N° d'ordre NNT : 2017LYSE2089

THESE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Opérée au sein de

L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

École Doctorale : ED 485 Éducation Psychologie Information Communication

Discipline : Psychologie

Soutenue publiquement le 27 octobre 2017, par :

Nadège GUIDOU

La qualité, l'innovation et la créativité du travail au sein des organisations

Vers une politique globale de prévention de la souffrance psychique au travail

Devant le jury composé de :

Dominique LHUILIER, Professeure émérite, Conservatoire National des Arts et Métiers, Présidente
Gérard VALLERY, Professeur des universités, Université d'Amiens, Rapporteur
Isabelle HANSEZ, Professeure d'université, Université de Liège, Rapporteure
Adalgisa BATTISTELLI, Professeure des universités, Université de Bordeaux, Examinatrice
Philippe SARNIN, Professeur des universités, , Université Lumière Lyon 2, Directeur de thèse

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « Paternité – pas d'utilisation commerciale – pas de modification » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

Université Lumière Lyon 2
Ecole Doctorale : Sciences de l'éducation, psychologie, information et communication (ED 485)
Institut de Psychologie
Laboratoire : Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (EA2163)

La qualité, l'innovation et la créativité du travail au sein des organisations : vers une politique globale de prévention de la souffrance psychique au travail

Thèse de doctorat en psychologie
Mention : Psychologie du travail et des organisations

Présentée par Nadège GUIDOU
Sous la direction du Professeur Philippe SARNIN

Soutenue publiquement le 27 octobre 2017
En vue de l'obtention du titre de Docteure en psychologie

Membres du jury :

Isabelle HANSEZ, Professeure, Université de Liège, Belgique, Rapporteuse
Gérard VALLERY, Professeur des universités, Université de Picardie, Rapporteur
Adalgisa BATTISTELLI, Professeure des universités, Université de Bordeaux, Examinatrice
Dominique LHUILIER, Professeure émérite, CNAM Paris, Examinatrice
Philippe SARNIN, Professeur des universités, Université Lyon 2, Directeur de thèse

A Anthony,

Ce qui parait inaccessible peut être atteint, pour peu qu'on s'en donne les moyens.
L'épanouissement ainsi acquis équivaut au double des efforts fournis.
La vie est merveilleuse par les chemins qu'elle nous permet d'emprunter.

Remerciements

Si ces lignes sont les premières que le lecteur parcourt, elles sont en fait les dernières que tout doctorant écrit. Peu y prêteront attention, préférant bien naturellement prendre connaissance de notre travail, afin, je l'espère, de nourrir le leur. Mais ; pour ceux qui s'y attarderont, j'ai à cœur de dire quelques mots de ces longues années de travail, des années qui m'ont amenée d'un statut de psychologue du travail professionnelle, à celui de docteure, et qui me permettront, je l'espère, d'exercer le métier de chercheur.

Le travail de thèse est un travail solitaire. C'est une activité intense, complexe, éprouvante, envahissante, exigeante, … mais aussi enrichissante, épanouissante, passionnante et surprenante. Toute la dualité du travail, en somme. La thèse se construit et s'élabore certes mais elle s'éprouve surtout. Elle est aussi un fil rouge, une rampe à ne pas lâcher et qui vous tient - et cela est nécessaire parce que la vie, avec ses hauts et ses bas, ne s'arrête pas pendant ces années-là. Des personnes ont été frappées, certaines nous ont quittés et des drames sont arrivés. Je n'oublie pas. Le travail a toujours été un refuge pour moi, un moyen de me transporter ailleurs, de trouver des ressources auprès d'autres, même absents. Il en a été de même pour cette thèse. J'aime mon métier. Le travail me passionne car il est partout le signe de ce que l'Homme est capable d'accomplir. Lorsque je reçois des personnes en souffrance, il y a toujours de cette vitalité qui surgit lorsque je les écoute parler de leur métier : leurs manières de s'y prendre, leurs gestes, l'importance de ce à quoi il sert… Après plus de 15 ans à entendre des travailleurs, cette découverte de l'invisible se répète à chaque discours et me passionne toujours autant.

Solitaire certes mais avec tant de soutiens aussi.

Mes premiers remerciements vont à mon directeur de thèse, Philippe Sarnin. Il fut le premier à me permettre d'entreprendre ce travail en me disant, à l'occasion de retrouvailles après dix ans de séparation, des mots qui ont sonnés à mon oreille comme une autorisation : « Bien sûr que vous en êtes capable ». Présent lorsque cela était nécessaire mais pas trop, il m'a permis d'éprouver justement. Mon travail n'aurait pas été le même sans ce soutien, cette confiance et cette autonomie donnée.

Je pense ensuite à ceux qui ont d'abord été des collègues puis sont devenus de véritables amis : Annie Debard et Victor Troyano, qui ont partagé avec moi la même année de master

professionnel il y a me semble-t-il, une éternité de cela - et que j'ai retrouvés plus tard sur le chemin de la thèse : une année de master professionnel hors-norme : il a du s'y passer quelque chose pour que trois entreprennent une thèse dans les dix années suivantes ! Un grand merci à Annie pour sa bienveillance et son soutien, et pour ces heures de débat passionnés où le temps semblait se figer. Un grand merci à Victor, pour ses retours critiques dont je sais que l'exigence équivalait à l'intérêt porté. Un grand merci enfin, à Nadia Barvilles-Deromas, véritable amie trouvée au détour de ces années. Beaucoup de choses nous unissent.

Et puis il y a tous ces collègues professionnels avec qui j'ai partagé des années de terrain, avec qui j'ai débattu, construit, réfléchi, défait, refait, soutenu, sollicité, demandé un regard, un avis, des conseils … Je pense d'abord à Nathalie, première professionnelle de terrain à avoir accompagné mes pas hésitants vers la recherche. Je n'ai pas oublié sa joie lorsqu'elle a partagé avec moi, l'autorisation d'inscription en thèse. Je pense ensuite à mon ancienne équipe, celle que j'ai eu la chance d'accompagner durant trois années en tant que chef de service de santé : Chantal, Mélanie, Pascal, Xavier, Denis, Annaelle, Primaelle, Anne, Aurélie, Ghislaine. Nous avons découvert ensemble la richesse de la véritable pluridisciplinarité et nous avons tant appris. Merci. Je pense aussi à mes collègues d'aujourd'hui, si soutenantes et toujours prêtes à m'aider. Virginie et Marine, vos retours ont constitué des ancrages qui m'ont permis de garder le cap de l'articulation entre la théorie et la pratique. Une attention particulière pour Marine, qui m'a particulièrement accompagnée durant la dernière étude et avec qui nous avons pris tant de plaisir à construire l'articulation entre théorie et méthodologie.

Merci aussi à AST74 et à M Dekerle, son directeur, de m'avoir soutenue.

Enfin, bien sûr, il y a mes proches, qui seuls savent les sacrifices, les efforts et le temps consacrés à ce travail mais qui toujours, ont compris, accepté et bien plus que cela, respecté. Merci de m'avoir laissée choisir mon chemin et de m'avoir épaulée dans lorsque cela était nécessaire.

Un ami me disait qu'écrire les remerciements étaient la partie la plus sympathique du travail de rédaction. Pour ma part, je ressens à cet instant une certaine tristesse ; comme quelque chose qui se finit et jamais ne se retrouvera. Mais cinq années en arrière, je sais aussi que jamais je n'aurai pensé en être là aujourd'hui… alors dans cinq ans ?

Résumé

Ce travail de recherche porte sur l'intervention en prévention de la santé psychique au travail. Il s'intéresse plus particulièrement aux difficultés liées au passage entre la connaissance et l'action : c'est après le diagnostic, lorsqu'il s'agit de transformer concrètement et durablement les situations de travail et l'organisation, que les plus grandes difficultés surviennent.

Pour répondre à cette ambition, un important travail théorique est réalisé afin d'identifier dans la littérature puis d'analyser, des modèles d'intervention remarquables pour leur articulation entre un cadre théorique solide autour de la dynamique santé-travail (connaissance) et un cadre méthodologique d'intervention (action). Au-travers d'une revue narrative, nous proposons ainsi trois dimensions en mesure de théoriser le passage entre la connaissance et l'action, passage que nous appréhendons comme un processus social en tant que tel et non comme conséquence méthodologique. Ces trois dimensions, que sont l'objet d'intervention, le niveau d'implication et enfin le processus cognitif de prévention implanté auprès des acteurs sont ainsi au cœur de l'ensemble de notre travail. Forts de ce travail théorique et épistémologique, notre cadre méthodologique vise l'élaboration scientifique de ce processus en cherchant à en établir l'intelligibilité et à débuter le travail de prévisibilité afin que d'autres, plus tard, parviennent au niveau de la reproductibilité. Pour ce faire, trois études ancrées dans la pratique, au sein des services de santé au travail et donc au cœur du terrain, sont présentées. Elles étudient particulièrement les effets de différentes articulations entre objet d'intervention, niveau d'implication et processus cognitif de prévention. L'ensemble de cette démarche s'inscrivant dans le cadre de la recherche fondamentale de terrain, nous aboutissons à la proposition et l'expérimentation d'un nouveau modèle d'intervention permettant de dépasser les limites observées dans la littérature. Cette nouvelle approche se distingue certes par cette articulation spécifique mais également par une méthodologie innovante, inscrivant l'intervention au sein d'un processus d'innovation organisationnelle. Fondée sur l'implantation d'une zone proximale de développement, elle permet aux acteurs de développer des activités transitionnelles, les accompagnant ainsi dans les épreuves auxquelles tout dispositif de prévention expose.

Finalement, ce travail nous amène, en plus d'ouvrir vers de nouvelles orientations scientifiques et pratiques, à questionner la posture de l'intervenant agissant en prévention de la santé psychique au travail et plus encore, à une interrogation sur le cadre fondant la pratique des psychologues du travail.

Abstract

This research work deals with the intervention in prevention of occupational psychological health problems. It highlights the difficulties between knowing and doing: the biggest difficulties occur after diagnosis, when work situations and the organisation have to be substantially and permanently transformed.

To reach this goal, a great deal of theoretical work has been carried out in order to identify in literature and analyse significant models of intervention for their coordination between a sound theoretical framework around the dynamics of occupational health (knowing) and a methodological framework of intervention (doing). We propose thus, through a literature review, three dimensions able to theorize the transition from knowledge to action, a transition which is understood as a social process as such and not as a methodological consequence. Those 3 dimensions, namely the object of the intervention, the level of involvement and the cognitive prevention process implemented with the actors, are at the heart of our work. Thanks to this theoretical and epistemological work, the designed methodological framework aims at developing scientifically this process, seeking its comprehensibility and the beginning of a work of predictability, and enabling reproducibility by other actors in the future. To that end, we present 3 studies, each firmly rooted in practice, within occupational health departments, and thus in the field. They study the effects of different linkages between the object of intervention, the level of involvement and the cognitive prevention process. The whole process fits into fundamental applied research and results in the proposal and the testing of a new model of prevention, which enables to go beyond the limits observed in literature. This new approach is characterised by this specific coordination and also by an innovative methodology that puts the intervention within a process of organisational innovation. Based on the implementation of a proximal zone of development, it allows the actors to develop transitional activities and is helpful in the difficulties they face in any prevention system.

Eventually, this work opens new practical and scientific orientations, questions the stance of the occupational health professionals as well as the framework of practice of occupational psychologists.

Sommaire

Préambule **2**
Chapitre 1 : Situer notre objet de recherche **8**
1.1 Contexte général de la prévention de la santé mentale en France 9
1.2 Les services de santé au travail 15
1.3 Questions de recherche 23
Chapitre 2 : Prévenir la santé psychique au travail, quels modèles ? **30**
2.1 L'étude des dispositifs d'intervention 31
2.2 Les modèles-cadres d'intervention 47
2.3 Modélisation d'un nouveau modèle-cadre 146
2.4 Problématique et hypothèses de recherche 190
Chapitre 3 : Cadre méthodologique **196**
3.1 Cadre épistémologique 197
3.2 Méthodologie 204
Chapitre 4 : Analyses et résultats **270**
4.1 Les dispositifs d'intervention liés aux RPS dans les services de santé au travail de France : résultats d'une enquête nationale 271
4.2 L'impact du niveau d'implication des dispositifs de prévention 298
4.3 Expérimentation d'un dispositif d'innovation transitionnelle 325
Chapitre 5 : Discussion **388**
5.1 Apports et intérêts de la recherche 389
5.2 Les limites de la recherche 403
5.3 Retour sur la pratique 409
5.4 Futurs travaux 422
Bibliographie **424**
Annexes **451**
Table des matières **481**
Liste des tables **485**
Liste des figures **488**

Table des sigles

ARS : agence régionale de santé
ASST : assistant en santé au travail
AT : accident du travail
CARSAT : caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CDG : centre de gestion
CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPRP : conseiller en prévention des risques professionnels
DARES : direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DGA : directeur général adjoint
DIRECCTE : direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DMST : dossier médical en santé au travail
EvRP : évaluation des risques professionnels
HSE : hygiène santé et environnement
IDEST : infirmier en santé au travail
INPES : Institut national de prévention et de l'éducation à la santé
IPRP : intervenant en prévention des risques professionnels
MIRTMO : médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre
MP : maladie professionnelle
NTIC : nouvelle technologie de l'information et de la communication
SST : service de santé au travail
SSTI : service de santé au travail interentreprises
SSTA : service de santé au travail autonome
THSE : technicien en hygiène et sécurité
TPE : Très petites entreprises

Préambule

Ce travail de recherche trouve sa genèse dans les contraintes et tensions auxquelles expose l'activité de psychologue du travail agissant dans le champ de la santé psychique au travail.

Après des années d'exercices strictement professionnels et au fil d'interventions de terrain toujours confrontées aux mêmes limites, les travaux de recherche ont représenté une ressource pour construire de nouvelles méthodes d'intervention. Nous avions en effet déjà l'intuition que la problématique ne résidait pas dans l'accompagnement des situations de souffrance ni dans l'analyse approfondie de leurs facteurs mais davantage dans les liens entre l'intervention (son cadre, sa méthode, sa communication, sa présentation…) et la réalité de l'entreprise[1] et de sa dynamique. Les questions qui nous occupaient alors étaient de comprendre pourquoi, malgré une collaboration parfois construite dans le temps, les acteurs ne s'appropriaient pas les résultats des diagnostics, pourquoi les analyses ne semblaient pas faire évoluer les positionnements vis-à-vis du travail et de la souffrance au travail ou encore pourquoi elles suscitaient des positions défensives. C'est donc l'épreuve du terrain et le réel du travail de psychologue spécialisé dans la prévention de la santé psychique qui nous ont amenés aux travaux de recherche.

Bien que complexe à bien des égards, cette double posture et double activité d'intervenant et de chercheur a constamment guidé nos réflexions au fil des cinq années qui ont été nécessaires à la réalisation de ce travail. Chacun des dispositifs déployés et présentés dans cette recherche a été construit à partir des problématiques rencontrées, des sollicitations des employeurs et de leur maturation vis-à-vis des phénomènes entourant le travail et la santé au travail. Au fil des études et des expérimentations réalisées, nous élaborions de nouvelles modalités susceptibles de réduire les limites observées dans les dispositifs précédents tout en enrichissant notre modèle d'intervention. Plusieurs terrains de recherche ont ainsi été investis pour tenter d'éclairer notre questionnement initial, à savoir l'amélioration des dispositifs d'intervention portant sur la prévention primaire de la santé psychique au travail.

[1] Afin de faciliter la lecture, le terme d'entreprise sera indifféremment utilisé pour définir des employeurs privés et publics. Lorsque nous ferons référence à un secteur en particulier, nous préciserons s'il s'agit du secteur privé ou public.

Le premier terrain (T1) se trouvait dans le service de santé autonome[1] d'une collectivité territoriale. Il était organiquement placé au sein de la direction des ressources humaines et se composait d'une équipe pluridisciplinaire complète, soit une organisation assez répandue dans ces administrations. Après plusieurs incidents graves[2] survenus dans une temporalité rapprochée, l'administration souhaitait engager des moyens et développer des actions fortes en faveur de la santé au travail et plus particulièrement concernant la prévention des risques psychosociaux. Après plusieurs essais, le service se structura autour de trois bureaux : un bureau psychosocial (deux psychologues du travail et deux assistantes sociales du personnel- AS-), un bureau prévention des risques professionnels (un ingénieur prévention, deux conseillers en prévention des risques professionnels -CPRP- et un formateur sauveteur secouriste du travail et formateur en prévention des risques liés à l'activité physique -PRAP-) et enfin un bureau hygiène et santé (deux infirmières en santé au travail et deux assistantes administratives). A cette équipe venait s'ajouter une adjointe au chef de service. Sans perspective de recrutement d'un médecin de prévention[3], la responsabilité du service dans son ensemble nous fut confiée, ce qui nous a donc amené à réaliser nos recherches durant trois années tout en étant en charge de la politique de santé de la collectivité (environ 3500 agents) et manager d'une équipe pluridisciplinaire de treize professionnels.

Au-delà de la charge inhérente à ce poste et du travail de recherche réalisé en parallèle[4], des questions de posture, de positionnement et de neutralité se sont nécessairement posées. Pour autant, une telle expérience nous est apparue d'une grande richesse par la proximité qu'elle permet au chercheur qui s'intéresse à la question fondamentale qui a orienté notre démarche : comment aider les organisations à passer du « risque psychosocial à la ressource psychosociale » (Clot, 2010-b). Au cœur des processus de décision des dirigeants supérieurs de la collectivité, la réflexion autour de l'utilité sociale des démarches de prévention a été facilitée par une confrontation directe aux objectifs stratégiques affichés mais aussi aux différents évènements historiques et organisationnels en lien avec les questions de santé psychique au travail. De plus, le questionnement de cette recherche portant sur l'intervention, il nous semblait cohérent de faire l'expérience d'une immersion totale au sein d'un service de santé au travail et

[1] Nous expliquerons plus loin les différentes formes des services de santé (partie 1.2.2 de ce chapitre)

[2] Deux agents avaient tenté de mettre fin à leur jour et un troisième s'était scarifié, en l'espace de deux à trois mois.

[3] Du fait de la pénurie de médecins du travail, la collectivité ne disposait pas de médecin en interne mais de conventions passées avec des services inter-entreprises de santé au travail.

[4] Nous ne disposions pas de temps spécifique au travail de thèse. Le poste de chef de service était à temps plein et nécessitait des heures supplémentaires très régulièrement.

d'une organisation. Nous avons fait le choix de confronter les connaissances de la communauté scientifique au quotidien des acteurs de santé et de formaliser notre pensée au gré du réel de l'activité du psychologue du travail. De même, nous considérons que ces trois années d'expériences en tant que manager au sein du pôle ressources humaines ont constitué une réelle opportunité pour réfléchir aux difficultés rencontrées dans le déploiement des démarches de prévention primaire, notamment concernant la transition entre la réalisation d'un plan d'actions et la transformation effective de l'organisation, à l'évolution des pratiques managériales ou encore à l'enrichissement des perceptions sur le travail et la santé au travail. En partageant le quotidien de ces acteurs et de l'organisation, nous avions comme ambition de dégager des voies d'intervention innovantes et de développer un modèle qui corresponde aux réalités du terrain.

D'un point de vue éthique, la posture que nous avons adoptée est celle de l'avancée du débat. Nous considérons que les questions entourant notre indépendance ne se posent pas nécessairement davantage que celles auxquelles se confrontent les chercheurs, acteurs de santé ou encore cabinets de consultants. En effet, face à une situation dégradée, tout intervenant, interne ou externe, se trouve dans l'obligation de réfléchir à la meilleure façon de communiquer des résultats parfois sensibles et susceptibles d'entrainer rejets et comportements défensifs. Il en est de même concernant les méthodes proposées aux entreprises pour répondre à leurs objectifs de prévention, lesquelles doivent intégrer une réflexion sur leur niveau d'acceptabilité. D'ailleurs, bon nombre de cabinets de consultants proposent des solutions 'en kit' qui ne donnent qu'une vision édulcorée de la réalité des risques psychosociaux mais se voient ainsi obtenir les marchés par le faible coût d'engagement et de remise en question qu'ils nécessitent. Manager de la collectivité, notre positionnement organique nous a permis de construire une relation de proximité durable avec l'ensemble des encadrants supérieurs. Au fur et à mesure des projets et des évènements quotidiens, il était possible de faire évoluer le débat autour de la santé au travail et du travail. Cette évolution a constitué notre ancrage éthique. Chacune des méthodes et des orientations envisagées était évaluée à la lumière de cette question : permettra-t-elle de faire évoluer le débat interne ? Une telle posture a également été d'une grande ressource pour développer la créativité nécessaire à la conception de dispositifs d'intervention fortement contextualisés aux problématiques et aux enjeux observés, et dont l'objectif était de faire évoluer la qualité du dialogue et l'investissement des acteurs et non pas de mener une investigation approfondie des phénomènes. Enfin, en disposant des ressources inhérentes aux ancrages théoriques et pratiques développés au fil de notre parcours mais aussi des marges de manœuvre permises par la position hiérarchique de chef de service, nous avons orienté le

management de sorte que l'équipe pluridisciplinaire devienne « une unité vivante constituée à *partir d'éléments très différents et qui leur donnent leur force par l'ampleur de leur* tension [des rapprochements inédits pouvant résulter de cette tension] » (Simmel, 1898 cité par Hamraoui, 2015, p39). De fait, les innovations expérimentales qui ont été déployées sur ce terrain l'ont aussi été grâce aux compétences, à l'investissement et à la confiance de cette équipe.

Après trois années de travail dans ce cadre et à la faveur d'une réorganisation du pôle ressources humaines ayant abouti à de nouvelles orientations stratégiques, il nous est apparu que le dialogue n'était plus possible. Avec le soutien de notre directeur de thèse, nous nous sommes donc résolus à quitter ce terrain. Après 6 mois de recherches actives, une démission et un déménagement, un nouvel emploi et terrain fut trouvé auprès d'un service de santé interentreprises (SSTI) : l'AST74. Cette association, composée d'une équipe de 33 médecins du travail, 14 intervenants en préventions des risques professionnels (IPRP) dont deux psychologues du travail, 21 infirmiers en santé au travail, 2 assistants sociaux, 8 assistants en prévention et en santé au travail et 42 assistants en santé au travail, ne compte pas moins de 12 923 entreprises adhérentes réparties sur 177 communes. Elle assure le suivi médical de quelques 110 887 salariés. En matière de prévention des risques psychosociaux, elle se trouvait confrontée à une multitude de demandes de prise en charge urgentes de salariés ou de collectifs sans pour autant parvenir à obtenir l'adhésion des entreprises à des démarches de prévention primaire. En ce sens, elle fut particulièrement intéressée par notre travail autour de l'amélioration des pratiques d'intervention portant sur la prévention primaire de la santé psychique au travail. De notre côté, il nous a semblé intéressant de conserver la posture de chercheur-praticien adoptée jusqu'alors tout en ouvrant notre réflexion au secteur privé en découvrant le quotidien d'un service de santé externe aux entreprises. Ce nouveau terrain complétait ainsi notre expérience d'immersion au sein des services de santé au travail. Il nous a permis, par l'intermédiaire des sollicitations des adhérents du service de santé, de trouver un nouveau terrain de recherche au sein duquel une intervention a pu être déployée. Enfin, la réalisation d'une enquête auprès de l'ensemble des services de santé au travail de France a complété notre dispositif de recherche, un dispositif qui se base ainsi sur une articulation à deux niveaux : au niveau des données tout d'abord (une enquête auprès de l'ensemble des SST, une démarche au sein d'un SSTA et une autre auprès d'une structure privée menée à partir d'une place de psychologue en SSTI). Au niveau des méthodologies ensuite (une enquête par questionnaire et deux recherche-action). L'ensemble de cette démarche constitue, selon les

termes d'Yves Clot, un processus de recherche fondamentale (Clot, 2008-b). Nous y reviendrons plus loin et bien entendu, plus longuement.

Chapitre 1 : situer notre objet de recherche

Résumé

Dans ce premier chapitre, nous tenterons de situer notre objet de recherche. Pour ce faire, nous évoquerons tout d'abord le contexte général de la prévention de la santé psychique au travail en France, en partant de son cadre juridique pour en aborder progressivement les conséquences en termes de prévention. Nous proposerons également une lecture rapide de l'évolution des services de santé au travail, services qui ont constitué notre ancrage empirique et nous ont permis, de par la nature de leurs activités, de nous confronter au réel de l'intervention de prévention. Enfin, nous conclurons ce chapitre en formulant notre question de recherche à partir d'une présentation des principaux travaux en matière de démarches de prévention de la santé psychique au travail.

1.1 Contexte général de la prévention de la santé mentale en France

En France, le dispositif juridique entourant la santé au travail est particulièrement dense. Il est enrichi par une jurisprudence évolutive qui lui confère un caractère relativement instable et complexe, notamment en matière de santé psychique. Ce cadre législatif est venu compléter et encadrer des pratiques historiquement attribuées au médecin et les a profondément transformées en passant de la médecine du travail à la médecine préventive puis en permettant l'ouverture de la santé au travail à d'autres professions. Cette compréhension juridique et historique nous semble particulièrement importante à saisir pour comprendre les démarches de prévention mises en œuvre au sein des entreprises. Nous verrons en effet qu'ils influent sur les manières de percevoir les risques psychosociaux et donc de les prévenir.

1.1.1 Cadre juridique général de la santé au travail

En matière de santé au travail, la santé psychique est abordée sous le vocable de santé mentale. Elle s'inscrit dans une démarche générale de prévention des risques professionnels qui est elle-même historiquement liée à la loi relative à l'hygiène et à la sécurité au travail. Dans cette loi, le salarié était assimilé à son corps et sa santé à la préservation de son intégrité physique (Davezies, 1999, 2000). Les conséquences de cette perception de la santé sont loin d'être neutres puisqu'encore aujourd'hui, la notion de psychosocial reste absente du droit du travail malgré la densité de la littérature à ce propos. La prise en compte des risques psychosociaux, et plus largement de la santé au travail, va suivre plusieurs étapes dont la première est la promulgation de la directive-cadre européenne n°89/391 du 29 juin 1989. Sous l'influence du droit communautaire va en effet se développer un régime juridique relatif à la santé au travail et à l'amélioration des conditions de travail. Dans le secteur privé, la loi[1] énonça dès 1991 l'obligation pour tout employeur de procéder à l'évaluation des risques professionnels (EvRP), ce qui se traduisit en 2001 par le décret concernant l'obligation de création du document unique[2]. Dans la Fonction Publique, le droit est imprégné d'une logique de commandement, elle-même fondée sur la supériorité de l'intérêt général sur l'intérêt particulier. L'administration

[1] Loi 91-1414

[2] Décret n°2001-1016 du 5 Novembre 2001.

a ainsi la possibilité de mettre en œuvre des prérogatives dites exorbitantes de droit commun afin d'organiser le service public. Cette construction historique explique l'asymétrie particulièrement marquée des rapports entre le fonctionnaire et son administration, les spécificités du droit public[1] et son retard sur le droit commun. Il fallut notamment attendre la fin du 19ème siècle et la première moitié du 20ème siècle pour voir apparaitre les premières lois en matière de protection sociale. Pour exemple, alors que les salariés du secteur privé bénéficiaient du droit de grève[2] depuis 1864, en 1909, le Conseil d'Etat écrivait encore que les agents publics commettaient un acte illicite en se mettant en grève. C'est à l'occasion de la première loi statutaire de 1946[3] que les grands acquis sociaux se sont également appliqués aux fonctionnaires, notamment le droit de grève, l'égalité entre les hommes et les femmes, le droit à une vie équilibrée entre le travail et les loisirs ou encore le droit à la protection sociale.

Concernant spécifiquement le droit en matière de santé au travail, si la directive européenne[4] de 1989 oblige tous les états membres à prévenir les risques et à prendre toutes les mesures de sécurité, ces derniers restent libres d'apprécier les moyens d'y parvenir. En France, la législation est particulièrement sévère dans la mesure où l'interprétation du juge a abouti à une obligation de résultat et non pas seulement de moyen[5]. En Grande Bretagne par exemple, la responsabilité de l'employeur est étudiée à la lumière du principe du 'raisonnablement praticable'[6]. En France, l'obligation de résultat implique que la responsabilité de l'employeur est engagée dès lors qu'un risque se réalise. La faute inexcusable est retenue dès la survenue d'un accident du fait d'un danger dont il avait ou aurait dû avoir conscience. Le juge français apprécie donc le résultat des actions de l'employeur tandis que le juge anglais observe les moyens mis en œuvre. Finalement, sauf cas de force majeure, un employeur français ne peut s'exonérer de sa responsabilité. L'interprétation des juges influe également sur les pratiques en termes de traitement des 'accidents'. En France, la logique juridique est celle de la prévention (Valléry et Leduc, 2012). L'obligation d'évaluation des risques ne peut être détachée de l'obligation de prévention (elle-même soumise à une obligation de résultat) dont elle n'est que la phase préliminaire. En résultent neuf principes généraux de prévention où l'on note

[1] Le droit public est dérogatoire au droit privé.

[2] Loi du 25 mai 1864.

[3] Loi du 19 octobre 1946.

[4] On appelle droit communautaire le droit issu des traités des communautés. Il s'applique de manière systématique et générale à l'ensemble des travailleurs et ne distingue pas travailleurs publics et travailleurs privés.

[5] A l'issue du pourvoi en cassation concernant les affaires d'amiante en 2002.

[6] Les mesures sont appréciées dans la limite des possibilités de l'employeur et de ce qu'il est pratiquement raisonnable de faire.

particulièrement le principe d'adaptation du travail à l'Homme spécifique à la France en comparaison de nos voisins du nord de l'Europe, qui mettent davantage l'accent sur la réparation et la compensation. En revanche, alors que la France voit la plupart des conflits employeurs-salariés se résoudre devant des tribunaux, de nombreux pays optent pour des pratiques de médiation internes aux entreprises avant la rupture du contrat de travail.

1.1.2 Cadre général de la santé mentale au travail

Si la directive européenne instaure dès 1989 l'obligation de protéger la sécurité et la santé (physique, mentale et sociale), son application demeure longtemps principalement liée à la santé physique des salariés, autrement dit aux accidents du travail (AT)[1] et maladies professionnelles (MP)[2], dans une même logique d'évolution que celle de l'Organisation Mondiale de la Santé qui définissait la santé comme une absence de maladie – le silence des organes – avant de la décrire comme un « état complet de bien-être physique, mental et social »[3] (Davezies, 1999, 2000). La philosophie de prévention de l'ensemble des risques a en effet été véritablement instaurée lors de la loi de modernisation sociale de 2002 qui introduit un texte spécifique au harcèlement moral : l'employeur a désormais l'obligation claire de protéger la santé mentale autant que la santé physique de ses salariés. Plus tard, ces dispositions ont été complétées par des accords européens et nationaux, les premiers précédant toujours les seconds. Ainsi, la précision apportée par le législateur concernant l'étendue de l'obligation de résultat à la santé mentale aboutit en France aux accords sur le stress (Ministère du travail, de l'emploi et de la formation, 2008) puis aux accords sur le harcèlement et la violence au travail (Ministère du travail, de l'emploi et de la formation, 2010).

Finalement, si les dispositions législatives de 2002 ont su dépasser le cadre pour lequel elles avaient été créées, s'élargissant de facto à la question du stress, de la violence au travail, des risques psychosociaux[4] et plus récemment à la qualité de vie au travail (Ministère du travail, de

[1] Accident survenu, par le fait ou à l'occasion du travail, à un salarié ou à une personne travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs.

[2] Est présumée d'origine professionnelle, toute maladie inscrite dans l'un des tableaux de maladies professionnelles (prévus à l'article R. 461-3 du Code de la sécurité sociale) et contractée dans les conditions mentionnées dans le tableau concerné.

[3] Préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé adoptée en 1946.

[4] Citons entre autres le "Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail" Nasse et Légeron (2008), le "Rapport sur les indicateurs provisoires de facteurs de risques psychocosiaux au travail" (2009) dirigé par Gollac ou encore le « Protocole d'accord sur la prévention des risques psychosociaux dans la Fonction Publique » (2013).

l'emploi et du dialogue social, 2014), le droit ne définit pas les risques dits psychosociaux. Beaucoup considèrent en effet que le caractère global de la santé et l'obligation de prévention qui prévalent à l'obligation de résultat 'suffisent' à englober la prévention de la santé mentale. Cependant, il est possible de dire que la loi comme les accords signés sous l'égide du gouvernement, sont davantage « *des feuilles de routes donnant les grandes lignes d'une bonne* conduite à tenir » (Valléry et Leduc, 2012, p33)

1.1.3 Conséquences en termes de prévention

Comme le démontre l'évolution du droit du travail, le législateur s'est saisi des risques psychosociaux dans la même logique qu'il s'était saisi des autres risques professionnels. Il en résulte les mêmes obligations de résultat et de prévention et finalement plutôt logiquement, les mêmes méthodes : identifier les différents risques psychosociaux présents au sein de l'entreprise, évaluer leur niveau[1] et formuler des mesures de prévention à réévaluer chaque année à l'occasion de la mise à jour du document unique (Valléry et Leduc, ibid). Pour permettre cette analyse, des études poussées ont été commandées et ont permis de définir avec précision six familles de risques psychosociaux (Askenazy et coll., 2010). Les exigences et intensités de travail, le manque d'autonomie et de marges de manœuvre, les exigences émotionnelles, les mauvaises qualités des rapports sociaux et des relations de travail, les conflits de valeur et enfin l'insécurité des situations de travail y sont décrits en termes de causes et de conséquences.

Ce travail de dénomination et de description des risques dits psychosociaux a tout d'abord permis de créer une notion capable de recouvrir l'ensemble des interactions négatives entre le travail et la santé psychique des individus (Douillet, 2010). En cela, elle a limité les biais soulevés par une santé mentale comprise au travers des seuls prismes du stress – en tant que « *déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face* » (Ministère du travail, de l'emploi et de la formation, 2008) – du harcèlement et de la violence au travail, sans que l'on soit réellement capable d'en définir les contours. Du point de vue de la pratique, il faut également considérer que les équipes des services de santé au travail (SST),

[1] Dans l'évaluation des risques professionnels, pour chaque unité de travail (zone homogène d'exposition) , un ratio est généralement réalisé en tenant compte de la fréquence d'exposition au risque, de sa gravité potentielle et des mesures de prévention existantes.

pluridisciplinaires depuis 2012[1], étaient généralement constituées de médecins, infirmiers et CPRP pensant majoritairement la santé comme une absence de symptôme, d'accident et de maladie professionnelle et travaillant la prévention selon les méthodes construites pour l'EvRP. En ce sens, la logique d'appréhension des risques psychosociaux était à peu près semblable à la logique professionnelle dominante, ce qui ; nous pouvons l'imaginer, a sans doute facilité l'intégration des psychologues du travail au sein des équipes pluridisciplinaires en permettant un pont entre les disciplines. Pourtant, cette vision du 'psychosocial' tel un risque nous semble problématique dans la mesure où elle propose une vision du travail comme étant strictement délétère pour la santé. Or, de nombreux travaux vont à l'encontre d'un tel rapport au travail.

Fernand De Tosquelles fut l'un des premiers à considérer le travail comme source de santé. Il proposa en effet d'étudier la pathologie au travers de l'activité du malade psychiatrique, argumentant qu'une telle analyse permettait d'en saisir les processus. Ce faisant, il observa dans quelle mesure l'activité, d'abord simple prisme d'observation, devenait en elle-même un acte thérapeutique. Pour De Tosquelles repris par Clot et Lhuilier (2010), l'activité est un média entre le sujet et le monde : « *l'homme ne s'adapte pas ; ou plutôt, il ne s'adapte qu'en adaptant* le monde autour de lui pour le faire sien » (p15). La souffrance est donc l'exacte opposée du travail et provient justement de l'impossibilité qui est faite à l'homme de développer son activité (y compris son activité psychique). L'activité est, « *comme l'épreuve d'objets et de relations qui résistent, la dévient et l'affectent. Elle est ce* par quoi le cercle des processus psychiques *s'ouvre au réel et fait irruption* » (Clot et Lhuilier, ibid, p16). Le travail n'est donc souffrance que parce que ses conditions de réalisation et l'organisation amputent les divers espaces d'activité du sujet dans son monde professionnel. Il est alors nécessaire de les restaurer en soutenant et en développant les espaces de débat sur le travail où viennent se ré-élaborer les règles de métier, où les salariés reprennent la main sur leur travail et redeviennent acteurs du 'prendre soin de leur travail' (Clot, 2010-a). A nouveau, le travail (ici le travail sur le travail) ouvre la voie à la reconnaissance et par la même, à l'épanouissement du Je : une organisation qui refuse à l'individu la possibilité de se singulariser lui interdit aussi la possibilité de se reconnaître dans son travail, d'accéder à la reconnaissance symbolique, c'est-à-dire, au-delà du fait d'être reconnu par autrui (collègues, pairs, managers), se reconnaître lui-même dans ses actes (Dejours, 1980).

[1] La réforme de la médecine du travail est issue de la loi du 20 juillet 2011 et des décrets du 30 janvier 2012.

Pour autant, le travail, nécessairement vivant de par l'écart irréductible entre le prescrit et le réel, impose à l'individu de faire l'expérience de l'échec et entraine en cela, une expérience affective : surprise, colère, irritabilité, doute, voire découragement, sentiment d'incompétence ou abandon envahissent le travailleur habile lorsque la maitrise lui fait défaut. L'endurance et l'obstination entrent ensuite en jeu, l'individu continuant à chercher une solution et un moyen de faire face à l'obstacle qui s'est imposé. En trouvant une nouvelle façon de s'y prendre ou en inventant, le travailleur passe d'un affect négatif à un affect positif et découvre en lui les ressources permettant de passer de l'échec à la réussite : le rapport au travail ne peut pas être neutre dans la mesure où le travail n'est pas produire mais se découvrir soi-même (Dejours, 2010-b). Il est donc nécessairement promesse de santé, si tant est que l'on accepte de définir celle-ci comme un processus de croissance et d'intégrité (Deci & Ryan, 1985 ; Laguardia et Ryan, 2000). En effet, à force d'expériences et de renouvellement de ces mécanismes, l'individu renforce l'intimité du corps à son travail, acquière une sensibilité experte et développe son ingéniosité. Grâce à l'infrangibilité de la subjectivité, cette sensibilité lui permettra aussi d'être reconnu par un autre qui la partage. Ici se fonde le processus de reconnaissance, avec ses jugements d'utilité et de beauté, qui ouvre une nouvelle voie à l'épanouissement du sujet par son intégration dans une communauté de pairs (Dejours, 1995). Alors, lorsque l'on exige des salariés qu'ils travaillent mal, lorsque l'on réfute chacune de leurs propositions ou que l'on nie cette expertise acquise au fil de tant d'années d'efforts, c'est l'ensemble de cette construction identitaire, corporelle, sociale et affective qui est remis en cause. Ainsi, amener les entreprises et ses divers acteurs, à considérer l'activité du sujet par le travail et à percevoir son caractère bénéfique pour la santé, c'est irrémédiablement les amener à considérer le « rapport sensible au travail », ce rapport sensible se construisant aussi, et nécessairement, à partir de l'épreuve. L'altération, le dysfonctionnement, les affects négatifs, les difficultés sont donc inhérentes à l'activité de travail. C'est lorsqu'ils sont neutralisés, non discutés et non mis au travail, qu'ils aboutissent à des altérations. A l'inverse, lorsqu'ils trouvent des voies de développement, ils aboutissent au renforcement de l'ingéniosité individuelle et collective. Ainsi, pour le dire avec les mots de Valléry et Leduc, le phénomène social qui entoure le développement des RPS comme leur prévention, ne procède finalement pas moins que d'une ré-interrogation du travail, « pas seulement comme activité de production économique ou facteur de rentabilité, mais comme un processus de développement social, *identitaire, comme lieu d'échanges et de solidarité qui participe à fonder une société* » (Valléry et Leduc, ibid, p39)

1.2 Les services de santé au travail

1.2.1 Le poids de l'histoire

En Europe, la santé au travail s'est structurée à partir du début du 19ème siècle. On relève notamment la création de la commission permanente internationale de médecine du travail à Milan et la naissance du Code du Travail en 1910. C'est en 1913 que l'on voit paraître le premier règlement sur l'hygiène et la sécurité tandis qu'Albert Thomas créait une inspection médicale des usines de guerre au ministère de l'armement sous la direction d'Etienne Martin, professeur de médecine légale à la faculté de médecine de Lyon. De nombreuses études liant santé et travail précédèrent cette organisation juridique et administrative des siècles auparavant[1]. En France, on retient généralement trois grandes périodes dans l'histoire de la médecine du travail, liées aux trois grands évènements que sont la publication du rapport Villermé[2] en 1840, la première puis la seconde guerre mondiale (Davezies, 2000). Toutefois, ces études renforcent encore davantage la démonstration d'une posture historique définie par des atteintes de la santé comprises selon une logique cartésienne de cause à effet et dont l'origine est pensée du côté de l'individu et non de l'entreprise, voire même en rendant le salarié responsable et coupable[3]. Villermé observe, mesure et analyse en effet maintes situations mais dénonce également la décadence morale des ouvriers, l'ivrognerie ou encore les « dégradantes orgies » allant même jusqu'à considérer la mortalité infantile comme un châtiment infligé aux parents.

Lors de la première guerre mondiale, l'école lyonnaise et particulièrement les travaux de Mazel et Leclerc marquent un tournant décisif dans l'évolution de la médecine du travail. En considérant la nécessaire « qualité » de la main d'œuvre ouvrière pour la suprématie de l'économie française et ainsi l'évitement de tout nouveau conflit armé, ils affirment qu'il est possible de faire travailler les ouvriers, « y compris les mutilés, les tarés et les accidentés », en ajoutant au taylorisme la rationalisation biologique des médecins. C'est ainsi que les médecins entrent dans les entreprises et que nait l'aptitude médicale professionnelle, laquelle permettait d'orienter les ouvriers « déficients » vers des postes « adaptés ». L'idée du reclassement

[1] Dès l'Antiquité, le médecin égyptien Metm réfléchit à l'état de santé des ouvriers des grandes pyramides. Hippocrate s'est également intéressé aux maladies liées au plomb chez les ouvriers métallurgistes. Le médecin philosophe et alchimiste Arnaud de Villeneuve travailla sur l'hygiène professionnelle et la maladie des métiers au 13ème siècle. Bernardino Ramazzini rédigea un essai en 1701 sur les maladies des artisans, travaux allant pour la première fois dans le sens d'une reconnaissance des accidents du travail et des pathologies professionnelles.

[2] Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de laine, de coton et de soie.

[3] Davezies évoque même un « arrière fond idéologique empreint d'eugénisme » (2000, p1).

professionnel et de l'adaptation des postes de travail à l'homme émergent de ces préoccupations. La troisième grande étape prend forme dans les années 1940 autour des apports des Docteurs Gros et Gillon. Le premier publie notamment un ouvrage intitulé « La médecine du travail » en 1941. Ils décrivent précisément l'activité du médecin au travers de la fiche de poste et de l'orientation des ouvriers. Si leur posture conserve une vision instrumentale de l'Homme pour la survie de la race et de la nation, il est intéressant de relever qu'ils appartenaient tous deux à la Fondation française pour l'étude du problème humain[1], une appellation qui partage avec la catégorie « risques psychosociaux » l'attribution d'un caractère problématique à la dimension humaine. Sur ces bases est promulguée la loi du 28 juillet 1942 qui rend obligatoire les services médico-sociaux d'entreprise et qui sera généralisée en 1946.

1.2.2 L'organisation actuelle des services de santé au travail

En France, l'organisation de la médecine du travail est obligatoire et incombe à l'employeur.
« *Les services de santé ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des* travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils :
- Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;
- Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et *mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail,* de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de *contribuer au maintien dans l'empl*oi des travailleurs ;
- *Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant* leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;
- Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire ». (Code du travail[2])

On distingue deux formes de services de santé au travail (SST)[3]. Le service autonome (STTA), également appelé d'entreprise ou d'établissement, est créé au niveau de l'entreprise. Le service de santé au travail interentreprises (SSTI) est un organisme indépendant à but non lucratif

[1] Créée par un décret du Maréchal Pétain du 17 novembre 1941, elle était placée sous la direction d'Alexis Carrel.
[2] Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 Art. L4622-2.
[3] Pour aller plus loin : http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Services-de-sante-au-travail.html

administré par un président. Le choix de l'une ou de l'autre forme de service dépend principalement de la taille de l'entreprise : au-delà de 500 salariés, l'employeur a la possibilité de se doter d'un service autonome[1]. On estime que 90% des travailleurs français sont pris en charge par des SSTI (revue atoutsante.com). Leur exercice et le territoire sur lequel ils ont compétence sont définis tous les cinq ans à l'occasion du renouvellement d'un agrément[2] soumis à l'évaluation du directeur régional du travail et de l'emploi, après avis du médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO). Ils sont exclusivement financés par les cotisations de leurs adhérents, c'est-à-dire des entreprises dont ils assurent la surveillance médicale. Les médecins et autres acteurs de santé sont salariés du SSTI. Les services autonomes sont quant à eux administrés par l'entreprise qui l'a créé et dont les acteurs de santé sont salariés. Leur exercice est là aussi soumis à un agrément délivrable tous les cinq ans par le directeur régional du travail et de l'emploi et le MIRTMO. Concernant les employeurs publics territoriaux, une autre possibilité existe et consiste en une adhésion auprès du centre de gestion[3] de leur secteur.

L'organisation et le fonctionnement des SST sont régis par le décret du 30 janvier 2012 concernant la médecine du travail et le décret du 03 février 2012 concernant la médecine de prévention. Ils ont récemment été modifiés par le décret 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la « modernisation de la médecine du travail ». Ces décrets imposent la présence d'une équipe pluridisciplinaire, rompant ainsi avec l'ancien modèle dans lequel la santé au travail était l'apanage des seuls médecins. En effet, si les réformes de 2012 et de 2016 réaffirment son indépendance et sa protection, elles rendent nécessaires et légitimes la présence de nouveaux professionnels tels que les infirmiers en santé au travail (IDEST), les assistants de service de santé au travail (ASST) qui assistent l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et enfin les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP). Ces derniers assurent des missions de diagnostic, de conseil et d'appui auprès du médecin. On y recense généralement des psychologues du travail, des psychologues cliniciens, des ergonomes, des ingénieurs HSE, des CPRP, des toxicologues ou toute autre profession dont les services de santé estiment avoir

[1] Avant le Décret 2012-137, les entreprises de plus de 500 salariés avaient l'obligation de créer un service de santé autonome. Aujourd'hui, ils sont libres d'opter pour l'une ou l'autre forme.

[2] Fixé par l'arrêté du 2 mai 2012.

[3] Un centre de gestion est un établissement public local à caractère administratif. Géré par des employeurs territoriaux, il participe à la gestion des personnels territoriaux et au développement des collectivités. Celles qui possèdent moins de 350 agents y sont obligatoirement affiliées. Certaines de leurs missions sont obligatoires comme l'organisation des concours et des examens, les bourses d'emploi ou encore la commission de réforme, la commission de discipline et le comité médical. L'hygiène, la sécurité et la médecine préventive sont des missions facultatives.

besoin pour remplir leurs missions. A leurs côtés se trouve parfois un service social du travail[1]. En ce sens, il nous semble important de remarquer que la loi en matière de protection de la santé au travail a précédé les pratiques des professionnels puisque la pluridisciplinarité ; qui renvoie à une santé comprise comme bien-être physique, mental et social mais également au principe de prévention ; a dû être imposée par une loi postérieure à celles du droit du travail.

L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire est animé et coordonné par le médecin du travail. Les priorités du service sont définies par la commission médico-technique à laquelle participe l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et sont formalisées dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu pour cinq ans (CPOM)[2]. Sans entrer dans le détail des objectifs fixés au CPOM, il est possible de retenir qu'il se doit de coordonner les actions du SST avec les objectifs régionaux de santé au travail et de prévention définis dans le cadre du plan régional de santé au travail et de la convention d'objectifs et de gestion AT-MP.

Le quotidien des médecins du travail se répartit entre la surveillance médicale, les actions en milieu de travail et des activités de coordination de l'équipe pluridisciplinaire. La surveillance médicale renvoie notamment à l'ensemble des visites médicales des salariés. Sur leur base, le médecin juge, lorsque c'est légitime, de l'inaptitude du salarié à exercer son métier[3], fixe les modalités de surveillance[4], peut solliciter des examens complémentaires ou encore demander des interventions. Celles-ci sont généralement réalisées par les membres de l'équipe pluridisciplinaire et concernent le salarié à titre individuel (aménagement du poste ou des horaires, demande de mobilité professionnelle, restriction des temps de trajet, orientation vers le psychologue ou l'assistant de service social, etc) ou son environnement de travail (le médecin écrit alors à l'employeur afin de lui faire connaître les problématiques identifiées dans l'environnement de travail et propose des mesures appropriées). L'ensemble des démarches du médecin est consigné dans le dossier médical en santé au travail (DMST)[5] dans le respect du

[1] Il n'est pas rare que les assistants de service social soient directement intégrés au STT.

