

RAPPORTS ENTRE CONFIANCE ET SANTÉ AU TRAVAIL : ÉTAT DE LA CONNAISSANCE

Cahier de la Chaire Confiance, Coopération et Management n°9

Novembre 2022

Université Paris-Dauphine-PSL

RAPPORTS ENTRE CONFIANCE ET SANTÉ AU TRAVAIL : ÉTAT DE LA CONNAISSANCE

Auteur : **Gregor Bouville**,

Professeur en Sciences de Gestion à l'IAE Lyon School of Management

Ce rapport présente une revue de littérature des liens entre confiance au travail, coopération et santé au travail. Il s'agira dès lors d'explorer plus en profondeur les interrelations entre ces trois concepts dans la littérature. La question centrale est de savoir si la confiance est un déterminant essentiel de la coopération et de la santé des salariés. Nous reviendrons, dans un premier temps, sur les différentes définitions de la confiance, puis, présenterons les modélisations théoriques des liens entre confiance et santé. Dans un second temps, nous analyserons les recherches empiriques sur les liens entre confiance et santé.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 3 |
| I. Les approches théoriques permettant d'expliquer les relations entre confiance et santé | 4 |
| 1.1 La confiance : un concept polysémique | 4 |
| 1.2 Les approches théoriques pour appréhender les relations entre confiance et santé | 9 |
| II. Les effets de la confiance sur la santé : tests empiriques | 23 |
| 2.1 La confiance : des effets positifs attendus sur la santé à... | 23 |
| 2.2 ...des effets contre-intuitifs sur la santé | 26 |
| Conclusion | 27 |

I. Les approches théoriques permettant d'expliquer les relations entre confiance et santé

Nous présenterons tout d'abord des définitions des concepts de confiances interpersonnelle et institutionnelle, puis analyserons les approches théoriques permettant d'appréhender les relations entre confiance et santé.

1.1 La confiance : un concept polysémique

Le concept de confiance donne lieu à des définitions différentes en fonction des disciplines l'abordant (Barreau, 1997). Nous nous centrerons sur les approches gestionnaire, psychologique et épidémiologique, qui sont les principales disciplines ayant étudiées les relations entre confiance et santé. Nous définirons successivement les deux concepts de confiance mobilisés dans la suite de notre revue de littérature : d'une part, la confiance organisationnelle interpersonnelle et, d'autre part, la confiance sociale, institutionnelle ou systémique.

1.1.1 La confiance organisationnelle interpersonnelle

Bien que la définition de la confiance ne fasse pas consensus dans la littérature en gestion, nous pouvons identifier un certain nombre de caractéristiques communes : la volonté de se rendre vulnérable à l'autre fondée sur des attentes positives vis-à-vis de ses intentions, la présence d'un risque et l'interdépendance entre le « *trustor* » (la personne accordant sa confiance) et le « *trustee* » (la personne recevant cette confiance) (Campoy et Neveu, 2007 ; Mayer et al., 1995 ; Rousseau et al., 1998).

La confiance, entendue comme la volonté de se rendre vulnérable, est considéré comme un état psychologique par Rousseau et al. (1998) ou une attitude d'une personne envers une autre (Robinson, 1996) et doit être distingué de l'acte de faire confiance dans laquelle apparaît la notion de risque, selon Dietz et Harzog (2006) et Isaeva et al. (2019).

Dans cette perspective théorique, le *trustor* s'appuie sur un ensemble de croyances subjectives au sujet des qualités individuelles (intégrité, compétence, bienveillance...) de la personne à qui il accorde sa confiance et des résultats positifs à en attendre (Dietz et Harzog, 2006). Ces croyances

peuvent se décomposer en deux composantes (Campoy et Neveu, 2007 ; Lewis et Weigert, 1985 ; McAllister, 1995) :

- une composante *cognitive* (Lewis et Weigert, 1985 ; McAllister, 1995) ou *calculée* (Campoy et Neveu, 2007) reposant sur les croyances dans les qualités suivantes de l'autre partie : compétence, cohérence, respect des promesses ;
- une composante *affective* (Campoy et Neveu, 2007 ; Lewis et Weigert, 1985 ; McAllister, 1995) ou *calculée* (Campoy et Neveu, 2007) reposant sur les croyances dans les qualités suivantes de l'autre partie : ouverture d'esprit, justice, disponibilité, bienveillance

La confiance désigne ainsi « des attentes se rattachant à une relation particulière avec l'autre partie, relation qui se développe selon deux axes principaux (affectif et calculé) en fonction des caractéristiques perçues de l'autre partie (sa compétence, sa bienveillance, son honnêteté, etc.) » (Campoy et Neveu, 2007, p. 141). Dans le cadre de la relation salariale, plusieurs niveaux de confiance peuvent être distingués (Campoy et Neveu, 2007 ; Dietz et Harzog, 2006) : la confiance du salarié dans son supérieur hiérarchique immédiat, dans ses collègues ou plus généralement dans le management au sein de son organisation.

