

Déterminants organisationnels de la santé des travailleurs : une revue systématique de méta-analyses*

Guylaine Landry¹, Patrice Daneau², Yanick Provost Savard³, Adélaïde Vautier⁴ et Justine Dima⁵

¹ ESG UQÀM, landry.guylaine@uqam.ca

² Université de Sherbrooke

³ Université de Montréal

⁴ Université de Montréal

⁵ Université Laval

Malgré de nombreuses études concernant les effets du travail sur la santé des travailleurs, les connaissances à ce sujet restent peu intégrées. Cette étude vise donc à dresser un bilan des connaissances sur les déterminants organisationnels de la santé psychologique et physique pour mieux sélectionner les interventions organisationnelles à implanter. Une revue systématique de méta-analyses a été réalisée; 163 méta-analyses ont été retenues exposant 791 relations entre les déterminants organisationnels et la santé. Les résultats démontrent un faible effet des déterminants organisationnels recensés sur la santé physique tandis que la culture organisationnelle, renvoyant aux perceptions de justice, de respect et de soutien, de même que le leadership, se révèlent les déterminants ayant les plus forts liens avec la santé psychologique.

Mots-clés: Santé psychologique, santé physique, déterminants organisationnels, méta-analyse, revue systématique.

Introduction

Les effets du travail sur la santé des travailleurs font l'objet depuis plusieurs années d'un intérêt soutenu des chercheurs et praticiens (Achille, 2003a, 2003b; Dagenais-Desmarais, Dufour, St-Hilaire, & Hébert, 2013; Day & Randell, 2014; Gatchel & Kishino, 2012). En plus des risques physiques encore présents dans certains milieux de travail, les travailleurs doivent désormais composer avec de nouveaux risques psychosociaux qui contribuent aux problèmes de santé (Baril-Gingras, Montreuil, & Fournier, 2013; Vézina et al., 2011). Les contrecoups de ces problèmes de santé se traduisent par de l'absentéisme, du présentéisme et le roulement de personnel (Vézina et al., 2011) qui engendrent des pertes estimées en milliards de dollars pour les organisations canadiennes (Commission de la santé mentale du Canada, 2017). En outre, de plus en plus d'études font état des interrelations entre le bien-être des travailleurs et les performances au travail (Cooper & Bevan, 2014; Courcy, Boudrias, & Montani, 2018). Une main-d'œuvre motivée et en santé s'avère une ressource clé permettant aux organisations contemporaines de survivre et de prospérer en temps de turbulences économiques, en plus de favoriser l'attraction et la

rétenition des meilleurs talents (Cooper & Bevan, 2014; Salanova, Llorens, Cifre, & Martínez, 2012). La santé des travailleurs représente en somme un enjeu de performance pour les organisations (Cooper & Bevan, 2014; Day & Nielsen 2017; Grawitch & Ballard, 2016; Lowe, 2010). Ainsi, acquérir une meilleure compréhension des déterminants organisationnels de la santé des travailleurs – soit les facteurs qui contribuent à leur santé – s'avèrerait crucial pour ces organisations.

Conceptions de la santé des travailleurs

L'Organisation mondiale de la Santé a défini la santé comme un état de bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie (1948). Par prolongement, il y a maintenant consensus sur le fait que la santé au travail est un concept qui englobe des dimensions physique et psychologique (p. ex. Achille, 2003b; Dagenais-Desmarais et al., 2013; Danna & Griffin, 1999; Testa & Simonson, 1996) et qui se caractérise à la fois par l'absence d'états négatifs (p. ex. épuisement professionnel, stress, troubles musculo-squelettiques) et la présence d'états positifs (p. ex. satisfaction, motivation, sentiment d'efficacité) (p. ex. Achille, 2003a, 2003b; Gilbert, Dagenais-Desmarais, & Savoie, 2011; Kelloway &

* Les auteurs remercient François Courcy, Université de Sherbrooke, pour sa contribution à l'article.

Day, 2005; Keyes, 2003, 2005). C'est dans cette perspective que nous nous intéressons aux indicateurs positifs et négatifs de la santé physique et psychologique des travailleurs.

Déterminants organisationnels de la santé des travailleurs

Alors que l'ensemble des acteurs – praticiens, chercheurs et décideurs – soutiennent depuis longtemps que les organisations doivent éviter de nuire à la santé et la sécurité physique et psychologique de leurs membres, ce n'est que plus récemment qu'ils reconnaissent que les organisations peuvent aussi représenter des vecteurs de bien-être (Burton, 2010; Conference Board du Canada, 2017; Day & Randell, 2014). Défi d'envergure pour plusieurs organisations, la mise en place d'une stratégie efficace qui englobe la prévention des risques à la santé physique et psychologique et la promotion du bien-être passe entre autres par la création et le maintien d'un milieu de travail sain, sécuritaire et stimulant (Day & Nielsen, 2017). De fait, de nombreux chercheurs (Cooper & Patterson, 2008; Grawitch, Gottschalk, & Munz, 2006; Kelloway & Day, 2005; Kelloway, Hurrell, & Day, 2008; Wilson, Dejoy, Vandenberg, Richardson, & Mcgrath, 2004) insistent pour que l'on porte une attention particulière aux caractéristiques organisationnelles dans lesquelles le travail se réalise et qui ont des effets sur la santé des travailleurs. Un milieu de travail sain fournit des ressources et promeut des pratiques qui agissent comme des déterminants de la santé des travailleurs et leur permettent non seulement de protéger leur santé et de prévenir les risques, mais aussi d'optimiser leur fonctionnement et favoriser leur bien-être (Day & Nielsen, 2017).