[2] D'abord soumis à la validation du conseil d'administration, le CPOM est proposé pour avis aux organisations d'employeurs, aux partenaires sociaux et aux agences régionales de santé (ARS). Il est ensuite conclu entre le SST, la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).

[3] En effet, depuis la loi El Khomri du 9 août 2016, les médecins du travail ne délivrent plus d'aptitude médicale au poste.

[4] En fonction de l'état de santé du salarié, de son exposition aux facteurs de risques et des règles de bonnes pratiques transmises par les autorités sanitaires, le médecin décide du rythme des visites médicales.

[5] Dossier soumis au Code de la santé publique (articles L. 1110-4 et L. 1111-7)

secret médical ou encore sur la fiche d'entreprise dans laquelle il recense l'ensemble des risques professionnels auxquels sont soumis les salariés ainsi que les effectifs concernés.
Les actions en milieu de travail sont réalisées par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Elles concernent la visite des lieux de travail, l'étude de poste en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien dans l'emploi, l'identification et l'analyse des risques professionnels, l'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise, la délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence, la participation aux réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), la réalisation d'analyses et de mesures, l'animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle, les enquêtes épidémiologiques, la formation aux risques spécifiques, l'étude de toute nouvelle technique de production ou encore l'élaboration d'actions de formation à la sécurité [1]. Le médecin du travail communique à l'employeur les résultats des études menées par lui-même et l'équipe pluridisciplinaire. A sa charge d'en tenir informé le CHSCT ou les délégués du personnel dans les entreprises de moins de 50 salariés.

Si les psychologues du travail comptent parmi les IPRP et sont de plus en plus sollicités dans les SST, leur intégration n'en reste pas moins relativement récente. Historiquement, on doit aux guerres et aux retours des soldats traumatisés par les combats, les premières interventions de 'psy' dans le domaine de la santé au travail. Encore récemment, nos collègues cliniciens étaient les seuls représentants de la profession et centraient donc logiquement leurs interventions sur des actions de réparation individuelles et/ou collectives. L'intégration des psychologues du travail, qui doit sans doute beaucoup à la forte médiatisation des risques psychosociaux, s'est majoritairement faite dans l'objectif de réaliser des diagnostics organisationnels et de conduire des interventions de prévention collectives. Dans les faits, leur quotidien dépend de nombreux facteurs parmi lesquels on peut citer l'ancienneté de la pluridisciplinarité dans le service de santé, la présence de psychologue clinicien ou d'ergonome, la posture du ou des médecin(s) vis-à-vis de la pluridisciplinarité et des risques psychosociaux et bien entendu la maturation des entreprises adhérentes dans ce domaine. En fonction de ces critères, les missions du psychologue du travail pourront osciller entre un très fort pourcentage d'interventions tertiaires, urgentes et individuelles à un temps de travail presque exclusivement consacré à l'élaboration de démarches de prévention collective (Besson et Herman, 2016). Notons que dans la loi El

[1] prévues à l'article L. 4141-2

Khomri du 9 août 2016, pour la première fois, les psychologues sont cités comme faisant partis des professionnels possibles des équipes pluridisciplinaires.

1.2.3 Des organisations sous tension

Si l'organisation actuelle des SST n'a plus à rien à voir avec les prémisses de la médecine du travail, il n'en demeure pas moins qu'ils sont soumis à de nombreuses tensions, parfois internes et liées à leur histoire, parfois externes et liées au contexte socio-économique actuel et aux décisions politiques successives concernant la santé publique. En effet, sous l'influence de l'Europe et de la nécessaire harmonisation des pratiques en matière de santé au travail, la France s'est vue contrainte de rattraper un retard considérable en faveur des conditions de travail (Davezies, 2006-a). Cette exigence de réorientation, formalisée dans l'adoption du plan santé travail de 2005, a engendré de profondes mutations.

Il s'agissait tout d'abord de quitter un modèle basé sur la réparation plutôt que sur la prévention et dont on retrouve les origines en 1898 avec l'instauration du système d'indemnisation des victimes d'accidents du travail[1]. Encore très récemment, la pierre angulaire de la santé au travail demeurait l'aptitude ou l'inaptitude médicale qui représentait le principal lien, parfois le seul, avec l'entreprise. Les médecins du travail ont effectivement l'obligation de décider de la capacité des salariés à exercer leur emploi, y compris lorsqu'ils sont soumis à des risques importants et reconnus pour leur santé. Dans le cas de l'amiante par exemple, alors que le principe de prévention exigerait de n'autoriser les travailleurs à exercer qu'une fois le risque éliminé, le rôle du médecin est cantonné à certifier que l'état de santé ne présente pas de contre-indication aux travaux exposant à l'inhalation de poussières d'amiante[2]. Après le scandale de l'amiante et la parution du décret de 2001 concernant l'exposition aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR), de nombreux médecins se sont insurgés contre cette vision de leur métier. Le gouvernement a toutefois maintenu sa position et affirmé que l'un des rôles des médecins du travail consistait bien à cibler les salariés présentant un « sur-risque ». Par cette position, le Ministère du travail a consacré une partie de l'activité du médecin à la recherche et à l'évaluation de « sensibilités personnelles » de l'individu aux

[1] La loi de 1898 ainsi que celle de 1919 reconnaissaient la responsabilité de l'employeur mais pas sa faute. Elles définissaient donc implicitement les accidents du travail et les maladies professionnelles comme inhérents au travail et en faisaient une question sociale et non professionnelle.

[2] Article 11 du décret du 17 août 1977.

risques présents dans son environnement professionnel plutôt que de l'axer sur l'élimination de ces mêmes risques (Marichalar, 2014). En 2002, le Conseil d'Etat confirme et va encore plus loin en évoquant l'utilisation de tests génétiques et « d'éléments d'ordre comportemental » pour permettre aux médecins de fonder leur avis d'aptitude. Malgré ces positions, la résistance du corps médical français empêche encore aujourd'hui la mise en œuvre de telles pratiques[1]. Cependant, en ce qui concerne la santé mentale, il est régulier de voir les employeurs solliciter des interventions pour évaluer le niveau de résistance de leurs salariés au stress et au conflit ou encore pour mesurer l'adaptation de leur personnalité à un fonctionnement 'libéré' (Lhuilier, 2005). De même, les psychologues du travail sont régulièrement amenés à accompagner des salariés en mal-être voire en souffrance du fait de la pression subie ou des pratiques managériales nocives, sans qu'il ne soit demandé d'intervention sur le lieu de travail. Lorsque cet environnement devient « trop nocif », le seul outil dont dispose le médecin est alors de déclarer le salarié inapte à son poste, une mesure dont les conséquences sont lourdes (perte de salaire, sentiment de culpabilisation, éviction du collectif de travail, voire à termes, licenciement pour inaptitude médicale)[2]. Cet état de fait aboutit à un constat sans appel de l'inspection générale des affaires sociales à l'occasion de son rapport annuel de 2003 : « Dans *sa pratique quotidienne, la médecine du travail reste focalisée sur l'examen général périodique* et syst*ématique, dont l'efficacité en santé publique est aujourd'hui remise en question de façon* générale » (Inspection générale des affaires sociales, cité par Davezies, 2006-a, p 26).

La réorientation et le renforcement des tiers temps vers les actions en milieu de travail, l'introduction de la pluridisciplinarité ainsi que l'affirmation par la loi de la forte responsabilité des employeurs en matière de santé au travail, a contribué à une modification importante du système français. Ils ont sans conteste ouvert de nouvelles perspectives et encouragent les médecins à s'engager dans un processus d'amélioration des interventions, notamment en termes de transformation effective des conditions de travail et donc d'investissement des employeurs, des organisations syndicales et des salariés eux-mêmes. Citons également la récente loi El Khomri qui comprend un volet sur la santé au travail passé inaperçu aux yeux du plus grand nombre et qui a mis fin, entre autres, à l'aptitude médicale (mais pas à l'inaptitude), à la

[1] En 2003, le Conseil consultatif national d'éthique conclut que ces dispositions introduisent effectivement « de véritables difficultés éthiques, sur le plan de la symbolique et de la pratiques des médecins du travail. » (p4)

[2] Ces pratiques sont issues d'un droit à l'inaptitude qui a émergé à partir des années 80. Il offre une certaine protection aux salariés. Les tribunaux sont notamment sensibles aux avis des médecins en cas de licenciement sur cette base et orientent ainsi la responsabilité vers l'employeur s'il n'a pas suivi les recommandations permettant l'adaptation du poste.

régularité systématique de la surveillance médicale (c'est désormais le médecin du travail qui définit la périodicité des visites pour la majorité des salariés) et même à la conduite de la visite par le seul médecin du travail (les infirmiers en santé au travail réalisent désormais les visites sauf avis contraire du médecin, cas d'inaptitude, identification d'une problématique médicale par l'infirmier ou demande formulée par le salarié ou l'employeur). Pour autant, si ces mutations sont récentes et ne peuvent encore se traduire par des résultats tangibles, elles engendrent de fortes tensions internes inhérentes à cette transition, tensions auxquelles se rajoutent la pénurie des médecins du travail[1], la précarisation des salariés du fait de la crise économique, la peur du chômage, le recul du taux de syndicalisme ou encore les carences médicales constatées dans certaines régions françaises et qui exposent les SST à des demandes nouvelles pour lesquelles ils ne sont ni formés ni missionnés : les médecins du travail sont débordés.

Cette charge de travail est l'une des raisons qui a poussé le législateur à s'orienter vers les équipes pluridisciplinaires de santé (Valléry et Leduc, 2012). Cependant, l'entrée massive de nouveaux professionnels dans les SST a comme corollaire de questionner la délégation des champs d'intervention et de repenser une organisation du travail fondée sur des pratiques historiquement individuelles. Ces questionnements expliquent l'opposition d'une partie des médecins du travail à la réforme de 2002 ainsi que l'apparition de protocoles rédigés par ceux-ci en direction des IPRP afin de cadrer leurs marges de manœuvre et de garantir leur propre position (Lecomte-Menahes, 2014). Dans les faits, chacune des interventions des IPRP est soumise à l'accord du médecin du travail. Ces coopérations distribuées et « contrôlées » peuvent parfois entrainer des tensions prenant la forme d'une sorte de « hiérarchisation des professions », la pluridisciplinarité étant alors utilisée comme moyen de déléguer des tâches ingrates (commencer à remplir certaines données, aller effectuer des mesures, faire passer un questionnaire…).

Parmi les tensions qui structurent actuellement l'évolution des SST, on peut également évoquer celle entre une vision technique de la prévention majoritairement défendue par les ingénieurs et les préventeurs, et une vision globale de la prévention défendue par certains médecins du travail, les ergonomes et les psychologues du travail entre autres. Tandis que les premiers considèrent la prévention comme une suppression des risques préalablement identifiés à l'aide

[1] Selon le rapport « La santé au travail : vision nouvelle et profession d'avenir » (Dellacherie et coll., 2010 cités par Lecomte-Menahes), plus de 55% des médecins du travail ont plus de 55 ans.

de méthodes issues des sciences dures, les seconds considèrent que « les risques se situent à *l'interface entre l'environnement [matériel] et l'usage qui en est fait* » (Marichalar, 2014, p 127). Autrement dit, le risque est issu de l'activité du travailleur : le facteur humain devient alors majeur dans sa réalisation, réduisant ainsi considérablement l'impact de la vision précédente pour laisser place à des méthodes issues des sciences humaines. Ce débat prend logiquement toute son ampleur en ce qui concerne les RPS qui peuvent être traités exclusivement de manière sanitaire (type de symptômes, formes des pathologies, niveaux de stress…), de manière juridique ou encore telles que l'envisagent les recherches développées en matière de prévention de la santé psychique au travail.

1.3 Questions de recherche

Devant l'augmentation des phénomènes entourant la souffrance au travail et les risques psychosociaux (Kovess-Masféty, 2010 ; Askenazy et coll., 2010 ; Lhuilier et coll., 2010 ; DARES, 2012, 2014, 2015, 2016), de nombreuses recherches nationales et internationales ont été menées (Kostulski, 2010 ; Sarnin et coll., 2012) et ont permis des avancées notables sur la compréhension de ces phénomènes, des processus psychiques internes aux individus aux problématiques organisationnelles en passant par les dynamiques des collectifs de travail (Dejours, 1995 ; Dejours, 2010-a, 2010-b ; Clot et Lhuilier, 2010 ; Caroly, 2010). Un consensus s'est ainsi construit autour d'une définition de la notion même de risque psychosocial longtemps floue et en elle-même porteuse de biais (Valléry et Leduc, 2012 ; Douillet, 2010 ; Lhuilier et coll., 2010) puisque le psychosocial y est associé à un risque (dans une même logique de construction que le risque nucléaire ou encore le risque chimique). Ainsi, alors que la notion de risque psychosocial renvoie le plus souvent à « une catégorie émergente [désignant] un ensemble de risques que le travail fait courir à la santé psychique et somatique des travailleurs» (Miossec et Clot, 2011, p 342), selon le Ministère du Travail, elle définit « en réalité des risques *professionnels d'origine et de nature variées, qui mettent en jeu l'intégrité* physique et la santé mentale des salariés et ont un impact sur le bon fonctionnement des entreprises. On les qualifie *de psychosociaux car ils sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail, bien qu'ils* ne relèvent pas systématiquement dans les faits de la santé mentale ».

Le risque ne traduisant en lui-même qu'une probabilité de dommage provoqué par un évènement ou une situation, il nous semble nécessaire de distinguer une autre notion, à savoir

celle de trouble psychosocial. Selon De Gasparo et Van Belleghem (2013), il «[recouvre] certaines manifestations (stress, mal-*être, inquiétude, tension…) pouvant se développer sous* des formes aggravées (angoisse, souffrance, épuisement au travail – burn-out, dépression, *somatisation…) et pouvant do*nner lieu à différents types de comportements (agressivité, *comportements violents, conduites addictives, harcèlement…) affectant la sphère intime du* salarié et/ou les relations entre les individus» (p2). En considérant le sens donné aux risques psychosociaux par le Ministère du Travail, il semble toutefois possible d'ajouter aux impacts du trouble psychosocial sur le salarié, des conséquences sur le déroulement de l'activité et le fonctionnement des entreprises. Outre la délimitation du champ, ces précisions et distinctions entre risque et trouble psychosocial nous semblent particulièrement pertinentes à saisir du point de vue de la pratique et notamment en ce qui concerne le positionnement des acteurs. En effet, nombre d'entreprises sollicitent une intervention dans le seul et unique objectif d'agir sur les troubles psychosociaux et non dans celui d'agir sur les risques psychosociaux. Très schématiquement, il nous semble possible de dire que la première démarche pourrait se traduire par une attente envers des dispositifs de prévention tertiaire (soigner en prenant en charge les troubles) voire secondaire (accompagner en réduisant l'impact des troubles) tandis que la seconde pourrait tendre vers des dispositifs primaires (prévenir en combattant les risques à la source).

Malgré ces avancées scientifiques et contrairement à ce que l'on aurait pu imaginer, les interventions conduites en entreprise sur cette base ne se sont pas nécessairement traduites par une évolution favorable des situations de travail. En effet, les chercheurs ont déterminé le rôle central de l'organisation du travail (Lamontagne & al., 2007), des managers (Detchessahar, 2009 ; Lhuilier, 2009 ; Hubault, 2013 ; Sarnin et coll.. 2012, 2014), de la dynamique des collectifs de travail (Dejours, 1995, 2010-a ; Clot et Lhuilier, 2010 ; Caroly, 2010) ou encore du pouvoir d'agir des salariés et plus globalement de leur autonomie (Davezies, 2009 ; Clot, 2008-a ; Roche 2010 ; Clot et Lhuilier, 2010). Ainsi, alors que la pertinence d'un dispositif de prévention primaire est liée à une transformation à l'échelle de l'organisation et à une centration sur le travail, la plupart des employeurs tend toujours à intervenir sur la réadaptation des individus (Lamontagne & al., 2007 ; Giga & al., 2003) alors même qu'elle n'offre pas les résultats escomptés (Hansez et coll., 2009), ne prend pas en compte l'activité réelle de travail et n'agit pas sur le management (Acouturier, 2010). Aussi, il nous faut bien concevoir que l'avancée des connaissances scientifiques en matière de compréhension de la souffrance psychique au travail n'est pas corrélée à la diffusion de nouvelles pratiques organisationnelles

et managériales. Vezina (1999) a d'ailleurs démontré que même lorsqu'une telle démarche existe au sein d'une entité particulière de l'organisation et a démontré ses bienfaits, sa généralisation demeure problématique. Les changements nécessaires à la prévention de la santé psychique restent donc majoritairement considérés comme des risques par les employeurs (Clot, 2010-b) ou ne permettent pas la révélation de l'activité (Cox & al, 2010). Tout se passe donc finalement comme si, en matière de prévention des risques psychosociaux, les progrès scientifiques (connaissances et compréhension) ne se traduisaient pas par des progrès pratiques (transformation des entreprises et évolutions favorables des situations de travail), de sortes que la question de l'application voire de l'applicabilité de ces progrès au monde du travail semble se poser.

Dans une perspective davantage développementale de la psychologie du travail ; c'est à dire lorsque l'on s'attache plus particulièrement à l'activité (Miossec et Clot, 2011) ; d'autres freins ont été mis en exergue par Davezies (2012). Selon ses travaux, une grande part de l'activité reste invisible aux yeux de celui qui la déploie. « *L'énigme du travail* » résulterait de la physiologie même du système nerveux. Du fait du fonctionnement de la mémoire procédurale ; appartenant aux mémoires implicites ; l'individu n'a en effet qu'une conscience limitée de la façon dont il s'y prend pour réaliser les tâches demandées. De plus, le cerveau efface une grande partie du retour sensoriel lié à l'action et ne conserve finalement que les informations traduisant un écart entre ce qui était attendu et ce qu'il s'est effectivement réalisé. L'adaptation est ainsi permise mais ne mobilise la conscience que si elle est majeure. Finalement, l'auteur démontre que l'action précédant la pensée, l'activité est en avance sur la conscience ; et explique ainsi une grande part de la difficulté des salariés, même lorsque des espaces d'échanges sont créés, à révéler eux-mêmes la richesse de leur activité, quand bien même cette révélation est au fondement de la réussite d'une démarche de prévention.

Concernant les travailleurs, d'autres difficultés ont également été repérées au niveau de leur positionnement, de l'histoire de l'organisation et de leur propre histoire au sein de cette organisation. On relève particulièrement des résonances entre le rapport santé-travail construit par l'individu et l'ensemble des décisions qu'il sera amené à prendre au cours de sa carrière professionnelle, lesquelles viendront se jouer au sein du dialogue institutionnel autour des politiques de santé au travail et influenceront les comportements de santé (Sarnin et coll., 2011-b). L'individu adoptera ainsi différentes attitudes correspondant à différentes représentations de la santé et interprétera son vécu selon sa propre grille de lecture. Sarnin et coll. (ibid) citent

l'exemple d'une structure dans laquelle le stress au travail est compris comme étant en lien avec le caractère relationnel d'une activité tandis que ses répercussions sur la santé sont pensées comme un vécu interne. Plus globalement, il faut considérer que l'interaction entre le travail et la santé, bien que désormais clairement démontrée, n'est jamais donnée une fois pour toute pour un même individu et un même contexte et varie également selon les individus et les contextes. En termes de pratique, les conséquences de ces interactions sont majeures car elles influencent non seulement les comportements de santé des salariés mais aussi, et surtout, les démarches de prévention conduites par les employeurs.

Devant la complexité du rapport santé-travail, on a coutume de schématiser les interactions en distinguant ce qui relève de l'objectivation de la santé (processus d'évaluation réalisé par les professionnels), ce qui relève de la subjectivité de la santé (sens que l'individu donne à ce qu'il vit) et ce qui relève du comportement de santé (action mise en œuvre par l'individu pour protéger sa santé). En ce qui nous concerne, il nous semble utile d'ajouter une dernière catégorie de comportements que nous nommerons comportement de prévention et que nous définissons comme l'ensemble des démarches mis en œuvre par des acteurs de l'entreprise en vue de protéger la santé des salariés. Ils sont remarquables dans la mesure où les premiers portent sur le rapport du sujet à sa propre santé tandis que les seconds portent sur le rapport du sujet à la santé d'un ou d'autres individu(s). De ce fait, entrent en jeu de nouvelles interactions telles que les représentations de l'acteur sur l'individu ou le groupe d'individus auquel il destine la démarche de prévention ou encore les représentations des autres acteurs intervenant dans le processus de décision lié à la démarche de prévention, à nouveau à la fois sur la santé et sur l'individu ou le groupe d'individus concernés. Quoiqu'il en soit, la maturation des entreprises – et nous ajouterons des acteurs – face aux questions entourant le rapport travail-santé est centrale. Pour Rouat (2010), un processus d'intervention se doit ainsi d'enrichir les perceptions et d'aboutir à une appropriation des connaissances et des démarches aux trois niveaux que sont celui de l'individu (perception d'une augmentation du soutien social), du collectif (renforcement du soutien social et de la coopération, construction d'espaces de collaboration, construction d'une vigilance collective) et de l'organisation (introduction de procédures, modification de l'organisation).

Finalement, il apparaît que la pertinence des dispositifs de prévention de la souffrance psychique au travail réside davantage dans leurs capacités à transformer effectivement les situations de travail dans le temps plutôt qu'à développer des connaissances sur la souffrance

au travail (Davezies, 2014, 2012). On parle alors d'implantation des dispositifs d'intervention (Brun et coll., 2007) car l'on s'attache à la modification globale de l'organisation. En ce sens, l'intervention pratique se rapproche du paradigme systémique, lequel se centre effectivement sur l'adaptation de la démarche à l'environnement et s'oriente vers l'action (Le Moigne, 2004). Concernant notre questionnement, on pourrait dire que le principe du globalisme semble prévaloir sur celui du réductionnisme tout comme le principe d'agrégativité sur celui d'exhaustivité. Les risques psychosociaux ne constituent donc pas un risque professionnel 'comme les autres', au sens où les modèles d'intervention classiques[1] semblent obsolètes, ne parvenant pas à démontrer leurs potentiels d'action préventifs. En effet, en plus de parvenir à des pistes pertinentes de prévention de la santé psychique, l'intervention se doit de déployer une méthode permettant d'intégrer et d'aboutir à une évolution des représentations et des positionnements des acteurs, sous peine de se limiter à un plan d'actions qui risque de ne jamais être déployé au sein de l'organisation.

En ce sens, des travaux ont été menés sur des interventions centrées sur le développement de processus de coopération entre les acteurs autour du travail et de la souffrance au travail (Rouat, 2010 ; Miossec et coll., 2010, 2013 ; Sarnin et coll., 2012 ; Davezies, 2014). Malheureusement, une limite majeure nous semble opposable à ces modèles dans la mesure où ils parviennent difficilement à intégrer les décideurs de l'entreprise et sont limités à une participation plus ou moins importante des acteurs de proximité. Par décideur, nous entendons les acteurs par lesquels les décisions concernant l'organisation du travail sont prises : les présidents et les directeurs généraux des services dans les administrations, les directeurs généraux dans les entreprises du secteur privé, les membres du conseil d'administration dans les associations… Absents des dispositifs, leurs perceptions et représentations restent identiques, ce qui freinent considérablement la mise en œuvre de comportements de prévention pertinents, quand bien même les acteurs des niveaux inférieurs ont pu s'approprier les connaissances et expériences transmises au travers des interventions. Dans une certaine mesure, ces situations peuvent même placer ces acteurs dans une situation inconfortable de dissonance voire de conflit éthique, leur positionnement vis-à-vis du travail et de la santé au travail ayant évolué et se trouvant alors en décalage avec la vision de ceux qui pilotent l'entreprise. De notre point de vue, le questionnement sur l'amélioration des dispositifs de prévention renvoie ainsi à l'élaboration

[1] Nous entendons par modèle d'intervention classique, les démarches de prévention globalement composées de différentes phases que sont la caractérisation du risque, l'analyse des situations d'exposition aux risques et l'identification des facteurs de risques, la construction d'un plan d'actions et le suivi de ses mesures, et enfin, la prise en charge des victimes.

d'une intervention capable d'impliquer l'ensemble des niveaux de l'organisation, y compris les dirigeants supérieurs (Sarnin, 2016 ; Guidou, 2016-a ; Hansez et coll., 2009). Pour ce faire, il est nécessaire de développer des méthodes permettant aux acteurs d'appréhender l'intervention comme une ressource et non plus comme un risque (Sarnin et coll., 2012 ; Clot, 2010-b). Ainsi, la question de l'amélioration des dispositifs de prévention renvoie selon nous, à l'interrogation suivante : quelle serait la nature d'un dispositif qui se donnerait à la fois comme objectif d'intéresser suffisamment les entreprises pour être considéré comme une ressource et amener le maximum d'acteurs internes, notamment les dirigeants supérieurs, à intégrer son processus, et à la fois d'aboutir à une implantation et à une transformation des situations de travail dans le temps ?

Synthèse :

L'objectif de ce premier chapitre était de situer notre objet de recherche. Nos deux terrains étant constitués de services de santé au travail, nous avons *tout d'abord* rappelé le cadre général de la prévention de la santé psychique au travail tant du fait de la loi que des pratiques de prévention à *l'œuvre* dans ces services. Nous avons ainsi particulièrement souligné les tensions traversant ce secteur *qu'il s'agisse de*s transformations successives des missions, de la pénurie des médecins du travail ou encore des évolutions de pratiques liées à la pluridisciplinarité et à la rencontre entre une approche *'technique'* des risques et une approche issue des sciences humaines. *Dans ce contexte, l'augmentation* des RPS et le nécessaire développement des démarches de prévention constituent un enjeu de taille ; un enjeu do*nt la recherche s'est largement faite écho ces dernières années. Malgré ces travaux, nous avons* souligné les difficultés à passer de la connaissance sur la dynamique santé-*travail à l'action efficiente de prévention sur le milieu de travail. En effet, l'écart entre ce que les salariés réalisent et ce qu'ils sont capables d'en dire constitue un frein majeur à la révélation de l'activité* pourtant nécessaire à *l'efficience des démarches*. De même, chacun possède sa propre vision des rapports entre santé et travail, une vision qui évolue dans le temps et selon les circonstances et qui vient résonner sur le déploiement des démarches de prévention. *Ainsi, l'enjeu de l'évolution de la maturité des entrepris*es et des acteurs a été rappelé, et ce faisant, la pertinence des démarches visant le développement de la coopération entre les acteurs à propos du travail et de la santé au travail. En effet, au regard des *conditions nécessaires à l'obtention d'une implantation des démarches, l'intégration de l'ensemble des acteurs au fil du processus d'intervention apparait essentielle. Pour autant, l'implication des dirigeants* supérieur*s est complexe alors même qu'ils possèdent, de par leurs marges de manœuvre, la capacité de faire évoluer l'organisation du travail. Ce positionnement* nous a conduit, in fine, à formuler une problématique soulignant la nécessaire capacité *d'intéressement et d'implication d'un dispositif de* prévention.

Chapitre 2 : Prévenir la santé psychique au travail, quels modèles ?

« *La pratique est le juge suprême de la théorie car elle seule est en mesure d'évaluer la* pertinence des modèles théoriques »
Katia Kostulski (2016)

« Le premier point est clair en lui-*même, parce qu'il est impossible d'avoir un savoir* indépendamment de sa connexion avec un autre »
Eric Hamraoui (2015)

Résumé :

Ce chapitre présente l'ensemble des travaux théoriques réalisés au cours de cette thèse. Après avoir rappelé les enjeux qui entourent la promotion de la santé psychique au travail, nous aborderons la difficulté à évaluer les dispositifs visant à la développer dans les entreprises. En rappelant également les limites auxquelles ces travaux se heurtent, nous présenterons la dimension qui nous paraît centrale à leurs améliorations, à savoir le passage de la connaissance à l'action. Pour étudier ce mouvement, nous analyserons finement un ensemble de modèles qui proposent tous une articulation spécifique entre une lecture de la dynamique santé-travail (connaissance) et une méthodologie d'intervention (action). Grâce à une revue narrative que nous détaillerons, nous parviendrons finalement à proposer une première théorisation de ce processus social constitué par le passage de la connaissance à l'action puis à induire des propositions relatives à l'amélioration des dispositifs de prévention. Les derniers paragraphes seront ainsi consacrés à la présentation et à la justification d'un modèle inédit proposant une articulation nouvelle entre connaissance et action. Enfin, nous achèverons ce chapitre en formulant l'ensemble des hypothèses nécessaires à la vérification de nos propositions, hypothèses qui nous conduiront, dans la partie suivante, à l'élaboration d'une méthodologie construite à partir de trois études spécifiques.

2.1 L'étude des dispositifs d'intervention

2.1.1 Définitions et enjeux

Si les actions en faveur de la prévention se sont multipliées ces dernières années, que ce soit sur le plan législatif et règlementaire comme nous l'avons vu ou encore sur le plan des pratiques préventives (évolution des équipes de santé vers des équipes pluridisciplinaires, obligation d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux ou encore démarches en faveur de la qualité de vie au travail…), c'est parce que les problèmes de santé psychique au travail se sont imposés comme un enjeu politique, économique et sociétal majeur ces dernières années (Valléry et Leduc, 2012). En effet, dans les années 90 et 2000, les médias se sont emparés de cette problématique en relayant des faits de violence, de harcèlement ou encore des drames humains, et ont ainsi contribué au développement d'une forme de pression pesant sur les entreprises. Debard (2015) cite à ce titre une étude menée sur les productions de la presse écrite, montrant comment les thématiques du stress (de 5 occurrences en 1993 à 13 en 2000) puis des risques psychosociaux (de 169 occurrences en 2007 à 326 en 2008) ont progressivement quitté la sphère des spécialistes du travail pour la scène publique. Ces éditions ont permis à des démarches de questionnement plus anciennes de trouver un nouvel écho. En effet, la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES), sous la commande du ministère du travail, s'intéressait aux conditions de travail des français depuis 1978 et a ainsi pu souligner son évolution au travers d'indicateurs tels que le pilotage du travail par l'aval, la complexité de la tâche, le rythme de travail ou encore les normes de qualité et leurs modalités de jugement (DARES, 2014 ; Davezies, 2014). D'autres recherches sont venues compléter ces travaux et ont ainsi permis de démontrer les mutations profondes du monde du travail (Travaglianti et coll., 2015 ; Detchessahar, 2011 ; De Gaulejac, 2005 ; Gollac et Volkoff, 1996 ; Linhart, 2002) puis de les mettre en lien avec les atteintes de la santé. Finalement, ces évolutions font dire à Valléry et Leduc que « les RPS révèlent un phénomène social qui émerge du monde du travail pour être réapproprié par la sphère scientifique » (2012, p4).

Parallèlement, de nombreuses études européennes ont mis en exergue le poids de la santé psychique sur la morbidité des individus tout en situant clairement le travail du côté des origines possibles de ces troubles (Vézina et coll., 1992). A ce titre, rappelons que le baromètre santé (Inserm, 2012) de l'Institut national de prévention et l'éducation à la santé (INPES) révélait en 2010 que 35,1% des individus âgés de 18 à 64 ans avaient déjà expérimenté la prise de

psychotropes (au moins un usage au cours de la vie) et que 17,5% en avaient consommé durant l'année écoulée. Ces résultats plaçaient la France au rang des premiers consommateurs de psychotropes en Europe[1]. Concernant la consommation d'antidépresseurs, la France présentait une prévalence de 6% versus 3,5% par rapport à la moyenne de six pays européens[2]. Ces données ont notamment eu pour conséquence d'engendrer des actions politiques, scientifiques ou encore pratiques dans ce champ, et plus particulièrement dans le domaine qui nous intéresse, en faisant des problèmes de santé psychique au travail, un défi majeur (Vézina et coll., 2006). Enfin, il faut ajouter qu'au-delà de ces enjeux humains, économiques et sociaux, des expériences ont aussi permis de confirmer l'intuition selon laquelle la prévention de la santé (majoritairement comprise comme prévention du stress dans un premier temps) permettait non seulement de réduire les coûts humains liés à l'absentéisme[3] dans les entreprises mais aussi d'améliorer la performance des organisations (Cooper & al., 1996). Pressions médiatiques, obligations législatives, enjeux de santé publique ou encore démonstration de l'intérêt y compris économique à agir ; l'ensemble de ces facteurs a ainsi convaincu une majorité d'acteurs d'agir pour prévenir la dégradation de la santé psychique au travail (Valléry et Leduc, 2012 ; Douillet, 2012). Ainsi, au fil des interventions et de leurs résultats, de l'avancée des connaissances mais aussi de l'évolution du monde du travail et de la législation, différents modèles d'intervention vont être progressivement conçus. Notre questionnement relatif à l'amélioration des dispositifs d'intervention nous oblige, nous semble-t-il, à les étudier.

Cependant, cette tâche présente en elle-même une certaine complexité tout d'abord parce qu'il semblerait illusoire et sans doute peu pertinent, de prétendre décrire l'ensemble des types d'intervention agissant dans le domaine de la prévention des RPS. En effet, « il existe au mieux *des concepts, des outils d'observation et des modèles différents appartenant à des disciplines* diverses [lesquelles] sont le plus souvent rattachées à des écoles de pensée, des traditions de recherche qui donnent des variations importa*ntes dans l'approche des RPS et la construction* des modèles explicatifs associés » (Valléry et Leduc, 2012, p65). Il en existe donc sans nul doute une grande quantité, chaque fois adapté au profil de l'intervenant ou encore au contexte

[1] 2ème position après la Belgique concernant les hypnotiques, 4ème position concernant les anxiolytiques après la Belgique, le Portugal et l'Espagne.

[2] Allemagne, Belgique, Espagne, France, Italie, Pays-Bas.

[3] Selon une étude de l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail de 2008, le coût annuel du stress d'origine professionnelle en Europe est estimé à 20 milliards d'euros, dont 2 à 3 milliards en France, représentant ainsi 20 % des dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

de l'entreprise. Pour autant, comprendre la manière dont les interventions traitent ce passage de la connaissance à l'action impose bien d'entreprendre une lecture transversale de cette question. Pour y parvenir, nous avons fait appel à la méthode de la revue narrative (Bertrand et coll., 2014). Appartenant à la catégorie des revues de littérature, la revue narrative se distingue de la revue systématique car elle a « pour but de regrouper de façon cohérente des études *hétérogènes [via] une approche plutôt inductive qui met l'accent sur l'analyse de la méthodologie employée et sur la description des résultats des études recensées. […] Elle permet* de constater les similarités et les divergences entre les études et leurs résultats » (Bertrand et coll., ibid, p147). Elle nous a donc semblé adaptée à notre questionnement dans la mesure où nous souhaitons effectivement interroger des méthodologies différentes mais aussi les interroger sur la question du passage de la connaissance à l'action, laquelle n'est pas directement traitée dans les recherches décrivant des interventions. Là où une revue systématique aurait nécessité l'étude d'articles spécifiquement centrés sur cette question, la revue narrative nous a semblé en mesure de nous aider à identifier des similarités et des divergences, lesquelles, par comparaison systématique, nous permettront de générer une théorisation de ce passage de la connaissance à l'action. Nous nous situons ainsi dans le cadre épistémologique proposée par la théorie ancrée, laquelle « vise à générer inductivement une *théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la* conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives » (Paillé, 1996, p184). Ainsi, l'étude des modèles d'intervention proposés par la littérature scientifique nous aidera à débuter ce travail en nous permettant une première théorisation du phénomène constitué par le passage de la connaissance à l'action, en identifiant des catégories stables, ces invariants nous permettant ensuite de proposer une première conceptualisation de ce passage : « Free codes of findings are organised into 'descriptive' themes, which are then further interpreted to yield 'analytical' themes » (Barnette-Page & Thomas, 2009, p3).

Cette approche nous a permis d'établir une première sélection parmi les modèles d'intervention : puisque nous nous intéressons spécifiquement à la question du passage entre la connaissance et l'action, nous avons centré notre revue narrative sur les modèles d'intervention proposant une articulation spécifique entre un cadre théorique lié à la dynamique santé-travail (connaissance) et un cadre méthodologique d'intervention (action). Nous avons appelé ces modèles, des modèles-cadres, en référence à leur capacité à proposer un cadre théorico-méthodologique unique : l'intervention y repose sur des méthodes précises ancrées dans une

méthodologie pensée en fonction d'un cadre théorique solide bénéficiant d'une validité scientifique. Il est à noter que leur spécificité réside dans cette articulation, ce qui explique que les ancrages théoriques peuvent être tout à fait être partagés. Ce faisant, nous avons été en mesure d'identifier dix modèles-cadres : le modèle thérapeutique, le modèle d'enquête qualitative, le modèle d'enquête quantitative simple, le modèle d'enquête participative mixte, le modèle de médiation par l'activité, le modèle ergonomique, le modèle développemental du métier, le modèle d'ingénierie de la discussion, le modèle systémique et enfin le modèle institutionnel.

En revanche, nous avons exclu de notre revue narrative des approches telles que la justice organisationnelle, modèle émergent dans l'appréhension des liens entre travail et santé (Ndjaboué et coll., 2012) mais ne disposant pas encore d'un cadre méthodologique (Fujishiro & Heaney, 2009). De même, cette catégorisation ne recouvre pas, bien entendu, l'ensemble des démarches de prévention des RPS déployées sur le terrain : en fonction de leurs appétences, de leurs connaissances, de leurs ressources mais aussi de la problématique de l'entreprise, de ses contraintes ou encore de sa culture et de ses propres exigences, … les intervenants prennent appui sur leurs expériences empiriques et s'approprient les travaux de la recherche, qu'ils se situent du côté de la connaissance, du côté de l'action, ou encore bien entendu, du côté des liens entre connaissance et action comme le proposent les modèles-cadres. Ces avancées sont ainsi transformées 'à leurs mains', en fonction de buts variés tels que des objectifs de recherche (expérimenter une nouvelle méthodologie), des objectifs de simplification ou d'adaptation d'un modèle à un public, à un milieu spécifique ou encore à une thématique particulière.

2.1.2 Les difficultés de l'évaluation des dispositifs

Avoir pour ambition d'étudier les modèles d'intervention proposés par la littérature scientifique en vue d'améliorer leur efficience, pose nécessairement la question de l'évaluation. Or l'évaluation des dispositifs de prévention des risques psychosociaux ne va pas de soi.

Tout d'abord, il faut considérer que les interventions ont pour objectif d'agir sur la santé des salariés, ce qui tendrait à faire de la 'bonne santé' un indicateur de pertinence. Ce serait pourtant une erreur car la santé est à la fois une ressource pour réaliser le travail et la résultante de leurs relations dynamiques. De plus, la psychodynamique notamment, nous a appris que la souffrance

n'était pas une conséquence du travail mais une des composantes des liens subjectifs entre le travail et le sujet. Molinier (2006) rappelle en effet que « *l'homme en quête de reconnaissance* de son identité est pris dans un rapport entre sublimation et reconnaissance comme marqué par *le conflit entre l'histoire personnelle et les déterminations sociales* ». A cela, il faut ajouter que la santé est nécessairement subjective car seul l'individu peut dire comment il la ressent (Canguilhem, 1966). Reconnaitre cela, c'est aussi reconnaitre qu'il existe autant d'évaluations de la santé que d'individus, l'ensemble de ces perceptions venant aussi se confronter à la construction sociale de la santé qui a cours dans l'entreprise. La diversité et la complexité des troubles engendrés par les atteintes de la santé psychique (Sarnin, 2007) empêchent également toute stabilité d'éléments de mesure : désinvestissement du travail ou à l'inverse surinvestissement, dépression, angoisse, trouble du sommeil ou de l'appétit, absentéisme ou présentéisme, atteinte cognitive, décompensation, tentative de suicide mais aussi violence au travail, harcèlement, phénomène de bouc-émissaire, vol, dégradation des matériels… la liste n'est pas exhaustive. Par ailleurs, il est impossible de savoir quand surviendront les troubles. Rouat (2010, p16) résume bien cette complexité : « les relations entre la détérioration de la *santé et le travail ne sont ni univoques, ni instantanées, ne s'expriment en général ni de manière* immédiate ni de manière linéaire et se manifestent fréquemment de façon singulière et différée ».

S'il n'est pas possible de jauger les dispositifs par le biais d'une évaluation de la santé, il ne semble pas nécessairement plus simple de s'intéresser aux conditions effectives de travail. Les auteurs ont en effet relevé une très grande diversité de facteurs en lien avec la dynamique santé-travail. Nous en avons déjà cité quelques-uns mais pouvons encore ajouter la mise en concurrence des individus par le lien entre rétribution et évaluation (Linhart, 2010 ; Debout et coll., 2009 ; Dejours, 2001 ; Arendt, 1951), les évolutions du service public telle que l'introduction massive de la logique du client (Hanique, 2005) ou encore l'application du new public management (Linhart-a, 2007 ; Leduc, 2014), la place du collectif et de sa dynamique de conflit (Caroly et Clot, 2004), l'intensification du travail (Askenazy et al., 2010 ; Linhart-b, 2007 ; Goulet & Vinck, 2012 ; Dejours, 1998 ; Davezies, 2014), la réduction des marges de manœuvre (Rouat, 2010), la confusion entre autonomie et responsabilité (DARES, 2015 ; Ughetto, 2003), les processus de précarisation (Joubert et coll., 2001 ; Gollac et Volkoff, 2000 ; Lhuilier et Waser, 2014), les enjeux entourant les trajectoires professionnelles (Sarnin et coll., 2006) ou encore l'injonction à l'innovation (Durand et coll., 2014) et l'impact des nouvelles technologies sur l'activité (Bobillier Chaumon et Dubois, 2009 ; Barville-Deromas, 2014).

L'énumération non exhaustive de ces quelques facteurs laisse rapidement entrevoir l'impossibilité d'une évaluation sérieuse d'un dispositif d'intervention par l'identification et la transformation de conditions de travail jugées pathogènes.

Cette limite renvoie également à l'absence d'une définition scientifique du concept de risque psychosocial (Miossec et Clot, 2011 ; Debard, 2015), et entre autres, à la confusion entre facteurs et conséquences (Valléry et Leduc, 2012). De nombreux acteurs politiques et institutionnels définissent en effet les RPS à partir des troubles tout en situant leurs origines du côté de l'interaction entre un individu et un environnement professionnel. Outre l'impact sur les pratiques de prévention, cette confusion pose une limite forte au processus d'évaluation. En effet, il faut considérer l'intervention comme un « système organisé d'action (une structure, des acteurs et leurs pratiques, des processus d'action, une ou des finalités et un environnement) visant, dans un environnement donné, durant une période de temps donnée, à modifier le cours prévisible d'un phénomène pour corriger une situation problématique» (Contandriopoulos et coll., 2000) et l'efficacité comme permettant « *d'apprécier la réalisation des objectifs d'une intervention en comparant les résultats (au sens d'effets) obtenus aux résultats attendus, ces résultats étant imputables à l'intervention (efficac*ité propre) » (Jabot et Bauchet, 2009). La définition des RPS mêlant causes et conséquences, et la santé étant à la fois la ressource utilisée pour faire face au travail et le résultat de leurs relations dynamiques, on conçoit que les modes d'évaluation classiquement utilisés en sciences sociales ne soient pas adaptés. A cela, il faut ajouter qu'une démarche se déployant dans le temps et impliquant d'autres acteurs que les seuls 'intervenants', son déroulement est susceptible d'évolution et d'adaptation au fil d'évènements internes et/ou externes. En tant que professionnelle de terrain, nous n'avons effectivement pas en mémoire une seule intervention qui ne se soit déroulée exactement telle qu'elle était prévue. Il est clair que ces évolutions impactent la méthodologie et ainsi les résultats de l'action : absence de démocratie d'entreprise (Davezies, 2001), jeux de pouvoir et dégradation du dialogue social (Rouat, ibid), décontextualisation des résultats (Douillet et coll., 2014) ou encore psychologisation de l'intervention (Loriol et coll., 2006) sont autant d'éléments spécifiques au terrain qui viennent faciliter la démarche ou, au contraire l'empêcher. Si nous pouvons considérer que ces influences n'ont effectivement rien à voir avec la méthodologie de prévention en elle-même, elles ne peuvent toutefois s'en détacher. Cet élément, fondamental et structurel de la recherche de terrain en comparaison de la recherche expérimentale qui a la possibilité de supprimer ces biais, est de ceux qui ont orienté les démarches d'évaluation des dispositifs vers le processus plutôt que vers les résultats.

Cette orientation s'est traduite par l'étude de conditions favorables à l'intervention et a ainsi abouti à un ensemble de critères visant à définir ce que serait un cadre pertinent d'intervention. Dans ses travaux, Rouat (ibid) nous donne à voir quelques-unes de ces conditions : débuter par l'identification des difficultés et leurs impacts puis réduire les risques du côté de l'organisation dans le cadre d'une démarche visant le stress, recourir à des modèles théoriques scientifiquement valides, veiller à la reconnaissance partagée des difficultés, vérifier que l'existence de liens entre organisation, travail et conséquences sur l'individu est acquise, viser un problème précis et non plusieurs, obtenir le soutien de la haute direction et l'implication de tous les niveaux hiérarchiques, exiger un comité de pilotage et des réunions à échéances régulières, définir un calendrier, identifier précisément la population visée par la démarche, veiller à la mise en œuvre rigoureuse des changements requis, intégrer l'intervention dans le cadre d'un projet organisationnel plus vaste, démontrer les conséquences d'une santé dégradée sur la performance de l'entreprise, bénéficier d'un budget spécifiquement alloué par la structure à la démarche. En ce qui concerne les conditions favorables à l'implantation des changements, les critères ne sont pas moins nombreux et exigeants : inclure des actions visant à soutenir les cadres de proximité dans les changements, veiller à l'engagement des syndicats, obtenir une participation des salariés dès les premières phases de la démarche, diffuser des informations sur les résultats de l'action, garantir la présence d'un expert lors des phases délicates ou de présentation du dispositif, nommer un chef de projet interne disposant de compétences en gestion de projet et autres stratégies face aux résistances. Sont aussi soulignés la nécessaire qualité de la relation entre l'intervenant et l'entreprise ainsi que leur soutien mutuel, la constitution d'une équipe pluridisciplinaire au sein du comité de pilotage, l'indépendance professionnelle des consultants et le respect des règles de confidentialité. Enfin, il est préconisé de définir l'ensemble de ces conditions lors de la phase d'analyse de la demande après avoir saisi les motivations de l'entreprise, y compris les enjeux explicites et implicites ou encore évalué la complexité de la problématique.

2.1.3 Un schisme entre connaissance et action ?

Suite à l'accentuation des RPS et à la prise de conscience de leurs enjeux humains, sociétaux, économiques ou encore politiques, nous avons vu qu'un grand nombre de travaux avait été développé. Parmi eux, on trouve nombre de méthodes d'intervention. Cette évolution des

pratiques de prévention semble dessiner deux mouvements : un premier qui serait de l'ordre de la description et qui viserait à étudier précisément les liens entre santé (ou plutôt mauvaise santé) et travail puis un second qui adopterait une posture davantage empirique ou normative et viserait à outiller les entreprises (et les intervenants) de façon à ce qu'ils conduisent des démarches de prévention selon certains critères considérés comme nécessaires à leurs réussites. Comme le rappelle Johson (2012), cette dualité n'est nullement spécifique aux RPS mais concerne assez largement les sciences humaines. Il cite notamment la publication prolifique des travaux concernant le changement pour démontrer les deux mouvements précédemment cités mais aussi les mettre en parallèle avec les faibles résultats des interventions en la matière. Cette démonstration lui permet en effet d'avancer l'hypothèse d'un schisme paradoxal entre connaissance et action, entre chercheurs et praticiens, ces derniers réclamant à la science des modèles davantage « actionnalisables » (Johson, ibid, p29).