1.1.2 La confiance institutionnelle, sociale ou systémique

La confiance institutionnelle ou sociale peut se définir, à la suite de Simmel (1999 [1908], p. 356, *in* Pohn-Weidinger et Zimmerman, 2006, p. 6) comme une « hypothèse sur une conduite future assez sûre pour qu'on fonde sur elle l'action pratique ». A l'instar de l'approche fonctionnaliste de Luhmann (2006, p. 1-8), la confiance « au sens large du terme, c'est-à-dire le fait de se fier à ses propres attentes, constitue une donnée élémentaire de la vie en société (...). Là où il y a confiance, il existe davantage de possibilités d'expérience et d'action (...) ». Luhmann (2006, p. 24) pense la confiance *systémique* comme un mode de réduction de la complexité sociale : « A mesure que s'accroît le besoin de complexité et qu'apparaît l'autre homme en tant qu'alter ego, en tant que co-responsable de cette complexité et de sa réduction (...), la confiance se transforme en une confiance systémique d'un genre nouveau qui implique un abandon risqué, en toute conscience, des autres informations possibles, de même que des indifférences avérées et un contrôle constant des résultats ». Notons également que Luhmann (2001, 2006, p.19) distingue les notions de familiarité ou *confiance assurée* (*confidence*), une confiance tranquille, immédiate, orientée sur le passé, de la *confiance décidée* (*trust*), tournée vers l'avenir, qui comporte un élément de risque en extrapolant à partir du passé. Luhmann (2001) considère que la familiarité est la condition de *la confiance assurée*.

Cette forme de confiance apparaît beaucoup plus abstraite que la confiance interpersonnelle car elle renvoie tant à la confiance dans autrui, dans une société donnée, qu'à la confiance accordée aux institutions (gouvernement, systèmes éducatif, démocratique, juridique, redistributif...) environnant l'individu. Cette confiance sociale ou systémique est opérationnalisée dans l'enquête mondiale *World Values Survey* (WVS) par la question suivante : « D'une manière générale, diriez-vous que, la plupart du temps, on peut faire confiance à la plupart des gens, ou qu'on ne peut qu'être trop prudent dans les relations avec les gens ? ». La confiance institutionnelle ou sociale peut être elle-même assimilée à une sous-dimension du concept plus large de capital social, entendu comme un ensemble agrégé incluant « la confiance sociale (ou institutionnelle), les normes de réciprocité, les réseaux informels d'engagement civique (Putnam, 1993, p. 167)¹. Ces précisions auront leur importance dans la suite de notre développement puisque certaines études épidémiologiques utilisent indifféremment les concepts de capital social et de confiance sociale pour analyser leurs effets sur la santé des individus (Carpanio et Fitterer, 2014).

1.1.3 La confiance ressentie

Si la confiance accordée à son supérieur ou à ses collègues a été très étudiée, la confiance ressentie (ou la conscience d'être digne de confiance de la part de son supérieur ou de ses collègues) l'a peu été (Lau et al., 2007). Elle est associée à un état psychologique de responsabilisation (*empowerment*) ou d'auto-efficacité (Gill et al., 2019). La confiance ressentie est aussi corrélée à une meilleure performance au travail (Baer et al., 2015). Elle repose sur la théorie de l'échange sociale (Blau, 1964) : le subordonné, à qui le supérieur accorde sa confiance, est censé lui retourner, *via* une confiance accrue, ce qui facilite l'échange de bénéfices mutuelles (Gill et al., 2019).

1.2 Les approches théoriques pour appréhender les relations entre confiance et santé

Nous présenterons les deux modèles théoriques que nous avons identifiés dans la littérature pour analyser les relations entre confiance et santé, puis, nous analyserons la manière dont la notion de confiance pourrait être intégrée dans les approches théoriques classiques de la santé mentale au travail.

¹ La définition du capital social par Coleman (1994) est très similaire. Toutefois, Coleman inclut la notion de fiabilité (*trustworthiness*).

1.2.1 Le modèle de Gilson et al. (2005) : la relation entre confiance et santé

Gilson, Palmer et Schneider (2005) proposent un cadre analytique (figure 1) pour penser les relations entre la confiance organisationnelle interpersonnelle, la santé et la relation de confiance entre le corps médical et le patient. Dans cette modélisation, la confiance organisationnelle se décompose en trois sous-dimensions :

- La confiance dans l'organisation employeuse qui inclut le style de leadership au sein de cette organisation mais aussi la nature des pratiques de gestion des ressources humaines mises en place au sein de cette organisation en termes de recrutement, de formation, de rémunération, d'évaluation, d'autonomie au travail et de polyvalence,
- La confiance accordée au supérieur hiérarchique qui intègre des dimensions liées à la justice distributive et procédurale,
- Enfin, la confiance accordée aux collègues s'exprimant au travers des valeurs et des expériences partagées au sein d'équipes autonomes.

Le cadre d'analyse proposé par Gilson a pour finalité de démontrer que la confiance se nouant entre le personnel médical et le patient dépend elle-même de la confiance que le corps médical accorde à l'organisation qu'il l'emploie. Par conséquent, pour Gilson et al. (2005), la confiance est à la fois une variable indépendante ou explicative mais aussi une variable dépendante ou à expliquer. Cette relation entre confiance organisationnelle interpersonnelle et confiance entre le patient et le corps médical est médiatisée par la santé au travail et modérée par l'influence des caractéristiques individuelles et communautaires du corps médical et, plus généralement, par l'environnement social (marqué par les contextes historique, culturel et socio-politique du système de santé) dans laquelle opère cette relation.

La modélisation de la relation entre confiance et santé proposée par Gilson et al. (2005) est ambitieuse, dans sa tentative d'intégrer des éléments individuels et institutionnels. Toutefois, la conceptualisation de la confiance organisationnelle conduit à proposer un concept par trop syncrétique incluant des dimensions liées au leadership, à la justice organisationnelle, aux pratiques de gestion des ressources humaines. Il nous semble que Gilson et al. (2005) confondent les déterminants organisationnels de la confiance et la confiance proprement dite. Par ailleurs, les auteurs ne se réfèrent pas à la littérature abondante sur le sujet en gestion, en économie ou en sociologie.