À la lumière des connaissances scientifiques relatives à l'influence du travail sur la santé des travailleurs, nombre de travaux (Day & Randell, 2014; Grawitch et al., 2006; Kelloway & Day, 2005) ont tenté de circonscrire les composantes des milieux de travail sains. En particulier, Day et Nielsen (2017) proposent un modèle intégré (couvrant à la fois la notion de prévention des risques et de promotion du bien-être) comprenant dix composantes qui agiraient comme des déterminants de la santé des travailleurs, tout en générant des retombées positives pour l'organisation et la société. Ces composantes, desquelles des pistes d'intervention sont suggérées, sont: 1) les caractéristiques du travail, 2) l'implication et le développement des employés, 3) les relations avec les collègues, 4) les relations

avec le supérieur, 5) les comportements de leadership, 6) les relations avec les clients, 7) la responsabilité sociale de l'entreprise, 8) la culture de soutien, de respect et de justice, 9) la conciliation travail-famille, et 10) la sécurité de l'environnement de travail.

Or, les catégorisations des déterminants de la santé au travail telle que celle proposée par Day et Nielsen (2017) ne permettent pas de relever les composantes du milieu de travail qui sont les plus influentes sur la santé des travailleurs. La prolifération des études empiriques des dernières années au sujet des liens entre le travail et la santé des travailleurs mène aujourd'hui à un bassin de connaissances scientifiques imposant, mais éparés. Ainsi, les chercheurs et les praticiens sont dépourvus d'un portrait actualisé des déterminants organisationnels de la santé des travailleurs et, conséquemment, d'indications claires sur les composantes des milieux de travail sur lesquelles l'on devrait intervenir en priorité. L'objectif du présent article consiste à synthétiser le corpus de connaissances empiriques sur les déterminants organisationnels de la santé des travailleurs, et ainsi mieux cibler les interventions organisationnelles à mettre en place pour favoriser leur santé physique et psychologique.

Méthode

Afin de faire un bilan des connaissances sur les déterminants organisationnels de la santé des travailleurs, une revue systématique de méta-analyses a été réalisée. La méta-analyse consiste à combiner statistiquement l'ensemble des données empiriques provenant d'études distinctes, dites primaires, sur une question donnée (Laroche, 2015). Elle permet notamment d'estimer avec plus de certitude la force du lien entre un déterminant (ou variable indépendante; p. ex. charge de travail) et une variable dépendante (p. ex. épuisement). La revue systématique est quant à elle une démarche rigoureuse qui permet d'identifier, d'évaluer et de synthétiser l'ensemble des recherches sur un sujet donné (Petticrew & Roberts, 2008). Cet exercice a été réalisé en cinq étapes.

Étape 1 : Revue de la documentation

La revue de la documentation a été effectuée dans les bases de données PsycINFO et Scopus. La recherche a porté sur les articles publiés entre janvier 2007 et février 2018. Cette période de plus de dix ans permet de capter les méta-analyses les

plus récentes qui elles-mêmes s'appuient sur des études primaires antérieures et concomitantes à cette période. Quatre ensembles de mots-clés (voir Tableau 1) ont été combinés pour effectuer la revue de la documentation. Cent-trente-cinq (135) articles ont été répertoriés dans PsycINFO et 610

dans Scopus. Après le retrait de 86 doublons, 659 publications ont été retenues. Les titres et les résumés de ces publications ont ensuite été consultés afin d'assurer qu'elles respectaient tous les critères d'inclusion énumérés au Tableau 1.

Tableau 1

Mots-clés, critères d'inclusion et informations extraites des méta-analyses¹

Mots-clés utilisés pour la revue de la documentation	Critères d'inclusion des articles	Informations extraites des méta-analyses
1) mot-clé portant sur le type d'article recherché (meta-analy*); 2) mots-clés portant sur le milieu du travail (worker*, job, workplace*, etc.); 3) mots-clés portant sur les déterminants organisationnels (task, workload, organizational justice, etc.); 4) mots-clés portant sur les indicateurs de santé (affect, well-being, health, etc.).	1) être une méta-analyse; 2) rapporter au moins une relation entre un déterminant organisationnel et un indicateur de santé; 3) rapporter des résultats pour un échantillon de travailleurs; 4) dans le cas d'interventions, rapporter des résultats au même moment (excluant les relations pré-post); 5) présenter au moins un effet parmi la corrélation de Pearson moyenne (r), la corrélation de Pearson moyenne corrigée (ρ), le <i>odds ratio</i> ou le <i>risk ratio</i> .	1) le nom et la définition du déterminant organisationnel; 2) le nom et la définition de l'indicateur de santé; 3) le nombre d'études primaires incluses dans la méta-analyse (k); 4) le nombre de participants inclus (n); 5) le type et la taille de l'effet entre le déterminant et l'indicateur de santé.