En effet, d'un côté, la lecture des recherches liées aux RPS et à leur prévention représente un soutien évident pour l'intervenant. Pourtant, il existe une telle quantité d'ouvrages, d'approches et de méthodologies qu'il peut paraitre complexe de s'en saisir. De même, ces articles proposent généralement d'éclairer une dimension particulière des liens entre santé et travail. Ils permettent donc davantage de développer les connaissances de l'intervenant mais n'aident pas nécessairement à l'action de transformation des situations rencontrées. L'optique pratique est abordée par d'autres types de travaux, tels ceux de la Direction Générale du Travail, de l'ANACT ou encore de l'INRS. Ces structures proposent des guides sur différentes thématiques entourant la prévention des RPS : le burnout ou l'épuisement professionnel (ANACT, DGT et INRS, 2015), la réalisation de démarches de prévention dans le secteur privé (Douillet, 2013) ou dans le secteur public (Ministère de la réforme de l'Etat, de la décentralisation et de la Fonction Publique, 2014), la prévention de la souffrance au travail (CARSAT, 2014), le dépistage des RPS (INRS, 2010) ou encore les espaces de discussion (ANACT, 2015). Ces publications, librement accessibles pour la plupart, ont une visée pratique. Elles sont destinées aux acteurs de l'entreprise, aux SST ou aux consultants afin de les aider à réaliser les démarches rendues obligatoires par la loi ou nécessaires à l'amélioration des indicateurs de santé au travail. Elles outillent, au sens premier du terme, en mettant à disposition des bonnes pratiques dont doivent se saisir les acteurs. Malheureusement, pour l'intervenant, ces guides ne sont pas sans poser quelques difficultés. D'une part, ils semblent créer une certaine utopie autour de la facilité à aborder les RPS. Tout se passe comme si l'outil pouvait se passer de l'expertise de la main de

l'artisan et comme si l'outil pouvait donner à son utilisateur, la connaissance de la matière sur laquelle il s'exerce. Il arrive ainsi régulièrement que les entreprises sollicitent un intervenant en ayant déjà une idée très précise de la méthodologie à suivre. Ils souhaitent, par exemple, conduire une démarche de qualité de vie au travail et non se centrer sur les risques psychosociaux ou la souffrance au travail ; sans rien maîtriser de la définition de ces notions et sans se questionner sur leurs propres attentes. Souvent aussi, ils ont décidé de procéder par questionnaire avant même de s'être interrogés sur leurs objectifs et donc sans savoir en quoi l'outil pré-sélectionné y répondait. Il est ainsi parfois difficile de négocier la réalisation d'une démarche exploratoire, d'expliquer la nécessaire adaptation de la méthodologie au contexte de l'entreprise ou encore de solliciter des espaces de discussion entre les acteurs sur l'intervention, ceci alors même que plusieurs auteurs ont relevé l'importance d'agir selon une démarche structurée proche de la résolution de problèmes (Hansez et coll., 2009). D'autre part, ces guides risquent de se confronter à la conflictualité du travail : les méthodes de type épidémiologique évaluent les niveaux de risque mais ne disent rien de la transformation, entrainant alors un découragement des acteurs et salariés à se saisir de cette problématique ou encore un rejet des encadrants supérieurs inquiets de la dégradation du climat social qui peut survenir à la suite de telles démarches (Clot, 2010-b ; Clot et Davezies, 2011 ; Roche, 2010). Certaines méthodes offrent des espaces et outils pour révéler la conflictualité du travail mais sans avoir nécessairement permis l'évolution des représentations, exposant alors brutalement les acteurs à la complexité des liens entre travail et santé, entre activité et tâche ou encore entre tensions (au sens de la dispute professionnelle de Clot - 2014) et conflits, voire harcèlement ou souffrance. Aussi, nous avons parfois la sensation d'exposer les entreprises à de nouvelles difficultés alors même qu'elles s'étaient adressées à nous pour en résoudre ou encore d'être contraints de leur révéler les manquements des démarches précédemment réalisées et qui avaient pourtant nécessité un investissement significatif. Ainsi, si cette confrontation des acteurs à la conflictualité du travail et à la complexité de son analyse apparaît nécessaire, elle semble toutefois poser la question d'un niveau d'acceptabilité des interventions, ou autrement dit d'une évaluation de la capacité organisationnelle à mettre en œuvre un processus de réflexion sur les RPS et la transformation du travail : « la prévention des RPS passe nécessairement par une acceptabilité sociale de ce type de risque à la fois par les instances de gouvernance de *l'entreprise mais aussi par les instances représentatives du* personnel. Or, cette acceptabilité *est construite à partir de normes sociales dont la définition est le résultat d'un consensus* collectif débattu entre les parties prenantes » (Valléry et Leduc, 2012, p135). Cette façon d'aborder l'intervention de prévention est celle observée par les travaux qui cherchent à définir

les pré-requis nécessaires au déploiement du processus. Mais alors, quelle est la conduite à tenir lorsqu'elles ne sont pas réunies ? Sur le terrain, notamment dans les SST, le quotidien n'est pas du tout celui d'une sollicitation par des entreprises et des acteurs matures et réunissant ces critères. Comment agir dans ce cadre ? Quels objectifs l'intervenant peut-il se donner ? A quel niveau de complexité peut-il/ doit-il confronter les acteurs afin de permettre une évolution favorable et qualitative de la démarche de prévention tout en évitant le risque d'un découragement ou d'une exposition de l'entreprise à des tensions qu'elle ne serait en mesure de résoudre ?

Devant ces impasses, la question d'un schisme entre connaissance et action en ce qui concerne la prévention de la santé psychique au travail ne semble pas obsolète. En effet, l'approche mixte entre mouvements descriptif et empirique/normatif, consistant à nourrir le second à partir des résultats du premier, n'est que peu développée. Elle nous semblerait pourtant relever de la recherche fondamentale de terrain (au sens de Clot, 2008-b) puisqu'il s'agit du développement ou non, de l'action transformatrice : « *S'occuper sur le terrain du développement 'sans arrière-pensée' de recherche est* [donc] précieux pour multiplier et tester les possibles, pousser le réel *dans ses retranchements, finalement chercher les limites de l'action pour les faire reculer. […]* Là, le développement est méthode de production de résultats pratiques éventuellement impensables jusque-*là. […] Mais là, l'action de terrain change de statut pour devenir moyen d'une autre action, la recherche elle*-même » (Clot, ibid, p2). La recherche fondamentale de terrain produit donc de la recherche sur et par l'intervention de terrain. En cela, elle nous semble intéressante à mobiliser au regard de ce schisme entre connaissance et action ou, pour le dire autrement, de cette question qui nous occupe concernant le passage de l'une à l'autre. Enfin, ce positionnement nous semble aussi répondre aux difficultés que nous avons rencontrées dans notre pratique quotidienne d'intervenante en santé au travail et qui nous ont amenée à nous engager dans un travail de doctorat, ceci bien que nous n'ayons pas eu les moyens de le formuler à ce moment. Il correspond donc à la posture que nous avons tenté de maintenir tout au long de notre travail.

2.1.4 Construction d'une grille d'analyse transversale des modèles-cadres

Faire de la recherche à partir de l'intervention, telle est donc notre ambition. Pour cela, nous avons choisi d'aborder la littérature scientifique ni totalement du côté des connaissances produites sur les liens entre santé et travail, ni totalement du côté des connaissances pratiques d'intervention mais bien du côté des liens proposés entre la connaissance et l'action. Ce faisant, nous avons entrepris une revue narrative autour des modèles d'intervention proposant une articulation spécifique entre un cadre théorique lié à la dynamique santé-travail (connaissance) et un cadre méthodologique d'intervention (action). Nous avons appelé ces modèles, des modèles-cadres, en référence à leur capacité à proposer un cadre théorico-méthodologique unique[1]. Nous avons ainsi procédé à leur comparaison systématique afin d'en identifier les similarités et les divergences, elles-mêmes regroupées en catégories. Ces catégories constituent des indicateurs transversaux à l'ensemble des modèles-cadres dont la nature et l'articulation spécifiques permettent de les caractériser les uns par rapport aux autres. Ces indicateurs sont au nombre de dix :

- L'origine considérée de la dégradation de la santé psychique et de l'apparition des RPS
- L'approche théorique mobilisée
- Les grands objectifs d'intervention recherchés
- La méthodologie
- Les méthodes
- Les étapes de l'intervention
- La durée estimée
- Le type de résultats attendus
- Les apports
- Les limites

La revue narrative nous a également permis d'observer une autre catégorie toujours présente mais variable en fonction des modèles-cadres : celle relevant de la mobilisation des acteurs internes au fil de l'intervention. Les similarités et les divergences prennent forme autour de trois sous-catégories, à savoir l'identité de ces acteurs internes, leur rôle dans le processus et enfin le type de coopération créée.

[1] L'intervention y repose sur des méthodes précises, ancrées dans une méthodologie pensée en fonction d'un cadre théorique solide bénéficiant d'une validité scientifique.

Nous avons pu identifier quatre types d'acteurs :

- Les pilotes : acteurs qui déclenchent la démarche, en réalisent le cahier des charges, choisissent l'intervenant, suivent l'intervention, veillent à la succession de ses différentes étapes, organisent la communication en interne…
- Les décideurs : acteurs possédant des marges de manœuvre susceptibles d'agir sur l'organisation du travail. Ils sont des dirigeants supérieurs (ils peuvent se confondre avec les pilotes de la démarche ou bien être membres du groupe de pilotage)
- Les collaborateurs : par exemple, les représentants du personnel, les managers de proximité, les membres du CHSCT ou encore les acteurs des services des ressources humaines et de la prévention
- Et enfin les sujets : il s'agit des salariés et des membres des services au sein desquels l'intervention est déployée.

Finalement, l'ensemble des catégories et sous-catégories identifiées grâce à la revue narrative des modèles-cadres d'intervention en prévention des RPS nous a permis de construire la grille de lecture transversale suivante :

Catégories transversales
Origine des RPS considérée
Approche théorique
Objectifs
Méthodologie
Méthodes
Etapes
Sous-étape 1
Sous-étape 2
….
Durée estimée
Type de résultats attendus
Apports
Limites

Pilote			**Décideur**			**Collaborateur**			**Sujet**		
Identité	Rôle	Coopération	I	R	C	I	R	C	I	R	C

Forts de ce regroupement cohérent de modèles-cadres hétérogènes, nous avons formulé, par démarche inductive, une première théorisation du processus que nous tentons de rendre

intelligible, à savoir celui du passage entre la connaissance et l'action. Nous proposons en effet de le conceptualiser au travers de trois grandes dimensions :

- Le niveau d'implication
- La nature de l'objet d'intervention
- Le type de processus cognitif de prévention engendré.

Nous nommons niveau d'implication d'une démarche, sa capacité à intégrer l'ensemble des niveaux de l'organisation au sein de son processus. Si pour Rouat (2010), la pertinence d'un dispositif d'intervention dépend de sa possibilité d'enrichir les perceptions et d'aboutir à une appropriation des connaissances et des démarches aux trois niveaux que sont celui de l'individu, du collectif et de l'organisation, nous nous intéressons, pour notre part, à la capacité du dispositif à intégrer les acteurs des différents niveaux organisationnels au sein du processus. En écho aux facteurs stimulants des démarches décrits par Hansez et coll. (2009), le niveau d'implication renvoie aux aspects de communication, de participation mais aussi au caractère actif ou passif du rôle occupé par les acteurs internes. Il peut se mesurer au-travers de trois indicateurs que sont le nombre d'acteurs impliqués et leur présence durant les différentes étapes ainsi que l'étude du type de coopération à l'œuvre entre les acteurs (par exemple, sont-ils uniquement en position de recevoir un diagnostic réalisé par d'autres ou sont-ils, au contraire, acteurs de la démarche ?). Ce potentiel d'implication du dispositif apparaît en effet un préalable indispensable à toute possibilité de maturation des acteurs sur les phénomènes qui nous intéressent.

Cette condition renvoie en elle-même à la question de l'utilité sociale de l'intervention notamment pour des dirigeants supérieurs, ou pour le dire autrement, à la capacité de l'intervention à aider les acteurs à passer du « risque psychosocial à la ressource psychosociale » (Clot, 2010-b). Cette question introduit la seconde dimension que nous proposons pour théoriser le passage de la connaissance à l'action, à savoir celle de l'objet d'intervention. Nous le définissons comme l'objet autour duquel la démarche se centre, ce sur quoi elle tente d'agir ou encore ce qu'elle essaie de faire évoluer. Il s'agit par exemple des niveaux de risque concernant les démarches de diagnostic quantitatif, des atteintes de santé concernant les démarches à visée thérapeutique ou encore des niveaux de stress concernant les échelles afférentes. Selon la revue narrative entreprise, cet objet peut se révéler partiel à valence positive ou négative, ou global de la dynamique santé-travail. Un objet partiel est un objet qui n'aborde qu'un seul aspect de la dynamique entre santé et travail. Par exemple, les démarches de diagnostic quantitatif ne révèlent que les méfaits du travail sur la santé, laissant de côté ses

aspects vertueux. Ils amènent donc les acteurs de l'entreprise à considérer le travail comme nocif. Il s'agit d'un objet partiel à valence négative. A l'opposé, une démarche qui se centre sur des objets tels que le développement de services améliorant l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle (télétravail, garderie, avantages financiers…), considère le travail comme un moyen d'épanouissement de l'être humain. Elle mobilise donc un objet partiel à valence positive. Enfin, un objet d'intervention peut être global dans la mesure où son étude permet aux acteurs de considérer l'ensemble de la dynamique santé-travail, tant dans sa dimension possiblement pathogène que dans sa dimension possiblement épanouissante. Il n'est donc ni à valence positive ni à valence négative.

La dernière dimension que nous proposons est celle du type de processus cognitif engagé. En effet, du point de vue de l'intervention, il nous semble que la nature de l'objet a sur lui, un impact considérable. Par exemple, un objet partiel à valence négative entraine un processus cognitif que l'on peut qualifier de tertiaire car son étude amène à relever les dysfonctionnements/méfaits du travail, du management et/ou de l'organisation, à les présenter aux acteurs de l'entreprise puis à construire différentes actions visant à rétablir/(ré)aménager/transformer les situations de travail afin de réduire les dysfonctionnements et méfaits identifiés. Un objet partiel à valence positive peut, quant à lui, entrainer un processus cognitif de type secondaire, dont la logique est celle du développement des ressources (par exemple, augmenter les moyens de garde pour les salariés afin de faciliter le retour à l'emploi après une maternité). Ainsi, alors que l'efficacité d'un dispositif dépend de sa capacité à agir au niveau primaire (Lamontagne & al., 2007 ; Giga & al., 2003), nous proposons d'observer la nature des processus cognitifs engendrés chez les acteurs par les dispositifs et leur objet d'intervention selon qu'ils se rapprochent d'une logique tertiaire, secondaire ou primaire. Cette lecture en trois niveaux nous semble intéressante à mobiliser dans la mesure où elle correspond à la catégorisation classiquement utilisée en prévention pour distinguer les stratégies d'actions. Le niveau primaire est celui de l'évolution de l'organisation du travail nécessaire à la réduction ou la suppression des agents pathogènes du milieu de travail (Vézina et coll., 2006), obtenue notamment par la promotion d'un environnement favorable, au sens d'environnement capacitant (Falzon, 2009) et soutenant (Cooper et Cartwright, 2000). Les actions primaires agissent sur les causes des troubles psychosociaux. En intervention de terrain, nous avons coutume de le résumer par le verbe 'prévenir'. Le niveau secondaire vise généralement les individus et consiste à développer leurs ressources pour les aider à faire face aux exigences du travail (Rouat, 2010). Il est possible de le résumer par le verbe 'accompagner'.

Enfin, le niveau tertiaire est synonyme du verbe 'réparer'. Il vise le salarié en souffrance et tente de diminuer ses troubles ou encore de le réadapter au travail (Cooper & Cartwright, 1997 ; Harvey et coll., 2006).

Niveau d'implication, objet d'intervention et enfin processus cognitif implanté sont ainsi les trois dimensions induites à partir de la comparaison systématique des similarités et des différences de chacun des dix modèles-cadres d'intervention en prévention des RPS, et nous permettant de théoriser le passage de la connaissance à l'action. Cependant, en référence au cadre épistémologique proposé par la théorie ancrée, cette théorisation renvoie davantage à « une formulation provisoire pour comprendre la complexité des phénomènes » (Méliani, 2013, p436) et *« n'est pas une fin mais plutôt l'état dans lequel se trouve, à u*n moment donné, une construction théorique donnée » (Paillé, 1996, p184). Elle doit donc se poursuivre par une démarche itérative puisque « [la théorisation] ne parvient que progressivement, par le jeu *d'approximations successives, à la conceptualisation de son objet »* (Paillé, 1996, p185). Nous présenterons donc tout d'abord la revue narrative des dix modèles-cadres. Ils seront successivement analysés au travers des dix catégories transversales pré-citées, de l'implication des acteurs internes au fil des étapes d'intervention et enfin, au regard des trois dimensions théorisant le passage de la connaissance à l'action. Nous poursuivrons par la proposition d'un nouveau modèle-cadre induit à partir de la combinaison entre cette analyse et les travaux relatifs à l'évaluation des démarches de prévention. Enfin, nous confronterons cette théorisation aux résultats de trois études élaborées dans cet objectif, avant de conclure dans le dernier chapitre de ce travail.

Synthèse :

Devenues un enjeu humain, social, économique et donc sociétal en quelques années, les altérations de la santé psychique du fait du travail ont donné lieu à de nombreux travaux. Pour autant, leur évaluation *(fort complexe de par l'impossibilité à mesurer une évolution de la santé, des conditions de travail* pathogènes ou encore à différencier causes et conséquences) montre une limite majeure liée au passage de la connaissance *à l'*action (des liens entre santé et travail à la transformation des situations de travail et *l'*implantation du dispositif). Pour y répondre et tenter de proposer des améliorations, nous avons choisi de procéder par une revue narrative de dispositifs particuliers, renommés à cette occasion, modèles-cadres. Ces modèles *ont en effet été choisis pour leur proposition d'*une articulation théorico-méthodologique unique. La comparaison systématique de leurs similarités et divergences nous a permis *d'identifier dix* catégories invariantes auxquelles nous avons ajouté celle de la mobilisation des acteurs *internes au fil de l'*intervention ; ces acteurs pouvant relever de quatre identités différentes, jouer des rôles divers et enfin développer des coopérations de différentes natures. Forts de ce regroupement cohérent de modèles-cadres hétérogènes, nous avons formulé, par démarche inductive, une première théorisation du processus que nous tentons de rendre intelligible pour pouvoir le transformer (en référence à notre ancrage dans la recherche fondamentale de terrain), à savoir celui du passage entre *la connaissance et l'action.* Cette théorisation repose sur trois dimensions *: tout d'abord, l*e niveau *d'implication* qui renvoie à la capacité du dispositif *à intégrer l'ensemble des niveaux de l'organi*sation au sein de son processus, que ce soit en termes de participation des acteurs dans ses différentes étapes ou en termes de rôle plus ou moins actif occupé par ces derniers. Ensuite, l*'objet d'intervention* qui se définit comme *l'objet autour duquel la démarche se centre, ce sur quoi elle tente d'agir ou encore ce qu'elle essaie de faire évoluer.* Il est ce qui est mis en discussion entre les acteurs internes et *l'*intervenant. Il peut être partiel à valence négative ou positive, ou global de la dynamique santé-travail. Enfin, le processus cognitif de prévention qui renvoie à la manière dont la démarche propose aux *acteurs internes de réfléchir et d'agir sur l'objet d'intervention. Il peut renvoyer à une logique tertiaire,* secondaire ou primaire. Grâce à cette *'formulation provisoire'* du processus social complexe du *passage de la connaissance à l'action,* nous allons désormais pouvoir *étudier l'ensemble des* dix modèles-cadres selon cette grille transversale. En référence à la théorie ancrée, nous pourrons ainsi vérifier une première fois la pertinence de cette théorisation émergente puis proposer une possibilité de transformation au-*travers d'un* nouveau modèle-cadre visant à réduire les limites constatées par la recherche.

Pour facili*ter la lecture, un résumé sera proposé sous forme de tableau à l'issue de chaque modèle-*cadre, considérant leur nombre important, la diversité de leurs articulations théorico-méthodologiques et les catégories invariantes à analyser pour chacun.

2.2 Les modèles-cadres d'intervention

2.2.1 Le modèle à visée thérapeutique

Issu de la psychiatrie, de la psychodynamique ou de la psychopathologie, ce modèle d'intervention constitue l'un des héritages des recherches menées pour identifier les origines des psychoses dans le travail (Molinier, 2006). Si cette voie s'est épuisée du fait de l'impossibilité à démontrer un lien entre travail et maladie mentale, il n'en demeure pas moins que ces travaux ont évolué en des pratiques de type victimologie du travail. Elles restent toujours tout à fait prégnantes notamment du fait de la forte médiatisation des violences au travail ou encore de l'appropriation massive de la figure du harceleur à la suite du livre de Marie-France Hirigoyen (1998). On en trouve d'ailleurs trace dans de nombreuses publications (Pezè, 2008 ; Dejours et Abdoucheli, 1990 ; Dejours, 2001-b, 2009, 2010-a, 2010-b). Ces pratiques se rapprochent d'une posture fondamentalement clinique, au sens de « être au chevet de » et se construisent en réponse à une compréhension de la souffrance au travail telle qu'issue des transformations du monde du travail, d'une évolution des formes de domination et de servitude, de l'instabilité des entreprises et des organisations, de la destruction des formes de solidarité ou encore de l'inadaptation (ou inadéquation) entre les besoins issus de la structure mentale et le contenu ergonomique de la tâche (Dejours, 1980, 2000, 2005 ; Grenier-Pezé, 2000). Dans cette optique, les risques psychosociaux proviennent des processus intersubjectifs en jeu dans les situations de travail du fait de la rencontre entre un sujet porteur « *d'une histoire personnalisée et l'organisation du travail porteuse d'une injonction dépersonnalisante* » (Dejours, 1980 repris par Molinier, 2006).

Les méthodes utilisées interrogent le lien subjectif du sujet à son travail car la souffrance est envisagée comme une altération des relations entre le sujet, autrui et le réel. En ce sens, la méthodologie a pour objectif d'agir sur ces processus de façon à empêcher l'aliénation et permettre le dégagement (Dejours, 2006 ; Sigaut, 1990) : « La psychopathologie du travail *prend en compte l'histoire de l'individu, ses fragilités et ses forces. Or, les travailleuses et* travailleurs qui éprouvent des difficultés psychologiques ne souffrent pas nécessairement de *maladies mentales mais d'une souffrance liée au travail. Cette souffrance, qui suscite des* défenses individuelles et collectives, peut être créatrice ou pathologique » (Dejours et Abdoucheli, ibid, p 126). Concrètement, il s'agit d'instaurer un cadre accueillant, neutre et

rassurant afin de permettre au salarié d'exprimer maux et difficultés. Cette expression ouvre progressivement la voie à la compréhension des processus psychiques impliqués, cette conscientisation étant à la fois le résultat du processus thérapeutique et l'une des ressources de la guérison : fort de cette nouvelle lecture des phénomènes, le salarié est en mesure de redevenir acteur de sa vie professionnelle, soit en adoptant de nouvelles stratégies comportementales, soit en prenant des décisions qui lui permettront de s'extraire de la situation nocive dans laquelle il se trouve. On parle alors de processus de dégagement face au phénomène d'aliénation. La méthodologie est élaborée et mise en œuvre au travers d'une alliance entre le salarié et l'intervenant. Lorsqu'elle s'adresse à un seul salarié, elle peut se définir comme des consultations individuelles et prendre la forme d'entretiens de face à face ou encore de « consultations » téléphoniques issues des programmes d'écoute à destination des salariés en souffrance. La durée de l'accompagnement peut être laissée à la liberté de l'intervenant et du salarié selon les règles déontologiques en vigueur mais peut aussi être contrainte par des règles imposées par l'employeur (par exemple, chaque salarié a la possibilité de bénéficier de trois entretiens par an) ou encore par des pratiques internes aux services de santé (le plus souvent afin de limiter les risques d'un envahissement du temps de travail par des consultations individuelles ou encore pour éviter un risque de psychologisation des questions entourant les RPS). Ces démarches peuvent également s'adresser à des groupes de salariés et se définissent alors comme une intervention au sens où nous l'entendons, c'est-à-dire comme un dispositif collectif fondé sur un cadre théorico-méthodologique. Il peut s'agir d'actions visant à prendre en charge les salariés à la suite d'agression, d'accident grave ou encore d'évènement particulier. Les méthodes employées ont alors à voir avec des techniques cliniques voire psychiatriques comme c'est le cas du defusing, du débriefing (Pontseti-Gaillochon et coll., 2009) ou du groupe de parole, ce qui signifie qu'elles participent de la protection de la santé mentale dans son ensemble et non uniquement de la santé psychique au travail. Aussi, bien que nous soyons conscients qu'ils ont cours dans de nombreux SST et sont proposés par de plus en plus de mutuelles d'entreprise, nous ne les considérons pas comme faisant partie de notre champ d'étude. Il n'est d'ailleurs pas rare que ces démarches soient conduites par des praticiens qui n'ont pas de formation spécifique au travail ou encore qu'elles n'aboutissent à aucune mesure de prévention, soit parce que le secret professionnel est brandi de principe (comme si l'indépendance du praticien, la confidentialité et l'anonymat interdisaient tout échange entre celui-ci et les acteurs de l'entreprise), soit parce que le travail n'est pas questionné dans l'intervention ou encore parce que la transformation concrète de la situation de travail n'est pas envisagée.

Dans ce type d'intervention, il existe donc très peu de relations entre l'intervenant et les acteurs de l'entreprise, qui sont principalement de deux sortes : les décideurs, c'est-à-dire les dirigeants en mesure de déclencher la demande d'intervention ; les sujets, c'est-à-dire les salariés auprès desquels / pour lesquels l'intervention est déployée. Pour les premiers comme les seconds, le type de coopération est réduit au strict minimum : l'intervenant informe les décideurs de la méthodologie qu'il a défini seul au regard de son expertise et des informations recueillies sur l'évènement potentiellement traumatisant, et explique les conditions déontologiques et matériels requises. Le rôle des dirigeants consiste uniquement à veiller au maintien de ces conditions. Durant les temps d'application de la méthodologie, il n'existe pas d'interaction entre les décideurs et l'intervenant. Il en est de même à la fin de l'intervention puisqu'aucun retour n'est réalisé la plupart du temps. En ce qui concerne les autres acteurs, à savoir les sujets, les interactions ont lieu durant le seul temps d'application de la méthode (débriefing, défusing, groupe de parole). Les rôles sont respectivement de soignant pour l'intervenant et de soignés pour les sujets. Dans certains cas toutefois, notamment lorsque l'intervenant est membre d'un SST, des interactions peuvent avoir lieu et prendre la forme de conseils relatifs à la prévention générale ou à un soutien managérial. De même, lorsque des éléments en lien avec le travail sont identifiés, ils peuvent être identifiés et permettre le déclenchement d'une autre intervention.

Ces dispositifs concernent, nous l'avons dit, la prévention de la santé mentale dans son ensemble et non spécifiquement la santé psychique au travail. En ce sens, ses apports sont en premier lieu ceux d'une protection de la santé. Ils renvoient également à une forte demande des employeurs, des salariés, voire de la société envers les professionnels de la santé mentale, attente qui consiste à solliciter la mise en place de cellules psychologiques en cas d'évènements douloureux. Si le questionnement de cette demande n'entre pas dans le cadre de notre recherche, nous pouvons toutefois souligner l'intérêt de ces interventions pour les salariés dans la préservation de leur santé. Par ailleurs, ces démarches ont parfois le mérite de permettre d'évoquer la santé psychique dans des entreprises où la santé peut encore être pensée comme uniquement liée au corps. De même, elles peuvent être l'occasion de créer des relations de confiance entre les dirigeants et le SST, confiance qui permettra d'échanger par la suite sur d'autres problématiques, notamment en lien avec les RPS. Enfin, l'expérience nous a appris que nombre de conflits ou de relations de travail dégradées pouvaient provenir d'un évènement traumatique non ou mal pris en compte par l'employeur et les managers. Une intervention peut donc prévenir de tels impacts. A l'inverse, nous pouvons reprocher à ces dispositifs de ne pas

questionner le travail : les échanges se basent en effet sur le vécu individuel en lien avec l'évènement mais n'abordent pas le travail en tant que tel. Par ailleurs, nous avons souligné le peu de coopération entre l'intervenant et les acteurs de l'entreprise. Ces deux points impliquent qu'une telle démarche ne semble pas en mesure de faire évoluer les représentations des acteurs quant à la dynamique santé-travail. De même, cette absence de coopération peut aboutir à des impasses lorsqu'il n'existe pas de retours à l'entreprise. En ce sens, le développement de ce type d'interventions peut participer à une psychologisation des salariés, plaçant la santé psychique au travail hors du champ des dirigeants et des managers.

Finalement, en fonction des trois caractéristiques que nous avons définies, nous pouvons estimer que ces dispositifs collectifs à visée thérapeutique possèdent un très faible niveau d'implication. De même, concernant l'objet d'intervention, nous pouvons le définir comme portant sur le vécu potentiellement traumatique d'un ou de plusieurs salariés, lié à un évènement en lien avec le travail. Cet objet d'intervention est donc partiel de la dynamique santé-travail et à valence négative puisque centré uniquement sur des atteintes. Enfin, le processus cognitif de prévention implanté auprès des acteurs est tertiaire : lorsqu'il n'y a pas coopération entre acteurs internes et intervenant, les premiers font en effet appel aux seconds dans cette logique de 'réparation' de salariés victimes d'un choc. De plus, même lorsqu'il y a coopération, l'entreprise est sollicitée pour mettre en place des mesures visant à supprimer ou réduire les causes du choc ou à en diminuer la prévalence.

Modèle à visée thérapeutique collectif

Critères transversaux	
Origine des RPS considérée	Choc traumatique survenant dans le cadre du travail
Approche théorique	Psychiatrie – psychopathologie - psychodynamique
Objectifs	Eviter toute altération de la santé mentale
Méthodologie	Intervention collective thérapeutique
Méthodes	Interventions de 1ers secours
Durée estimée	Quelques heures
Type de résultats attendus	Evitement du syndrome post-traumatique et des altérations de la santé mentale
Apports	Prévention de la santé mentale - Réponse à un besoin exprimé par les salariés et les employeurs Introduction de la question de la santé psychique - Développement d'un lien de confiance avec l'employeur Prévention de la dégradation des relations de travail
Limites	Pas de questionnement du travail - Pas de coopération avec les acteurs – Risque de psychologisation - Pas d'évolution des représentations sur la dynamique santé-travail

Tableau 1 : Synthèse du modèle-cadre à visée thérapeutique collectif

Etapes	Décideurs			Sujets		
	Identité	Rôle	Coopération	Identité	Rôle	Coopération
Demande d'intervention	Dirigeants	Passage de commande	Client-prestataire	Victimes - Témoins	Demander l'intervention	/
Défusing	/	/	/	Victimes - Témoins	Expression du vécu	Soigné-soignant
Débriefing (éventuellement)	/	/	/	Victimes - Témoins	Expression du vécu	Soigné-soignant

Tableau 2 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre à visée thérapeutique collectif

Caractéristiques du dispositif

Niveau d'implication : très faible

Objet *d'intervention* : partiel à valence négative

Processus cognitif de prévention : tertiaire

2.2.2 Le modèle d'enquête qualitative

L'enquête qualitative trouve ses fondements dans la psychodynamique et la psychopathologie du travail (Dejours, 2008, 2015-a ; Molinier, 2006, 2012). Elle consiste à mener une investigation clinique visant à identifier l'ensemble des facteurs en lien avec un ou des évènement(s) souvent grave(s) survenu(s) sur le lieu de travail. Il s'agit particulièrement des suicides (Dejours et Bègue, 2009) mais aussi de troubles psychosociaux importants principalement de type conflit, souffrance éthique, atteinte du climat de travail ou encore dégradation forte des conditions de travail et des indicateurs de santé (Maranda et coll., 2001 ; Molinier, 2012 ; Jobin et Tseng, 2014 ; Chen, 2014 ; Lin et coll., 2014 ; Aubry et Couturier, 2014). Elles se distinguent des dispositifs collectifs à visée thérapeutique à plusieurs titres : d'une part, l'objectif général de l'intervention n'est plus de prendre en charge les salariés mais d'identifier les facteurs et les processus qui ont abouti à la dégradation des situations de travail et éventuellement à des évènements dramatiques : « *en d'autres termes, ces entretiens à* visée *non thérapeutique ont pour objectif principal non pas l'analyse des maladies dont certains salariés sont affectés, mais l'analyse et l'interprétation de la crise collective qui, via l'organisation du travail, affecte tous les salariés* » (Dejours et Bègue, ibid, p119). D'autre part, son objectif porte cette fois sur la transformation effective de l'organisation du travail. Pour ce faire, elle ne se base pas sur une démarche positiviste consistant à identifier l'ensemble des données d'un problème pour ensuite en déduire des préconisations (Miossec et Clot, 2011) mais instaure des espaces de délibération autour de l'enquête. Il s'agit de permettre aux acteurs de « reconstituer les bases relationnelles du vivre-*ensemble […] et de former les bases de la* coo*pération […] pour travailler ensemble* » (Dejours et Bègue, ibid, p123). Le cadre de l'intervention crée ainsi un processus permettant la transformation de l'organisation du travail au travers de l'enquête. L'objectif global porte autant sur l'étiologie de l'évènement que sur le développement de nouvelles compétences collectives horizontales et verticales. Les méthodes utilisées visent à transformer le rapport subjectif au travail en « (déclenchant) la pensée par la pensée, en (comprenant) directement le psychique par le psychique » (Clot et Leplat, 2005, p18). En effet, la théorie psychodynamicienne, elle-même fondée notamment sur la psychanalyse, considère l'organisation comme issue de rationalités diverses, instrumentales, stratégiques ou encore morales et pratiques ; et s'intéresse plus particulièrement à la rationalité pathique, c'est-à-dire à l'analyse des défenses mobilisées par les individus et les collectifs pour tenir au travail (Dejours, 2008). Visant « *l'*élucidation des ressorts organisationnels de la

souffrance et du plaisir en situation de travail », l'enquête qualitative cherche à obtenir, via des « mises en discussion collective, une socialisation collective des difficultés en lien avec le travail » ainsi qu'un « accès aux stratégies défensives » ; celles-ci permettant certes l'adaptation au travail et évitant ainsi la maladie, mais empêchant aussi la mise en discussion des difficultés et donc leur transformation (Molinier, 2012, p217-218).

La méthodologie repose sur plusieurs étapes dont la première est celle de la pré-enquête, elle-même divisible en trois temps que sont le travail de la demande, la préparation de l'enquête puis l'étude de sa faisabilité. L'ensemble de la pré-enquête mobilise différents acteurs : elle débute auprès des « porteurs de la demande » (Molinier, 2012, p217) mais s'élargit rapidement à un comité de pilotage. Les articles auxquels nous avons eu accès donnent peu d'informations sur l'identité des membres de ce comité et évoquent davantage l'objectif des échanges. Les porteurs peuvent être des représentants du personnel, des acteurs internes de la prévention, des salariés, le CHSCT ou encore des dirigeants. Ce sont eux qui transmettent la première demande à l'intervenant. Le comité de pilotage (copil) est quant à lui, un collectif constitué spécifiquement pour la démarche en fonction de conditions concernant notamment la demande : ses membres doivent obligatoirement porter une demande d'intervention. Il peut également inclure des acteurs susceptibles de soutenir la démarche (médecin du travail et membres du SST, membres du CHSCT, représentants du personnel, managers…). Il est donc possible qu'entre l'appel transmis par les porteurs et le début de la phase de pré-enquête se déroule plusieurs mois, le temps d'organiser les rencontres avec les acteurs du ou des sites concernés, de vérifier qu'ils ont également une demande puis de la travailler. La constitution de ce copil est une spécificité de ce type d'intervention puisqu'elle relève de « catégories subjectives [plu*tôt qu'*]objectives » (Dejours, 2015-a, p134) qui sont re-déterminées à chaque fois. Pour autant, étant donnés les objectifs poursuivis par la démarche (comprendre les causes de la crise, développer des compétences collectives horizontales et verticales afin d'aboutir à une évolution de l'organisation du travail), on peut déduire que ce comité possèdera, selon nos propres termes, un fort niveau d'implication. Il n'est toutefois pas possible de savoir si les dirigeants supérieurs (décideurs) y sont inclus ou s'ils sont positionnés « à côté » en étant 'simplement' sollicités pour donner une validation officielle à l'organisation de ces premières démarches. Concernant les autres acteurs, il nous faut aussi parler de l'équipe d'intervention. En effet, une autre des particularités de ce type de démarche est d'être conduite par un intervenant lui-même chercheur, cette fonction étant considérée comme une condition de réalisation de l'enquête : « En

*psychopathologie du travail, la demande ne s'adresse pas à un psychan*alyste ni un psychiatre. *Elle ne s'adresse pas non plus à un militant ni à un sympathisant. Elle s'adresse à un chercheur. Du moins, il faut que […] ce point soit préalablement clarifié de façon à écarter toute demande personnelle déguisée de soins […] à é*carter toute *connivence ou complaisance […]. En s'adressant à des chercheurs […] les demandeurs doivent savoir par avance que la rigueur du* travail de recherche peut conduire à des résultats faisant apparaître des contradictions avec les positions syndicales et offici*elles. L'indépendance du chercheur est une condition spécifique du travail de l'enquête* » (Dejours, 2015-a, p133-134). L'intervenant est donc un chercheur. Il ne s'agit d'ailleurs pas d'un chercheur mais de plusieurs chercheurs puisque l'intervention en solo est contre-indiquée du fait des trop grandes contraintes et pressions portant sur le chercheur. Ces autres acteurs collaboreront donc avec lui au sens premier du terme. Ils sont à la fois des membres internes de l'entreprise ne devant pas nécessairement être des cliniciens mais devant respecter les principes de la démarche pilotée par le chercheur (membres du service de prévention ou des ressources humaines par exemple) et à la fois des personnes externes qui constituent une équipe d'appui auprès de laquelle le chercheur pourra venir discuter de la démarche. Enfin, il n'est pas rare qu'il existe deux chercheurs intervenants, ceux-ci constituant alors un binôme durant les groupes d'enquête (Molinier, 2012).

Nous allons désormais évoquer le contenu de chacun des trois temps de la pré-enquête afin de tenter de caractériser le type de coopération qui y est à l'œuvre. Le travail de la demande consiste à déterminer qui demande et ce que l'on demande, à échanger sur les risques de l'enquête[1], à réfléchir à qui la demande est adressée (posture du chercheur) et enfin à préciser les conditions matérielles de l'intervention (rémunération, contrat…) (Dejours, 2015-a). En considérant ce canevas d'échanges, il semble possible de rapprocher le type de coopération d'une expression guidée : le(s) chercheur(s) oriente(nt) en effet les échanges sur des points particuliers afin d'atteindre un objectif spécifique ; ici expliciter la demande pour vérifier qu'elle est acceptable. Lorsque ce n'est pas le cas, la coopération peut prendre la forme d'une confrontation, le(s) chercheur(s) mettant alors en exergue les paradoxes de la demande formulée (par exemple entre une volonté affichée de comprendre les causes de la crise et des avis déjà tranchés sur la question). Il s'agit donc de passer d'une demande ambivalente à une demande collective qui ne l'est plus, au travers d'un cadre qui constitue déjà une mise au travail des acteurs de l'entreprise. Le second temps de la pré-enquête est celui de sa préparation effective:

[1] Ne rien trouver, trouver autre chose que ce à quoi on s'attendait, révéler des choses pénibles et destabilisantes

réunir des informations sur le process de travail et ses évolutions à partir de données techniques, économiques et scientifiques ; visiter l'entreprise guidée par un travailleur et éventuellement par l'employeur afin de pouvoir identifier des différences intéressantes entre un point de vue technique et un point de vue humain; recueillir des informations sur l'histoire des conflits, des incidents… afin d'accéder aux dynamiques constituant l'organisation réelle du travail. L'objectif de cette sous-étape est de se faire un avis sur la situation et d'être en mesure de comprendre ce dont les salariés parleront lors de l'enquête : se construire une « représentation imagée des conditions environnementales de la souffrance » (Dejours, 2015-a, p128). Le type de coopération peut ainsi se rapprocher d'une relation entre un chercheur qui découvre et des acteurs internes qui témoignent. La pré-enquête se conclut par un travail autour de la faisabilité concrète de l'intervention (Molinier, 2012) : penser l'information aux salariés, définir les groupes d'enquête, leur composition, le nombre des réunions et leur rythme, échanger sur les conditions des restitutions… Cette phase permet au chercheur, non pas d'élaborer sa méthodologie ; celle-ci étant relativement stable mais plutôt de l'adapter aux particularités de l'entreprise. Concernant la constitution des groupes d'enquête par exemple, aucune exception ne saurait être acceptée sur leur existence, ni sur le volontariat des personnes ou encore sur leur non-mixité hiérarchique. En revanche, des discussions sont possibles sur les différents groupes de personnes auxquels la démarche sera proposée. Il peut aussi s'agir de décider de l'organisation d'entretiens individuels en plus des groupes afin de contourner des difficultés de mise en discussion. Pour autant, le nombre de réunions des groupes d'enquête et leur fréquence courte ne sont pas négociables car ils possèdent une fonction technique visant à dépasser les réticences à parler du travail réel, par nature transgressif du prescrit. Finalement, il nous semble possible de dire que la méthodologie n'est pas discutable dans la mesure où elle est appréhendée comme fondamentale du cadre d'intervention, ce cadre conditionnant lui-même le processus d'action que l'enquête doit permettre d'engager. Des étapes peuvent être ajoutées ou des adaptations faites mais la méthodologie est fixe car les éventuelles oppositions ou critiques sont considérées comme une attaque du cadre : « La fermeté vis-à-*vis des principes d'intervention* est en général mis*e à l'épreuve, d'entrée de jeu […] Or, ici, la position de tiers indépendant, occupée par le praticien, est sans compromis possible […] En l'absence de cette condition de* délégation et de confiance de la direction dans le praticien, il ne faut pas poursuiv*re l'enquête […] Dans le cas où (elle n'est pas) au rendez*-vous, il faut négocier. Cela passe alors par la *discussion avec la direction […] jusqu'à ce qu'ils aient compris et accepté* » (Dejours et Bègue, 2009, p111-112). Au regard de ces éclairages, il nous semble possible de considérer que la coopération entre le(s) chercheur(s) et les acteurs du copil lors de cette sous-étape de la pré-

enquête correspond à une présentation, à une explication voire à une argumentation appuyée de la méthodologie, et ce jusqu'à ce que ces derniers acceptent le cadre proposé. Les acteurs internes n'ont pas à proprement parler de pouvoir d'action sur l'intervention, ce qui permet de définir le type de coopération comme étant de nature 'expert-demandeur'.

La seconde étape de l'enquête qualitative est celle de l'enquête à proprement parler. Comme nous l'avons vu ci-dessus, la méthode utilisée est celle de l'animation par le(s) chercheur(s) de réunions de groupes constitués de salariés volontaires pour participer à la compréhension de la crise sociale et à l'étude des relations éventuelles entre l'organisation du travail et la souffrance[1]. Sont donc demandés aux salariés « *[leur] avis sur ces suicides, […] leur opinion* sur les circonstances au moment où tel travailleur a été conduit *à l'hôpital psychiatrique, […]* sur les insomnies et les troubles du sommeil. Etc » (Dejours, 2015-a, p129). Les acteurs relèvent, nous l'avons dit, de catégories subjectives et non de catégories objectives. Ils n'incluent que des salariés appartenant au même niveau hiérarchique. Toutefois, la composition des groupes varie au fil de l'enquête et de son processus d'action. En effet, l'animation amène ceux qui le souhaitent, à partager leurs opinions devant d'autres qui écoutent et témoignent ainsi de leur implication. Cette parole peut entrainer adhésion, contribution, contestation voire rejet. Dans ce dernier cas de figure, des membres du groupe peuvent être amenés à quitter le collectif, laissant leur place à de nouveaux participants. Cette dynamique est constitutive du processus de l'enquête et de son action : « quand ils commencent à entrer en discussion, éventuellement *contradictoire, entre eux, tout ce qui est dit peut être tenu pour signification de ce qui […] relève d'une expérience partagée entre les membres du collectif. […] De nouveaux entrants les remplacent et le groupe finit par se stabiliser autour d'une progression indubitable du consensus sur la signification qu'il convient de donner à la situation de crise et aux évènements* que constituent les suicides » (Dejours, ibid, p121-122). Nous pouvons ainsi noter que seuls ceux qui maintiennent leur adhésion au débat restent inclus dans le processus, si bien que les autres salariés sont exclus de la maturation permise par l'intervention.

Le matériel recueilli par le(s) chercheur(s) dans ces séquences n'est pas de l'ordre de la rationalité ou de l'objectivité mais porte sur le 'commentaire verbal' (Dejours et Bègue, 2009 ; Dejours, 2015-a). On y remarque particulièrement ce que disent les salariés, les objets de leurs discussions et leurs évolutions au fil de la démarche, les explications retenues ou au contraire,

[1] Durant l'enquête, des entretiens individuels peuvent être également proposés dans un objectif de témoignages et sont acceptés uniquement s'ils s'insèrent dans un objectif d'intelligibilité.

mises de côté, les liens entre souffrance (ou plaisir), le dynamisme des échanges ou au contraire, les silences et les caractéristiques de l'organisation du travail. Ces analyses in situ sont systématiquement notées dans un rapport après chaque séance par les chercheurs ou l'un d'eux. Elles portent sur le vécu, la dimension subjective au travail, les paradoxes ou encore les silences et sont ensuite interprétées au regard des connaissances en psychopathologie. Ce matériel d'interprétations est présenté au groupe de chercheurs d'appui afin de repérer les défenses collectives voire les idéologies défensives. Ce travail est ensuite présenté en début de chaque nouvelle séance au collectif d'enquête. Il peut soit faire état d'une version faisant consensus, soit proposer des questionnements en cas d'hypothèses contradictoires (et donc de défenses collectives multiples). Il s'agit d'une « objectivation *de l'intersubjectivité* » (Dejours, 2015-a, p140) entre celles des travailleurs et celles des chercheurs : le type de coopération à l'œuvre relève alors d'une séquence de restitution par les chercheurs aux sujets-acteurs. Nous remarquons aussi que cette présentation poursuit en fait le processus de l'enquête, ce qui pourrait permettre de la définir plutôt comme une restitution-action. D'ailleurs, cette présentation peut être critiquée et ainsi ouvrir à une « nouvelle interprétation [devant] avoir une valeur heuristique supérieure à la première et être plus économique » (Dejours, ibid, p140). Ainsi, il semble possible de définir le type de coopération entre le(s) chercheur(s) et les membres du groupe (les sujets d'après notre terminologie) comme relevant d'interactions entre un animateur de débats (intersubjectifs) et des témoins co-élaborateurs (au sens d'individus ayant une expérience de la situation et se construisant une autre expérience de la situation). Enfin, il nous faut remarquer que durant ces phases, il n'existe pas de lien entre le(s) chercheur(s) et les autres acteurs de l'entreprise, y compris le copil (Molinier, 2012).

L'étape suivante l'enquête est celle de la restitution-validation. Cette phase débute par un premier temps de synthèse auprès du collectif d'enquête, lequel se concrétise par la rédaction d'un rapport écrit portant sur les liens entre souffrance et organisation du travail. Ce rapport est remis au groupe d'enquête par le(s) chercheur(s) puis sujet de discussions. Aussi, même si le contenu peut être à nouveau critiqué pour évoluer et même si cette restitution porte sur le travail de co-élaboration de l'étiologie de la crise, la coopération semble à ce moment précis, plutôt relever d'une restitution par des chercheurs-experts à des récepteurs co-validant.

Enfin, ce rapport est présenté[1] officiellement à l'ensemble des salariés et au copil de la démarche. Là encore, nous avons trouvé peu d'éléments dans la littérature sur cette étape. Molinier (ibid) nous précise toutefois qu'en ce qui concerne le copil, la restitution peut se composer de deux phases : l'envoi du rapport écrit puis l'organisation d'une réunion avec ses membres. L'objectif poursuivi est de « *permettre un temps d'appropriation de la démarche par l'ensemble du personnel* » (Maranda et coll., 2001, p170). Au vu de ces éléments (qui demanderaient à être affinés), il semble possible de dire que le type de coopération relève d'une interaction de type restitution par des représentants des groupes d'enquête soutenus par le(s) chercheur(s) à des membres du copil qui sont en position de receveur.

