostiles et le manque de reconnaissance diminuent, la

⁶² [Baromètre absentéisme 2025 : éclairage d'un enjeu majeur en entreprise | Malakoff Humanis](#) - consulté en juillet 2025

⁶³ [Restitution de l'enquête SUMER 2016-2017 - Direction régionale interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités \(DREETS\)](#) - consulté en juin 2025

⁶⁴ [Restitution de l'enquête SUMER 2016-2017 - Direction régionale interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités \(DREETS\)](#) - consulté en juillet 2025

tension au travail est stable. Mais les risques psychosociaux concernent toujours une part importante des salariés et nécessitent de ce fait de poursuivre les mesures de prévention ».

16% des actifs ont déclaré subir des comportements hostiles (« situations dégradantes, déni de reconnaissance et/ou comportements méprisants »). **La tension au travail concerne 26,9% de l'ensemble des salariés.** Les agents de la fonction publique d'état et hospitalière déclarent un plus grand sentiment de manque de reconnaissance que ceux de la fonction publique territoriale et du secteur privé : 61,1% des agents de la FPE et 57,7% de la FPH déclarent manquer de reconnaissance dans leur travail contre 47,6% des agents de la FPT et 49,3% des salariés du privé.

Les résultats récents de la Grande enquête santé mentale au travail (Ifop x moka.care x GHU Paris, 2025)⁶⁵ révèlent quant à eux que, si **85 % des salariés estiment être en bonne santé mentale**, l'indice WHO-5 de l'OMS montre que seuls 70 % relèvent du bien-être psychologique, tandis que 30 % sont en mal-être et 9 % en détresse psychologique, **particulièrement les femmes** (62 % contre 38 % des hommes).

Les troubles liés au travail sont fréquents : 74% des salariés en ont déjà souffert, principalement de troubles du sommeil (55%), fatigue chronique (46%), irritabilité (42%) et stress (35%). Plus d'un quart (28%) déclarent un burn-out et 24% un épisode dépressif. Ces difficultés ont des conséquences directes : 47% affirment avoir déjà travaillé moins efficacement, 36 % ont été arrêtés, et 16% ont démissionné pour cette raison – une proportion deux fois plus élevée chez les moins de 35 ans que chez les plus de 50 ans.

Les principaux facteurs de risque identifiés sont la charge de travail excessive (62%), les tensions relationnelles (62%), l'inadéquation entre valeurs personnelles et celles de l'entreprise (55%) et le manque d'autonomie (52%). Si 86% des salariés estiment que l'employeur doit agir, seuls 70% déclarent bénéficier de dispositifs concrets, souvent limités. Par ailleurs, les stéréotypes restent tenaces : près d'un sur deux (46 %) considère qu'un collègue souffrant de troubles psychiques « pose problème ».

Ces résultats confirment que la santé mentale est un enjeu central pour l'ensemble des travailleurs et tout particulièrement pour les populations « à risque ».

C. Populations les plus à risques

La santé mentale résulte de l'articulation de déterminants individuels, sociaux et professionnels.

D'après Isabelle Doré et Jean Caron, certains facteurs favorisent une meilleure santé mentale globale : « **les femmes, les personnes ayant un statut d'immigrant, celles qui déclarent avoir une spiritualité qui donne un sens à leur vie, une meilleure capacité de pardon, avoir vécu peu ou pas d'expérience de traumatisme pendant l'enfance, ainsi que les personnes ayant une perception d'une bonne santé mentale et des habiletés de gestion du stress auraient une meilleure santé mentale globale** ». L'âge (55 ans et plus), le statut de retraité et un score socio-économique élevé sont également associés à un meilleur niveau de santé mentale. À l'inverse, certaines études québécoises soulignent que des facteurs a priori protecteurs, comme

⁶⁵ [Rapport d'analyse - Grande enquête santé mentale au travail - moka.care x GHU Paris x Ifop](#) - consulté en mai 2025

le niveau d'éducation ou le fait d'avoir travaillé au cours des 12 derniers mois, peuvent paradoxalement être corrélés à une diminution de la santé mentale sur le long terme. Les facteurs génétiques et sociaux sont également associés à la santé mentale (Doré et Caron, 2017).

Selon les sources de l'OCDE, « au-delà des troubles mentaux occasionnés directement par le travail, on estime que **20 % de la population en âge de travailler présentent une pathologie mentale** (dont le quart sous une forme⁶⁶. Il s'agit surtout de jeunes adultes, de femmes et de personnes à faible niveau d'études. La grande majorité d'entre eux a une activité professionnelle (entre 55 % et 70 %) ». (Légeron, 2017).

Ces contradictions invitent à une lecture nuancée : des caractéristiques telles que le genre, le niveau d'éducation ou l'activité professionnelle peuvent apparaître comme protectrices ou comme facteurs de vulnérabilité.

Les données individuelles doivent être mises en regard de l'effet du travail lui-même. L'étude produite en 2018 par Thomas Coutrot⁶⁷, intitulée Travail et bien-être psychologique fournit une mise en lumière des **métiers générant le plus de bien être mental et ceux ayant l'impact le plus négatif**.

Les métiers les plus favorables combinent **faible intensité et autonomie suffisante**, comme « ingénieurs informatiques, cadres administratifs, personnels de recherche, mais aussi secrétaires, assistantes maternelles, coiffeurs » (Coutrot, 2018, p. 18-19). À l'inverse, **les plus défavorables cumulent bruit, faible autonomie et conflits éthiques** : « cuisiniers, employés de l'hôtellerie-restauration, infirmières et sages-femmes, caissiers » ou encore ouvriers du BTP et de l'industrie (Coutrot, 2018, p. 18-19, 32-33). Les inégalités sociales sont marquées : « le bien-être des agriculteurs et des ouvriers est plutôt affecté négativement par le travail, au contraire de celui des cadres » (Coutrot, 2018, p. 16-17).

Ce constat prolonge « le travail pionnier de Christian Baudelot et Michel Gollac (1997) à partir de l'enquête *Travail et mode de vie* de 1997 [qui] a montré, à la fois, l'importance du travail dans les conceptions du bonheur qu'évoquent les répondants, et les différences entre catégories sociales quant à cette importance. **Le travail est plus souvent cité comme une composante importante du bonheur par les catégories populaires, les précaires et les chômeurs**, tandis que les cadres le citent moins souvent, au profit de termes comme « équilibre », « harmonie », « plaisir » ou « réussite » » (Coutrot, 2018).

L'analyse des conditions de travail selon le modèle de Karasek met en évidence l'exposition différenciée aux facteurs psychosociaux selon le genre. Les femmes apparaissent plus fréquemment confrontées à une faible latitude décisionnelle combinée à une forte demande psychologique, ce qui accroît leur probabilité de subir un *job strain* (Niedhammer, Chastang, Levy, David et Degioanni, 2007). Comme le souligne Soares (2002, 2003), « il existe clairement une division sexuelle du travail émotionnel » : les hommes sont plus souvent positionnés dans des emplois impliquant l'agressivité face aux transgressions, tandis que les femmes assument davantage de tâches de régulation émotionnelle et de maîtrise de la colère des autres. Ces assignations s'appuient sur des stéréotypes de genre (femmes perçues comme « des êtres de «

⁶⁶ OCDE., « Making mental health count », Focus on Health, juillet 2014 - www.oecd.org

⁶⁷ [Document d'études 2018-217 - Travail et bien-être psychologique - L'apport de l'enquête CT-RPS 2016.pdf](https://www.oecd-ilibrary.org/docstore/m3133333.pdf) - consulté en août 2025

bon cœur », compatissantes, charitables, aimables, gentilles, non rancunières », faibles, changeantes mais aussi compatissantes et altruistes ; hommes associés au rationnel et à la production), qui renforcent la division du travail émotionnel et peuvent générer des effets différenciés sur la santé mentale au sein même d'un même métier.

Les enquêtes les plus récentes confirment ces inégalités. Les résultats de la *Grande enquête santé mentale au travail* (Ifop x moka.care x GHU Paris, 2025)⁶⁸ font apparaître que les **femmes**, les **employés non-cadres**, les **jeunes**, et les **professions du care et de l'administration publique** sont particulièrement exposés.

Les salariés des services RH présentent un niveau de bien-être comparable à la moyenne, mais sont davantage confrontés à des « situations négatives » (burn-out, harcèlement, dépression). « L'inadéquation de leurs valeurs avec celles de leur entreprise est un élément qui pèse également davantage sur la santé mentale des RH que pour la moyenne des salariés. De par la nature de leurs fonctions, ils sont d'autant plus nombreux à valoriser l'importance de la santé mentale au travail, et témoignent ainsi plus massivement de la mise en place de dispositifs au sein de leur entreprise (+8 pts vs. moyenne) ».

⁶⁸ [Rapport d'analyse - Grande enquête santé mentale au travail - moka.care x GHU Paris x Ifop](#) - consulté en mai 2025

Chapitre 3. La fonction RH et la santé mentale

1. Histoire(s) et missions de la fonction RH

A. Histoire des RH

Jean-Marie Peretti rappelle que la fonction de **gestion du personnel** est apparue au début du XXe siècle, s'est progressivement professionnalisée après la Seconde Guerre mondiale, a évolué vers la gestion des ressources humaines dans les années 1980, et occupe aujourd'hui un rôle stratégique et central au sein des organisations (Peretti, 2019).

Pour retracer l'histoire de cette fonction, il fait appel à Jean Fombonne et à son ouvrage *Personnel et DRH. L'affirmation de la fonction Personnel dans les entreprises* (France, 1830-1990)⁶⁹. La fonction ressources humaines s'est construite progressivement depuis le XIX^e siècle. D'abord absente en tant que structure formelle, la gestion du personnel reposait sur ses dirigeants, sans service dédié, sans chef du personnel.

Après la Première Guerre mondiale, des services du personnel commencent à émerger et des pratiques autour du recrutement et des œuvres sociales se développent après la Seconde Guerre mondiale.

À partir des années 1950, la fonction se professionnalise et devient plus politique : gestion des carrières, formation, évaluation ou encore négociations collectives deviennent des domaines spécialisés et/ ou obligatoires. Cette montée en compétences est soutenue par l'émergence de réseaux professionnels et de consultants.

Dans les années 1980, le terme « **Ressources Humaines** » remplace progressivement celui de « **Personnel** », marquant une reconnaissance stratégique de la fonction au sein des entreprises. Le DRH devient un acteur central des transformations organisationnelles. Fombonne montre ainsi que la fonction RH est le produit d'une lente institutionnalisation, influencée par l'histoire sociale, économique et managériale des entreprises.

⁶⁹ [Jean Fombonne, Personnel et DRH. L'affirmation de la fonction « Personnel » dans les entreprises \(France, 1830 - 1990\) - Persée](#) - consulté en juin 2025

B. Missions, évolutions et attentes autour de la fonction RH

Peretti présente les missions de la fonction RH selon deux axes : l'orientation vers le présent ou le futur, la focalisation sur les hommes ou sur les processus (Peretti, 2019) :



Figure 1 : Les quatre missions de la fonction ressources humaines Source : D. Ulrich, Human Resource Champions, Éditions Harvard Business School Press, Cambridge, 1996. Dans Peretti, 2019, chapitre 2.

Parmi ces missions, développer et encourager l'engagement des salariés est stratégique pour les RH car elle influence directement la création de valeur et donc la performance de l'entreprise. Il apparaît essentiel de répondre aux attentes des salariés en matière d'équité, employabilité, épanouissement, éthique et écoute. Ces « 5E », comme les appellent Peretti, leviers essentiels de croissance, coïncident avec les attentes des salariés, synthétisées dans le tableau suivant :

Pour	Le DRH doit être
Les dirigeants	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaire STRATÉGIQUE • Champion de l'ENGAGEMENT des salariés • Fabrique de TALENTS
Les managers ($n+1$)	<ul style="list-style-type: none"> • Garant du PARTAGE de la fonction • Partenaire d'affaires • Accompagnateur du changement
Les salariés	<ul style="list-style-type: none"> • Garant de l'ÉQUITÉ • Garant de l'EMPLOYABILITÉ et de l'ÉVOLUTION PROFESSIONNELLE • Garant de l'ÉTHIQUE • Garant du bien-être au travail
Les représentants des salariés	<ul style="list-style-type: none"> • Garant de l'ÉCOUTE • Garant de la CONFORMITÉ • Garant de la DYNAMIQUE SOCIALE

Figure 2 : Les attentes des parties prenantes vis-à-vis de la fonction RH Source : Peretti, 2019, chapitre 2

Peretti souligne en particulier que la **demande de bien-être au travail** est aujourd'hui forte et les entreprises doivent avoir une politique « qualité de vie au travail » intégrant toutes les dimensions du bien-être. Le bien-être, « sensation agréable procurée par la satisfaction des besoins physiques et l'absence de tensions psychologiques », selon le Dictionnaire culturel Le Robert

(2005), intègre les dimensions à la fois physique et psychologique. **Il concerne la santé mentale et physique du salarié** (Peretti, 2019).

D'autres spécialistes en GRH confirment cette évolution : « la prévention des problèmes de santé au travail est donc progressivement sortie de son statut de question technique réservée à des initiés à un **statut de problématique centrale de gestion des ressources humaines qui interpelle l'ensemble de l'activité de l'organisation** ». (Abord de Chatillon et Chakor, 2021) « La fonction ressources humaines est aujourd'hui confrontée à une évolution majeure de son activité en matière de management de la santé et la sécurité au travail (SST). En effet, si les entreprises industrielles voient se stabiliser leur niveau de sécurité au travail grâce à une amélioration continue de leurs processus techniques de production, en revanche, l'ensemble des organisations observent une recrudescence de ce que l'on peut appeler les nouvelles pathologies de travail. [...] : violences physiques et psychologiques internes ou externes et stress » (Abord de Chatillon, 2005).

« Face à une situation d'une telle gravité, **les gestionnaires des ressources humaines se doivent d'évaluer ces situations de manière à implanter des démarches permettant de réduire d'une manière significative les risques encourus dans leur organisation** » (Abord de Chatillon, 2005). Ainsi, la fonction RH connaît aujourd'hui une transformation profonde : d'une approche essentiellement technique de la santé et sécurité au travail, elle évolue vers une responsabilité centrale et proactive de prévention, désormais centrée sur les nouvelles pathologies professionnelles (stress, violences, risques psychosociaux). Selon les RH eux-mêmes, « les salariés attendent d'eux qu'ils travaillent en priorité sur la qualité de vie au travail »⁷⁰.

Cette évolution a été particulièrement mise en lumière lors de la pandémie de Covid-19. En effet, d'après une étude de l'ANDRH⁷¹, la gestion des impacts sur la santé des salariés, l'emploi et la compétitivité des organisations a principalement mobilisé un duo entre la direction générale et la fonction RH (97%), rendant la position des RH d'autant plus centrale.

C'est ce qu'affirme également le Ministère de l'Economie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique⁷² : la gestion des conditions de travail s'est longtemps concentrée sur la gestion des risques et de la sécurité sur le lieu de travail. L'objectif était alors de réduire les accidents et les maladies liées au travail. Cette approche en termes purement physiques s'est doublée d'une **approche plus psychologique**. Les conditions de travail concernent désormais le stress et la motivation des salariés. En effet, moins un salarié est stressé, ou plus un salarié sera motivé, meilleures seront ses performances dans l'entreprise.

Face à ce constat, le développement de ces pathologies conduit les entreprises à mettre en place des dispositifs de prévention et d'évaluation des risques psychosociaux. D'après les écrits académiques d'Abord de Chatillon et Peretti, ou économiques, **la fonction RH (services de santé au travail mais aussi RH opérationnelle) joue un rôle clé dans la prévention des RPS et le bien-être au travail**, grâce à une répartition équilibrée de la charge de travail, une organisation plus souple, des dispositifs de reconnaissance et un management protecteur et respectueux...

⁷⁰ [Baromètre 2024 : les RH au quotidien | Éditions Tissot](#) - consulté en septembre 2025

⁷¹ CP Les DRH face à la crise du COVID-19.pdf - consulté en septembre 2025

⁷² Site du Ministère de l'Economie et des Finances : [La fonction Ressources humaines | Ministère de l'Économie des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique](#) - consulté en juillet 2025

autant de leviers à sa disposition pour favoriser un climat de travail sain. **Elle contribue à préserver la santé mentale des collaborateurs. Or, préserver la santé mentale, c'est aussi garantir la performance durable de l'entreprise.**

C. Représentations de la fonction RH

Si les attentes du corps social à l'égard de la fonction RH sont élevées, **les déceptions peuvent être d'autant plus marquées et les critiques particulièrement virulentes.** Par ailleurs, « l'opinion du public, même non directement concerné, a aussi une importance. Le fait, dans certains métiers, de ne pas pouvoir en tous lieux déclarer sa profession sans risquer de s'attirer hostilité ou quolibets, est une atteinte à l'estime de soi » (Gollac et Bodier, 2012). **Qu'en est-il pour la fonction RH ?**

1) En entreprise et chez les salariés

Dans la littérature récente, nous pouvons par exemple citer les travaux de Michel Barabel et Olivier Meier, et leur ouvrage *Les RH à l'ère du Covid-19 : Les bonnes pratiques à retenir* (2020). **Selon eux, la pandémie aurait radicalement changé la perception des RH : en première ligne pour gérer la santé, la sécurité, le télétravail et l'accompagnement des collaborateurs, les RH ont été reconnus pour leur réactivité, leur rôle stratégique et leur professionnalisme, devenant des acteurs centraux de la gestion de crise, en opposition à l'époque pré-Covid.**

Nous savons que la fonction RH souffrait d'une image fortement dégradée, accusée d'inefficacité, de bureaucratie voire d'inhumanité, concentrant les critiques des salariés, dirigeants, managers et partenaires sociaux. On parlait avec insistance de « **RH Bashing** », autrement dit [...] d'un « dénigrement systématique par les médias » et par l'ensemble des acteurs (absence d'analyse équilibrée distinguant des points positifs et négatifs). Les critiques se focalisaient en particulier autour de l'expression développée par Dave Ulrich dans les années 1990, RH Business Partner (fonction RH au service du business) qui ne satisfaisait aucun des clients de la fonction RH (Barabel et Meier, 2020).

La notion de « **RH Loving** » mise en avant par Barabel et Meier souligne un regain d'estime pour la fonction RH durant la crise sanitaire. Il apparaît plus prudent de nuancer cette vision (comme le fait André Perret⁷³ : « les louanges entendues à cette occasion me semblent suspectes. Pour la suite, c'est-à-dire pour régler les problématiques d'ajustement... les plans sociaux qui ne manquent pas de se profiler, les RH seront mises à contribution pour éviter vagues et contentieux »).

D'une part, elle apparaît largement conjoncturelle, liée à un contexte exceptionnel où la santé des salariés a temporairement primé sur les logiques de performance. D'autre part, elle tend à idéaliser le rôle des RH, alors que les perceptions des collaborateurs demeurent contrastées

⁷³ BARABEL, Michel, GEUZE, François et PERRET, André, 2021. Conclusion. In : Le bilan RH 2020-2021 du MagRH. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur. Hors collection Économie/Gestion, p.277-280. DOI : 10.3917/dbu.barab.2021.01.0277. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/le-bilan-rh-2020-2021--9782807332539-page-277?lang=fr>

selon les secteurs et les situations⁷⁴. Enfin, **sans un ancrage durable de la prise en compte de la prévention des risques psychosociaux, le « RH Loving » risque de n'être qu'un état transitoire plutôt qu'une réelle mutation de la perception du rôle des RH, « un retour à la case départ », comme le nomment Barabel et Meier (2020).**

2) Dans la littérature économique

La fonction RH, régulièrement critiquée dans la presse économique, est souvent représentée à travers un prisme négatif, voire caricatural, en mobilisant un champ lexical particulièrement virulent.

Un exemple marquant est l'article au titre évocateur *Why We Hate HR*⁷⁵ (Fast Company, août 2005), qui propose une critique ironique, acerbe et sévère du rôle et de l'efficacité des RH dans les entreprises américaines. L'auteur y dénonce leur manque d'impact stratégique, leur excès de bureaucratie et leur incapacité à répondre aux enjeux contemporains de transformation des organisations. Quelques formules choisies : « Les professionnels RH ne sont pas les plus futés de la bande. Ils s'intéressent davantage à l'administration qu'à la transformation » ; « La plupart des services RH n'ont pas de place à la table des décisions. Et c'est parce qu'ils l'ont bien mérité »⁷⁶.

Cette représentation négative perdure, comme en témoigne un article d'Emma Jacobs publié dans le *Financial Times* en 2025⁷⁷, qui qualifie les RH de « punching-ball ». La journaliste y cite notamment un ouvrage décrivant le Premier ministre britannique comme « un directeur RH, pas un leader », ce qui illustre la dimension dévalorisante associée à la fonction.

En France, nous pouvons citer le caricatural ouvrage *DRH, la machine à broyer - Recruter, casser, jeter* (2018)⁷⁸. Largement médiatisé à sa sortie, ce livre a provoqué de vives réactions dans la profession⁷⁹. Didier Bille, ancien DRH, y critique sans nuance le rôle des Directions des Ressources Humaines dans les grandes entreprises, en dénonçant une logique souvent inhumaine et mécanique. L'auteur tente de démontrer que les DRH agissent comme des machines à broyer les individus, les transformant en simples ressources interchangeables. Ce pamphlet souligne l'aliénation ressentie par les professionnels des RH eux-mêmes, qui subissent souvent les injonctions paradoxales d'une organisation en quête permanente de

⁷⁴ On peut s'appuyer sur les différents baromètres de la fonction RH disponibles pour nuancer le propos : [ANDRH - Baromètre 2024 Apec x ANDRH - L'image des RH s'améliore auprès des cadres](#) - Les Français et leurs RH : je t'aime moi non plus : [Ce qui change pour les RH en septembre](#) - consulté en septembre 2025

⁷⁵ [Why we hate HR](#) - consulté en juillet 2025

⁷⁶ Les articles scientifiques en langue anglaise ont été traduits à l'aide de l'outil d'intelligence artificielle *ChatGPT* (OpenAI, 2025). Ces traductions ont ensuite été vérifiées, corrigées et adaptées par nos soins.

⁷⁷ [Subscribe to read](#) - consulté en août 2025

⁷⁸ [DRH, la machine à broyer. Recruter, casser, jeter, par Christian de Brie \(Le Monde diplomatique, juillet 2018\)](#)

⁷⁹ [Ressources humaines : le témoignage qui révolte la profession | Les Echos](#) - consulté en septembre 2025

performance, tout en devant justifier des pratiques parfois destructrices. Ce double rôle les place dans une position complexe entre « bourreaux » et « victimes ».

Enfin, la violence symbolique qui entoure parfois l'image de la fonction a trouvé un écho dramatique dans l'actualité judiciaire, à travers l'affaire Fortin, tristement surnommé le « tueur de DRH »⁸⁰, condamné à perpétuité après avoir assassiné plusieurs responsables des ressources humaines. Si cet épisode reste extrême, il illustre la charge émotionnelle et le caractère conflictuel qui peuvent entourer cette fonction, parfois perçue comme l'incarnation des décisions les plus impopulaires de l'entreprise.

3) Dans les films, les séries

Un détour par la pop culture permet d'éclairer les représentations sociales attachées à la fonction RH et de mettre en évidence quelques stéréotypes qui lui sont fréquemment associés.

Carollo, dans son article *Exploring representations of HRM in movies as dirty work*⁸¹ (2024), propose une synthèse éclairante : dans les films, les RH apparaissent souvent sous un jour caricatural, avec trois figures dominantes. La première est celle du « complice silencieux », présenté comme un *cost-killer* obsédé par les indicateurs et procédant aux licenciements massifs sans états d'âme (par exemple : *The Assistant*, 2019). La deuxième est celle du « technocrate manipulateur ou froid », incarnant la bureaucratie déshumanisée (par exemple : *In the Air*, de Jason Reitman, 2009). Enfin, la troisième figure est celle de l'« objet de mépris ou de ridicule », perçu comme inutile, incompétent, voire nuisible car déconnecté des réalités opérationnelles (par exemple : *Office Space*, 1999).

Cette représentation péjorative se retrouve également dans le cinéma français. Des films tels que Ressources humaines de Laurent Cantet (1999), Carole Matthieu de Louis-Julien Petit (2016), La Loi du marché de Stéphane Brizé (2015) ou encore Corporate de Nicolas Silhol (2017) mettent en scène des DRH ou des responsables du personnel incarnant la violence des décisions organisationnelles, souvent liées aux restructurations et aux licenciements. Sérieyx et Riendeau (2018) relèvent que cette image cinématographique du DRH s'est largement construite au cours des deux dernières décennies. La presse, à l'image des Échos (2017)⁸², a souligné que le succès de ces films tenait à leur capacité à capter une réalité sociale perçue comme brutale, où les directions des ressources humaines apparaissent comme des rouages essentiels mais décriés du monde du travail. Ces « films à succès [...] renvoient les responsables des RH au banc des accusés, les réduisant au rang de chiens couchants, exécuteurs des basses œuvres de patrons sans âme, uniquement guidés par la maximisation du retour sur capital investi et, eux-mêmes, valets de groupes financiers apatrides, rapaces, avides, amoraux et malfaisants » (Sérieyx et Riendeau, 2018).

⁸⁰ [Procès Fortin : le « tueur de DRH » définitivement condamné à perpétuité](#) - consulté en juillet 2025

⁸¹ [Exploring representations of human resource management as moral dirty work: A film study](#) - Carollo - 2024 - Human Resource Management - Wiley Online Library - consulté en juillet 2025

⁸² [Vers un « RH bashing » ? | Les Echos](#) - consulté en août 2025

Gérard Taponat (2020) partage des commentaires spontanés de spectateurs qu'il a pu capter au sortir de ces deux séances : « Mon DRH a le même discours que dans le film » ; « La mienne utilise la même langue de bois » ; « Tu vois, ce que je sais des RH, c'est ce qu'on vient d'en voir : tout est manipulation ». S'il est difficile de se faire une opinion précise sur la valeur de ces témoignages (comment ces personnes ont-elles été sélectionnées ?), ils sont éloquents.

Cette tendance dans les œuvres culturelles témoigne de l'importance symbolique de la fonction RH mais révèle aussi la constance d'un regard dépréciateur. Si les films et séries en font un sujet récurrent depuis plus de vingt ans, c'est que le RH *bashing* a une portée significative auprès du public.

Grâce aux apports de Gollac et Bodier (2012), on peut avancer que ces représentations ne sont pas neutres : elles contribuent elles-mêmes à renforcer les stéréotypes négatifs et à impacter l'estime des professionnels RH.

2. La RH ou l'Art du déséquilibre⁸³

Au-delà de l'intensification des attentes qui pèsent sur la fonction RH en matière de bien-être, de qualité de vie au travail et de santé au travail, et au-delà des représentations parfois délétères de la fonction, il s'agit ici d'analyser les **caractéristiques propres aux métiers des ressources humaines susceptibles de générer des tensions et, potentiellement, d'affecter la santé mentale de ceux qui les exercent**.

A. La fonction RH à l'épreuve de la complexité et de la diversité des attentes

Gilles Verrier parle des **responsabilités potentielles de la structure RH et de la diversité** des activités comme « **un véritable inventaire à la Prévert** » (Verrier, 2012). En outre, les RH interrogés dans le Baromètre 2024 *les RH au quotidien* élaboré par les éditions Tissot sont quasi unanimes : **leur métier se complexifie d'année en année⁸⁴**.

Maurice Thévenet résume la fonction RH avec ces mots : « **Les RH s'occupent des personnes** » et « **s'occupent toujours de la collaboration** entre ces personnes », « **les RH s'occupent aussi de la performance**. Elles sont une fonction d'entreprise censée contribuer à un résultat collectif. » Le troisième pilier inamovible de la fonction RH, après les personnes et la performance, est **la durée, le temps, la pérennité, le futur ou l'avenir**, en un mot ce que l'immédiateté des débats et de notre expérience nous conduisent à occulter » (Thévenet in Barabel, Meier et Perret, 2014).

Si les deux premiers « piliers » (les personnes et la performance) apparaissent immédiatement compréhensibles, le troisième demande une lecture plus approfondie. En insistant sur la dimension temporelle, Thévenet rappelle que la fonction RH doit tout à la fois apporter des réponses immédiates aux crises et aux situations du moment mais aussi se projeter dans

⁸³ Le titre de ce chapitre s'inspire de *L'art du déséquilibre* (éd. Minuit) d'Évelyne Grossman, critique littéraire, éditrice et professeure de littérature française

⁸⁴ [Baromètre 2024 : les RH au quotidien | Éditions Tissot](#) - consulté en juillet 2025 : enquête réalisée sur un panel de 921 professionnels des Ressources Humaines en France du 14 décembre 2023 au 14 février 2024 par les Éditions Tissot et PayFit

l'avenir, bâtir des dispositifs durables en soutien à la performance. Or, cette exigence de penser le long terme dans un environnement où l'immédiateté et la pression des urgences dominent accroît encore la complexité de leur rôle. **Les RH se retrouvent ainsi exposés à une triple pression : répondre aux besoins immédiats des personnes, soutenir la performance à court terme, tout en préparant l'avenir.**

Cette **complexité** est mise en avant dans les travaux plus récents de Dave Ulrich, qui actualise son modèle bien connu du *RH Business Partner* (élaboré en 1997 et 2005) en 2012 et 2016 par celui de *Paradox Navigator*, pour mettre en avant de nouveaux défis : « le rôle de *Paradox Navigator* est très exigeant car il nécessite de se doter d'un **regard réflexif et critique** ainsi que d'une nouvelle posture RH tournée vers **l'affirmation du leadership RH** » et doit « **répondre aux attentes de multiples parties prenantes**, contrairement au Business Partner centré principalement sur les actionnaires » (Aït Razouk in Chevalier, Coron, Gaillard et Oiry, 2024).