En cas d'ambiguïté, le texte de l'article a été consulté. Un total de 486 articles a été exclu, laissant 174 méta-analyses pour la prochaine étape.

Étape 2: Extraction des informations

Neuf chercheurs ont contribué à l'extraction de l'information des 174 méta-analyses. Pour chaque relation entre un déterminant organisationnel et un indicateur de santé, plusieurs informations (voir le Tableau 1) ont été extraites et compilées dans une base de données. Au total, 1202 relations ont été codées à cette étape. Afin de s'assurer de l'exactitude du codage des données, 30 % des méta-analyses ont été sélectionnées aléatoirement pour une contre-vérification par un deuxième chercheur. Le taux d'accord moyen était de 92 % et les erreurs de transcription ont été corrigées.

Étape 3: Élagage

Cette étape vise à s'assurer qu'aucune relation ne soit dédoublée dans l'analyse des résultats. Certaines méta-analyses présentaient des relations pour un concept et ses sous-dimensions; nous n'avons alors conservé qu'un seul niveau d'analyse, menant au retrait de 103 relations. Aussi, constatant que certaines méta-analyses répertoriaient des relations entre les mêmes variables (p. ex. entre caractéristiques de la tâche et épuisement), nous n'avons conservé que la méta-analyse qui comptait le plus grand nombre d'études primaires (Cooper & Koenka, 2012). Cette façon de procéder assure un appui empirique complet pour chacune des relations répertoriées tout en évitant d'accorder un poids exagéré aux études primaires incluses dans plus d'une méta-analyse. Cela a mené

¹ La liste des méta-analyses incluses dans la revue systématique sera fournie sur demande adressée à la revue.

au retrait de 162 relations, tirées de 11 méta-analyses. Ainsi, 937 relations provenant de 163 méta-analyses sont restantes pour l'étape subséquente.

Étape 4: Catégorisation des variables

Parmi les 163 méta-analyses restantes, des dizaines de déterminants organisationnels et d'indicateurs de santé ont été répertoriés. Notre objectif étant de synthétiser cette information, nous avons procédé à la catégorisation de ces variables. Pour ce faire, une approche issue de l'analyse qualitative, soit le *template analysis* (King, 2012), a été adoptée. Ainsi, nous avons utilisé deux catégorisations de départ. Pour les déterminants organisationnels, nous avons eu recours à celle de Day et Nielsen (2017) comprenant les dix composantes énumérées en

première partie du présent article. Pour les indicateurs de santé, suivant les travaux de Testa et Simonson (1996) et de Keyes (2005), une catégorisation largement reconnue à quatre catégories a été retenue : 1) santé psychologique positive, 2) santé psychologique négative, 3) santé physique positive, et 4) santé physique négative. Nous avons suivi un processus itératif au cours duquel une partie des variables répertoriées dans les méta-analyses ont été catégorisées à partir de ces schèmes initiaux, lesquels ont été modifiés au besoin (par l'ajout, le retrait ou la modification de catégories), et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les variables indépendantes et dépendantes aient été classées dans des versions améliorées des schèmes de catégorisations. Le résultat de cet exercice est présenté au Tableau 2.

Tableau 2

Catégorisation des déterminants organisationnels et des indicateurs de santé

Déterminants organisationnels	
Catégories	Principales variables tirées des méta-analyses
1. Caractéristiques du travail	Autonomie, contrôle, demandes émotionnelles, demandes physiques
2. Relations avec les collègues	Soutien des collègues, climat relationnel, coopération
3. Leadership	Leadership transactionnel/transformationnel, échange leader-member, supervision abusive, traits du superviseur
4. Relations avec les clients	Interaction avec la clientèle
5. Culture de soutien, de respect et de justice	Justice organisationnelle, soutien organisationnel perçu, harcèlement au travail, jeux politiques, bris du contrat psychologique
6. Sécurité de l'environnement de travail	Climat organisationnel de sécurité, formation en santé et sécurité, exposition à des polluants
7. Initiatives organisationnelles	Stratégies de socialisation, pratiques managériales hautement performantes, programmes de santé mieux-être, pratiques de communication
Indicateurs de santé	
Catégories	Principales variables tirées des méta-analyses
1. Santé psychologique positive	Satisfaction au travail, engagement organisationnel, motivation, affects positifs, sentiment d'efficacité, estime de soi, implication
2. Santé psychologique négative	Épuisement, anxiété, stress, symptômes dépressifs, cynisme, émotions négatives
3. Santé physique	Diabète, cancer, blessures, troubles musculo-squelettiques, maux de tête, troubles du sommeil, troubles de l'appétit, fatigue physique

Puisque la santé physique est opérationnalisée surtout par la prévalence d'indicateurs négatifs (p. ex. maladies, troubles), une seule catégorie, intitulée « santé physique », a été conservée.