Les atouts de ce type d'intervention sont nombreux et reposent notamment sur l'instauration d'espaces de dialogue. Ils permettent la parole sur la souffrance et le vécu, dégagent les salariés des idéologies défensives empêchant la discussion sur les difficultés et ouvrent ainsi la possibilité de penser la situation, reforment les possibilités de communiquer et de vivre ensemble au travail, améliorent le climat social. Au final, il s'agit de (re)créer des espaces de délibérations internes permettant de faire évoluer les règles de l'organisation du travail, cette évolution permettant à termes l'évolution des situations de travail. Il est ainsi important de noter que la pertinence de la démarche ne se mesure pas à l'aube des transformations effectives du travail. Celles-ci sont 'laissées' à la responsabilité des acteurs internes qui doivent poursuivre leur travail de discussion et d'appropriation des résultats de l'enquête pour les transformer in fine en production de changements. Ce positionnement vis-à-vis des résultats de la démarche est de celle qui suscite des critiques. En effet, les modifications ne « concernent pas le monde des choses » (Molinier, 2001, p134) mais celui de la pensée, son développement étant considéré comme une condition pour (re)générer des capacités d'action : « *parce qu'en amont de tout le processus de transformation de l'organisation du travail, il y a la capacité de penser des* travailleurs » (Dejours et Bègue, 2009, p127). Cette méthodologie pose donc comme corollaire que la pensée précède l'action. Or, plusieurs auteurs ont réfuté cette hypothèse, argumentant que la pensée ne pouvait provenir que de la seule confrontation au réel de l'activité (Daniellou, 2002 ; Vygotski, 1997) mais aussi que la pensée ne suffisait pas en elle-même à déclencher l'action (Clot et Leplat, 2005). Du point de vue du professionnel de terrain en SST, nous pouvons aussi souligner plusieurs conditions difficiles à réunir parmi lesquelles la durée

[1] Lorsqu'il existe plusieurs groupes d'enquête, chacun peut se voir proposer le rapport des autres groupes en lecture. Peut ensuite en émerger une nouvelle discussion autour des points de convergences et de divergences, ceci afin de rédiger une synthèse globale (Maranda et coll., 2011).

conséquente entre la première demande et la fin de l'intervention ou encore la nécessité d'une demande interne. En effet, en SST, il n'est pas rare que l'intervention soit déclenchée par le médecin du travail suite à des visites médicales montrant des atteintes de la santé du fait du travail. L'entreprise n'a alors pas de demande en elle-même et les salariés peuvent aussi davantage s'orienter vers des démarches juridiques, de départ de l'entreprise (via la recherche d'un nouvel emploi, une rupture conventionnelle ou encore une inaptitude médicale) ou souhaitent 'simplement' témoigner de leurs vécus sans pour autant être prêts au risque de leurs partages. L'inexistence de cette demande ne peut toutefois suffire en elle-même à stopper toute démarche, le rôle de la médecine du travail étant bien de conseiller l'employeur et d'empêcher toute altération de la santé des salariés par le travail, notamment en identifiant les risques et les expositions. D'ailleurs, nous avons souligné que ce type de démarche, même lorsqu'elle a été acceptée par l'entreprise et ses acteurs, 'met de côté' ceux qui n'adhérent pas au processus. Enfin, il nous faut revenir sur le nécessaire statut de chercheur des intervenants. D'une part, la mobilisation d'un nombre si important d'acteurs ne correspond pas aux ressources humaines disponibles en service de santé, d'autre part, il s'agit bien de praticiens et non de chercheurs. Pour autant, il nous semble que leur posture (peut-être plus en service inter-entreprises qu'en service autonome, quoique cela puisse se discuter) est bien celle de l'indépendance, de la rigueur et de la recherche des liens santé-travail dont les résultats peuvent effectivement variés de la vision de la hiérarchie, des syndicats et même des salariés.

Au final, concernant les trois caractéristiques que nous avons retenues pour spécifier chaque modèle-cadre d'intervention, nous pouvons préciser que l'objet d'intervention est ici clairement partiel à valence négative, l'ensemble des débats portant sur la souffrance ou ses manifestations (même si théoriquement, la démarche peut porter autant sur le plaisir que sur la souffrance au travail). De même, concernant le processus cognitif implanté auprès des acteurs, il nous semble possible de le qualifier de secondaire. En effet, ce qui est recherché est bien l'évolution de la discussion collective, celle-ci renvoyant, selon le modèle théorique, à « la valeur catalysatrice *de l'interprétation juste, ce qui n'est pas une preuve d'objectivité mais d'une vérité*, *d'un rapport des travailleurs à leur travail et d'un rapport au collectif de travail* ». (Dejours, 2015-a, p131). Il s'agit, via la technique du chercheur et son cadre déontologique, de repérer et d'interpréter les défenses collectives sans violence, sans menace, soit en les déplaçant, soit en les reconstruisant, tout en permettant la révélation des liens entre travail et souffrance. Il nous semble donc possible de dire que l'objet d'investigation est partiel à valence négative mais que

la méthodologie proposée permet un processus secondaire, offrant aux collectifs de nouvelles ressources (ici, permettre aux « *salariés d'élaborer leur pensée à partir de l'expérience que* chacun a du travail réel » afin de leur permettre de développer « leur aptitude à débattre dans *des espaces de délibération interne à l'organisation* » - Dejours et Bègue, ibid, p127). Enfin, le niveau d'implication de la démarche nous semble limité dans la mesure où, même si le copil semble comprendre une certaine mixité d'acteurs, il ne comporte que des acteurs ayant une demande et ne semble pas nécessairement faire appel aux dirigeants, pourtant seuls en mesure de transformer la prescription. Par ailleurs, ce comité est réuni durant les premières étapes de la démarche (la pré-enquête) et à la fin (restitution) mais ne participe pas à l'enquête à proprement parlé.

Nous résumons donc les caractéristiques de ce modèle-cadre d'enquête qualitative dans les tableaux suivants :

Démarches d'enquête qualitative

Critères transversaux	
Origine des RPS	Evolution du monde du travail et contenu de la tâche en inadéquation avec les besoins de la structure mentale
Approche théorique	Psychodynamique du travail - Psychopathologie du travail Psychanalyse
Objectifs	Elucider les ressorts organisationnels de la souffrance et du plaisir au travail – Parvenir à une étiologie de la crise Accéder aux stratégies défensives Développer de nouvelles compétences collectives permettant la transformation de l'organisation du travail
Méthodologie	Créer des espaces de discussions collectives pour développer la coopération sur le travailler ensemble Aboutir à une action à partir de la pensée
Méthodes	Espaces d'élaborations collectives autour des vécus au travail
Durée estimée	Plusieurs mois (18 mois cités par exemple)
Type de résultats attendus	Identification puis dégagement des idéologies défensives de métier - Etiologie de la crise Instauration et maintien d'espaces de délibérations internes à l'organisation Développement de nouvelles règles d'organisation du travail à la suite de l'intervention
Apports	Ouvre la voie à la possibilité de parler des difficultés du métier Développe les capacités à penser Instaure un processus de dégagement parant le processus d'aliénation mentale
Limites	Est pensé comme obligatoirement conduite par des chercheurs Nécessite une équipe d'intervention + une équipe de soutien externe N'est mis en œuvre que s'il existe une demande et une demande non ambivalente Pense l'action à partir de la pensée Nécessite un long temps d'intervention Laisse aux acteurs internes la responsabilité de poursuivre le processus en aboutissant à des changements concrets

Tableau 3 : Synthèse du modèle-*cadre d'enquête qualitative*

Caractéristiques du dispositif

Niveau d'implication : faible

Objet d'intervention : partiel à valence négative

Processus cognitif de prévention : secondaire

Méthodes		Décideurs			Pilotes			Collaborateurs			Sujets		
Etapes		I	R	C	Identité	Rôle	Coopération	Identité	Rôle	Coopération	Identité	Rôle	Coopération
Pré-enquête	Travail de la demande	?			Comité de pilotage	Expliciter la demande	Expression guidée voire confrontation	Acteurs internes	Soutenir et collaborer à la démarche	Co-réflexion	?		
								Appuis externes	Appuyer les chercheurs	Co-élaboration			
	Préparation	?			Comité de pilotage	Transmettre les informations-clés permettant de construire une représentation imagée	Chercheur découvrant – acteurs internes témoignant	Acteurs internes	Soutenir et collaborer à la démarche	Co-réflexion	?		
								Appuis externes	Appuyer les chercheurs	Co-élaboration			
	Faisabilité	?			Comité de pilotage	Accepter la méthodologie	Chercheur expert - demandeurs	Acteurs internes	Soutenir et collaborer à la démarche	Co-argumentation /explicitation	?		
						Organiser les conditions de réalisation	Chercheur conseil – acteurs internes exécutant	Appuis externes	Appuyer les chercheurs	Co-élaboration			
Groupes d'enquête								Acteurs internes + appuis externes	Collaborer à l'enquête	Co-élaboration de l'intersubjectivité	Collectifs de salariés volontaires, non-mixité hiérarchique	Exprimer le vécu, discuter les retours des chercheurs et le vécu	Animateur de débat intersubjectifs – salariés co-élaborateurs
Restitution -Validation								Acteurs internes	Collaborer à la rédaction de la synthèse	Co-rédaction	Collectifs de salariés volontaires, non-mixité hiérarchique	Recevoir la synthèse des chercheurs et la discuter	Chercheur expert – récepteurs covalidants
								Appuis externes	Appuyer les chercheurs	Co-élaboration			
Restitution		?			Comité de pilotage	Prendre connaissance de la synthèse + s'approprier les résultats	Collectif d'enquête expérimenté – comité de pilotage récepteur	Acteurs internes + collectif d'enquête	Présenter les résultats + les expliciter	Restituteurs expérimentés-récepteurs	Ensemble des salariés	Prendre connaissance des résultats de l'enquête	Restituteurs expérimentés - récepteurs

Tableau 4 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre d'*enquête qualitative*

2.2.3 Le modèle d'enquête quantitative simple

Dans les années 80, la communauté scientifique, notamment anglo-saxonne, développa un intérêt majeur pour la problématique du stress. Le champ du travail n'échappa pas à ce questionnement car de nombreux travaux tentaient déjà de cerner ce qui pouvait constituer un risque d'atteinte de la santé dans l'environnement de travail. Au regard de ses coûts humains, économiques et sociétaux, des chercheurs qualifièrent en effet le stress de mal du 21ème siècle et participèrent à faire de sa prévention, un enjeu de santé publique mais aussi un enjeu stratégique pour la compétitivité des entreprises (Valléry et Leduc, 2012 ; Neboit et Vézina, 2002 ; Nasse et Légeron, 2008 ; Askenazy et coll., 2010 ; Lachmann et coll., 2010). L'objectif premier de ces démarches était celui de l'explication du stress compris comme une réaction physiologique : « *une réponse de l'organisme face à l'agression d'un* agent stresseur (interne *ou externe) en vue de résister, de s'adapter et de rétablir son équilibre interne* » (Selye, 1976). Cette approche biomédicale rencontra et rencontre toujours un succès important notamment grâce à sa consonance avec la posture médicale puisqu'il est clair que la mesure d'indicateurs (physiologiques et psychologiques) entre en congruence avec sa propre approche de la santé (Ponnelle et coll., 2012). Par ailleurs, Lhuilier et Litim (2009) notent que dans les pays anglo-saxons, le stress est naturellement préféré au concept plus large de santé psychique car il présente le double intérêt de mesurer et d'objectiver des phénomènes dynamiques, complexes et subjectifs mais aussi de viser l'adaptation des individus. Ainsi, l'approche théorique qui sous-tend ces modèles est celle d'une compréhension des atteintes de la santé psychique par l'apparition de réactions de stress, réactions résultant de la rencontre entre les caractéristiques d'une situation de travail et les caractéristiques d'un individu et devant aboutir à une résistance ou à une adaptation. Logiquement, l'opérationnalisation de cette approche a consisté en l'identification de facteurs susceptibles d'entraîner du stress, ceci afin de disposer de données épidémiologiques scientifiquement valides entre caractéristiques de l'environnement de travail et santé. On peut citer les travaux de Karasek (1979) qui lient forte demande psychologique et faible latitude décisionnelle avec un état de stress élevé (high job strain) ou encore ceux de Siegrist (2001) qui le mettent en lien avec des efforts extrinsèques et intrinsèques importants d'une part et des faibles récompenses du travail d'autre part. Ces approches sont dites causalistes dans la mesure où elles cherchent à identifier les causes du stress et ainsi à établir un lien de cause à effet systématique entre caractéristiques des situations de travail d'une part et réactions émotionnelles, comportementales et physiques d'autre part. Elles ont permis

d'importantes avancées, notamment pour la reconnaissance de l'impact du travail sur la santé mais ont aussi rencontré plusieurs limites : tout d'abord, il s'est avéré que dans des contextes identiques, certains salariés présentaient des atteintes de la santé et d'autres non. De même, plusieurs éléments-clés du rapport au travail ne sont pas considérés dans ces modèles et ont pourtant un impact important sur la santé (la reconnaissance ou le sentiment du travail bien fait par exemple). Face à ces limites, l'approche causaliste a évolué en une approche interactionniste dans laquelle le stress n'est plus perçu comme la simple résultante de caractéristiques pathogènes d'une situation de travail mais comme une inadéquation entre ces caractéristiques et les ressources de l'individu (Lassare, 2005 ; French & al., 1982). Dans ce cadre, on estime donc qu'une évaluation des stresseurs permettra de repérer les points d'inadaptation puis de mettre en place des actions visant à développer les ressources des salariés, celles-ci devant leur permettre de répondre favorablement aux caractéristiques de la situation de travail (Karasek, 1979 ; Folkman & Lazarus, 1980 ; Karasek & Theorell, 1990 ; Siegrist, 1996, 2004). Ce dernier mécanisme rappelle bien sûr, celui du coping que l'on peut définir comme l'ensemble des efforts déployés par un individu pour répondre aux exigences (internes et/ou externes) perçues (Lazarus & Folkman, 1984). Ils peuvent être de trois ordres : centrés sur le problème (réduire les exigences ou augmenter ses propres ressources), centrés sur l'émotion (tentatives de régulation des tensions émotionnelles) et enfin centrés sur le soutien social (soutien moral et/ou soutien dans la situation). Ce modèle de compréhension des interactions individu-environnement a permis d'enrichir à nouveau les travaux sur le stress en permettant « *d'opérer le passage nécessaire d'un modèle réductionniste dans lequel l'environnement influe sur l'individu qui influe sur le coping, vers un modèle interactionniste dans lequel l'environnement et l'individu influent sur le coping et enfin vers un modèle transactionnel dans lequel l'environnement, l'individu et le coping interagissent* » (Ponnelle et coll., ibid, p182). Les définitions du stress ont ainsi évolué. En Belgique par exemple, le Conseil national du travail le définit comme un « *état perçu comme négatif par un groupe de travailleur, qui s'accompagne* de plaintes ou dysfonctionnements au niveau physique, psychique ou social et qui est la conséquence *du fait qu'ils* ne sont pas en mesure de répondre aux exigences et attentes qui leur sont posées par leur situation de travail » (Hansez et coll., 2009) ; une définition qui oblige à considérer le stress sous un angle collectif et dont les causes sont situées dans les conditions de travail. Certes plus dynamique, ces approches du stress se confrontent toutefois au problème de la multitude des critères à intégrer, de leur variété en fonction des secteurs d'activité et des situations de travail et enfin de leurs interactions systémiques. Se pose ainsi progressivement la question de l'intégration de l'analyse du travail dans l'évaluation du stress. Aux mesures

physiologiques (cortisol, adrénaline, réactivité cardiovasculaire, …) ont ainsi été ajoutées des mesures des processus psychologiques par l'intermédiaire de questionnaires, de grilles d'observation, d'échelles ou encore d'inventaires complétés sur le lieu de travail. Nous pouvons citer par exemple le questionnaire SATIN proposé par l'INRS (Grosjean et coll., 2007) ou encore l'outil de caractérisation préliminaire d'un milieu de travail au regard de la santé psychique au travail (Vézina, 2008). Puis, pour répondre à la nécessité d'intégrer l'analyse du travail (et en réponse aux avancées d'autres approches, notamment l'ergonomie, la clinique de l'activité ou encore la psychodynamique du travail), les travaux se sont progressivement tournés vers l'évaluation des déterminants du stress au travail. Pour ce faire, les chercheurs ont pris appui sur des études qui se centrent non plus sur le stress mais sur un ensemble de facteurs dont il a été démontré qu'ils étaient susceptibles d'impacter la santé physique et mentale des salariés (Askenazy et coll., 2010 ; Cox & al., 2000): il s'agit des risques psychosociaux (« *risques professionnels d'origine et de nature variées, qui mettent en jeu l'intégrité physique et* la santé mentale des salariés et ont un impact sur le bon fonctionnement des entreprises. On *les qualifie de psychosociaux car ils sont à l'interface de l'ind*ividu et de sa situation de travail, *bien qu'ils ne relèvent pas systématiquement dans les faits de la santé mentale* » (Ministère du travail). Dans cette nouvelle approche multifactorielle, le stress est considéré comme une manifestation des risques psychosociaux, au même titre que les violences internes, les violences externes et le harcèlement (INRS, 2010).

Les méthodologies découlant de ces approches théoriques reposent principalement sur le recours à des outils de mesures tels que des échelles, des inventaires ou encore des questionnaires. Leurs résultats doivent permettre de repérer les atteintes de la santé, les facteurs pathogènes des situations de travail puis de les mettre en lien ; autrement dit, il s'agit d'une méthodologie épidémiologique. La posture est également positiviste car, contrairement aux démarches considérant le processus d'intervention, de maturation et de coopération entre les acteurs de l'entreprise (Rouat et Sarnin, 2013 ; Althaus et coll., 2013 ; Amado et Lhuilier, 2012 ; Debard, 2015 ; Miossec et coll., 2013 ; Sarnin et coll., 2012), ces dispositifs considèrent que la pertinence d'une démarche de prévention repose sur l'identification de l'ensemble des données d'un problème pour ensuite en déduire des préconisations (Miossec et Clot, 2011) : repérer les différentes formes d'atteintes de la santé causées par un ensemble de facteurs pathogènes à identifier, pour ensuite être en mesure de cibler ces facteurs 'sources' au travers de plans d'actions. Pour ce faire, les intervenants font appel à des outils disposant d'une

validation scientifique[1]. Concernant les outils de mesure du stress de l'approche causaliste, nous pouvons citer l'échelle du Job Content Questionnaire (Karasek, 1979), le questionnaire déséquilibre-efforts-récompense (Siegrist & al., 1986). Les intervenants préférant l'approche transactionnelle font appel au questionnaire du WOCCQ (De Keyser et Hansez, 1996), à l'Inventaire de Stress Professionnel (Spielberger, 1994) ou encore utilisent des outils ciblant des phénomènes spécifiques comme l'ambiguïté de rôle (Echelle de Mesure de Conflit et d'Ambiguïté de Rôle de Rizzo & al., 1970), le harcèlement (questionnaire LIPT de Leymann – 1996, Negative Acts Questionnaire de Einarsen & Hoel – 2001), le Questionnaire Multidimensionnel de Victimisation du Travail (Forte et coll., 2007), l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle (échelle SWING de Lourel et coll., 2005) ou encore la conciliation entre travail et rôle parental (Questionnaire de Le Floch et coll., 2005). Concernant plus particulièrement le sens conféré aux situations par les individus (perception au fondement de l'approche transactionnelle), on trouve l'Echelle de Mesure d'Etat Personnel du Stress (Lemyre et Tessier, 1988), l'Echelle de Stress Perçu (Cohen & al., 1983) ou encore une échelle mesurant le vécu subjectif de débordement et de perte de contrôle (Consolis et coll., 1997). L'évaluation des stratégies de coping dispose également de ses outils spécifiques : l'Inventaire Ways of Coping Checklist (Folkman & Lazarus, 1980, 1985), l'Echelle d'Adaptation de Chipp et Sherer (1992), l'Echelle Toulousaine de Coping (Tap et coll., 1995), ou encore l'échelle Cope (Carver & al., 1989). Concernant les effets du stress sur la santé, des outils ont également été développés. La plupart se base sur un principe d'autoreport complété pour certains par un examen clinique : l'Inventaire de Dépression de Beck (Beck & al., 1974), le questionnaire sur l'Etat de Santé Général de Goldberg et Hillier (1979), le Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1994), le Test de Santé Totale (Langner, 1962), le Notthingham Health Profile (Hunt & McEwan, 1980). Dans la même catégorie, des outils visent plus spécifiquement certains syndromes comme le Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981, 1986), le Sirom-Melamed Burnout Measure (Sassi & Neveu, 2010) ou encore le Burnout Measure Short version (Malach-Pines, 2005) concernant l'épuisement professionnel ; l'Echelle d'Impact des « Evènements de la Vie » (Horowitz, 1986) et le Standford Acute Stress Reaction Questionnaire (Cardeña & al., 2000) concernant l'évaluation de l'état de stress post-traumatique.

Le recours à ces outils est réalisé dans le cadre d'une méthodologie dont la première étape est celle du pré-diagnostic, c'est-à-dire du recueil d'un certain nombre d'indicateurs liés à la santé

[1] Nous ne citerons ici que des outils validés en France.

au travail ou plus globalement au fonctionnement de l'entreprise : temps de travail (absentéisme, durée annuelle de travail, horaires,…), mouvement du personnel (taux de rotation, turn-over, postes non pourvus, types et nombre de départs), relations sociales (type d'instances, nombre de réunions, vie syndicale, procès-verbaux, sanctions, conflits…), santé (nombre d'évènements violents, d'accidents du travail, de maladies professionnelles, de plaintes, diagnostics du médecin du travail, visites médicales réalisées, à la demande des salariés, de l'employeur), gestion (nombre et types de contrats, rémunération,…), organisation (restructuration, changements, stabilité des managers, niveau de production, rapports qualité…), économique (évolution du chiffre d'affaire et impact sur l'emploi). L'objectif d'un tel travail « consiste à faire émerger le risque » (INRS, 2013, p3), à « repérer les risques *psychosociaux […], à détecter les premiers signaux […], à* rendre compte de *l'existence de ces risques […]*, à aider à la fois au dépistage des situations à risque et au repérage des situations déjà dégradées nécessitant une intervention rapide, [enfin à] assurer le suivi de ces risques *dans l'entreprise* » (INRS, 2010, p4). Il s'agit donc d'évaluer un certain nombre de données dont on sait qu'elles sont liées soit aux facteurs sources de RPS, soit à ses manifestations, c'est-à-dire, selon cette approche, au stress, aux violences internes et externes ou encore au harcèlement. Cette étape n'est pas nécessairement réalisée par l'intervenant. Il est même conseillé que le pré-diagnostic soit mené par un ou des acteur(s) interne(s) désigné(s) par le CHSCT ou les représentants du personnel et disposant de la légitimité nécessaire pour que l'on ne puisse pas douter de la neutralité du travail (INRS, 2009). Quoiqu'il en soit, les données visées par le pré-diagnostic découlent des nombreux travaux épidémiologiques cités plus haut et sont donc considérés comme nécessaires à la conduite d'une démarche de qualité. En ce sens, qu'il s'agisse d'un intervenant ou d'un (d') acteur(s) interne(s), la coopération entre celui-ci (ceux-ci) et les autres membres de l'entreprise est restreinte à des envois de données. Les relations nous semblent pouvoir être qualifiées d'interactions entre un expert et des audités. Les salariés ne sont jamais sollicités à cette étape ceci afin de « ne pas faire naître de faux espoirs *[…] la direction n'[ayant] pas encore pris la décision d'intervenir con*tre le stress » (INRS, 2009, p13). Ainsi, le rôle de la direction consiste à recevoir les résultats du pré-diagnostic afin de décider du lancement d'une démarche de prévention du stress à proprement parler (décision qui sera formalisée dans un document contractuel la plupart du temps). Le type d'interactions peut donc relever d'une relation entre un expert et des récepteurs-covalidant.

La seconde étape de la méthodologie est celle de la constitution d'un groupe projet. Elle dépend directement du résultat du pré-diagnostic et principalement de la détection ou non de facteurs

de stress : « lorsque celle-ci (la constitution du groupe projet) apparaît nécessaire et possible aux vues des résultats du pré-diagnostic » (INRS, 2010, p3). Ainsi, si les indicateurs ne témoignent pas de l'existence de RPS (TPS dans notre propre langage), il semble que la démarche puisse être stoppée. A première vue, un tel positionnement peut surprendre, ne serait-ce que d'un point de vue juridique puisque toutes les entreprises ont l'obligation d'évaluer l'ensemble des risques professionnels, y compris les RPS. De même, il apparait paradoxal de prétendre que cette méthodologie relève d'une « prévention primaire [qui] agit directement en amont des facteurs de stress » (INRS, ibid, p3) mais de stopper la démarche si des troubles n'existent pas (pas encore ?). Cette posture est intelligible uniquement si l'on considère les fondements théoriques du modèle : la logique épidémiologique et positiviste se base en effet sur la mise en lien entre des facteurs et des conséquences, ici entre les conditions de travail au sens large et les phénomènes de stress ou RPS. Il est donc logique que la démarche soit stoppée s'il n'existe pas de conséquence ; aucune cause ne pouvant alors être identifiée. Malgré tout, un tel cas de figure se présente rarement dans la mesure où, sur le terrain, la majorité des demandes d'intervention est formulée après l'apparition de dysfonctionnements. Des conséquences seront donc identifiées la plupart du temps lors des pré-diagnostics. Dans ce cas, un groupe projet est constitué afin de « [suivre] les différentes étapes du projet : de *l'information des salariés à la formulation des pistes d'action* » (INRS, ibid, p3). Son rôle sera également d'accompagner l'intervenant extérieur qui, cette fois, est fortement recommandé au vu des « compétences particulières *[nécessaires] et des garanties d'impartialité [à* présenter] » (INRS, ibid, p7). La composition du groupe projet se veut représentative et répond à des règles assez strictes mêmes s'il reste adaptable à l'entreprise. Sont obligatoirement membres : un représentant de la direction, les acteurs de la santé au travail, des représentants du personnel, des salariés représentant les différents secteurs de l'entreprise et bénéficiant de légitimité. Il semble donc possible de caractériser le groupe projet comme étant de haute implication. Celui-ci suit l'ensemble de la démarche et supervise notamment le choix de l'intervenant qui sera alors en charge de conduire la 3ème étape, c'est-à-dire le diagnostic approfondi.

Le diagnostic approfondi vise à « évaluer le niveau de stress, repérer les sources de stress en cause, identifier les groupes de salariés les plus affectés *[...]*, ses sources principales [provenant de] la situation macro-*économique, des évolutions sociologiques, de l'organisation du travail, du management, des relations de travail et de l'*environnement matériel » (INRS, ibid, p18 à 21). L'objectif du diagnostic est donc de mettre en lien causes et conséquences. Or,

nous avons vu que selon l'outil utilisé dans cette approche épidémiologique, ces liens seront questionnés de différentes façons : stress, stress perçu, violences internes, externes, harcèlement, facteurs de RPS, syndrome particulier… seront prioritairement recherchés. Ainsi, au vu de la multitude d'outils de mesure mobilisables et de leurs diverses approches, la première action de l'intervenant sera nécessairement de choisir celui qui lui semble le plus pertinent au regard de son positionnement théorique, du contexte de l'entreprise, des résultats du pré-diagnostic et bien sûr des objectifs de l'intervention. Cette étape est fondamentale à plusieurs titres : en termes de perspectives d'investigation, en termes de pertinence vis-à-vis de la suite de la démarche ; laquelle ne peut se limiter à une étape de mesure ; et enfin en termes de fondements théoriques. Pour autant, ce choix est très souvent pris par le seul intervenant, sans véritable pouvoir d'actions du groupe projet. Plusieurs raisons peuvent expliquer cela : le premier élément est sans nul doute la complexité des facteurs entrant dans les critères de sélection d'un outil plutôt qu'un autre, le second est celui de l'indépendance de l'intervenant qui, comme nous l'avons vu concernant la démarche de type enquête qualitative, est souvent pensée comme liée au choix indépendant de la méthodologie. D'autres éléments entrent également en ligne de compte comme les habitudes de travail des intervenants ou leur niveau de maîtrise des outils. Lorsque l'intervenant est membre d'un SST, des choix institutionnels peuvent également avoir été réalisés ; les professionnels en charge de la question des RPS ayant acté qu'ils seront pris en charge au travers d'une unique méthodologie[1]. Enfin, des objectifs épidémiologiques peuvent imposer le recours à un seul et même outil quelle que soit l'entreprise, et permettent alors aux SST de disposer de données identiques pour l'ensemble de leurs adhérents. Lorsque l'intervenant peut recourir à plusieurs outils et/ou s'il estime que les échanges avec le groupe projet ne sont pas suffisants pour déterminer son choix, il peut demander à réaliser des entretiens auprès de salariés ou encore des observations d'activités. Le type de relation sera alors de l'ordre d'interactions entre un expert et des témoins explicitant leur situation de travail. Ces étapes exploratoires sont réalisées par l'intervenant avec une aide de type logistique du groupe projet. Une fois son choix établi, un temps de formation de ses membres peut également être réalisé autour de la dynamique santé-travail, des définitions des notions questionnées dans la démarche ou encore sur la méthode utilisée pour réaliser le diagnostic. Quoi qu'il en soit, il nous semble possible de retenir que les démarches exploratoires réalisées par l'intervenant mobilisent peu les acteurs de l'entreprise. Les interactions semblent relever de relations entre un expert et des récepteurs-participants.

[1] C'est tout aussi vrai pour les cabinets de consulting qui disposent très souvent d'un outil privilégié, parfois issu de modèles validés scientifiquement, mais parfois aussi construit à partir de leurs propres réflexions.

Le diagnostic approfondi est réalisé après l'information des salariés sur le dispositif retenu, information transmise par le groupe-projet. Ses étapes dépendent de l'outil utilisé par l'intervenant. Nous avons vu qu'ils font majoritairement appel à des échelles, à des inventaires ou encore à des questionnaires. Ils sont parfois complétés par des observations ou encore des examens individuels. Dans tous ces cas, il semble possible de dire qu'il n'existe pas de coopération entre l'intervenant et les membres du groupe-projet durant cette phase. De même, les interactions entre l'intervenant et les salariés prennent la forme de leur participation au questionnaire/échelle/inventaire, de leur témoignage lors des observations ou encore du passage des examens. Ces relations relèvent selon nous à nouveau d'interactions entre un expert et des témoins puisqu'il n'existe pas de co-analyse du travail ou des facteurs de RPS.

La quatrième étape est celle de la restitution des résultats du diagnostic approfondi. Les objectifs poursuivis sont de « permettre aux salariés et aux dirigeants de prendre connaissance du diagnostic posé, de les inciter à donner suite au diagnostic *et à établir un plan d'actions* [...] La présentation des résultats est une étape délicate [car] elle peut révéler des *dysfonctionnements qui font l'objet d'un déni dans l'entreprise* [et] peut également révéler des écarts importants entre les hypothèses de départ et les résultats du diagnostic. [Toutefois] *l'appropriation des résultats par la direction et les membres de l'encadrement* et le personnel est *nécessaire puisqu'elle conditionne la recherche de piste de solutions et leur mise en œuvre* » (INRS, ibid, p24). Pour réaliser cette étape délicate, plusieurs temps de restitution sont généralement organisés : l'intervenant présente tout d'abord son analyse au groupe-projet qui restitue ensuite à son tour les résultats (avec l'aide éventuelle de l'intervenant) à l'ensemble des salariés, à la direction ou encore au CHSCT (INRS, 2009). Concernant notre intérêt porté au niveau d'implication, nous remarquons qu'il existe d'une manière transversale mais pas au niveau inter-groupes : en effet, ils sont certes tous présents mais ne le sont jamais ensemble, de sorte qu'il n'existe pas d'échanges ou de débats inter-groupes. Nous notons également qu'il n'est pas prévu de restitution au groupe des managers intermédiaires. Ainsi, la coopération apparaît à nouveau minime dans la mesure où les résultats du diagnostic sont 'uniquement' présentés et que l'ensemble du travail d'analyse est réalisé par le seul intervenant, ceci alors même que sont soulignées les difficultés de ces restitutions, les risques de déni ou encore l'enjeu essentiel de l'appropriation pour la suite de la démarche. Au regard de ces éléments, il semble que la coopération entre l'intervenant et le groupe projet (éventuellement avec la direction, le CHSCT et les salariés) puisse être qualifiée d'interactions entre un expert et des récepteurs et

que les relations entre le groupe-projet et la direction, les salariés et le CHSCT relèvent d'interactions entre des informateurs et des récepteurs.

La cinquième étape est celle de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan d'actions. Elle vise à « identifier des actions pour réduire les causes de stress [et] à hiérarchiser ces actions » (INRS, ibid, p26). Ce travail est réalisé par le groupe projet avec l'aide éventuelle de l'intervenant. Il s'agit de « *hiérarchiser les thèmes à traiter en s'appu*yant sur les résultats du diagnostic (facteurs de stress les plus fréquents, les plus graves, ceux qui concernent le plus de *personnes…)*. [Pour ce faire] le groupe projet est force de proposition [...], des groupes de travail de salariés et de membres de l*'encadrement concernés par le thème abordé [sont* constitués] [afin] *d'identifier des actions à mener. [Enfin] la synthèse de ces travaux remontent à la direction qui décide de leur mise en œuvre et de leur planification* » (INRS, ibid, p26). Concernant les groupes de travail, il semble possible de définir les interactions comme relevant d'une co-élaboration des actions. En revanche, en ce qui concerne le retour à la direction, la coopération semble minime, les interactions semblant limitées à une présentation de propositions à des récepteurs-validant. Aussi, le niveau d'implication des groupes de travail semble moyen mais celui de la validation définitive des actions est faible.

Le modèle d'intervention quantitatif simple prend appui sur une démarche épidémiologique et positiviste. Il vise à identifier la présence de RPS (compris comme stress, violences internes/externes et harcèlement) puis à en déterminer les causes. Pour ce faire, il s'appuie sur des études épidémiologiques ayant démontré des liens de cause à effet entre certains facteurs et certains RPS. Ils utilisent des outils de type échelle/questionnaire/inventaire construits au travers de méthodes scientifiques qui leur confèrent la capacité de détecter ces mêmes liens au sein de l'entreprise. Ces outils aboutissent donc ainsi à une identification de l'ensemble des RPS et des facteurs en cause pour chacun d'entre eux. A partir de cette étude fine et exhaustive, ils cherchent ensuite à déterminer des préconisations.
L'un des premiers atouts de ces démarches est donc celui de s'appuyer sur des outils disposant d'une validation scientifique. De même, la démarche d'étude exhaustive des RPS permet de répondre aux textes règlementaires du Code du Travail qui obligent les entreprises à évaluer l'ensemble des risques. Enfin, leur approche est cohérente avec les recommandations du gouvernement ou des organismes publics (Askenazy et coll., 2010 ; INRS, 2009, 2010, 2013 ; Valléry et Leduc, 2012 ; Ministère de la Réforme de l'Etat, de la Décentralisation et de la Fonction Publique, 2014), avec les méthodes généralement utilisées pour les autres risques

professionnels et enfin avec l'approche médicale du travail. Du point de vue de l'intervention de terrain en SST, nous avons aussi pu constater que ce modèle se prêtait assez facilement à la méthode par démarche projet, ce qui permet souvent une meilleure compréhension et lecture par les acteurs de l'entreprise. D'une certaine manière, sa structuration offre une sorte de contenant à des acteurs souvent réticents à aborder un risque qui suscite des inquiétudes. Grâce aux études nationales (SUMER, 1994, 2003, 2010 ; DARES, 2012, 2014, 2015, 2016 ; EVREST, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 ; SIP, 2007, 2010), l'intérêt est également de pouvoir comparer les résultats de l'entreprise avec ceux des autres entreprises du même secteur, ce qui permet parfois de faciliter la prise de conscience ou d'apporter tout simplement davantage d'arguments dans la discussion. Ainsi, ces démarches ont sans conteste permis de développer la sensibilisation autour de la santé psychique au travail (Douillet, 2012 ; Lhuilier et coll., 2010 ; Clot, 2008-a) : les liens entre travail et santé ne sont plus remis en question, les dirigeants perçoivent majoritairement l'intérêt d'actions en faveur de la santé, les salariés et les syndicats se saisissent de cette question.

Malgré ces intérêts, ces démarches font l'objet d'un certain nombre de critiques dont la première est sans doute d'envisager la dynamique santé-travail sous le seul angle travail-pathologie. Ce faisant, elles considèrent que les salariés sont des individus passifs devant les difficultés du travail et conçoivent la santé non comme un processus en évolution constante mais comme un état normal (au sens de l'instauration d'une norme de santé dans l'entreprise, Clot, 2010-b) qu'il faudrait protéger de la toxicité de l'entreprise (Daniellou, 2012) ou de l'épidémie des RPS (Vezina et coll., 2015). Elles n'interrogent pas le travail en tant que tel, ne questionnent ni l'activité des salariés, ni les stratégies qu'ils déploient pour poursuivre leur travail ou protéger leur santé. Ainsi, les démarches portant plus particulièrement sur le stress peuvent se traduire par un ensemble d'actions visant uniquement à développer les ressources des salariés pour faire face à des situations 'stressantes'. Par exemple, des programmes de formation visant à gérer un public agressif ou les urgences. Des activités de relaxation ou de sport peuvent aussi être financées par l'entreprise et proposées aux salariés. Elles n'agissent donc nullement sur les causes, ni sur le travail mais sur les individus, et excluent par la même des dimensions comme le soutien social et hiérarchique, le collectif de travail, les règles de métier ou encore les marges de manœuvre. Les approches multifactorielles ont permis d'élargir les modèles d'intervention en montrant que la dégradation de la santé n'est pas le fait d'individus « fragilisés » mais qu'elle doit être mise en lien avec l'évolution du travail et de l'organisation. Ainsi, la perception des plaintes a évolué en étant davantage comprise comme

résultant d'une hausse des exigences du travail en parallèle d'une stagnation voire d'une régression des ressources pour y faire face. Pour autant, elles se traduisent par la production d'indicateurs censés refléter les niveaux de risques présents dans les différents secteurs de l'entreprise mais ne disent rien de la manière dont il faut s'y prendre une fois le diagnostic établi (indicateurs trop complexes, données trop nombreuses, démarches longues décourageant les participants…) et ne donnent pas d'explication sur les mécanismes du travail et les sources du mal-être (Douillet, 2012 ; Bouffartigue, 2012 ; Althaus, 2013). De plus, en déléguant la question des RPS aux experts du fait de la complexité du sujet (Boussard, 2009), ces démarches ne permettent pas d'agir sur le dialogue social et n'ouvrent pas les espaces de parole qui pourraient permettre de discuter des conditions concrètes du travail (Clot et Davezies, 2011 ; Davezies, 2001 ; Rouat, 2010). Selon Bouffartigues (ibid), elles tendent même à les réduire ; les acteurs de l'entreprise, de santé et syndicats, finissant par remettre des questionnaires aux salariés venus exprimer leur mal-être. Finalement, ces démarches n'aboutissent ni à un meilleur débat, ni à une réduction des RPS, et à peu d'actions permettant de faire évoluer concrètement les situations de travail : il est une chose de dire que x% de salariés manquent d'autonomie, il en est une autre de modifier les pratiques organisationnelles pour la développer. Nous retrouvons ici les limites déjà citées des démarches basées sur l'approche épidémiologique, laquelle est conçue pour mettre en lien des facteurs avec des atteintes de la santé, et non pour agir. Finalement, ces démarches de prévention ajoutent aux actions de réparation des individus exposés, des formes d'aménagements minimes des situations de travail : le sujet devient l'individu, le collectif devient le soutien social, l'activité devient le coping (Raybois, 2010). Elles conservent une conception du travail comme délétère pour la santé, pensent le salarié comme victime passive, ne considèrent pas le travail réel et aboutissent à un enlisement des résultats dans un conflit social, les dirigeants cherchant à tout prix à circonscrire les risques et à obtenir des données objectives tandis que les syndicats cherchent une preuve irréfutable du mal-être des salariés comme démonstration des pratiques nocives de l'entreprise. Cette non prise en compte du processus de coopération des différents acteurs autour du travail et de la santé au travail, couplée avec l'inscription du registre psychosocial dans le champ de la responsabilité juridique (du fait de l'obligation de résultat des employeurs) ne permet pas d'aboutir à une représentation partagée du risque ni aux mêmes objectifs vis-à-vis des démarches de prévention. Moscovici (1969), cité par Chakor (2014), nous rappelle en effet que « la construction sociale du risque *va varier selon l'inscription sociale des acteurs dans la* division du travail [et que] le risque se réalise à travers les intérêts et les implications des sujets, pouvant alors accentuer ou euphémiser tel ou tel risque ». De même, Kouabenan et coll.

(2007) expliquent que « *l'indifférence vis*-à-*vis de la prévention […] ainsi que l'efficacité plutôt* relative des actions de prévention, résultent de « lectures *» différentes d'une même situation et d'une mauvaise communication sur les risques et les moyens de* les maîtriser ». Finalement, il semble possible de dire que ces démarches quantitatives présentent le risque d'aboutir davantage à des politiques de gestion des risques psychosociaux plutôt qu'à une prise en compte réelle et approfondie de la dynamique santé-travail.

Enfin, concernant les trois dimensions qui nous intéressent, nous pouvons constater que l'objet d'intervention est à nouveau partiel à valence négative puisque l'ensemble de la démarche vise le repérage des conséquences nocives du travail. La démarche épidémiologique implante en toute logique un processus cognitif de type tertiaire, l'ensemble des acteurs étant amené à réfléchir à des préconisations à partir des altérations relevées afin de les réduire ou de les faire cesser. Enfin, bien que les différentes étapes intègrent dans leur ensemble, une diversité relativement importante d'acteurs de l'entreprise, nous avons pu remarquer qu'ils étaient peu mobilisés dans les mêmes espaces : leur participation est davantage successive. De même, l'ensemble de la phase de diagnostic est réalisé par l'intervenant extérieur. Seuls les sujets de l'intervention sont impliqués mais ne le sont que dans une posture relativement passive de témoin. Cette position de réception se retrouve d'ailleurs tout au long du processus, notamment lors des restitutions ou lors de la prise de connaissance des préconisations par les dirigeants supérieurs. L'ensemble de ces éléments nous invite à qualifier le niveau d'implication de faible.

Démarches d'enquête quantitative simple

Critères transversaux	
Origine des RPS	Inadaptation entre les exigences de la situation de travail et les ressources de l'individu Ensemble de caractéristiques de la situation de travail susceptibles d'avoir un impact sur la santé et sur le fonctionnement de l'entreprise
Approche théorique	Approche biomédicale et causaliste Approche interactionnelle Approche transactionnelle Approche multifactorielle
Objectifs	Expliquer les liens entre environnement de travail et atteintes de la santé via le stress ou les RPS
Méthodologie	Approche épidémiologique et positiviste : analyser l'exhaustivité des liens entre travail et atteintes de la santé pour en déduire des préconisations
Méthodes	Questionnaires, de grilles d'observation, d'échelles ou encore d'inventaires Autoreport Eventuellement examen clinique
Durée estimée	?
Type de résultats attendus	Mesures des atteintes de la santé physiologique et psychologique Identification des facteurs de stress et des domaines sur lesquels il est nécessaire de développer les ressources des salariés Identification des facteurs de risques psychosociaux et des niveaux d'exposition
Apports	Outils valides / possibles comparaisons nationales - En accord la loi et les recommandations publiques Reconnaissance liens travail – santé psychique - Proche des méthodes de travail des entreprises: gestion indicateurs + méthode projet Structuration des démarches : contenant – Proche des méthodes SST: évaluation des risques professionnels
Limites	Travail pathogène / individu passif - Santé appréhendée telle une norme - Entreprise : toxique / RPS : épidémie Pas d'interrogation du travail - Pas de dialogue : délégation à des experts, pas d'engagement ni de compréhension des liens travail-santé Pas d'analyse des stratégies des salariés pour faire face, des plaisirs… Révélation de l'ampleur des altérations et dysfonctionnements

Tableau 5 : Synthèse du modèle-*cadre d'enquête quantitative* simple

Caractéristiques du dispositif

Niveau d'implication : faible

Objet d'intervention : partiel à valence négative

Processus cognitif de prévention : tertiaire

Méthodes	Décideurs			Pilotes			Collaborateurs			Sujets		
Etapes	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**
Pré-diagnostic	Direc-tion	Décider de la démarche	Expert/récep teur-validant	Acteur(s) interne(s) légitime(s) désigné(s)	Recueillir les indicateurs	Expert-audités	RH, de prévention interne, médecin du travail	Transmettre les données	Audités-expert			
Constitution du groupe projet				Acteurs représenta-tifs	Guider l'interve-nant Suivre la démarche	Informa-teurs-expert						
Démarches exploratoires				Groupe projet	Faciliter Suivre la formation	Expert /récepteurs participant				Salariés identifiés	Témoigner	Expert/ témoins
Information des salariés				Groupe projet	Informer les salariés	Informa-teurs/récep teurs				Salariés concernés par le diagnostic	S'informer sur la démarche	Récepteurs/ informateurs
Diagnostic approfondi										Salariés concernés par le diagnostic	Répondre aux questions	Témoins/ expert
Restitutions	Direc-tion	Prendre connais-sance du diagnostic	Récepteurs / Informateurs	Groupe projet	Prendre connaissan ce du diagnostic Présenter les résultats	Expert/réc epteurs Informa-teurs /récepteurs	CHSCT	Prendre connaissance du diagnostic	Récep-teurs / informa-teurs	Salariés	Prendre connaissan ce du diagnostic	Récepteurs /Informa-teurs
Plan d'actions	Direc-tion	Etudier, valider et planifier les actions,	Récepteurs validant / informateurs	Groupe projet	Définir les thémes de travail Elaborer les actions Transmet-tre à la direction	Co-élabora-teurs	Encadrement	Participer aux groupes de travail	Co-élabora-teurs	Salariés représentants les secteurs	Participer aux groupes de travail	Co-élaborateurs

Tableau 6 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-*cadre d'enquête quantitative* simple

2.2.4 Le modèle d'enquête participative mixte

Face aux critiques adressées aux démarches d'enquête quantitative simple évoquées précédemment, des évolutions méthodologiques ont été pensées et ont donné lieu à l'élaboration d'un nouveau modèle-cadre d'intervention que nous pouvons caractériser de mixte et participatif. Il s'agit d'y considérer les limites de l'approche épidémiologique en matière d'engagement vers l'action ou encore de réduction de la dynamique santé-travail à une quantification par familles de risques ou niveaux d'atteintes. Pour ce faire, les théories systémiques sont mobilisées afin de s'assurer de l'implication des commanditaires mais aussi de permettre une « mise en mouvement du système organisationnel » (Jeoffrion et coll., 2014, p388). La posture d'expert de l'intervenant est également remise en question : le diagnostic se devant d'être partagé le plus possible si l'on souhaite obtenir son appropriation, le transfert des compétences des intervenants vers les acteurs de l'entreprise est primordial (Hansez et coll., 2009). Ainsi, ce sont les salariés qui, dans ce modèle, sont considérés comme les experts de leur situation de travail (Petit et coll., 2011). Ils participent donc au diagnostic organisationnel tout comme l'ensemble de la hiérarchie. Ainsi, le fondement théorique de cette méthodologie repose sur une co-production de la connaissance sur les RPS par l'ensemble des acteurs et non sur sa seule production par un intervenant expert. Ici, on considère que la connaissance d'une problématique sociale ne peut être séparée de la reproduction de cette connaissance par les acteurs eux-mêmes. De ce fait, « elle se développe dans des expériences concrètes impliquant activement les acteurs *[...]*. Par cette appréhension collective des phénomènes et processus sociaux et par cette production collective du savoir, la recherche assure la participation des citoyens à la gestion communautaire et à leur propre développement personnel et professionnel » (Anadon, 2007, p1). Il semble donc possible de dire que le modèle mixte et participatif propose une évolution de l'approche quantitative simple, évolution reposant sur les principes systémiques, notamment le pragmatisme et l'orientation vers l'action mais aussi la considération du système comme ne pouvant être réduit à la somme de ses parties. L'attention est portée sur la relation entre les acteurs et non pas sur une unique photographie parcellaire de la 'situation RPS' à un instant T. Enfin, en proposant aux acteurs de participer à la réflexion sur les préconisations autant que sur les causes de RPS, ce modèle tente également de répondre aux critiques adressées à l'approche épidémiologique quant à une vision strictement délétère du travail et à ses résultats centrés sur les failles, et oubliant de fait ce qui relève de la ressource psychosociale et plus globalement des leviers d'actions (Vézina et coll., 2015). Pour autant, il

ne s'agit pas non plus d'une méthodologie en rupture avec la précédente dans la mesure où elle mobilise bien l'approche quantitative et ses fondements épidémiologiques tout en y ajoutant un complément qualitatif. En ce sens, le modèle de compréhension des RPS reste identique, tandis que la méthodologie se complète afin de tenir compte du passage du diagnostic à l'engagement dans l'action mais aussi d'augmenter la qualité du diagnostic (Fielding & Schreier, 2001).