Figure 1. Cadre analytique de la relation entre confiance et santé (Gilson et al., 2005)

L. Gilson et al. / Social Science & Medicine 61 (2005) 1418–1429

1421

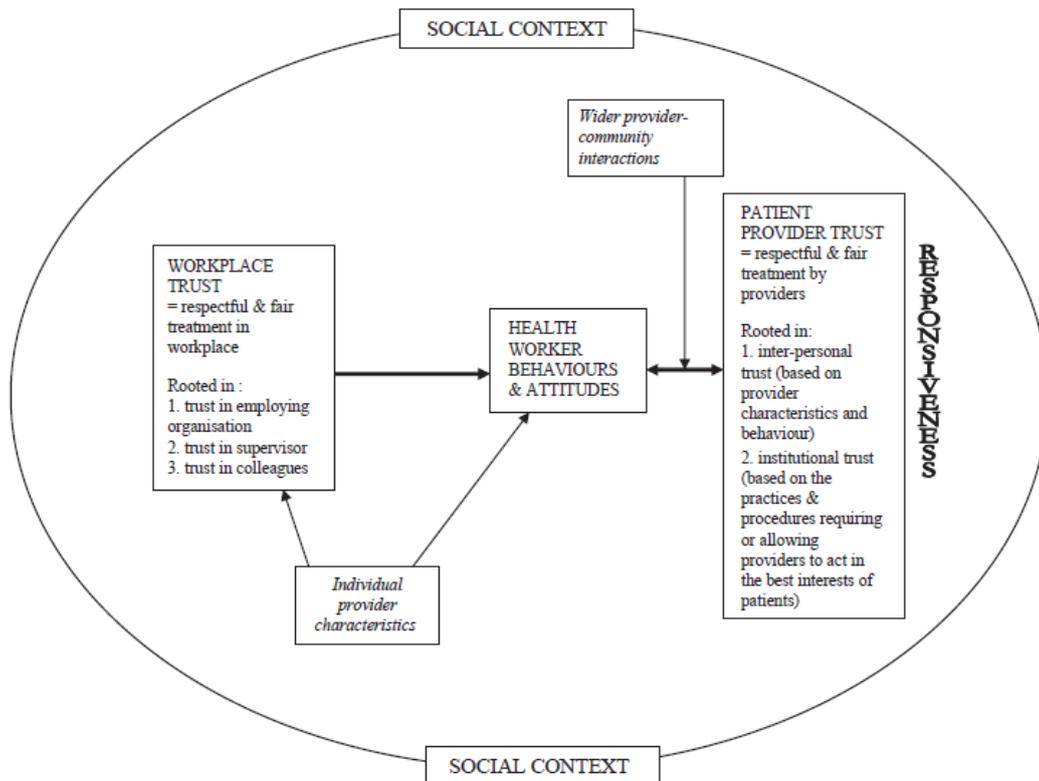


Fig. 1. Conceptual framework.

1.2.2 Le modèle de Dejours et Gernet (2012) : travail, subjectivité et confiance

Dejours et Gernet (2012) appréhendent la confiance, dans sa seule dimension affective, comme l'acceptation d'un état de vulnérabilité d'une personne vis-à-vis de la personne dépositaire de la confiance. La perspective envisagée par ces deux auteurs pose l'idée que la confiance entretient un rapport étroit avec l'expérience de sa propre vulnérabilité, celle-ci participant à la construction du rapport subjectif au travail et, par là-même, à l'identité de l'individu (*ibid.*). La confiance est au fondement de la coopération qui, elle-même, permet une *activité déontique*, c'est-à-dire la construction de « règles de travail construites, par ceux qui travaillent ensemble, pour subvertir l'organisation prescrite du travail (...). La confiance se bâtit sur la capacité des sujets de montrer qu'ils connaissent les règles et qu'ils les respectent : qu'ils sont aussi capables de tricher avec les règles mais pas de n'importe quelle manière, parce que la règle ne peut jamais se réduire à une stricte application » (Dejours et Gernet, 2012, p. 83 et 85). La confiance participe donc à la formation et à la stabilisation d'un collectif de travail en permettant une activité de construction de règles co-construites. Le Lay (2016) mobilise le cadre théorique proposé par Dejours et Gernet en

y associant les notions de confiances assurée et décidée proposées par Luhmann (2001, 2006) pour analyser les conséquences du *New Public Management* sur la confiance et, *in fine*, sur la santé au travail :

« l'évaluation néo-gestionnaire produit un glissement dans l'équilibre entre confiances assurée et décidée : l'individualisation des activités et des formes de reconnaissance favorisée par les outils d'évaluation conduit à un usage instrumental des éléments constitutifs de la confiance assurée (le statut, les règles collectives, etc.) qui peut virer à un calcul tactique toujours plus poussé de ses actions, altérant les conditions nécessaires à la confiance décidée : faire partie d'un groupe de travail se réduit à faire des paris permettant de stabiliser sa seule carrière individuelle, au prix d'un travail considéré comme de moindre qualité » (Le Lay, 2016, p. 74). Cet affaiblissement de la confiance assurée, en limitant l'activité déontique, conduit à la déstabilisation des collectifs de travail avec pour conséquences fréquentes « l'apparition de pathologies de la solitude (syndromes dépressifs, par exemple) et de surcharge (troubles musculo-squelettiques), en raison de l'isolement des individus face à un travail dont le sens leur échappe peu à peu » (Le Lay, 2016, p. 73).