Le modèle de *Business Partner* reflétait déjà la multiplicité de missions et leur complexité :

- « Connaître les réalités du business
- Servir les parties prenantes externes (clients, actionnaires)
- Elaborer des pratiques RH alignées sur les objectifs stratégiques
- Conduire le changement
- Développer les compétences des collaborateurs les plus talentueux
- Assurer l'expertise fonctionnelle.»

Le modèle du *Paradox Navigator* vient **renforcer et sophistiquer ces exigences**, ajoutant à cet « inventaire à la Prévert » de nouvelles dimensions : « stratège, navigateur de paradoxes, développeur de capacités, champion du changement, innovateur et intégrateur, promoteur de technologies, militant crédible » (Aït Razouk in Chevalier, Coron, Gaillard et Oiry, 2024). Nous reviendrons plus avant sur le rôle de « navigateur de paradoxes ».

Le métier des RH, notamment pour les généralistes et les opérationnels, se révèle ainsi comme une fonction intrinsèquement **complexe**, reposant sur **un équilibre délicat**, marqué par la nécessité permanente de naviguer entre des pressions court et long termes, entre le souci des autres et l'exigence de l'organisation.

B. Une dialectique du paradoxe : un défi de la fonction RH

Les attentes fortes exprimées par les parties prenantes **se heurtent aux contradictions constitutives de la fonction RH**, caractérisées par la nécessité permanente de naviguer entre des exigences paradoxales.

L'article de Keegan, Bitterling, Sylva, Hoeksema (2017) souligne les contradictions auxquelles sont soumis les professionnels des RH : **la fonction RH est la seule dans l'entreprise à avoir pour responsabilité principale à la fois la préservation du bien-être des salariés et le soutien à la performance de l'organisation** (Rynes, 2004). Cette double mission, intrinsèquement contradictoire, **renforce la vulnérabilité des acteurs RH face à la pression psychologique**.

Les paradoxes se déclinent dans de multiples dimensions : faire respecter le droit, la règle et le code tout en étant le pilier de l'expérience collaborateur. « Ne pas être gardé par la règle » mais

« garder la règle » (Taponat, 2020). Voir sa performance évaluée selon des indicateurs parfaitement opposés : le nombre de licenciements réalisés d'un côté, la qualité des baromètres sociaux, de l'engagement et des certifications type *Great Place To Work* de l'autre. Concilier un plan de licenciement avec une politique de bien-être au travail. Uniformiser les pratiques (rémunération, formation, carrières) tout en développant une gestion individualisée des talents, « attirer les talents spécifiques avec des formules d'accélération de carrière, mais dans le projet d'ensemble du projet d'entreprise » (Taponat, 2020). Arbitrer entre les intérêts de la direction générale, ceux des représentants du personnel et ceux des collaborateurs. Être objectif et rationnel, tout en faisant preuve d'empathie et d'écoute. **Cette liste pourrait être encore longue. Cette complexité paradoxale traverse l'ensemble des métiers RH.**

Cette conciliation des paradoxes est exprimée par Pascal Braun et Clotilde Coron en ces termes : « **Fragmentée, la fonction RH apparaît également au cœur des tensions, voire des contradictions organisationnelles des entreprises.** » « Les acteurs de la fonction RH se retrouvent régulièrement au cœur de ces tensions. Ils sont en effet amenés à répondre à **des logiques en grande partie incompatibles**, par exemple les objectifs financiers de la Direction Générale d'une part, et les préoccupations sociales et professionnelles des organisations syndicales et des salariés de l'autre. Plus globalement, la fonction RH est confrontée à une série de tensions très profondes dans les différentes activités associées à la GRH : tension entre individualisation et injonction à la coopération dans l'évaluation au travail, tension entre les attendus de la société civile et les pratiques internes dans la définition et mise en œuvre de politiques de RSE, etc. » (Braun et Coron, 2021).

Le modèle du *Paradox Navigator* d'Ulrich que nous avons abordé plus haut intègre pleinement cette complexité. Il met en avant la nécessité de « **naviguer dans les paradoxes** (ou transcender les paradoxes) en mobilisant des savoir-être exceptionnels en termes d'authenticité, d'agilité, d'intelligence émotionnelle et de résilience (apprentissage, maîtrise de soi, courage) ; en respectant les opinions d'autrui (manifester le désaccord sans être désagréable) ; en encourageant la divergence tout en étant capable de rechercher la convergence (espaces d'échanges) ; en tirant des leçons du passé, tout en imaginant des solutions pour l'avenir ; et enfin, en appréciant le processus dialectique autant que le résultat » (Aït Razouk in Chevalier, Coron, Gaillard et Oiry, 2024).

L'incapacité à gérer ces paradoxes peut même menacer l'existence de la fonction RH : « D'autres ne manqueront pas de souligner les paradoxes qui caractériseraient la fonction : soit elle parvient à transférer un certain nombre de décisions RH à la ligne hiérarchique, ce qui pose évidemment la question de son maintien à moyen et à long terme, soit elle n'y parvient pas, ce qui soulève alors la question de son utilité (Rucci, 2001) » (Pichault, in Barabel, Meier et Perret, 2014).

« **Naviguer dans les paradoxes** », c'est ce qui constitue, selon Dave Ulrich, « le caractère stratégique de la fonction RH » (Aït Razouk in Chevalier, Coron, Gaillard et Oiry, 2024), et **c'est précisément parce qu'elle doit composer en permanence avec des exigences contradictoires que la fonction RH tire à la fois sa légitimité et sa fragilité.**

C. Un décalage entre rêve et réalités

Embrasser une carrière en RH, c'est faire le choix d'une « **aventure humaine** » (Roffe-Vidal, 2020 in Taponat) : « en tant que RH, nous avons à être de véritables **GPS** pour savoir où trouver l'engagement et tirer le meilleur parti des compétences et des talents de chacun. »

« **Architecte du vivant** », la DRH doit « assurer la motivation du corps social et de l'entraîner dans une dynamique, [...] pouvoir faire rêver, c'est-à-dire donner au corps social un imaginaire, une projection, un horizon de réalisation, tant à l'échelle collective que sur les déclinaisons individuelles. » (Taponat, 2020). Cette dimension vocationnelle explique pourquoi **74% des RH** interrogés dans le cadre du baromètre *Les RH au quotidien auraient « choisi leur métier pour sa dimension humaine et sociale ».*

Pourtant, **le même baromètre (2024) fait le constat d'un décalage entre la réalité des missions et les aspirations.** Deux des activités auxquelles les RH consacrent le plus de temps – la gestion administrative du personnel et le recrutement – figurent parmi celles qu'ils aimeraient le moins exercer. **Autrement dit, les activités perçues comme les plus techniques, répétitives et éloignées du sens humain initial dominant encore l'agenda RH.**

Selon Michel Barabel et Olivier Meier (2020), la crise Covid-19 aurait amplifié ce décalage : « alors que la fonction RH cherche désespérément depuis des décennies à diminuer son rôle d'expert administratif au profit de rôles plus innovants, la pandémie, avec l'explosion des décrets notamment en France, a une nouvelle fois illustrée la capacité de nos gouvernants à produire des procédures législatives auxquelles les équipes RH ont dû se conformer ». Loin d'accélérer la transformation de la fonction, la crise a replacé les RH dans un rôle d'exécutants, **renforçant la perception d'un quotidien contraint.**

Michel Barabel décrypte : « Les gens trouvent ça difficile, il peut y avoir un sentiment de solitude, des choix non-éthiques à faire... ». **Pris en étau, les RH apparaissent souvent comme des « entre-deux » : ni pleinement du côté des salariés, ni totalement alignés avec la direction, et parfois mis en cause par les deux.** Cela génère une **forme de solitude décisionnelle**, renforcée par la nécessité d'arbitrer entre des intérêts divergents.

À cette difficulté structurelle s'ajoute un manque de moyens. Les RH sont censés être à l'écoute des besoins des salariés mais ne disposent pas toujours des leviers financiers, humains ou organisationnels pour agir concrètement. Dans l'étude réalisée par le groupe Sage *Le nouveau visage des RH en 2024*, « 90 % des leaders RH identifient les budgets limités comme un défi majeur, avec 89 % exprimant des préoccupations concernant les ressources inadéquates au sein de leurs équipes»⁸⁵.

Ainsi, entre missions ingrates et administratives, et missions traumatisantes (liées à la souffrance ou aux décisions difficiles : nous y reviendrons dans la partie ci-après), **la fonction RH se vit au quotidien comme un métier où le « rêve » se heurte à la dureté des réalités organisationnelles.**

D. Les RH, réceptacles et médiateurs des tensions émotionnelles

Les professionnels RH sont régulièrement amenés à gérer des situations humaines délicates voire extrêmes : refuser un recrutement, arbitrer un conflit entre collègues, annoncer un licenciement, écouter les témoignages de souffrance au travail, accompagner les décès et suicides de salariés.

Ces contextes impliquent une forte capacité de régulation émotionnelle : il s'agit de rester à l'écoute, empathique et professionnel, en maîtrisant ses propres émotions pour ne pas fragiliser

⁸⁵ [Ressources humaines : un nouveau visage en 2024 | Sage Advice France](#) - consulté en septembre 2025

davantage la personne accompagnée. **Les RH sont des réceptacles à plaintes, conflits, souffrance, départs, ruptures...** Le métier de RH est un travail demandant un investissement affectif fort, un « travail à cœur », pour reprendre les termes d'Yves Clot (Clot, 2015).

La notion d'« exigences émotionnelles » évoquée par Gollac recouvre plusieurs réalités : « Il peut s'agir tout d'abord de la nécessité de **maîtriser ses émotions** : c'est le cas des hôtesses de l'air ou des infirmières, qui doivent se montrer sereines et détendues pour rassurer passagers ou patients. Il s'agit aussi, pour d'autres salariés, de **sourire, de garder son calme ou de cacher ses émotions** face à une personne désagréable ou même agressive. Certains métiers sont particulièrement éprouvants émotionnellement : accompagner des personnes en fin de vie, s'occuper d'enfants gravement malades, intervenir auprès de victimes d'accidents, etc. Enfin, n'oublions pas les métiers qui confrontent aux émotions de peur : peur d'un accident matériel, d'une **agression physique ou d'une violence morale** » (Légeron, 2017).

La fonction ressources humaines au sens large, que ce soit la médecine du travail, les chargés des relations sociales ou encore les chargés de RH (tout RH opérationnel et généraliste, au contact des salariés) peut également être exposée au type d'exigences émotionnelles évoqué par Légeron et souvent démunis face aux situations extrêmes, comme les suicides⁸⁶.

Si nous n'avons trouvé que peu d'études scientifiques et empiriques se penchant sur la **réalité quotidienne** des RH face à ces tensions, la **proximité avec la souffrance au travail nous permet d'affirmer que la dimension émotionnelle fait partie intégrante du métier, avec des effets possibles sur la santé psychique des praticiens RH eux-mêmes.**

E. Conflits éthiques dans la pratique RH

« **Traiter les gens de manière éthique** » est un objectif central de la fonction RH. Cependant, les objectifs économiques et sociaux peuvent parfois entrer en contradiction, plaçant les professionnels RH face à des dilemmes éthiques liés aux tensions inhérentes à la relation employeur-employé (Schultz & Brender-Ilan, 2004 dans Watson, 1977 dans Keegan, Bitterling, Sylva, Hoeksema, 2017).

Thomas Coutrot de la DARES le confirme dans son étude *Travail et bien-être psychologique* : « on trouve aussi, parmi les métiers concernés par ces conflits éthiques, les cadres de la Fonction publique, des banques ou de l'industrie, chargés de **mettre en œuvre des innovations organisationnelles ou des politiques commerciales ou de gestions des ressources humaines pas toujours compatibles avec leur éthique personnelle ou professionnelle** (de Gaulejac, 2005) » (Coutrot, 2018). Patrick Légeron emploie des termes similaires lorsqu'il évoque les « **conflits éthiques** » qui apparaissent lorsque les exigences du travail peuvent heurter les valeurs personnelles ou professionnelles (Légeron, 2017).

Ces dilemmes se manifestent comme un écart entre ce que le RH est supposé faire et ce qu'il ressent. Concrètement, il peut être amené à appliquer des règles et procédures en contradiction avec ses convictions éthiques, comme devoir licencier un salarié dans une situation humaine délicate, par exemple. Les décisions ne se prennent pas dans un “vide moral”, mais dans un

⁸⁶ [« Face au suicide, j'étais un DRH démunis » | Les Echos](#) - consulté en août 2025

environnement complexe où interagissent de façon imbriquée règles formelles, procédures, attentes sociales et valeurs personnelles.

L'article de Sára Csillag (2019)⁸⁷ examine les dilemmes éthiques propres à la profession RH en Hongrie et la manifestation de ce qu'elle nomme le « mutisme moral ». L'auteure rappelle que les professionnels RH « font face à des dilemmes éthiques quotidiens ». Son étude, basée sur une recherche-action auprès de 76 experts RH, identifie trois domaines particulièrement génératrices de conflits :

- Les licenciements et mesures disciplinaires, souvent perçus comme « illégaux, irréguliers, inhumains ou cruels », parfois imposés par la hiérarchie (« dismissals ordered from above ») ;
- Le recrutement et la sélection, marqués par « l'utilisation inappropriée d'outils de recrutement », le favoritisme et des discriminations persistantes (âge, genre, handicap, maternité) ;
- La culture organisationnelle, où apparaissent des cas de « harcèlement sexuel, d'intimidation et de manipulation », ainsi que des dilemmes liés aux relations hiérarchiques ou au rejet de la diversité.

L'autrice souligne également la prégnance du **mutisme moral** : la majorité des participants confirment que « les arguments éthiques ou un discours ouvert sur l'éthique sont inexistant ou très rares dans la pratique organisationnelle ».

Ces dilemmes éthiques quotidiens peuvent peser sur le bien-être mental des professionnels RH, augmentant le risque de stress, d'épuisement ou de conflits internes persistants.

F. La RH, une fonction de l'oxymore

Selon nous, la **fonction RH est une fonction de l'oxymore**, prise dans une double dialectique, au carrefour d'injonctions paradoxales (Catherine Chouard) : prendre soin des individus, rendre performant le tout. **Le RH est un agent double**, chargé d'appliquer les décisions de l'employeur (cf. le modèle du « business partner » d'Ulrich et Brockbank, 2005), au côté des salariés pour le meilleur comme pour le pire.

Ces sources intrinsèques de complexité, de contradictions, de tensions, de conflits moraux et d'émotions peuvent renforcer la vulnérabilité des acteurs RH et affecter leur propre bien-être psychologique.

3. Les afflictions les plus susceptibles de concerner les travailleurs de la fonction RH

Nous voudrions ouvrir cette partie avec les mots de Catherine Chouard : « La fonction RH est comparable à celle d'athlètes de haut niveau : accélération et endurance sont requises mais pas à n'importe quel prix d'autant plus quand il est indispensable de veiller sur les autres ! » (entretien avec Chouard, 2014, in Barabel, Meier et Perret).

⁸⁷ akjournals.com/view/journals/204/41/1/article-p125.pdf - consulté en septembre 2025

A. Des facteurs de risques spécifiques

Notre étude met en évidence que les professionnels des ressources humaines sont exposés à **des tensions spécifiques** susceptibles d'affecter leur santé mentale. Ces spécificités correspondent à des facteurs de risques qui, selon leur intensité et leur accumulation, peuvent générer divers troubles. Nous proposons ici d'examiner ces facteurs et leurs effets, en cohérence avec notre présentation du DSM-5 et des affections liées au travail, éclairée par la grille de lecture du psychiatre Patrick Légeron.

Maurice Thévenet formule ainsi la raison d'être de la fonction RH : « les RH s'occupent des personnes, c'est sans doute la raison pour laquelle la fonction est la plus sollicitée – voire remise en cause – de la société et de ses évolutions ou sursauts ». (Thévenet in Barabel, Meier et Perret, 2014). **Comme les métiers du care, elle est tournée vers l'accompagnement et le soutien, et s'appuie fortement sur l'engagement émotionnel et relationnel. Or, les professions du care comptent parmi les plus exposées aux risques psychosociaux** (voir plus haut).

Par ailleurs, la fonction RH souffre d'un **déficit de reconnaissance**. Ce phénomène de *RH bashing* dépréciatif fragilise l'estime de soi. Le manque de soutien social, la solitude, et parfois l'absence de bienveillance ou même la présence de harcèlement, constituent autant de menaces pour la santé psychologique (Légeron, 2017).

La **complexité** de la fonction constitue également un facteur aggravant. Multiplicité des missions, diversité des attentes, exigences de réactivité et de polyvalence entraînent une **charge mentale** élevée : « « zappant » d'une activité à une autre, ou subir de nombreuses contraintes de rythme, est un aspect du travail qui peut se révéler néfaste pour la santé. La complexité du travail ou la concentration mentale exigée sont d'autres dimensions des exigences du travail ainsi que les problèmes de conciliation entre travail et hors travail, et la difficulté à équilibrer sa vie professionnelle et sa vie personnelle » (Légeron, 2017). Lorsque la charge cognitive dépasse les ressources disponibles, la qualité et la justesse du travail s'en trouvent altérées, avec un risque d'épuisement accru.

L'**exposition émotionnelle** est également marquée. Les professionnels RH doivent gérer des situations humaines sensibles – souffrances individuelles, licenciements, conflits ou ruptures – qui les placent face à des contextes de forte intensité psychologique, comparables à ceux rencontrés par d'autres professions confrontées au traumatisme ou à la détresse.

Un autre risque découle de l'**écart entre le travail prescrit et le travail réel, entre les attentes initiales et les contraintes effectives**. Comme le rappelle Légeron (2017) : « Ne pas avoir la possibilité d'employer et de développer ses compétences est également un enjeu important pour la santé mentale au travail. »

À cela s'ajoutent les **conflits éthiques**, fréquents dans une fonction où l'obligation d'appliquer certaines décisions peut heurter la conscience professionnelle (Légeron, 2017).

Les **injonctions paradoxales**, le **manque de moyens**, l'**impuissance à trouver des solutions** et la **faible latitude décisionnelle** accentuent encore le risque de surcharge psychologique, « le stress psychologique au travail [étant] une réponse de l'individu devant les exigences d'une situation pour laquelle il doute de disposer des ressources nécessaires afin d'y faire face » (Légeron, 2018).

Enfin, l'analyse de la fonction RH ne peut ignorer la question du genre. En effet, « La fonction RH est l'une des plus féminisées – 80 % des cadres RH sont des femmes versus 37 % pour l'ensemble des fonctions cadres » (ANDRH & APEC). Or, des études montrent que les femmes constituent une population plus exposée aux risques de santé mentale au travail.

B. Quand les contraintes de la fonction RH se traduisent en pathologies mentales

Les facteurs de risques que nous avons recensés pour la fonction RH, foyer de vulnérabilités psychosociales, peuvent être directement mises en relation avec plusieurs catégories de **troubles psychiques** (répertoriés par le DSM-5) :

- **Déficit de reconnaissance** : l'absence de soutien social et la faible valorisation du travail fragilisent l'estime de soi et accroissent le risque de troubles dépressifs (perte de motivation, sentiment d'inutilité) et de troubles anxieux (inquiétude persistante face au jugement d'autrui).
- **Complexité et charge mentale élevée** : la multiplicité des missions et la pression cognitive sont associées à des troubles anxieux (ruminations, tensions), des troubles du sommeil, ainsi qu'au risque d'épuisement professionnel, proche du burn-out.
- **Exposition émotionnelle** : la gestion de la souffrance, des licenciements ou des conflits confronte les RH à une intensité psychologique forte, pouvant entraîner des troubles liés au stress et aux traumatismes (troubles de l'adaptation, état de stress post-traumatique dans les cas les plus extrêmes).
- **Écart entre travail prescrit et travail réel** : le sentiment de ne pas pouvoir utiliser ou développer ses compétences favorise la démotivation et la perte de sens, avec un risque de troubles dépressifs et de troubles anxieux généralisés.
- **Conflits éthiques** : être contraint d'agir à l'encontre de sa conscience professionnelle peut générer une dissonance morale profonde, en lien avec des troubles anxieux, des troubles dépressifs et des troubles de l'adaptation.
- **Injonctions paradoxales** : confrontés à des ordres contradictoires ou à des attentes impossibles à satisfaire, les professionnels RH peuvent développer des troubles anxieux, des comportements obsessionnels (liés au besoin de contrôle), voire des addictions comme stratégie d'adaptation.
- **Faible latitude décisionnelle, manque de moyens** : l'impuissance ressentie face aux contraintes hiérarchiques et organisationnelles renforce la vulnérabilité aux troubles dépressifs, aux troubles du sommeil et à l'épuisement professionnel.

C. La souffrance liée à l'empathie

« S'il est connu que la violence des échanges peut parfois conduire au mal-être psychologique des individus au travail [...], l'idée selon laquelle la bienveillance peut aussi conduire à la souffrance au travail est moins évidente. » (Cusin et Fabre, 2017). Cette remarque éclaire une dernière **dimension paradoxale de la fonction RH : celle d'une profession où l'attention portée à autrui, souvent valorisée comme une qualité, peut devenir une source de vulnérabilité.**

Le **stress compassionnel** ou **épuisement empathique** est présenté comme une dimension du burn-out par A. Boudoukha (2020). Cet épuisement est "caractérisé par un manque d'énergie et

le sentiment que les ressources émotionnelles et mentales nécessaires à la bonne tenue de l'emploi sont épuisées. » (Perrier et Edey Gamassou in Chevalier, Coron, Gaillard et Oiry, 2024). Cette fatigue psychique peut conduire à un désinvestissement progressif du travail et à « des attitudes négatives voire déshumanisées », traduisant une forme de mécanisme défensif. Comme l'explique Boudoukha (2020), pour « diminuer leur compassion envers les patients, certains sujets présentent un détachement émotionnel afin de se protéger des émotions intenses qui les empêchent d'accomplir leur travail ».

Nos recherches mettent également en évidence le concept de **traumatisme vicariant**, défini comme « lié à l'engagement empathique, inhérent à la relation qu'un professionnel peut entretenir avec des personnes victimes de traumatismes » (Cusin et Fabre, 2017). Transposé à la fonction RH, ce phénomène illustre la manière dont l'exposition répétée aux récits de souffrance (conflits, licenciements, discriminations, harcèlement) peut affecter les professionnels. « Cette transposition réussie et ces adaptations nous conduisent, finalement, à proposer une définition RH du traumatisme vicariant : « Dans les métiers supposant un engagement empathique fort, c'est l'effet collatéral négatif durable d'une exposition prolongée et/ ou répétée à une souffrance aiguë exprimée par les bénéficiaires, dont l'intensité varie selon la posture et les barrières de protection du professionnel » » (Cusin et Fabre, 2017).

Ces parallèles avec des concepts médicaux plutôt utilisés pour les professions du soin ou de l'urgence renforcent notre hypothèse : **la fonction RH partage avec ces fonctions de nombreux facteurs de vulnérabilité psychologique**. Elle s'en distingue néanmoins par ses contradictions structurelles (exigence de soutien vs impératifs organisationnels, rôle de médiateur vs rôle d'exécutant de décisions difficiles), qui la rendent particulièrement exposée au risque de troubles liés à la santé mentale.

4. Que sait-on de la santé mentale des RH ?

Aujourd'hui, peu de littérature et d'écrits scientifiques et académiques existent spécifiquement sur le sujet.

Les données spécifiques sur l'absentéisme des professionnels des ressources humaines sont limitées. Le **baromètre absentéisme 2024** de Malakoff Humanis⁸⁸ fournit des données détaillées sur l'absentéisme des salariés en France mais ne distingue pas spécifiquement les professionnels des ressources humaines. À notre connaissance, les informations propres aux professionnels RH ne sont pas documentées à ce jour.

On sait peu de choses, probablement parce que les RH se taisent. De notre point de vue, la notion de **performance émotionnelle**, décrite par Keegan, Bitterling, Sylva, Hoeksema (2017), est un élément éclairant : les professionnels RH décrivent la nécessité de jouer un rôle émotionnel, en masquant leurs ressentis pour préserver leur position ou l'image de l'entreprise. Ce travail émotionnel devient un outil de gestion du dilemme : en réprimant leurs émotions, les RH maintiennent l'apparence de professionnalisme, tout en vivant un conflit intérieur. Cette capacité acquise à réprimer ses émotions silencie les RH.

⁸⁸ [Baromètre Absentéisme 2024 : Les TPE et PME plus que jamais concernées | Malakoff Humanis](#) - consulté en septembre 2025

A la lecture des résultats du baromètre 2024 *Les RH au quotidien*⁸⁹, on comprend qu'une fatigue réelle de la fonction est bien présente et va en se dégradant. En effet, en 2022, 66 % des RH ne se voyaient pas exercer le métier dans 10 ans. En 2024, ce chiffre monte à 71 %. En 2022, ce baromètre met en évidence d'autres éléments préoccupants : 85 % des RH se disent sur-sollicités, 81 % des professionnels RH déclarent être fatigués, voire épuisés, un constat qui traduit une forte charge mentale et psychologique, liée à l'intensité et à la diversité de leurs missions. Dans le même esprit, 73 % ressentent de la frustration et 68 % se disent isolés, révélant un mal-être persistant et un poids émotionnel qui s'ajoute à la charge de travail opérationnelle. À cela s'ajoute un manque de soutien : 68 % estiment ne pas être suffisamment accompagnés par leur direction.

Les difficultés structurelles sont également nombreuses : le **manque de temps** et de ressources internes reste le premier obstacle (59 %), suivi par le manque de budget (37 %), en augmentation par rapport aux années précédentes. À ces contraintes s'ajoutent un défaut de reconnaissance de la part de la direction (27 %) et un déficit de confiance des salariés (14 %). Le suivi des évolutions réglementaires demeure lui aussi un sujet complexe pour 26 % des répondants, bien qu'une légère amélioration soit notée.

Enfin, la **complexité croissante du métier** est soulignée : près des deux tiers des professionnels estiment que leur fonction atteint un niveau de difficulté de 7/10 ou plus. Cette complexité se double d'une charge administrative lourde : 72 % consacrent entre trois et six heures par jour à l'administratif, tandis que la gestion de la paie représente jusqu'à cinq jours par mois pour 62 % des répondants, voire davantage pour un quart d'entre eux.

Plus spécifiquement sur notre sujet d'étude, le groupe Teale a produit un *Baromètre de la santé mentale des RH (2024)*⁹⁰ qui met en évidence une situation préoccupante pour les acteurs de cette fonction. Il en ressort que plus de la moitié des professionnels RH (54 %) ne se sentent pas en forme et 4 sur 10 (40 %) sont insatisfaits de leur équilibre des temps de vie.

Les résultats montrent que les professionnels RH présentent une **santé mentale globalement plus fragile que la moyenne des salariés**, caractérisée par une exposition accrue au stress chronique, à la fatigue émotionnelle et à l'épuisement professionnel : « Les RH affichent un niveau de santé mentale significativement plus fragile que la moyenne des salariés, avec une proportion plus importante de profils en situation de fragilité psychologique. »

Les résultats confirment la sensibilité aux facteurs de risques évoqués dans notre étude.

Une **charge mentale particulièrement élevée** pèse sur cette population. Selon l'étude, **81 % des RH se déclarent fatigués ou épuisés** et **73 % expriment un sentiment de frustration**. La multiplicité des missions, la pression des délais, la gestion des urgences et la complexité réglementaire sont identifiées comme autant de sources d'intensification.

⁸⁹ [Baromètre 2024 : les RH au quotidien | Éditions Tissot](#) - consulté en juin 2025

⁹⁰ Bilan 2023-2024 et levier d'actions) basé sur des données collectées auprès de 1 120 professionnels des RH issus de secteurs d'activité variés et des entreprises de toutes tailles - consulté en août 2025

68 % disent se sentir isolés dans leur activité. Le **défaut de reconnaissance de la part de la direction** est souligné par **27 %** des répondants, et **14 % estiment ne pas bénéficier de la confiance des salariés**.

Le **manque de moyens** est pointé du doigt : **59 % évoquent un déficit de temps et de ressources internes**, et **37 % dénoncent un manque de budget**, en hausse par rapport aux années précédentes. Le **suivi des évolutions réglementaires**, bien que légèrement amélioré, reste une contrainte lourde pour **26 %** des professionnels.

La **complexité croissante du métier** apparaît également comme un élément saillant : près de **deux tiers des répondants** estiment que leur fonction atteint un niveau de difficulté élevé (7/10 ou plus sur une échelle de perception).

À cela s'ajoute une charge administrative massive : **72 % des RH passent entre 3 et 6 heures par jour sur l'administratif**, et la gestion de la paie occupe jusqu'à **5 jours par mois pour 62 %** des professionnels, voire davantage pour un quart d'entre eux.