La première étape de ce modèle demeure celui du pré-diagnostic, c'est-à-dire du recueil d'indicateurs relevant à la fois du fonctionnement global de la structure et de la santé-sécurité des salariés. Elle est complétée par une première analyse qualitative consistant en des observations du travail et des entretiens semi-directifs auprès de salariés volontaires et constituant un panel représentatif des métiers. Contrairement au modèle précédent, le pré-diagnostic est réalisé par l'intervenant et non par les acteurs internes. Bien que les articles auxquels nous avons eu accès ne précisent pas les raisons de cette évolution, nous pouvons imaginer que la méthodologie reposant sur la mise en mouvement du système au travers d'espaces participatifs, l'intervenant doit pouvoir se faire une idée du système à l'œuvre afin de s'adapter à ses enjeux. Ce pré-diagnostic est présenté à un copil interne construit selon des critères identiques au modèle quantitatif simple. Il s'agit d'y « mettre en évidence les atouts et les faiblesses de *l'organisation sur les problèmes posés [et] de s'assurer d'un engagement réel* de la part de la direction qui va se traduire notamment par la mise à disposition des moyens *nécessaires au diagnostic […]* » (Jeoffrion et coll., ibid, p388). Ainsi, en accord avec l'approche systémique, cette première restitution consiste en la réalisation d'un feed-back afin de susciter l'échange et la mise en mouvement du système. Cette discussion offre un premier temps de mise à l'épreuve des représentations des uns et des autres sur les RPS au sein de l'entreprise et permet également de vérifier l'engagement de tous dans la poursuite du travail de diagnostic, notamment durant la phase de présentation des futures étapes de l'intervention, des conditions déontologiques à respecter ou tout simplement des temps à consacrer à la démarche. Il semble donc possible de voir dans cette étape une mise au travail de la commande au sens de Amado et Lhuilier (2012) au travers de la discussion des membres du copil sur le pré-diagnostic. Ainsi, cette première étape se divise finalement en deux temps : le premier n'implique que le seul intervenant car lui seul est aux prises avec cette première lecture des RPS. Il n'y sollicite les membres du copil qu'en ce qui concerne la transmission des indicateurs. La coopération à l'œuvre semble donc pouvoir être qualifiée d'interactions entre un expert et des audités. De même, les salariés sont invités à présenter leur métier ou témoigner de leurs

vécus dans le cadre d'entretiens semi-directifs. Le second temps consiste en une restitution de ce travail auprès du copil, groupe représentatif de l'entreprise et disposant donc à ce titre d'un haut niveau d'implication. Il est mis au travail avant le déploiement de la méthodologie d'intervention autour d'éléments portant autant sur « les forces que sur les faiblesses de *l'organisation* » (Jeoffrion et coll., ibid, p388), ce qui renvoie à une centration sur deux objets, l'un partiel à valence négative et l'autre partiel à valence positive. Le type de coopération à l'œuvre semble donc pouvoir être caractérisé de relation entre un expert et des récepteurs-participants (récepteurs du pré-diagnostic mais participants à sa discussion et à la mise en œuvre de la méthodologie à déployer).

Après l'information des salariés sur le dispositif retenu par le copil, la seconde étape de la méthodologie renvoie à sa dimension quantitative et épidémiologique. Il s'agit pour l'intervenant de choisir le ou les instruments de mesure pertinent(s) au regard du contexte de l'entreprise. Plusieurs des outils présentés plus haut peuvent ainsi se combiner afin d'explorer l'ensemble des facteurs et manifestations de RPS, généraux et spécifiques à certaines professions. Ces outils sont ensuite transmis aux salariés concernés par le diagnostic, qui sont invités à y répondre selon les conditions déontologiques inhérentes à la profession. Il s'agit d'obtenir une photographie des RPS (facteurs et niveaux de risque) en se basant sur des outils scientifiquement valides, offrant également l'intérêt d'une comparaison avec les données nationales. Le type de coopération à l'œuvre ici semble pouvoir être caractérisé de relations entre des témoins (salariés témoignant de leurs vécus via les instruments de mesure) et un expert (choisissant et distribuant les outils, et analysant les données).

La troisième étape renvoie à la dimension qualitative du modèle et se concrétise par la réalisation d'entretiens semi-directifs sur la base du volontariat, d'observations du travail ou encore de discussions informelles avec les salariés. Deux objectifs majeurs sont poursuivis : « comprendre les origines individuelles et organisationnelles des RPS du point de vue des *salariés, […] reconstruire et comprendre l'histoire de l'organisation, le parcours des salariés,* revenir sur les évènements positifs ou déstabilisants qui ont pu avoir une influence sur leur santé » (Jeoffrion et coll., ibid, p380) mais aussi éclairer les résultats quantitatifs obtenus. La grille d'entretien sera donc élaborée à partir de ces deux objectifs, visant ainsi à montrer la complexité de la réalité. En fonction des situations, l'intervenant pourra également faire appel à une méthode spécifique pour construire sa grille de lecture, telle que le modèle des tensions-

régulations (ANACT, 2013). Enfin, l'ensemble de ces temps de rencontre (entretiens, observations et discussions informelles) s'achève par la formulation de préconisations par les salariés eux-mêmes. Ainsi, leur participation aux entretiens, observations et discussions semblent relever d'une coopération entre des témoins et un analyste (la posture compréhensive du vécu qualitatif entrainant, selon nous, la perte de la posture d'expert). Les échanges suscitant leurs idées et pistes d'amélioration les positionnent en revanche cette fois à une place d'expert de leur propre métier, de leur propre entreprise mais aussi de leur propre santé : leur interrogation sur les actions à conduire indique d'emblée qu'ils disposent de la capacité d'améliorer leur situation de travail.

La quatrième étape de la méthodologie consiste en l'élaboration du plan d'actions. En accord avec la posture participative de ce modèle, les préconisations ne sont pas élaborées par l'intervenant mais co-construites par un groupe de travail représentatif de l'entreprise, comprenant à la fois des salariés et des membres de la direction. Leur participation étant basée sur le volontariat, ce groupe peut diverger du copil créé au lancement de la démarche. Il travaille à partir des résultats du diagnostic combinant les résultats des méthodes quantitatives et qualitatives mais aussi à partir des propositions d'évolution formulées par les salariés. En ce sens, il semble possible de caractériser la coopération à l'œuvre dans cette phase comme une véritable co-élaboration.

Enfin, des membres de la direction étant inclus dans ce groupe, il n'est pas nécessaire de prévoir une étape de validation. En revanche, bien que les articles auxquels nous avons eu accès n'y fassent pas référence explicitement, nous pouvons imaginer qu'un temps de restitution est organisée en dernière étape à l'intention de l'ensemble des salariés, sans toutefois pouvoir présumer de ses modalités (présentation orale / synthèse écrite des résultats / synthèse écrite des préconisations / présentation par l'intervenant / la direction / les managers, …).

Le modèle mixte et participatif s'appuie sur une combinaison entre méthodologie épidémiologique et qualitative. En cela, il dispose de l'ensemble des atouts de la première approche mais également de la finesse apportée par la dimension qualitative. Finalement, cette combinaison des analyses offre une plus forte validité aux résultats (François et Liévin, 2006) et permet d'appréhender la complexité de la réalité des situations de travail. Par ailleurs, sa référence aux théories systémiques permet d'introduire des étapes participatives destinées à

mettre en mouvement le système organisationnel, qu'il s'agisse de l'étape de pré-intervention ou d'élaboration des préconisations. Les feed-back réalisés par l'intervenant à destination d'un groupe toujours représentatif de la structure visent la discussion, le débat ainsi que l'évolution des représentations. Au final, il s'agit d'implanter un mouvement favorable à l'appropriation des acteurs ; ce mouvement disposant d'un bon niveau d'implication. Enfin, nous pouvons également souligner la participation des salariés à l'élaboration des pistes d'actions, ce qui permet d'enrichir le diagnostic mais également de limiter leur inscription dans le seul registre du pâtir. En effet, cette implication constitue à la fois un dispositif d'écoute et à la fois un levier pour les ressources psychosociales.

Pour autant, l'étude plus fine de l'implication des différents acteurs au fil de l'intervention (résumée ci-dessous) nous permet de relativiser le caractère participatif de cette approche. En effet, seules les étapes de pré-diagnostic et d'élaboration du plan d'actions permettent d'intégrer d'autres acteurs que l'intervenant : la réalisation du diagnostic reste dans ses seules mains, privant ainsi les autres acteurs de l'expérience de l'analyse de la dynamique santé-travail. Nous pouvons alors douter de la capacité d'un tel dispositif à enrichir véritablement les connaissances et représentations des acteurs au travers de ces deux uniques temps de restitution puisqu'il ne semble pas relever d'une « appréhension collective des phénomènes » ni même d'une « production collective du savoir » (Anadon, ibid, p1). Par ailleurs, la mobilisation des salariés reste finalement assez minime, seul un nombre limité d'individus pouvant s'inscrire dans ces deux temps. S'il est vrai qu'une petite structure disposerait, par ce biais, d'une bonne implication des salariés, ce ne serait pas le cas dans une plus grosse structure. Nous notons également que seuls les salariés qui participent volontairement aux entretiens individuels, aux observations, aux discussions informelles ou aux groupes de travail ont la possibilité d'émettre des idées. Enfin, chacun de ces trois espaces étant confidentiel, la proposition des idées n'engage que peu les salariés.

Finalement, il nous semble possible de dire que cette méthodologie dispose d'un niveau d'implication moyen si elle est déployée au sein d'une petite structure. En revanche, dans une plus grosse entreprise, l'échantillonnage successif des salariés (pour le copil, pour les phases qualitatives, pour le groupe de travail sur les préconisations) lui ferait perdre de sa capacité d'implication. Nous pouvons également souligner que les managers intermédiaires ne font pas l'objet d'une attention particulière, ce qui nous semble préjudiciable. En ce qui concerne notre

intérêt pour l'objet d'intervention, nous avons souligné la volonté du modèle de questionner les atouts de l'organisation et non pas seulement ses faiblesses, ou encore d'interroger les évènements positifs du vécu des salariés et de solliciter leurs idées d'évolution. Pour autant, l'emploi des instruments épidémiologiques centre les mesures sur l'altération et les facteurs pathogènes du travail, tout comme les entretiens puisqu'ils sont destinés à comprendre les résultats quantitatifs. En ce sens, ce modèle ne nous semble pas relever d'un objet global. Nous pourrions dire qu'il se centre majoritairement sur un objet partiel à valence négative mais cherche aussi à questionner la présence d'objets partiels à valence positive. Nous sommes donc ici dans une juxtaposition d'objets partiels, et non dans l'investigation d'un unique objet dont la mise au travail serait susceptible de permettre la mise en lumière conjointe des éléments pathogènes et protecteurs du travail sur la santé. En revanche, en ce qui concerne le processus cognitif implanté auprès des acteurs internes, il nous semble possible de le qualifier de secondaire dans la mesure où les réflexions sont majoritairement issues d'un relevé des altérations/dysfonctionnements mais orientées vers la recherche de leviers d'actions ou encore vers l'exploitation ou la généralisation de préconisations émises par les salariés.

Démarches d'enquête participative mixte

Critères transversaux	
Origine des RPS	Inadaptation entre les exigences de la situation de travail et les ressources de l'individu Ensemble de caractéristiques de la situation de travail susceptibles d'avoir un impact sur la santé et sur le fonctionnement de l'entreprise
Approche théorique	Approche multifactorielle Approche systémique
Objectifs	Co-produire la connaissance relative au diagnostic RPS Mettre en mouvement le système organisationnel, via l'implication de l'ensemble des acteurs
Méthodologie	Approche épidémiologique, qualitative et participative
Méthodes	Questionnaires, grilles d'observation, échelles ou encore inventaires autoreportés Entretiens semi-directifs, observations de situations de travail, discussions informelles Co-construction des préconisations par un groupe mixte
Durée estimée	?
Type de résultats attendus	Mesures des atteintes de la santé psychologique - Identification des facteurs de risques psychosociaux et des niveaux d'exposition Compréhension des vécus des salariés Eclairage des résultats quantitatifs Co-production des préconisations et appropriation des actions à conduire
Apports	Outils valides / possibilité de comparaisons nationales - En accord avec la loi et les recommandations publiques Reconnaissance liens travail – santé psychique - Proche des méthodes des entreprises : gestion indicateurs + méthode projet Structuration des démarches : contenant - Proche des méthodes SST: évaluation risques professionnels Appréhension de la complexité de la réalité Augmentation de la validité du diagnostic par la combinaison méthodologique Temps de feed-back destinés à améliorer l'appropriation du diagnostic
Limites	Peu d'étapes participatives - Appréhension de la dynamique santé-travail par le seul intervenant Niveau d'implication des salariés dépendant de la taille de l'entreprise Engagement des salariés dans les préconisations limité aux groupes réfléchissant aux préconisations, les autres espaces étant confidentiels Absence d'attention portée aux managers

Tableau 7 : Synthèse du modèle-*cadre d'enquête participative* mixte

Caractéristiques du dispositif

Niveau d'implication : moyen pour une petite structure – faible pour une plus grosse

Objet d'intervention : juxtaposition d'objets partiel à valence négative (majoritaire) et partiel à valence positive

Processus cognitif de prévention : secondaire

Méthodes	Décideurs			Pilotes			Collaborateurs			Sujets		
Etapes	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**
Pré-diagnostic				Comité représentatif	Transmettre les indicateurs	Audités-expert				Salariés volontaires et représentatifs	Présenter leur métier Témoigner	Expert/ témoins
					Prendre connaissance du pré-diag et le discuter, valider les étapes et conditions de l'intervention	Expert/ récepteurs co-validant						
Passation des instruments de mesure										Salariés concernés par le diagnostic	Répondre aux questions	Expert/ témoins
Etapes qualitatives										Salariés concernés par le diagnostic	Témoigner lors des entretiens et des observations	Analyste/ témoins
											Emettre des idées de préconisations	Analyste/ experts
Elaboration des préconisa-tions							Groupe de travail représentatif	Elaborer le plan d'actions à partir du diagnostic et des propositions des salariés	Co-élaborateurs			
Restitution ?												

Tableau 8 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-*cadre d'enquête participative mixte*

2.2.5 Le modèle de médiation par l'activité

Les démarches de médiation par l'activité trouvent leurs fondements dans la psychosociologie, elle-même issue d'un champ de recherche né dans les années 1930 qui s'intéressait à l'articulation entre le social, la conduite humaine et la vie psychique, et particulièrement au groupe, à l'institution et à l'organisation en tant qu'objets médiateurs entre l'individu et la société. Logiquement, la psychosociologie du travail s'intéresse plus spécifiquement à l'objet médiateur que constitue le travail. Ainsi, en plus des travaux issus de la psychologie sociale clinique, elle s'appuie également sur les sciences du travail telles que la sociologie, la psychologie et la psychopathologie du travail ou encore l'ergonomie de l'activité (Lhuilier, 2013). Considérant le travail comme source possible de développement mais aussi d'aliénation (Marx, 1844), la psychosociologie du travail s'appuie sur les théories freudiennes pour étudier les « analyse*s dialectiques et dynamiques qui placent au cœur du travail, contradictions,* tensions et conflits intrapsychiques, intersubjectifs et sociaux » (Lhuilier, ibid, p15). De l'anthropologie, elle utilise les théories maussiennes sur le don et le contre-don pour penser le lien social dans l'entreprise mais aussi pour conceptualiser ce que chacun donne de soi dans le travail ; une vision qui permet notamment de mieux comprendre la souffrance des 'placardisés', des chômeurs, qui n'ont plus rien à échanger (Lhuilier, 2002). Sont également mobilisés les modèles de l'interactionnisme symbolique de l'Ecole de Chicago notamment autour de l'activité contribuante, de la division du travail, de la construction des métiers et des trajectoires professionnelles, tout comme ceux de l'un des fondateurs de la sociologie du travail, Georges Friedmann, autour du développement et de l'empêchement de l'activité. Sociologue toujours attaché à la pluridisciplinarité, il sera l'un des premiers à dénoncer les conséquences de la parcellisation des tâches en affirmant que le travailleur spécialisé est « *le produit mutilé d'un* travail indifférencié » (Friedman, 1966). Du débat entre psychogénèse et sociogenèse des troubles psychiques qui nait aux débuts de la psychopathologie du travail et continue de susciter nombre de débats encore aujourd'hui, la psychosociologie du travail retient particulièrement les réflexions de Claude Veil tenant compte à la fois de la dynamique psychique du sujet et à la fois du contexte social dans lequel il s'inscrit. Se situant dans le prolongement des visions développées par Canguilhem (1966) ou encore de Tosquelles, la psychosociologie du travail refuse de réduire la santé à une adaptation et la comprend comme la possibilité faite à l'Homme de contribuer à la fabrique de son monde. Enfin, du côté de la psychologie du travail et de l'ergonomie de l'activité, elle retient la distinction fondamentale entre tâche et activité (Ombredane et Faverge, 1955 ; Leplat et Cuny, 1977 ; Leplat, 2008) et centre ses analyses sur

le travail réel et sur la mobilisation subjective du sujet dans l'activité (Schwartz, 2000). Considérant que cette activité, à la fois unique dans le développement de l'action et dans l'engagement du travailleur, ne s'inscrit pas dans le seul présent, la psychosociologie du travail pense le travail comme dépassant l'ici et maintenant, mobilisant des ressources issues du passé et du hors-travail et se projetant aussi vers le futur (Curie, 2000 ; Almudever, 2007). Ainsi, ce qui est étudié dans les démarches psychosociologiques, c'est l'activité en tant que « controverses axiologiques trans-activités, trans-métiers, trans-organisations, [celles-ci] contribuant au travail de culture, un *travail de civilisation du réel et d'humanisation* » (Lhuilier, ibid, p26).

Dans ce cadre, le vécu subjectif des salariés est appréhendé en fonction du degré de pouvoir du sujet sur la situation, ce pouvoir prenant toujours appui sur une alliance entre travail individuel et collectif : « *le mouvement d'appropriation de l'acte [...]* recouvre une activité dont le sujet *se sent responsable, qu'il assume en accord avec ses valeurs. Elle ne relève pas seulement d'un choix personnel mais aussi d'actions collectives pour modifier les normes du travail* » (Mendel, 1998, 1999 cité par Lhuilier, ibid, p18). Ce faisant, le travail, comme activité, confrontation au réel et donc praxis, est à la fois développement du sujet, de l'organisation et de la société (Castoriadis, 1975). Les risques psychosociaux, saisis sous la dénomination de souffrances psychiques au travail, sont alors compris comme la résultante d'une désarticulation entre l'activité et la praxis, comme la réduction de l'activité à des gestes programmés ou encore comme l'empêchement d'une confrontation créative au réel : l'impossibilité faite à l'Homme de se transformer et de transformer en retour le monde, via son activité. Il en résulte une véritable amputation de soi, l'issue sublimatoire du travail disparaissant et donnant alors naissance à une tension intérieure qui se transformera en somatisation ou passage à l'acte, entrainera de nouvelles pathologies ou aggravera les existantes. Il en est de même dans les environnements de travail qui empêchent la créativité, cette créativité qui, selon Winnicott (1971) « *donne à l'individu le sentiment que la vie vaut d'être vécue* » et qui est inhérente au fait de vivre : lorsque la conformité à la norme est le modèle dominant, lorsque l'environnement de travail est source d'une trop grande insécurité empêchant les liens entre passé, présent et futur, lorsque l'institution-travail n'est plus que règles instituées et se ferme à la dialectique avec les règles instituantes ou encore lorsque le travail n'est plus jugé qu'en comparaison aux normes, aux modes opératoires et aux objectifs de performance, c'est-à-dire perçu via le comment et plus du tout via le pourquoi. Ce cadrage théorique définit, on le voit bien, un cadre

méthodologique dont les objectifs portent sur le développement de l'activité propre du sujet et son lien à la praxis ainsi que sur la possibilité de participer au travail de culture. Pour ce faire, l'activité est investie comme média entre le sujet et autrui, entre le sujet et le réel (Dejours, 1980 ; Clot, 1999), réduisant les tensions interpersonnelles et mécanismes défensifs tout en ouvrant des perspectives d'actions, permettant des échanges sur les expériences individuelles afin de créer des ressources collectives et offrant un cadre susceptible de discuter du métier en échangeant sur des objectifs partagés, sur les règles ou encore sur l'organisation du travail. A termes, ce qui est recherché est bien de l'ordre de la construction d'une coopération « entendue comme utilisation synergétique des contributions singulières *à la poursuite d'un but commun* » (Amado et Lhuilier, ibid, p268), cette coopération conditionnant la possibilité de dépasser les épreuves du réel et permettant le développement d'une activité individuelle, propre, c'est-à-dire personnalisante au sens de Tosquelles (1967) devenant elle-même ressource pour le collectif de travail (Lhuilier et Litim, 2010).

De tels objectifs supposent une méthodologie centrée sur le processus, celui-ci devant articuler autant que faire se peut vie psychique, pratique professionnelle et fonctionnement organisationnel (Amado et Lhuilier, 2012). Ainsi, au-delà de la centration sur l'activité, ce type de démarche oblige « *à mener l'intervention de la manière la plus coopérative possible avec* les divers acteurs du contexte de travail » (Amado et Lhuilier, ibid, p263). En ce sens, comme lors des démarches d'enquête qualitative, les intervenants travaillent la commande prescrite par les décideurs mais ne conditionnent pas le démarrage de l'action à sa délégation complète aux chercheurs. Ils considèrent en effet la prescription de l'acte comme le déclenchement du processus d'intervention : « *Ici, l'acte (défini comme l'objet de la commande) n'est plus pensé comme un produit prêt à sa mise en œuvre, mais comme un processus, une d*émarche pour viser *un traitement d'une situation*-problème » (Amado et Lhuilier, ibid, p266). Ainsi, dans l'article décrivant une intervention en centre de rétention, Amado et Lhuilier (ibid) expliquent avoir débuté une démarche de médiation par l'activité par une commande de cellule d'accompagnement psychologique. De même, lorsque les salariés ont refusé, lors de la première réunion, le dispositif d'élaboration collective des épreuves du travail, la démarche ne s'est pas arrêtée mais a évolué en une proposition de conduite d'entretiens individuels alors pensés comme « des espaces et des moments de transition, vers le retour à une élaboration collective *[…] nécessaire*s à une déprivatisation des épreuves du travail et la production des ressources collectives p*ermettant le dégagement des impasses rencontrées dans l'activité* » (Amado et

Lhuilier, ibid, p264). On voit ici que la méthodologie reste identique mais que des étapes peuvent être ajoutées pour atteindre les objectifs fixés. Ces phases, en plus d'être investies par les intervenants comme sources de nouveaux matériels, renvoient surtout à une posture spécifique de l'intervenant qui doit non pas « mener *une action 'sur' mais [mener une action] '*avec*' l'ensemble des acteurs de l'organisation* [afin de] chercher à transformer le commanditaire en demandeur, de le déplacer de la posture de délégation vers celle *d'implication, dans un dispositif d'intervention qui intègre les 'décideurs' et qui permet de les* mettre au travail sur leur propre travail, comme sur leurs représentations du problème » (Amado et Lhuilier, ibid, p267). Ainsi, la commande initiale pourra être rediscutée à partir des résultats des premières actions entreprises (ici, les entretiens individuels) qui ont créé un processus transitoire permettant aux acteurs de s'engager dans des axes de travail relevant cette fois, d'une démarche de médiation par l'activité. Concernant notre propre analyse de ce modèle d'intervention, nous retiendrons qu'un processus transitoire peut s'avérer nécessaire pour accompagner les acteurs de l'entreprise vers les méthodes relevant spécifiquement de la médiation par l'activité. Ce processus se concrétise par des étapes préalables, partant de la commande initiale (émise par des prescripteurs pouvant être des décideurs, des syndicats, des membres de CHSCT ou même des salariés) et incluant l'ensemble des acteurs. Toutefois, les articles auxquels nous avons eu accès ne définissaient pas, à proprement parlé, de pilotes internes, préférant souligner le processus de coopération devant mobiliser l'ensemble des acteurs ; décideurs, directeur des ressources humaines, membres du CHSCT ou encore managers. Nous imaginons toutefois qu'un tel groupe pourrait s'avérer nécessaire en fonction de la taille de la structure concernée par l'intervention. Nous retiendrons pour lors, que l'ensemble des acteurs se définit comme des collaborateurs de l'intervention dans la mesure où ils sont des « coproducteurs du travail à réaliser » (Amado et Lhuilier, ibid, p267). De même, le type de coopération entre l'intervenant et ces derniers semble relever d'interactions entre un guide et des acteurs-apprenants, l'intervenant guidant les acteurs internes dans leurs réflexions sur la situation, ceux-ci apprenant alors à se questionner sur cet objet tout en étant acteurs puisqu'également producteurs de la suite de la démarche. Enfin, dans notre catégorisation, les sujets renvoient aux salariés concernés par la commande et auprès desquels les étapes préalables peuvent être appliquées. Le type de coopération et le rôle de chacun seront spécifiques à chaque intervention dans la mesure où les méthodes seront adaptées au processus transitoire à conduire pour permettre d'accéder aux étapes de médiation par l'activité.

Après ces phases préalables, les étapes de médiation par l'activité consistent à mettre en œuvre un dispositif capable d'assurer trois fonctions : celles de réceptacle (expression et réception des affects sans jugement), d'étayage (environnement sécurisant soutenant l'espace mental) et enfin de contenance (liaison entre les pensées et les affects d'une part, et les règles et leurs limites d'autre part) (Amado et Lhuilier, ibid). Pour ce faire, une temporalité fixe est instaurée, permettant un décalage entre la réalité quotidienne du travail et la possibilité de mettre en lumière et de penser les différentes manières de faire (écart renforcé dans le cas des métiers agissant dans l'urgence). Ce décalage est encore accentué par d'autres aspects tels qu'un autre lieu de réunion que celui du travail ou encore une composition de collectifs autre que celle des équipes ordinaires. Dans ce cadre sont conduits trois types de groupes de travail permettant de « reconstruire les cadres de travail » (Amado et Lhuilier, ibid, p267). Le premier vise la constitution du collectif de travail. Il se compose donc des membres d'une même équipe et porte sur des questions directement aux prises avec l'activité professionnelle, le quotidien de travail, son organisation, la coopération… L'objectif du travail mené par l'intervenant est de favoriser le travail collectif (Caroly et Clot, 2004 ; Caroly, 2010), ceci en « traitant collectivement des questions que chacun se pose » (Amado et Lhuilier, ibid, p268). Il s'agit donc de mettre en discussion les pratiques professionnelles afin de passer d'une activité propre perçue comme un empêchement au travail collectif à une activité propre perçue comme une ressource pour le collectif de travail. Le type de coopération entre l'intervenant et les sujets de ce groupe semble donc de l'ordre d'interactions entre un animateur de débat et des participants à ce débat.

Le second groupe mène une réflexion collective autour des pratiques et rassemble des salariés trans-collectifs. Son objectif est à proprement parler la construction et le développement du métier. Ce métier, selon les fondements théoriques de la santé au travail sur lesquels s'appuie ce modèle, est un métier rendant possible « *la construction d'une identité et d'une posture* professionnelle*, permettant de se dégager du seul face à face interpersonnel, […],* la *circulation de pensée entre le temps présent de l'acte, le passé et les ressources symboliques accumulées, le futur impliqué dans l'anticipation* » (Amado et Lhuilier, ibid, p 268). Il s'agit donc, à partir des pratiques et ressources de chacun, d'échanger sur les épreuves du travail afin d'identifier des alternatives d'actions : mettre le donné à l'épreuve du réel pour en construire des issues créatives. Pour ce faire, deux intervenants conduisent un groupe[1] de douze

[1] Plusieurs groupes peuvent être conduits parallèlement.

participants réuni une fois par mois au cours de séances de 3 heures. Un des membres du groupe choisit d'exposer un incident ou une situation problématique durant une dizaine de minutes, après quoi des questions d'éclaircissement sont formulées par les autres membres. Ensuite, ces derniers sont invités à exprimer ce que cela leur évoque, tant au niveau des idées que des émotions ou encore des expériences. Il s'agit pour chacun de co-élaborer les cas, c'est-à-dire d'émettre des hypothèses, d'interroger et de se confronter à d'autres éprouvés afin de co-construire les analyses de l'activité et de ses problématiques. Durant ces phases, les intervenants (toujours à deux dans cette méthode) participent à la co-élaboration et aux questionnements au même titre que les membres du groupe, n'hésitant pas à faire part de leurs propres réflexions et interrogations. A la pause, ils échangent entre eux afin de s'assurer que chacun est attentif au débat (une attention interprétée comme indicateur d'intérêt et de résonances à l'œuvre) et que la dynamique du groupe est favorable « au développement de la réflexivité et de la créativité à propos des manières de faire » (Amado et Lhuilier, ibid, p270). Le travail du groupe se poursuit ainsi durant la séance. Lors du regroupement suivant, les intervenants débutent la réunion par une restitution des productions du groupe, d'une part afin de confirmer, d'infirmer ou de faire évoluer leurs analyses au regard de leur situation et des derniers évènements survenus dans le travail (phase de recontextualisation et d'échanges libres), et d'autre part afin de leur témoigner de leur intérêt et de leur reconnaissance vis-à-vis du travail donné (perspective maussienne). Le type de coopération à l'œuvre semble alors relever d'interactions entre un présentateur-analyste et des acteurs-récepteurs.

Le dernier groupe concerne l'organisation du travail et rassemble des managers de différents niveaux. Dans les articles auxquels nous avons eu accès, peu d'informations étaient disponibles sur cette séquence de travail, ce qui nous semble regrettable au regard de l'appréciation de l'évolution du processus de coopération entre les différents acteurs. L'objectif de ces réunions de travail[1] porte sur une réflexion collective, à nouveau trans-collectifs, autour du « travail *d'encadrement*, [de] la mise en discussion de leur fiche de poste, de leurs conceptions de *l'encadrement, de leurs activités respectives* » (Amado et Lhuilier, ibid, p268). Il semble donc possible de rapprocher ce type de groupe d'une forme d'analyse de la pratique managériale.

[1] Nous n'avons pas trouvé d'informations sur leur nombre, leur durée ou encore leur rythme.

La dernière étape de la démarche est celle des restitutions. Elles prennent la forme de réunions de travail auprès des commanditaires de l'intervention, c'est-à-dire les dirigeants, afin de réfléchir aux « ressources proposées ou à construire pour que [les salariés] puissent faire leur *travail et contribuer à la vie de l'organisation* » (Amado et Lhuilier, ibid, p 268). En complément, des réunions sont conduites auprès du CHSCT. Bien que les articles présentant ce type d'intervention ne détaillent pas cette séquence, nous pouvons imaginer qu'il existe des liens entre le travail réalisé par les autres groupes et ce qui est mis au travail comme 'ressources proposées ou à construire' avec les commanditaires. Il n'est toutefois pas possible de savoir si certains des membres de ces groupes ont participé aux réunions de restitution ou si seuls les intervenants faisaient ce lien tant sur le contenu que sur les temporalités. De même, nous ne disposons pas d'informations permettant de caractériser le type de coopération.

De notre point de vue, ce type d'intervention présente de nombreux atouts. En premier lieu, nous pouvons souligner l'importance de la posture de l'intervenant comme agissant 'avec' et non 'sur', une posture qui permet de ne pas conditionner la démarche à l'acceptation totale et immédiate de la méthodologie par les demandeurs. Cette souplesse permet en effet d'engager l'action tout en accompagnant l'évolution des acteurs au travers du processus transitoire nécessaire à leur engagement dans la démarche par médiation par l'activité. Une telle posture nous semble particulièrement en phase avec la réalité des SST, lesquels ne peuvent refuser l'intervention qu'au prix d'une accentuation des TPS et d'une détérioration de la santé des salariés, ce qui, quoiqu'il en soit, se traduira nécessairement par une autre forme de travail (augmentation des visites médicales problématiques, des consultations individuelles, des inaptitudes médicales, des alertes à l'employeur, détérioration des relations SST-entreprise …). En considérant que « *ce qui importe, c'est que […] chacun s'autorise à parler de ce qui ne peut l'être ordinairement en raison des défenses qu'il active* » (Roche, 2005, p209), la démarche est pensée à partir des ressources et moyens dont disposent les acteurs de l'entreprise. Dans ce cadre, l'efficacité de la méthodologie ne s'appréhende plus selon sa capacité à produire des résultats étiologiques sur les liens entre travail et santé mais au travers du processus engagé ; ce processus devant intégrer le plus d'acteurs possibles et répondant ainsi aux critères nécessaires à la transformation effective des situations de travail et à l'implantation des changements dans le temps. Par ailleurs, le travail des groupes autour des « questions que chacun se pose dans son travail » et des « cas critiques » à des fins d'élaboration d'issues créatives, est de nature à révéler autant de 'solutions' potentielles que de difficultés, un résultat

concret de l'intervention qui nous semble en accord avec les limites que nous avons soulevées quant à l'ajout de difficultés à des difficultés pour les employeurs. D'ailleurs, la restitution auprès des commanditaires se fait au-travers d'une réflexion sur les ressources à développer pour permettre le travail et non autour des difficultés identifiées par l'intervenant. Cette posture est transversale dans la mesure où le même processus est engagé au niveau du collectif, du métier (transcollectifs) puis de l'organisation (managers + commanditaires). L'organisation est d'ailleurs considérée comme un tout, chaque acteur participant au même processus, quelle que soit sa place mais chacun à partir de sa place (Roche, ibid). Finalement, on pourrait dire que ce modèle d'intervention travaille la prévention de la santé psychique au travers de l'activité professionnelle et vise le développement de celle-ci (développement pensé comme élaboration collective d'issues créatives aux difficultés du travail réel). Il s'agit donc d'un modèle développemental de l'activité et non d'un modèle centré sur la santé, mauvaise ou bonne.

L'objet d'intervention, tel que nous l'avons défini, est donc l'activité. Cet objet semble majoritairement appréhendé à partir de ses problématiques puisque « *l'entretien collectif répété* avec retour *[…] [permet à chacun de] rendre compte d'une décision qu'il a dû prendre, parfois seul et en situation critique, au terme d'une délibération et d'un arbitrage entre* différentes contraintes et exigences contradictoires. Chacun peut rompre les silences qui entourent son travail et ses difficultés, engager une parole sur tout ce qui résiste à sa volonté de maîtrise, le met en échec et parfois en souffrance » (Roche, ibid, p209). Ainsi, bien que le dispositif permette aussi à chacun de « *témoigner de la façon dont il s'y est pris pour résoudre des* problèmes qui, a priori, pouvaient paraître insolubles » (Roche, ibid, p209), il nous semble possible de définir l'objet d'intervention comme majoritairement partiel à valence négative. En revanche, le travail de cet objet est réalisé au travers d'un processus qui permet effectivement de développer des ressources, qu'il s'agisse de savoirs comme le souligne Roche (« Ce qui est dit est enregistré, transcrit et retourné au groupe entre deux séances de travail, puis, peu à peu, avec ce dernier, thématisé, mis en perspective, élaboré, réélaboré, conceptualisé ; en un mot, transformé en savoirs » - ibid, p209) ou d'alternatives d'actions créatives comme le souligne Amado et Lhuilier (ibid). En ce sens, on pourrait définir le processus comme étant secondaire. Cependant, il faut aussi considérer que ce modèle ne considère pas la bonne santé comme 'uniquement' une conséquence de l'intervention mais la développe au fur et à mesure des séances. En effet, le travail des groupes sur les incidents/ les cas critiques se fait au travers d'une technique et d'un cadre permettant la mise à distance des tensions intrapsychiques et

interpersonnelles et la « déprivatisation des épreuves du travail » (Amado et Lhuilier, 2012, p264). En ce qui concerne le niveau d'implication, nous avons d'ores et déjà souligné que ce modèle se donne pour objectif d'intégrer un maximum d'acteurs au cours du processus d'intervention. L'étude réalisée à partir des articles présentant ces démarches nous a en effet permis de remarquer que le travail était entrepris auprès de tous les acteurs, des salariés aux commanditaires (dirigeants) en passant par les managers ou encore les membres du CHSCT. Pour autant, nous pouvons aussi souligner qu'en dehors des phases préalables, chacun semble travailler dans des espaces spécifiques : un/des collectif(s) institué(s) sur le versant du travail collectif, un/des groupe(s) transcollectif(s) sur le métier, un/des groupe(s) de managers sur l'activité managériale puis un/des groupe(s) de commanditaires sur les ressources à donner aux salariés pour leur permettre d'assurer leurs missions. Aussi, même si ce point demanderait à être précisé[1], aucun espace d'échanges ne semble être entrepris entre ces différents groupes, en tous cas par les acteurs eux-mêmes. A priori, seul l'intervenant présente les travaux des groupes aux commanditaires afin d'animer une réflexion collective autour des ressources à développer, ce qui nous permet de définir le niveau d'implication comme étant moyen.

Ce dernier point lève, selon nous, une des limites de ce modèle, à savoir la question du lien entre les différents espaces-temps de l'entreprise : entre les différents collectifs nous l'avons dit mais aussi entre le passé, le présent et le futur de l'organisation. Il nous semble en effet qu'alors que la psychosociologie du travail pense le travail comme dépassant l'ici et maintenant, mobilisant des ressources issues du passé et du hors-travail et se projetant vers le futur (Curie, 2000 ; Almudever, 2007), nous pouvons remarquer que les ressources à construire élaborées par les commanditaires, ne sont pensées qu'au niveau des collectifs de travail pour permettre le travail collectif (intracollectif) ou pour permettre le développement du métier (transcollectifs) mais pas au niveau organisationnel : si la méthodologie mise en œuvre au sein de ces collectifs permet ce lien entre le passé, le présent et le futur, il n'en est pas de même au niveau des managers ou des dirigeants. En ce sens, il n'y a pas réellement de liens avec le futur de l'organisation 'à instituer' (Lhuilier, 2013). Nous voyons donc un manque de coopération (au sens de synergie des acteurs) vers la poursuite d'un but commun, ce but étant celui du travail de culture ou pour le dire autrement de « fabrique » de ce monde (Veil, 2012). Enfin, nous pouvons aussi souligner que l'ensemble du processus d'intervention prend appui sur les

[1] Les articles étudiés ne nous donnaient pas spécifiquement d'éléments à ce propos mais nous avons déduit que ces communications inter-groupes n'existaient pas, estimant que dans le cas contraire, les auteurs les auraient nécessairement précisés.

productions langagières des divers collectifs. Il s'agit en effet de « créer les conditions *d'une parole de plus en plus authentique en raison de la transformation de la situation d'énonciation qu'elle suscite* » (Roche, ibid, p209). Comme dans le cas de l'enquête qualitative, une telle approche suppose de reconnaître la primauté de la pensée sur l'action, ce qui est contredit par certains auteurs notamment Castoriadis (1975) pour qui « *l'activité précède l'élucidation car, pour la praxis, l'instance ultime n'est pas l'élucidation mais la transformation du donné* » (cité par Lhuilier, 2013, p18).

Démarches de médiation par l'activité

Critères transversaux	
Origine des RPS	Degré de pouvoir du sujet trop faible Désarticulation entre l'activité et la praxis Réduction de l'activité à des gestes programmés Empêchement d'une confrontation créative au réel
Approche théorique	Psychosociologie du travail
Objectifs	Développement de l'activité propre du sujet Articulation entre activité et praxis
Méthodologie	Processus de médiation par l'activité intégrant le plus d'acteurs possibles, répondant aux trois fonctions que sont celles de réceptacle, d'étayage et de contenance
Méthodes	Réflexion partagée sur l'activité à différents niveaux Echanges collectifs sur les épreuves du travail Modalités d'organisation instaurant un cadre en décalage avec celui du travail quotidien Réflexion auprès des dirigeants et CHSCT sur les ressources à donner aux salariés
Durée estimée	?
Type de résultats attendus	Construction et développement d'une coopération entre tous les acteurs Reconstruction du travail collectif et des collectifs de travail Développement d'une activité personnalisante devenant ressource pour le collectif de travail
Apports	Démarche centrée sur le processus, développant la coopération entre l'ensemble des acteurs Met à distance les tensions intrapsychiques et interpersonnelles Identifie des alternatives d'actions Permet de questionner l'engagement subjectif du sujet dans le travail - Offre un cadre contenant Dégage de nouvelles pratiques face aux situations critiques Permet une réflexion des dirigeants sur les ressources à donner pour permettre le travail et participer à l'organisation
Limites	Pas de travail organisationnel culturel alliant le passé, le présent et le futur Part du postulat que la pensée précède l'action Ne met pas le créé à l'épreuve du réel

Tableau 9 : Synthèse du modèle-*cadre de médiation par l'activité*

Caractéristiques du dispositif

Niveau *d'implication* : moyen

Objet d'intervention : (majoritairement) partiel à valence négative (activité)

Processus cognitif de prévention : secondaire

Méthodes	Décideurs			Pilotes			Collaborateurs			Sujets		
Etapes	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**
Etapes transitoires préalables	Commanditaire : direction	Coproduire le travail à réaliser	Guide/acteur-apprenant	?	?	?	CHSCT, managers, syndicats…	Coproduire le travail à réaliser	Guide/acteur-apprenant	Salariés concernés par la commande	Spécifiques au processus transitoire à conduire	
Groupe sur le collectif de travail										Membres d'un collectif institué	Mise en discussion des pratiques professionnelles	Animateur de débat – participants d'un débat
Groupe(s) sur le métier – Restitution										Intervenants	Présentation de la production du groupe précédent	Présentateur-analyste / acteurs récepteurs
										Membres d'un groupe trans-collectifs	Recontextualisation	Animateur de débat – participants d'un débat
Groupe(s) sur le métier – Exposition										1 volontaire du groupe	Exposition d'un incident critique	Narrateur-récepteurs
Groupe(s) sur le métier – Eclaircissement										Membres du groupe + intervenants	Questionnement	Questionnants-narrateur
Groupe(s) sur le métier – Association										Membres du groupe	Propositions d'associations, d'hypothèses pour analyser l'activité	Co-élaborateurs
Groupe managers										Managers d'un groupe trans-collectifs	Analyse collective de la pratique managériale	Co-élaborateurs
Restitution	Commanditaire : direction	Réfléchir aux ressources à installer	?				CHSCT	Réfléchir sur les ressources à installer	?			

Tableau 10 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-*cadre de médiation par l'activité*

2.2.6 Le modèle ergonomique

Pour les ergonomes, toute organisation est fondée sur la dialectique entre organisation formelle et organisation vivante (Terssac et Lompré, 1996). La première est composée des règles officielles et matérielles instituées à partir de connaissances générales et techniques tandis que la seconde renvoie aux activités individuelles, collectives et sociales (Petit et coll., 2011). Cette dialectique se traduit par des échanges produisant « le travail d'organisation » (Terssac et Lompré, ibid). La conception ergonomique impose donc de considérer l'entreprise comme un milieu « auto-éco-organisé » (Morin, 1990), c'est-à-dire un système jamais stable et dans lequel les salariés jouent donc un rôle à part entière. L'écart obligatoire entre la tâche et l'activité, entre ce qui est prescrit et ce qui est réalisé par les opérateurs se traduit par une nécessaire variabilité de la situation de travail par rapport à la consigne générale. Cette variabilité oblige en retour une action de la part du salarié mais cette action n'est jamais une simple réaction. Au contraire, elle se fonde sur le « rapport sensible au travail » (Davezies, 1995) reposant lui-même sur l'expérience, l'intention, les critères de qualité de travail, le destinataire de l'action, etc. En ce sens, « *l'opérateur doit comprendre et répondre, autrement dit 'agir' et pas seulement 'faire' (registre de l'opération) : son travail est une activité de pensée, d'imagination et de création* » (Hubault, 2009, p101). Si les premiers temps de l'emploi se fondent sur des mobiles extérieurs à l'activité (économiques ou liés à l'histoire de l'individu, à ses valeurs), la confrontation au réel ou encore la découverte des liens noués avec autrui (collègues, clients, …) colorent la relation au travail et permettent la construction de nouveaux buts internes cette fois, à l'activité : c'est ainsi que née, pour chaque salarié, sa propre conception du travail bien fait (Davezies, 2006-c ; Petit et coll., ibid). Cependant, du fait de l'écart irréductible entre tâche et activité, ces nouveaux buts entrent logiquement en tension avec ceux prescrits par l'organisation du travail. C'est précisément à cet endroit que les ergonomes considèrent le risque d'apparition des TPS, c'est-à-dire lorsque ces tensions, « ces conflits de buts ne sont ni reconnus, ni à plus forte raison *débattus […]. Les conflits intrapsychiques qui se développent alors sont l'intériorisation des débats sociaux qui n'ont pas lieu entre différentes vis*ions du travail et de sa qualité » (Petit et coll., 2011, p 394).

Cette lecture de l'origine des RPS fonde l'action des ergonomes en orientant l'analyse vers l'identification de ces tensions, leurs mises en débat au sein des collectifs de travail puis au sein de l'organisation (Weill-Fassina et Rabartel, 2010). Cette analyse trouve sa place au sein d'une

démarche d'accompagnement, l'ergonomie ne détachant jamais la compréhension de la transformation, et considérant que la recherche de leviers d'action, d'autres possibles, est nécessaire au processus de santé, sous peine d'entrainer des mécanismes de défense décrits par la psychodynamique (Dejours, 1998), d'empêcher l'action sur le milieu (Canguilhem, 1966) et finalement le développement du pouvoir d'agir (Clot, 2008-a). Aussi, il est possible de dire que l'intervention en ergonomie se donne pour objectif d'accompagner la transformation du milieu de travail en prenant soin des conditions du travail (ce qui diffère des conditions de travail), de sorte que chaque salarié puisse se réaliser dans son activité, au sens « *d'y être pour quelque* chose » (Hubault, 2009, p97). Les résultats attendus concernent donc le développement des processus de régulations individuelles et collectives, par la création ou le renforcement d'espaces permettant de débattre du travail et d'agir sur l'environnement (Daniellou, 1998 ; Caroly, 2010 ; Caroly et Clot, 2004). Autrement dit, il s'agit d'aboutir à un environnement capacitant au sens de Falzon (2009).

L'intervention ergonomique débute généralement par une étape préalable consistant à créer un copil auprès des acteurs décideurs ou concernés par les questions de santé (généralement direction et membres du CHSCT), auprès desquels la commande est discutée afin de « *s'accorder sur le problème à traiter* » (Petit et coll., ibid, p396) et d'échanger sur les moyens à déployer (services à étudier, séquences des étapes, etc). Il s'agit ainsi de passer de la commande à la demande et d'amorcer le processus permettant de « changer les manières de voir le problème *[…] pour favoriser une manière d'agir plus opérationnelle* » (Hubault, ibid, p99). Il est par exemple possible d'évoquer l'étude de services dits 'sans problème' afin d'identifier ce qui est jugé comme pertinent. En ce sens, il nous semble possible de dire que les relations qui caractérisent cette étape relèvent d'interactions entre des co-élaborateurs, l'intervenant apportant sa maîtrise de l'analyse de l'activité et les membres du copil leurs besoins, attentes et connaissances du fonctionnement de l'entreprise et de ses problématiques. Ensemble, ils co-élaborent le problème à traiter.

Cette phase permet d'organiser la suivante qui prend la forme de séquences d'observations du travail. Il s'agit de rencontrer les salariés, de comprendre leur travail mais aussi de repérer les éléments de variabilité des situations. La coopération à l'œuvre ici semble donc pouvoir se qualifier de relations entre un analyste et des témoins, les salariés étant invités à présenter leur travail.

Ces observations portent sur les secteurs ou services concernés par l'intervention et offrent une base à la construction de la trame des entretiens individuels qui constituent la troisième étape du pré-diagnostic. Ils visent à affiner la compréhension du travail, notamment les processus difficilement observables et les éléments de variabilité. L'animation est orientée vers la discussion des objets du travail en invitant chacun à présenter l'ensemble des éléments en lien avec son propre rapport sensible au travail. Enfin, il s'agit de susciter les premiers leviers d'action en questionnant les salariés sur les améliorations possibles. Nous pouvons donc remarquer que les entretiens ne se centrent pas sur l'altération mais sur le travail, ses empêchements et ses développements possibles, s'inscrivant ainsi dans une perspective constructiviste favorisant à nouveau le pouvoir d'agir. En ce sens, la coopération à l'œuvre semble pouvoir être qualifiée de relations entre un guide (guide l'échange et l'animation) et des participants (au processus de compréhension du travail et de son développement). Se faisant, l'entretien participe à transformer le rapport au travail tant dans le vécu que dans les opportunités de développement qu'il souligne.

A partir de ces analyses, des groupes de travail sont organisés auprès de chacun des services concernés par l'intervention afin de restituer les éléments recueillis, de les discuter, de les compléter mais aussi, et toujours, d'élaborer de nouvelles pistes d'action. Il s'agit donc d'une étape d'appropriation du diagnostic combinée à un processus constructiviste et développemental. Ces groupes sont représentatifs des collectifs institués et comprennent des salariés et des cadres. Pour autant, des groupes de travail spécifiques aux managers peuvent aussi être conduits afin d'offrir la même opportunité de développement à l'activité managériale. Nous pouvons donc remarquer que cette étape dispose d'un bon niveau de transversalité mais aussi que les échanges des groupes portent sur l'activité dans son ensemble, et non pas sur des altérations ou dysfonctionnements. Finalement, il nous semble possible de caractériser le type de coopération à l'œuvre comme relevant d'interactions entre un guide (l'intervenant guidant les groupes dans leurs réflexions, via la transmission de ses analyses et l'animation) et des co-élaborateurs, les membres des groupes du travail étant invités à finaliser et compléter le diagnostic mais également à participer activement à la réflexion autour des transformations possibles.