Étape 5: Analyses

La dernière étape consiste à analyser les résultats pour les 937 relations restantes. Pour chaque relation, nous avons examiné le *type d'effet* rapporté. Afin d'assurer une plus grande cohérence des résultats, la statistique *r* (coefficients de corrélation) a été priorisée pour les relations impliquant un indicateur de santé psychologique,

alors que la statistique *OR* (*odds ratio*) a été priorisée pour la santé physique, puisqu'elles étaient respectivement plus présentes dans les méta-analyses impliquant ces indicateurs de santé. Pour chacune des relations répertoriées, nous avons codifié la *taille d'effet* selon le barème suivant : aucun effet = 0, faible effet = 1, moyen effet = 2, et grand effet = 3. Pour les *r*, nous nous sommes inspirés des normes de Cohen (1992), en valeur absolue, afin d'établir les plages d'effets rapportées au Tableau 3. De la même manière, nous avons utilisé les normes de Chen, Cohen et Chen (2010) en ce qui concerne les tailles d'effet des *odds ratio*².

Tableau 3

Type et taille d'effet

	Corrélation (<i>r</i>) Santé psychologique	<i>Odds ratios</i> (<i>OR</i>) Santé physique
Aucun effet (=0)	$r < .05 $	$OR < 1.34$
Faible effet (=1)	$.05 \leq r < .20 $	$1.34 \leq OR < 2.575$
Moyen effet (=2)	$.20 \leq r < .40 $	$2.575 \leq OR < 5.09$
Grand effet (=3)	$r \geq .40 $	$OR \geq 5.09$

Après avoir attribué une taille d'effet (de 0 à 3) à chacune des relations, les relations comparables (soit celles impliquant des déterminants et des indicateurs de santé de mêmes catégories) ont été rassemblées (p. ex. leadership et santé psychologique positive). Puis une moyenne arithmétique des scores de taille d'effet a été calculée. Étant donné que les normes pour les moyennes de corrélations et pour les ratios ne sont pas compatibles entre elles, nous présenterons les résultats provenant d'une seule norme par catégorie d'indicateur de santé, ce qui nous amène à 791 relations.

Résultats

Les résultats de la revue systématique sont présentés au Tableau 4.

Caractéristiques du travail. La recension indique qu'un grand nombre de méta-analyses traitent des liens entre, d'une part, le contenu du travail (p.ex. autonomie, charge de travail, clarté de rôle) ou les conditions de travail (p. ex. horaire de travail, sécurité d'emploi), et la santé d'autre part. En effet, 335 relations ont été recensées, ce qui représente 42 % des relations retenues dans cette revue systématique. De manière générale, les résultats indiquent que les caractéristiques du travail ont un effet faible à moyen tant sur la santé psychologique positive que négative (1.72 et 1.57, respectivement), mais négligeable sur la santé physique (0.40). Des sous-catégories portant sur les demandes psychologiques et les demandes physiques du travail émergent également des méta-analyses répertoriées; on remarque des effets faibles à moyens entre les demandes psychologiques de la tâche d'une part et la santé psychologique positive (1.32) et négative (1.84) de

² Pour les corrélations, selon Cohen (1992), un petit effet correspond à .10, un effet moyen à .30, et un grand effet à .50. Chen et al. (2009) indiquent quant à eux qu'un *odds ratio* (*OR*) de 1.68 correspond à un petit effet, 3.47 à un effet moyen, et 6.71 à un grand effet.

Tableau 4
Effets des déterminants organisationnels sur la santé des travailleurs

Déterminant organisationnel		Santé psychologique positive	Santé psychologique négative	Santé physique
Caractéristiques du travail	N ^{bre} de relations	166	82	87
	Moyenne de l'effet	1.72	1.57	0.40
<i>Demandes psychologiques</i>	N ^{bre} de relations	53	42	40
	Moyenne de l'effet	1.32	1.84	0.30
<i>Demandes physiques</i>	N ^{bre} de relations			42
	Moyenne de l'effet			0.52
Relations avec les collègues	N ^{bre} de relations	21	6	
	Moyenne de l'effet	2.05	1.50	
Leadership	N ^{bre} de relations	105	52	
	Moyenne de l'effet	2.07	1.73	
<i>Comportements de leadership axés sur la tâche</i>	N ^{bre} de relations	17	8	
	Moyenne de l'effet	2.12	1.38	
<i>Comportements de leadership axés sur les relations</i>	N ^{bre} de relations	30	17	
	Moyenne de l'effet	2.43	1.82	
<i>Comportements de leadership axés sur le changement</i>	N ^{bre} de relations	14	7	
	Moyenne de l'effet	2.50	1.29	
<i>Leadership passif et laissez-faire</i>	N ^{bre} de relations	5		
	Moyenne de l'effet	2.00		
<i>Traits et caractéristiques du leader</i>	N ^{bre} relations	17		
	Moyenne de l'effet	0.88		
<i>Leadership destructeur/abusif</i>	N ^{bre} relations	13	15	
	Moyenne de l'effet	1.77	2.00	
Relations avec les clients	N ^{bre} de relations	5		
	Moyenne de l'effet	1.20		
Culture de soutien, de respect et de justice	N ^{bre} de relations	87	54	6
	Moyenne de l'effet	2.25	2.17	0.33
<i>Culture de mauvais traitements</i>	N ^{bre} de relations	44	25	
	Moyenne de l'effet	2.09	2.28	
Sécurité de l'environnement de travail	N ^{bre} de relations			83
	Moyenne de l'effet			0.75
<i>Risques physiques</i>	N ^{bre} de relations			73
	Moyenne de l'effet			0.73
Initiatives organisationnelles	N ^{bre} de relations	37		
	Moyenne de l'effet	2.08		