Ces conditions fragilisées ont des conséquences directes sur la **pérennité et l'attractivité de la fonction**. Comme le rappellent d'autres études antérieures (ANDRH, 2022), une majorité de RH déclarait déjà ne pas se projeter dans ce métier à l'horizon de dix ans. Le baromètre Teale 2024 confirme cette tendance de désaffection, nourrie par la **faible reconnaissance, la pression permanente et les contradictions structurelles** entre objectifs économiques et impératifs sociaux.

5. Comment les aider ?

Chargée de soutenir la santé mentale et le bien-être des salariés, la fonction RH est elle-même fortement exposée aux risques psychosociaux identifiés. Face à ce paradoxe, **des dispositifs de protection spécifiquement destinés aux professionnels RH devraient être conçus, institutionnalisés et évalués**.

Pourtant, l'examen de la littérature en management et en sciences de gestion révèle un vide : nous n'avons trouvé que quelques publications consacrées explicitement à la santé mentale des acteurs RH⁹¹, signe d'un champ de recherche encore largement à explorer.

A. Les apports des professionnels de la santé mentale

Les travaux de thérapeutes spécialisés, tels qu'Anne-Victoire Rousselet, ouvrent des perspectives intéressantes pour soutenir la santé mentale des professionnels des RH. Les protocoles développés par la psychologue dans *Mieux vivre avec la schizophrénie* (2022) offrent des outils de la Thérapie Comportementale et Cognitive qui pourraient être pertinents.

Le guide propose un **programme pas à pas** permettant de « prendre le contrôle sur ses symptômes » via une série d'objectifs progressifs, des quiz, des tableaux à compléter et des

⁹¹ [Comment diminuer la charge mentale des RH ? - Nos conseils pour prendre soin de sa santé mentale en tant que RH](#) - consultés en septembre 2025

exercices pratiques, pour retrouver une vie stabilisée. Rousselet insiste également sur l'utilité de la **psychoéducation**, c'est-à-dire informer et donner des repères pour comprendre la maladie ou la souffrance, d'abord pour les personnes concernées, puis pour leur entourage.

Cette boîte à outils vise notamment à aider le patient à répondre à 3 questions clés : comment diminuer la fréquence d'apparition de mes symptômes ? comment diminuer l'impact et la force de ces symptômes ? Je vais mieux, comment maintenir mon bien-être et éviter la rechute ? **Cela permet de « mettre des mots sur ses symptômes » et de devenir acteur dans la gestion de sa propre santé mentale.**

B. Les apports des « best in class » de la prévention et de la réparation de la santé mentale

Dès les premières étapes de notre recherche sur la santé mentale des RH, les échanges menés avec Fabien Blanchot, directeur du MBA Dauphine Management des Ressources Humaines, nous ont incités à nous intéresser aux organisations reconnues comme *best in class* pour leur gestion de la santé mentale en situation d'urgence.

Le travail humanitaire expose à une alternance de « hauts et de bas », de « périodes de toute-puissance et d'impuissance totale » qui exacerbe qualités et fragilités individuelles. Cette tension, source de sens mais aussi de « stress chronique », peut conduire à un « épuisement émotionnel » ou à une « fatigue de compassion » (Veilleux, 2022). **Au regard des similarités relevées entre les métiers du care - où l'accompagnement et le soutien exposent les professionnels à des facteurs de risques psychosociaux spécifiques - et les métiers des RH, il semble particulièrement pertinent d'examiner les dispositifs développés dans de tels contextes de crises extrêmes.**

Les approches déployées par les ONG ou par les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)⁹² pour soutenir des populations confrontées à des traumatismes (soutien psychosocial d'urgence, interventions pluridisciplinaires, repérage précoce des détresses, mécanismes de coordination intersectorielle) constituent un répertoire de pratiques éprouvées.

Selon l'OMS, « la quasi-totalité des personnes qui ont vécu une situation d'urgence souffrent de détresse psychologique, qui s'estompe généralement avec le temps » et « les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale sont particulièrement vulnérables pendant les situations d'urgence et elles doivent avoir accès à des soins de santé mentale et à d'autres moyens de satisfaire leurs besoins essentiels »⁹³.

Afin de renforcer la prise en charge de la santé mentale et du soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence, plusieurs axes d'action sont recommandés par l'OMS. Le renforcement de la SMSPS en situation d'urgence repose sur une approche intégrée et coordonnée. Il s'agit d'abord d'inscrire la SMSPS dans l'ensemble des plans de préparation aux crises, en combinant évaluation des risques, dispositifs de renforcement des capacités, coordination intersectorielle et plans d'intervention. Le développement d'un groupe de travail technique dédié constitue un levier essentiel pour assurer cette cohérence.

⁹² [Les cellules d'urgence médico-psychologique \(CUMP\) et les structures de soins - Vous avez été victime de terrorisme \(FR - en - es\) | info.gouv.fr](https://www.sante.gouv.fr/les-cellules-d-urgence-medico-psychologique-cump-et-les-structures-de-soins-vous-avez-ete-victime-de-terrorisme-fr-en-es/info.gouv.fr) - consulté en août 2025

⁹³ [Santé mentale dans les situations d'urgence](https://www.sante.gouv.fr/sante-mentale-dans-les-situations-d-urgence/info.gouv.fr) - consulté en août 2025

Parallèlement, l'action doit s'ancrer dans les communautés : consolider les réseaux d'entraide et les services sociaux, garantir la participation des groupes vulnérables et former les intervenants de première ligne afin qu'ils puissent offrir un soutien psychologique immédiat. La communication joue également un rôle clé, grâce à la diffusion de messages clairs encourageant à une attitude positive et au recours à l'aide.

Sur le plan clinique, il convient de proposer aux personnes souffrant d'une détresse prolongée des soins de santé mentale, tels que ceux décrits dans le Guide d'intervention humanitaire mhGAP⁹⁴, et de mettre à disposition des psychothérapies validées, assurées par des professionnels ou des agents communautaires formés et supervisés. Enfin, la protection des droits des personnes présentant des troubles psychiques, notamment celles vivant en institution, doit être garantie, tandis que des réseaux d'orientation entre spécialistes, services de santé généraux et structures sociales ou éducatives facilitent une prise en charge complète et continue.

Le Ministère de la santé précise que « les chocs psychiques causés par des événements traumatiques nécessitent une prise en charge spécifique pour prévenir les conséquences qui peuvent en découler. Les attentats et catastrophes peuvent provoquer **des blessures psychiques nécessitant une prise en charge aussi urgente que les lésions physiques** »⁹⁵. Les CUMP interviennent dès les premières 24 heures pour limiter le risque de stress post-traumatique et organiser un suivi. Malgré cette action précoce, le recours rapide à une aide spécialisée - médecin, consultation de psychotraumatisme ou structures hospitalières - reste essentiel pour prévenir et traiter les séquelles psychiques.

Pour approfondir les méthodes mises en œuvre par les CUMP, il est utile de se référer aux travaux de Louis Crocq, médecin et psychiatre, spécialiste des traumatismes de guerre et des stress post-traumatiques. C'est à la suite de l'attentat du RER Saint-Michel en 1995 que « le Président Jacques Chirac et le Ministre Xavier Emmanuelli chargent le Médecin-Général Louis Crocq de créer le Réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique » afin d'assurer une prise en charge précoce des « blessés psychiques » lors d'attentats ou de catastrophes.

Le dispositif repose sur **trois phases de suivi**. La phase immédiate (0-24 h) mobilise une intervention de *defusing* visant à « apaiser, offrir une présence « contenante », inciter à la verbalisation du vécu sensoriel et remettre une fiche explicative sur les symptômes présents et à venir ». La phase post-immédiate (2^e-30^e jour) prévoit « la surveillance et le suivi des victimes psychiques » ainsi qu'un *debriefing* individuel ou collectif, fondé sur « l'expression spontanée des émotions plus que sur le récit narratif ». Enfin, la phase différée ou chronique (>30 jours) assure le relais vers le système de santé et des psychothérapies spécialisées (soutien, thérapies cognitivo-comportementales, EMDR) pour traiter « la pathologie des syndromes psycho-traumatiques ». Les interventions s'inspirent des principes de la « psychiatrie de l'avant » militaire, qui combine « immédiateté, proximité, simplicité, espérance de guérison et centralité », principes auxquels s'ajoute la « brièveté ». L'objectif central demeure de « **prévenir la chronicisation des troubles** » en proposant une présence sécurisante, une verbalisation

⁹⁴ [9789242548921_fra.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2548921/) - consulté en août 2025

⁹⁵ [Les cellules d'urgence médico-psychologique \(CUMP\) et les structures de soins - Vous avez été victime de terrorisme \(FR - en - es\) | info.gouv.fr](https://www.sante.gouv.fr/coronavirus/accident/attentat/terroir/psychotraumatisme) - consulté en août 2025

rapide et un accompagnement structuré, afin d'« inciter le patient à reconsidérer son expérience traumatique « insensée » pour lui attribuer un sens et la rendre ainsi insérable dans la continuité de l'histoire de vie » (Crocq, 2017).

Face aux traumatismes (kidnapping, violences, mortalité élevée), **les ONG ont développé des « cellules stress » proposant prévention, écoute et accompagnement avant, pendant et après les missions**. « Ce type de cellule se doit aussi d'être au plus près des terrains, dans le but d'apporter support et accompagnement aux équipes sur place ». Ces dispositifs incluent des SAS de décompression au retour (« un moment de transition » permettant de « préparer à un retour dans un environnement normal »), des rendez-vous systématisés mais non obligatoires et un système de support par des pairs, système qui consiste organiser sur tous le territoire français des cellules d'aide au retour, avec des anciens expatriés qui reprendront contact systématiquement avec les expatriés revenant du terrain » (Veilleux, 2022).

En synthèse, **l'expérience des best in class de la réparation psychique - qu'il s'agisse des CUMP ou des dispositifs humanitaires de soutien - montre que la santé mentale se reconstruit grâce à une prise en charge précoce et coordonnée.**

C. Les apports de la littérature économique et des pratiques sectorielles

La santé au travail est devenue, selon Abord de Chatillon, « un objet de gestion à part entière », désormais au cœur des politiques RH (2021). Il rappelle que la prévention ne peut se limiter à des dispositifs individuels : « c'est le travail qu'il faut soigner, et non l'individu ». Il plaide pour une prévention primaire, qui « agit au niveau des sources du mal-être dans l'organisation » en repensant l'activité réelle et ses contraintes, plutôt que de s'en tenir à une « psychologisation » ou à un « despotisme compassionnel » fondé sur l'écoute ponctuelle.

La littérature économique décrit en effet de nombreux dispositifs destinés à favoriser la qualité de vie et des conditions de travail et à prévenir les risques psychosociaux. Cependant, **les dispositifs spécifiquement réservés à la santé mentale des professionnels RH demeurent très peu documentés**, nous l'avons vu.

Parmi les initiatives décrites dans la littérature, le dispositif des « **espaces de discussion** » (EDD) a particulièrement attiré notre attention. Les EDD sont définis comme « des lieux où se tient une discussion collective récurrente sur le travail, produisant une régulation conjointe, gérée en lien avec le management » (Abord de Chatillon & Desmarais, 2017). Leur finalité dépasse la simple convivialité : ils visent à « permettre aux acteurs de construire leur activité ensemble » et à restaurer un véritable « pouvoir d'agir » (Abord de Chatillon, 2021).

Concrètement, ces espaces peuvent prendre la forme de réunions régulières, de groupes d'échange de pratiques ou de temps dédiés au retour d'expérience, mais ils se distinguent par la qualité du dialogue instauré. L'auteur souligne que « l'existence et la qualité de ces espaces sont associées à des niveaux significativement plus faibles de fatigue physique et d'épuisement émotionnel » (Abord de Chatillon & Desmarais, 2017). En permettant une « négociation sur les critères qualitatifs du travail » et en produisant « coordination, organisation, relation et sens », les EDD deviennent ainsi un levier majeur de prévention des risques psychosociaux et un outil central pour soutenir la santé mentale des professionnels (Abord de Chatillon, 2021).

Une autre initiative mérite également d'être mentionnée, car **elle illustre l'importance d'un soutien spécifiquement tourné vers les professionnels RH**. Si, comme le souligne la profession, les DRH sont souvent le réceptacle de tous les problèmes de l'organisation, à qui peuvent-ils en rendre compte ? Ce constat a conduit l'ANDRH à créer une ligne d'assistance psychologique dédiée. Depuis juin 2016, les 5 000 adhérents de l'ANDRH peuvent ainsi s'entretenir avec des experts extérieurs à leur entreprise, une écoute qualifiée qui se révèle « particulièrement précieuse lorsqu'ils débutent leur métier, sont amenés à traiter des situations délicates ou sont eux-mêmes dans une situation personnelle difficile »⁹⁶.

Cette initiative de « SVP RH », bien qu'innovante et bienvenue, révèle surtout le **manque structurel de dispositifs internes capables de soutenir durablement les DRH, soulignant que l'écoute externe ne saurait remplacer une véritable politique organisationnelle de prévention et de santé mentale pour les professionnels des RH**.

Au total, l'examen de la littérature permet de repérer globalement que les équipes des ressources humaines ne peuvent prendre soin des autres qu'à condition de préserver d'abord leur propre santé mentale. Nous avons souhaité dans cette première partie poser le cadre général de la santé mentale au travail et montrer la singularité de la fonction RH, ses paradoxes et ses défis. La deuxième partie s'attachera à répondre à la question suivante : qu'en disent les RH eux-mêmes ?

⁹⁶ [Une écoute téléphonique 24h/24 pour les DRH](#) - consulté en juillet 2025

Partie 2. Etude empirique : applications sur les travailleurs de la fonction RH

Chapitre 1. Méthodologie

1. Hypothèses et informations à recueillir

A. Hypothèse de recherche initiale

Notre réflexion de départ est née de notre expérience directe au sein de services RH, Angelina, en qualité de directrice Conseil et Accompagnement RH, et Expérience collaborateurs au sein de l'entreprise Malakoff Humanis, et Manon, en qualité de juriste-chargée de stratégie RH au sein de l'Institut Paoli-Calmettes.

Notre parcours professionnel nous a ainsi conduites, chacune, d'un rôle périphérique – en interaction ou « cliente » de la fonction RH – à une position centrale au cœur de celle-ci.

Bien que nos secteurs d'activité diffèrent, nous avons très tôt constaté le poids particulier qui pèse sur les professionnels des ressources humaines, en raison de leur rôle singulier dans l'organisation. Il leur incombe de promouvoir une culture organisationnelle favorable à la santé mentale, non seulement dans l'intérêt des collaborateurs, mais également au bénéfice de l'entreprise elle-même.

Un salarié bénéficiant d'un niveau de stress maîtrisé et d'un bien-être psychologique satisfaisant se montre généralement plus engagé, performant et enclin à s'inscrire durablement dans son entreprise. Or, pour pouvoir veiller efficacement au bien-être des autres et contribuer en première ligne à une culture d'entreprise saine et équilibrée, il nous apparaît essentiel que les professionnels des ressources humaines préservent au préalable et tout au long leur propre santé mentale.

Nous avons été directement témoins de signes de souffrance – tels que pleurs, manifestations de stress ou épuisement – chez certains collègues ou chez nos collaborateurs RH directs, ainsi que de leur exposition à des facteurs de risque tels que les injonctions paradoxales ou la gestion de conflits et d'événements traumatisants.

Face à la combinaison d'exigences multiples, de responsabilités émotionnellement éprouvantes et de frontières entre les différents rôles parfois floues, **nous avons formulé l'hypothèse initiale que l'exercice des fonctions RH expose particulièrement leurs travailleurs à un risque accru de troubles de la santé mentale.**

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons retenu les axes de recherche suivants :

- Les principaux facteurs de risques pouvant contribuer à la détérioration de la santé mentale des salariés dans le secteur des ressources humaines (charge de travail, pression hiérarchique, conflits de rôle, attentes contradictoires, etc.) ;

- L'exposition émotionnelle (tâches à forte intensité émotionnelle : gestion de licenciements, réorganisations et restructurations, résolution de conflits, médiation) et son impact sur leur bien-être mental ;
- Les manifestations les plus courantes des problèmes de santé mentale parmi les professionnels des ressources humaines (stress chronique, anxiété, épuisement professionnel, dépression, etc.) ;
- Les mécanismes de soutien et de protection, de prévention, d'accompagnement et de résilience déjà en place, et l'existence de ressources ou stratégies spécifiques aux métiers de la RH.

B. Hypothèse finale à tester

Bien que la santé mentale au travail soit largement documentée dans la littérature scientifique, **les spécificités et enjeux propres à la fonction Ressources humaines constituent encore un champ d'investigation largement sous-exploré.**

Dans ce contexte, nous avons articulé plusieurs dimensions pour la fonction RH : les concepts de santé mentale au travail, les approches issues de la littérature académique et professionnelle (y compris médicale) et les facteurs de risque identifiés dans les rares études consacrées aux professionnels RH. Ce croisement nous a permis de dégager les principaux troubles potentiels auxquels cette population peut être exposée.

Ces analyses ont renforcé notre hypothèse : **la fonction RH partage avec les métiers du care de nombreux facteurs de vulnérabilité psychologique**, tels que la gestion de situations émotionnellement intenses, la multiplicité des injonctions et l'ambiguïté des rôles.

L'exploration de la littérature existante – ou, plus précisément, le constat de son absence ou tout du moins de son insuffisance – nous a convaincues qu'affiner **notre questionnement autour du vécu spécifique des professionnels RH et de l'impact de ces caractéristiques sur leur santé mentale devait être le cœur de notre étude terrain.**

Nous avions initialement envisagé d'établir des comparaisons approfondies avec d'autres fonctions. Toutefois, après discussion avec notre directeur de mémoire, le Professeur, Grégor Bouville, nous avons écarté cette voie en raison du risque d'éparpillement et de la complexité analytique que cela impliquait.

Bien que la littérature scientifique demeure limitée sur ce sujet, **l'intérêt manifesté par les collègues, enseignants et professionnels RH rencontrés au fil de nos échanges témoigne à l'inverse de la pertinence et de l'actualité de cette problématique.**

2. Choix des outils de recherche

Dans le cadre de cette étude, nous avons choisi de faire appel aux **deux types d'enquêtes** généralement pratiquées.

Même si la complexité du sujet implique des réponses plutôt nuancées et longues, il nous est apparu nécessaire d'avoir recours à une **enquête quantitative** permettant d'établir des grandes

masses de résultats et d'envisager plus concrètement la construction tant d'indicateurs que celle de leviers d'action.

Afin de tirer le meilleur parti de nos données, nous avons fait le choix de travailler à partir de la méthode de l'**analyse descriptive**, en mettant l'accent sur des statistiques descriptives et sur des graphiques synthétiques, et en présentant les résultats par grands ensembles plutôt que par sous-groupes très fins (nous reviendrons sur ce point dans les limites de notre étude).

En parallèle, pour enrichir l'analyse, une **enquête qualitative** a été menée auprès d'un échantillon de 11 personnes, issues d'entreprises du secteur privé et du secteur public en France, toutes exerçant un métier des ressources humaines ou travaillant au sein d'un département RH.

Le format qualitatif se centre sur le point de vue des individus impliqués dans l'étude. Il offre ainsi la possibilité d'aller plus en profondeur en explorant les expériences vécues. S'agissant d'étudier le vécu du travail et son impact sur la santé mentale, il nous est apparu pertinent de puiser dans la subjectivité des personnes pour comprendre ce phénomène complexe. Nous avons fait le choix de mener des **entretiens de type semi-directifs**, en élaborant une grille d'entretien la plus perspicace possible, adaptés à chaque typologie de professionnel rencontré (DRH, psychologue, consultant, médecin du travail, RH opérationnel...), en gardant un équilibre entre guidage et spontanéité.

Le thème de la santé mentale des RH étant peu étudié théoriquement et empiriquement, nous l'avons vu, il s'accorde à la fois d'une méthodologie quantitative qui va chercher à dégager des tendances auprès d'un groupe et aussi d'une méthodologie de type qualitative qui remplit le volet exploratoire de cette recherche.

3. Elaboration des questionnaires

A. Questionnaire de l'enquête quantitative

1) Sources utilisées

Nous avons fait le choix, pour élaborer notre questionnaire administré pour la première enquête, de capitaliser sur plusieurs sources complémentaires afin de garantir à la fois la pertinence scientifique et l'adaptation au contexte spécifique des professionnels RH.

Notre instrument de mesure est un composite d'outils validés et largement utilisés dans l'évaluation du bien-être et des conditions de travail :

- Le « **WHO-5** » développé par l'**OMS**⁹⁷ : « L'OMS-5 est un instrument de mesure du bien-être mental qui se compose de cinq énoncés relatifs aux deux dernières semaines. Chaque déclaration est évaluée sur une échelle de 6 points, les notes plus élevées indiquant un meilleur bien-être mental. » Il permet de disposer d'un indicateur reconnu internationalement, facilitant la comparaison avec d'autres travaux et assurant la fiabilité des données recueillies.
- L'**enquête Ifop** réalisée pour Moka.Care et le GHU Paris psychiatrie & neurosciences, dont les résultats ont été publiés sous le titre la « **Grande Enquête sur la santé mentale**

⁹⁷ [L'indice \(en cinq points\) de bien-être à cinq de l'OMS \(OMS-5\)](#) - consulté en mai 2025

au travail »⁹⁸ : en mobilisant certains de ses indicateurs, nous avons pu inscrire notre recherche dans l'actualité et disposer de points de repère pour comparer nos résultats avec des données nationales.

- Le **questionnaire psychosocial de Copenhague** (COPSOQ)⁹⁹, visant à évaluer les facteurs psychosociaux de l'environnement de travail (conditions de travail), de la santé physique et mentale, du bien-être. En intégrant des indicateurs spécifiques à la dimension organisationnelle des pratiques RH, il permet d'élargir l'analyse au-delà du seul vécu psychologique individuel.
- L'enquête **SUMER**¹⁰⁰ (Surveillance Médicale des Expositions des Salariés aux Risques Professionnels) réalisée à partir du questionnaire de Karasek, visant à recueillir, via les médecins du travail, des données sur les expositions professionnelles des salariés. Son principal objectif est d'établir une cartographie précise des expositions à des risques professionnels susceptibles de nuire à la santé et d'en suivre l'évolution dans le temps afin d'orienter les politiques et plan d'action de prévention et de santé au travail. L'intégration de certains de ses items dans notre questionnaire permet de rapprocher notre enquête des pratiques institutionnelles et d'ancrer nos analyses dans une logique de santé publique.

Nous avons vu lors du premier chapitre que l'approche « positive » de la santé mentale, évoquait un état de bien-être complet. Ainsi, **tout outil de mesure de la santé mentale doit permettre d'appréhender cette notion de bien-être émotionnel dans tous les aspects de la vie de la personne interrogée, et ne pas se concentrer uniquement sur les facteurs de risques psychosociaux et le vécu du travail**. L'intérêt de cette combinaison réside dans la complémentarité des approches : le WHO-5 offre un indicateur standardisé du bien-être, tandis que le COPSOQ et le Karasek mettent l'accent sur les conditions de travail et les expositions professionnelles, et que l'enquête Ifop apporte quant à elle un éclairage actuel sur les tendances observées dans le monde du travail.

Le choix de travailler à partir de sources connues permet de comparer les résultats que nous obtiendrons pour la population RH avec les résultats issus de ces enquêtes, réalisées sur des populations plus larges. Ensemble, ces sources renforcent la validité et la crédibilité de notre outil, en garantissant une comparabilité avec les études existantes, tout en reflétant les réalités spécifiques des RH via des choix de réponses adaptées.

⁹⁸ [Rapport d'analyse - Grande enquête santé mentale au travail - moka.care x GHU Paris x Ifop](#) - consulté en mai 2025

⁹⁹ DUPRET, Émilie, BOCÉRÉAN, Christine, TEHERANI, Mardjane et FELTRIN, Martine, 2012. Le COPSOQ : un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux. Santé Publique, 2012/3 Vol. 24, p.189-207. DOI : 10.3917/spub.123.0189. URL : <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2012-3-page-189?lang=fr> - consulté en mai 2025

¹⁰⁰ [Surveillance Médicale des Expositions des salariés aux Risques professionnels \(Sumer\) \(Enquête sur la\) \(En cours de labellisation\) - CNIS](#) - consulté en mai 2025

2) Questions retenues

Nous avons retenu **28 questions** liées à notre problématique. Nous avons volontairement limité le nombre de questions pour éviter la lassitude et l'automatisation des réponses au profit d'un retour non seulement plus large mais aussi plus précis.

La section qui suit détaille la construction et l'organisation du questionnaire quantitatif élaboré dans le cadre de notre recherche. Elle expose successivement les dimensions explorées et les questions retenues.

Caractéristiques personnelles et professionnelles

Les questions sur la santé mentale proprement dite issues de nos sources (OMS, COPSOQ, Karasek, IFOP) sont précédées de 9 questions signalétiques pour caractériser le panel et son environnement de travail, afin d'affiner l'analyse des données :

- *Genre*
- *Âge*
- *Situation personnelle*
- *Emploi (source : ROME de France Travail)*
- *Domaine RH de rattachement*
- *Ancienneté dans la fonction RH*
- *Lieu de travail*
- *Secteur d'activité (source : nomenclature d'Activités Françaises, établie par l'INSEE) :*
- *Nombre approximatif de salariés de l'entreprise*

État auto-déclaré santé mentale

Dans un premier temps, il a ensuite été demandé aux répondants d'auto-évaluer leur état de santé mentale en se positionnant sur une échelle en 4 modalités de réponses : *très mauvais, mauvais, bon, excellent*. Juste avant cette question, la définition données par l'OMS de la santé mentale a été rappelée, afin de poser un cadre clair pour chacun.

Bien-être mental

Le bien-être mental global est ensuite interrogé via la question de l'OMS-5 :

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous éprouvé les situations suivantes ?

La réponse se compose de cinq énoncés affirmatifs relatifs aux deux dernières semaines pour mesurer les ressentis positifs. Chaque déclaration est évaluée sur une échelle paire en 6 points :

- *Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur*
- *Je me suis senti(e) calme et tranquille*
- *Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)*
- *Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e)*
- *Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes*

L'impact du travail sur la santé mentale et les facteurs de risques

Viennent ensuite les 6 questions visant à mesurer et comprendre l'impact du travail sur la santé mentale des répondants et les facteurs de risques :

- *Au cours des cinq dernières années, avez-vous déjà ressenti les états suivants à cause de votre travail ?*
- *Dans votre environnement professionnel, diriez-vous que les éléments suivants sont ou seraient de nature à affecter négativement votre santé mentale ?*
- *Dans le cadre professionnel, avez-vous déjà fait l'expérience des situations suivantes en raison de votre état de santé mentale ?*
- *Vous arrive-t-il de vivre au travail la situation difficile suivante : une personne (ou plusieurs personnes) se comporte(nt) systématiquement avec vous de la façon suivante*
- *Avez-vous déjà été confronté(e) personnellement à ces différentes situations dans le cadre professionnel ?*
- *Diriez-vous que les situations mentionnées dans les questions précédentes ont un impact sur votre vie personnelle ?*

La relation au travail de RH et la perception du sujet santé mentale pour les RH

Ces notions, au cœur de notre recherche, sont interrogées par 7 questions :

- *Quel est le rôle principal, d'après vous, de la fonction RH ?*
- *Pensez-vous que les travailleurs des Ressources humaines ont un rôle à jouer dans la prévention et la réparation des problèmes de santé mentale des salarié(e)s de leur entreprise ?*
- *Quelle est, selon vous, l'image de la fonction RH auprès du grand public ?*
- *Ressentez-vous de la honte dans l'exercice de votre activité ?*
- *Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec les affirmations suivantes ?*
- *Pensez-vous que les travailleurs évoluant dans les fonctions des Ressources humaines sont plus susceptibles d'être confrontés ou touchés par des problèmes de santé mentale que d'autres ?*
- *Pensez-vous que certains métiers des Ressources humaines sont plus particulièrement touchés par des problèmes de santé mentale ?*

La prévention et protection de la santé mentale

- *Parmi les mesures/ ressources suivantes, lesquelles sont mises en place par votre entreprise pour protéger la santé mentale de ses collaborateurs ?*
- *Pensez-vous à d'autres mesures/ dispositifs ?*
- *Parmi les mesures/ ressources suivantes, quelles sont celles auxquelles vous avez déjà eu recours pour protéger votre propre santé mentale ?*

Le vécu et les expériences singulières des professionnels des ressources humaines

Pour conclure le questionnaire, nous avons introduit une **question ouverte** accompagnée d'une zone de commentaire libre :

Enfin, souhaitez-vous nous raconter un moment au cours duquel vous avez fait face à une situation/ un(e) collègue en difficulté psychologique et nous décrire la manière dont vous l'avez aidé(e) (ou non) ?

Cette formulation offre aux répondants un espace d'expression personnelle, leur permettant de partager des expériences concrètes. Elle complète les données issues des questions fermées en apportant une **matière qualitative** riche : témoignages réels, récits illustratifs et verbatims. Ces contributions donnent davantage de profondeur aux résultats quantitatifs, en les éclairant par des vécus singuliers et incarnés.

3) Echelles

La structure des questions et des échelles de réponse s'appuie sur les travaux de **Likert**. Le répondant indique son degré d'accord ou de désaccord sur une **échelle ordinaire** (impaire ou paire).

L'échelle de réponse progressive et la continuité cohérente paraissaient particulièrement indiquées pour recueillir l'opinion, l'attitude ou le ressenti d'un répondant face à une affirmation. Elle permet de **quantifier des perceptions subjectives**.