La dernière étape de la méthodologie consiste en une mise en discussion du diagnostic visant à renforcer son appropriation. Il s'agit de conduire des réunions avec les acteurs du copil

(dirigeants supérieurs, membres du CHSCT ou tout autre acteur concerné par les questions de santé). Cette mise en discussion concerne particulièrement « des situations de production *problématiques, du point de vue de l'efficacité du travail et des conséquences sur les personnes,* [pouvant] constituer des objets de réflexion partagés » (Petit et coll., 2011, p 397). Cette réorientation du débat vise à atteindre l'objectif global de reformulation du problème, de la manière dont il est perçu et donc des moyens qui seront pensés pour le traiter. Ici, les intervenants cherchent particulièrement à « *passer de l'idée* de salariés malades à cause de *l'organisation, à l'idée d'une organisation malade qui provoque la souffrance de ses salariés* » (Petit et coll., ibid, p 397). Les défaillances productives sont donc mises en débat au regard du diagnostic réalisé. Les propositions de transformation élaborées dans le cadre des groupes de travail sont discutées à la lumière des déterminants nationaux (règlementation, choix du groupe, process nationaux, …), des déterminants relevant de l'organisation formelle locale (organigramme, règles spécifiques, …) et enfin de ceux appartenant au quotidien de travail et à l'organisation des collectifs. Au travers de cette articulation, l'intervenant cherche à renforcer les marges de manœuvre des salariés afin de développer leur pouvoir d'agir et ainsi offrir des espaces permettant la réalisation du travail d'organisation et sa discussion dans les collectifs. La coopération à l'œuvre semble donc relever d'interactions entre des co-élaborateurs d'une évolution organisationnelle, l'intervenant proposant comme ressource à cette co-élaboration, son diagnostic ainsi que les travaux des groupes, et les acteurs internes, leurs ressources en matière de maîtrise technique et organisationnelle.

L'approche ergonomique de l'intervention en prévention de la santé psychique au travail comporte de nombreux atouts, dont le premier nous semble de se penser par et pour l'action de transformation. Cette volonté d'éprouver le dispositif aux enjeux du terrain et à son évolution, ouvre la méthodologie vers la recherche de leviers d'action plutôt que de l'enfermer vers une énumération et une analyse exhaustive des atteintes de la santé. Ce faisant, elle permet également de considérer les salariés comme des acteurs et non comme des individus passifs, une posture qui nous semble en congruence avec une vision forte de la santé telle que décrite par Canguilhem : « *Ce qui caractérise la santé, c'est la possibilité de d*épasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et *d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles* » (1966, p130). En centrant ses analyses sur le « milieu auto-éco-organisé » de l'intervention, l'ergonomie semble également particulièrement encline à adapter sa méthodologie aux enjeux spécifiques du milieu rencontré.

En effet, Daniellou (cité par Gaudart et Rolo, 2015) rappelle que l'ergonomie ne vise pas la recherche de la vérité mais cherche plutôt à appréhender une vérité parmi d'autres, en opérant une réduction obligatoire à la démarche scientifique. Nous avons également montré comment l'intervention replaçait l'activité au cœur des débats, évitant ainsi les écueils de la psychologisation. La méthodologie vise l'instauration ou le développement des régulations individuelles et collectives afin de passer du travail collectif au collectif de travail et de permettre la réélaboration des règles pour faire face aux épreuves du réel (Caroly, 2010 ; Reille-Baudrin et Werthe, 2010). Ainsi, l'ergonomie offre bien une vision de la subjectivité du travailleur et sait aussi se départir d'une centration sur le poste de travail pour penser et agir au niveau de l'organisation (Gaudart et Rolo, ibid). Enfin, nous voyons que les évolutions organisationnelles préconisées sont fondées sur l'engagement et la participation des salariés et des membres de la direction. Les chercheurs portent une attention particulière à l'objet autour duquel ils construisent ce processus de coopération puisqu'ils choisissent la défaillance productive pour sa capacité à intéresser l'ensemble des acteurs et représenter un objectif commun à tous. Cette approche nous semble intéressante en termes de capacités d'adhésion mais également en termes d'orientation de l'action puisqu'il est certain que la manière de présenter et de se représenter un problème, influence l'action sur ce problème (Douillet, 2010).

Pour autant, si l'ergonomie défend la (re)création d'espaces de débat collectif, elle dit peu de choses sur les moyens nécessaires à l'instauration de ce débat et surtout sur les moyens nécessaires à leurs implantations durables. Un grand nombre de disciplines intervenant sur les questions de santé psychique au travail s'accorde en effet sur la nécessité de ces espaces de régulation. Mais les mettre en œuvre et aboutir à leur maintien dans le temps sont des actions fort complexes sur lesquelles l'ergonomie se prononce encore peu. Il y a peut-être ici une conséquence de la centration sur l'action de transformation comme étant (trop) réduite au seul temps de l'intervention. Ainsi, comment intervenir avec cette méthodologie lorsqu'il n'existe que peu de possibilités de débattre, soit parce que les relations sont trop dégradées, soit parce que les acteurs sont trop éloignés des situations de travail (nous pensons par exemple aux groupes nationaux dont les décideurs travaillent d'un siège éloigné géographiquement des antennes locales). Quid également des petites ou très petites entreprises, dans lesquelles les espaces de débat pourraient souffrir d'un manque de regards différenciés sur le travail ? Comment penser, aussi, l'action de l'ergonome sur de plus longues durées et sur des questions d'évolution des capacités des acteurs et des systèmes à maintenir ces espaces de débat ? Ces

questions intéressent sans doute particulièrement les SST dont les intervenants sont, de par la nature même de leurs missions, en relation avec les entreprises sur le long terme. Enfin, nous pourrions également souligner les limites de cette méthodologie en termes de capacité à révéler l'épaisseur des métiers au sens de la clinique de l'activité, et notamment à travailler sur les dialectiques entre instances personnelle, transpersonnelle, impersonnelle et interpersonnelle, lesquelles nécessitent des techniques spécifiques pour être révélées et donc mises en débat (Clot et coll., 2000).

Finalement, concernant notre intérêt pour l'objet d'intervention et le niveau d'implication, nous pouvons tout d'abord souligner la centration de cette méthodologie sur l'activité professionnelle, l'expression autour de celle-ci pouvant aller de ses empêchements à ses développements et se concrétisant toujours par des propositions de transformation. En ce sens, il nous semble possible de souligner le caractère global de l'objet d'intervention. Pour autant, nous avons remarqué que la dernière étape de mise en discussion du diagnostic et d'implication des dirigeants autour des projets de transformation, opère une modification de l'objet de discussion puisqu'il ne s'agit plus de l'activité en tant que telle mais des défaillances productives. Bien que ce choix résulte d'une volonté de réunir les acteurs des différents niveaux de l'entreprise, il semble tout de même que ce débat-là, trouve sa genèse à partir d'altérations, même s'il s'agit d'altérations du travail et non plus d'altérations de santé. Nous serions donc tentés de dire que les étapes réalisées auprès des salariés et des collectifs se centrent bien sur un objet global, à savoir l'activité, mais que l'étape de mise en discussion auprès des dirigeants concerne plutôt un objet partiel à valence négative (les altérations du travail). Il est intéressant de remarquer que cette évolution méthodologique trouve son origine dans une volonté d'agir sur l'organisation du travail, les défaillances productives étant pensées comme un sujet de débat permettant ce niveau d'action.

Le processus cognitif implanté nous semble donc secondaire en ce qui concerne les étapes concernant les collectifs, les salariés étant amenés à réfléchir sur leur activité, à proposer des moyens pour réduire ses empêchements ou de nouveaux moyens pour assurer son développement. La perspective semble relever d'une approche développementale correspondant à une mobilisation cognitive en termes de ressources (pour l'activité). En ce qui concerne l'étape de mise en discussion, il semble que les dirigeants soient amenés à réfléchir à des évolutions organisationnelles ; ce qui relève donc d'un niveau de réflexion primaire ; à partir d'un objet partiel à valence négative. Nous disposons de peu d'éléments pour évaluer

précisément ce passage d'une réflexion à partir d'un objet partiel à valence négative vers des stratégies d'action primaire. Pour autant, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'un tel saut dans le niveau de complexité est facilité par la centration des débats autour d'objets techniques (la production), lesquels constituent des objets parfaitement maîtrisés par ces acteurs, par opposition aux objets de santé.

En ce qui concerne le niveau d'implication, nous remarquons que la méthodologie permet la mise en débat et la participation d'un grand nombre d'acteurs. De même, les groupes de travail disposent eux-mêmes d'un bon niveau de transversalité, les managers étant inclus dans les échanges et disposant eux-mêmes d'un espace d'élaboration. En revanche, les dirigeants supérieurs sont une nouvelle fois beaucoup moins sollicités, même si la mise en discussion permet de les impliquer au-delà d'une simple réception d'un diagnostic réalisé par d'autres. Il semble donc possible de considérer que le niveau d'implication général de la méthodologie comme moyen.

Démarches ergonomiques

Critères transversaux	
Origine des RPS	Conflits de buts non reconnus, ni débattus, entrainant une intériorisation et créant des conflits intrapsychiques
Approche théorique	Ergonomique : organisation reposant sur une dialectique entre organisation formelle et organisation vivante, se traduisant par un nécessaire travail d'organisation rendant nécessaire le débat entre tâche et activité
Objectifs	Accompagner la transformation du milieu de travail en prenant soin des conditions du travail
Méthodologie	Créer un environnement capacitant en accompagnant la transformation du regard des acteurs d'une centration sur les symptômes des salariés vers une centration sur les dysfonctionnements organisationnels
Méthodes	Analyse de l'activité Identification des tensions entre conflits de buts Co-élaboration des axes de transformation possibles Création ou renforcement d'espaces permettant de débattre du travail au sein des collectifs de travail puis au sein de l'organisation
Durée estimée	?
Type de résultats attendus	Développement des processus de régulations individuelles et collectives Développement du pouvoir d'agir sur l'environnement
Apports	Pense la méthodologie à partir des enjeux de la transformation Place les salariés dans un rôle d'acteurs Agit en faveur des leviers d'actions du milieu spécifique d'intervention Place l'activité au centre des débats et vise l'instauration de régulations par les collectifs mêmes Centre les transformations sur le niveau organisationnel
Limites	Evoque peu les moyens et ressources nécessaires à l'implantation des espaces de débat Evoque peu les milieux dont les caractéristiques semblent défavorables à l'instauration d'espaces de débat Semble mettre de côté les techniques nécessaires à la révélation de l'épaisseur du métier, laissant ainsi sans doute de côté des éléments de débat

Tableau 11 : Synthèse du modèle-cadre ergonomique

Caractéristiques du dispositif

Niveau d'implication : moyen

Objet d'intervention : global (phase auprès des salariés et des collectifs) / partiel à valence négative (étape de mise en discussion auprès des dirigeants)

Processus cognitif de prévention : secondaire (phase auprès des salariés et des collectifs) / primaire (étape de mise en discussion auprès des dirigeants)

Méthodes	Décideurs			Pilotes			Collaborateurs			Sujets		
Etapes	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**
Analyse de la demande				Comité composé d'acteurs concernés par les questions de santé dont la direction	S'accorder sur le problème à traiter et les moyens à déployer pour cela	Co-élaborateurs						
Observations du travail										Salariés concernés par l'intervention	Présenter leur activité, l'expliciter	Expert /Témoins
Entretiens semi-directifs										Salariés volontaires	Affiner la compréhension du travail et de ses variabilités Témoigner du rapport subjectif au travail Proposer des leviers d'action	Guide/ participants
Groupes de travail										Collectifs institués (sal+ managers) + Collectifs de managers	Discuter les analyses proposées et les enrichir Discuter les transformations possibles	Guide / Co-élaborateurs
Mise en discussion				Comité composé d'acteurs concernés par les questions de santé dont la direction	Mise en débat des défaillances productives au regard du diagnostic et des déterminants Discussion des transformations organisationnelles	Co-élaborateurs						

Tableau 12 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre ergonomique

2.2.7 Le modèle développemental du métier

Le modèle développemental du métier relève de la clinique de l'activité. L'adjectif 'développemental' signifie tout d'abord que la santé y est appréhendée à partir de sa construction avec le milieu ou plutôt, pour le dire avec les mots de Canguilhem, la santé est institution du milieu : un organisme « *cherche à le dominer et [à] l'organiser selon ses valeurs* du vivant » (Canguilhem, 1966, p156). En ce sens, une distinction doit être opérée entre la maladie, qui est considérée comme faisant partie du vivant et l'état pathologique, qui se définit comme une diminution de la capacité du sujet à passer à de nouvelles normes. Par déduction, il est possible de définir la santé non comme un état mais comme un mouvement vers l'action et le développement : « *la capacité de l'homme, par son activité* concrète de briser les règles, de *les transformer, de prendre et d'affronter des risques doi*t être examinée pour comprendre comment la santé se conquiert » (Miossec et Clot, 2011, p 347). Dans le champ spécifique du travail, cette approche se traduit donc par une vision de la santé comme relevant de la possibilité ou non, de construire un milieu de travail favorable à la santé. La perspective développementale renvoie également à un second positionnement concernant plus particulièrement l'action : elle visera en effet le développement des ressources des salariés pour faire vivre leur milieu, l'instituer en dépassant les contraintes par la création de nouvelles normes. Autrement dit, il s'agit de développer le pouvoir d'agir des salariés vis-à-vis de leur activité : « On dira que la lutte contre les « maladies du travail » consiste moins à supprimer *les maladies qu'à entretenir la santé, c'est*-à-dire à développer « entre les choses » des liens qui ne leur viendraient pas sans nous » (Clot, 2011-a). Pour y parvenir, la clinique de l'activité mobilise le concept du métier, au travers de ses quatre instances impersonnelle, interpersonnelle, transpersonnelle et personnelle (Clot, 2007, 2011 ; Miossec et Clot, 2011-a). Elle prend ainsi en compte les spécificités concrètes des situations de travail et questionne les rapports entre processus psychologiques et processus sociaux. Dans cette approche, les RPS résultent donc d'une impossibilité faite aux travailleurs de « faire » leur métier, et se faisant, de s'y reconnaitre. L'action vise donc en première instance à prendre soin du travail et non à prendre en charge les travailleurs.

La clinique de l'activité centre sa méthodologie sur l'analyse de l'activité dans une double perspective épistémique et pratique : il s'agit de comprendre pour transformer mais aussi de transformer pour comprendre (Faverge, 1968). Comme toute démarche clinique, sa méthodologie part du terrain, se déploie sur le terrain et revient constamment sur le terrain

(Dejours, 1996) ce qui implique qu'elle est à la fois casuiste (elle part de la situation individuelle) et holistique (ses interprétations visent l'ensemble des cas). Ainsi, toute démarche débute par une analyse fine de la situation de travail, ce qui, jusqu'ici, fait largement écho à l'intervention ergonomique. La différence fondamentale entre les deux approches relève d'une considération différente de l'observation. S'appuyant sur les travaux de Wallon (1983), la clinique de l'activité a remarqué l'effet provoqué par l'observation du travailleur et met ainsi au travail l'impact de l'auto-observation de l'activité, impact engendré dès lors qu'un sujet travaillant sait qu'on l'observe : « *observé dans son travail, il s'observe en travaillant* » (Clot et Leplat, 2005, p304). Ainsi, l'observation du « travailler en situation » engendre obligatoirement une transformation de l'activité, elle-même occasion de développement. En effet, le dialogue qui s'instaure avec l'observateur sur l'activité (social donc dans un premier temps) devient ainsi un dialogue intérieur : c'est à partir de ce travail psychologique que la clinique de l'activité situe le début de son action. Celle-ci ne vise pas le seul développement de la connaissance sur l'activité puisqu'il n'existe pas de « causalité linéaire entre changement de représentations et transformation de la situation » (Teiger et Laville, 1991, cités par Clot et Leplat, ibid, p 306) et que le primat de la pensée, même collective, sur l'action se discute (Daniellou, 2001 ; Vygotski, 1997). L'objectif de l'intervenant est d'apporter aux travailleurs, la ressource de l'activité dialogique provoquée par son analyse au « développement de leurs propres interprétations et observations » (Clot et Leplat, ibid, p 308). La clinique de l'activité fonde donc sa méthodologie sur le postulat que la pensée ne prend pas naissance dans une autre pensée mais dans la confrontation au réel (Vygotski, ibid). Pour ce faire, elle a recours à des techniques qui visent à développer le dialogue sur l'activité en lui proposant une diversité des contextes favorisant le renouveau de l'activité psychique (Bakthine, 1984) : le dispositif de la double auto-confrontation, simple d'abord puis croisée (Clot et Faïta, 2000) offre un support à cette motricité dialogique, tout comme celui de l'instruction au sosie (Miossec et Clot, 2011 ; Clot, 2001-b). En cela, la méthodologie vise la révélation de l'épaisseur de l'activité ; à la fois personnelle, interpersonnelle, transpersonnelle et interpersonnelle (Clot et Faïta, ibid) et donc le développement du pouvoir d'agir.

Les résultats attendus dans ce type d'intervention consistent en une appropriation des discussions du métier par les acteurs de l'entreprise. Cette appropriation pourra se traduire tout d'abord par une mise en visibilité de l'ensemble des manières d'exercer le métier, y compris dans ses dimensions non conscientes puis par une transformation et un développement des pratiques, par exemple en intercalant une activité de pensée et d'évaluation de la prescription entre celle-ci et l'action. De plus, la mise en discussion des empêchements au développement

de l'activité permet leurs appréhensions sous la forme de questions de métier, limitant alors la personnalisation des difficultés et donc leurs possibles traductions dans des TPS. Enfin, la mise en discussion du métier et sa circulation auprès des acteurs des différents niveaux de l'entreprise visent à débattre des liens entre organisation du travail et évolution du métier. Ce faisant, une autre forme de résultat attendu concerne les effets de cette motricité dialogique sur l'instance impersonnelle, c'est-à-dire sur l'évolution de la prescription au regard des questions de métier. Enfin, la clinique de l'activité adoptant également une démarche de recherche (transformer pour comprendre, Clot, 2008-b), elle produit une autre forme de résultats en direction, cette fois, des chercheurs. Il s'agit de l'étude des 'traces de l'intervention' afin de développer la connaissance sur « *des activités d'instrumentalisation de l'intervention, c'est*-à-dire des traces du mouvement *par lequel un travailleur met en forme […] ce qui lui est donné de l'extérieur* pour en faire son propre instrument » (Rabatel, 2005, cité par Miossec et Clot, ibid, p351).

L'intervention développementale du métier proposée par la clinique de l'activité débute par une première étape classique de discussion de la commande. Pour autant, les travaux auxquels nous avons eu accès ne semblent pas permettre de parler d'un véritable travail permettant le passage de la commande à la demande dans la mesure où, par exemple, la sollicitation des intervenants semble parfois directement celle d'une recherche et non d'une intervention. Les demandeurs peuvent aussi être présentés comme disposant d'un niveau de culture de prévention suffisamment élaborée pour cerner les limites des approches à visée de diagnostic sans espace de coopération ou encore pour maîtriser les différents niveaux de prévention et décider d'agir directement au niveau primaire. D'ailleurs, la commande provient parfois de professionnels de santé au travail (Miossec et Clot, ibid ; Miossec et coll., 2010). Des articles présentent bien entendu des interventions ne correspondant pas à ces caractéristiques mais il n'y est pas véritablement fait allusion à un travail d'élaboration de la commande mais plutôt à la proposition d'une méthodologie capable de répondre aux besoins d'acteurs aux prises avec une situation complexe (Litim et Kostulski, 2006). Cette méthodologie ne vise en effet absolument pas l'exploration des altérations ou des dysfonctionnements mais propose directement si l'on peut dire, de travailler sur le métier. Si elle ouvre la voie à la compréhension de ce qui « fait obstacle » (Kostulski, 2010), c'est pour agir et transformer les situations. Nous pouvons sans doute faire l'hypothèse qu'une telle approche permet de réduire les craintes et les résistances des acteurs à s'engager dans l'intervention, ce qui pourrait expliquer le peu de 'traces' du travail de la commande. Nous sommes pour autant conscients que de telles hypothèses sont parcellaires

et nous aimerions beaucoup discuter de cette étape afin de comprendre si et comment la mise au travail de la commande est possible dans les situations où la méthodologie n'est pas acceptée d'emblée ou lorsqu'une reconstruction de la manière de poser le problème est nécessaire. A ce stade, nous retiendrons donc que la première étape consiste en la réalisation de temps d'échanges avec les commanditaires de la démarche afin de comprendre l'origine de leur demande et de cerner le contexte de l'entreprise afin de proposer la méthodologie d'intervention. Les acteurs impliqués lors de cette étape peuvent être directement les décideurs (comité de direction), accompagnés parfois d'autres acteurs tels que les acteurs de santé, les instances représentatives du personnel, des managers, etc. La coopération à l'œuvre ici semble pouvoir relever d'interactions entre des demandeurs (acteurs en situation problématique et/ou sollicitant les services de) et un expert (professionnel sollicité pour ses compétences dans le domaine où le besoin se situe et proposant une manière d'y répondre).

La seconde étape d'intervention consiste en un temps d'observation des diverses situations de travail et du milieu professionnel (Clot et coll., 2000). Cette analyse, réalisée en premier lieu par l'intervenant, a pour objectif de définir puis de débattre avec les professionnels, de séquences d'activités suffisamment représentatives du métier pour être retenues comme objet d'analyse. En ce sens, il nous semble possible de caractériser la coopération comme relevant d'interactions entre des co-participants (l'intervenant apporte ses compétences propres, son regard extérieur et ses observations de l'activité tandis que les professionnels apportent leur expertise du métier et de leur milieu de travail).

C'est sur la base de cette co-définition des activités représentatives du métier que des groupes de travail sont ensuite constitués. Ils comprennent les professionnels jugés légitimes par leurs collègues, pour discuter de ces questions de métier. Les groupes sont donc constitués de pairs volontaires et intéressés. Ils sont mono-métier et ne renvoient à aucune caractéristique de représentativité de la profession. La question de la représentativité ne se pose en effet pas en des termes classiques dans la mesure où l'objectif de l'intervention est de développer le métier. Or, puisque ce dernier est partagé par l'ensemble des pairs de l'organisation, sa mise au travail ne requiert pas l'implication de tous mais la participation de quelques-uns qui 'connaissent' le métier. Le critère de représentativité qui prévaut en clinique de l'activité concerne donc le métier puisque cette étape vise justement à en identifier les principales activités pour ensuite, les mettre au travail.

La quatrième étape est donc celle de la mise au travail de ces groupes de pairs. Ils s'organisent autour de deux grandes séquences : « *une étape d'analyse de l'activité et une ét*ape de *conception d'un usage de cette analyse du travail* » (Miossec et Clot, ibid, p352). L'analyse de l'activité se donne pour objectif de révéler la diversité du travail réel et des pratiques professionnelles afin « *d'emp*êcher la description neutralisée des situations de travail » (Miossec et Clot, ibid, p 352). Il s'agit de faire (re)surgir les compétences incorporées (Leplat, 1997) pour ouvrir un dialogue sur les différentes manières d'exercer le métier. Pour y parvenir, la clinique de l'activité dispose de ses propres techniques dialogiques telles que l'instruction au sosie ou l'auto-confrontation. Toutes deux débutent par ce premier temps d'analyse du travail (comprendre pour transformer), temps durant lequel l'intervenant dialogue individuellement avec les professionnels. La technique de l'instruction au sosie consiste en une succession d'entretiens très dirigés durant lesquels il est demandé au professionnel d'expliquer exactement ce que l'intervenant doit faire et dire pour qu'il puisse le remplacer et que personne ne se rende compte de la substitution. L'auto-confrontation consiste à confronter chaque professionnel du groupe à des séquences filmées de chaque activité analysée puis à filmer les commentaires que chacun adressera à l'intervenant au moment du visionnage de son activité (auto-confrontation simple). Les deux techniques permettent d'interroger le professionnel sur ce qu'il fait, mais aussi sur ce qu'il ne fait pas, pourquoi, comment, etc, à partir du questionnement volontairement naïf de l'intervenant visant particulièrement à interroger le style professionnel (Clot et coll. ibid). Il nous semble donc possible de qualifier la coopération comme relevant d'interactions entre un questionnant et un expert (interrogation très dirigée et précise de l'intervenant auprès d'un professionnel expert de son métier).

La seconde séquence de travail concerne l'usage de cette connaissance acquise sur le métier. Elle prend tout d'abord la forme d'un retour de cette connaissance auprès des pairs membres du groupe de travail. Dans la méthode de l'instruction au sosie, l'intervenant pourra utiliser des écrits d'instruction préalablement demandés à chacun des professionnels ou pourra aussi compiler lui-même des extraits d'instruction (Miossec et Clot, ibid) et les mettre en discussion. Dans la méthode de l'auto-confrontation, l'intervenant présentera à deux professionnels, les séquences d'activité de l'un et sollicitera les commentaires de l'autre, puis alternera les rôles (auto-confrontation croisée). L'exposition des pairs aux différents styles professionnels vise particulièrement à créer un dialogue entre les instances transpersonnelle et personnelle permettant alors de révéler le genre du métier : « Les écarts stylistiques étant évalués par rapport aux formes génériques propres au groupe professionnel, ce sont alors le genre professionnel et ses variantes que les sujets font entrer dans une zone de développement » (Clot

et coll., ibid, p5). Il semble donc possible de caractériser la coopération comme relevant d'interactions entre un guide et des co-élaborateurs du métier (l'intervenant guide les débats au-travers de sa méthodologie mais ce sont les pairs qui co-élaborent leur métier). Enfin, une nouvelle séquence de travail collectif sur le métier est entreprise afin de permettre aux pairs d'échanger sur ce qu'ils vont faire de ce qu'ils ont dit. Il s'agit donc d'utiliser l'expérience partagée sur la connaissance du métier pour le transformer : « revitaliser le genre professionnel *à partir de l'élaboration stylis*tique » (Clot et coll., ibid, p5). Alors que l'instruction au sosie ne prévoit pas d'autres techniques spécifiques si ce n'est l'animation des groupes de travail sur cette question de l'utilisation du travail réalisé, la méthode de l'auto-confrontation organise une nouvelle étape. Il s'agit de présenter, à l'ensemble du groupe cette fois, un véritable montage des diverses séquences filmées depuis le début de l'intervention afin de le remettre au travail sur l'analyse du métier. Cette séquence de travail nous semble donc toujours relever d'une interaction entre un guide et des co-élaborateurs du métier et du milieu du métier.

Enfin, la dernière étape d'intervention concerne la mise en circulation du métier au sein d'instances de pilotage préalablement implantées. Celles-ci n'ont pas pour seules fonctions de suivre la démarche, de recevoir le diagnostic réalisé ou encore de travailler sur les mesures à mettre en place. Bien au contraire, elles participent pleinement au cadre méthodologique en constituant, elles-aussi, des supports à la motricité dialogique : les questions de métier y sont portées. Cela permet d'impulser un nouveau dialogue (puisque situé dans un nouveau contexte et adressé à d'autres destinataires), de faire circuler dans l'ensemble de l'organisation les questions de métiers ou encore d'agir sur la dynamique entre les instances, notamment avec l'instance impersonnelle. En ce sens, le copil concerne des membres de direction, parfois uniquement au niveau local, parfois aussi au niveau national lorsque cela est possible. Ils sont accompagnés des acteurs internes en charge des questions de santé ou d'autres acteurs concernés par la démarche. Au fil de l'intervention, les salariés membres du groupe de travail viennent s'y ajouter pour faire part de leur travail sur le travail. Le type d'interactions à l'œuvre ici semble relever d'un véritable travail de co-élaboration du métier et du milieu du métier (à partir de la rencontre entre le travail réel et l'organisation), l'intervenant ne tenant alors plus qu'un rôle de ressource à ce débat.

L'ensemble du processus d'intervention proposé par la clinique de l'activité repose sur le développement du métier par les professionnels-mêmes. Cette caractéristique nous semble fondamentale dans la mesure où elle (re)fait du travail une activité source d'épanouissement et

place les salariés dans une posture d'experts de leur propre métier et donc en capacité, via les méthodes utilisées, d'agir ; ou pour le dire avec les mots de Clot, de pouvoir agir. L'altération ne constitue nullement le cœur du dispositif ni même d'ailleurs, les questions de santé : c'est le prendre soin du travail qui prévaut, évitant ainsi toutes les limites déjà citées quant à l'appréhension du travail comme pathogène, la psychologisation, le morcellement et la simplification de l'activité ou encore l'ajout d'une prescription de santé à la prescription gestionnaire. Par ailleurs, en évitant la centration sur la santé, cette méthodologie limite également les biais entrainés par la diversité des comportements, croyances et représentations des différents acteurs autour de la santé (Sarnin et coll., 2011). Sa méthode de mise au travail du travail nous semble également répondre aux difficultés inhérentes à l'inscription d'un certain nombre d'agirs professionnels dans la mémoire procédurale (Davezies, 2012). Cette clinique spécifique à l'activité et son fondement théorique autour du concept du métier comme organisé autour des quatre instances constituent un véritable moyen de penser le travail et sa complexité, sans pour autant tomber dans les dérives d'une description réductionniste et exhaustive de l'ensemble des composants d'un tout. A l'inverse, elle offre un moyen d'attraper le métier et de cerner sa dynamique, pour mieux le dynamiser. Y compris pour les professionnels de terrain, sa théorie présente donc un véritable caractère opérationnalisable car elle s'ouvre finalement assez simplement à l'appropriation par les acteurs. A titre d'exemple, il nous est arrivé de former des copil d'entreprise à la compréhension du métier par ses quatre instances. Peu importait, presque, leur capacité à identifier 'exactement' les pratiques relevant de l'une ou de l'autre des instances. Ce qui comptait était de leur révéler cette dynamique du métier et d'ouvrir leurs manières de l'appréhender.

Les limites de cette méthodologie nous semblent relever de son caractère clinique : en analysant aussi finement les questions de métier, la clinique de l'activité pense tout d'abord son action autour d'un unique métier. Tous les groupes constitués sont en effet mono-métier alors que plusieurs travaux ont montré qu'une centration sur un seul service constituait une limite (Hansez et coll., 2009). Si l'on perçoit bien cette nécessité au regard de son cadre théorico-méthodologique, on peut tout de même souligner que les entreprises ne sont jamais constituées d'un unique métier mais organisent, au contraire, le travail de plusieurs métiers dans des perspectives communes. La clinique de l'activité dit peu de choses de cette articulation d'un point de vue pratique. D'ailleurs, nous pourrions également interroger les conséquences du développement offert à un métier, pour les autres métiers. Il reste en effet un point que nous ne parvenons pas à saisir et dont nous aimerions échanger car il nous semble pointer un

paradoxe de cette approche : la méthodologie utilisée par la clinique de l'activité ouvre la voie à un véritable travail réflexif du professionnel sur son métier. En ce sens, il ne s'agit pas seulement de réfléchir sur le métier mais de permettre, à partir de cette expérience dialogique, d'ouvrir un dialogue intérieur. Clot et coll. (ibid, p6) l'affirment d'ailleurs en rappelant comment Vygotski définissait la conscience : il s'agit d'une « *expérience vécue d'une* expérience vécue » offrant un moyen de « pouvoir de se détacher de son expérience afin que celle-*ci devienne un moyen d'accomplir d'autres expériences* ». Dans ce cas, comment penser l'appropriation des effets d'une telle démarche par les autres professionnels, c'est-à-dire par ceux qui n'ont pas bénéficié de cette expérience réflexive ? Comment peuvent-ils accéder à ce même pouvoir d'action ? Cela implique-t-il que seuls les membres des groupes de travail constitués pourraient bénéficier des bénéfices de la démarche ? Ce questionnement nous laisse dans une impasse en termes d'intervention pratique en faveur d'un développement de la santé psychique au travail pour le plus grand nombre. Enfin, en considérant les spécificités des SST et de leurs actions, nous pouvons souligner qu'il est rare que les interventions ne concernent qu'un unique métier. Il s'agit plus souvent de services voire de directions, composés de divers métiers. Comment alors, organiser la discussion sur les métiers ? Est-il possible de penser cette même dynamique en considérant le métier du service et non plus le métier du professionnel par exemple ? Enfin, il nous semble également possible de souligner l'importance des moyens déployés (15 à 18 mois selon les articles auxquels nous avons eu accès, nécessitant d'importants temps de réunions ou encore d'enregistrement des activités) au regard de l'implication d'un nombre relativement faible d'acteurs (groupes de travail de 9 à 12 professionnels par exemple). Nous avons aussi rappelé, plus haut, que les structures intéressées par ce type de dispositif semblaient souvent disposer d'une certaine culture de prévention ou tout du moins présenter un degré de dégradation permettant de prendre ce long temps d'analyse et ne ciblant, à chaque fois, qu'un seul type de professionnels.

Concernant, enfin, notre intérêt pour les trois dimensions théorisant le passage de la connaissance à l'action, nous pouvons tout d'abord dire que l'objet d'intervention est ici, le métier. En cela, il constitue nécessairement un objet global dans la mesure où sa mise au travail offre effectivement un moyen pour les professionnels d'explorer autant ses empêchements (et donc potentiellement les dysfonctionnements et les altérations) que ses développements et voies de dégagements (ingéniosité, astuces professionnelles, ressources, styles, règles de métier, …). La méthode clinique offre donc un support à l'exploration de l'ensemble de la dynamique entre santé et travail. Le niveau d'implication de cette méthodologie nous semble en revanche,

relativement faible. En effet, comme nous l'avons évoqué dans les limites du modèle, même si le dispositif comprend une étape de circulation du métier auprès des différentes strates managériales, le nombre d'acteurs impliqués demeure réduit, qu'il s'agisse des autres professionnels du même métier ou encore des salariés d'autres métiers. Nous constatons, en revanche, que les dirigeants supérieurs sont directement impliqués et les types de coopération à l'œuvre reposent majoritairement sur des co-élaborations et une considération des salariés comme experts de leur métier. Aussi, si peu d'acteurs sont concernés, leur positionnement tout au long du processus d'intervention permet leur implication active. En ce sens, il nous semble possible de dire que le processus cognitif implanté auprès de ces derniers relève d'une approche primaire : ce qui est discuté entre pairs puis auprès des strates hiérarchiques porte sur le développement du métier et l'institution d'un milieu de travail permettant ce développement (et donc par répercussion le développement de la santé). Les acteurs sont ainsi amenés par le dispositif à se questionner sur la transformation des situations de travail et l'évolution de l'organisation nécessaire à ce développement du métier.

Démarche développementale du métier

Critères transversaux	
Origine des RPS	Amputation du pouvoir d'agir sur l'activité et sur le milieu
Approche théorique	Clinique de l'activité Utilisation du concept de métier pour prendre en compte les spécificités concrètes des situations de travail et questionner les rapports entre processus psychologiques et processus sociaux
Objectifs	Comprendre comment les professionnels parviennent à dépasser ou non les contraintes Développer le métier
Méthodologie	Révélation de l'épaisseur de l'activité par la mise en œuvre d'une activité dialogique entre les 4 instances du métier
Méthodes	Analyse de l'activité Techniques dialogiques : instruction au sosie, auto-confrontation simple puis croisée, circulation du métier dans les différents niveaux de l'organisation
Durée estimée	15 à 18 mois
Type de résultats attendus	Appropriation des mises en discussion du métier par les acteurs de l'entreprise Mise en visibilité de l'ensemble des manières d'exercer le métier, y compris dans ses dimensions non conscientes - Transformation et développement des pratiques - Dépersonnalisation des empêchements au développement de l'activité Evolution de la prescription au regard des questions de métier Production de matériau pour la recherche
Apports	Replace l'activité comme une source d'épanouissement- Pense les salariés experts de leur propre métier et donc en capacité d'agir Evite les biais d'une centration sur l'altération, notamment en ce qui concerne les divers rapports à la santé au travail Permet de faire face aux difficultés liées à la verbalisation sur l'activité Offre un moyen de penser le travail et sa complexité
Limites	Intervention mono-métier - Dit peu de choses de l'articulation entre les métiers d'un point de vue pratique - Ne questionne pas l'impact du développement d'un unique métier, sur les autres métiers de l'organisation Importance des moyens déployés au regard des acteurs impliqués Nécessite des entreprises disposant d'un certain niveau de culture de prévention ou des situations de travail dont la dégradation permet le temps nécessaire au déploiement méthodologique

Tableau 13 : Synthèse du modèle-cadre de développement du métier

Caractéristiques du dispositif

Niveau d'implication : faible

Objet d'intervention : global (le métier)

Processus cognitif de prévention : primaire

Méthodes	Décideurs			Pilotes			Collaborateurs			Sujets		
Etapes	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**
Analyse de la demande	Diri-geant	Présenter la comman de/ demande, recevoir la proposi-tion	Deman -deur /expert				Deman-deurs (ac -teurs de santé, CHSCT, RP, mana-geurs…	Présenter leur demande, recevoir la proposi-tion	Deman -deurs /expert			
Observation du travail										Profession-nels du métier à développer	Présenter leurs activités	Analyste/ Témoins
											Co-définition des séquences d'activité représentative du métier	Co-élaborateurs
Analyse de l'activité										Groupes de pairs intéressés et volontaires	Révéler le travail réel, les différentes manières d'exercer, les compétences incorporées	Questionnant/ expert
Usage de l'analyse de l'activité										Groupes de pairs / duo de pairs	Débattre des écarts entre les styles et le genre pro.	Guide / Co-élaborateurs
										Groupes de pairs	Définir l'usage de l'expérience réflexive. Transformer le métier	
Restitution				Dirigeants des différentes strates + acteurs collaborateurs	Discuter des questions de métiers, de la suite à donner à l'étude	Co-élaborateurs du métier et du milieu du métier				Membres des groupes de travail	Présenter et échanger sur le travail réalisé sur le métier	Co-élaborateurs du métier et du milieu du métier

Tableau 14 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre de développement du métier

2.2.8 Le modèle d'ingénierie de discussion

L'approche de l'ingénierie de la discussion est issue des sciences de gestion. Elle se fonde sur un triple constat relatif à l'évolution des organisations du travail modernes : tout d'abord, « la polyphonie des outils de gestion » et l'hyper-instrumentalisation du management (Detchessahar et Journée, 2007). Ces outils, créés par des concepteurs spécialisés ne disposant pas d'une vision d'ensemble de l'activité, visent un ou peu d'objectifs de gestion à la fois et aboutissent finalement à un morcellement de l'activité au travers d'une multitude d'objectifs gestionnaires différents. Cette évolution accentue avec encore plus de force le « travail de réorganisation » nécessaire pour combler l'écart entre l'organisation formelle et l'organisation vivante (Terssac, 2003). Dans le même temps, les managers sont happés par l'alimentation de la « machine de gestion » (Detchessahar, 2013, p64) : alors que ces outils avaient pour objectif d'aider les managers à piloter leur activité, il semble désormais que ce soit à eux de venir en aide à cette machinerie en remplissant quotidiennement une multitude de tableurs et d'indicateurs. Enfin, dernier constat, celui de la multiplication des réunions entre managers : aux réunions d'informations descendantes s'ajoutent désormais de plus en plus de réunions de « groupes projets » censés permettre le travail d'innovation. Ainsi, alors que l'intensification du travail de réorganisation grandit du fait de l'amplification des outils de gestion et que d'autre part, un grand nombre de travaux relatifs à la santé a mis en évidence les nécessaires temps de débats sur l'activité (voir paragraphes relatifs aux démarches ergonomiques, psychosociologiques, développementales du métier ou encore aux démarches d'enquête qualitative), les managers disparaissent progressivement de la scène du travail, perdant ainsi leur rôle d'animateur et de médiateur des régulations collectives quotidiennes dans l'activité. En effet, en référence à la théorie de la régulation (Detchessahar, 2011 ; Terssac, ibid) qui vise notamment à comprendre l'articulation entre les volontés d'autonomie et de contrôle dans les organisations, l'ingénierie de la discussion défend l'idée d'une organisation comme « un espace à réguler et à médier » (Detchessahar et coll., 2015, p64). Ce faisant, elle insiste sur la nécessité de disposer d'espaces permettant la régulation entre les règles organisationnelles prescrites par la hiérarchie et l'activité réelle déployée par les salariés afin d'atteindre un « idéal de pilotage ou de management » (Reynaud, 2003, p93). Le manager de proximité tient ici un rôle essentiel dans la mesure où il est l'acteur permettant cette articulation et détenant ses ingrédients, à savoir la possibilité de réaliser « des arbitrages répétés entre les acteurs [et] la coordination de leurs intelligences afin de produire des accords locaux et révisables permettant pour un temps de

faire le travail » (Detchessahar, 2011). Absents de la scène du travail, les managers perdent la possibilité de réaliser cette activité, laissant alors les salariés dans l'impossibilité de résoudre les empêchements et les contradictions, de construire des leviers d'actions collectives, de restaurer le sens quotidien du travail, et finalement de maintenir leur pouvoir d'agir (Clot, 2008-a ; Davezies, 2008). L'approche de l'ingénierie de la discussion comprend donc les RPS comme une conséquence de l'absence de management, elle-même conséquence d'une mauvaise « qualité de la dynamique communicationnelle autour du travail » dans les organisations (Detchessahar, 2013, p57).

Le modèle méthodologique issue de cette approche vise à agir sur cette dynamique communicationnelle par le biais de l'implantation d'espaces de discussion permettant « la *construction par le dialogue de solutions ou de construits d'action collective entre acteurs* interdépendants [et] connectés à *l'espace de production des règles dans l'organisation* » (Detchessahar, 2013, p58). Ces espaces constituent des espaces dialogiques au sens de Bakhtine puisqu'ils offrent la possibilité au salarié qui prend la parole, d'énoncer sa représentation du travail puis, par les retours des membres du groupe, de préciser et de structurer sa pensée. Ce double mouvement de « *manifestation aux yeux de l'autre et aux* siens propres » pour reprendre les mots de Bakhtine (1970), ouvre la voie à des issues créatives. De plus, en référence aux théories de la communication d'Habermas (1987), cet espace de discussion est également un espace politique dans la mesure où le dialogue n'y est pas une simple expression de subjectivité (ce qui est le cas dans les groupes de parole par exemple) mais renvoie à la construction de compromis et de (nouvelles) règles. Mener au niveau de l'équipe, les règles ainsi reconstruites porteront sur l'activité opérationnelle. Au niveau supérieur de l'organisation, elles porteront sur l'activité stratégique. Enfin, au niveau intermédiaire (le terme de méso est employé pour désigner les régulations entre les niveaux local et global), la discussion portera sur des règles permettant d'aboutir à cet idéal de management de la régulation conjointe. L'enjeu est donc double : développer la santé en redonnant le sens quotidien du travail, régler les contradictions entre prescription et réel, arbitrer entre l'ensemble des objectifs fixés et développer le pouvoir d'agir mais aussi renforcer la performance de l'entreprise par l'instauration d'un mouvement d'information mutuelle entre la discussion stratégique et la discussion opérationnelle.

Pour parvenir à implanter ces espaces de discussion malgré leurs coûts, la méthodologie d'intervention comporte un certain nombre d'étapes dont la visée est de développer « *l'apprentissage de la discussion [...] en ouvrant de nouvelles institutions dialogiques et en*

permettant *aux acteurs d'en expérimenter les fruits* » (Detchessahar et coll., 2015, p67-68). L'intervention débute par plusieurs temps d'échange constituant les premières instances de discussion, à savoir le comité de direction (codir) d'une part et un copil d'autre part. Ce dernier est représentatif de l'entreprise dans la mesure où il réunit des salariés des différents services, des différentes fonctions mais aussi des différents niveaux hiérarchiques. Ces premiers temps d'échange permettent d'analyser la demande, de définir le cadre de l'intervention ou encore d'instaurer un climat de confiance suffisant pour aborder une thématique sensible. L'ensemble de ce travail permet d'ouvrir sur la seconde étape, à savoir le diagnostic et sa restitution. En ce sens, il semble possible de définir les interactions comme relevant d'échanges entre un expert et des demandeurs en ce qui concerne le codir, ces derniers demandant à un intervenant reconnu pour ses qualifications, de répondre à leurs besoins. En ce qui concerne le copil, il semble possible de parler davantage d'interactions entre un expert et des participants, ces derniers n'étant pas à l'origine de la commande mais ayant souhaité ou accepté de participer à son travail.

La seconde étape est celle du diagnostic. Les techniques mobilisées à ce stade visent à recueillir des données suffisantes pour comprendre le quotidien de travail, le réel de travail, l'organisation, les sources de tensions et d'empêchements. Il s'agit particulièrement d'étudier les documents officiels (organigramme, fiche de poste, …), de réaliser des entretiens individuels de type compréhensif (Kaufmann, 1996), de diffuser un questionnaire de santé (étude SORG, Detchessahar, 2011) ou encore de réaliser des séquences d'observation de l'activité (pour plus de précisions, voir Grevin, 2011). Par ailleurs, un focus-groupe peut être constitué pour aborder une thématique particulière. Dans les articles auxquels nous avons eu accès, et du fait de la centration de cette approche sur la question du management, un focus groupe a été réalisé avec des encadrants de proximité. Si les premiers interlocuteurs des entretiens individuels ou encore des séquences d'observation sont choisis par l'intervenant en collaboration avec les membres du codir et du copil, la méthode de recueil de données consiste à se saisir de toutes les opportunités de dialogue nécessaires à la construction du diagnostic. Les questions soulevées par l'un des outils sont complétées par les résultats des autres ou donnent lieu à de nouveaux échanges. Cette phase prend fin lorsque l'intervenant estime être parvenu à une saturation des données. S'il s'agit donc d'une phase destinée à « établir un diagnostic précis de la situation, [celui-ci consistant à souligner] les dysfonctionnements » (Detchessahar et coll., 2015, p69), nous pouvons remarquer que l'approche de l'intervenant est d'une part particulièrement exhaustive (entretiens, observations, questionnaire, focus groupe) mais aussi

« émergente *; [l'intervenant précisant] chemin faisant, la stratégie* de recherche et [déterminant] les informations nécessaires pour aller plus loin » (Grévin, 2011, p169). Il nous semble donc possible de qualifier cette coopération comme relevant d'interactions entre un analyste et des participants.

La troisième étape d'intervention est celle des restitutions du diagnostic. Elles sont réalisées dans un triple objectif : présenter les résultats de l'investigation menée ainsi que les dysfonctionnements repérés, débattre puis valider l'interprétation des résultats avec les différents acteurs et enfin, structurer les nouveaux espaces de discussion qui seront à même de mener les travaux nécessaires à la résolution des difficultés. Pour ce faire, la restitution est présentée en premier lieu au codir, non pas pour réfléchir aux solutions à apporter mais pour autoriser les espaces de discussion à constituer pour réaliser ce travail. Cette phase est particulièrement délicate puisque le codir doit valider une organisation dans laquelle il 'perd' la maîtrise de la discussion et de la réflexion sur les solutions, pour la déléguer à d'autres acteurs. Il s'agit donc d'une véritable étape de négociation dans laquelle l'intervenant argumente afin de faire face aux « [vives] craintes et réticences de la direction » (Detchessahar et coll., 2015, p72). Une fois cette discussion finalisée, le diagnostic est restitué aux différents acteurs (copil, CHSCT, cadres, salariés) et les espaces conçus pour mener la discussion sur les solutions à apporter sont présentés. La restitution au copil, outre la présentation des résultats et le débat autour des interprétations, vise aussi à présenter le cadre des espaces de discussion puis à en déterminer la composition la plus pertinente en vue de l'élaboration des solutions : nombre de groupes, type d'acteurs concernés, thématiques de réflexion, … Le type de coopération à l'œuvre semble donc relever d'interactions entre un médiateur et des co-élaborateurs, l'intervenant « alimentant la discussion en mettant à disposition des participants un diagnostic objectivé autour duquel se construit un accord » (Detchessahar et coll., ibid, p71). Enfin, concernant les autres acteurs, la restitution leur est présentée, toujours dans cette optique pédagogique de présentation des résultats puis de dialogue devant permettre « à chacun des *acteurs d'intégrer et de faire sienne cette image, afin de pouvoir ensuite entrer de manière* active dans le processus de transformation qui en découlera » (Grévin, 2011, p180). Le type de coopération à l'œuvre ici semble donc relever d'interactions entre un expert-pédagogue et des acteurs-receveurs.

L'étape suivante est celle des espaces de discussion internes « mandatés pour construire un *plan d'action qui permette de répondre aux problèmes identifiés lors des restitutions* »

(Detchessahar et coll., ibid, p71). Ces espaces sont constitués au sein du copil, scindé pour l'occasion en sous-groupes thématiques. Les actions ainsi élaborées sont ensuite présentées à l'ensemble du copil afin d'affiner les mesures et de les enrichir. Il est intéressant de remarquer que ces groupes travaillent de manière autonome, l'intervenant n'étant pas présent à chacune des séances. Cette posture vise, selon les pères de ce modèle, à renforcer l'appropriation du diagnostic et du plan d'actions par les acteurs. En ce sens, il nous semble possible de qualifier la coopération comme relevant d'interactions entre des co-élaborateurs ; l'intervenant, lorsqu'il est présent, conservant alors sa posture de médiateur.