Note : Résultats basés sur l'analyse de 163 méta-analyses comprenant 791 relations. « N^{bre} de relations » correspond au nombre de relations répertoriées dans les méta-analyses entre le déterminant et l'indicateur de santé. « Moyenne de l'effet » correspond à la moyenne des tailles d'effets, en valeur absolue, pour les relations répertoriées (coefficients de corrélation pour la santé psychologique et *odds ratio* pour la santé physique). Cette moyenne est interprétée à partir du barème suivant : 0 = aucun effet, 1 = faible effet, 2 = effet moyen, et 3 = grand effet. Les cellules en gris indiquent qu'un faible nombre de relations (2 ou moins) ont été répertoriées.

l'autre. Enfin, les demandes psychologiques et les demandes physiques de la tâche ont un effet négligeable sur la santé physique (0.30 et 0.32, respectivement).

Relations avec les collègues. Peu de méta-analyses portent sur les liens entre la qualité des relations avec les collègues et la santé psychologique des travailleurs (27 relations au total, soit 3 % des relations analysées) et aucune pour la santé physique. Il semble néanmoins que la qualité des relations interpersonnelles entre collègues (p. ex. soutien, coopération) contribue à la santé psychologique positive des travailleurs (effet moyen de 2.05).

Leadership. Un grand nombre de relations entre le leadership et la santé psychologique a été relevé (157 au total, représentant près de 20 % de l'ensemble des relations analysées), mais aucune sur les liens entre leadership et santé physique des travailleurs. Globalement, les analyses révèlent que le leadership a un effet moyen un peu plus fort sur la santé psychologique positive (2.07) que sur la santé psychologique négative (1.73). En analysant les sous-catégories du leadership, il en ressort que ce sont les comportements du gestionnaire axés sur la relation et sur le changement qui contribuent le plus à la santé psychologique positive (2.43 et 2.50, respectivement) alors que les traits et caractéristiques du leader ont peu d'influence sur cette dernière (0.88). Parmi les déterminants de la santé psychologique négative, le leadership destructeur/abusif (2.00) a l'effet le plus prononcé.

Relations avec les clients. Très peu de méta-analyses traitent du lien entre les relations avec les clients (p. ex., intensité des contacts, agression) et la santé des travailleurs (5 relations répertoriées, soit 0.6 % de l'ensemble des relations). L'effet de ce déterminant sur la santé psychologique positive semble faible (1.20).

Culture de soutien, de respect et de justice. Un total de 147 relations (soit près de 19 % des relations) entre ce déterminant et la santé ont été répertoriées. Près de la moitié des méta-analyses dans cette catégorie portent plutôt sur ce qu'on pourrait appeler la culture de mauvais traitements (correspondant, par exemple, au manque de soutien ou à la présence de harcèlement). Les résultats révèlent des effets de taille moyenne (de 2.09 à 2.28) entre la culture et la santé psychologique. Plus précisément, une culture où le soutien, le respect et la justice sont mis de l'avant contribuerait à améliorer la santé psychologique positive, et à réduire la santé psychologique négative.

A contrario, une culture de mauvais traitements entraînerait un accroissement de la santé psychologique négative et une diminution de la santé psychologique positive. Enfin, la culture a un effet négligeable sur la santé physique (0.33).

Sécurité de l'environnement de travail. Dans les méta-analyses recensées, ce déterminant organisationnel – associé principalement aux risques physiques de l'environnement – est mis en relation avec la santé physique des travailleurs (83 liens, soit environ 10 % des relations analysées). Il appert que la sécurité de l'environnement détermine faiblement la santé physique des travailleurs (0.75).

Initiatives organisationnelles. Parmi les méta-analyses recensées, 37 relations (près de 5 %) renvoient à une panoplie d'initiatives organisationnelles (Day & Nielsen, 2017), incluant des pratiques de gestion (p. ex. stratégies de socialisation, pratiques managériales hautement performantes, processus de communication) et des interventions (p. ex. programme de santé et mieux-être). Les initiatives d'envergure organisationnelle ont un effet de taille moyenne (2.08) sur la santé psychologique positive des travailleurs.

Discussion

L'objectif de la présente étude était de faire une revue systématique des connaissances portant sur les déterminants organisationnels de la santé des travailleurs afin de circonscrire les variables les plus influentes et ainsi offrir des pistes d'intervention. La revue systématique de méta-analyses réalisée a permis de répertorier plusieurs études pour les différentes catégories de déterminants organisationnels de la santé psychologique positive, de la santé psychologique négative et de la santé physique.