Elle offre en outre une **mesure standardisée, facile à comparer** entre individus.

Pour certaines questions, nous avons suivi le choix d'une échelle paire. Nous souhaitions obtenir des résultats tranchés, pour éviter un effet de **neutralité** (de nombreuses personnes choisissent le milieu comme « zone de refuge »).

B. Constitution du panel d'étude

Il s'agit d'un échantillon de volontaires, issus de notre réseau de connaissances personnelles et professionnelles.

Nous avons pu mobiliser des profils variés, des enseignants, des cadres dirigeants de « haut niveau » (DRH membre de comité exécutif, par exemple), comme des professionnels de « terrain », RH opérationnels ou des praticiens exerçant en médecine du travail par exemple. Cette diversité a enrichi la qualité du matériau recueilli en offrant une pluralité de regards et d'expériences sur les enjeux de santé mentale des RH.

Toutefois, ce panel présente certaines limites méthodologiques, que nous développerons plus loin dans ce mémoire.

C. Administration de l'enquête

Cette enquête quantitative a été administrée en ligne via l'outil *Microsoft Forms* entre le **23 juin et le 4 juillet 2025**, auprès d'une population de professionnels des ressources humaines. Au total, **211 personnes** ont complété le questionnaire. Toutefois, en raison du principe de diffusion par relais et transferts successifs, il n'est pas possible d'estimer avec précision le nombre total de personnes ayant eu accès au lien de participation.

La passation était entièrement dématérialisée et garantissait l'**anonymat des répondants**. La participation reposait sur le **volontariat** : les personnes sollicitées restaient libres de répondre ou de passer certaines questions, sans aucune contrainte.

4. Elaboration du guide d'entretien qualitatif

A. Questions retenues

Nous avons mené **11 entretiens** pour compléter les investigations de l'enquête quantitative.

En raison du profil varié des personnes interrogées, nous avons puisé dans un ensemble de questions que nous avons modulé en fonction de la qualité des répondants :

- *Quels sont les métiers des Ressources humaines les plus susceptibles d'être touchés par des problèmes de santé mentale (médecins du travail, assistant.es social.es, RRH, DRH...) ?*
- *Quels types d'entreprises ou d'organisations sont les plus susceptibles de générer des problèmes de santé mentale chez les RH ou à contrario de les limiter ?*
- *Quels mécanismes de soutien et de prévention qui sont actuellement en place, et en quoi sont-ils efficaces ou insuffisants ? Existe-t-il des mécanismes de protection propres aux personnels exerçant en RH ?*
- *Comment les problématiques de santé mentale des RH impactent l'ensemble du corps social d'une entreprise ?*
- *Faut-il mettre en place une détection des potentielles fragilités au moment de l'embauche (tests de personnalité, psychologiques, psychotechniques) ?*
- *Comment identifier les signes précoce de la détérioration de la santé mentale chez les salariés des ressources humaines avant qu'ils n'atteignent un stade critique ?*
- *Comment intégrer efficacement des pratiques de soutien à la santé mentale dans la culture organisationnelle et managériales des entreprises ?*
- *Les salariés des ressources humaines sont souvent confrontés à une charge de travail élevée (quantitatif et qualitatif) avec une forte pression pour résoudre des conflits et gérer des crises. Comment cette pression impacte-t-elle leur bien-être mental ?*
- *Les ressources humaines peuvent avoir des ressources limitées pour la gestion de leur propre bien-être, tant en termes de personnel que de budget. En quoi ce manque de ressources contribue-t-il aux problèmes de santé mentale ?*
- *L'ambiguïté des rôles et des responsabilités de chacun des acteurs des ressources humaines peut créer des zones de flous, avec des attentes mal définies et des responsabilités multiples pouvant affecter la santé mentale des collègues.*
- *Quel est l'impact à long terme des problèmes de santé mentale sur la carrière et le développement professionnel des salariés des ressources humaines ?*
- *Quels types de solutions personnalisées peuvent être développés pour répondre aux besoins spécifiques des professionnels des ressources humaines en matière de santé mentale ?*
- *Quel rôle particulier les managers des ressources humaines (manager de proximité/ DRH) doivent-ils jouer dans la promotion et le soutien de la santé mentale parmi leurs propres équipes (N+1 ; N+2 ; en transverse) ?*
- *Pouvez-vous me raconter des situations ?*
- *Quels sont les « best in class » de la prévention des RPS et des troubles de la santé mentale chez les RH dans les entreprises internationales / françaises ?*
- *Avez-vous un livre à me recommander ?*
- *Proposez-vous des formations ou ateliers sur la gestion du stress ou des émotions ?*
- *Comment l'ONG intervient-elle lorsqu'un collaborateur montre des signes de souffrance psychologique ?*

- Avez-vous mis en place des protocoles de prise en charge après des situations critiques (ex. : trauma, burnout, violences) ?
- Comment définiriez-vous les enjeux spécifiques de santé mentale chez les travailleurs humanitaires ?
- Observez-vous des différences entre le personnel de terrain et le personnel de bureau en termes de santé mentale ?
- Selon vous, quel est le rôle clé des RH dans la prévention et la gestion de la santé mentale ?
- Y a-t-il un dispositif de retour d'expérience psychologique après les missions ?
- Quels sont les outils que vous utilisez pour évaluer l'efficacité de vos actions ?
- Quelles bonnes pratiques issues du secteur humanitaire pourraient, selon vous, être appliquées en entreprise ?
- Quels écueils éviteriez-vous si vous deviez mettre en place une politique de santé mentale en entreprise ?
- Comment adapter les pratiques de terrain (ONG) à des environnements de bureau ou corporate ?

B. Constitution du panel d'étude

Il s'agit d'un échantillon de 11 volontaires, issus de notre réseau de connaissances personnelles et professionnelles.

Nous avons pu mobiliser des profils variés :

- Un directeur des ressources humaines
- Une conférencière et accompagnatrice de dirigeants, anciennement DRH
- Un professeur en relations sociales
- Une directrice adjointe à la DRH en charge de l'administration du personnel et de la paie
- Un médecin du travail interne
- Un consultant RH, expert en médiation, négociation et gestion de conflits
- Un psychologue coordinateur d'une unité psycho-sociale pour une ONG internationale
- Une psychologue du travail - coach certifiée travaillant dans un cabinet de conseil
- Une chargée de ressources humaines
- Une gestionnaire de paie
- Une assistante sociale interne (intervenant pour les salariés et les patients)

Cette diversité a enrichi la qualité du matériau recueilli en offrant une pluralité de regards et d'expériences sur les enjeux de santé mentale propres aux RH.

C. Conduite des entretiens qualitatifs

Afin de garantir la rigueur méthodologique et le respect des principes éthiques, **un cadre précis a été défini pour la conduite de chaque entretien.**

Les informations ont été recueillies par entretiens semi-directifs, en « one to one », sur un temps allant de 45 minutes à 1h30, en fonction des personnes.

Certains entretiens ont été réalisés en visio et d'autres en présentiel, généralement après une prise de contact par mail.

Dans un premier temps, nous nous sommes systématiquement présentées en précisant notre rôle et le contexte académique de la recherche.

Nous avons ensuite exposé les objectifs de l'entretien, notre hypothèse de travail, en soulignant que l'échange visait à recueillir des expériences et des points de vue liés à la santé mentale dans le champ des ressources humaines.

Notre introduction était formulée ainsi :

La définition de l'OMS est la suivante : « La santé mentale est « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. »

Fonction mal aimée, aux exigences multiples, aux contours flous, aux aspects ingrats, nous formulons l'hypothèse que les spécificités et particularismes du travail dans les ressources humaines exposent particulièrement les professionnels et employés exerçant dans les RH aux troubles de la santé mentale, tout en restant paradoxalement peu investis par la recherche.

Quels sont les principaux facteurs contribuant à la détérioration de la santé mentale des salariés dans le secteur des ressources humaines ?

Les RH sont souvent en première ligne pour gérer des situations émotionnellement chargées, comme les licenciements ou les conflits internes. Comment cela influence-t-il leur santé mentale ?

Quelles sont les manifestations les plus courantes des problèmes de santé mentale parmi les professionnels des ressources humaines ?

Quels mécanismes de soutien et de prévention qui sont actuellement en place, et en quoi sont-ils efficaces ou insuffisants ? Existe-t-il des mécanismes de protection propres aux personnels exerçant en RH ?

L'objectif de cette enquête est de mieux comprendre les réalités auxquelles les professionnel(les) RH sont confronté(e)s, notamment :

- *Les facteurs contribuant à la détérioration de la santé mentale dans les fonctions RH*
- *Le lien entre le fait d'être régulièrement en « première ligne » face à des situations émotionnellement chargées et la santé mentale*
- *Les manifestations les plus fréquentes de mal-être dans nos métiers*
- *Les dispositifs de prévention ou de soutien en place*

Nous avons porté une attention particulière à notre posture dans le cadre des entretiens. La thématique de la santé mentale étant sensible, il a été essentiel d'adopter une attitude d'écoute active et bienveillante, en favorisant un climat de confiance propice à l'expression libre et transparente.

Enfin, nous avons insisté sur le caractère confidentiel et précisé qu'elles pouvaient s'interrompre ou refuser de répondre à certaines questions à tout moment. Les témoignages cités sans anonymisation dans ce mémoire ont, quant à eux, fait l'objet d'un accord préalable.

Chapitre 2. Résultats et analyses des enquêtes

1. Constats et analyses de l'enquête quantitative

A. Principales caractéristiques personnelles et professionnelles de notre échantillon de répondants

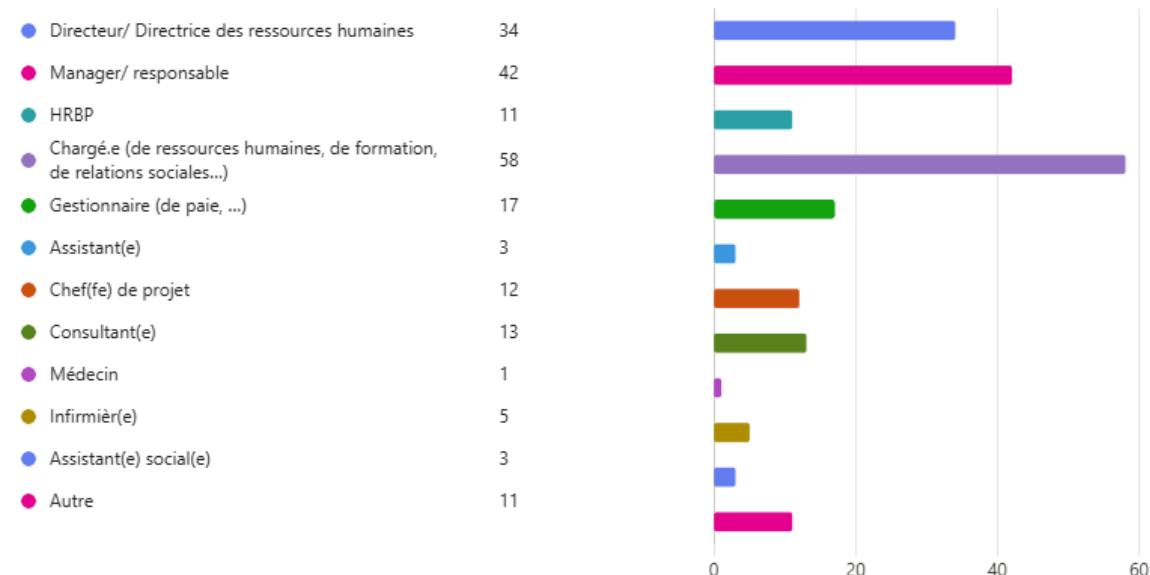
Les neuf premières questions du questionnaire avaient pour objectif d'établir une **cartographie sociodémographique et professionnelle** du panel.

Sans surprise, la population interrogée est très majoritairement **feminine** (81 %), ce qui reflète la composition de la fonction RH en France. Les répondants appartiennent principalement à la tranche d'âge **41-55 ans** (52 %) et vivent en couple dans 78 % des cas.

Concernant les **modes d'organisation du travail**, le modèle hybride (alternance télétravail/présence sur site) apparaît largement installé puisqu'il concerne 56 % des participants.

La répartition par **secteurs d'activité** traduit en partie les caractéristiques de notre réseau professionnel : les répondants proviennent majoritairement du secteur **finance/ assurance** (44 %) et du **service public santé/ social** (23 %). De même, le profil de notre échantillon a influencé la **taille des organisations représentées** : 71 % des répondants travaillent dans une entreprise de plus de 2 000 salariés.

S'agissant des **fonctions exercées**, le panel se révèle relativement diversifié, ce qui permet de couvrir la plupart des principaux métiers RH. Parmi les neuf domaines de rattachement proposés, les postes les plus fréquemment cités relèvent du **développement RH** (29 %), du **conseil RH** (23 %) et de la **paie et administration du personnel** (15 %) :



Enfin, l'**ancienneté** des répondants dans la fonction RH est significative : 42 % déclarent y travailler depuis plus de 15 ans, ce qui confère une profondeur d'expérience importante à l'échantillon.

B. Constats clés : ce que l'enquête nous apprend

Près de 30% de nos répondants affirment avoir une mauvaise santé mentale et plus de 70% souffrent ou ont souffert de troubles du sommeil.

Fragilisés par leur propre vécu, 60% des RH considèrent devoir assumer la responsabilité d'accompagner la santé mentale des autres salariés.

Près de 70% des RH estiment être critiqués par la société, mais restent fidèles à leur mission.

Pour une large majorité, le métier des RH rime avec risque élevé pour la santé mentale.

Les RH connaissent les ressources disponibles en santé mentale, les utilisent pour les autres... mais jamais pour eux-mêmes.

Les RH peuvent proposer des dispositifs concrets et issus de leur expérience pour protéger la santé mentale des salariés.

Confrontés à leur propre détresse et souvent dépourvus de formation ou de soutien institutionnel, les RH doivent gérer la santé mentale des autres.

Nous allons développer chacun de ces constats ci-après.

C. Analyse des résultats

- 1) Ce que l'enquête nous apprend : près de 30% de nos répondants affirment avoir une mauvaise santé mentale et plus de 70% souffrent ou ont souffert de troubles du sommeil

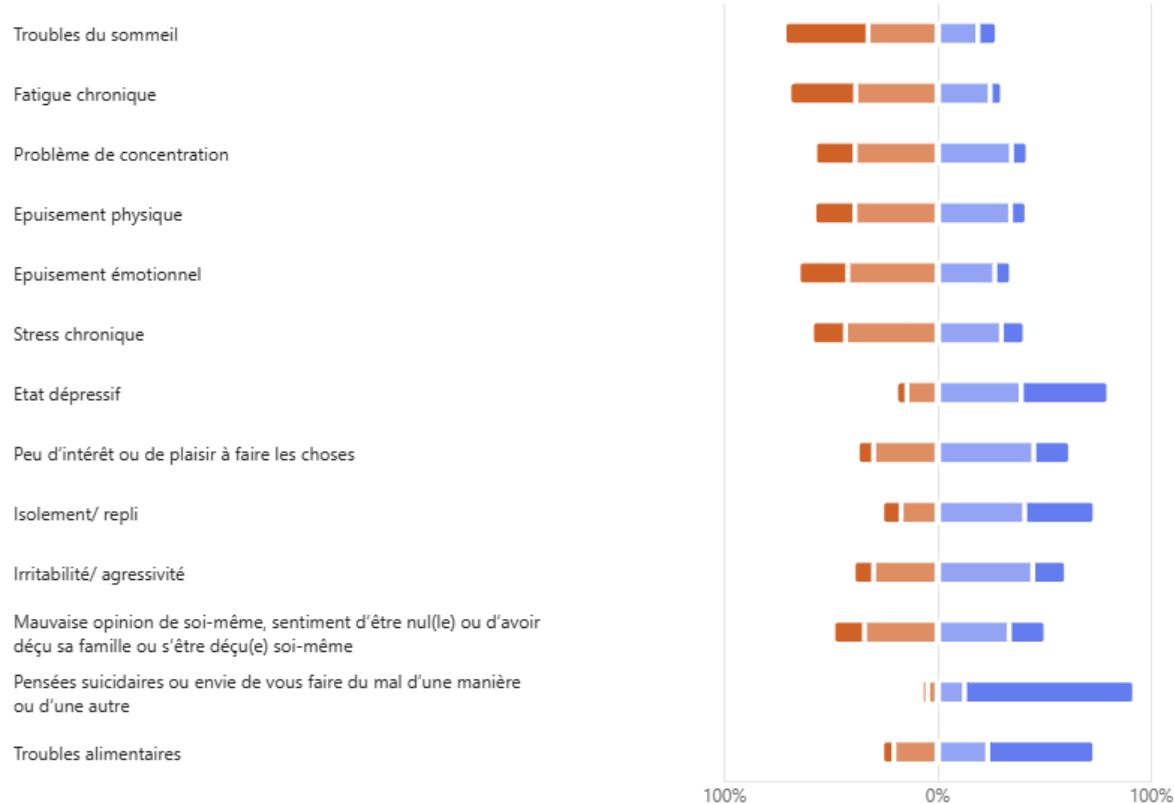
Les questions 10 à 17 visaient à établir un **auto-diagnostic** des répondants concernant leur santé mentale et à explorer l'impact du travail ainsi que les principaux facteurs de risque associés.

À première vue, seuls **28 % des répondants** qualifient leur état de santé mentale de « mauvais » à « très mauvais ». Ce chiffre pourrait laisser penser que, dans l'ensemble, les professionnels RH se déclarent relativement satisfaits de leur état psychologique.

Cependant, l'examen détaillé des **symptômes et ressentis liés au travail** nuance fortement cette première perception. Les résultats révèlent en réalité une fragilité très préoccupante :

- **72 %** déclarent avoir souffert de troubles du sommeil au cours des cinq dernières années ;
- **69,8 %** font état d'une fatigue chronique ;
- **65,5 %** évoquent un épuisement émotionnel ;
- **26 %** mentionnent des troubles alimentaires.

● Oui, tout à fait ● Oui, plutôt ● Non, plutôt pas ● Non, pas du tout



Sans que cela ne soit très marqué, les données recueillies laissent entrevoir que **l'avancée en âge pourrait néanmoins jouer un rôle protecteur en matière de santé mentale**, les individus de plus de 55 ans présentant des indicateurs plus positifs que les plus jeunes (9% des plus de 55 ans déclarent avoir une mauvaise santé mentale vs 17% de la tranche des 25 – 30 ans).

Les indicateurs issus du **WHO-5** confirment la tendance révélée par l'auto-diagnostic. Ainsi, 58,6 % des répondants se sont sentis « frais et disposés » au réveil **moins de la moitié du temps à jamais** au cours des deux dernières semaines. De même, 41,4 % déclarent s'être sentis « pleins d'énergie et vigoureux(se) » seulement **de la moitié du temps à jamais**. Enfin, 42,3 % indiquent s'être sentis « calmes et tranquilles » **moins de la moitié du temps à jamais**.

Ce contraste est particulièrement frappant : alors qu'une majorité affirme avoir une « **bonne santé mentale** », les symptômes rapportés témoignent au contraire d'**atteintes significatives** au bien-être psychologique, rejoignant les signes décrits dans notre revue de littérature théorique. Ce constat rejoint la notion de **performance émotionnelle** développée plus haut dans la revue de littérature.

Parmi les **20 facteurs de risques psychosociaux** inclus dans le questionnaire, les professionnels RH identifient en priorité :

Facteurs susceptibles d'affecter négativement la santé mentale des répondants	% de répondants (« oui, tout à fait » ou « plutôt »)
Des injonctions paradoxales / contradictoires	78 %
L'inadéquation de vos valeurs avec celles de votre entreprise	74 %

Une charge de travail trop importante ou une cadence élevée tout au long de la journée	72 %
L'ambiguïté des rôles et des responsabilités, des attentes mal définies	72 %
Le décalage entre la réalité des missions et les envies	64 %
Le manque de ressources ou de moyens	64 %
Le manque de reconnaissance par le management	62 %
Des incivilités, tensions ou conflits avec les salariés	61 %

Le questionnaire proposait une série de **situations susceptibles d'avoir été vécues par les répondants**, soit à titre personnel, soit en tant que témoins dans leur environnement professionnel. L'analyse met en évidence un top 5 récurrent dans les deux cas de figure :

Situations vécues personnellement	Situations vécues en qualité de témoin
Syndrome d'épuisement professionnel	Dépression liée au travail
Violences verbales	Syndrome d'épuisement professionnel
Harcèlement moral	Harcèlement moral
Dépression liée au travail	Violences verbales
Décès sur le lieu de travail	Discrimination

Ces résultats montrent que les professionnels RH ne sont pas épargnés par les difficultés rencontrées dans le cadre de leurs fonctions. Ils peuvent les subir directement ou en être témoins, ce qui témoigne d'une exposition forte aux détresses psychologiques et aux risques psychosociaux.

L'impact de ces situations dépasse largement la sphère professionnelle :

- 61 % des répondants estiment que ces expériences ont eu un effet élevé ou important sur leurs liens familiaux ;
- 57 % sur leur vie amoureuse ;
- 43 % sur leurs relations amicales.

Ces résultats soulignent combien la santé mentale des professionnels RH est profondément imbriquée dans leur vie personnelle, et que les difficultés vécues dans leur activité ne s'arrêtent pas aux portes du bureau.

- 2) Ce que l'enquête nous apprend : fragilisés par leur propre vécu, 60% des RH considèrent devoir assumer la responsabilité d'accompagner la santé mentale des autres salariés

Les questions 18 et 19 visaient à recueillir la perception des répondants quant au **rôle des professionnels RH et à la place accordée à la santé mentale dans leurs missions**.

Le **top 3 des missions prioritaires** identifiées par les répondants est le suivant :

- Mettre en œuvre la stratégie de l'entreprise ;

- Développer l'engagement des salariés et offrir une expérience collaborateur de qualité ;
- Prévenir les risques psychosociaux et améliorer les conditions de travail.

59 % des répondants considèrent qu'il revient aux professionnels RH de jouer un rôle actif dans la **prévention** et la **prise en charge** des problématiques de santé mentale au sein des organisations.

Ce résultat confirme le **paradoxe structurant mis en lumière dans notre partie théorique**. Les RH sont attendus sur un registre **stratégique et organisationnel** et ils endossent également une fonction de **care** tournée vers la **santé mentale** et le **bien-être des salariés**. Alors même que les professionnels RH présentent eux-mêmes des signes de fragilité psychologique, leur mission première demeure de veiller à la santé, au bien-être et à l'engagement des autres.

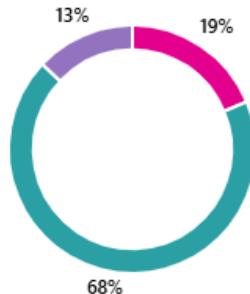
- 3) Ce que l'enquête nous apprend : près de 70% des RH estiment être critiqués par la société, mais restent fidèles à leur mission

Les questions 20 et 21 portaient sur la **perception de l'image des professionnels RH, à la fois dans la société et dans leur propre vécu**.

La mise en miroir de ces deux dimensions révèle un contraste intéressant : si 68 % des répondants estiment que l'image de la fonction RH dans la société est « mauvaise », ils sont néanmoins 70 % à déclarer n'avoir jamais ressenti de honte dans l'exercice de leur activité :

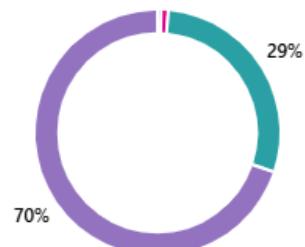
20. Quelle est, selon vous, l'image de la fonction RH auprès du grand public ?

● Très bonne	0
● Bonne	39
● Mauvaise	142
● Très mauvaise	27



21. Ressentez-vous de la honte dans l'exercice de votre activité ?

● Toujours	1
● Souvent	2
● Parfois	60
● Jamais	146



Ces résultats révèlent à la fois une **forme de résilience** et un **attachement fort à leur métier**, malgré la perception négative dont ils pensent faire l'objet.

- 4) Ce que l'enquête nous apprend : pour une large majorité, le métier des RH rime avec risque élevé pour la santé mentale

Une majorité de nos répondants (71 %) considèrent que **les travailleurs évoluant dans les fonctions RH sont plus susceptibles d'être confrontés ou touchés par des problèmes de santé mentale que d'autres** :

23. Pensez-vous que les travailleurs évoluant dans les fonctions des Ressources humaines sont plus susceptibles d'être confrontés ou touchés par des problèmes de santé mentale que d'autres ?



Alors que la perception d'une exposition accrue des professionnels des ressources humaines aux problèmes de santé mentale est largement partagée, rappelons que **seuls 28 % des répondants déclarent une santé mentale jugée « mauvaise »**. Cette différence peut s'expliquer de plusieurs façons. D'une part, certains professionnels ont probablement développé des **stratégies d'adaptation** – telles que le soutien social ou la régulation émotionnelle – qui limitent l'impact personnel de ces risques. D'autre part, une partie de la population peut **minimiser ou normaliser certains symptômes** (comme le laissent penser les résultats préoccupants relatifs aux **symptômes et ressentis liés au travail**) afin de préserver son image.

- 5) Ce que l'enquête nous apprend : les RH connaissent les ressources, les utilisent pour les autres... mais jamais pour eux-mêmes

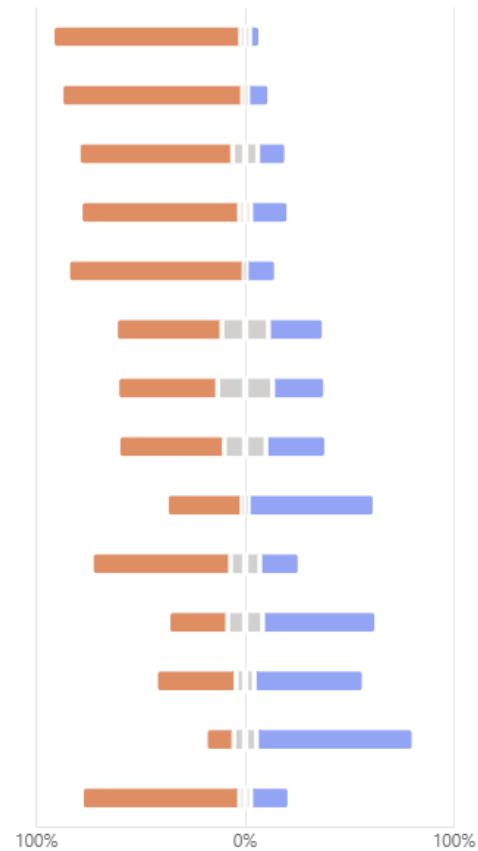
Les questions 25 à 28 ont été conçues pour explorer les **moyens de prévention** et, le cas échéant, la **prise en charge des atteintes à la santé mentale** au sein des entreprises.

Les résultats suggèrent que les organisations représentées dans notre panel ont **réellement investi le sujet de la santé mentale** : presque tous les dispositifs listés dans le questionnaire étaient disponibles au sein des structures.

25. Parmi les mesures/ ressources suivantes, lesquelles sont mises en place par votre entreprise pour protéger la santé mentale de ses collaborateurs ?

● Oui ● Non mais c'est en projet ● Non

- Un dispositif de signalement (harcèlement, discriminations, agressions...)
- Un ou plusieurs référent(e) harcèlement dans l'entreprise
- Des communications/ événements internes sur des sujets de santé mentale
- Un service de santé au travail mobilisé sur cette question
- Une ligne d'écoute psychologique
- La formation des salariés à la prévention en santé mentale
- La formation des managers à la prévention en santé mentale
- La formation des RH à la prévention en santé mentale
- Une permanence de psychologues dans l'entreprise
- La mise à disposition d'informations ou de recours en cas de problème de santé mentale
- Un réseau de salariés référents sur la détection des risques
- Le financement de sessions avec des psychologues ou des coachs
- Un dispositif formalisé d'implication des salariés
- Un dispositif de soutien des fragilités (aidant, situation de handicap, famille monoparentale...)



Parmi les dispositifs les plus mobilisés, on retrouve :

- **Le soutien des collègues** (32,5 %) ;
- **Le psychologue ou psychiatre personnel** (24,3 %) ;
- **Le médecin traitant** (19,8 %) ;
- **Le soutien du manager** (15,6 %).

Cependant, parmi les **quinze dispositifs proposés, très peu sont effectivement utilisés**, et plusieurs apparaissent comme **totalement exclus** des pratiques des collaborateurs RH. Le recours aux **délégués syndicaux ou représentants du personnel**, à la **médiation**, aux **salariés référents**, ou aux **dispositifs de signalement officiels** semble largement inexistant pour les collaborateurs RH.

Ce constat soulève une question importante : **si ces dispositifs existent, pourquoi demeurent-ils si peu utilisés ?** Il laisse entrevoir un possible déficit de confiance, de communication ou de perception de leur efficacité, mais aussi des inquiétudes quant à la confidentialité des démarches, autant de freins qui interrogent la capacité des RH à s'en saisir pour préserver leur propre santé mentale.