Cette approche théorique proposée par Dejours et Grenet (2012) et mobilisée par Le Lay (2016) pour analyser les conséquences de l'implantation du *New Public Management* nous apparaît très intéressante. Toutefois, elle comporte un risque important, déjà souligné par Mayer et al. (1995), c'est de confondre coopération et confiance. Comme le souligne Mayer et al. (1995, p. 712), si la confiance peut contribuer à développer la coopération, elle n'est pourtant pas une condition nécessaire à cette même coopération puisque la coopération n'induit pas nécessairement la prise d'un risque par l'une des deux parties. Par ailleurs, la coopération peut découler, non d'une relation de confiance, mais plutôt des pressions exercées sur l'une des deux parties par un supérieur hiérarchique.

Nous présenterons, par la suite, des modélisations des déterminants de la santé mentale au travail dans lesquelles nous tenterons d'analyser leurs liens avec la confiance.

1.2.3 Comment la confiance organisationnelle interpersonnelle peut-elle s'intégrer aux cadres théoriques existants sur la santé mentale au travail ?

Nous présenterons successivement plusieurs modèles théoriques de la santé mentale en montrant leurs liens potentiels avec la notion de confiance.

- *Le modèle de Karasek et Theorell (1990) :*

Le modèle « Demande psychologique-Autonomie décisionnelle » (figure 2) de Karasek (1979) repose sur l'hypothèse que le stress est le résultat de la combinaison d'une exigence forte en termes de rapidité et/ou de qualité du travail et d'une faible autonomie dans le travail. Ces deux dimensions de l'organisation du travail sont mesurées par un questionnaire portant sur la façon dont les salariés les perçoivent. La demande psychologique renvoie à la quantité de travail à accomplir (« on me demande de réaliser une quantité excessive de travail »), aux exigences mentales (« mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense ») et aux contraintes de temps liées à ce travail (« je dispose du temps nécessaire pour exécuter mon travail »). L'autonomie (ou *Decision Latitude*) fait référence à la possibilité de choisir les modes opératoires, à la capacité de peser sur les décisions et à la possibilité d'utiliser et de développer ses compétences. Elle comprend deux composantes, l'une tenant à la possibilité de choisir les modes opératoires et à la capacité de peser sur les décisions (« j'ai la liberté de décider comment faire mon travail »), l'autre se situant sur le plan de l'accomplissement de soi au travers de la possibilité d'utiliser et de développer ses compétences (« je fais preuve de créativité dans mon travail »).

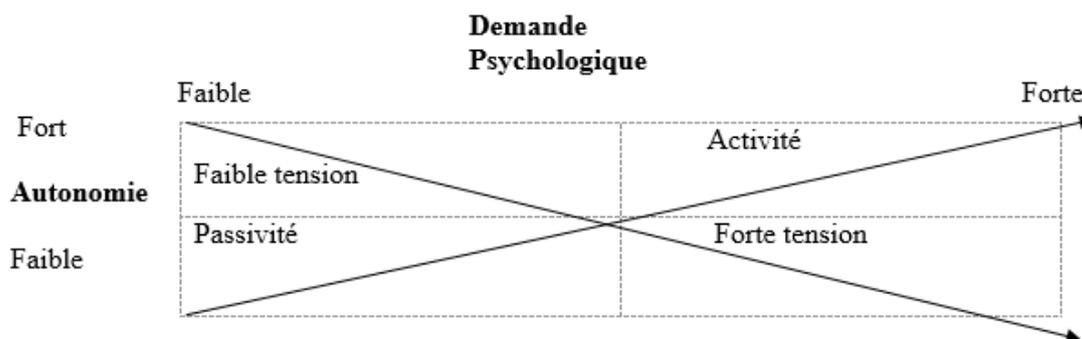


Figure 2 : Le modèle autonomie-demande psychologique de Karasek (1979)

(Adaptation : Gollac et Volkoff, 2007)

La première diagonale oppose les situations passives (faible demande psychologique et faible autonomie) aux situations actives (forte demande psychologique et forte autonomie). La deuxième diagonale oppose les situations de faible tension mentale (faible demande psychologique et forte autonomie) aux situations de forte tension mentale (forte demande psychologique et faible autonomie).

Karasek et Theorell (1990) ont complété ce modèle en ajoutant une troisième dimension, le soutien social (des collègues et du supérieur), incluant deux composantes : soutien instrumental et soutien socio-émotionnel. Le soutien socio-émotionnel fait référence à la

confiance accordée au salarié par ses collègues et par ses supérieurs (« Mon supérieur prête attention à ce que je dis ») (Vézina, 2002), ainsi qu'au degré de cohésion dans le groupe de travail (« Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés »). Le soutien instrumental désigne l'importance de l'aide et de l'assistance donnée par les collègues et les supérieurs (Vézina, 2002), dans l'accomplissement des tâches (« Mon supérieur m'aide à mener à bien ma tâche »). Le manque de soutien social constitue un facteur de risque pour la santé. La situation *d'iso-strain*, qui définit une situation qui combine *job strain* et faible soutien social accroît les risques de maladie cardio-vasculaire (Johnson et al., 1989). Le modèle de Karasek et Theorell (1990) fait donc implicitement référence à la notion de confiance organisationnelle interpersonnelle affective, au sein de la dimension socio-émotionnelle du soutien social, cette dernière venant modérer la combinaison délétère pour la santé mentale d'une forte demande psychologique et d'une faible autonomie dans le travail (situation de *job strain*). Une étude menée par Halbesleben et Wheeler (2015) souligne d'ailleurs la réciprocité de cette relation en montrant que la confiance interpersonnelle dans les collègues se traduit en retour par un renforcement des comportements aidants des collègues à qui cette confiance est accordée.