En regard de la santé psychologique des travailleurs, nos résultats mettent en lumière l'importance de la culture organisationnelle de soutien, de respect et de justice. Ce déterminant contribuerait à la fois à l'accroissement de la santé psychologique positive (p. ex. engagement organisationnel, motivation, estime de soi) et à la réduction de la santé psychologique négative (p. ex. épuisement, émotions négatives, cynisme). Les interventions organisationnelles ayant comme objet l'amélioration de la culture de soutien, de respect et de justice, seraient donc particulièrement bénéfiques pour la santé psychologique globale des travailleurs (Ahmed & Nawaz, 2015 ; Chiaburu, Peng, Oh, Banks, & Lomeli, 2013). Par ailleurs, nos résultats

montrent que les relations avec les collègues et le supérieur ont des effets non négligeables sur la santé psychologique positive des travailleurs, bien que moins prononcés sur la santé psychologique négative. Plus spécifiquement, les relations positives avec les collègues (p. ex. coopération), ainsi les comportements du gestionnaire axés sur le changement (p. ex. leadership transformationnel) et sur les relations (p. ex. considération, qualité de l'échange leader-membre), favoriseraient la santé psychologique positive de l'employé. *A contrario*, le leadership destructeur et abusif entraînerait de la détresse psychologique. Des interventions visant la consolidation d'équipe d'une part et le développement du leadership de l'autre seraient donc à considérer en vue d'améliorer la santé psychologique des travailleurs (Day & Nielsen, 2017 ; Kelloway & Barling, 2010).

En ce qui a trait à la santé physique, notons d'abord que les indicateurs de santé utilisés dans les méta-analyses répertoriées sont de nature objective pour la plupart, contrairement à ceux utilisés pour la santé psychologique. En effet, les indicateurs de santé physique renvoient à des conditions physiques diagnostiquées (p. ex. diabète, cancer) ou des atteintes physiques (p. ex. blessures, troubles musculo-squelettiques) plutôt qu'à des indicateurs subjectifs (p. ex. perception de l'état de santé générale). Ceci peut contribuer à expliquer que dans cette revue systématique, les déterminants organisationnels répertoriés ont un effet plutôt faible sur la santé physique des travailleurs. Il est probable que pris isolément, les déterminants tels que la culture ou le leadership n'aient pas d'effets directs significatifs sur l'apparition de troubles de santé. Il est aussi plausible que les problèmes de santé physique répertoriés soient le fruit d'une exposition à un environnement de travail délétère, c'est-à-dire qui combine plusieurs facteurs de risques qui interagissent ensemble ; l'accumulation des contraintes représente d'ailleurs un facteur aggravant qui met davantage à risque la santé des travailleurs (Vézina et al., 2011). De plus, il est probable que l'effet des facteurs de risques psychosociaux sur la santé physique des travailleurs implique un temps de latence relativement long entre l'exposition et l'apparition des premiers symptômes diagnostiqués (Cox, Griffiths, & Rial-Gonzalez, 2000). Conséquemment, ces relations seraient mieux captées par des études longitudinales. Aussi, considérant l'origine multifactorielle des problèmes de santé physique (Vézina et al., 2011), ceux-ci pourraient résulter d'une interaction entre des déterminants organisationnels et des déterminants individuels (p. ex. habitudes de vie) ; or ces derniers ne sont pas

considérés dans la présente étude. Enfin, le faible lien entre les déterminants organisationnels et la santé physique pourrait s'avérer le reflet des efforts consentis par les organisations ces dernières décennies en vue de réduire les risques physiques auxquels sont exposés les travailleurs. Il est également possible que les normes pour évaluer les tailles d'effet ne soient pas équivalentes pour la santé psychologique (Cohen, 1992) et la santé physique (Chen et al., 2010). Nous encourageons donc la comparaison des résultats à l'intérieur de ces catégories d'indicateurs de santé, mais non entre celles-ci.

Globalement, les déterminants organisationnels répertoriés ont des effets plus importants sur la santé psychologique positive (p. ex. accroissement du bien-être, de la satisfaction) que sur la santé psychologique négative (p. ex. réduction du stress, de l'épuisement). Il est donc permis de croire que les interventions prenant appui sur ces antécédents (p. ex. amélioration de la culture organisationnelle, développement des compétences des gestionnaires) auront d'abord et avant tout un effet sur la santé psychologique positive des travailleurs. Ceci justifie l'attention accrue que la facette positive de la santé psychologique a reçu ces dernières années.

Limites et avenues de recherche

La présente étude s'appuie sur les résultats de méta-analyses qui, parce qu'elles synthétisent des études empiriques originales, entraînent une perte d'informations rendant difficile l'analyse fine et contextualisée des résultats. Par ailleurs, nous n'avons pas effectué de pondération des résultats des méta-analyses ; il aurait été souhaitable, par exemple, de tenir compte de la taille des échantillons, bien que cette pratique appartienne davantage aux études méta-analytiques (Hedges & Olkin, 2014), ou encore d'évaluer la qualité des méta-analyses répertoriées pour accorder un poids plus important aux résultats provenant des méta-analyses les plus rigoureuses (Cooper & Koenka, 2012). Aussi, nous avons choisi de nous concentrer sur des méta-analyses publiées depuis 2007, ce qui a pu nous amener à écarter certains indicateurs de santé non couverts dans ces méta-analyses récentes. Notons cependant que les méta-analyses répertoriées sont construites sur la base d'études primaires plus anciennes. De fait, pour une majorité de ces méta-analyses, les auteurs ont retracé les études primaires pertinentes dans des bases de données (p. ex. PsycINFO) qui répertorient des études depuis la fin du 19^e siècle. Une autre part importante des méta-analyses retenues inclut des études primaires publiées depuis les années 1960. Ainsi, nous