6) Ce que l'enquête nous apprend : les RH peuvent proposer des dispositifs concrets et issus de leur expérience pour protéger la santé mentale des salariés

Au-delà des mesures/ ressources suivantes mises en place par l'entreprise pour protéger la santé mentale de ses collaborateurs, nous avons laissé le champ libre aux répondants pour **proposer des dispositifs complémentaires visant à prévenir ou accompagner la santé mentale en entreprise.**

Ces dispositifs peuvent être regroupés en plusieurs catégories :

Dispositifs de soutien psychologique et de suivi :

- Psychologue interne ou externe : présence d'un professionnel dédié pour accompagner les salariés
- Secouriste en santé mentale
- Assistante sociale pour appuyer les démarches administratives et personnelles
- Groupes de parole ou dispositifs d'échange (ex. via Teams) permettant aux collaborateurs de partager leurs expériences et de recevoir conseils et bonnes pratiques
- Parcours santé mentale pédagogique rappelant les bonnes pratiques et les interlocuteurs à solliciter selon le statut (manager, RH, collaborateur)

Formations, sensibilisation et codéveloppement avec les pairs :

- Formation aux premiers secours en santé mentale, à l'instar des formations aux premiers secours classiques
- Formation des comités de direction et comités exécutifs sur la santé mentale
- Formation des représentants du personnel à la prévention et à la prise en charge des risques psychosociaux
- Codéveloppement et dispositifs d'apprentissage collaboratif pour mieux gérer les situations psychologiques

Pratiques organisationnelles et managériales :

- Souplesse des plannings et horaires, accompagnée d'une écoute attentive
- Changement des modes de management pour réduire les facteurs de stress et favoriser un climat de travail sain
- Engagement de la gouvernance sur les questions de santé mentale, afin de renforcer la culture d'entreprise et la responsabilité collective

Dispositifs liés au bien-être physique et mental :

- Médecine douce, méditation, yoga et autres pratiques favorisant la détente et la gestion du stress
- Salle de sport pour promouvoir et développer l'activité physique et le bien-être

Outils d'évaluation et de prévention :

- Tests de personnalité et de santé mentale pour mieux accompagner les salariés en identifiant les troubles ou spécificités
- Entretiens RH annuels pour suivre l'état psychologique des collaborateurs

- 7) Ce que l'enquête nous apprend : confrontés à leur propre détresse et dépourvus de formation ou de soutien institutionnel, les RH doivent gérer la santé mentale des autres

Nous avons enfin invité les répondants à partager une situation difficile vécue personnellement ou observée en tant que témoin, ainsi que les moyens mobilisés pour y faire face.

Parmi les 211 participants, **39 ont accepté de se confier** et ont livré des témoignages personnels. Ces récits sont présentés ci-après, **restitués fidèlement et sans réécriture ni corrections**, afin de préserver l'authenticité de leurs propos :

- « *Une agression physique avec insulte homophobe devant témoin. La victime présumée a été entendue, une enquête a été faite et les mesures ont été prises à l'encontre du salarié violent. La victime s'est sentie écoutée et soutenue* ».
- « *Suite à un signalement anonyme sur une de nos plateformes clients, j'ai envoyé les pompiers au domicile d'un CDD qui avait amorcé une tentative de suicide / il a pu être sauvé à temps* ».
- « *Une situation d'une collaboratrice qui n'arrêtait pas de pleurer pendant l'entretien ; j'ai demandé une visite médicale au médecin du travail. Par la suite elle est allée voir son médecin traitant qui l'a mise en arrêt de travail* ».
- « *Un collègue rencontrant des difficultés avec ses enfants cela entraînant des conséquences sur son activité professionnelle car charge mentale personnelle trop grande, mais ne souhaitant pas en parler à son manager... je l'ai incité à prendre contact avec le médecin du travail et de contacter un psychologue de ville pour se faire aider. Et je l'ai incité à parler à son manager* ».
- « *Un collègue m'a averti que son collègue « ami » était en situation difficile (travail +++ même sur temps privé = soucis personnels avec ses parents vieillissants à l'époque) et qu'il avait déjà du faire face à un burn-out dans sa précédente entreprise. Ce collègue relatait des propos inquiétants. Il vivait seul en région parisienne la semaine et retrouvait sa famille le we. J'ai contacté le SST afin qu'il soit convoqué à « notre demande ». J'ai pu échanger en direct avec le MDT. Le collègue a été arrêté un temps. A son retour il a apprécié que la chaîne « collègue-rh» ait pu mettre fin à cet engrenage et cette course folle dans laquelle il s'était laissé emporté. Depuis, régulièrement, je prends de ses nouvelles et lui suggère de mettre un coup de frein quand la « machine s'emballe » car il a une forte propension à la « boulimie du travail ».*
- « *Une personne en situation de burn-out pas plus tard qu'hier. Echange RH pour l'écouter, la laisser s'exprimer dans un premier temps. Puis invitation à prendre un peu de recul sur la situation, échange de Q/R sur les problèmes rencontrés pour calmer la personne. Puis, l'objectif était ensuite de lui montrer qu'un accompagnement est proposé avec des solutions. Permettant de la rassurer et qu'elle se sente accompagnée (souhait de mobilité, elle sera accompagnée également en ce sens)* ».
- « *J'ai plusieurs fois été confronté à cette situation au cours de mon parcours et ai souvent procédé de la manière suivante : écoute bienveillante, veiller à ne pas laisser la personne s'isoler et se replier sur elle-même, proposer d'alerter une personne ressource, évoquer des propositions de solutions* ».

- « Proposer un temps d'écoute, favoriser l'**expression** et ensuite essayer d'orienter vers des dispositifs adaptés. Prendre des nouvelles régulièrement ».
- « **Je ne suis pas formée pour aider.** C'est bien le problème ».
- « **Soutien** et accompagnement pour restaurer la confiance et l'estime de soi. **Thérapie cognitivo-comportementale si besoin** ».
- « J'ai été confrontée à une situation où une collègue traversait une **période de démotivation importante**. Elle exprimait une perte d'intérêt pour son travail, disait avoir des difficultés à dormir et ressentait un manque de reconnaissance de la part de son manager, allant jusqu'à dire qu'elle avait l'impression de ne pas exister à ses yeux et disait avoir la boule au ventre en passant la porte de l'entreprise. Pour l'aider, j'ai d'abord pris le temps de l'**écouter** avec bienveillance afin de comprendre pleinement ce qu'elle ressentait. Ensuite, je lui ai conseillé d'échanger directement avec son manager afin de partager son ressenti et de trouver, ensemble, des pistes d'amélioration.
- « Je lui ai fait prendre conscience que l'entreprise n'était pas la seule source de tous ses problèmes, qu'elle ne pouvait attendre de l'entreprise qu'elle soit la clé de résolution de tout et qu'il convenait de trouver un **espace externe à l'entreprise** pour exprimer toutes ces difficultés ».
- « Je lui ai dit de se faire **arrêter**. Et ai alerter son **manager** ».
- « A plusieurs reprises, de par ma fonction, **soutien, écoute et conseils juridiques** en particulier ».
- « **Menace de suicide** lors d'un entretien préalable à licenciement. Arrêt de la procédure car risque avéré. Recherche de solution tierce pour concilier la santé de l'employé et sa dignité et les **intérêts de l'entreprise** ».
- « Faire preuve d'**écoute, d'empathie et déculpabiliser** ».
- « Il s'agit de mon propre cas vécu il y a une dizaine d'années dans une entreprise avec du **harcèlement moral caractérisé** ».
- « **Accompagnement vers les services de santé dédiés** et suivi régulier durant l'arrêt maladie, prise de nouvelles de manière régulière. Proposition d'échange en entretien physique dans l'entreprise à quelques semaines de la reprise avec la RH référent et le **manager**. Le retour du collègue sur cette démarche était satisfaisant car le jour de la reprise, il n'a pas eu l'angoisse de franchir la porte de l'entreprise.»
- « Dans le cadre d'une **procédure** de licenciement pour inaptitude, j'ai convoqué un salarié en vue d'un entretien préalable à licenciement. Lorsque que ce salarié a reçu la convocation, signée de mon nom, ce dernier s'est **suicidé** 3 jours plus tard. La mère du salarié nous a indiqué qu'à réception de ce courrier son fils lui avait confié que « cette convocation avait été la chose de trop ». Une enquête de police a été conduite. Je n'ai été accompagnée ni par mon entreprise ni par mon manager pour appréhender cette situation. Cela m'a beaucoup choquée et a mis à mal le respect que je pouvais avoir envers ma hiérarchie et envers les valeurs de l'entreprise que j'étais censée incarner ».
- « J'ai déjà remonté à notre **assistant social** le cas d'un collègue qui avait des idées noires et lançait des signaux de détresse ».
- « Un collègue fragilisé psychologiquement a déféqué sur la chaise d'un autre collègue en face du manager de proximité. Nous sommes intervenus avec le **service de santé au travail** et avons déclenché un suivi pour le collègue ayant eu le comportement déplacé

*avec un **psychiatre externe**, puis avons fait un aménagement de poste suivi d'un suivi psychologique régulier. Pour le manager nous l'avons formé aux « premiers gestes » en cas de décompensation ou de situations liées à de la fragilité psychologique. Et nous lui avons proposé, ainsi qu'au collègue « victime », un suivi par un psychologue externe à l'entreprise mais financé par notre structure. Enfin, nous avons sensibilisé l'ensemble du service aux fragilités psychologiques et aux « bons réflexes ».*

- *« En tant que manager, suite au **décès** d'une collègue de l'équipe, accompagner les autres collègues : relations de proximité, soutien de la RH, intervention du médecin du travail en réunion d'équipe à différentes étapes ».*
- *« Dans le cadre de mon rôle RH, j'ai accompagné une collaboratrice faisant face à des **absences répétées et perlées**. Afin de créer un espace **d'échange** propice, j'ai organisé un entretien sous couvert d'un point sur la mise en place éventuelle d'un temps partiel thérapeutique, à l'occasion de l'une de ses reprises d'activité. Lors de cet échange, en respectant la frontière de la vie privée, j'ai ouvert le **dialogue** de manière bienveillante afin de lui permettre de s'exprimer librement si elle le souhaitait. Elle a ainsi partagé qu'elle traversait une période difficile, **accompagnant** un parent en fin de vie, ce qui expliquait ses arrêts successifs. Cette discussion m'a permis de lui transmettre des ressources adaptées : le contact de l'assistante sociale, du service de santé au travail et de la cellule d'écoute Stimulus. Elle a par la suite été reçue par l'assistante sociale avec qui elle a pu mettre en place le statut de proche aidant, facilitant son accompagnement familial. Depuis, la collaboratrice n'a plus connu d'absences perlées, ce qui témoigne de l'impact positif d'un accompagnement RH humain et ciblé ».*
- *« J'ai un enfant en bas âge avec de gros problèmes de sommeil et la privation de sommeil chronique a des effets sur ma santé mentale. **Le risque de RPS me concernant vient à 90% du personnel et vient impacter mon travail, ce qui peut être dégradant**. Je pense qu'on parle beaucoup des RPS liés à l'entreprise, et pas assez de ceux qui sont liés à la vie personnelle et viennent pourtant impacter le travail ».*
- *« Une collègue qui présentait des signes de dépression, je l'ai orienté vers notre plateforme **CARE** afin qu'elle amorce une démarche d'aide psychologique ».*
- *« **Écoute** et lâcher prise. Je l'ai laissé s'exprimer, pleurer et parler à nouveau. Je l'ai ensuite orienté vers les spécialistes : **assistant social et psychologue** ».*
- *« Des collègues m'ont raconté venir avec la boule au ventre à cause de la surcharge d'activités. Je l'ai signalé à la **médecine du travail** qui est intervenue »*
- *« Souvent en déchargeant sa charge de travail et en faisant certaines tâches à sa place ».*
- *« C'est très fréquent dans notre métier. L'essentiel est **d'écouter** vraiment l'autre et lui donner le droit de craquer. Ensuite il faut aider à se reconstruire en essayant d'axer sur le positif et en visualisant de petites collines plutôt qu'une grande montagne ».*

Les verbatims recueillis révèlent que les professionnels RH sont régulièrement confrontés à des situations de fragilité psychologique parfois extrêmes, qu'elles soient vécues **personnellement** ou en tant que **témoins**.

Ces témoignages montrent combien les collaborateurs RH sont profondément marqués par la détresse à laquelle ils sont confrontés. Ces situations couvrent un large spectre, allant de

troubles liés au stress et au burn-out, à des événements critiques tels que tentatives de suicide, harcèlement moral, violences verbales ou physiques, voire décès sur le lieu de travail. Elles incluent également des difficultés personnelles impactant la vie professionnelle, comme des responsabilités familiales lourdes ou des problèmes de santé personnelle.

Face à ces situations, les RH décrivent une série de **pratiques d'accompagnement centrées sur l'écoute et le soutien**. Ils s'efforcent de créer un espace sécurisé permettant à la personne de s'exprimer, de verbaliser ses difficultés et de se sentir comprise. Ces pratiques incluent l'écoute active, la validation des ressentis et l'aide à la gestion émotionnelle.

Dans le cadre de ces échanges, les RH encouragent souvent la personne à prendre du recul et à mobiliser des ressources externes pour élargir le soutien, telles que le médecin du travail, des psychologues, des assistants sociaux ou des plateformes spécialisées d'accompagnement psychologique.

Les actions concrètes menées par les RH s'adaptent à la gravité et au contexte de chaque situation. Elles peuvent inclure des **aménagements de poste**, des **temps partiels thérapeutiques**, une **décharge temporaire de certaines tâches**, ou encore des **interventions immédiates** dans les cas de danger avéré, comme contacter les services d'urgence ou suspendre temporairement des procédures de licenciement. Le suivi post-événement est également central : il comprend des entretiens de suivi, la prise de nouvelles régulières et la guidance pour prévenir de nouveaux épisodes de fragilité.

La place de **l'écoute** apparaît comme primordiale. Elle est ainsi utilisée tant au sein de l'équipe qu'avec les managers ou qu'en externe. Cette phase semble être absolument nécessaire tant à la prise de recul qu'à la recherche de solutions pour les professionnels RH eux-mêmes ou pour les collègues.

Pour être pleinement efficaces, **les professionnels RH doivent non seulement bénéficier d'une formation adaptée, mais aussi disposer du temps nécessaire pour écouter attentivement collègues et pairs**, afin de repérer les signaux faibles et prévenir ainsi les situations les plus critiques ou dramatiques. Dans ce cadre, certains de nos répondants regrettent de **ne pas avoir bénéficié de la formation suffisante** pour pouvoir appréhender toutes les situations qu'ils doivent pourtant accueillir et gérer au quotidien. D'autres regrettent **l'absence de support de leur manager direct ou de l'organisation dans son ensemble**.

Pour ceux qui gèrent les phases de convocation à entretien disciplinaire et/ou de licenciement, on note les conséquences graves que cette procédure peut engendrer chez les collaborateurs. Là encore, le déficit de formation et d'accompagnement semblent être un vrai sujet pour les opérationnels de la fonction.

Les répondants ont, noté pour eux-mêmes comme pour ceux qu'ils ont accompagnés, l'importance de la vie privée quant au bon équilibre de la santé mentale et donc ses implications possibles dans le travail. Se pose alors une difficulté particulière pour les professionnels RH, celle de garder la bonne distance, celle qui permet d'entendre les signaux faibles tout en respectant la vie privée de ses collègues.

En synthèse, ces récits soulignent l'efficacité d'une **approche combinant écoute, suivi et mobilisation de ressources adaptées et compétentes**, et mettent en évidence la nécessité de **soutien et de formation pour les professionnels RH** eux-mêmes. Ils confirment que la santé

mentale au travail ne se limite pas aux salariés « lambda », mais concerne également ceux dont le rôle est d'accompagner et de protéger les autres.

D. Limites de notre étude

Si ces résultats sont révélateurs de certains phénomènes, ils présentent toutefois certaines limites.

Avec **211 répondants**, il nous a semblé délicat d'exploiter des variables démographiques ou professionnelles car certaines catégories sont **peu représentées** (par exemple, seulement 2 ou 3 personnes dans un secteur d'activité, dans une tranche d'âge, dans un domaine RH de rattachement). Les participants proviennent de **secteurs d'activité** relativement restreints (essentiellement finance et santé/ social), ce qui limite la portée comparative des résultats.

En outre, le **recours à notre réseau direct** peut introduire un biais de sélection et réduire la représentativité statistique de l'échantillon. Ce choix reste néanmoins pertinent dans la mesure où l'objectif n'est pas la généralisation des résultats à l'ensemble de la population RH, mais bien la mise en lumière de **témoignages** contrastés et approfondis permettant d'explorer la complexité des liens entre pratiques RH et santé mentale.

Il est également à noter que le **genre** constitue une variable qui exerce une influence de premier ordre sur la santé mentale, le vécu et les croyances autour de celle-ci. De fait, la constitution essentiellement féminine de l'échantillon, pourtant représentative du domaine RH, se présente comme une limite.

Pour donner suite aux résultats exploratoires de cette enquête, il apparaît incontournable de **la réaliser à plus grande échelle**. Les résultats qui en découlent ne sauraient donc être généralisés à l'ensemble des travailleurs en ressources humaines.

2. Constats et analyse de la campagne d'entretien

A. La santé mentale des RH par eux-mêmes

Les entretiens que nous avons menés confirment deux constats partagés : **la santé mentale des RH est un sujet d'intérêt chacun des professionnels sollicités, mais insuffisamment pensé.**

Ces échanges montrent que la santé mentale des professionnels RH est fragilisée moins par la charge de travail que par la **charge émotionnelle, la solitude décisionnelle et les conflits de valeurs.**

Nos interviewés sont unanimes : ils confirment que la fonction RH est soumise à une **pression permanente**, « entre la direction et les salariés » (Directrice Paie/ ADP), exposant ses acteurs à un fort risque de troubles de la santé mentale. « Nous sommes en front, sur des zones d'émotion (par exemple, les refus dans le cadre des recrutements, les licenciements...). C'est une recherche permanente d'équilibre dans le déséquilibre des frottements organisationnels » (DRH).

1) Des facteurs de stress propres à la fonction

Cette campagne d'entretiens qualitatifs confirme avant tout que la santé mentale des RH est fragile et exposée à des facteurs qui lui sont propres.

Les entretiens décrivent une fonction RH sous tension, prise dans une **double contrainte permanente**. La directrice Paie/ ADP la résume en une formule parlante : « La fonction RH est le seul service qui est véritablement entre la direction et les salariés ». Cette position de carrefour crée une tension constante, renforcée par des **injonctions contradictoires**. Le DRH parle ainsi d'« une recherche permanente d'équilibre dans le déséquilibre des frottements organisationnels », où il faut « prendre des décisions, les porter, les assumer » tout en « soulignant les rondeurs » du droit. Il poursuit : « Il y a une dissonance, une contradiction entre l'impuissance de la fonction et la responsabilité qu'elle porte ».

Cette ambiguïté nourrit la **défiance des collaborateurs**. La médecin du travail décrit des RH « assimilés à l'employeur tout en devant accompagner le salarié. Je suis devant qui ? Puis-je faire confiance ? ». L'assistante sociale observe la même ambivalence : « des collaborateurs qui cherchent à ce que l'employeur soit Dieu et en même temps ne lui accordent aucune confiance ».

À cette tension propre à l'identité professionnelle même s'ajoute une **charge de travail élevée chronique**. Pour l'assistante sociale, « le facteur numéro 1 c'est la surcharge d'activité et la difficulté de création de poste ». La directrice Paie/ ADP décrit une « surcharge, l'urgence, les sur-sollicitations par toutes les voies possibles ». La chargée de RH nuance légèrement ce tableau : elle ne parle pas de surcharge mais de « problèmes et conflits interpersonnels » comme principale source de tensions. Elle souligne que « les RH n'ont pas le droit de craquer... **il faut bien faire tout le temps, sans jamais s'occuper de soi-même** ».

Le consultant en relations collectives évoque, lui, « le **stress** très fort d'avoir à vivre une situation de crise, réorganisation et restructuration intense »

Enfin, plusieurs voix soulignent un **isolement, une solitude**. Le consultant parle du « manque de solidarité du CODIR ». La médecin du travail ajoute que les RH « n'osent pas montrer » leurs difficultés, faute d'espaces où exprimer leur propre vulnérabilité, avec l'habitude de se taire, se « silencier ». Pour l'ancienne DRH, ce contexte entraîne aussi des **conflits de valeurs** : « Je fais, mais je ne sais pas pourquoi. Il y a un manque de sens et une discordance des valeurs ».

2) Les manifestations de mal-être

Les récits des professionnels révèlent des manifestations variées d'atteintes à la santé mentale, qui vont du simple inconfort à des troubles sévères.

Plusieurs professionnels relatent des épisodes de rupture brutale. La directrice Paie/ ADP raconte ainsi : « Suite à un dernier mail de la DAF sur le budget, j'ai fait une crise d'angoisse et j'ai quitté mon poste... J'ai dû être arrêtée plusieurs semaines ». Cette expérience extrême illustre un **burn-out**, où la surcharge, le stress et/ ou l'absence de soutien social génèrent un effondrement soudain.

Les **symptômes physiques** apparaissent comme autant de signaux faibles à identifier et à prendre en compte. La médecin du travail insiste sur l'importance de « repérer ce qui a changé

dans le quotidien : changement de poids, changement d'humeur, troubles du sommeil ». Ces altérations corporelles et comportementales sont des indicateurs de souffrance.

Le mal-être peut prendre une forme plus insidieuse : une **fatigue compassionnelle**, une usure psychique liée à l'exposition quotidienne et permanente à la détresse d'autrui, au sentiment d'empathie. L'assistante sociale confie : « Je me sens plus démunie avec les salariés qu'avec les patients... Ce sentiment d'impuissance est très difficile à gérer. » Dans le secteur humanitaire, le psychologue de l'ONG parle même de « **traumatisme vicariant** », une « **dépression professionnelle** » où l'empathie finit par s'émuover.

Cet épuisement empathique peut se traduire par un **repli de défense**. La chargée de RH explique : « Ça se manifeste par un isolement, un repli sur soi... Comme le télétravail, cela me protège des autres. »

Elle choisit le retrait pour préserver son équilibre, tout en reconnaissant que, dans certaines situations, la tension peut déborder, signe d'une tension intérieure qui peut s'exprimer par des accès d'**irritabilité**, de **colère** : « Ça m'est déjà arrivé d'agresser quelqu'un. J'ai crié, j'étais prête à la frapper. »

Qu'il s'agisse de crises aiguës, de troubles physiques, de fatigue émotionnelle ou d'isolement volontaire, ces manifestations traduisent une **érosion progressive de la capacité d'empathie et de régulation émotionnelle**, conséquence directe de la charge relationnelle, de l'ambivalence et des injonctions contradictoires propres à la fonction RH.

3) Dispositifs de soutien et recommandations issus des témoignages

Les entretiens mettent également en lumière des **leviers protecteurs** qui existent ou seraient nécessaires, concrets et pragmatiques, pour atténuer les risques et pour mieux protéger la santé mentale des professionnels RH. En voici une synthèse.

En premier lieu, la **reconnaissance institutionnelle** de la fonction RH et sa légitimation sont déterminantes. Beaucoup d'intervenants soulignent que la RH, contrairement à l'idée répandue, n'est pas qu'un service administratif. La psychologue du travail le formule clairement : « Il faut que la direction accepte que la fonction RH n'est pas qu'une fonction administrative ».

Reconnaitre la complexité et la charge émotionnelle de ce métier signifie inscrire la santé mentale dans la stratégie globale de l'entreprise, mais aussi **clarifier le mandat des équipes RH et leur donner les moyens humains et les ressources financières pour agir**. Cette reconnaissance passe, par exemple, par une représentation plus affirmée dans les COMEX, une communication interne explicite sur la mission de soutien des RH et un discours managérial qui valorise leur rôle au sein du collectif.

La première nécessité est celle d'**espaces de parole et d'expression de proximité**. La psychologue du travail plaide pour que « les RH soient supervisés comme les psychologues : analyse de pratique et supervision ». Le médiateur propose de « créer des rituels pour poser les valises, partager, repartir sans ses problèmes », tandis que la médecin du travail insiste sur « des espaces d'écoute, de la supervision, pour partager l'humeur ». Ces temps dédiés, où l'on peut, en quelque sorte, « déposer » ses émotions sans crainte, constituent un puissant facteur de prévention.

Dans le contexte humanitaire, le psychologue de l'ONG met en avant le **defusing**, un outil utilisé en gestion des urgences post-traumatiques favorisant la décharge immédiate des émotions après une situation traumatique. Il détaille le protocole en place : « On note tous les entretiens réalisés après mission, après le débriefing. On n'envoie pas de questionnaires : on ne veut pas être perçus comme des machines à enquêtes. On utilise les facteurs Gollac. » Il poursuit : « On utilise ces facteurs ainsi que des indicateurs spécifiques liés à l'humanitaire :

- L'insécurité du contexte,
- Les abus ou harcèlement (il existe une cellule spécifique et un système de lanceur d'alerte),
- L'insécurité du monde : ce facteur compte aujourd'hui pour 25%, contre 10 ou 15% il y a 2 ans. Il s'agit d'une forme d'« excitation » à être témoin des conflits de grande ampleur. Les personnes sont exposées à l'attaque de notions fondamentales comme l'état de droit, avec un sentiment d'impuissance.»

Et conclut ainsi ses explications : « Parmi les facteurs de stress, les facteurs « normaux » prennent beaucoup de place, notamment les tensions avec le management, parmi les plus cités ! » Cette approche illustre que la prise en charge psychologique doit conjuguer une connaissance fine des réalités du métier et une vigilance face aux facteurs de stress organisationnels quotidien.

L'instauration d'une **supervision régulière** et d'une **analyse de pratiques** peut contrer l'isolement lié à la nécessité de garder une posture neutre. La rétention des émotions expose les professionnels RH à un épuisement silencieux. Concrètement, il peut s'agir de rencontres mensuelles avec un superviseur externe, de groupes de parole entre pairs ou de débriefings systématiques après des événements critiques comme un licenciement ou un conflit collectif.

La **formation continue et pluridisciplinaire** apparaît également indispensable, ce levier est déjà ressorti dans notre enquête quantitative. Pour l'assistante sociale, « c'est l'ensemble du service RH qui doit être formé aux problématiques de santé mentale ». Dans le contexte humanitaire, le psychologue de l'ONG incite à former les chefs de missions et managers à la détection précoce et à la gestion de crise pour renforcer leur capacité d'action, et leur « donner des outils et des notions pour aider à détecter les signaux faibles ». **Les RH comme les managers de proximité doivent être formés à la détection des signaux faibles de mal-être, à la prévention des risques psychosociaux, à la conduite d'entretiens sensibles ou encore aux techniques de defusing utilisées en milieu humanitaire.** Ces compétences renforcent leur capacité à intervenir avant que la situation ne devienne critique. Un programme de formation pourrait inclure des modules sur la régulation des conflits, l'écoute active, la médiation, mais aussi la gestion de sa propre charge émotionnelle.

Les **dispositifs d'accompagnement psychologique** ont été mis en avant dans certains de nos entretiens. La chargée de RH plébiscite la possibilité d'activer l'appel à un psychologue, à la demande : « On a le droit à 8 séances de psy... un numéro avec des médecins et psy, qui écoutent... et du coaching externe... c'est discret, personne ne le sait. » Cette combinaison d'écoute et de confidentialité offrirait un modèle efficace de soutien. La confidentialité et la simplicité d'accès sont essentielles pour encourager les RH à solliciter de l'aide. Ce dispositif associe hotline médicale, séances financées et coaching ciblé pour les situations difficiles. Une

offre combinée, clairement communiquée et garantie sans stigmatisation, pourrait favoriser le recours précoce à l'accompagnement.

Plusieurs interlocuteurs recommandent des **aménagements organisationnels**, au titre de la prévention. Le **télétravail**, utilisé comme souape et comme protection, est également cité par deux d'entre eux : « Le retrait physique... permet de prendre les choses avec plus de philosophie » (Paie/ ADP). Ces aménagements constituent des outils de prévention permettant de retrouver du souffler et une distance émotionnelle.

La prévention peut aussi passer par la **mobilité interne et de véritables temps de répit**. Pour éviter l'usure professionnelle, plusieurs participants recommandent de permettre aux membres des équipes RH de changer régulièrement de périmètre, voire d'expérimenter d'autres métiers de l'entreprise. Le DRH propose des « zones de répit » et la possibilité de « **faire des allers-retours de la RH vers d'autres métiers** », afin de prévenir l'usure émotionnelle. Ce que confirme la médecin : « On ne peut pas faire ce métier toute sa vie ! »

Enfin, il est crucial de bâtir une **culture de confiance et de solidarité collective**. Une politique de santé mentale ne peut réussir que dans un climat où la parole est encouragée et respectée, où l'entraide n'est pas perçue comme une faiblesse mais comme un gage de professionnalisme. La chargée de RH insiste : « C'est le collectif ou la solidarité qui pourraient m'aider le plus... Les RH n'ont pas le droit de craquer ».

Ces recommandations se renforcent mutuellement : reconnaissance, soutien structuré et espaces de parole créent un environnement où les RH peuvent à la fois protéger leur santé mentale et exercer pleinement leur rôle de garants du bien-être au travail.

Quelques points de vue contrastés

Si les entretiens convergent sur l'importance de mieux protéger la santé mentale des professionnels RH, quelques désaccords notables apparaissent, révélant la diversité des contextes et des sensibilités.