- *Le modèle de Siegrist (1996)*

Selon le modèle de Siegrist (1996), l'état de stress apparaît lorsqu'il y a déséquilibre entre les efforts qu'une personne consent à fournir dans son travail et les récompenses qu'elle perçoit en retour (figure 3). Les efforts sont décomposés en efforts extrinsèques et intrinsèques. Les efforts extrinsèques correspondent à la demande psychologique du modèle de Karasek (contraintes de temps, interruptions fréquentes, niveau de responsabilité, heures supplémentaires). Les efforts intrinsèques font référence aux attitudes et motivations liées à un surinvestissement dans le travail (besoin d'approbation, compétitivité et hostilité latente, impatience et irritabilité disproportionnées, incapacité à s'éloigner du travail).

Les récompenses peuvent prendre trois formes : les gains monétaires (salaires, primes...), l'estime perçue de la part des collègues et des supérieurs, et le degré de contrôle sur son statut professionnel (perspectives de promotion, sécurité de l'emploi...). La modélisation proposée par Siegrist intègre implicitement la notion de confiance organisationnelle interpersonnelle, dans sa dimension affective, lorsqu'elle renvoie à une récompense se manifestant sous la forme d'un respect, d'une justice et d'une estime perçus de la part des collègues et des supérieurs (l'ensemble de ces items étant inclus dans la sous-dimension « estime » de la variable « récompense »).

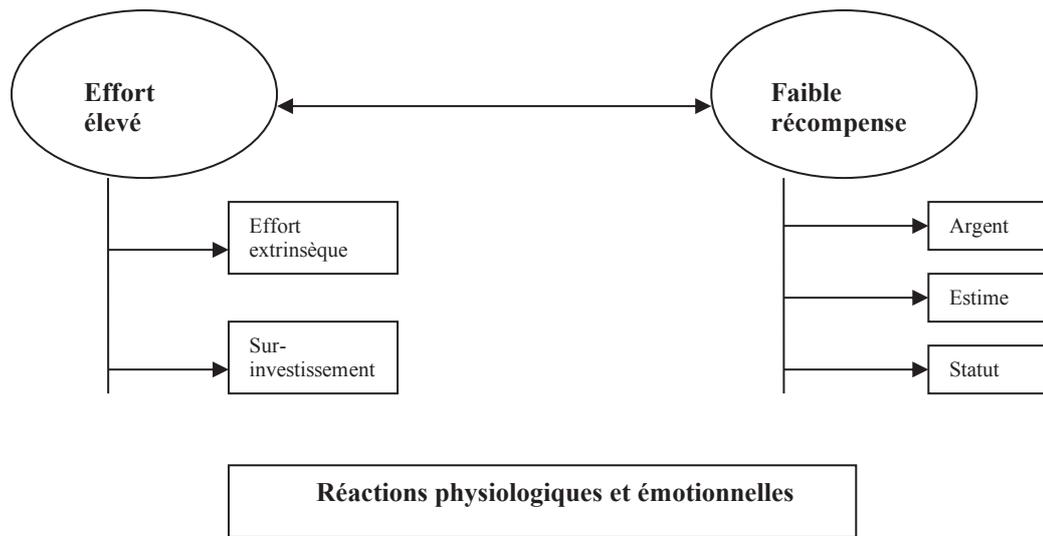


Figure 3 : Le modèle effort-récompense de Siegrist (1996)

(Adaptation : Vézina, 2002)

- *Le modèle Job Demand-Job Resources de Demerouti et al. (2001)*

Demerouti et al. (2001), Bakker et Demerouti (2007) ont construit ce *modèle Job Resources-Job Demand* en opposition aux modèles de Karasek et Theorell (1990) et de Siegrist (1996). En effet, Bakker et Demerouti (2006) reprochent à ces deux modèles le côté trop réducteur des concepts d'« autonomie » et de « récompense ». Pour ces auteurs, ces deux concepts cernent mal la réalité du travail. Bakker et al. (2003) leur substituent le concept de Ressources de l'emploi (*Job Resources*) et propose une définition très large des *Job Resources* englobant des dimensions physiques, sociales, psychologiques et organisationnelles. Les ressources de l'emploi correspondent « à l'ensemble des aspects physique, psychologique, social et organisationnel du travail qui permettent au salarié : (1) d'atteindre les objectifs assignés, (2) de réduire la demande psychologique (*Job Demand*) et les coûts physiologiques associés, (3) de stimuler l'épanouissement personnel » (Bakker et al., 2003, p. 344). De manière parallèle, le concept de demande de l'emploi (*Job Demand*) comprend des contraintes physiques, sociales, psychologiques et organisationnelles freinant l'atteinte des objectifs assignés ou l'épanouissement du salarié dans son travail. Ce modèle est mobilisé par Haynes et al. (2020) pour expliquer les liens entre confiance organisationnelle interpersonnelle et santé en considérant que la confiance peut être assimilée à une ressource professionnelle (*Job Resource*) permettant d'endiguer les contraintes du travail (*Job Demand*). Toutefois, ce modèle reste trop général et ne permet pas de comprendre réellement la manière dont ces ressources professionnelles sont mobilisées par le

salarié pour se confronter aux différentes contraintes productives auxquelles il doit faire face, dans son activité de travail.