La cinquième étape est celle de la connexion entre les différents espaces de discussion aux niveaux local, meso et global. La genèse de cette articulation se trouve tout d'abord au sein du copil dans lequel, nous le rappelons, se trouvent des acteurs de tous les services, de toutes les fonctions et de tous les niveaux hiérarchiques. Les débats y ont donc été nourris par l'opérationnel tout en trouvant un écho auprès des cadres de proximité participants dont les marges de manœuvre (renforcées ou (re)données par le travail d'argumentation réalisé par l'intervenant auprès du codir) permettent d'agir directement sur les règles organisationnelles (connectant ainsi la discussion à la dimension politique). La seconde voie d'articulation est activée auprès du codir. Dans le cadre d'un « *solide travail d'accompagnement du c*odir par *l'équipe de r*echerche pour lever [ses] réticences », certain de ses membres sont tout d'abord invités à participer aux réunions du copil afin de leur permettre « de vérifier que la mise en discussion du travail aux niveaux local et intermédiaire ne supposait pas un dessaisissement *de la direction de ses prérogatives en matière d'organisation du travail* » (Detchessahar et coll., ibid, p73). En parallèle, l'intervenant organise des séances de travail auprès du codir[1] afin « *d'accepter le renversement de la logique descendante dans laquelle il travaillait jusqu'ici* » (Detchessahar et coll., ibid, p73). Il semble donc possible de caractériser la coopération comme relevant d'interactions entre un médiateur et des participants au débat. Grâce à ce travail, une fois les réflexions du copil achevées, son plan d'actions peut être présenté au codir, précédemment rassuré sur le sérieux du travail réalisé, notamment quant à la centration des débats sur la qualité du travail et la non apparition de leaders contestataires. Enfin, d'autres articulations sont réalisées, dans une sorte de pollinisation de la discussion : la participation de membres du codir au copil leur permet de se faire le relai des mesures du plan d'actions dans leur propre direction. Il en est de même auprès des managers de proximité puisque la présence

[1] 5 séances d'1h30 à 2h sont citées dans l'article auquel nous nous sommes référés principalement.

de leurs pairs dans le copil permet à ces derniers de relayer les travaux réalisés mais aussi de faciliter la mise en œuvre des mesures. Le même mouvement s'implante auprès des salariés, renseignés et intégrés aux résultats de la démarche par l'intermédiaire de leurs pairs membres du copil. Cette pollinisation permet ainsi « la circulation des produits de la discussion entre *ces espaces, depuis le niveau opérationnel jusqu'au niveau décisionnel* » (Detchessahar et coll., ibid, p71). Les membres du copil et du codir deviennent finalement eux-mêmes des médiateurs auprès de leurs collègues, recevant par leur biais les fruits du travail réalisé.

Le type de résultats attendus dans cette approche est tout d'abord une amélioration de la dynamique communicationnelle. Pour ce faire, l'intervention nécessite l'implantation d'un processus permettant aux encadrants supérieurs de passer d'une logique de commandement classiquement descendante, à une logique de subsidiarité, laquelle « postule que les personnes au contact du travail opérationnel ont des choses intéressantes à dire sur les besoins et les *nécessités du travail et qu'une part de la légitimité du niveau hiérarchique supérieur vient de* sa capacité à entendre ses besoins et à construire en conséquences des réponses et du soutien » (Detchessahar, 2013, p73). Concrètement, il s'agit donc de diriger autrement, en laissant aux niveaux locaux et intermédiaires, les possibilités de discuter pour trouver des solutions et construire des projets. In fine, il se joue donc ici des objectifs d'innovation pour l'entreprise. Les espaces de discussion sont ainsi créés à chaque niveau de l'organisation : local, meso et global, et des articulations sont initiées entre chacun. Cette approche engendre une autre forme de résultat concernant la structuration de ces espaces de discussion. Ces derniers sont tout d'abord connectés à l'activité quotidienne du point de vue de leur temporalité, du point de vue des outils gestionnaires qui sont réorientés ou transformés de façon à soutenir la discussion, et enfin, du point de vue de leur formalisation (ne doit pas être totale pour laisser la place aux discussions informelles dans le quotidien). Ainsi, les réunions (re)deviennent des temps de travail (et non pas seulement d'informations) structurés et apportant réellement aux participants. Enfin, l'ensemble de ce travail, relativement court dans les exemples que nous avons identifiés (6 mois), nécessite un chantier parallèle de « désempêchement du travail du manager » consistant à supprimer « *l'ensemble des activité*s *[…] qui sont venues coloniser le* temps de discussion sur le travail » (Detchessahar, ibid, p 68).

L'approche d'ingénierie de la discussion développée par les sciences de gestions est intéressante à plusieurs titres. Tout d'abord, nous pouvons remarquer que le diagnostic sur lequel elle se repose, intervient très rapidement dans la démarche et ne constitue finalement

qu'un tremplin vers la structuration des espaces de discussion ; si bien que là où certaines méthodologies s'arrêtent, on pourrait dire que cette approche débute réellement. L'accent est donc mis sur l'évolution organisationnelle via la dynamique communicationnelle autour du travail et non sur un relevé de l'ensemble des altérations du travail et de la santé : l'intervenant est davantage présent « pour mettre en place et médier de nouveaux espaces initiant de nouvelles façons de travailler ensemble » (Detchessahar et coll., 2015, p75). En ce sens, les acteurs de l'entreprise sont placés au cœur du dispositif, mis au travail dans une position réellement actrice, une position favorable à la reprise en main de leur activité et des règles de leur travail. Le travail de désempêchement de l'activité managériale nous semble également constituer un atout considérable dans la mesure où, tout d'abord, il permet de prendre soin de cette population autant que de celle des salariés (alors qu'un grand nombre de démarches ne se centre que sur les salariés malgré la forte exposition des managers aux RPS – Debard, 2015). D'autre part, cette action de remise des managers sur la scène du travail permet aux collectifs de retrouver les moyens de réguler l'activité au quotidien et de trouver des issues favorables aux diverses épreuves du réel. Enfin, l'évolution organisationnelle et politique proposée par cette approche est susceptible, à notre sens, de constituer une démarche de prévention primaire dans la mesure où elle cherche directement à faire évoluer l'organisation et des facteurs primaires tels que la place des managers, de la discussion sur le travail réel, de l'ingéniosité des travailleurs ou encore l'articulation entre le stratégique et l'opérationnel. L'activité de chacun est replacée au cœur du système organisationnel et politique constitué par l'organisation, par opposition aux approches qui étudient si profondément une activité qu'elles nécessitent une centration sur une seule, déconnectée, du moins pour un temps, des autres.

Le succès d'une telle approche repose, nous l'avons vu, sur une évolution conséquente de l'activité managériale et de sa philosophie. Malheureusement, nombre de stratégies RH visent aujourd'hui à recruter des managers qui ne partagent pas le même métier que celui ou ceux de leurs équipes, et sont précisément choisis pour leurs compétences gestionnaires et non pour leurs compétences techniques. Dans un tel contexte, on peut donc légitimement s'interroger sur la capacité de cette approche à ramener ces managers sur la scène du travail dans la mesure où ; tout d'abord, ils n'y ont jamais été ; et où ensuite, ils ne disposent pas des connaissances métiers qui semblent nécessaires pour supporter le coût de la discussion sur le travail réel. En effet, comme le précisent les pères de ce modèle : « Ce travail de définition laisse entrevoir à quel point le bon déploiement des processus de discussion dans et sur le travail est à la fois *souhaitable et… rien moins qu'évident*, [entraînant] des coût*s cognitifs […] des coûts*

*politiques […] des coûts sociaux [*et] des coûts de responsabilisation » (Detchessahar, 2013 p63). De même, l'instabilité des managers apparaît comme un frein important. Un certain nombre d'entreprises nationales ou internationales disposent également d'une organisation dans laquelle les décisions stratégiques sont prises dans les sièges puis répercutées sur l'ensemble des sites locaux. Dans ce cadre, les marges de manœuvre des directeurs se trouvent considérablement réduites et seraient sans doute insuffisantes pour déployer ce type d'intervention dont l'efficacité réside dans l'articulation des espaces de discussion avec la dimension politique : or, comment parvenir à connecter les échanges jusqu'aux niveaux stratégiques où les règles sont définies, si celles-ci sont prises dans d'autres espaces et lieux ? Une telle limite implique-t-elle que ce modèle ne puisse s'envisager que dans les entreprises 'indépendantes' au sens politique ? Pour les SST, cette dynamique nécessiterait de repenser considérablement l'organisation de la santé au travail puisqu'à ce jour, chaque centre se voit attribuer des prérogatives par zone géographique (et non par groupe) et les centres ne travaillent que rarement de concert les uns avec les autres. Dans les PME et les TPE également, il semble que cette problématisation des RPS au travers du management et de la déconnexion entre les sphères stratégique et opérationnelle puisse se discuter. Ainsi, si cette déconnexion n'existe pas alors que des TPS se manifestent, comment ce modèle pourrait-il permettre d'agir ? Quid aussi des situations dans lesquelles le management intermédiaire est absent ? Enfin, si cette approche place en son cœur le processus de discussion sur le travail, il fait l'impasse sur les difficultés inhérentes à l'énigme du travail et à la révélation du métier et des pratiques incorporées telles que démontrées par la clinique de l'activité. De même, il laisse de côté l'ensemble des mécanismes de défense individuels et collectifs dont la psychodynamique du travail nous a montré qu'elles étaient à l'œuvre.

En conclusion, il nous semble possible de dire que cette approche propose finalement deux objets d'intervention différents, selon que l'on se place du point de vue des salariés et managers ou du point de vue des dirigeants supérieurs. Concernant les premiers, il semble en effet que l'on puisse parler d'un objet partiel à valence négative dans la mesure où les débats se centrent sur les dysfonctionnements repérés par le diagnostic et les mesures à élaborer pour les réduire. En revanche, en ce qui concerne les membres de la direction supérieure, l'objet d'intervention semble davantage être un objet global, c'est-à-dire la discussion sur le travail, et plus précisément l'expérience de la discussion et de la prise de décision aux niveaux locaux et intermédiaires. Les différentes étapes d'intervention montrent bien, en effet, que l'intervenant agit différemment envers eux et que son action vise à conduire un échange autour de cette

expérience de nouveaux espaces de discussion et de régulation. Dans le premier cas, il est donc possible de repérer un processus cognitif de type tertiaire, les acteurs étant amenés à réfléchir à partir de l'altération. Dans le second cas, le processus cognitif semble relever d'une logique primaire dans la mesure où les acteurs sont amenés à réfléchir à une nouvelle manière de médier et de réguler l'organisation du travail. Nous pourrions même rajouter qu'en ce qui concerne les managers, le travail de structuration des espaces de discussion qui leur est apporté, semble les amener à s'emparer du développement de leur activité managériale à partir d'un processus cognitif secondaire : ils réfléchissent sur les outils et techniques à utiliser lors de leurs réunions pour mener ce travail de régulation. Enfin, en ce qui concerne le niveau d'implication de ce modèle, il semble possible de le qualifier d'élevé. En effet, les salariés participent à l'ensemble du dispositif, que ce soit durant la phase de diagnostic ou durant l'implantation des espaces de discussion, directement ou indirectement par le processus que nous avons nommé de pollinisation. Il en est de même pour les managers. Les dirigeants eux-aussi, font l'objet d'une attention particulière et sont donc également impliqués. Pour finir, l'étude des types de coopération à l'œuvre nous a permis de remarquer qu'ils étaient, pour beaucoup, dans une position active de contribution.

Démarches d'ingénierie de discussion

Critères transversaux	
Origine des RPS	Polyphonie des outils de gestion - Absence des managers de la scène du travail Impossibilité de mettre en place les espaces de régulations entre travail prescrit et travail réel Mauvaise qualité de la dynamique communicationnelle autour du travail
Approche théorique	Théorie de la régulation sociale Théorie de la communication comme moyen de transformation personnelle et comme moyen politique
Objectifs	Implanter des espaces de discussion sur le travail au niveau local, meso et global Les connecter aux espaces de production de règles de l'organisation
Méthodologie	Implanter des espaces de régulation permettant de rapprocher les décisions du terrain, animés par des managers ramenés sur la scène du travail
Méthodes	Techniques relatives à la conduite d'un diagnostic classique RPS : observation, questionnaire, entretien, focus-groupe Chantier de désempêchement du management Implantation d'espaces de discussion sur le travail à tous les niveaux de l'organisation et structuration de ces espaces
Durée estimée	6 mois
Type de résultats attendus	Production de construits collectifs aux niveaux local, meso et global, et création d'espaces articulant ces niveaux et développement de l'innovation Modification de la logique de management supérieur, d'une logique descendante à une logique de subsidiarité Modification de l'activité managériale - Evolution de la qualité des contenus des réunions
Apports	Diagnostic réalisé comme étape préalable à l'intervention Intervention visant l'évolution organisationnelle via la dynamique communicationnelle et non un relevé des altérations Salariés impliqués dans le dispositif et placés en position d'acteurs - Modèle permettant de prendre soin des managers tout autant que des salariés Redonne aux collectifs de travail la possibilité de débattre et de réguler les épreuves du réel Vise des facteurs primaires - Replace l'activité au cœur du système organisationnel et politique de l'organisation
Limites	Comment ramener des managers qui ne sont pas du métier sur la scène du travail ? Comment leur permettre de supporter le coût de la discussion ? Comment agir lorsque les niveaux stratégiques et politiques se situent dans d'autres espaces ? L'action sur les niveaux stratégiques et politiques semble non adaptée à l'organisation actuelle des compétences des SST Comment agir lorsque les facteurs RPS ne sont pas en lien avec le management ou l'articulation entre stratégie et opérationnel ? Ne dit rien des difficultés à révéler le métier ni des mécanismes de défense individuels et collectifs

Tableau 15 : Synthèse du modèle-*cadre d'ingénierie de discussion*

Caractéristiques du dispositif

Niveau d'implication : élevé
Objet d'intervention : salariés + managers : partiel à valence négative – dirigeants supérieurs : global (discussion)
Processus cognitif de prévention : salariés + managers : tertiaire – managers : secondaire – dirigeants supérieurs : primaire

Méthodes	Décideurs			Pilotes			Collaborateurs			Sujets		
Etapes	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**
Cadrage de la démarche	Codir	Cadrer la démarche	Expert /demandeurs	Copil mixte service, fonction, niveau	Cadrer la démarche	Expert/ Participants						
Diagnostic										Ensemble des salariés (y compris managers)	Participer aux entretiens, remplir le questionnaire, présenter leurs activités, échanger	Analyste/ partici-pants
Restitutions	Codir	Débattre de l'implantation des espaces de discussion	Négocia-teurs	Copil	Prendre connaissance du diag. et des espaces créés pour discuter des solutions	Médiateur/ Co-élaborateurs	CHS-CT	S'appro-prier les résultats et les espaces de discussion	Expert-pédagogue / Acteurs-receveurs	Ensemble des salariés (y compris managers)	S'approprier les résultats et les espaces de discussion	Expert-pédagogue / Acteurs-receveurs
Espaces de discussion relatifs au plan d'actions	Certains membres du codir	Participer aux groupes du copil	Co-élaborateurs/ témoins	Sous-groupes de travail	Elaborer le plan d'actions	Médiateur/ Co-élaborateurs						
				Copil	Discuter des mesures et les enrichir							
Connexion des espaces de discussion	Codir	Séances de travail relatives au renverse-ment de logique	Médiateur/ Participants	Copil	Présenter le plan d'actions au codir puis le diffuser à leurs pairs	Médiateur / participants						
		Diffuser le plan d'actions										

Tableau 16 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-*cadre d'ingénierie de* discussion

2.2.9 Le modèle systémique

Le recours au paradigme systémique dans le domaine de la prévention des RPS prend appui sur les critiques adressées aux modèles d'intervention dominants reposant sur la réalisation d'un état des lieux exhaustifs des facteurs et conséquences des RPS (Bouffartigues, 2010). Centrés sur le diagnostic, ces derniers peinent entre autres à implanter des changements (Biron & al., 2010 ; Goldenhar & al., 2001) et se traduisent par des plans d'action visant majoritairement à aider les salariés à faire un meilleur usage de leurs propres ressources ou à les développer (Giga & al., 2003), engendrant alors de nouvelles pratiques proches de l'hygiénisme (Clot, 2010-b). Devant ces critiques, des travaux donnant davantage de place au caractère opérant des interventions ont été initiés, défendant ainsi l'idée d'une simplification des méthodologies et remettant donc en question la nécessité de tout comprendre avant d'agir (De Gaulejac, 2010 ; Favaro, 2004). C'est dans cette optique que les chercheurs ont fait appel au paradigme systémique, effectivement né dans les années 50's afin d'appréhender les problématiques humaines et sociales dont la complexité, l'évolution constante ou encore l'imprévisibilité ne pouvaient être saisis par un modèle d'analyse cartésien (Althaus et coll., 2013 ; Le Moigne, 2004). Issue de la cybernétique et de la Théorie Générale des Systèmes (TGS), l'approche systémique a développé des concepts permettant d'étudier des systèmes complexes techniques, mécaniques ou encore sociaux (pour un résumé, voir Althaus, 2013) tels que les feedback négatif et positif ou encore l'homéostasie. Son premier principe fondamental est celui de la circularité : à l'opposé du principe linéaire, il indique que les effets agissent sur les causes autant que les causes agissent sur les effets, ce qui implique d'une part que la recherche de l'origine d'un phénomène est obsolète et d'autre part que l'analyse pertinente est celle de l'appréhension du processus dans sa globalité. Le second principe est celui du téléologisme. Issu du pragmatisme, il prône la nécessité de penser le sens et l'objectif d'une démarche avant toute autre considération. Il s'oppose donc notamment à la démarche positiviste et causaliste qui conditionne l'explicitation d'une situation à une identification préalable de l'ensemble de ses déterminants. Dans ce prolongement, le principe du globalisme (Le Moigne, 2006) renvoie à la nécessité d'étudier un objet comme faisant partie d'un tout au sein d'un environnement et non pas comme une simple addition ou juxtaposition de composantes distinctes analysées profondément. Enfin, le principe d'agrégativité incite à opter pour une présentation simplifiée de la réalité en saisissant les éléments-clés, c'est-à-dire les éléments pertinents pour le sens de la démarche, plutôt que d'opter pour une présentation complète et détaillée de l'ensemble des

éléments. Au regard de ces principes, on comprend bien que le modèle systémique correspond à un véritable renversement de l'approche de l'intervention qui consiste à « ne pas rendre *l'action trop tributaire de la connaissance préalable et approfondie de la situation »* (Favaro, 2004, p. 98). A ce pragmatisme, il faut également ajouter un fondement constructiviste qui implique une posture de non-normativité, de non-pathologisation et de non-moralisation chez l'intervenant systémique, « chacun [se construisant] une représentation qui lui est propre en fonction de ses expériences et de ses intentions » (Althaus et coll., 2013, p132).

Tout comme nombre d'autres modèles déjà abordés dans nos travaux, l'approche systémique conçoit la santé comme un processus évoluant tout au long de la vie et non pas comme la résultante de déterminants qui lui sont favorables ou défavorables. Cependant, elle présente la particularité d'y ajouter le principe de l'homéostasie : dans cette approche, la santé résulte d'une capacité à conserver un certain équilibre afin de limiter les perturbations et de protéger les ressources (Duterme, 2002). La santé y est donc comprise comme un processus continu d'adaptation prenant la forme d'un ensemble d'autorégulations. Cette vision trouve ses fondements dans les théories du vivant qui ont mis en avant les phénomènes d'autorégulation et de régénération (second mouvement de la cybernétique) mais aussi dans les théories du changement : imprévisible puisque constitué de multiples adaptations à l'environnement, le changement ne peut qu'aboutir à des adaptations minimes s'il se base sur une boucle simple. Dans une organisation, le changement des règles et d'organisation nécessitent donc un processus reposant sur une double boucle (Macintosh & Maclean, 1999) : après l'introduction au sein du système organisationnel, de perturbations dont la nature nécessite la production de nouvelles règles, l'intervenant crée un ensemble de feedback positifs destinés à soutenir l'organisation dans cette phase d'instabilité propice aux résistances. Afin de retrouver une nouvelle homéostasie, il introduit ensuite des feedback négatifs pour permettre le retour à des régulations naturelles. Cette approche appréhende donc les RPS comme la conséquence d'un système qui ne permet plus à l'organisation et aux salariés de maintenir cet équilibre sain entre perturbations (obligatoires dans cette approche émergente du changement) et conservation des ressources, entrainant alors une incapacité à s'adapter à l'environnement en produisant de nouvelles règles. L'objectif du dispositif sera donc d'aboutir à un changement (en double boucle) permettant au système de retrouver son équilibre. En ce sens, l'expertise de l'intervenant ne porte nullement sur un contenu technique, quel qu'il soit, mais sur le processus de changement dont il crée les conditions et conduit l'évolution.

Les méthodes utilisées dans cette approche sont remarquables sur une autre caractéristique ; à savoir leur centration sur les seuls discours et points de vue des acteurs de la situation de travail. Aucune observation ou analyse directe de l'activité n'est réalisée puisque, en référence aux principes constructiviste et d'agrégativité, ce sont les points de vue des salariés sur les problèmes et les solutions à envisager qui sont centraux pour parvenir à une représentation globale de la situation et pour engendrer le processus de changement. En effet, le principe de non-normativité implique la reconnaissance de différents points de vue sur une même situation et la rend même nécessaire au processus de changement : « Différentes versions de la réalité coexistent *et en aucun cas l'une ne peut être considérée comme pl*us « vraie » ou plus «légitime» *qu'une autre* » (Althaus et coll., 2013, p137). Ce faisant, les acteurs, ici nommés clients, sont totalement autonomes et donc responsables de ce qu'ils investissent dans la démarche et des changements qu'ils décideront, ou non, de valider. Ainsi, en référence aux théories de l'école de Palo Alto, les objectifs appartiennent au client mais le cadre du processus est aux mains de l'intervenant. Sa phase de diagnostic aura pour objectif, non pas de réaliser un diagnostic mais d'aboutir à une représentation socialement partagée de la situation (Wittezaele et Garcia, 2006) en amenant les acteurs à l'envisager d'une façon inédite et ainsi à imaginer des leviers d'action innovants (Benoit et Perez-Benoit, 2006). Pour ce faire, l'intervenant a recours à des techniques spécifiques à l'approche systémique notamment développées dans le cadre des thérapies brèves telles que l'outil de questionnement circulaire (Königswieser & Hillebrand, 2005) ou encore les rich pictures (Checkland, 2000). La première aura pour objectif d'amener les acteurs en entretien individuel ou collectif, à réfléchir à une problématique d'une nouvelle façon, par exemple en s'interrogeant sur la manière dont un autre acteur pourrait se positionner ou encore en réfléchissant à ce qui pourrait aggraver la situation. La seconde vise particulièrement à mettre en avant les interactions ou régulations à l'œuvre entre les divers acteurs d'une même situation.

Le processus d'intervention systémique débute généralement par une phase dite de délimitation de la démarche. Elle repose sur trois grands temps dont le premier est celui de la constitution d'un système-client, c'est-à-dire d'un groupe dont les membres sont identifiés comme des acteurs-clés pour le changement : les initiateurs de la commande, ceux dont la position ou la fonction est en lien avec celle-ci. Dans le cas d'une intervention de prévention, il s'agit par exemple des dirigeants supérieurs, des membres du CHSCT ou du service de santé ou encore des représentants du personnel. Ce copil, somme toute classique à notre champ, est mis au travail afin de définir lui-même les objectifs qu'il entend obtenir : la responsabilité du choix des objectifs est ici, entièrement donnée. Enfin, le travail du groupe se poursuit par la

délimitation du périmètre d'action : nombre de services investis, composition, etc. Etant donnés les principes d'action précédemment décrits, il nous semble possible de retenir que la coopération à l'œuvre prend ici la forme d'interactions entre un intervenant animateur et des acteurs co-participants à la construction de la démarche. Une fois ce travail réalisé, la démarche est contractualisée.

La seconde étape est celle de la perturbation du système : afin de répondre aux objectifs clairement définis lors de la phase précédente, l'intervenant conduit des entretiens collectifs ou individuels auprès de salariés identifiés par le copil système-client. Sans entrer dans le détail des techniques spécifiques à l'approche systémique, nous pouvons retenir un séquençage des entretiens en trois sous-étapes (Althaus et coll., 2013) : une étape de décentration visant à amener le/les salarié(s) à envisager la problématique sous un autre angle, une étape orientant les réflexions vers la recherche de solutions et enfin une étape visant à rendre conscient les changements survenant dans le temps. En accord avec la posture systémique, les salariés participant sont nécessairement des salariés volontaires sans prise en compte d'une quelconque représentativité. Ces entretiens ont pour objectif d'aboutir à des propositions innovantes, propositions qui n'auraient pas émergé sans les techniques spécifiques utilisées. Ces pistes sont autant de régulations potentielles, pour le dire dans des termes systémiques. Le terme de « récolte » utilisée pour qualifier cette phase (Althaus et coll., ibid, p140) fait écho à la posture de non-normativité mais nous donne aussi des indications sur le type de coopération à l'œuvre. En effet, il semble possible de qualifier les interactions comme relevant d'échanges entre un guide (l'intervenant ne 'faisant que guider' les salariés dans leurs réflexions via ses techniques) et des participants (en cas d'entretiens individuels) ou des co-participants (en cas d'entretiens collectifs).

La troisième étape est celle des restitutions. Après un rapport écrit reprenant 'simplement' les problématiques citées par les salariés combinées aux propositions de résolution formulées, des restitutions orales sont organisées par l'intervenant auprès des services ciblés par le diagnostic. Il s'agit de véritables discussions collectives destinées à dynamiser à nouveau le processus de changement : salariés et managers débattent dans ce cadre des propositions de changement à expérimenter lors de l'étape suivante. Il s'agit donc d'une nouvelle étape de production de régulations, obtenues par confrontation des vérités de chacun (Checkland, 2000) : « des idées innovantes et non routinières ne peuvent émerger que da*ns l'interaction entre les membres de l'organisation, a fortiori lorsque ceux*-ci ont été au préalable impliqués dans une recherche

active de solutions et confrontés à de nouvelles perspectives » (Althaus et coll., ibid, p140). Ainsi, les régulations proposées sont débattues et envisagées en tant que nouvelles règles d'organisation. En ce sens, il semble possible de dire que la coopération à l'œuvre dans cette phase de restitution orale, se caractérise par une co-construction des changements entre acteurs internes, l'intervenant étant alors présent en tant que simple animateur de ces échanges. De même, la restitution du rapport écrit est orientée pour répondre à la commande passée par le copil système-client et ne comprend aucune analyse propre à l'intervenant : comme nous l'avons évoqué, sa contribution ne porte sur aucun produit technique mais sur l'accompagnement du processus de changement. Ici, il semble donc possible de parler d'une coopération entre un rapporteur et un client.

La quatrième étape est celle de l'expérimentation des changements. Après leur lecture du rapport écrit, les membres du copil système-client discutent et priorisent les propositions. Bien que responsable de la mise en œuvre des changements, le copil est soutenu par l'intervenant qui formule des conseils consistant en des feedback positifs : par exemple, réduire le nombre de projets et en engager rapidement certains afin de montrer qu'il est possible d'aboutir à des transformations.

La cinquième et dernière étape est celle de l'évaluation de la démarche. Elle vise particulièrement à entretenir la dynamique instaurée en programmant des points d'étapes destinés à renforcer l'appropriation des nouvelles règles d'organisation. Ces réunions de suivi ont lieu régulièrement après les phases d'intervention précédentes, lesquelles sont estimées à une durée de trois mois. La coopération à l'œuvre dans ces 4ème et 5ème étapes semble ainsi relever d'interactions entre un guide (l'intervenant guidant le processus de changement) et des co-pilotes de ce changement (le copil étant en charge de sa mise en œuvre).

Le modèle d'intervention systémique s'oppose en plusieurs points aux modèles précédemment décrits. Tout d'abord, il refuse la large place accordée généralement à la compréhension et à l'explicitation de la situation et se centre sur le processus de changement à implanter. Ce faisant, il évite la cristallisation des débats autour de dysfonctionnements mis en exergue par l'intervenant pour se concentrer sur les leviers de transformation et permettre leurs mises en œuvre. En ce sens, si nous acceptons que les attentes premières des acteurs sollicitant une intervention correspondent à une transformation de la situation et à une résolution des dysfonctionnements (et non à une explication complète des phénomènes à l'œuvre), il nous

semble possible de dire que la démarche systémique est très (plus ?) proche des attentes de l'entreprise. De même, la proscription de la posture d'expert présente le grand intérêt de (re)positionner les acteurs internes comme compétents dans leur propre situation mais aussi de les rendre effectivement responsables des changements à conduire. L'orientation pragmatique de l'approche lui confère également une grande simplicité, visible tant par la faible durée de la démarche qu'au travers du peu d'étapes (le tableau-résumé est particulièrement révélateur). Là où nombre de modèles d'intervention se caractérisent par leur complexité, leur besoin en temps ou encore leurs coûts cognitifs ou relationnels, l'approche systémique permet un passage rapide à l'action. De même, elle permet un soutien réel aux acteurs lors de la phase de transformation en comparaison d'autres modèles qui stoppent leurs actions dès lors que des pistes de changement ont été émises ; comme si le plus complexe n'était pas, justement, de transformer plutôt que de préconiser des transformations. Enfin, concernant particulièrement la pratique dans les SST, il nous semble que cette approche présente des intérêts évidents notamment dans le cadre des petites entreprises : ces dernières disposent généralement de très peu de temps ou de ressources humaines à investir dans des démarches de prévention, se caractérisent par une culture orientée solution et pragmatisme et comptent trop peu de salariés pour envisager un recours à des questionnaires ou même à des groupes de travail entre pairs. Cette adaptation aux contextes des TPE n'est pas un de ses moindres intérêts puisque, nous le rappelons, elles représentent plus de 99,50% des entreprises françaises (Torres, 2016).

Plusieurs critiques peuvent toutefois être adressées à ce modèle, dont la première nous semble résider dans l'organisation de la démarche autour du système-client, seul en charge de la définition des objectifs à atteindre. Il nous apparaît en effet possible, voire probable, que les objectifs des uns ne soient pas partagés par les autres, qu'il s'agisse des salariés ou encore des managers de proximité. Cette divergence ne constituerait pas en elle-même une limite si l'approche permettait, à un moment ou à un autre du processus, sa mise en débat. Or, cela ne semble pas être le cas puisque les étapes de discussions sont uniquement centrées sur les solutions à envisager. Le risque est alors que les changements soient fortement dépendants des objectifs prédéfinis, ce qui pourrait être préjudiciable à l'amélioration de la santé des salariés puisque court-circuitant finalement le débat interne au sens de dispute professionnelle (Clot, 2014). Par exemple, si le système-client définit comme objectif de travail l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, l'organisation d'espaces de travail plus confortables ou encore l'instauration d'activités de détente pour 'ressourcer' les salariés, on peut se demander en quoi ce type de démarche pourrait permettre d'amener le système-client sur d'autres facteurs de RPS

pourtant identifiés par l'intervenant ou amenés par les salariés ? Ces démarches ne risquent-elles pas d'agir sur les seules questions acceptables pour l'entreprise, sans permettre la mise au travail des objets plus difficiles à travailler mais pourtant nécessaires à l'amélioration de la santé ? Pire même, des entreprises ne pourraient-elles pas instrumentaliser l'intervention en mettant en avant sa réalisation pour signifier son engagement dans la prévention des RPS, alors même que des problématiques se manifesteraient toujours ? Enfin, d'un point de vue plus théorique, nous souhaiterions également souligner la limite d'une approche de la santé définie comme un processus continu d'adaptation. Il nous semble en effet que les travaux de Canguilhem notamment, renvoient plutôt à la santé comme une capacité à créer le milieu et non pas simplement à s'y adapter. De même, la posture phénoménologique nous semble faire l'impasse de la problématique liée à l'énigme du travail : puisque ce que les salariés sont en mesure de dire de ce qu'ils font, est différent de ce qu'ils font réellement, il semble difficile d'atteindre le travail réel par le seul biais de la parole directe sur le travail. Les travaux de la clinique de l'activité mais aussi de l'ergonomie ont en effet démontré qu'il était nécessaire d'avoir recours à des méthodes particulières pour permettre aux travailleurs de prendre conscience de l'ensemble des compétences et des enjeux mobilisés dans la pratique. Une approche systémique ne risque-t-elle donc pas d'effleurer la pratique professionnelle et ainsi d'aboutir à des solutions ne correspondant pas au travail réel et aux pratiques du métier ?

Concernant notre intérêt pour les trois dimensions théorisant le passage de la connaissance à l'action, nous pouvons caractériser le modèle d'intervention systémique comme étant centré sur un objet partiel à valence positive : l'ensemble de la démarche se centre en effet sur la recherche de solutions innovantes et de nouvelles régulations possibles afin de permettre le rétablissement de l'homéostasie du système. Les objets à valence négative sont d'ailleurs considérés comme des indicateurs de routines organisationnelles ne permettant pas d'aboutir à de nouvelles règles d'adaptation. Ces dimensions ne sont pas analysées en tant que telles mais sont plutôt 'détournées' pour amener à la production de solutions innovantes. Les réflexions des acteurs sont donc orientées vers des adaptations qui sont à penser pour répondre aux perturbations rencontrées : le processus cognitif implanté relève donc d'un niveau secondaire puisque les acteurs ne sont pas mobilisés sur les facteurs premiers de perturbations (de RPS dans notre langage) mais sur les ressources mobilisables pour s'y adapter. Ce processus nous semble d'ailleurs renforcé par la non-implication technique de l'intervenant dans l'analyse des situations de travail. Enfin, concernant le niveau d'implication, il nous semble possible de le qualifier d'élevé du fait de la forte transversalité des acteurs impliqués (copil mixte du système-

client à plusieurs étapes, salariés volontaires lors des entretiens puis salariés et managers dans l'étape de discussion).

Démarches systémiques

Critères transversaux	
Origine des RPS	Rupture de l'équilibre entre conservation des ressources et perturbations Blocage des capacités d'adaptation des salariés et des organisations permettant la production de nouvelles règles de fonctionnement
Approche théorique	Paradigme systémique (cybernétique et théorie générale des systèmes – théorie du vivant – approche émergente du changement) Ecole de Palo Alto - Approche constructiviste
Objectifs	Aboutir à des changements permettant au système de retrouver son équilibre naturel
Méthodologie	Implantation d'une dynamique de changement et suivi de son processus Recherche d'une représentation socialement construite de la situation
Méthodes	Mise en débat des aspects des situations de travail par les salariés Utilisation de techniques spécifiques à l'approche systémique mettant l'accent sur les régulations à l'œuvre ou encore amenant les acteurs à réfléchir autrement à une problématique (rich pictures ou questionnement circulaire par exemple)
Durée estimée	3 mois
Type de résultats attendus	Emergence de solutions inédites Implantation des changements Transformation du système lui permettant de retrouver une capacité à se réguler
Apports	Se centre sur le processus de changement - Evite la cristallisation sur les dysfonctionnements pour se concentrer sur les leviers de transformation Action proche du besoin manifeste des entreprises Pense les salariés compétents pour faire évoluer leur milieu Repositionne les acteurs comme responsables des changements Simplicité – pragmatisme - Soutien aux acteurs lors de la phase de transformation Particulièrement adapté aux contextes des TPE
Limites	Ne permet pas la mise en débat des objectifs des interventions Risque de permettre le travail sur les seuls objectifs acceptables par l'entreprise et non la mise au travail des objets nécessaires à l'amélioration de la santé Conçoit la santé comme un processus d'adaptation Posture phénoménologique faisant l'impasse sur l'énigme du travail et l'incorporation des compétences et des règles de métier

Tableau 17 : Synthèse du modèle-cadre systémique

Caractéristiques du dispositif

Niveau d'implication : élevé

Objet d'intervention : partiel à valence positive

Processus cognitif de prévention : secondaire

Méthodes	Décideurs			Pilotes			Collaborateurs			Sujets		
Etapes	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**
Délimitation de la démarche	Dirigeants supérieurs	Contractualiser la démarche	Consultant/ Client	Copil système-client : dirigeants supérieurs + acteurs en lien avec l'intervention	Définir les objectifs, en délimiter le périmètre	Animateur / Co-participants						
Perturbation Décentration / Orientation solution / Différence temporelle										Salariés volontaires	Proposer des solutions (des régulations)	Guide/ Coparticipants
Restitutions				Copil système-client	Prendre connaissance du rapport	Rapporteur / Client				Services concernés : salariés + managers	Discussion collective autour des changements à expérimenter	Animateur/ Coparticipants
Expérimentation				Copil système-client	Valider les changements proposés et les prioriser	Guide / Copilotes						
Evaluation				Copil système-client	Suivi de l'évolution des changements	Guide / Copilotes						

Tableau 18 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre systémique

2.2.10 Le modèle institutionnel

Le modèle institutionnel est issu de la sociopsychanalyse (Mendel, 1992) dont l'objet est l'étude de la personnalité psychosociale par différenciation de la personnalité psychofamiliale décrite par la psychanalyse. Il s'agit de comprendre « les effets du monde social sur la psyché individuelle » (Prades, 2012). Son objectif est fondamentalement celui de l'épanouissement de l'être humain puisqu'elle vise le développement du pouvoir des individus sur leurs actes ; le contrôle de l'acte et de ses effets constituant un processus essentiel dans la construction de l'identité : « *Uniques points d'interactivité vrais avec le monde, nos actes agira*ient, en effet, *sur nous psychologiquement, au point qu'ils contribueraient à fabriquer, selon Mendel, « la* part la plus dynamique et la plus créative de notre personnalité (Amado, 2007) » » (Prades, ibid, p240). On comprend donc que la santé est ici pensée en référence aux travaux de Canguilhem, et plus précisément en référence aux théories de Winnicott et du registre du trouvé-créé (Winnicott, 1971). En ce sens, la dégradation de la santé résulte d'une amputation du pouvoir de l'individu sur l'acte, laquelle engendre désintérêt, souffrance puis atteinte de la personnalité. A l'inverse, le développement du pouvoir sur l'acte ouvre la voie au plaisir, à la créativité et au développement de soi. L'objectif de l'intervention sociopsychanalytique est donc de permettre le mouvement d'appropriation de l'acte neutralisé par les dynamiques relationnelles, organisationnelles et institutionnelles à l'œuvre dans l'entreprise. Il s'agit de modifier l'organisation du travail de sorte qu'elle (ré)instaure des liaisons avec l'appropriation de l'acte. Pour ce faire, la méthodologie utilisée est celle du Dispositif Institutionnel Mendel (DIM, Rueff-Escoubès, 2008). Il s'agit d'ajouter aux canaux hiérarchiques et syndicaux, un troisième canal permettant à chacun d'appréhender les différents points de vue sur le travail au sein de l'ensemble de l'organisation. Par là, l'intervenant cherche à introduire un nouveau rapport au réel : « reconnaître, un à un, dans la réalité du travail quotidien, les problèmes tels *qu'ils étaient, et* proposer *qu'ils puissent être pensés collectivement* » (Prades, ibid, p240-241), ce nouveau rapport ouvrant la voie aux possibles transformations. Ce canal, destiné à rééquilibrer les forces habituellement à l'œuvre dans les entreprises (c'est-à-dire descendantes), est certes implanté par l'intervenant mais n'en est pas moins destiné à perdurer au-delà de sa présence en s'intégrant dans les pratiques habituelles de l'entreprise.

L'intervention sociopsychanalytique débute par une analyse de la demande formulée par l'entreprise et l'adéquation entre son contexte et le cadre proposé par le DIM. Par exemple, les

trop petites structures sont écartées, tout comme les structures trop importantes pour lesquelles il peut toutefois être proposé de débuter par une entité particulière. Par ailleurs, les fondements méthodologiques ; qui préexistent à toute demande ; sont présentés. Ils ne pourront être remis en question puisqu'ils constituent des invariants : constitution de groupes homogènes de métier fonctionnant selon des principes spécifiques, relations indirectes entre ces groupes par l'intermédiaire d'écrits et enfin échanges strictement centrés sur le travail. Pour adapter ces principes au contexte de l'entreprise, un travail préparatoire est nécessaire afin de repérer le nombre de groupes homogènes ainsi que leurs interactions : aux groupe-métier de base, s'ajoutent les groupes constitués de managers d'un même niveau (petite hiérarchie et moyenne hiérarchie). Entre ces groupes représentés sous la forme d'un nouvel organigramme, sont dessinées des flèches indiquant aux décideurs le sens de circulation des comptes rendus entre les groupes. Enfin, un copil est créé, seul groupe hétérogène du dispositif. Notons également que certaines interventions incluent un groupe d'usagers (des résidents dans les maisons de retraite, des usagers dans les services publics, etc). L'ensemble de ce travail préparatoire est finalement repris dans un document formel présentant la méthodologie d'intervention au(x) décideur(s) ainsi qu'au(x) demandeur(s). A ce stade, il semble donc possible de parler d'une coopération basée sur des interactions entre un expert et des demandeurs. Ces derniers peuvent être à l'origine de la commande sans être les décideurs. Dans ce cas, le type de coopération à l'œuvre relèvera davantage d'interactions entre un expert et des collaborateurs (au sens où ils transmettent les informations nécessaires à l'expert). Les décideurs ou dirigeants supérieurs de l'entreprise auront alors un simple rôle de validation de la démarche proposée par l'intervenant-expert avec l'aide des collaborateurs.

Une étape de formation suit cette phase préparatoire. Il s'agit de former l'ensemble des groupes homogènes aux règles de fonctionnement de ces espaces : « désigner un régulateur et un secrétaire (fonctions tournantes à chaque cycle), inscrire la date, le nombre de participants, le *nom professionnel du groupe. Puis établir en commun l'ordre du jour (sans dépasser si possible 3 sujets de fond, les sujets d'informa*tion pouvant être plus nombreux), permettre la prise de parole par tous les présents (rôle du régulateur), faire un point de synthèse à la fin de chaque *sujet traité, point qu'écrit le secrétaire. Lecture enfin de l'ensemble des petites synthèses qui* constituent le compte-*rendu final, en notant les proportions d'accords et de désaccords, de façon non nominative (« unanimité, certains pensent que, d'autres que, une personne n'est pas*

d'accord », etc), en respectant la règle de l'anonymat individuel » (Rueff-Escoubès, ibid, p76-77).

La troisième étape est celle du travail intra-groupe : chaque groupe homogène se met au travail durant une séance d'environ 2 heures à partir des règles précédemment décrites. En fin de réunion, un compte rendu est rédigé et validé à l'unanimité puis transmis à un coordinateur préalablement désigné. Acteur de l'entreprise, il n'est pas un responsable hiérarchique mais occupe un rôle fonctionnel. Il peut s'agir par exemple, d'un psychologue, d'un formateur ou sans doute, d'un membre du SST interne ou du service RH. Son rôle est essentiel à la dynamique du dispositif puisqu'il est en charge de la circulation des comptes rendus entre les groupes, de la transmission des réponses formulées aux groupes, des programmations des réunions et de leur organisation (réservation de salle, etc). Il est soutenu dans sa fonction par l'intervenant durant les premiers temps, tant et si bien que nous pouvons qualifier la coopération à l'œuvre entre eux, d'interactions entre un guide et un apprenant. Les comptes rendus de chaque groupe sont obligatoirement transmis au copil composé des acteurs hiérarchiques (direction + responsables des services). Il peut aussi être remis à un autre groupe homogène si la communication écrite lui est adressée. Un cycle se clôture lorsque le copil (ainsi que le ou les groupe(s) homogène(s) éventuellement a répondu aux points évoqués dans le compte rendu, par l'intermédiaire d'un nouveau compte rendu écrit. La communication inter-groupes implantée par le dispositif est donc indirecte et toujours médiatisée par l'écrit. Il s'agit en effet d'obliger au recul et à l'objectivation inhérente au passage à l'écrit mais aussi d'éviter l'individualisation des interactions : ce sont les groupes qui s'adressent les uns aux autres. Leurs réponses aux comptes rendus qui leur sont adressés sont obligatoires : c'est par ce biais que les salariés peuvent vérifier que leur expression est assortie d'un pouvoir, pouvoir résidant tout d'abord dans la modification des réalités des uns et des autres sur le travail puis ensuite dans les transformations qui seront initiées à partir de ces échanges institutionnalisés. Concrètement, le copil se réunit systématiquement après l'ensemble des groupes homogènes et après avoir reçu l'ensemble de leurs comptes rendus. Leur travail consiste en une lecture de chacun d'entre eux puis à l'élaboration d'une réponse collective, réponse ne devant pas intervenir plus de 3 semaines après l'envoi des rapports.

Durant deux à trois cycles, la participation de l'ensemble des salariés aux groupes est rendue obligatoire. Il s'agit de permettre à tous d'expérimenter ces espaces pour ensuite être en mesure

de choisir de maintenir, ou non, leur participation. Ainsi, à partir du 3ème ou 4ème cycle, les groupes homogènes sont composés des salariés et managers volontaires. Durant l'ensemble de ce processus, la posture de l'intervenant est telle que « après la période de formation à cet outil (environ trois à cinq cycles), le groupe intervenant *se retire progressivement de l'institution,* alternant des cycles avec et des cycles sans leur présence » (Rueff-Escoubès, ibid, p79). Après son départ, une supervision, par mail ou par présence très espacée, reste toutefois nécessaire. Au regard de ces éléments, il semble donc possible de caractériser la coopération entre l'intervenant et les groupes homogènes et le copil, comme des interactions entre un enseignant-superviseur et des co-élaborateurs (les groupes co-élaborent en effet 'seuls' leurs réflexions sur le travail et les retours qui leur sont faits, avec le soutien de l'intervenant). Le rôle d'enseignant a alors à voir avec la formation des acteurs au dispositif tandis que le rôle de superviseur renvoie davantage à sa posture clinique (soutenir les avancées des groupes, repérables au travers des phénomènes d'appropriation des actes, accompagner les moments de recul visible au travers des découragements, de vécus à tonalité dépressive ou encore de mouvements agressifs). Les cycles se poursuivent ainsi dans le temps et ne sont donc pas pensés pour être stoppés. Finalement, après la période de cadrage de l'intervention, chaque groupe homogène se réunissant entre une et deux fois par trimestre, les deux à trois premiers cycles obligatoires puis les quatre à cinq cycles en présence directe de l'intervenant s'étalent sur plusieurs années. D'ailleurs, les articles dans lesquels ce modèle est présenté, évoquent des interventions d'une dizaine d'années.

Parmi les atouts de ce modèle-cadre d'intervention, nous pouvons tout d'abord relever son objectif direct de modification de l'organisation du travail au travers de l'implantation d'un 3ème canal de communication. La centration du dispositif ne porte pas sur la santé, des dysfonctionnements ni même sur l'analyse du travail mais sur la modification des rapports sociaux afin de permettre l'évolution de l'organisation. De plus, la méthodologie est conçue pour implanter cette évolution dans le temps, au-delà de la démarche et de la présence de l'intervenant. Cet objectif impose, dès le début de l'intervention, un travail que nous pourrions qualifier de 'sélection' de l'entreprise au regard des principes théorico-méthodologiques. Une telle posture nous semble remarquable dans la mesure où peu de modèles spécifient le type d'entreprise auquel ils se destinent. La plupart du temps, « seul » le respect du cadre déontologique et méthodologique est rappelé. Ici, les petites entreprises sont exclues, de même que les grosses sauf si elles peuvent se 'diviser'. Cette forme d'adaptation du modèle au

contexte est, de notre point de vue, suffisamment rare pour être soulignée. Par ailleurs, nous avons vu que la posture de l'intervenant avait beaucoup à voir avec l'accompagnement des acteurs internes : la plupart des étapes nous ont permis de qualifier son attitude comme étant celle d'un guide. La formation des groupes homogènes aux règles d'animation et de fonctionnement des réunions est ainsi très intéressante car elle développe les compétences des acteurs tout en leur transmettant une manière de débattre du travail. Peu de modèles, nous semble-t-il, portent cette attention à l'autonomisation des acteurs en allant aussi loin dans la transmission des compétences techniques. Il s'agit ici de les équiper pour développer à l'intérieur même des groupes homogènes, leur pouvoir sur l'acte. Cette posture guidante et supervisante pourrions-nous dire, se retrouve tout au long du dispositif : dans le soutien apporté au rapporteur, dans l'espacement de la présence de l'intervenant ou encore dans la supervision à distance après son départ.