Un premier point de différence concerne **l'utilisation de tests psychologiques à l'embauche pour les RH**. Pour le DRH, ces évaluations seraient « utiles, pour déceler les fragilités psychologiques » et anticiper les besoins d'accompagnement. À l'inverse, plusieurs interlocuteurs s'y opposent. La directrice Paie/ ADP estime que « ce n'est pas pertinent à l'embauche » car ces tests « ne parlent que d'une réalité à l'instant T ». L'ancienne DRH abonde : « On donne le pouvoir à l'outil... on n'a pas besoin de test ». Ce désaccord reflète une tension entre la volonté de prévention en amont et la crainte de stigmatiser ou de biaiser le recrutement. Le consultant médiateur confirme : « On est « bourré » de biais dans le recrutement, les enquêtes de personnalité peuvent reproduire des biais, y compris avec l'IA. Pour les RH, on va rechercher deux qualités principales : empathie et assertivité. »

Le second clivage porte sur **la nature du soutien psychologique**. Le psychologue de l'ONG défend une prise en charge essentiellement interne, arguant que « l'internalisation ne bride pas la parole... on peut être un contre-pouvoir ». Le médiateur propose un dispositif hybride : « Il faut avoir des RH formés à la médiation et aussi un réseau de formateurs externes, et instaurer un principe de co-médiation, avec un interne qui connaît l'entreprise et un externe pour apporter un

autre point de vue ». La chargée de RH propose elle-aussi une voie médiane : un système mêlant séances de psy externes et coaching, financé et encouragé par l'entreprise. À l'opposé, la directrice Paie/ ADP insiste sur « une aide qui vienne de l'extérieur » pour garantir la neutralité et la liberté de parole ».

Ces **écart s d'approche** invitent à adapter les politiques de prévention aux réalités de chaque structure plutôt qu'à rechercher une solution unique.

B. Les mots clés

Pour analyser certains entretiens individuels, nous avons choisi d'extraire un mot-clé particulièrement saillant, soit par sa répétition au cours de l'échange, soit par l'importance de son impact sur notre problématique.

4) La résilience, Philippe Darantière

Philippe Darantière partage l'hypothèse d'une fonction RH soumise à des exigences multiples et à des contours professionnels flous qui la rendent particulièrement vulnérable.

Il souligne que « la particularité de la fonction RH est de travailler vraiment très spécifiquement sur la dimension humaine de la réalisation des tâches, de la mise en œuvre de la stratégie ». Pour lui, « il y a un nœud autour de l'humain » dans les organisations, un nœud « qui expose les fonctions RH à l'ensemble des fragilités humaines avec lesquelles, malgré tout, il faut arriver à composer la symphonie pour atteindre les résultats. Ça touche à deux dimensions en particulier : d'une part, l'organisation du travail impacte forcément les relations de travail ; et d'autre part, les ambitions, l'expression de la vision stratégique nécessite de l'engagement, exige de l'engagement. Et finalement, s'il y a des déséquilibres, soit dans l'un, soit dans l'autre, c'est forcément la dimension humaine qui est en tension, voire en souffrance. Les RH étant les pilotes à la fois des relations de travail et de cette adhésion, de cet engagement collectif, ils sont forcément en première ligne. »

Être « en première ligne » suppose cependant que les organisations soient capables d'évaluer et de soutenir la **capacité de résilience** de chacun. Au-delà des mesures structurelles, cette aptitude individuelle constitue en effet une ressource essentielle pour faire barrage aux risques psychosociaux.

Philippe Darantière l'exprime ainsi « En réalité, je suis surtout frappé par les différences de résilience entre individus, et ce qui compte, ce sont les facteurs ressources : pratiques managériales, organisation, soutien ».

Le terme *résilience*, importé de la physique, désigne selon le Larousse la « caractéristique mécanique définissant la résistance aux chocs d'un matériau. (La résilience des métaux qui varie avec la température, est déterminée en provoquant la rupture par choc d'une éprouvette normalisée.) »¹⁰¹. Transposé en psychologie, il renvoie à l'« aptitude d'un individu à se construire et à vivre de manière satisfaisante en dépit de circonstances traumatisques ».

¹⁰¹ Définitions : résilience - Dictionnaire de français Larousse - consulté en septembre 2025

5) Le management de soi, Catherine Chouard

Catherine Chouard présente le **management de soi** comme son véritable « credo », un principe qu'elle juge essentiel et qui oriente sa pensée comme sa conduite. Elle consacre systématiquement une journée entière à ce thème, soulignant que « la seule personne sur laquelle on peut réellement compter, c'est soi-même ».

Elle le résume par cette formule : « le management de soi, c'est apprendre à se connaître, à se reconnaître, à s'auto-diagnostiquer ».

S'agissant de la fonction RH, ce concept prend, selon elle, une importance « presque double ». Il implique à la fois un enracinement, une humilité et une **force intérieure** : « Il faut savoir qui l'on est pour ne pas laisser les autres le définir à notre place. Si l'on attend d'autrui qu'il reconnaisse nos qualités, on s'expose à un risque croissant dans le monde des grandes organisations ». Elle ajoute que, les systèmes de reconnaissance étant surtout monétaires, chaque individu doit entreprendre des démarches personnelles, au sein comme en dehors de l'entreprise, pour affirmer ses valeurs, identifier ses propres qualités et évoluer dans des environnements qui leur correspondent, sachant que l'on ne peut s'accorder à toutes les cultures d'entreprise.

Pour étayer sa réflexion, Catherine Chouard s'appuie notamment sur les travaux de Peter Drucker¹⁰² relatifs au *self-management*, qui invitent les salariés à s'auto-évaluer, à mieux se connaître et à se développer en capitalisant sur leurs points forts. Valérie Brunel¹⁰³ prolonge cette approche en décrivant l'organisation contemporaine, depuis les années 1980, comme un système vivant et complexe où l'adaptabilité, la coopération et l'innovation sont privilégiées. La gestion par projet, la transversalité, la circulation de l'information et la coopération y deviennent la norme.

Cette perspective met ainsi l'accent sur le développement des savoir-être des collaborateurs, en particulier la capacité à se gérer soi-même, à réguler ses émotions et à entretenir des relations constructives.

6) Le rôle du collectif, chargée de RH

Dans le cadre de son interview, la chargée de RH s'est ainsi exprimée suite à la question de ce qui aurait pu l'aider à préserver sa santé mentale : « C'est le **collectif** ou la **solidarité** qui pourraient m'aider le plus. Les RH n'ont pas le droit de craquer. Ils cumulent des questions techniques, des problèmes interpersonnels, des sollicitations permanentes, mais ne doivent jamais se plaindre. Il faut bien faire tout le temps, sans jamais s'occuper de soi-même ».

Ce témoignage raconte la réalité d'un environnement professionnel de plus en plus exigeant, marqué par la pression des résultats, la complexité des tâches et l'individualisation des parcours : le collectif apparaît comme un levier essentiel pour préserver la santé mentale des salariés. En effet, le travail n'est pas seulement une activité technique ou productive : il est aussi une expérience relationnelle. À ce titre, les interactions, le sentiment d'appartenance et la

¹⁰² [R0501K_pdf.fm](#) - consulté en août 2025

¹⁰³ <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/les-managers-de-l-ame--9782707156235-page-23?lang=fr> - consulté en septembre 2025

reconnaissance mutuelle jouent un rôle fondamental dans la régulation du stress et la prévention des risques psychosociaux.

Ces mots résonnent avec ceux de Christophe Dejours (1993)¹⁰⁴ pour qui le collectif de travail constitue un espace de **partage des vécus**, permet de **donner du sens à l'activité**, et de **construire des stratégies défensives** face aux tensions et aux injonctions paradoxales du travail. Le soutien entre pairs, la coopération et la solidarité professionnelle sont autant de mécanismes qui favorisent la résilience face aux tensions du travail. À l'inverse, l'isolement, la compétition ou la fragmentation des équipes peuvent accentuer les troubles psychiques, tels que l'épuisement, l'anxiété ou le repli sur soi.

7) Les RH tiraillés, adjointe à la Direction RH – paie, ADP et contrôle de gestion sociale

La position charnière de la DRH dans les organisations expose les professionnels RH à un **tiraillement constant** entre les attentes de la direction, porteuse des objectifs économiques et stratégiques de l'entreprise, et celles des salariés, porteurs de revendications individuelles et collectives relatives à leurs conditions de travail, leur reconnaissance et leur bien-être. La fonction RH est la seule à faire une sorte de serment de **double allégeance** !

Ce tiraillement est renforcé par la divergence des attentes et des représentations. La direction peut percevoir la fonction RH comme un levier d'optimisation, voire de rationalisation, tandis que les salariés attendent un rôle de médiateur, voire d'avocat de leurs intérêts. Cette ambivalence se traduit souvent par une défiance à l'égard des RH, accusés tour à tour de « bras armé » de la direction ou de « syndicat bis ».

Notre interviewée a formulé ce tiraillement ainsi : « Clairement, la RH est entre le marteau et l'enclume. On est entre la direction et les salariés, donc on prend la pression des deux côtés. C'est une fonction centrale, pas dans le sens « la plus importante », mais dans le sens où tout passe par nous : les demandes internes, les données, les contentieux, les organismes externes... On est sollicités en permanence, par tous les canaux possibles. »

La santé mentale des professionnels RH est plus exposée à certains risques spécifiques et davantage sujette à la fatigue et à l'épuisement émotionnel que celle de la majorité des autres travailleurs, en raison notamment du **rôle central qu'ils jouent dans la régulation des relations et la gestion des crises au sein de l'entreprise**.

3. Synthèse de notre enquête empirique

Notre enquête visait à confirmer de manière empirique les facteurs de risques théoriques identifiés dans notre analyse de littérature et à démontrer en quoi la fonction RH est un cas particulier en matière de santé mentale.

Les résultats recoupent largement les rares baromètres existants consacrés à la population RH, exposés dans la revue de littérature. Ils soulignent une fatigue chronique, une frustration élevée, un isolement et un déficit de reconnaissance. Le croisement des trois niveaux (terrain – théorie – littérature) met en évidence une cohérence forte : la fonction RH apparaît comme un foyer de

¹⁰⁴ *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail.* 1993 - consulté en septembre 2025

vulnérabilités combinant surcharge structurelle et détresse émotionnelle, accentuées par le manque de soutien et la dissonance entre rôle stratégique et rôle de *care*.

Un premier élément concerne la **reconnaissance**. Dans notre enquête, 62 % des répondants déclarent souffrir d'un manque de reconnaissance de la part de leur management. Les témoignages recueillis illustrent également un sentiment d'isolement face aux situations critiques, sans réel soutien institutionnel. Ce constat fait écho au déficit de reconnaissance mise en avant dans notre cadre théorique. L'absence de soutien social et de valorisation fragilise l'estime de soi et accroît le risque de troubles dépressifs (sentiment d'inutilité, perte de motivation) et anxieux (inquiétude persistante face au jugement d'autrui). Nos résultats révèlent une intensité du manque de reconnaissance notablement plus élevée que celle observée dans les enquêtes nationales disponibles : le baromètre Teale 2024 et l'enquête *Les RH au quotidien* montrent qu'un quart des professionnels évoque un défaut de reconnaissance de leur direction et qu'une part non négligeable ressent également une défiance des salariés. Cette dévalorisation structurelle pèse lourdement sur la santé mentale et contribue à la désaffection croissante pour la profession.

Un autre axe renvoie à la **complexité** et à la **surcharge mentale**. Dans notre enquête, 72 % des répondants signalent une charge de travail trop importante et continue, près de 70 % évoquent une fatigue chronique et plus de 70 % déclarent des troubles du sommeil. Ces données traduisent la pression cognitive et organisationnelle qui s'exerce sur les professionnels RH. Théoriquement, cette multiplicité des missions et cette intensité sont associées à des troubles anxieux, à des troubles du sommeil et à un risque marqué d'épuisement professionnel. Les études corroborent ce constat : selon le baromètre Teale, plus de huit RH sur dix se disent fatigués ou épuisés, et près des trois quarts ressentent la frustration.

L'**exposition émotionnelle** constitue un troisième foyer de vulnérabilité. Notre enquête met en évidence la confrontation fréquente à des situations extrêmes : burn-out, dépressions, harcèlement moral, violences verbales, tentatives de suicide et même décès sur le lieu de travail. Les RH doivent écouter, soutenir, intervenir, tout en gérant leurs propres fragilités. Cette exposition à la souffrance et à l'intensité psychologique renvoie aux risques de troubles liés au stress, de troubles de l'adaptation, voire d'états de stress post-traumatique dans les cas les plus graves. Dans la littérature, cette dimension est éclairée par la notion de performance émotionnelle développée par Keegan et ses collègues (2017) : les RH doivent masquer leurs propres émotions pour préserver l'image de l'entreprise, conserver une certaine neutralité professionnelle, créant une dissonance intérieure qui fragilise leur équilibre psychique. Les baromètres confirment cette fatigue émotionnelle et cette exposition chronique au stress, qui distinguent la population RH du reste des salariés.

Un quatrième point saillant concerne l'**écart entre le travail prescrit et le travail réel**. Dans notre enquête, 64 % des répondants soulignent un décalage entre la réalité de leurs missions et leurs envies. Ce constat recoupe le paradoxe structurant déjà mis en évidence dans la littérature : les professionnels RH doivent à la fois incarner la stratégie de l'entreprise et assumer une fonction de care tournée vers les salariés. Théoriquement, cet écart entre prescrit et réel nourrit une perte de sens et un risque de troubles dépressifs, marqués par la démotivation et le désengagement. Les études vont dans le même sens. Le baromètre *Les RH au quotidien* souligne que 71 % des professionnels ne se projettent pas dans ce métier à dix ans, un chiffre qui traduit une désillusion notable liée à cette contradiction entre attentes et réalités.

Les **conflits éthiques** apparaissent également comme un facteur majeur. Dans notre enquête, 74 % des répondants évoquent une inadéquation fréquente entre leurs valeurs et celles de leur entreprise. Les témoignages relatifs aux procédures de licenciement montrent à quel point ces situations peuvent être vécues comme des ruptures morales, parfois traumatisantes. Ce facteur théorique est directement associé à une dissonance génératrice de troubles anxieux, dépressifs ou de troubles de l'adaptation. Les études disponibles insistent sur la tension structurelle entre objectifs économiques et impératifs sociaux, une tension d'autant plus lourde à porter qu'elle n'est souvent pas ou peu accompagnée par l'organisation.

Les **injonctions paradoxales** constituent un autre point de convergence. Dans notre enquête, elles apparaissent comme le premier facteur identifié, cité par 78 % des répondants. Les RH sont sommés de protéger les salariés tout en appliquant des décisions parfois contraires à leur bien-être. Théoriquement, ces contradictions constantes favorisent l'émergence de troubles anxieux, de comportements obsessionnels liés au besoin de contrôle, voire de stratégies d'adaptation dysfonctionnelles comme certaines conduites addictives. Les baromètres, de leur côté, confirment que la double mission stratégique et sociale des RH, parfois contradictoire, entretient un état de tension permanent, générateur de frustration et d'isolement.

Enfin, le **manque de moyens** et la **faible latitude décisionnelle** ressortent nettement de notre enquête : 64 % des répondants déplorent un manque de moyens. Ce facteur recoupe la catégorie théorique du manque de latitude et de ressources, qui expose aux troubles dépressifs, aux troubles du sommeil et au burn-out. Là encore, les études confirment : selon le baromètre Teale, 59 % des RH évoquent un déficit de temps et de ressources, 37 % un manque de budget. Ces limites structurelles réduisent leur capacité d'action et accentuent l'épuisement.

En définitive, notre enquête confirme empiriquement l'ensemble des facteurs de risques théoriques identifiés : déficit de reconnaissance, surcharge, exposition émotionnelle, conflits éthiques, injonctions paradoxales, manque de moyens matériels, financiers et personnels.

Partie 3.Agir pour la santé mentale des RH : nos convictions et recommandations

D'après Christophe Dejours, **souffrir au travail n'est pas une fatalité¹⁰⁵**. Poser le cap et la feuille de route, alléger les tâches administratives au profit des tâches utiles, stabiliser les organisations, expliciter les règles, fournir les ressources permettant de réaliser ses missions, favoriser et promouvoir l'entraide... autant d'indispensables pour **un cadre de travail sécurisant**.

Peut-être même aussi, « **loin de n'être qu'une obligation, la santé mentale au travail est une véritable opportunité¹⁰⁶** » : c'est avec ces mots que se présente l'introduction du livre *Encourager le bien-être au travail* de Pierre-Eric Sutter. Investir dans la santé mentale permet de créer de la valeur pour l'entreprise dans plusieurs dimensions :

- Psychologique : valeur de bien-être pour les salariés qui deviennent plus performants ;
- Sociologique : valeur du vivre ensemble pour le corps social dans son ensemble qui collabore avec plus d'efficience ;
- Organisationnelle : valeur pour le dirigeant par la réduction des coûts ;
- Economique : valeur financière pour les actionnaires grâce à plus de rendement ;
- Environnementale : c'est-à-dire moins de production d'externalités négatives (augmentation du coût des soins, AT/MP dont les coûts sont assumés par la collectivité).

Pour tenter de proposer des solutions concrètes au maintien de la santé mentale des travailleurs RH, nous avons établi un ensemble de 4 leviers composés de 8 recommandations détaillées ci-après, ces leviers d'actions portant sur les deux niveaux, collectif et individuel.

Pour construire nos recommandations, nous avons puisé dans nos différentes sources : les dispositifs recommandés par l'OMS, les apports des best in class étudiés dans notre revue de littérature ainsi que les recommandations issues de notre étude empirique.

En les ajustant aux réalités des services RH, ces méthodes pourraient enrichir les stratégies de prévention, renforcer la résilience collective et proposer des réponses mieux structurées face aux situations de tension ou de surcharge émotionnelle propres à cette profession. Si certaines de ces recommandations sont spécifiques à la population RH, d'autres pourraient bien entendu être profitables à tous les travailleurs.

¹⁰⁵ [Le monde du travail peut être transformé : c'est un choix !](#) - consulté en août 2025

¹⁰⁶ <https://univ-scholarvox-com.proxy.bu.dauphine.fr/reader/docid/88946587/page/15> - consulté en septembre 2025

1. Levier 1 : Introduire une politique globale de santé mentale

L'objectif de ce premier levier est d'inscrire la santé mentale des RH dans une stratégie collective et pérenne.

A. Recommandation 1 : faire levier auprès des acteurs de l'écosystème (internes et externes) pour favoriser le déploiement d'une approche et d'une politique holistiques en matière de santé mentale

Il s'agit d'associer la direction des entreprises, les IRP, la médecine du travail, les partenaires sociaux, les psychologues, les mutuelles santé et les organismes publics afin de co-construire une politique holistique de prévention, de préservation et de réparation, tout en inscrivant la santé mentale dans les négociations de branche et d'entreprise ainsi que dans les plans nationaux et régionaux de santé au travail, en s'appuyant sur l'ANACT pour diffuser ces pratiques auprès des groupes¹⁰⁷.

Le dialogue social peut être un **levier de l'amélioration des conditions de travail et de l'efficacité globale**¹⁰⁸. La notion de dialogue social est ici entendue au sens français du terme, c'est-à-dire au travers de la consultation/ information des instances représentatives du personnel et de la négociation collective avec les organisations syndicales.

La santé mentale au travail doit donc être intégrée dans le dialogue social tant parce qu'elle concerne l'organisation et les conditions de travail de l'entreprise que parce qu'elle constitue un des facteurs de sa performance. Inscrire la santé mentale dans le dialogue social¹⁰⁹ permet de dépasser une approche pathologique pour promouvoir une prévention primaire, centrée sur l'organisation du travail, la reconnaissance, la qualité du management et la participation des salariés.

Les **plans nationaux et régionaux de santé au travail** (PST) constituent le cadre stratégique pour la prévention des risques professionnels, dont la santé mentale est désormais un axe prioritaire. Le programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030 de la Haute Autorité de santé¹¹⁰, ainsi que la feuille de route *Psychiatrie et santé mentale 2018-2026*, intègrent la prévention, le repérage précoce et l'accompagnement des troubles psychiques dans tous les milieux de vie, y compris le travail. La Grande Cause Nationale 2025 dédiée à la santé mentale a renforcé cette dynamique, en mobilisant l'ensemble des acteurs autour d'objectifs partagés : déstigmatisation, prévention, accès aux soins et accompagnement global.

Des études européennes montrent que les entreprises qui adoptent des démarches participatives et donnent la parole aux salariés sont plus performantes et résilientes. En France, la semaine pour la qualité de vie et des conditions de travail, organisée chaque année par l'**ANACT**, met en avant l'importance du dialogue sur le travail pour améliorer à la fois les

¹⁰⁷ [Charte Santé Mentale_VF.pdf - Google Drive](#) - consulté en juillet 2025

¹⁰⁸ [Dialogue social et professionnel | Anact](#)

¹⁰⁹ [Sante-mentale-au-travail-rapport-juillet-2025.pdf](#) - consulté en septembre 2025

¹¹⁰ [Programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030](#) - consulté en septembre 2025

conditions de travail et la performance organisationnelle¹¹¹. En juin 2025, cette semaine avait pour thème « Parlons travail, parlons santé mentale¹¹² ». Au cours de cette semaine, 50 événements nationaux et régionaux destinés à tous les acteurs de l'entreprise (notamment managers, RH, représentants du personnel ou chargés de prévention) et permettent de partager des repères et retours d'expériences ont été organisés.

L'ANACT (au plan national et les ARACT au plan local) d'une part, accompagne les entreprises et les branches professionnelles dans la mise en œuvre de démarches de prévention et d'amélioration des conditions de travail et, d'autre part, propose des outils, des guides, des webinaires et des retours d'expérience pour sensibiliser, former et outiller les acteurs du dialogue social. Ainsi, l'ARACT de Nouvelle Aquitaine¹¹³ a diffusé une note permettant d'apporter quelques repères et outils utiles sur le sujet.

Elle propose ici les modalités d'actions suivantes :

1	AGIR SUR LES TROUBLES INDIVIDUELS PSSM*, charge mentale et cognitive, mal-être	Actions « à chaud » tournées vers la résolution de problèmes rencontrés par les individus. C'est une porte d'entrée à l'analyse de facteurs organisationnels : crise, surcharge, décompensation, démotivation, impact du numérique sur la santé cognitive...)
2	AGIR SUR LES TENSIONS COLLECTIVES Prévention intégrée et Management des Tensions Organisationnelles	Actions « à chaud » tournées vers la résolution de tensions au sein des collectifs (Management des Tensions Organisationnelles, régulations, analyses des pratiques, Prévention et régulation intégrées à l'activité...). <i>Nb: une note de cadrage et de méthode sur le Management de Tensions Organisationnelles est disponible sur notre site.</i>
3	PRÉVENIR LES RISQUES DU TRAVAIL Prévention des Risques Psychosociaux	Actions « à froid » d'identification, de prévention, d'anticipation et de gestion des risques* « psychosociaux ». Prévention des incivilités (y compris numériques). Prévention des discriminations. <i>*Def. « Danger éventuel plus ou moins prévisible »</i>
4	PRÉVENTION CITOYENNE VSS/VIF/addictions...	Actions visant à soutenir la santé mentale des salariés de manière globale (au et hors travail). Cet axe s'inscrit dans une perspective de responsabilité sociétale de l'entreprise.
5	TRAVAIL FACTEUR D'INCLUSION Troubles, handicaps et travail inclusif	Actions visant à adapter de travail aux personnes porteuses de troubles ou de handicaps, qu'ils soient passagers ou permanents (dépression, bipolarité, troubles DYS, TSA,...)
6	TRAVAIL FACTEUR DE DÉVELOPPEMENT Environnements de travail capacitant / rétablissant	Actions visant à rendre le travail porteur d'apprentissages, d'estime de soi et de ressources pour faire face aux tensions normales. Inclusion par l'activité professionnelle. Retour après un arrêt de longue durée ou un deuil.

En relai de ces politiques et directement en interne des entreprises, un **groupe de travail Santé Mentale** inter-fonctions (RH, CSE, médecine du travail, managers, communication, ...) combiné

¹¹¹ [Semaine pour la qualité de vie et des conditions de travail 2025 | Parlons travail, parlons santé mentale | Travail-emploi.gouv.fr](#) | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles - consulté en septembre 2025

¹¹² [Parlons travail, parlons santé mentale du 16 au 20 juin 2025 | jeunes.gouv.fr](#) - consulté en septembre 2025

¹¹³ [Santé Mentale au Travail](#) - consulté en septembre 2025

à l'identification de **référents santé mentale**¹¹⁴ permettrait de coordonner la prévention des risques psychosociaux et du bien-être mental au travail. Doté d'une feuille de route annuelle et de responsabilités clairement réparties, ce groupe de travail suivrait des indicateurs clés (absentéisme, climat social, indicateurs de l'OMS, ...) et présenterait un reporting trimestriel au COMEX. Ce pilotage partagé favoriserait la cohérence des actions et l'ancrage d'une culture attentive au bien-être psychologique au cœur de la stratégie de l'entreprise.

B. Recommandation 2 : reconnaître institutionnellement et redonner du sens au travail des RH

C. Dejours identifie 3 grandes dimensions dans lesquelles le travail trouve ou retrouve son sens¹¹⁵ : le sens par rapport à une **finalité** à atteindre dans le monde objectif, le sens de ses activités par rapport à des **valeurs** dans le monde social, le sens, enfin, par rapport à **l'accomplissement de soi** dans le monde subjectif (Dejours, 1993).

En d'autres termes, pour répondre à cette quête de sens, qui lorsqu'il est perdu emporte désengagement, absentéisme et démission, il convient de retrouver le sens d'utilité sociale de son travail, le sentiment de fierté du travail bien fait, et les opportunités de développement des compétences.

Dans ce cadre, il faut alors être vigilant à la pression du management par le chiffre, à la multiplication des process et reporting. Il faut permettre aux collaborateurs d'**avoir du temps et de l'autonomie** pour construire de nouveaux modes de fonctionnement, afin d'éviter les prescriptions parfois abstraites d'un management trop vertical. La logique de co-développement et de concertation doit également préside à la définition des finalités de leur travail.

Les entretiens menés avec des professionnels de la santé mentale en entreprise (médecins et psychologues) ont mis en évidence que **l'intervention au niveau primaire, bien que la plus efficace en matière de prévention, demeure aussi la plus complexe et sensible à mettre en œuvre**, quel que soit le type d'organisation. Réduire le rythme de travail ou accorder davantage de jours de repos, par exemple, se heurte souvent à des réticences, en particulier de la part des dirigeants.

Un travail de sensibilisation des instances dirigeantes (COMEX/ CODIR) **s'avère donc nécessaire**. Parmi les leviers « à la main » des dirigeants et DRH pour renforcer le bien-être mental au travail :

- Limiter les injonctions contradictoires,
- Clarifier le mandat des équipes RH,
- Garantir des moyens humains et financiers,
- Renforcer leur représentation dans les instances de décision,
- Valoriser publiquement leur rôle,

¹¹⁴ cf. Référents harcèlement sexuel : [Référents harcèlement sexuel : quelles missions ? quels statuts ? - Actualité - INRS](#) - consulté en septembre 2025

¹¹⁵ Collectif, *Que sait-on du travail, conditions de travail, qualité des emplois, choix managériaux et d'organisation, santé et sens du travail : état de la situation française* (2023), p.128-147 – consulté en septembre 2025

- Accroître l'autonomie.

2. Levier 2 : préserver et renforcer la santé mentale

Il s'agit là d'agir sur les causes organisationnelles et soutenir la résilience.

A. Recommandation 3 : appliquer la symétrie des attentions aux RH

Il en va de la tâche des RH de garantir la santé des autres ainsi que la leur, de façon à qu'ils embrassent dans le meilleur état possible leurs rôles. Notre enquête a montré que, de manière particulièrement marquante, les RH recourent peu aux dispositifs de prévention et de soutien qui leur sont pourtant aussi destinés.

La notion de « **symétrie des attentions** »¹¹⁶ renvoie à un principe selon lequel l'attention portée aux salariés doit être équivalente à celle accordée aux clients ou usagers. Elle postule que la qualité de la relation externe (client, usager, bénéficiaire) dépend directement de la qualité de la relation interne (salariés, équipes, partenaires).

Dans cette perspective, l'intégration de la bienveillance, de l'écoute active et du développement des compétences dans les pratiques managériales constitue un levier essentiel à actionner auprès des collaborateurs RH eux-mêmes. Il s'agit, comme le rappellent Arcand et Brissette (2024), « d'accompagner sans s'épuiser » en prévoyant des actions de soutien spécifiques : supervision, coaching, ou encore accès prioritaire ou exclusif à des dispositifs d'accompagnement, comme évoqué par certains des professionnels interrogés dans le cadre de notre étude terrain.

De telles démarches encouragent un « réflexe d'écouter [ses] besoins ; réflexe de prendre du temps pour [soi] ; réflexe de ne plus [se] culpabiliser ; réflexe de prendre le temps de réfléchir à toute nouvelle demande avant de répondre ; réflexe de faire des choix sains pour [soi] ; réflexe de respirer et de [s']exprimer », autant de pratiques protectrices et régénératrices pour les professionnels garants du bien-être collectif (Arcand et Brissette, 2024).

B. Recommandation 4 : repenser en profondeur la prévention primaire... et la développer au-delà du travail

La prévention primaire vise à agir **en amont des risques** pour éviter l'apparition de troubles. Pour protéger durablement la santé mentale des professionnels RH, il est essentiel de **repenser l'organisation du travail** en s'appuyant sur le modèle de **Karasek** – qui articule **demande psychologique, latitude décisionnelle et soutien social**.