1.2.4 L'approche épidémiologique des relations entre confiance sociale et santé

La confiance systémique ou sociale a été mobilisée dans les études épidémiologiques pour analyser son influence sur la santé, les inégalités ou la participation à la vie civique (Abbott et Freeth, 2008 ; Carpiano et Fitterer, 2004). Plusieurs explications théoriques ont été avancées pour expliquer les liens entre confiance sociale et santé. La première est que la confiance sociale permet de développer le réseau de relations personnelles d'un individu qui en retour bénéficie à sa santé (Cohen, 1988 ; House et al., 1988). Une autre médiation possible entre confiance et santé opère *via* la participation sociale et civique qui aurait un effet bénéfique sur la santé (Abbott et Freeth, 2008). Une troisième explication réside dans la relation entre confiance, bonheur et santé. La confiance a un effet bénéfique sur le bonheur ressenti qui est lui-même associé positivement à la santé (Layard, 2005). Une quatrième explication tient dans le fait que la confiance réduit l'anxiété sociale et limite par là-même les effets négatifs de l'anxiété sociale sur le stress chronique (Wilkinson, 2000). Une dernière explication réside dans le lien entre confiance sociale et suspicion. La confiance réduit la suspicion qui diminue en retour les risques de développer des symptômes cardiaques (Spiro et al., 1995).

II. Les effets de la confiance sur la santé : tests empiriques

Nous présenterons, tout d'abord, les effets attendus des confiances interpersonnelle, sociale et ressentie sur la santé, puis, ses effets inattendus.

La confiance : des effets positifs attendus sur la santé à...

2.1.1 Les effets des confiances organisationnelle interpersonnelle et ressentie sur la santé

Différentes études empiriques concluent à un effet positif de la confiance organisationnelle interpersonnelle sur différents proxys de la santé : le stress, le bien-être.

Les quelques recherches sur le sujet montrent que la confiance organisationnelle interpersonnelle est corrélée, d'une part, positivement à la santé (Barefoot et al., 1998) et au bien-être (Hu, 2020) et, d'autre part, négativement au stress au travail (Costa et al., 2001 ; Guinot et al., 2014 ; Haynes et al., 2020 ; Rhee, 2010 ; Top et Tekingunduz, 2018). Ces résultats peuvent se comprendre à la lumière de la définition de la confiance organisationnelle interpersonnelle. En effet la confiance interpersonnelle réduit la perception du risque encouru lors de l'amorçage, puis de la stabilisation de relations interpersonnelles, la perception d'un risque étant elle-même un facteur de stress (Guinot et al. 2014).

En outre, la confiance organisationnelle interpersonnelle peut faciliter la capacité d'un individu à développer des stratégies d'adaptation ou d'ajustement (coping selon le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman, 1984) face à des situations perçues comme stressantes (Schill et al., 1980).

Enfin, une étude de Park et al. (2020) montre que la confiance organisationnelle interpersonnelle dans les collègues atténue l'effet négatif du stress sur le burnout.

Au regard de la confiance ressentie, à notre connaissance, une seule étude montre une corrélation positive entre confiance ressentie et bien-être (Gill et al., 2019).

2.1.2 Les effets de la confiance sociale ou systémique sur la santé

Plusieurs études épidémiologiques ont montré une forte corrélation positive entre le capital social (incluant la notion de confiance, en référence aux travaux de Putman (1993) et Coleman (1990)) et la santé (Boreham et al., 2002 ; Carpiano et Fitterer, 2004 ; Ginn & Arber, 2004;

Oksanen et al., 2008). Par ailleurs, Giordano et Lindström (2016) ont montré que cette relation causale fonctionne aussi dans le sens inversé : l'état de santé d'un individu est un déterminant de son niveau de confiance sociale.

D'autres études se sont intéressées plus spécifiquement aux relations entre confiance sociale et santé ou bien-être en montrant aussi une forte corrélation positive (Carpiano et Fitterer, 2004 ; Hu et al., 2020). Toutefois, cette corrélation positive entre confiance sociale et santé s'atténue fortement dans le contexte de la Chine, la variable influençant le plus l'état de la santé, dans le cas chinois, étant le niveau de revenu (Awaworyi et Mishra, 2017).

Cette influence du capital social ou de la confiance sociale sur la santé est expliquée, dans la majeure partie des recherches en épidémiologie, par le renforcement des liens sociaux qu'ils permettent, ceux-ci agissant comme un protecteur contre la dégradation de l'état de santé. Cependant, les nombreuses médiations potentielles opérant entre confiance ou capital social restent à explorer (Abbott et Freeth, 2008).

2.1.3 ...des effets contre-intuitifs sur la santé

Nous présenterons un certain nombre de réflexions théoriques et d'études empiriques sur les effets négatifs de la confiance interpersonnelle et ressentie pour la santé en mobilisant des concepts issus de plusieurs champs disciplinaires.

Au regard de la confiance organisationnelle interpersonnelle, un premier effet pervers de cette confiance, dans sa dimension affective, est son possible glissement vers une forme de management par l'affect. Ce type de management consiste à brouiller l'autorité hiérarchique et à lui substituer une forme de complicité entre le supérieur hiérarchique et ses subordonnés qui va permettre au supérieur hiérarchique d'user d'une arme efficace –le chantage affectif- pour influencer les attitudes et les comportements des subordonnés (Schütz, 2012). Cette forme de management peut induire un sur-engagement pathogène pour la santé des salariés et engendrer des pathologies classiques tels que les troubles cardiovasculaires et digestifs, l'insomnie, l'épuisement professionnel (ou *burnout*)....

Un deuxième effet pervers de la confiance organisationnelle interpersonnelle est qu'elle peut créer une obligation malvenue, une forme de « cadeau empoisonné », pour l'une des parties, dès lors que la relation de confiance s'apparente à un échange de don/contre-don (Skinner et al., 2014).

Un dernier effet pervers de la confiance organisationnelle interpersonnelle est qu'elle peut favoriser la prise de risque de la part de ceux qui en bénéficient (Gargiulo et Ertug, 2006), et ainsi potentiellement augmenter les accidents du travail.