estimons couvrir une vaste proportion de la documentation publiée depuis la seconde moitié du 20^e siècle. Par ailleurs, notre revue se limite aux déterminants organisationnels de la santé des travailleurs, étant donné les rapprochements à faire avec les interventions qui peuvent être déployées en organisation. Cependant, tel qu'évoqué précédemment, la santé est déterminée par des facteurs de divers niveaux (Gouvernement du Québec, 2012), incluant les caractéristiques individuelles (p. ex. bagage génétique, habitudes de vie) et les facteurs sociaux (p. ex. contexte économique, éducation, logement). De futures recherches pourraient viser à faire la synthèse des déterminants multiniveaux de la santé des travailleurs pour délimiter leur importance relative.

Une autre avenue de recherche concerne la santé physique des travailleurs. À ce stade, peu de méta-analyses portent sur les déterminants organisationnels de la santé physique. Nous suggérons aux chercheurs d'explorer cette voie sachant que la santé physique et la santé psychologique sont fortement interreliées (Stock, Vézina, Seifert, Tissot, & Messing, 2006).

Aussi, parmi les méta-analyses répertoriées dans la catégorie « initiatives organisationnelles », peu concernent l'incidence des programmes de santé mieux-être sur la santé des travailleurs ; ceci indique une piste de recherche prometteuse. Enfin, de futures études pourraient considérer les effets des déterminants organisationnels à la fois sur la santé des personnes et l'efficacité organisationnelle (p. ex. productivité, rétention) et ainsi adopter une vision plus holistique de la santé organisationnelle (Dagenais-Desmarais et al., 2013).

En conclusion, cette étude met en relief les déterminants organisationnels ayant un effet sur la santé des travailleurs. La culture organisationnelle, qui renvoie aux perceptions de justice, de respect et de soutien, de même que le leadership, se révèlent les meilleurs déterminants de la santé psychologique. Il est donc permis de croire que des interventions organisationnelles s'appuyant sur ces déterminants amélioreraient la santé des travailleurs.

Références

- Achille, M. A. (2003a). Définir la santé au travail. I. La base conceptuelle d'un modèle de la santé au travail. Dans R. Foucher, A. Savoie et L. Brunet (Dir.), *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail* (pp. 65-90). Montréal, Canada: Éditions nouvelles AMS.
- Achille, M. A. (2003b). Définir la santé au travail : un modèle multidimensionnel des indicateurs de la santé au travail. Dans R. Foucher, A. Savoie et L. Brunet (Dir.), *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail* (pp. 91-109). Montréal, Canada: Éditions nouvelles AMS.
- Ahmed, I., & Nawaz, M. M. (2015). Antecedents and outcomes of perceived organizational support: A literature survey approach. *Journal of Management Development*, 34(7), 867-880. doi : 10.1108/JMD-09-2013-0115
- Baril-Gingras, G., Montreuil, S., & Fournier, P. S. (2013). La santé et la sécurité au travail, au cœur du travail et de l'emploi: un modèle intégrateur. Dans S. Montreuil, P.-S. Fournier et G. Baril-Gingras, (Dir.), *L'intervention en santé et sécurité au travail : pour agir en prévention dans les milieux de travail* (pp. 3-19). Québec, Canada: Presses de l'Université Laval.
- Burton, J. (2010). *WHO healthy workplace framework and model: Background and supporting literature and practice*. Geneva: World Health Organisation.
- Chen, H., Cohen, P., & Chen, S. (2010). How big is a big odds ratio? Interpreting the magnitudes of odds ratios in epidemiological studies. *Communications in Statistics - Simulation and Computation*, 39(4), 860-864. doi: 10.1080/03610911003650383
- Chiaburu, D. S., Peng, A. C., Oh, I.-S., Banks, G. C., & Lomeli, L. C. (2013). Antecedents and consequences of employee organizational cynicism: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 83(2), 181-197. doi: 10.1016/j.jvb.2013.03.007
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Commission de la santé mentale du Canada. (2017). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Repéré à [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-03/la %20nesessite %20investir %20dans %20la %20sante %20mentale %20au %20canada.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-03/la%20nesessite%20investir%20dans%20la%20sante%20mentale%20au%20canada.pdf)