Cependant, la santé mentale ne se joue pas uniquement dans le cadre professionnel. Elle est le produit d'une interaction permanente entre **conditions de travail** et **environnement de vie personnel**. Stress familial, responsabilités parentales ou d'aidants, difficultés financières, santé physique ou expériences de violence peuvent fragiliser l'équilibre psychologique d'un salarié et,

¹¹⁶ [Entre tech et relations humaines au travail : vers une symétrie des attentions ? - Hbrfrance.fr](#) - consulté en septembre 2025

en retour, influencer son bien-être et sa performance au travail. Ignorer cette porosité reviendrait à limiter la portée de la prévention primaire.

Les managers, les collègues de travail, les représentants du personnel... sont les premiers capteurs des signaux faibles. Dès lors, l'employeur peut – sans empiéter sur la vie privée – contribuer de façon élargie à une meilleure **qualité de vie globale**. Plusieurs axes d'action sont possibles :

- **Soutien à la parentalité et à l'aideance** : congés adaptés, aides financières ou logistiques, crèches d'entreprise,
- **Promotion de la santé physique** : programmes de prévention (nutrition, activité physique, troubles musculo-squelettiques) ou mesures spécifiques (voir le modèle de Malakoff Humanis sur l'endométriose)¹¹⁷,
- **Prévention des violences intrafamiliales et du harcèlement** : dispositifs d'écoute confidentiels, partenariats avec des associations spécialisées, protocoles d'urgence, autorisation d'absence rémunérée¹¹⁸,
- **Accompagnement budgétaire et social** : conseils financiers, soutien psychologique en cas de difficultés économiques.

Ces initiatives dépassent le rôle traditionnel de l'employeur en reconnaissant la **continuité entre vie personnelle et professionnelle**. En agissant simultanément sur ces deux sphères, l'entreprise crée un environnement protecteur qui favorise non seulement la santé mentale de tous les salariés, mais aussi leur engagement et, in fine, la performance collective.

3. Levier 3 : lever le tabou de l'expression et diagnostiquer précocement

Il s'agit de repérer tôt les signaux de détresse afin d'agir avant les ruptures.

A. Recommandation 5 : mettre en place un dépistage systémique

Les professionnels s'accordent sur un point : dépister et **prendre en charge, le plus tôt possible** (Ehrenberg, 2006). Cette affirmation s'appuie sur constats cliniques¹¹⁹ et sociaux¹²⁰ convergents et constitue un enjeu majeur pour la santé publique et la qualité de vie des personnes

¹¹⁷ [Egalité professionnelle Femmes-Hommes : signature d'un nouvel accord chez Malakoff Humanis - Newsroom Malakoff Humanis](#) - consulté en septembre 2025

¹¹⁸ [Egalité professionnelle Femmes-Hommes : signature d'un nouvel accord chez Malakoff Humanis - Newsroom Malakoff Humanis](#) - consulté en septembre 2025

¹¹⁹ [Intervention précoce pour les premiers épisodes p... – Santé mentale au Québec – Érudit ; Rapid review report - Early Intervention and prevention data and outcomes - August 2024.pdf](#) - consulté en septembre 2025

¹²⁰ Sørensen H, Valentin J, Bording MK, Larsen JI, Larsen A, Omland Ø. Early detection and treatment of mental illness in the workplace – an intervention study. *European Psychiatry*. 2016;33(S1):S217-S217. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.01.528 URL : [Early detection and treatment of mental illness in the workplace – an intervention study | European Psychiatry | Cambridge Core](#) - consulté en septembre 2025

concernées. De nombreuses études montrent que la réduction du délai entre l'apparition des premiers symptômes et la mise en place d'une stratégie thérapeutique spécifique **augmente les chances de rémission et la réponse aux traitements**. Il permet également **de limiter les conséquences délétères d'un retard de prise en charge**, notamment en termes de passage à l'acte (tentatives de suicide, conduites addictives) et de complexification la prise en charge ultérieure.

La mise en place d'un **dépistage précoce et régulier** apparaît comme une priorité stratégique pour les politiques de santé publique et de santé au travail. Ce dépistage ne peut être efficace que s'il repose sur une **approche interprofessionnelle**, associant l'ensemble des acteurs concernés en collaboration, que ces acteurs soient issus ou non du monde médical : professionnels de santé, managers, représentants du personnel, etc. « Aujourd'hui, beaucoup de ces acteurs individuels ou institutionnels travaillent chacun de leur côté alors qu'ils pourraient profiter des apports de chacun. Cette synergie nécessaire doit inciter tous les acteurs à amorcer le dialogue sur la santé au travail dans nos organisations toujours en quête de performance » (Berghmans, 2010).

Les études cliniques confirment que l'intervention précoce améliore significativement le pronostic des troubles mentaux, notamment dans les cas de dépression, de troubles anxieux ou de premiers épisodes psychotiques (Malla et al., 2021¹²¹). Toutefois, ces interventions ne peuvent reposer uniquement sur les professionnels de santé mentale, souvent en nombre insuffisant et confrontés à des délais d'accès aux soins trop longs. Il est donc nécessaire d'élargir **le périmètre du dépistage** à des acteurs non médicaux, présents dans les milieux de vie et de travail : managers, collègues, travailleurs sociaux, etc.

Ce modèle de « **santé communautaire**¹²² » appliqué à la santé mentale repose sur la capacité des environnements sociaux à détecter, orienter et soutenir les personnes en souffrance, avant même l'apparition de symptômes cliniques sévères. Cette approche invite les entreprises à repenser les politiques de santé mentale en dépassant le modèle centré sur l'individu, pour intégrer les dimensions collectives, organisationnelles et relationnelles du travail.

Cette logique implique, comme nous l'avons déjà évoqué, une **sensibilisation/ formation des managers, des représentants du personnel et des services RH** (supervisant eux-mêmes les RH !) aux enjeux de santé mentale et la création d'**espace discussions** (cf. notre recommandation 6) propice à échange autour des conditions de travail au sens large et du bien-être mental.

Très concrètement, **il s'agit de s'inspirer du protocole du médecin rencontré lors de nos interviews : poser la question de la santé mentale à chaque visite chez le médecin du travail, à chaque entretien avec le manager et intégrer cette pratique dans les guides d'entretien, avec des indicateurs validés (WHO-5, Karasek, facteurs Gollac, etc.), dans un travail en pluridisciplinarité, avec des apports de points de vue complémentaires, y compris celui du salarié** (à l'image du questionnaire SUMER, rempli par le médecin et le salarié/ l'agent, permettant de récolter ses perceptions des risques organisationnels et psychosociaux, de la

¹²¹ <https://www.erudit.org/en/journals/smq/2021-v46-n2-smq06918/1088190ar/> - consulté en septembre 2025

¹²² https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/104_santecommunautesrevuelitterature.pdf - consulté en septembre 2025

reconnaissance du travail, ainsi que des éléments sur la santé perçue, les accidents du travail, la violence au travail, le sens du travail et la conciliation vie professionnelle et vie personnelle).

In fine, la prévention et le dépistage précoces s'inscrivent dans **une logique de promotion de la santé mentale**, telle que défendue par l'Organisation mondiale de la santé et de nombreux auteurs (Conus, 2023¹²³ ; Kim et al., 2022). Il s'agit de dépasser une approche strictement curative pour promouvoir des environnements favorables, renforcer les compétences psychosociales et lutter contre la stigmatisation.

B. Recommandation 6 : créer des espaces de parole sécurisés

Permettre la mise en mots des expériences est essentiel pour rompre avec le silence des RH, qui valorise l'endurance silencieuse.

Les **groupes de pairs** ou **l'analyse de pratiques** offrent des temps où chacun peut « déposer » ses émotions sans crainte de jugement. L'enjeu est d'instaurer des espaces de parole réguliers et accessibles, à la fois **sécurisés et confidentiels**, afin de normaliser l'expression des difficultés, de repérer rapidement les signes de détresse psychique, de proposer un soutien immédiat pour éviter l'installation de troubles durables, pour rendre possible la réparation, la verbalisation, et la prévention de l'usure psychique chez les RH.

Avec les **espaces de discussion sur le travail** (EDD), nous avons vu que mettre en place et animer des espaces de discussion de qualité, soutenus par un management participatif, constitue une stratégie concrète pour **soutenir la santé mentale des professionnels RH**, en leur offrant à la fois un cadre d'expression et un outil de régulation du travail.

Pour que ces espaces deviennent une réalité, il importe de déployer des dispositifs réguliers (groupes d'expression, supervision, médiation) où les salariés peuvent verbaliser leurs ressentis et leurs difficultés sans crainte de sanction. Le recueil de la parole doit ensuite se traduire par des **plans d'action** concrets au niveau **organisationnel** (organisation du travail, charge, clarté des rôles), ou par un **soutien individualisé** (ressources internes ou externes : psychologue ou médecin du travail, cellule d'écoute), dans une logique de prévention secondaire.

L'ANACT propose une méthode structurée pour installer des espaces de discussion, en quatre étapes¹²⁴ :

- **Analyser le contexte et définir la finalité** (régulation, concertation, résolution de problème, développement professionnel),
- **Faire le lien avec l'existant** (état des lieux des espaces de communication/discussion déjà présents),

¹²³ Conus, *Le concept d'intervention précoce*, Santé Mentale, n°279, juin 2023, p. 20-25 ; Rapport mondial sur la santé mentale: transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble - 16 juin 2022 URL : <https://www.who.int/fr/publications/item/9789240050860> - consulté en septembre 2025

¹²⁴ <https://www.anact.fr/sites/default/files/2025-03/anact-kit-edt-outil-methode.pdf> - consulté en septembre 2025

- **Construire une ingénierie** (cahier des charges, périmètre, acteurs, temporalité, outils d'animation, articulation avec le dialogue social),
- **Piloter et évaluer** (modalités de renouvellement, traitement des propositions, retour sur les décisions et actions).

Enfin, l'entreprise peut également contribuer à la construction de tels espaces d'échanges en organisant ou en participant à des **manifestations dédiées à la santé des professionnels RH** - tables rondes, conférences, expositions.

C. Recommandation 7 : mettre en place un programme national et obligatoire de formation en santé mentale et PSSM à destination des travailleurs RH

Le programme PSSM (Premiers Secours en Santé Mentale) a été lancé en 2019 en France.

Cette formation est **pensée comme celle des premiers secours physiques**. Elle a pour objectif de permettre aux acteurs non professionnels de la santé, d'une part, de **disposer des outils pour permettre de repérer et dépister, y compris pour soi-même, des signes de troubles et, d'autre part, d'apporter l'aide la plus adaptée** à la personne, d'être **un premier maillon de la chaîne de soins**.

Pour ce faire, d'abord, elle apporte des notions et compétences de base sur les troubles psychiques les plus fréquents : les troubles anxieux, dépressifs, psychotiques et ceux liés à l'utilisation de substances psychoactives. Ensuite, elle met à disposition un plan d'action pour aider les personnes en état de crise ou développant des troubles psychiques, dont le déroulement est synthétisé par acronyme mnémotechnique « A.E.R.E.R » : approcher la personne, évaluer et assister ; écouter activement et sans jugement ; réconforter et informer ; encourager à aller vers des professionnels ; renseigner sur d'autres ressources disponibles.

La formatrice Séverine Colonello¹²⁵ s'intéresse plus spécifiquement à l'augmentation du mal-être au travail, en particulier dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), et à la réponse intéressante que constitue la formation de secouristes en santé mentale. Elle précise s'agissant de la formation que « **Le contenu est validé scientifiquement et reconnu par les pouvoirs publics. Accessible à tous les citoyens, sans prérequis.** » Elle conclut en indiquant que « Les PSSM font sans aucun doute partie des réponses utiles pour soutenir les initiatives et **répondent aux exigences des employeurs en matière de santé**, de sécurité au travail et d'amélioration de la qualité de vie au travail. Une démarche encourageante et précieuse pour apprendre à écouter et soutenir les personnes en souffrance psychique. »

Un autre témoignage d'une secouriste en santé mentale confirme les apports de la formation : « Seules mon empathie et mon écoute arrivaient à les faire se sentir mieux ou en confiance, mais je ne me sentais pas légitime pour les aider, et il fallait aussi penser à **se protéger**. [...] Avec le recul, j'aurais aimé avoir accès à cette formation lors de ma carrière dans le secteur privé. Et il

¹²⁵ COLONELLO, Séverine, 2022. Mal-être au travail ? Former des secouristes en santé mentale, c'est presque répondre. Les Cahiers de l'Actif, 2022/2 N° 550-553, p.185-188. DOI : 10.3917/caac.550.0185. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-cahiers-de-l-actif-2022-3-page-185?lang=fr> - consulté en septembre 2025

faudrait que cette formation soit accessible à tous les salariés et à tous les managers.¹²⁶ » **Aider et se protéger : les RH que nous avons interrogés ont exprimé ce double impératif.**

Avec l'appui des pouvoirs publics, des médecins et des psychiatres, il est possible de déployer un programme interne ou national à destination des professionnels RH et des managers, afin de favoriser l'écoute, le repérage précoce et l'orientation rapide des situations à risque. Par exemple, Malakoff Humanis déploie en 2025 des webinaires de sensibilisation sur la santé mentale des jeunes, un module d'e-learning accessible à l'ensemble des salariés du Groupe, ainsi qu'une journée dédiée aux managers intitulée « Intégrer la santé mentale dans ses pratiques managériales ». Surtout, **le Groupe met l'accent sur une formation spécifique destinée aux professionnels RH opérationnels et impliqués dans la QVCT, formation qui peut, pour certains, être complétée par la formation intensive de deux jours dispensés par PSSM France permettant de devenir secouriste en santé mentale certifié.**

À l'heure actuelle, une **initiative particulièrement innovante** est en cours de préparation : une formation spécifiquement conçue pour les professionnels RH et les dirigeants, intitulée « Préserver sa santé mentale, sa responsabilité psychologique et juridique en tant que dirigeant ou DRH ». Élaborée par le cabinet de conseil Reseuro, **cette démarche vise à outiller les décideurs face aux enjeux émergents de la santé mentale au travail** et sera déployée fin 2025 - **de quoi inspirer l'ensemble du secteur des ressources humaines.**

4. Levier 4 : traiter et réparer la santé mentale

Accompagner les professionnels RH en difficulté permet d'éviter la chronicisation.

A. Recommandation 8 : mettre en place un protocole de gestion et de déchargement des tensions inspiré des pratiques humanitaires

Pour renforcer la résilience des équipes RH face aux situations à fort impact émotionnel, il est pertinent d'adapter les pratiques humanitaires éprouvées par les ONG et les CUMP. Les services RH pourraient bénéficier de dispositifs inspirés de ce modèle pour traiter les « micro-traumatismes » liés à la charge émotionnelle, à la gestion de conflits ou à des événements organisationnels difficiles, en privilégiant une **intervention rapide, coordonnée et pluridisciplinaire.**

La mise en place d'une « **cellule stress RH** » offrirait un dispositif de prévention, d'écoute et d'accompagnement avant, pendant et après tout événement critique, avec la capacité d'intervenir directement sur les sites, usines ou agences.

En complément, un **sas de décompression** proposé à l'issue d'un projet ou d'une crise permettrait une transition guidée de 45 à 60 minutes pour exprimer les émotions, identifier les ressources disponibles et élaborer un plan personnel de rétablissement, sans obligation mais fortement encouragé. Ce dispositif s'appuierait sur un **protocole en trois phases**, inspiré des cellules d'urgence médico-psychologique :

¹²⁶ <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-pratique-en-sante-mentale-2023-3-page-69?lang=fr> - consulté en septembre 2025

- Une phase immédiate (0-24h) pour contenir, sécuriser et normaliser, comprenant un **defusing** individuel ou en petit groupe (20–30 minutes) afin d'offrir une présence contenante, de faciliter la ventilation sensorielle et émotionnelle et de remettre une fiche de conseils sur les réactions possibles dans les jours suivants ;
- Une phase post-immédiate (J2-J30) centrée sur le suivi, l'orientation et des débriefings émotionnels volontaires ;
- Puis une phase différée (> 30 jours) pour prévenir la chronicisation des troubles, avec réévaluation clinique, accès prioritaire à des psychothérapies validées (TCC, EMDR) et accompagnement du retour progressif au travail.

En combinant **présence de proximité, interventions précoces de type defusing, soutien gradué et coordination avec les ressources internes et spécialisées**, cette démarche contribuerait à préserver durablement la santé mentale des professionnels RH. Un relais thérapeutique pourrait être assuré par l'instauration de partenariats avec des intervenants extérieurs (psychologues du travail, psychiatres), permettant un suivi différé et spécialisé lorsque la situation l'exige.

5. Autres leviers : limites et points d'attention

D'autres leviers innovants peuvent contribuer à déstigmatiser la santé mentale. Les applications de soutien psychologique s'inscrivent dans cet objectif en levant les tabous et en respectant le rythme de chacun, comme le souligne Karine Chevreul (professeure de santé publique, directrice de l'unité 1123 Inserm/Université de Paris). Elle a participé au développement de *Stopblues*¹²⁷, une application conçue non pour se substituer aux soins, mais pour dépasser la méconnaissance et le déni, et encourager ensuite une consultation si nécessaire.

Ces outils numériques répondent aussi à des enjeux de coût et d'accessibilité, selon Xavier Briffault (sociologue, unité 988 Inserm/ CNRS/ Université de Paris). L'essor des objets connectés, capables de suivre certains indicateurs physiologiques, pourrait par ailleurs ouvrir de nouvelles perspectives pour un accompagnement plus accessible et personnalisé¹²⁸.

On le constate tous les jours : face aux signaux d'alerte sur la santé mentale au travail, les initiatives se multiplient. Conférences, micro learning, IA spécialisée en santé mentale, séances de yoga du rire... cette diversité d'idées est le témoin d'une préoccupation vertueuse et bien intentionnée (mais aussi d'une opportunité de « business » qui tend à se développer !).

Les bienfaits psychologiques d'une séance d'activité physique sont reconnus : « divers questionnaires psychométriques mesurant l'anxiété, le stress, l'humeur ou la dépression ont été administrés à des individus après qu'ils aient participé à une séance d'activité physique. Dans l'ensemble, ces résultats montrent que les effets sont comparables à la prise d'un médicament

¹²⁷ [StopBlues, un site et une appli pour prévenir le mal-être · Inserm, La science pour la santé](#) - consulté en septembre 2025

¹²⁸ <https://www.inserm.fr/actualite/applis-de-sante-mentale-sont-elles-efficaces/> - consulté en septembre 2025

anxiolytique ou à des techniques de relaxation, suite à une séance de natation, de yoga, de course à pied ou d'entraînement musculaire ». ¹²⁹

Cependant, on peut craindre que ces leviers soient trop superficiels pour adresser des signes et symptômes pouvant mener aux conséquences les plus graves et extrêmes.

Les moments conviviaux, d'inspiration ou de détente, les applications bien-être et les séances de méditation sont probablement des « plus » ou des « boosters » mais ne répondent pas à l'attendu réel et urgent des salariés. Si les démarches bien-être apparaissent essentielles au sein des entreprises, **elles demeurent néanmoins limitées car elles ne peuvent agir sur les facteurs extérieurs à l'organisation** qui influencent fortement la santé mentale et altèrent la qualité de vie, tels que des tensions familiales, les deuils, des conditions de transport éprouvantes ou encore des difficultés financières.

Or, nous en sommes convaincues et nous l'avons démontré : le travail sur les structures internes aux entreprises reste incontournable. **Il appartient aux instances de gouvernance, aux directions, aux organisations syndicales et aux salariés eux-mêmes d'identifier les sources de stress et de contraintes, mais également les ressources collectives susceptibles de protéger les travailleurs RH.**

En outre, les **politiques de bien-être au travail** peuvent parfois renforcer la domination : **elles transforment la responsabilité de la santé mentale en une responsabilité individuelle, masquant les causes structurelles** (charge de travail, précarité, management).

Emmanuel Abord de Chatillon et Tarik Chakor (2021) formulent ces limites avec beaucoup de clarté : « Au-delà du mimétisme préventif, une nouvelle tendance semble émerger : celle du *greatwashing* (Vuattoux et Chakor, 2019). Comme abordé préalablement, certains concepts positifs tels que la QVT, le bien-être ou le bonheur au travail peuvent faciliter le dialogue social. Toutefois, en y regardant de plus près, les limites et les biais sont nombreux. Tout d'abord la principale évolution est sémantique. Les dispositifs et outils d'identification et de pilotage des risques sont sensiblement restés les mêmes, mais cette approche positive sous-entend qu'il existe des mécanismes de compensation entre mal-être et bien-être, ce qui est loin d'être avéré. Ainsi, entre les *chief happiness officers*, les *baby-foots*, les cours de sophrologie ou les coachs de gestion d'emploi du temps, cette « quête du bonheur » pourrait paradoxalement agraver les choses ! D'un côté, elle se focalise beaucoup sur l'individu en tant qu'humain (et non en tant que professionnel dans une activité organisée), abandonnant totalement la dimension organisationnelle dans les facteurs explicatifs. Et, de l'autre, elle pousse les salariés à une forme d'injonction au bonheur, car tout a été fait pour les rendre « heureux ». De plus, cette idéologie repose sur une approche standardisée du bonheur, chacun devant éprouver le même plaisir à jouer au baby-foot avec ses collègues. »

¹²⁹ POIREL, Emmanuel, 2017. Bienfaits psychologiques de l'activité physique pour la santé mentale optimale. *Santé mentale au Québec*, 2017/1 Vol. 42, p.147-164. DOI : 10.7202/1040248ar. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-sante-mentale-au-quebec-2017-1-page-147?lang=fr>.

Conclusion : voyage dans la santé mentale des RH

Le sujet de la santé mentale des professionnels des ressources humaines s'est révélé particulièrement passionnant mais aussi complexe à approcher.

D'une part, il comporte une **dimension médicale** que nous ne maîtrisons évidemment pas entièrement, ce qui nous a obligé à une grande prudence afin d'éviter toute simplification. D'autre part, **la littérature existante**, bien que riche sur la santé mentale au travail en général, **demeure peu spécifique à la fonction RH** en général et encore moins à chacun des métiers la composant, rendant l'analyse d'enseignements ciblés délicate. Enfin, **la rareté des données chiffrées** portant précisément sur ce groupe professionnel limite et complexifie d'une part, les possibilités d'analyses quantitatives robustes et impose de croiser différentes sources qualitatives. Elle rend également difficile les comparaisons fines entre l'état de la fonction RH et celui du reste de la population.

Ces éléments soulignent l'utilité et la nécessité de poursuivre les recherches et de développer des indicateurs adaptés pour d'abord mieux cerner, ensuite comprendre et enfin soutenir la santé mentale au sein des services RH.

Plus largement, la réflexion autour de la santé mentale se situe encore principalement au stade de la **sensibilisation** : on définit et explique la notion (elle est au cœur de toutes les actualités¹³⁰), mais les **solutions concrètes efficaces tardent à se créer et se déployer**.

Parce qu'elle englobe à la fois la sphère professionnelle et personnelle, la santé mentale au travail nécessite une approche nuancée : il est difficile d'agir sur le passé des individus mais il reste possible d'intervenir sur les problématiques actuelles ayant un impact sur la vie professionnelle. L'employeur peut, par exemple, mettre en place des **dispositifs de soutien** (tels que les programmes pour aidants ou victimes de violences intrafamiliales proposés par Malakoff Humanis) ou intégrer des **questions spécifiques lors des visites médicales**.

Concernant plus particulièrement les professionnels des ressources humaines, notre étude montre qu'ils se rapprochent, par la nature de leur activité, des **professions du care**, et qu'ils devraient bénéficier d'initiatives collectives telles qu'une **charte dédiée à la santé mentale** pour renforcer la prévention et le soutien.

La préservation de la santé mentale des professionnels RH est une urgence. Comme nous l'a confié Olivier Ruthardt, Directeur général adjoint et DRH de Malakoff Humanis, « la fonction RH devrait pivoter vers l'expérience collaborateur, être présente non seulement dans les épreuves mais aussi dans les moments heureux ». Cette vision rappelle que le rôle des RH dépasse la simple gestion de crises : **il s'agit d'accompagner pleinement la vie au travail**.

À la croisée des sphères personnelle et professionnelle (Perrin-Joly, Ganem et Lafuma, 2013), **la santé mentale exige un véritable dialogue pluridisciplinaire, où médecine, psychologie, sociologie et économie construisent un langage commun pour agir concrètement**. Comme

¹³⁰ Santé mentale : des solutions existent. Une journée spéciale sur France Inter, mercredi 24 septembre 2025 - consulté en septembre 2025

l'exprime Cynthia Fleury¹³¹, « le soin n'appartient pas à une caste de soignants qui distribueraient leurs soins, comme d'autres les bonnes paroles, à des patients incapables d'être eux-mêmes actifs dans la démarche du soin. Le soin est une fonction en **partage**, relevant de l'**alliance dialectique, créative**, des soignants et des soignés, qui, ensemble, font éclore une **dynamique singulière**, notamment tissée grâce à la spécificité des sujets qu'ils sont ».

A la question posée par Yves Clot (2021), « **est-il acceptable que le travail rende malade ou use précocement les âmes et les corps, alors qu'il peut être une ressource et un facteur de développement ?** », nous voulons répondre que protéger la santé mentale des RH, c'est repenser le travail non plus comme une source de souffrance mais comme **source d'utilité sociale, de cohérence éthique et de capacité de développement engageant l'intelligence et la subjectivité des travailleurs** (Coutrot et Perez, 2022¹³²).