Au regard de la confiance ressentie, deux études (Baer et al., 2015 ; Wang et al., 2019) ont montré qu'elle était associée à une perception d'une charge accrue de travail, ayant pour conséquence un épuisement professionnel (Baer et al., 2015).

Conclusion

Cette revue de littérature des relations entre confiance, coopération et santé démontre, à partir de plusieurs études empiriques et de modélisations théoriques, que la confiance peut être un opérateur de santé et de coopération. Toutefois, notre état souligne la rareté des approches théoriques appréhendant les relations entre confiance et santé. Par ailleurs, quelques études concluent, de manière contre-intuitive, à un effet négatif pour la santé de la confiance. Cette revue de littérature doit donc être perçue par les chercheurs comme un encouragement à développer des modélisations théoriques des liens entre confiance, coopération et santé. Cet état de l'art encourage aussi à explorer, plus en profondeur, les effets pervers de la confiance sur la santé. Il serait en effet intéressant de mieux comprendre les rôles du contexte organisationnel, des statuts d'emploi et des organisations syndicales (à l'instar de Barreau, 1997), des stratégies d'instrumentalisation de la confiance ou du processus de construction de la confiance dans la genèse d'effets négatifs de la confiance sur la santé.

Bibliographie

- Abbott, S., & Freeth, D. (2008). Social capital and health: starting to make sense of the role of generalized trust and reciprocity. *Journal of health psychology*, 13(7), 874-883.
- Baer, M. D., Dhensa-Kahlon, R. K., Colquitt, J. A., Rodell, J. B., Outlaw, R., & Long, D. M. (2015). Uneasy lies the head that bears the trust: The effects of feeling trusted on emotional exhaustion. *Academy of Management Journal*, 58(6), 1637-1657.
- Bakker, A.B., Demerouti, E (2007), « The job demands-resources model: state of the art », *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), p.309-328
- Bakker, A.B., Demerouti, E., De Boer, E., Schaufeli, W.B. (2003), « Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency », *Journal of Vocational Behavior*, 62, p.341-356.
- Barreau, J. (1997). « Public-privé : le rôle de la confiance dans la relation d'emploi ». *Revue française de gestion*, 115, p. 121-129.
- Awaworyi Churchill, S., & Mishra, V. (2017). Trust, social networks and subjective wellbeing in China. *Social Indicators Research*, 132(1), 313-339.
- Barefoot, J. C., Maynard, K. E., Beckham, J. C., Brummett, B. H., Hooker, K., & Siegler, I. C. (1998). Trust, health, and longevity. *Journal of behavioral medicine*, 21(6), 517-526.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. Piscataway, NJ:Transaction Publishers.
- Boreham, R., Stafford, M., & Taylor, R. (2002). *Social capital and health. Health Survey for England, 2000*. London: National Statistics. Available at: <http://www.official-documents.co.uk/document/deps/doh.survey00/sch/sch/htm> (accessed 6 June 2005).
- Campoy, E., & Neveu, V. (2007). Confiance et performance au travail. *Revue française de gestion*, 175(6), 139-153.
- Carpiano R. M., Fitterer L. M. (2014), « Questions of trust in health research on social capital : what aspects of personal network social capital do they measure ? », *Social science & Medicine*, Vol. 116, pp. 225-234.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.
- Coleman, J. S. (1994). *Foundations of social theory*. Harvard University Press.
- Costa, A. C., Roe, R. A., & Taillieu, T. (2001). Trust within teams: The relation with performance effectiveness. *European journal of work and organizational psychology*, 10(3), 225-244.
- Dejours C., Gernet I. (2012), « Travail, subjectivité et confiance », *Nouvelle revue de psychosociologie*, no. 13, pp. 75-91.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., Schaufeli, W. B. (2001), « The job demands-resources model of burnout », *Journal of Applied Psychology*, 86(3), p.499-512.
- Dietz, G., Den Hartog, D.N. (2006) "Measuring trust inside organisations", *Personnel Review*, Vol. 35, No. 5, pp.557-588.
- Gargiulo, M., & Ertug, G. (2006). The dark side of trust. In Bachmann, R, Zaheer, A. (2006), *Handbook of trust research*, Edward Elgar Publishing, p. 165-186.