- Conference Board of Canada. (2017). *Initiatives de mieux-être: Tendances en matière de gestion de la santé organisationnelle*. Repéré à <https://www.conferenceboard.ca/e-Library/abstract.aspx?did=9107>
- Cooper, C. L., & Bevan, S. (2014). Business benefits of a healthy workforce. In A. Day, K. Kelloway & J. J. Hurrell (dir.), *Workplace well-being: How to build psychologically healthy workplaces* (pp. 27-50). Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons Inc.
- Cooper, H., & Koenka, A. C. (2012). The overview of reviews: Unique challenges and opportunities when research syntheses are the principal elements of new integrative scholarship. *American Psychologist*, 67(6), 446-462. doi: 10.1037/a0027119
- Cooper, J., & Patterson, D. (2008). Should business invest in the health of its workers? *International Journal of Workplace Health Management*, 1(1), 65-71. doi: 10.1108/17538350810865604
- Courcy F., Boudrias, J. S., & Montani, F. (2018). Nouveaux regards sur les interrelations complexes entre le bien-être et les performances au travail. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 24(1), 1-5. doi: 10.1016/j.pto.2017.07.002
- Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on work-related stress*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work.
- Dagenais-Desmarais, V., Dufour, M., St-Hilaire, F., & Hébert, R. (2013). Santé organisationnelle: où en sommes-nous et vers où allons-nous au Québec? *Revue Industrielle*, 68(4), 661-681. doi: 10.7202/1023010ar
- Danna, K., & Griffin, R. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25(3), 357-384. doi: 10.1177/014920639902500305
- Day, A., & Nielsen, K. (2017). What does our organization do to help our well-being? Creating healthy workplaces and workers. In N. Chmiel, F. Fraccaroli & M. Sverke (Eds.), *An introduction to work and organizational psychology* (pp. 295-314). Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons Inc.
- Day, A., & Randell, K. D. (2014). Building a foundation for psychologically healthy workplaces and well-being. In A. Day, K. Kelloway & J.J. Hurrell (Eds.), *Workplace well-being: How to build psychologically healthy workplaces* (pp. 3-25). Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons Inc.
- Gatchel, R. J. & Kishino, N. D. (2012). Conceptual approaches to occupational health and wellness: An overview. In R.J. Gatchel & I.Z. Schultz (Eds.), *Handbook of occupational health and wellness* (pp. 3-22), New-York: Springer Science-Business Media.
- Gilbert, M. H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 61(4), 195-203. doi: 10.1016/j.erap.2011.09.001
- Gouvernement du Québec (2012). *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- Grawitch, M. J. & Ballard, D. W. (2016). Introduction: Building a psychologically healthy workplace. In M.J. Grawitch & D.W. Ballard (Eds.), *The psychologically healthy workplace: Building a win-win for organization and employees* (pp. 3-12). Washington: American Psychological Association.
- Grawitch, M. J., Gottschalk, M., & Munz, D. C. (2006). The path to a healthy workplace: A critical review linking healthy workplace practices, employee well-being, and organizational improvements. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 58(3), 129-147. doi: 10.1037/1065-9293.58.3.129
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (2014). *Statistical methods for meta-analysis*. Londres : Academic press.
- Kelloway, E. K., & Barling, J. (2010). Leadership development as an intervention in occupational health psychology. *Work & Stress*, 24(3), 260-279. doi: 10.1080/02678373.2010.518441
- Kelloway, K. E. & Day, A. (2005). Building healthy workplaces: What we know so far. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 37(4), 223-335. doi: 10.1037/h0087259

- Kelloway, K. E., Hurrell Jr, J. J., & Day, A. (2008). Workplace interventions for occupational stress. In K. Naswall, M. Sverke, & J. Hellgren (Eds.), *The individual in the changing working life* (pp. 419-441). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st Century. In C.L.M. Keyes (Ed.) *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 293-312). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 539-548. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.59
- King, N. (2012). Doing template analysis. In G. Symon & C. Cassell (Eds.), *Qualitative organizational research* (pp. 274-287). London: Sage.
- Laroche, P. (2015). *La méta-analyse: méthodes et applications en sciences sociales*. Louvain-La-Neuve, Belgique : De Boeck.
- Lowe, G. (2010). *Creating healthy organizations: How vibrant workplaces inspire employees to achieve sustainable success*. Toronto, Canada : University of Toronto Press.
- Organisation mondiale de la Santé. (1948). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé*, [New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États 1946]. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, no 2, p. 100 et entrée en vigueur le 7 avril 1948.
- Petticrew, M., & Roberts, H. (2008). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. Malden, MA ; Oxford : Blackwell Pub.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., & Martínez, I. M. (2012). We need a hero! Toward a validation of the healthy and resilient organization (HERO) model. *Group & Organization Management, 37*(6), 785-822. doi : 10.1177/1059601112470405
- Stock, S., Vézina, N., Seifert, A. M., Tissot, F., & Messing, K. (2006). Les troubles musculo-squelettiques, la détresse psychologique et les conditions de travail au Québec : relations complexes dans un monde du travail en mutation. *Santé, Société et Solidarité, 5*(2), 45-58. doi : 10.3406/oss.2006.1118
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine, 334*(13), 835-940.
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A., ... Prud'homme, M. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de sécurité du travail (EQCOTESST)*. (Rapport no RR-691). Québec, Canada : Institut national de santé publique Québec, Institut de la statistique Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2069276>
- Wilson, M. G., Dejoy, D. M., Vandenberg, R. J., Richardson, H. A., & Mcgrath, A. L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 77*(4), 565-588. doi : 10.1348/0963179042596522