¹³¹ FLEURY C, Le soin est un humanisme : <https://stm-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/tracts-n6-le-soin-est-un-humanisme--9782072859878-page-2?lang=fr> - consulté en septembre 2025

¹³² COUTROT-PEREZ, *Redonner du sens au travail – Une aspiration révolutionnaire* - 2022 - consulté en septembre 2025

Bibliographie

1. Ouvrages

ABORD DE CHATILLON, Emmanuel, 2005. Le DRH de demain face aux questions de santé et sécurité au travail. Management & Avenir, 2005/2 n° 4, p.157-170. DOI : 10.3917/mav.004.0157. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-management-et-avenir-2005-2-page-157?lang=fr>

ABORD DE CHATILLON, Emmanuel et DESMARAIS, Céline, 2017. Espaces de discussion, management et épuisement professionnel. @GRH, 2017/2 n° 23, p.13-36. DOI : 10.3917/grh.172.0013. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-agrh1-2017-2-page-13?lang=fr>

ABORD DE CHATILLON, Emmanuel et CHAKOR, Tarik, 2021. 14. Santé au travail et ressources humaines Nouveaux chantiers, nouveaux défis. In : Coordonné par BEAUJOLIN, Rachel et OIRY, Ewan, Les grands courants en gestion des ressources humaines. Caen : EMS Éditions. Les grands courants, p.252-274. DOI : 10.3917/ems.oiry.2021.01.0252. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/les-grands-courants-gestion-ressources-humaines--9782376874638-page-252?lang=fr>

ARCAND, Michelle et BRISSETTE, Lorraine, 2024. Accompagner sans s'épuiser Guide à l'intention des professionnels de la relation d'aide. Toulouse : érès. « Travail social et handicap - Essai », p.336. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/accompagner-sans-s-epuiser--9782749281216?lang=fr>

BARABEL, Michel et MEIER, Olivier, 2020. Introduction. État des lieux pré-Covid-19. In : Les RH à l'ère du Covid-19 Les bonnes pratiques à retenir. Paris : Dunod. Hors collection, p.16-27. DOI : 10.3917/dunod.barab.2020.03.0015. URL : <https://shs.cairn.info/les-rh-a-l-ere-du-covid-19--9782100819379-page-16?lang=fr>

BARABEL, Michel, MEIER, Olivier et PERRET, André, 2014. A quoi ressemblera la fonction RH demain ? Paris : Dunod. « Fonctions de l'entreprise », p.304. DOI : 10.3917/dunod.barab.2014.01. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/a-quoi-ressemblera-la-fonction-rh-demain--9782100717118?lang=fr>

BEAUDRY, Catherine et GAGNON, Mélanie, 2013. Lorsque la vie perd son sens, qu'en est-il du travail ? Humanisme et Entreprise, 2013/5 n° 315, p.61-76. DOI : 10.3917/hume.315.0061. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-humanisme-et-entreprise-2013-5-page-61?lang=fr>

BERGHMANS, Claude, 2010. Chapitre 2. Le stress au travail : un enjeu pour les ressources humaines. In : Stress au travail. Paris : Dunod. Fonctions de l'entreprise, p.41-85. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/stress-au-travail--9782100543168-page-41?lang=fr>

BOUDOUKHA, Abdel Halim, 2020. Chapitre 1. Clinique du burn-out et du traumatisme psychologique. In : Burn-out et stress post-traumatique. Paris : Dunod. Psycho Sup, p.17-71. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/burn-out-et-stress-post-traumatique--9782100802029-page-17?lang=fr>

BOUHALLIER, Gaspard et CHEVANCE, Astrid, 2022. 3. « La santé mentale est une invention récente. » In : Sous la direction de CHEVANCE, Astrid, En finir avec les idées fausses sur la psychiatrie et la santé mentale. Éditions de l'Atelier. Hors collection, p.25-29. DOI :

10.3917/ateli.cheva.2022.01.0025. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/en-finir-avec-les-idees-fausses-sur-la-psychiatrie-et-la-sante-mentale--9782708245709-page-25?lang=fr>

BRAUN, Pascal et CORON, Clotilde, 2021. Le rôle politique de la fonction RH Du projet stratégique à sa mise en oeuvre opérationnelle. Paris : Dunod. « Ressources humaines », p.256. DOI : 10.3917/dunod.braun.2021.01. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/le-role-politique-de-la-fonction-rh--9782100818136?lang=fr>

CAROLLO, L., GUERCI, M., DELLA TORRE, E., & PREVITALI, G. (2024). Exploring representations of human resource management as moral dirty work: A film study. *Human Resource Management*, 63(5), 791–812. <https://doi.org/10.1002/hrm.22227>

CHAN CHEE, Christine, GOURIER-FRÉRY, Claire, GUIGNARD, Romain et BECK, François, 2011. État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. *Santé Publique*, 2011/HS Vol. 23, p.11-29. DOI : 10.3917/spub.110.0011. URL : <https://stm-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-sante-publique-2011-HS-page-11?lang=fr>

CUSIN, Julien et FABRE, Catherine, 2017. Proposition d'un modèle conceptuel du traumatisme vicariant appliqué à la gestion des ressources humaines : le cas des conseillers en accompagnement vers l'emploi. *Revue de gestion des ressources humaines*, 2017/2 N° 104, p.3-22. DOI : 10.3917/grhu.104.0003. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-de-gestion-des-ressources-humaines-2017-2-page-3?lang=fr>

Entretien avec CHOUPARD, Catherine, 2014. 28. Le point de vue de l'accompagnatrice. In : BARABEL, Michel, MEIER, Olivier et PERRET, André, *A quoi ressemblera la fonction RH demain ?* Paris : Dunod. Fonctions de l'entreprise, p.273-277. DOI : 10.3917/dunod.barab.2014.01.0273. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/a-quoi-ressemblera-la-fonction-rh-demain--9782100717118-page-273?lang=fr>

CHEVALIER, Françoise, CORON, Clotilde, GAILLARD, Hugo et OIRY, Ewan, 2024. Les grands auteurs en Gestion des ressources humaines. Caen : EMS Éditions. « Grands auteurs », p.542. DOI : 10.3917/ems.cheva.2024.01. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/les-grands-auteurs-en-gestion-des-ressources-humaines--9782376879763?lang=fr>

CLOT, Yves et GOLLAC, Michel, 2017. Limiter les risques. In : *Le travail peut-il devenir supportable ?* Paris : Armand Colin. Hors collection, p.93-132. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/le-travail-peut-il-devenir-supportable--9782200617332-page-93?lang=fr>

CLOT, Yves, 2015. *Le travail à cœur Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte. « Poche / Essais », p.200. DOI : 10.3917/dec.cloty.2015.01. URL : <https://stm-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/le-travail-a-coeur--9782707185310?lang=fr>

COUTROT, Thomas, 2018. Travail et bien-être psychologique. L'apport de l'enquête CT-RPS 2016. Dares, Document d'études, 217. URL : [Travail et bien-être psychologique | DARES](#)

CROCQ, Louis, 2016. Secours psychologiques aux victimes d'attentats terroristes Partie 1 : Tableaux cliniques relatifs aux attentats de 1986 et 1995. *Perspectives Psy*, 2016/4 Vol. 55, p.253-266. DOI : 10.1051/ppsy/2016554253. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-perspectives-psy-2016-4-page-253?lang=fr>

DEJOURS, Christophe, 2016. Situations du travail. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France. « Hors collection », p.304. DOI : 10.3917/puf.dejou.2016.03. URL : <https://stm-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/situations-du-travail--9782130735380?lang=fr>

DEJOURS, Christophe, 2018. VII. Travail vivant et accomplissement de soi. Dans P. Musso et A. Supiot Qu'est-ce qu'un régime de travail réellement humain ? (p. 97-112)

DEJOURS, Christophe et BÈGUE, Florence, 2009. Suicide et travail : que faire ? Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France. « Souffrance et théorie », p.136. DOI : 10.3917/puf.dejou.2009.01. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/suicide-et-travail-que-faire--9782130576488?lang=fr>

DETCHESSAHAR, Mathieu, 2013. Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. Négociations, 2013/1 n° 19, p.57-80. DOI : 10.3917/neg.019.0057. URL : <https://shs.cairn.info/revue-negociations-2013-1-page-57?lang=fr>

DIVITTORIO, Pierangelo, MINARD, Michel et GONON, François, 2013. Les virages du DSM : enjeux scientifiques, économiques et politiques. Hermès, La Revue, 2013/2 n° 66, p.85-92. DOI : 10.4267/2042/51558. URL : <https://shs.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2013-2-page-85?lang=fr>

DORÉ, Isabelle et CARON, Jean, 2017. Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 2017/1 Vol. 42, p.125-145. DOI : 10.7202/1040247ar. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-sante-mentale-au-quebec-2017-1-page-125?lang=fr>. Questionnaires

DORON, Claude-Olivier, 2015. L'émergence du concept de « santé mentale » dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique. Pratiques en santé mentale, 2015/1 61e année, p.3-16. DOI : 10.3917/psm.151.0003. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-pratique-en-sante-mentale-2015-1-page-3?lang=fr>

EHRENBERG, Alain, 1998. La fatigue d'être soi Dépression et société. Paris : Odile Jacob. « Hors collection », p.320. DOI : 10.3917/oj.ehren.1998.01. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/la-fatigue-d-etre-soi--9782738106346?lang=fr>

EHRENBERG, Alain, 2011. La société du malaise Une présentation pour un dialogue entre clinique et sociologie. *Adolescence*, 2011/3 T. 29 n°3, p.553-570. DOI : 10.3917/ado.077.0553. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-adolescence-2011-3-page-553?lang=fr>

EHRENBERG, Alain, 2006. Malaise Dans l'évaluation de La Santé Mentale. *Esprit*, no. 324 (5) : 89-102. <http://www.jstor.org/stable/24470201>

EXPERT, Aude, DE LAGASNERIE, Grégoire et RACHAS, Antoine, 2025. Enjeux économiques liés à la santé mentale du point de vue de l'Assurance maladie (2015-2022) Les Tribunes de la santé, 2025/1 N° 83, p.69-88. DOI : 10.1684/seve1.2025.52. URL : <https://stm-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-les-tribunes-de-la-sante-2025-1-page-69?lang=fr>

FRITZ, Jean-Marie, 1992. Chapitre V - La médecine ou le discours infini. In : Le Discours du fou au Moyen Âge XI^e-XIII^e siècles. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France. Perspectives littéraires, p.115-152. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/le-discours-du-fou-au-moyen-age--9782130445258-page-115?lang=fr>

FOUCAULT, Michel, 1961. Folie et Déraison. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, Plon

FOUCAULT, Michel, 1999. *Les Anormaux*, Cours au Collège de France (1974-1975). Paris, Éditions de l'EHESS

FOUCAULT, Michel, 1975. *Surveiller et punir*, Paris : Gallimard, p. 153-154.

GÉNIAUT Benoît, Répertoire de droit du travail -Santé et sécurité au travail – Profil du droit de la santé et de la sécurité au travail – janvier 2024

https://www-dalloz-fr.proxy.bu.dauphine.fr/documentation/Document?id=ENCY%2FTRAV%2FRUB000402%2F2024-02%2FPLAN%2F0001&ctxt=_YSR0MD1Hw4IOSUVVCBCZW5vw650wqd4JHNmPXNpbXBsZS1zZWFFyY2g%3D&ctxtl=0_cyRwYWdlTnVtPTHcp3MkdHJpZGF0ZT1GYWxzZcKnCyRzb3J0PSNkZWZhdWx0X0Rlc2PCp3Mkc2xOYIBhZz0yMMKnCyRcp2Fibz1UcnVlwqdzJHBhZ2luZz1UcnVlwqdzJG9uZ2xldD3Cp3MkZnJZXNjb3BlPUZhBHNlwqdzJHdvSVM9RmFsc2XCp3Mkd29TUENIPUZhBHNlwqdzJGZsb3dNb2RlPUZhBHNlwqdzJGJxPcKnCyRzZWFFyY2hMYWJlbD3Cp3Mkc2VhcmNoQ2xhc3M9wqdzJHo9MERCRkM4RElvNzc5NTU3Ozk%3D

GERNET, Isabelle, 2024. « À La recherche du plaisir perdu » : dépression et travail. Le Carnet Psy, 2024/6 N° 271, p.46-48. URL : <https://shs.cairn.info/revue-le-carnet-psychologie-2024-6-page-46?lang=fr>

GOLLAC, Michel, BODIER, Marceline, 2011. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. URL : [Le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail](#)

HOCHSCHILD, Arlie Russell, 2003. Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, 2003/1 n° 9, p.19-49. DOI : 10.3917/trav.009.0019. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-travailler-2003-1-page-19?lang=fr>

KEEGAN A, BITTERLING I, SYLVA H, HOEKSEMA L, 2017. Organizing the HRM function: Responses to paradoxes, variety, and dynamism. *Hum Resour Manage.* ; p. 1– 16. <https://doi.org/10.1002/hrm.21893>

LÉGERON, Patrick, 2017. L'explosion des risques psychosociaux. In : MARMION, Jean-François, La psychologie aujourd'hui. Auxerre : Éditions Sciences Humaines. Petite bibliothèque, p.104-115. DOI : 10.3917/sh.marmi.2017.01.0104. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/la-psychologie-aujourd-hui--9782361062149-page-104?lang=fr>

LÉGERON, Patrick, 2018. 12. Rapport Nasse-Légeron « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail » (mars 2008) (Philippe Nasse et Patrick Légeron) In : CHAPELLE, Frédéric, Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail en 36 notions. Paris : Dunod. Aide-Mémoire, p.83-90. DOI : 10.3917/dunod.chape.2018.01.0083. URL : <https://stm.cairn.info/risques-psychosociaux-et-qualite-de-vie-au-travail--9782100781447-page-83?lang=fr>

LEROUGE Loïc – Janvier 2024, Répertoire de droit du travail - Droit des risques psychosociaux au travail – Contours du droit des risques psychosociaux <https://www-dalloz-fr.proxy.bu.dauphine.fr/documentation/Document?id=ENCY%2FTRAV%2FRUB000458%2F2024->

02%2FPLAN%2F0001&ctxt=0_YSR0MD1zYW50w6kgbWVudGFsZSBldCBlbXBsb3lldXLCp3gkc2
Y9c2ltcGxjLXNlYXJjaA%3D%3D&ctxtl=0_cyRwYWdlTnVtPTHCP3MkdHJpZGF0ZT1GYWxzZcKncy
Rzb3J0PSNkZWZhdxWx0X0Rlc2PCP3Mkc2xOYIBhZz0vMMKncyRnc2Fibz1UcnVlwqdzJHBhZ2luZz

[1UcnVlwqdzJG9uZ2xldD3Cp3MkZnJlZXNjb3BIPUZhbHNlwqdzJHdvSVM9RmFsc2XCp3Mkd29TU
ENIPUZhbHNlwqdzJGZsb3dNb2RIPUZhbHNlwqdzJGJxPcKncyRzZWfY2hMYWJlbD3Cp3Mkc2V
hcmNoQ2xhc3M9](#)

LEROUGE, Loïc, Jurisprudence Sociale Lamy, Nº 283, 3 septembre 2010, Protection de la santé mentale au travail et responsabilité de l'employeur : répondre à la contrainte de résultat

LORIOL, Marc, 2012. Chapitre 13 - Ennui, stress et souffrance au travail. In : ALTER, Norbert, Sociologie du monde du travail. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France. Quadrigé, p.233-250. DOI : 10.3917/puf.alter.2012.01.0233. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/sociologie-du-monde-du-travail--9782130606413-page-233?lang=fr>

MARESCAUX, Jacques, 2019. Informer et former pour lutter contre la stigmatisation : les premiers secours en santé mentale. Raison présente, 2019/1 Nº 209, p.89-101. DOI : 10.3917/rpre.209.0089. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-raison-presente-2019-1-page-89?lang=fr>

Martin, L. (2024). II. Edgar Morin et la culture de masse Sociologie de la culture et sociologie des médias dans les années 1960 et 1970. Dans C. Fischler Edgar Morin : Les cent premières années (p. 69-89) URL <https://shs.cairn.info/edgar-morin--9791037039521-page-69?lang=fr>

MARTIN, Caroline, HOURLIER, Sylvain et CEGARRA, Julien, 2013. La charge mentale de travail : un concept qui reste indispensable, l'exemple de l'aéronautique. Le travail humain, 2013/4 Vol. 76, p.285-308. DOI : 10.3917/th.764.0285. URL : <https://shs.cairn.info/revue-le-travail-humain-2013-4-page-285?lang=fr>

NIEDHAMMER, Isabelle, CHASTANG, Jean-François, LEVY, David, DAVID, Simone et DEGIOANNI, Stéphanie, 2007. Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer. Travailler, 2007/1 n° 17, p.47-70. DOI : 10.3917/trav.017.0047. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-travailler-2007-1-page-47?lang=fr>

PERETTI, Jean-Marie, 2019. Chapitre 2. Les missions de la fonction Ressources humaines. In : Ressources humaines Le manuel de référence - Label Fnege 2018. Paris : Vuibert. Vuibert Gestion, p.33-58. URL : <https://shs.cairn.info/ressources-humaines--9782311406986-page-33?lang=fr>

PERRIN-JOLY, Constance, GANEM, Valérie et LAFUMA, Emmanuelle, 2013. Participer à la professionnalisation des rh ? Un questionnement d'enseignantes-chercheures à trois voix. Travailler, 2013/1 n° 29, p.215-242. DOI : 10.3917/trav.029.0215. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-travailler-2013-1-page-215?lang=fr>

PEZET-LANGEVIN V. (1999). Le stress au travail : des déclarations à l'observation des comportements. Communication présentée au 34ème congrès de la SELF, Caen. URL :

[Le stress au travail : des déclarations à l'observation des comportements - Société d'ergonomie de langue française](#)

PEZET-LANGEVIN V., CHOUANIÈRE D., FRANÇOIS M., PENTECÔTE A. (2006). Des indicateurs d'alerte ou de dépistage des « risques psychosociaux » en entreprise. Communication présentée au 41ème congrès de la SELF, Caen. URL : [Des indicateurs d'alerte ou de dépistage des « risques psychosociaux » en entreprise - Société d'ergonomie de langue française](#)

PLIVARD, Ingrid, 2023. Chapitre 2. La santé mentale au travail. In : Cliniques du travail. Paris : Dunod. Univers Psy, p.38-73. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/cliniques-du-travail--9782100846610-page-38?lang=fr>

POIREL, Emmanuel, 2017. Bienfaits psychologiques de l'activité physique pour la santé mentale optimale. *Santé mentale au Québec*, 2017/1 Vol. 42, p.147-164. DOI : 10.7202/1040248ar. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-sante-mentale-au-quebec-2017-1-page-147?lang=fr>

QUIJOUX, Maxime, 2015. « Le travail entre domination et rationalisation ». Bourdieu et le travail, édité par Maxime Quijoux, Presses universitaires de Rennes, <https://doi.org/10.4000/books.pur.69674>

Revue Droit Social 11/2019, page 892 et suivante, Dossier négociation collective, pratiques et innovations en matière de risque santé

ROUSSELET, Anne-Victoire, 2022. Mieux vivre avec la schizophrénie. Paris : Dunod. « Hors collection », p.288. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/mieux-vivre-avec-la-schizophrenie--9782100808205?lang=fr>

SÉRIEYX, Hervé et RIENDEAU, Donald, 2018. En guise de conclusion. In : Trusting organizations Les organisations créatrices de confiance. Caen : EMS Éditions. Hors collection, p.252-258. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/trusting-organizations--9782376870289-page-252?lang=fr>

SOARES, Angelo, 2003. Les émotions dans le travail. Travailler, 2003/1 n° 9, p.9-18. DOI : 10.3917/trav.009.0009. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-travailler-2003-1-page-9?lang=fr>

SUTTER, Encourager le bien-être au travail, Pour une démarche de qualité de vie au travail réussi, Édition 2023 URL : <https://univ-scholarvox-com.proxy.bu.dauphine.fr/reader/docid/88946587/page/1>

TAPONAT, Gérard, 2020. DRH : une aventure humaine Bien plus qu'une fonction. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur. « Manager RH », p.140. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/drh-une-aventure-humaine--9782807327245?lang=fr>

TERNON, Maud, 2018. *Juger les fous au Moyen Âge*. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France. « Le Noeud Gordien », p.288. DOI : 10.3917/puf.terno.2018.01. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/juger-les-fous-au-moyen-age--9782130749516?lang=fr>

VALENTE, Pedro, 2012. Chapitre 2. Histoire et évolution des idées en pathologie mentale. In : KAPSAMBELIS, Vassilis, Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France. Quadrige, p.21-40. DOI : 10.3917/puf.kapsa.2012.01.0021. URL : <https://shs.cairn.info/manuel-de-psychiatrie-clinique-et-psychopathologi--9782130572107-page-21?lang=fr>

VEILLEUX, Nicolas, 2022. Chapitre I. La mission Humanitaire : impacts pour les équipes et dispositifs de support psychologique dans les ONGs. In : Sous la direction de EL HUSSEINI, Mayssa', Soins psychologiques en terrain humanitaire Quand trauma, étrangeté culturelle et Histoires s'entremêlent. Paris : In Press. Hospitalité(s) p.25-56. DOI : 10.3917/pres.elhu.2022.01.0026. URL : <https://shs.cairn.info/soins-psychologiques-en-terrain-humanitaire--9782848357232-page-25?lang=fr>

VERRIER, Gilles, 2012. 4. Les conséquences pour la fonction rh. In : Stratégie et RH L'équation gagnante. Paris : Dunod. Stratégies et management, p.99-123. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/strategie-et-rh--9782100581634-page-99?lang=fr>

WEINER, Dora B., 2006. La psychiatrie entre le roman et l'histoire : le cas Pinel. L'information psychiatrique, 2006/9 Volume 82, p.757-762. DOI : 10.1684/ipe.2006.0062. URL : <https://stm-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-l-information-psychiatrique-2006-9-page-757?lang=fr>

WILLEMEZ, Laurent, 2008. Le retour de la question du travail, mythes et réalités. Savoir/Agir, 2008/1 n° 3, p.9-14. DOI : 10.3917/sava.003.0009. URL : <https://shs.cairn.info/revue-savoir-agir-2008-1-page-9?lang=fr>

2024. Souffrance et travail. Nîmes : Champ social. « Pratiques en santé mentale », 2024/1 70e année, p.62. URL : <https://shs-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/revue-pratique-en-sante-mentale-2024-1?lang=fr>

[Chapitre 3 : Les divers degrés de coloration salariale des plateformes numériques d'intermédiation](#)

2. Ressources sur internet

Cadre théorique : histoire, concepts et santé mentale

[Hippocrate : DE LA MALADIE SACRÉE](#)

[L'analyse psychologique du travail : quelques jalons historiques, par Jacques Leplat](#)

DSM-5® manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : [\[9782294743382\] DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux](#)

Contexte institutionnel et politiques publiques

[Parlons santé mentale ! Grande cause nationale 2025 | info.gouv.fr](#)

[Programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie » - Feuille de route 2025](#)

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), 2020. URL : [Atlas de la santé mentale en France](#)

Observatoire national du suicide, 2020. Suicide. Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information. URL : [ons_2020.pdf](#)

Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [9789240051928-fre.pdf](#)

Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 [Comprehensive mental health action plan 2013-2030]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [9789240056923-fre.pdf](#)

Questionnaires sur les RPS et la santé mentale

[L'indice \(en cinq points\) de bien-être à cinq de l'OMS \(OMS-5\)](#)

[Le COPSOQ : un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux | Cairn.info](#)

[Risques psychosociaux \(RPS\). Questionnaires risques psychosociaux - Risques - INRS](#)

[Sante_publique_3_2012.book](#)

[Exposition des salariés aux risques professionnels : les enquêtes SUMER - Direction régionale interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités \(DREETS\)](#)

[World Federation for Mental Health](#)

Enquête empirique & santé mentale au travail des RH

[Rapport d'analyse - Grande enquête santé mentale au travail - moka.care x GHU Paris x Ifop - site moka](#)

[Baromètre 2024 : les RH au quotidien | Éditions Tissot](#)

[Santé mentale des professionnels RH : comment vont-ils en 2024 ?](#)

[Ressources humaines : un nouveau visage en 2024| Sage Advice France](#)

[Pratiques managériales dans les entreprises et politiques sociales en France : Les enseignements d'une comparaison internationale \(Allemagne, Irlande, Italie, Suède\) et de la recherche | Igas](#)

[Santé mentale au travail : les vertus d'une approche globale](#)

[Comment diminuer la charge mentale des RH ?](#)

[La fonction Ressources humaines | Ministère de l'Économie des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique](#)

[Les RH : « vilains petits canards » du monde de l'entreprise](#)

[The human resources reckoning](#)

[Santé mentale : qui pour soutenir des DRH en état d'épuisement chronique ? | Les Echos](#)

Annexes

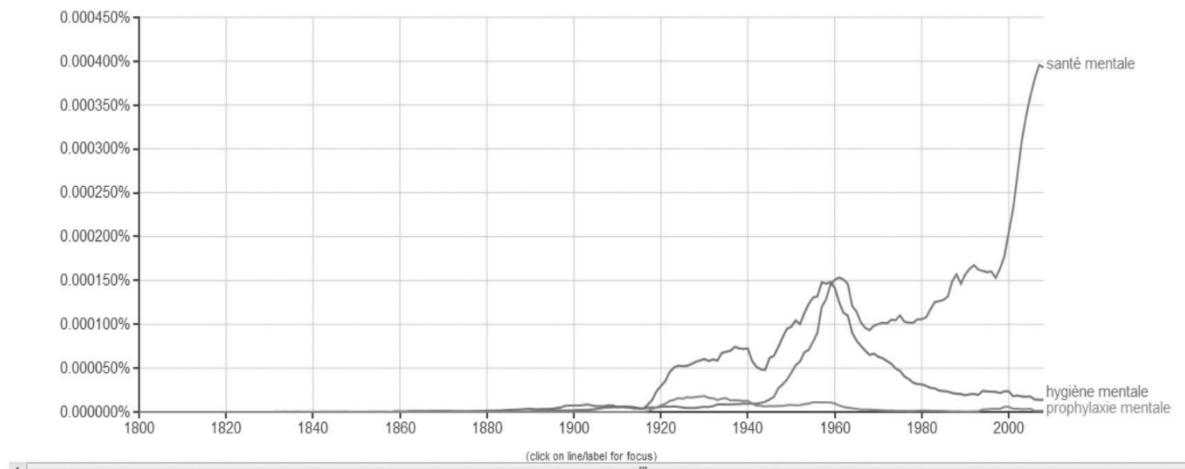
1. Annexe 1 : liste des maladies du DSM-5

Le DSM-5 propose une classification des troubles mentaux, répartis selon 22 catégories de diagnostics :

- Troubles neurodéveloppementaux
- Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Troubles bipolaires et apparentés
- Troubles dépressifs
- Troubles anxieux
- Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés
- Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress
- Troubles dissociatifs
- Troubles à symptomatologie somatique et apparentés
- Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments
- Troubles du contrôle sphinctérien
- Troubles de l'alternance veille-sommeil
- Dysfonctions sexuelles
- Dysphorie de genre
- Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites
- Troubles liés à une substance et troubles addictifs
- Troubles neurocognitifs
- Troubles de la personnalité
- Troubles paraphiliques
- Autres troubles mentaux
- Troubles des mouvements et autres effets indésirables induits par un médicament
- Autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique

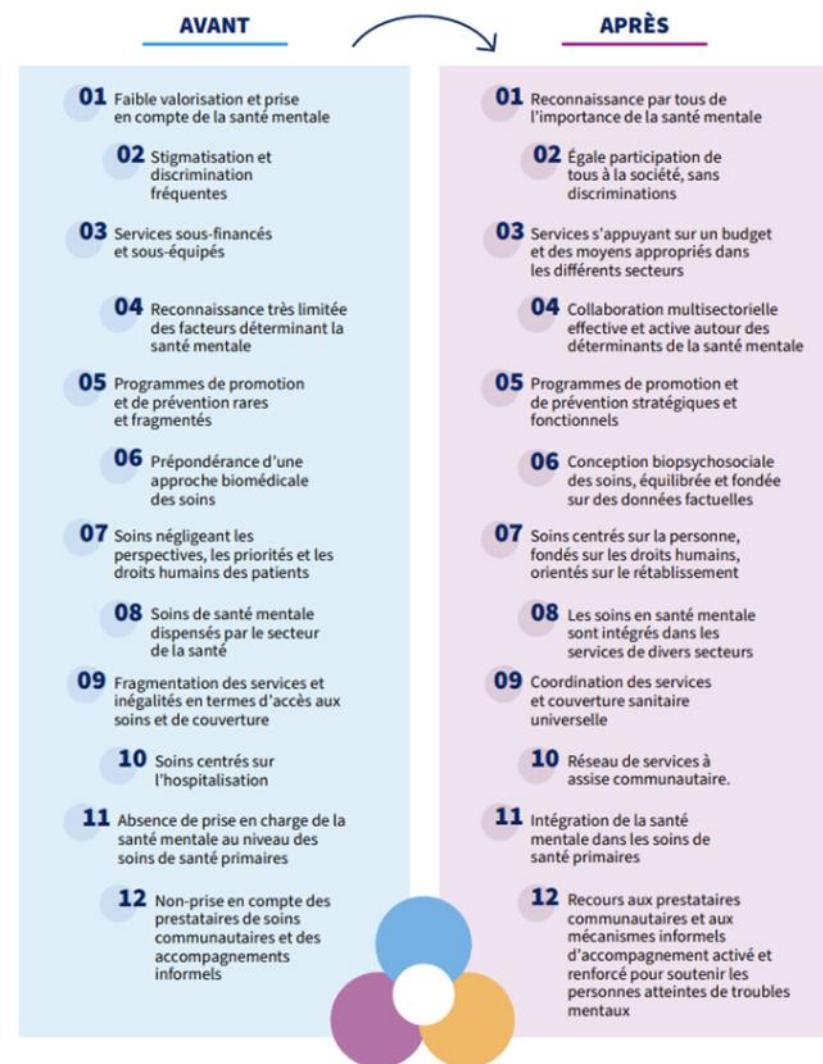
2. Annexe 2 : illustrations

Evolution des termes « santé mentale », « hygiène mentale » et « prophylaxie mentale» dans les textes français entre 1800 et 2008 (selon la technologie de Google) (Doron, 2015)

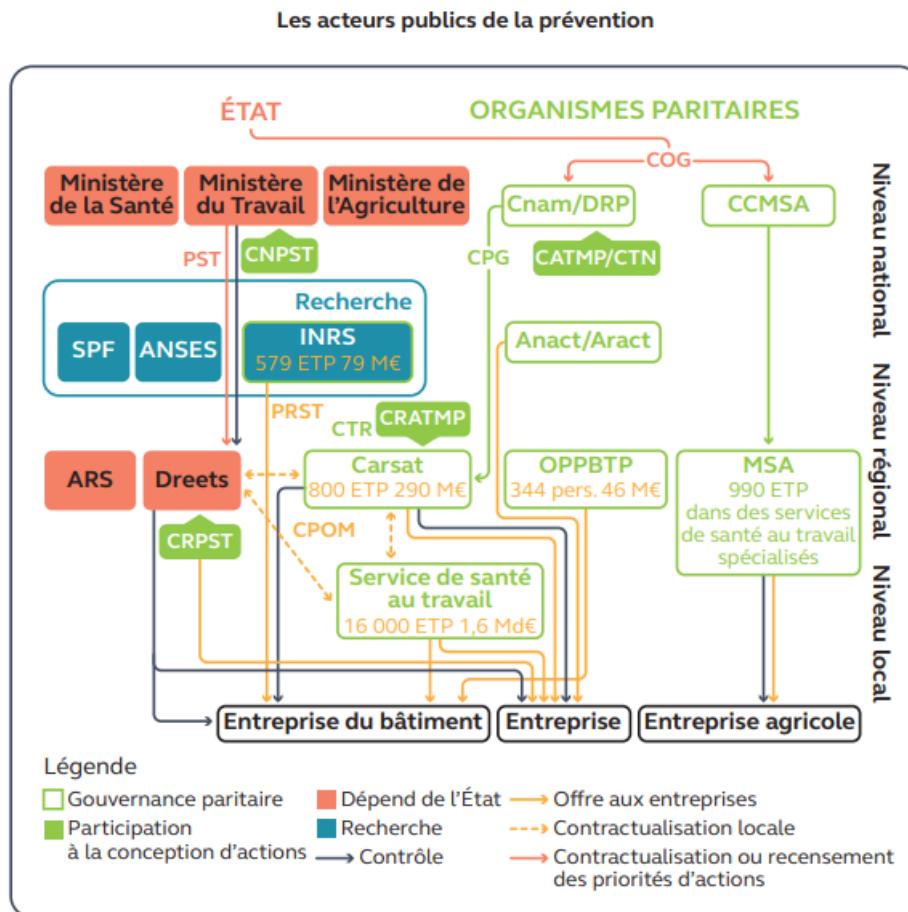


Principales transitions à opérer pour transformer la santé mentale dans l'intérêt de tous - Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous (OMS, 2022)

Principales transitions à opérer pour transformer la santé mentale dans l'intérêt de tous



Les acteurs publics de la prévention - Les politiques publiques de prévention en santé au travail dans les entreprises - Rapport public thématique (Cours des comptes, 2022)



Source : Cour des comptes