- Gill, H., Cassidy, S. A., Cragg, C., Algate, P., Weijts, C. A., & Finegan, J. E. (2019). Beyond reciprocity: the role of empowerment in understanding felt trust. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 28(6), 845-858.
- Gilson, L., Palmer, N., & Schneider, H. (2005). Trust and health worker performance: exploring a conceptual framework using South African evidence. *Social science & medicine*, 61(7), 1418-1429.
- Ginn, J., & Arber, S. (2004). Gender and the relationship between social capital and health. In A. Morgan & C. Swann (Eds.), *Social capital for health: Issues of definition, measurement and links to health* (pp. 133–156). London: Health Development Agency.
- Giordano, G. N., & Lindström, M. (2016). Trust and health: testing the reverse causality hypothesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(1), 10-16.
- Gollac, M., Volkoff, S. (2007), *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte.
- Guinot, J., Chiva, R., & Roca-Puig, V. (2014). Interpersonal trust, stress and satisfaction at work: an empirical study. *Personnel Review*, Vol. 43, N°15, p. 96-115.
- Halbesleben, J. R., & Wheeler, A. R. (2015). To invest or not? The role of coworker support and trust in daily reciprocal gain spirals of helping behavior. *Journal of Management*, 41(6), 1628–1650.
- Han, S. J., Bonn, M. A., & Cho, M. (2016).
- Haynes, S. H., Leone, M. C., Keena, L. D., May, D. C., Ricciardelli, R., & Lambert, E. G. (2020). The association between different forms of organizational trust and correctional staff job stress. *Journal of Crime and Justice*, 43(5), 623-639.
- House, J. S., Landis, K., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540–545.
- Hu, A. (2020). Specific trust matters: The association between the trustworthiness of specific partners and subjective wellbeing. *The Sociological Quarterly*, 61(3), 500-522.
- Isaeva, N., Hughes, C., & Saunders, M. N. (2019). Trust, distrust and human resource management. In *Elgar Introduction to Theories of Human Resources and Employment Relations*. Edward Elgar Publishing, p. 247–263.
- Johnson, J., Hall, E., Theorell, T. (1989), « Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 15(4), p.271-279.
- Karasek, R.A (1979), « Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign », *Administrative Science Quarterly*, 24(2), p.285-308.
- Karasek, R.A., Theorell, T. (1990), *Healthy work, stress, productivity and the reconstruction of work life*, New York, Basic Books
- Lau, D. C., Liu, J., & Fu, P. P. (2007). Feeling trusted by business leaders in China: Antecedents and the mediating role of value congruence. *Asia Pacific Journal of Management*, 24(3), 321-340.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*, New York: Springer publishing company.
- Layard, R. (2005). *Happiness: Lessons from a new science*. London: Allen Lane.
- Le Lay, S. (2016), « La santé au travail face au New public management. Où est la confiance ? », in S. Agulhon, F. Guarnieri, S. Perseil, Y. Pesqueux (dir.), *La confiance en questions*, Paris, L'Harmattan, p. 67-82.

- Luhmann, N. (2001). Confiance et familiarité. Problèmes et alternatives. *Réseaux*, 19(108), 94-107.
- Luhmann, N. (2006). *La confiance : un mécanisme de réduction de la complexité sociale*. Paris, Economica.
- McAllister, D.J. (1995), "Affect- and cognition-based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations", *Academy of Management Journal*, Vol. 38 No. 1, pp. 24-59.
- Mayer, R., Davis, J.H. and Schoorman, F.D. (1995), "An integrative model of organizational trust", *Academy of Management Review*, Vol. 20 No. 3, pp. 709-734.
- Lewis, J.D. and Weigert, A. (1985), "Trust as a social reality", *Social Forces*, Vol. 63 No. 4, pp. 967-985.
- Oksanen T., Kouvonen A., Kivimäki M., Pentti J., Virtanen M., Linna A., Vahtera J. (2008), « Social capital at work as a predictor of employee health : multilevel evidence from work units in Finland », *Social science & Medicine*, no. 66, pp. 637-649.
- Park, I. J., Kim, P. B., Hai, S., & Dong, L. (2020). Relax from job, Don't feel stress! The detrimental effects of job stress and buffering effects of coworker trust on burnout and turnover intention. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 45, 559-568.
- Pohn-Weidinger, A., & Zimmermann, B. (2020). Les médiations institutionnelles de la confiance en entreprise. Une comparaison franco-allemande. *Travail et emploi*, (161), 5-30.
- Putnam, R. D. (1993), *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton: Princeton University Press.
- Rhee, K. Y. (2010). Different effects of workers' trust on work stress, perceived stress, stress reaction, and job satisfaction between Korean and Japanese workers. *Safety and health at work*, 1(1), 87-97.
- Robinson, S. L. 1996. Trust and breach of the psychological contract. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 41, No. 4, pp.574–599
- Rousseau, D.M., Sitkin, S.B., Burt, R.S. and Camerer, C. (1998), "Not so different after all: a cross-discipline view of trust", *Academy of Management Review*, Vol. 23 No. 3, pp. 393-404.
- Schill, T., Toves, C., & Ramanaiah, N. V. (1980). Interpersonal trust and coping with stress. *Psychological Reports*, vo. 147, p. 1192.
- Schütz, G. (2012). Mobiliser par l'affect: contraintes et ressources de l'encadrement intermédiaire de prestations de services peu qualifiés. *Sociologie du travail*, 54(1), 70-91.
- Siegrist, J. (1996), « Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Simmel G. (1999 [1908]), *Sociologie. Études sur les formes de la socialisation*, Paris, Presses universitaires de France.
- Skinner, D., Dietz, G., & Weibel, A. (2014). The dark side of trust: When trust becomes a 'poisoned chalice'. *Organization*, 21(2), 206-224.
- Spiro, A., III, Aldwin, C. M., Ward, K. D., & Mroczek, D. K. (1995). Personality and the incidence of hypertension among older men: Longitudinal findings from the normative aging study. *Health Psychology*, 14(6), 563–569.
- Top, M., & Tekingunduz, S. (2018). The effect of organizational justice and trust on job stress in hospital organizations. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(5), 558-566.

Vézina, M. (2002), « Stress au travail et santé psychique : rappel des différentes approches », in Neboit, M., Vézina, M. (coord.), *Stress au travail et santé psychique*, Toulouse, Octarès, p.49-58.

Wang, H., & Huang, Q. (2019). Feeling trusted and employee outcomes: the double-edged sword of political behaviour. *Personnel Review*, 48(7), p. 1653-1668.

Wilkinson, R. (2000). *Mind the gap: Hierarchies, health and human evolution*. London: Weidenfeld & Nicolson.

Dauphine | PSL

**CHAIRE CONFIANCE,
COOPÉRATION ET MANAGEMENT**

Fondation partenariale Paris Dauphine-PSL
Place du Maréchal de Lattre de Tassigny
75016 Paris
Tél. : 01 44 05 48 66