Une des limites de ce modèle pourrait résider dans la 'rigidité' du cadre méthodologique. En effet, celui-ci préexiste à toute demande, ce qui signifie que le modèle est pensé pour des entreprises dont la maturité est suffisante pour accepter, d'emblée, cette manière de procéder. Quid alors, de toutes les autres ? Pour autant, nous pouvons souligner que cette imposition est sans doute 'accompagnée' par l'ensemble du travail préparatoire réalisé par l'intervenant : l'identification des groupes homogènes, le fléchage des circuits de communication ou encore la représentation de l'organigramme structurant la démarche, nous semblent autant d'étapes permettant à l'intervenant d'accompagner la réflexion des acteurs. D'ailleurs, nous avons vu que la proposition formelle intervenait seulement après ces premières phases. Il n'est donc pas demandé aux acteurs internes d'accepter sans questionner, ni sans se questionner. La communication obligatoirement indirecte entre les groupes, même si elle répond à des objectifs précis, nous semble également représenter une limite, ou tout du moins, un frein : à l'heure de l'intensification du travail, de l'augmentation du nombre de réunions dans les agendas mais aussi des envois massifs des mails, l'organisation de réunions et surtout l'échange obligatoire par écrit risquent de peiner à s'implanter. Par ailleurs, beaucoup de choses se disent, se ressentent, s'expliquent, se montrent ou s'esquissent même mais ne s'écrivent pas. Nous pouvons nous demander comment ce modèle traite de ces morceaux de débat sur le travail ? Il y a peut-être ici, l'une des causes de la limite qui nous apparaît la plus forte : sa durée. Plusieurs années d'intervention, suivies d'autant de supervisions à distance, n'indiquent-elles pas une difficulté du modèle à faire évoluer des questions fondamentales ; ce que l'on pourrait déduire

de citations telles que : « une supervision à distance reste nécessaire *[...]*, tant ce *fonctionnement d'expression et de communication collective et indirecte est différent, voire à* contre-courant, des fonctionnements managériaux actuels, et parce que les dérives méthodologiques sont faciles » (Rueff-Escoubès, ibid, p79). Si tel est le cas, comment penser la généralisation de ce modèle à un grand nombre d'entreprises ? Rappelons pour exemple que le SSTI qui nous emploie, a la charge d'environ 13 000 entreprises et quelques 120 000 salariés.

Pour conclure sur ce modèle, revenons désormais aux trois dimensions qui nous intéressent particulièrement. Si l'objectif du dispositif concerne, nous l'avons vu, la modification de l'organisation du travail, il nous semble possible de dire que l'objet d'intervention réside davantage dans les manières de travailler ensemble : au-travers de l'implantation du 3ème canal de communication ou encore de la formation des groupes à la méthode d'animation des réunions, les acteurs internes sont directement amenés à réfléchir à la manière dont ils travaillent ensemble. La modification de l'organisation serait davantage l'une des conséquences de cette manière de procéder, les acteurs n'étant effectivement pas mis directement au travail sur l'évolution de l'organisation. Cet objet d'intervention est par nature, global, dans la mesure où il ne se centre ni sur des altérations (de santé ou du travail) et ne vise pas non plus une thématique particulière : tout peut se discuter dans les groupes où d'ailleurs, la découverte de l'ensemble des points de vue sur le travail (aussi bien négatifs que positifs donc) tient une place importante. Par ailleurs, le niveau d'implication du dispositif apparaît élevé : les groupes recouvrent toutes les catégories de personnel, des salariés aux managers de tous niveaux. De même, le copil, dans lequel sont présents les décideurs, est mobilisé tout au long de la démarche, et pas seulement à son début et à sa fin. L'ensemble de ces éléments nous semble refléter l'implantation d'un processus cognitif de type primaire auprès des acteurs : en les obligeant à discuter des questions du travail, c'est bien une pensée primaire qui est développée. Ce processus cognitif nous semble soutenu par l'obligation de réponses du copil et surtout l'obligation de réponse écrite : l'écrit engage davantage que l'oral, ce qui 'oblige' sans doute ces acteurs décideurs à penser sérieusement et réellement (au sens de penser l'implantation dans le réel) l'évolution de l'organisation et des situations de travail.

Modèle institutionnel

Critères transversaux	
Origine des RPS	Amputation du pouvoir sur l'acte
Approche théorique	Sociopsychanalyse
Objectifs	Permettre le mouvement d'appropriation de l'acte neutralisé par les dynamiques relationnelles, organisationnelles et institutionnelles à l'œuvre
Méthodologie	Créer un 3ème canal en supplément des canaux hiérarchiques et syndicaux, permettant d'appréhender l'ensemble des points de vue sur le travail et d'aboutir à des possibilités de transformation au travers de la capacité collective d'élaboration
Méthodes	Travail intra-groupe de groupes homogènes de métiers puis communication indirecte et médiatisée par comptes rendus inter-groupes
Durée estimée	10 années
Type de résultats attendus	Modification de l'organisation du travail par la formulation de solutions innovantes et des dynamiques implantées par les échanges intergroupes Implantation d'un 3ème canal permettant l'appropriation du pouvoir sur l'acte
Apports	Vise la modification directe de l'organisation du travail Cherche à implanter une évolution dans le temps, au-delà de la présence de l'intervenant Pense l'adaptation entre le modèle et le type d'entreprise Adopte une posture guidante et supervisante tout au long du processus et permet l'autonomisation des acteurs internes
Limites	Rigidité du cadre méthodologique Ne dit rien des entreprises dont les acteurs ne sont pas suffisamment matures pour accepter le cadre méthodologique Durée très importante Pose la question de sa généralisation à un grand nombre d'entreprises

Tableau 19 : Synthèse du modèle-cadre institutionnel

Caractéristiques du dispositif

Niveau d'implication : élevé

Objet d'intervention : global (manières de travailler ensemble)

Processus cognitif de prévention : primaire

Méthodes	Décideurs			Pilotes			Collaborateurs			Sujets		
Etapes	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**
Cadrage de la démarche	Dirigeant supérieur	Valider les principes méthodologiques	Expert/ Demandeurs				Acteurs à l'origine de la commande	Donner les info nécessaires au travail préparatoire	Expert/ Collaborateurs			
Formation des groupes homogènes										Ensemble des groupes homogènes (salariés-métier + managers par niveau)	Apprendre les règles de fonctionnement des groupes	Enseignant / apprenants
Cycles obligatoires	Copil : dirigeant supérieur + chefs de service	Répondre aux CR des groupes-homogènes	Enseignant-superviseur / Co-élaborateurs	Coordinateur (acteur interne avec position fonctionnelle)	Transmettre les CR, organiser les séances	Enseignant-superviseur/ Apprenant	1 régulateur par groupe (tournant) 1 secrétaire par groupe (tournant)	Réguler la discussion Rédiger des synthèses par thème + la synthèse globale à chaque séance	Enseignant-superviseur/ Apprenant	Ensemble des groupes homogènes (salariés-métier + managers par niveau)	Discussion collective sur le travail	Enseignant-superviseur/ Coélaborateurs
Cycles perpétuels	Copil : dirigeant supérieur + chefs de service	Répondre aux CR des groupes-homogènes	Enseignant-superviseur/ Coélaborateurs	Coordinateur (acteur interne avec position fonctionnelle)	Transmettre les CR, organiser les séances	Enseignant-superviseur/ Apprenant	1 régulateur par groupe (tournant) 1 secrétaire par groupe (tournant	Réguler la discussion Rédiger des synthèses par thème + la synthèse globale à chaque séance	Enseignant-superviseur/ Apprenant	Volontaires des groupes homogènes (salariés-métier + managers par niveau)	Discussion collective sur le travail	Enseignant-superviseur/ Coélaborateurs

Tableau 20 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre institutionnel

2.3 Modélisation d'un nouveau modèle-cadre

2.3.1 Cadre conceptuel

Nous l'avons dit à plusieurs reprises désormais, notre travail vise l'amélioration de l'intervention en prévention de la santé psychique au travail et s'interroge sur les innovations à apporter pour plus d'efficacité. En effet, comme le rappellent Peters et coll. (2010) « Reste à savoir comment se mobilisent, et surtout se coordonnent ces utilisateurs une fois le diagnostic *posé […]. C'est à ce moment en effet qu'ils doivent innover, en trouvant des pistes d'intervention pour pallier* aux situations stressantes mises en évidence par le diagnostic. Sur cet aspect, les balises ne sont plus présentes et le consensus devient moins évident : le succès *s'arrête trop souvent aux frontières du diagnostic* » (p81). En prenant appui sur la littérature et notre expérience d'intervenante de terrain, nous avons en effet souligné les limites des travaux actuels sur les RPS, lesquels oscillent entre études descriptives et empiriques, et font dire à Clot que *« la conjugaison de l'action et* de la connaissance reste un problème dans nos domaines *d'intervention »* (2008-b, p 31). « Interroger et tester des liaisons entre la connaissance et *l'action* » (Debard, 2015, p 103) renvoie selon nous, à une double préoccupation : tout d'abord bien sûr, à la capacité des dispositifs à transformer les situations de travail dans le temps (Davezies, 2014, 2012) et à parvenir à une évolution globale de l'organisation (ce que l'on résume sous le terme d'implantation – Brun & al., 2007) : nous visons avant tout la promotion de la santé psychique au travail. Ensuite, à la nécessité d'intéresser, d'intégrer et d'impliquer un maximum d'acteurs internes, notamment les dirigeants supérieurs (Sarnin, 2016 ; Guidou, 2016-a), ce que nous avons résumé sous le terme de niveau d'implication. Nous avons traduit cette interrogation par le questionnement suivant : quelle serait la nature d'un dispositif de prévention de la santé psychique au travail qui se donnerait à la fois pour objectif d'intéresser suffisamment les entreprises pour être considéré comme une ressource et amener le maximum d'acteurs internes ; notamment les dirigeants supérieurs ; à intégrer son processus, et à la fois d'aboutir à une implantation et à une transformation des situations de travail dans le temps ?

Pour débuter ce travail de liaison entre la connaissance et l'action, nous avons élu la méthodologie d'intervention comme objet d'étude théorique. Nous avons choisi de ne pas choisir. Ne pas choisir un modèle-cadre d'intervention plutôt qu'un autre mais au contraire, étudier l'ensemble des modèles pour tenter d'en extraire une connaissance sur l'action

transformatrice. Nous avons ainsi recensé dix modèles-cadres proposant chacun une articulation spécifique entre connaissance et action. En procédant par une revue narrative, nous avons construit une grille de lecture commune basée sur dix indicateurs toujours présents mais variables en fonction des modèles (l'origine considérée de la dégradation de la santé mentale, l'approche théorique mobilisée, les grands objectifs recherchés, la méthodologie, les méthodes, les étapes de l'intervention, la durée estimée, le type de résultats attendus, les apports et enfin les limites). Pour compléter notre analyse et renseigner la question de la participation des acteurs, de leur coopération et de leur maturation au fil des interventions, nous nous sommes intéressés à la manière dont les modèles intégraient les acteurs du milieu de travail. Nous en avons identifié quatre différents (décideurs, pilotes, collaborateurs, sujets) et avons observé, pour chacun d'entre eux et durant chaque étape, qui ils étaient, quel(s) étai(en)t leur(s) rôle(s) et enfin quel type de coopération était à l'œuvre. A partir de cette analyse transversale et en nous appuyant sur les travaux portant sur l'évaluation et l'efficacité des dispositifs d'intervention abordés lors de première partie de ce chapitre, nous avons proposé une première théorisation du passage entre la connaissance et l'action, autour de trois dimensions que sont l'objet d'intervention, le niveau d'implication et enfin, le processus cognitif de prévention implanté chez les acteurs.

Rappelons la définition de ces trois dimensions avant de poursuivre :

L'objet d'intervention renvoie au(x) phénomène(s) sur lequel (lesquels) se centre le dispositif, au(x) processus étudié(s) ou encore à ce qu'il essaie de faire évoluer. Il est ce autour de quoi les acteurs du milieu de travail sont mobilisés. Il peut être partiel de la dynamique santé-travail, c'est-à-dire s'intéresser uniquement aux processus d'altération de la santé par le travail (valence négative) ou à l'inverse, s'intéresser aux seuls processus de développement de la santé par le travail (valence positive). Un objet d'intervention peut également être global s'il permet à la fois de questionner les processus d'altération de la santé par le travail et à la fois de questionner les processus de promotion de la santé par le travail.

Le niveau d'implication renvoie à la capacité d'intégration et de coopération du dispositif. Il se mesure au-travers de trois indicateurs que sont le nombre d'acteurs impliqués, leur présence durant les différentes étapes et enfin le type de coopération à l'œuvre entre les acteurs (par exemple, sont-ils uniquement en position de recevoir un diagnostic réalisé par d'autres ou sont-ils, au contraire, acteurs de la démarche ?).

Ces deux dimensions permettent d'en déterminer une troisième, à savoir le processus cognitif de prévention implanté chez les acteurs, lequel peut se caractériser à partir des trois niveaux

classiques de prévention (primaire, secondaire ou tertiaire). Un objet d'intervention n'est en effet pas neutre du point de vue de la mobilisation cognitive engendrée chez les acteurs : en les amenant à réfléchir à partir/sur des altérations ou dysfonctionnements, il les conduit par exemple à rechercher des 'solutions', c'est-à-dire des réparations aux altérations ou dysfonctionnements. Il s'agit d'un processus cognitif de type tertiaire.

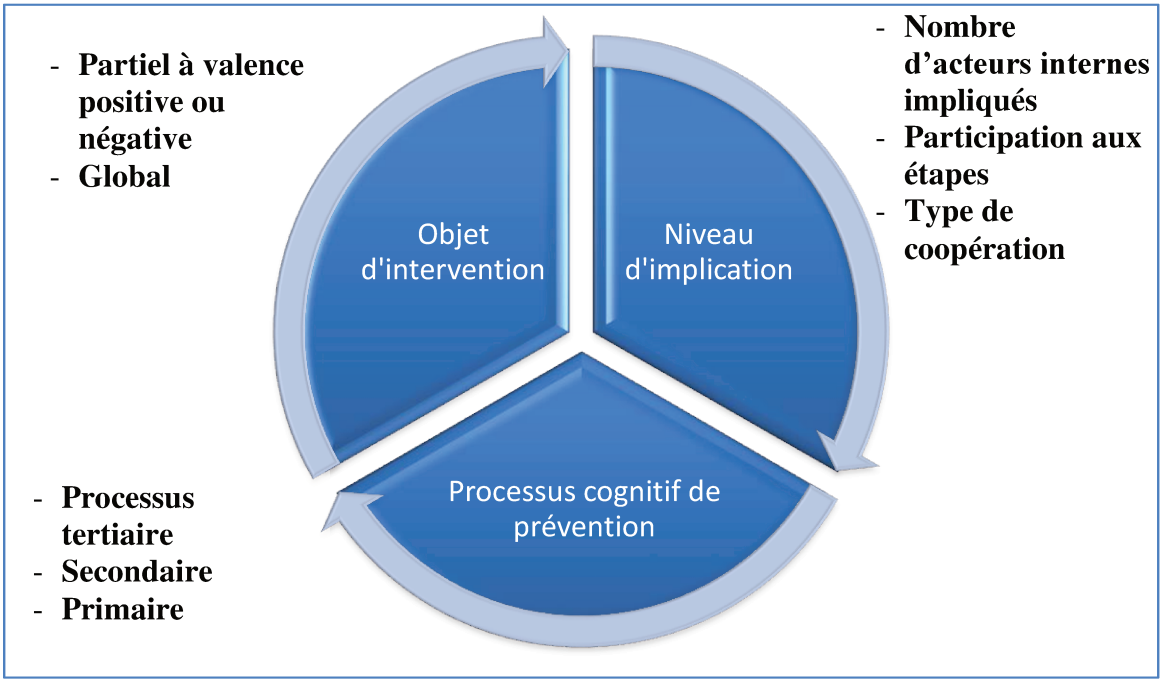


Fig.1 : Proposition des d*imensions théorisant le passage de la connaissance à l'action dans le cadre d'une* démarche de prévention de la santé psychique au travail

Ainsi, alors que tous les dispositifs se donnent pour objectif de parvenir à des évolutions de type primaire, il nous semble que du point de vue de l'action conduite sur le terrain, ils peuvent, par l'intermédiaire de l'objet d'intervention, implanter des processus cognitifs correspondant à d'autres niveaux chez les acteurs internes. Par ailleurs, on peut penser que plus le niveau d'implication du dispositif sera faible, plus il sera coûteux pour ces mêmes acteurs de parvenir à mobiliser des processus cognitifs autres que ceux engendrés naturellement par l'objet d'intervention. Nous y voyons plusieurs raisons : une faible intégration des acteurs conduira à un enrichissement limité de leurs représentations et de leurs connaissances sur les liens entre santé et travail ou encore sur les différentes stratégies de prévention (d'autant plus sur les liens entre organisation, performance et santé). Une faible mobilisation les empêchera également de faire l'expérience réelle de l'investigation de ces liens au sein de leur milieu de travail, de découvrir la richesse des pratiques professionnelles ou encore de l'épaisseur du métier ; autant

d’expériences dont ils seront privés dans leurs réflexions sur l’évolution de l’organisation du travail ou la transformation des situations de travail. Enfin, l’absence de mobilisation des dirigeants supérieurs prive les espaces de discussion des marges de manœuvre nécessaires à la prise de décision, ce qui peut en toute vraisemblance, conclure une démarche par un listing de mesures correctrices ou à une répétition de discussions sans fin.

L’étude comparative des modèles-cadres d’intervention de la littérature nous permet de présenter une synthèse de leurs similarités et divergences (à l’exception des apports et des limites qui ne permettent pas de comparaison transversale).

	Modèle à visée thérapeutique	Mod. Enq. qualitative	Mod. Enq. quantitative simple	Mod. Enq. Quanti participative mixte
Origine RPS	Choc traumatique survenant dans le cadre du travail	Evolution du monde du travail et contenu de la tâche en inadéquation avec les besoins de la structure mentale	Inadaptation entre exigences du travail/ressources des individus Caractéristiques situation de travail impactant la santé et le fonctionnement	Inadaptation entre exigences du travail/ressources individu Caractéristiques situation de travail impactant la santé et le fonctionnement
Théorie	Psychiatrie, psychopathologie, psychodynamique	Psychodynamique du travail, psychopathologie du travail psychanalyse	Approches biomédicale, causaliste, interactionnelle, transactionnelle, multifactorielle	Approche multifactorielle Approche systémique
Objectifs	Eviter toute altération de la santé mentale	Elucider les ressorts organisationnels de la souffrance et du plaisir au travail Etiologie de la crise Accès aux stratégies défensives Développer les compétences collectives pour transformer l'organisation du travail	Expliquer les liens entre environnement de travail et atteinte de la santé via le stress ou les familles de RPS	Co-produire la connaissance relative au diagnostic RPS Mettre en mouvement le système organisationnel, via l'implication de l'ensemble des acteurs
Méthodolo-gie	Intervention collective thérapeutique	Créer des espaces de discussion collective pour développer la coopération sur le travailler ensemble Aboutir à une action à partir de la pensée	Approche épidémiologique et positiviste	Approche épidémiologique, qualitative et participative
Méthodes	Interventions de 1ers secours	Espaces d'élaboration collective autour des vécus au travail	Questionnaires, grilles d'observation, échelles, inventaires Autoreport, examen clinique	Questionnaires, grilles d'observation, échelles inventaires. Autoreport, examen clinique. Entretiens semi-directifs, observation de situations de travail, discussions informelles Co-construction des préconisations par un groupe mixte
Etapes	3	6	7	5
Type de résultat	Evitement du syndrome post-traumatique	Identification puis dégagement des idéologies défensives de métier Etiologie de la crise Instauration et maintien d'espaces de délibérations internes à l'organisation Développement de nouvelles règles d'organisation du travail	Mesures des atteintes de la santé Identification facteurs de stress, de RPS et des niveaux d'exposition	Mesures des atteintes de la santé Identification facteurs de stress, de RPS et des niveaux d'exposition Compréhension des vécus Eclairage des résultats quantitatifs Co-production des préconisations et appropriation des actions à conduire
Durée	Quelques heures	Plusieurs mois (18 mois dans l'exemple)	?	?

Tableau 21 : Etude théorique comparative des modèles-cadres *d'intervention en prévention de la santé psychique (1/3)*

	Mod. de médiation par l'activité	Modèle ergonomique	Modèle développemental du métier
Origine RPS	Degré de pouvoir du sujet trop faible Désarticulation entre activité et praxis Réduction de l'activité à des gestes programmés Empêchement d'une confrontation créative au réel	Conflits de buts non reconnus, ni débattus, entrainant une intériorisation et créant des conflits intrapsychiques	Amputation du pouvoir d'agir sur l'activité et sur le milieu
Théorie	Psychosociologie du travail	Ergonomie : organisation reposant sur dialectique entre organisation formelle et vivante, se traduisant par un travail d'organisation rendant nécessaire le débat entre tâche et activité	Clinique de l'activité Utilisation du concept de métier pour prendre en compte les spécificités des situations de travail et questionner les rapports entre processus psychologiques et sociaux
Objectifs	Développement de l'activité propre du sujet Articulation entre activité et praxis	Accompagner la transformation du milieu de travail en prenant soin des conditions du travail	Comprendre comment les professionnels parviennent à dépasser ou non les contraintes Développer le métier
Méthodolo-gie	Processus de médiation par l'activité intégrant le plus d'acteurs possibles, répondant aux trois fonctions que sont celles de réceptacle, d'étayage et de contenance	Créer un environnement capacitant en accompagnant la transformation du regard des acteurs, d'une centration sur les symptômes des salariés vers une centration sur les dysfonctionnements organisationnels	Révélation de l'épaisseur de l'activité par la mise en œuvre d'une activité dialogique entre les 4 instances du métier
Méthodes	Réflexion partagée sur l'activité multi-niveaux Echanges collectifs sur les épreuves du travail Cadre en décalage avec le travail quotidien Réflexion auprès des dirigeants et CHSCT sur les ressources à donner aux salariés	Analyse de l'activité Identification des tensions entre conflits de buts Co-élaboration des axes de transformation possibles Création ou renforcement d'espaces permettant de débattre du travail au sein des collectifs de travail puis au sein de l'organisation	Analyse de l'activité Techniques dialogiques : instruction au sosie, auto-confrontation simple puis croisée, circulation du métier dans les différents niveaux de l'organisation
Etapes	5	5	5
Type de résultat	Construction et développement d'une coopération entre tous les acteurs Reconstruction du travail collectif et des collectifs de travail Développement d'une activité personnalisante devenant ressource pour le collectif de travail	Développement des processus de régulation individuelles et collectives Développement du pouvoir d'agir sur l'environnement	Appropriation des mises en discussion du métier Révélation des manières d'exercer, y compris non conscientes Transformation et développement des pratiques Dépersonnalisation des empêchements Evolution de la prescription Production de matériau pour la recherche
Durée	?	?	15 à 18 mois

Tableau 22 : Etude théorique comparative des modèles-*cadres d'intervention en prévention de la santé psychique* (2/3)

	Mod. ingénierie de la discussion	Modèle systémique	Modèle institutionnel
Origine RPS	Polyphonie des outils de gestion - Absence des managers de la scène du travail Impossibilité de mettre en place les espaces de régulations entre travail prescrit et réel Mauvaise qualité de la dynamique communicationnelle	Rupture de l'équilibre entre conservation des ressources et perturbations Blocage des capacités d'adaptation des salariés et des organisations permettant la production de nouvelles règles	Amputation du pouvoir sur l'acte
Théorie	Théorie de la régulation sociale Théorie de la communication comme moyen de transformation personnelle et comme moyen politique	Paradigme systémique (cybernétique et théorie générale des systèmes – théorie du vivant – approche émergente du changement) Ecole de Palo Alto Approche constructiviste	Sociopsychanalyse
Objectifs	Implanter des espaces de discussion sur le travail au niveau local, meso et global Les connecter aux espaces de production de règles de l'organisation	Aboutir à des changements permettant au système de retrouver son équilibre naturel	Permettre le mouvement d'appropriation de l'acte neutralisé par les dynamiques relationnelles, organisationnelles et institutionnelles à l'œuvre
Méthodolo-gie	Implanter des espaces de régulation permettant de rapprocher les décisions du terrain animés par des managers ramenés sur la scène du travail	Implantation d'une dynamique de changement et suivi de son processus Recherche d'une représentation socialement construite de la situation	Créer un 3ème canal en supplément des canaux hiérarchiques et syndicaux, permettant d'appréhender l'ensemble des points de vue sur le travail et d'aboutir à des possibilités de transformation au travers de la capacité collective d'élaboration
Méthodes	Observation, questionnaire, entretien, focus-groupe Chantier de désempêchement du management Implantation d'espaces de discussion sur le travail à tous les niveaux de l'organisation et structuration de ces espaces	Mise en débat des aspects des situations de travail par les salariés Utilisation de techniques spécifiques à l'approche systémique mettant l'accent sur les régulations à l'œuvre ou encore amenant les acteurs à réfléchir autrement à une problématique (rich pictures ou questionnement circulaire par exemple)	Travail intra-groupe de groupes homogènes de métiers puis communication indirecte et médiatisée par comptes rendus inter-groupes
Etapes	5	5	4
Type de résultat	Production de construits collectifs aux niveaux local, meso et global, et création d'espaces articulant ces niveaux. Développement de l'innovation Recherche d'une logique de management subsidiaire Modification de l'activité managériale Evolution de la qualité des contenus des réunions	Emergence de solutions inédites Implantation des changements Transformation du système lui permettant de retrouver une capacité à se réguler	Modification de l'organisation du travail par la formulation de solutions innovantes et des dynamiques implantées par les échanges intergroupes Implantation d'un 3ème canal permettant l'appropriation du pouvoir sur l'acte
Durée	6 mois	3 mois	10 ans

Tableau 23 : Etude théorique comparative des modèles-*cadres d'intervention en prévention de la santé psychique (3/3)*

Nous observons qu'il existe un nombre assez conséquent de modèles-cadres d'intervention mais aussi que beaucoup mobilisent des approches théoriques et méthodologiques différentes de la prévention de la santé psychique au travail. Cette disparité se traduit par l'emploi de méthodes très diverses, voire divergentes et par des étapes d'intervention également très variées. A ce stade, nous pouvons d'ores et déjà souligner une première difficulté pour l'action : le choix d'un modèle devant tant de complexité et de diversité. L'exemple de l'intervention dans les TPE est à ce titre, particulièrement parlant. Très rapidement, nous pouvons évoquer l'obsolescence des méthodes quantitatives du fait du nombre de salariés, la difficulté des méthodes qualitatives à garantir l'anonymat, le frein aux méthodes dialogiques devant la prévalence des conflits interpersonnels comme manifestations des RPS ou encore l'absence et le manque de formation du personnel RH et l'indisponibilité des dirigeants qui empêchent la programmation de trop de réunions… On voit bien qu'intervenir nécessite tout d'abord de réfléchir à l'adaptation entre modèle d'intervention et terrain (Guidou, 2016-b), ceci d'autant plus que l'adoption d'un cadre conceptuel précis compte parmi les facteurs stimulants d'une démarche de prévention (Hansez et coll., 2009). Or, s'il est nécessaire de choisir, comment le faire et surtout, sur quels critères ? Des critères de performance : toutes les approches sont-elles équivalentes en termes d'efficacité ? Si non, quelles sont les plus performantes et pour quels types de résultats ? Des critères de complexité : les modèles nécessitent-ils une maîtrise de leurs fondements théoriques pour intervenir ? Quels modèles sont les moins complexes ? Quels sont ceux qui seront les plus facilement compréhensibles pour l'entreprise ? Des critères de rapidité d'application : quels modèles sont les plus rapides et simples à appliquer pour l'intervenant ? Des critères d'adaptabilité : tous les modèles sont-ils adaptés à toutes les entreprises ? Si non, quels modèles pour quels types d'entreprise ? Tous les modèles conviennent-ils à tous les contextes (réorganisation, changement, conflit, manifestations diverses de RPS, troubles graves, difficulté économique, …) ? Sont-ils tous adaptés à toutes les cultures ? A tous les niveaux de culture de prévention ? Etc.

Les réponses à ces questions sont, on le conçoit rapidement, d'une grande complexité, et nous serions sans aucun doute bien en peine d'y répondre. En effet, à cette complexité s'ajoutent le peu de travaux portant sur l'évaluation des dispositifs d'intervention (Kostsulski, 2016 ; Van de Weerdt, 2016 ; Rouat et Troyano, 2016) et le manque de recherches comparant les différents modèles ou réfléchissant à leur adaptation aux divers types d'entreprise, de contexte, de problématique, … Comment, alors, attendre des intervenants en SST, des médecins du travail

voire des entreprises, qu'ils parviennent à une maîtrise suffisante des fondements théoriques et méthodologiques de l'ensemble des modèles pour réaliser le choix le plus pertinent pour l'action ? Pourtant, si ce choix n'est pas fait, cela signifie que les modèles sont employés sans réflexion particulière ou plutôt à partir de critères subjectifs tels que des habitudes de travail, des facilités d'accès (nous pensons notamment à la diffusion des modèles aux intervenants et aux entreprises), des accointances avec tels chercheurs ou telles écoles, … Ainsi, la question des liaisons entre la connaissance et l'action renvoie tout d'abord, nous semble-t-il, à une nécessaire prise de recul de la recherche sur le nombre de modèles-cadres d'intervention, et surtout sur leur mise à l'épreuve du terrain. Il s'agit de penser les modèles en fonction des exigences de l'action, car il est certain que si les horticulteurs de Bretagne comme ceux des Emirats Arabes partagent l'objectif de culture des fleurs, ils n'utilisent pas les mêmes méthodes pour y parvenir et adaptent leurs pratiques aux conditions de leur terrain…

Par ailleurs, la différence entre les objectifs généraux des différents modèles est assez interpellante dans la mesure où tous visent la prévention de la santé psychique. En effet, selon les fondements théoriques mobilisés pour comprendre les liens entre santé et travail, les objectifs des interventions pourront aller de l'élucidation des ressorts organisationnels de la souffrance et du plaisir au travail (modèle d'enquête qualitative), à l'identification des liens entre facteurs de l'environnement de travail, manifestation de stress ou de RPS (modèle d'enquête quantitative simple), en passant par le développement d'une activité personnalisante et l'articulation entre activité et praxis (modèle de médiation par l'activité) ou encore par l'homéostasie organisationnelle (modèle systémique). Ainsi, le consensus actuel du monde scientifique pourtant relativement fort sur les causes des atteintes de la santé psychique par le travail, ne se traduit pas par un consensus sur les objectifs d'action. Il s'agit, il nous semble, d'une nouvelle spécificité des RPS en comparaison des autres risques professionnels : l'accord sur les causes se traduit par un désaccord sur les manières d'agir sur ces mêmes causes. Là encore, nous pouvons souligner l'absence de mise en perspective de cette question dans la littérature et surtout regretter que les objectifs des dispositifs ne soient pas mis en lien avec les caractéristiques du terrain. Tout se passe donc comme si chaque discipline traitant du travail et/ou de la santé au travail proposait sa propre approche de la prévention de la santé psychique, fondée sur ses propres théories, indiquant des objectifs prioritaires ou spécifiques lesquels, une fois atteints, permettraient de prévenir efficacement les altérations, voire de développer la santé. Les dialogues inter-disciplines ou inter-modèles sont peu nombreux et rares sont les travaux

qui sont pensés à partir de la réalité de l'action. A ce titre, nous pouvons évoquer le très faible nombre d'études portant sur les pratiques des SST, lesquels représentent pourtant le premier maillage en termes de santé au travail sur le territoire, et dont les acteurs sont les premiers aux prises avec les manifestations des RPS et l'action en entreprise. Enfin, nous pouvons aussi remarquer qu'aucun des modèles étudiés ne se donne des objectifs correspondant à ceux généralement poursuivis par les entreprises : augmentation de la qualité du travail, développement de la performance, réduction des erreurs ou des défauts, baisse des charges, disparition des conflits, etc. Cela nous semble d'autant plus critiquable que l'intégration de la démarche de prévention à la vie de l'entreprise (Hansez et coll., 2009) ainsi que la nécessité de développer des démarches en lien avec les projets réels de l'entreprise (Valléry et Leduc, 2012) ont été démontrés.

La disparité entre les modèles se retrouve également dans les types de résultats attendus à l'issue des dispositifs, tant dans leur forme que dans leur fond. Les modèles épidémiologiques produisent des relevés d'altérations, de facteurs et de niveaux de risques. Ils créent donc des indicateurs objectivant les RPS (ou le stress en fonction de l'approche choisie) et dont les évolutions peuvent être suivies par des chiffres. Bien que ces résultats ne constituent pas des actions en eux-mêmes, on comprend qu'ils produisent 'quelque chose de concret', un document concrétisant la démarche réalisée par l'entreprise. La médiation par l'activité en revanche, cherche à obtenir une amélioration de la coopération entre les acteurs, à renforcer la vitalité des collectifs de travail et du travail collectif, notamment en permettant que les ressources individuelles deviennent ressources pour le collectif de travail. La différence de fond est évidente mais il s'agit également d'une différence de forme : ici, pas de résultat tangible, pas de données chiffrées ou d'indicateurs mesurables. Il ne s'agit pas de produire un document mais plutôt d'engendrer un processus qui devrait, à termes, permettre d'aboutir à des actions concrètes. Les résultats effectifs seront donc avant tout qualitatifs et pour beaucoup, dans un premier temps, subjectifs (amélioration du climat social, dialogue facilité, réduction des conflits, meilleur soutien, …). En observant le tableau comparant l'ensemble des modèles, nous voyons que nous pourrions constater cette même diversité pour la plupart d'entre eux, ce qui ajoute encore à la complexité du choix pour l'intervenant mais aussi et surtout, pour l'entreprise. Par exemple, un employeur qui suit les recommandations légales en matière de prévention, réévaluera les RPS chaque année. Il pourrait donc obtenir des résultats tout à fait différents et incomparables en fonction du modèle choisi par un nouvel intervenant. De même, ces

recommandations exigeant une évaluation des RPS selon un modèle multifactoriel et épidémiologique, comment expliquer à l'entreprise qu'elle n'obtiendra pas ce type de résultat si le modèle choisi par l'intervenant n'y aboutit pas ? Durant notre expérience de terrain, nous avons ainsi déjà été amenée à choisir un dispositif méthodologique ne relevant pas d'une approche épidémiologique, tout en étant contrainte de retraduire notre action au travers d'une grille de lecture multifactorielle à l'issue de la démarche, afin de permettre à l'entreprise de disposer de son évaluation des RPS à ajouter au document unique. Il fut alors très délicat de faire cohabiter des écrits (immuables donc) de type relevé des altérations et mise en lien avec des facteurs, avec une démarche au cours de laquelle nous avons agi sur le dialogue, la maturation des acteurs ou encore transmis des méthodes permettant d'accéder au travail réel. Cette juxtaposition de regards différents sur les RPS est très difficilement compréhensible par l'employeur et les résultats obtenus en termes de qualité du dialogue (social notamment) peuvent tout à fait se voir remis en question. Nous pourrions ainsi poursuivre notre comparaison des modèles sur l'ensemble des dix critères transversaux identifiés mais nous y renonçons afin de conserver le sens de notre propos. Nous préférons nous attacher désormais à la comparaison des modèles d'intervention à partir des trois dimensions proposées pour théoriser le passage de la connaissance à l'action.

	Modèles thérapeutiques	Enquête qualitative	Enq. quantitative simple	Enq. Quanti participative mixte	Médiation par l'activité
Objet d'intervention	Partiel Valence négative	Partiel Valence négative	Partiel Valence négative	Juxtaposition partiel à valence négative (majoritaire) / partiel à valence positive	Majoritairement partiel à valence négative (activité)
Niveau d'implication	Très faible	Faible	Faible	Moyen pour une petite structure – faible pour une plus grosse	Moyen
Processus cognitif de prévention	Tertiaire	Secondaire	Tertiaire	Secondaire	Secondaire

Tableau 24 : Comparaison des modèles-cadres au regard des dimensions théorisant le passage de *la connaissance à l'action (1/2)*

	Modèle ergonomique	Mod. Développemental du métier	Modèle ingénierie de la discussion	Modèle systémique	Modèle institutionnel
Objet d'intervention	Global (phase auprès des salariés et des collectifs) / Partiel à valence négative (étape de mise en discussion auprès des dirigeants)	Global (le métier)	Partiel à valence négative (salariés + managers) / global (discussion – dirigeants supérieurs)	Partiel à valence positive	Global (manières de travailler ensemble)
Niveau d'implication	Moyen	Faible	Elevé	Elevé	Elevé
Processus cognitif de prévention	Secondaire (phase auprès des salariés et des collectifs) / Primaire (étape de mise en discussion auprès des dirigeants)	Primaire	Tertiaire (salariés + managers) / Secondaire (managers) / Primaire (dirigeants supérieurs)	Secondaire	Primaire

Tableau 25 : Comparaison des modèles-cadres au regard des dimensions théorisant le *passage de la connaissance à l'action* (2/2)

Concernant tout d'abord l'objet d'intervention, notre étude montre que la moitié des modèles-cadres centre leurs démarches autour d'un objet strictement partiel à valence négative. Un seul travaille à partir d'un objet partiel à valence positive (modèle systémique) tandis que deux approches se centrent sur un objet global : le métier pour le modèle développemental de la clinique de l'activité et les manières de travailler ensemble pour le modèle institutionnel de la sociopsychanalyse. Enfin, deux modèles travaillent des objets différents selon les acteurs auxquels l'intervenant s'adresse (modèles ergonomiques et d'ingénierie de la discussion). Nous avions émis l'hypothèse d'un lien direct entre le type d'objet d'intervention et le processus cognitif de prévention implanté auprès des acteurs, estimant que le premier les amène à se saisir de la santé d'une certaine manière et ainsi à orienter leurs réflexions dans une direction plutôt qu'une autre : en débattant à partir d'altérations 'mises sur le tapis' en quelque sorte par l'intervention, les acteurs pensent l'action dans une logique de réparation ou de réduction (ce qui correspond à un processus cognitif tertiaire) ou dans une logique de développement des ressources pour leur faire face (soit un processus cognitif secondaire). Or, notre analyse transversale révèle en effet que seuls deux modèles travaillent à partir d'un objet global et qu'il s'agit justement des modèles pour lesquels nous avons repéré un processus cognitif de type primaire. Remarquons toutefois qu'ils présentent tous deux un niveau d'implication très différent : faible pour le modèle développemental du métier mais élevé pour le modèle institutionnel. Nous pourrions ainsi être amenés à formuler une nouvelle hypothèse : à partir du moment où l'objet d'intervention est global, le niveau d'implication n'a pas d'impact sur la nature du processus cognitif de prévention implanté. En revanche, lorsque ce dernier est élevé, il permet l'implantation du processus cognitif chez un plus grand nombre d'acteurs, ce qui pourrait alors permettre un impact de prévention plus efficient ; nous pourrions dire moins localisé. Seul le modèle ergonomique permet un processus cognitif primaire à partir d'un objet partiel à valence négative (au niveau des dirigeants) mais nous avons vu que cet objet concerne les défaillances productives, soit un objet naturellement travaillé par ces acteurs. Nous supposons en effet que ce passage de la défaillance vers des solutions organisationnelles est facilité par sa proximité cognitive avec les travaux intellectuels et techniques habituels de ces acteurs.

Concernant désormais le niveau d'implication, nous avons pu observer que quatre des dix modèles en présentent un faible, deux en présentent un moyen et trois un élevé. Le modèle d'enquête participative mixte dispose, quant à lui, d'un niveau moyen lorsqu'il s'adresse à une

petite structure mais d'un faible dans une plus grosse entreprise. Il semble donc possible de remarquer qu'en effet, le niveau d'implication varie d'un modèle à un autre : alors même que la plupart des travaux insiste sur la nécessité d'engager les acteurs et de développer la coopération autour du travail et de la santé, leur implication (en termes de présence dans les étapes mais aussi en termes de position active ou passive) ne semble pas un critère déterminant la structuration des démarches. Toutefois, nous remarquons aussi que, d'après cette étude théorique transversale, le niveau d'implication ne suffit pas en lui-même à influencer le processus cognitif : un faible niveau peut coïncider avec un processus tertiaire (modèles thérapeutique et quantitatif simple), avec un processus secondaire (modèle d'enquête qualitative) ou encore avec un processus primaire (modèle développemental du métier).

Enfin, en ce qui concerne le processus cognitif implanté, notre analyse semble révéler que peu de démarches amènent les acteurs à réfléchir selon une logique primaire : seuls deux modèles ont été qualifiés de la sorte. En revanche, deux modèles supplémentaires (ergonomique et d'ingénierie de la discussion) implantent un processus différent en fonction des acteurs auxquels ils s'adressent : secondaire ou tertiaire auprès des salariés et managers, primaire auprès des dirigeants.

Finalement, la comparaison systématique des modèles-cadres d'intervention en prévention de la santé psychique au travail nous a effectivement permis de qualifier chacun d'entre eux au regard de leur objet d'intervention, de leur niveau d'implication et enfin du processus cognitif implanté auprès des acteurs internes. La possibilité de retrouver ces dimensions dans chacun de ces modèles nous semble constituer un premier gage en faveur du raisonnement inductif permis par la revue narrative quant à la conceptualisation des liens entre connaissance et action : tout d'abord, les démarches centrées sur un objet global sont effectivement celles pour lesquelles un processus cognitif primaire a été identifié. Nous avons également pu observer la part conséquente des objets d'intervention tertiaires parmi les modèles-cadres (la moitié d'entre eux) et leur impossibilité à implanter un processus cognitif primaire (sauf pour le modèle ergonomique). Remarquons enfin que les modèles quantitatif simple et participatif mixte, qui représentent les modèles d'intervention dominants actuellement, sont strictement centrés sur des objets partiels à valence négative.

Ainsi, si le niveau d'implication, l'objet d'intervention et enfin le processus cognitif implanté sont des dimensions pertinentes pour théoriser le passage de la connaissance à l'action, elles semblent également ; et logiquement ; se montrer déterminantes pour penser les obstacles auxquels les modèles d'intervention sont confrontés pour transformer les situations de travail dans le temps (Davezies, 2014, 2012) et parvenir à s'implanter (Brun & al., 2007 ; Mackay & al., 2012 ; Hansez et coll., 2009 ; Nielsen & al., 2006 ; Semmer, 2006). Ces difficultés[1] peuvent se résumer de la sorte : impliquer la direction (Biron & al., 2016 ; Vézina et coll., 2006), aboutir à des transformations à l'échelle de l'organisation, se centrer sur le travail et parvenir à révéler l'activité (Cox & al., 2010 ; Lamontagne & al., 2007 ; Giga & al., 2003), agir sur le management (Acouturier, 2010) ou encore parvenir à généraliser à l'ensemble d'une organisation, une démarche localisée dans une de ses petites entités et qui a pourtant démontré ses bénéfices (Vezina, 1999). Pour faire face à ces limites, les recherches ont démontré qu'une démarche de prévention devait permettre la discussion sur le travail réel (Clot, 2014) même si une grande part de l'activité reste invisible aux yeux de celui qui la déploie (Davezies, 2012), ce qui implique des techniques spécifiques à la révélation de l'épaisseur du métier (Clot et Faita, 2000 ; Clot et coll., 2000). Elle doit également aboutir à des dialogues institutionnels autour des politiques de santé au travail en tenant compte des représentations des différents acteurs et de leurs influences sur la subjectivité de la santé et sur les comportements de santé (Sarnin et coll., 2011-b). Enrichir les perceptions et aboutir à une appropriation des connaissances au niveau de l'individu, du collectif et de l'organisation (Rouat, 2010), et donc se centrer sur le développement d'un processus de coopération et de maturation entre les acteurs autour du travail et de la souffrance au travail (Rouat, 2010 ; Miossec et coll., 2010, 2013 ; Sarnin et coll., 2012 ; Davezies, 2014) quand bien même la santé représente un objet de débat polémique au sein des organisations et concerne des acteurs naturellement opposés (Rouat et Sarnin, 2013). Il est donc préférable de ne pas se limiter aux déficits mais plutôt de se centrer sur les leviers d'action et sur la reconstruction du vivre ensemble et de la solidarité professionnelle (Vézina et coll., 2015 ; Dejours, 1998) mais aussi de porter davantage attention aux éléments contextuels (Biron & al., 2012), notamment en liant la démarche à la planification stratégique de l'entreprise (Biron & al., 2016 ; Valléry et Leduc, 2012). Enfin, il est nécessaire de repenser la place des managers et notamment de les ramener sur la scène du travail (Hubault, 2013 ; Debard, 2015), par exemple au-travers d'échanges sur les niveaux de délégation (Detchessahar, 2011, 2013). Clot (2010-a) conclut sur ces difficultés en affirmant que, malgré

[1]Pour des questions de compréhension, nous parlerons de limites des dispositifs de prévention pour évoquer l'ensemble des difficultés rappelées ici.

les résultats des travaux scientifiques, les changements nécessaires à la prévention de la santé psychique restent majoritairement considérés comme des risques par les employeurs, notamment parce qu'ils remettent en question des décisions passées (Sarnin et coll., 2011-a) et ne permettent pas la révélation de l'activité, ce qui freine les entreprises dans leurs actions de niveau primaire (Semmer, 2009).

2.3.2 L'innovation comme objet global pertinent

Nos précédents travaux nous ont amenés à souligner l'intérêt d'un objet d'intervention global et d'un haut niveau d'implication, notamment pour leurs conséquences en termes de processus cognitif de prévention. Nous avons également particulièrement insisté sur la nécessité de penser un dispositif répondant aux deux objectifs majeurs suivants :

- Constituer un modèle de prévention efficace de la santé psychique au travail, c'est-à-dire développer la santé psychique, permettre la transformation des situations de travail dans le temps et s'implanter (ce qui signifie répondre aux limites des travaux actuels)
- Intéresser suffisamment les entreprises pour être considéré comme une ressource et amener le maximum d'acteurs internes, notamment les dirigeants supérieurs, à intégrer son processus.

Or, il nous semble qu'il y a beaucoup à faire sur cette dernière question. En effet, concernant spécifiquement ce point, nous pouvons rappeler que Clot (2010-a, 2010-b) souligne tout d'abord que les entreprises considèrent majoritairement les changements liés à la prévention de la santé comme des risques alors qu'il serait nécessaire qu'elles considèrent le psychosocial comme une ressource. Rouat et Sarnin (2013) rappellent également que le débat sur la santé constitue un « *objet conflictuel et un objet de polémique, […] qu'il relève d'un développement qui ne naît pas spontanément dans les organisations […] car il tend à rassembler des acteu*rs « naturellement » opposés » (p68). Sarnin et coll. (2011-b) expliquent également que « les *facteurs à l'origine des souffrances des salariés tiennent à l'instabilité et la complexité des* organisations, et aux difficultés des managers, du fait de cette complexité, à piloter réellement et de manière satisfaisante ces organisations » (p311). Autrement dit, les préconisations issues des démarches auront de fortes chances de remettre en question les décisions et mesures prises dans le passé par les managers et dirigeants supérieurs, ce qui équivaut à solliciter ces acteurs pour un travail qui consisterait à « défaire » celui qu'ils ont accompli… Biron & al. (2016),

étudiant les facteurs facilitant ou freinant l'appropriation des démarches préventives par les gestionnaires, soulignent également que ces derniers relèvent « la complexité et parfois le *manque d'appropriation de la démarche* » (pIV) et considèrent que « *l'intégration de la* démarche à la planification stratégique [compte parmi les] éléments facilitant » (pIII). Or, l'analyse comparative des modèles-cadres d'intervention nous a permis de remarquer qu'aucun ne partage les objectifs généralement poursuivis par les entreprises (performance, réduction des marges, suppression des erreurs, qualité, etc). De plus, l'étude des objets d'intervention a montré que beaucoup de modèles se centrent sur des objets partiels à valence négative, c'est-à-dire qu'ils s'attachent, au moins dans un premier temps, à mettre en exergue des difficultés, des altérations ou encore des dysfonctionnements, ce qui, on le conçoit aisément, peut susciter craintes et rejets. Enfin, alors même que « *l'engagement des acteurs en présence, soit les* gestionnaires, les employés et les syndicats, *ressort comme un facteur d'importance qui facili*te *la démarche [et que] l'engagement de la direction est le facteur facilitant le plus rapporté par* les [gestionnaires] » (Biron & al., ibid, pIII-IV), nos travaux ont montré que le niveau d'implication de la plupart des modèles proposés par la littérature semble faible ou moyen.

Ainsi, la question de l'intégration et de l'intérêt des acteurs, notamment des dirigeants supérieurs, renvoie aussi, nous semble-t-il, à celle de l'utilité sociale des démarches de prévention pour ces derniers (Rouat et Sarnin, 2013). En effet, les dispositifs de prévention de la santé psychique au travail visent des évolutions primaires, c'est-à-dire qu'ils cherchent à modifier globalement et durablement l'organisation du travail et les situations de travail. Mais, puisque ce débat sur la santé n'est pas naturel et que les démarches portent des objectifs et usent de méthodologies ne relevant pas des pratiques habituelles des entreprises, il nous semble possible de dire que l'action en prévention de la santé psychique au travail correspond, ni plus ni moins, qu'à une démarche de changement, voire à une démarche d'innovation au sens de West et Far (1990) : « introduction volontaire et *mise en œuvre, dans un groupe et une organisation, d'idées et de processus innovants importants pour l'unité concernée afin d'apporter des bénéfices significatifs aux individus, aux groupes, à l'organisation et à la* société ». De même, l'implantation recherchée pourrait renvoyer à cette même définition de l'innovation selon Moatty et Tiffon (2014) : une invention qui s'est diffusée. Ces définitions ne sont cependant pas totalement adaptées dans la mesure où le caractère volontaire de l'introduction innovante (soit, en ce qui nous concerne, d'idées et de processus innovants) y est souligné alors que nous avons évoqué plusieurs éléments freinant cet engagement. Ainsi, les

démarches de prévention ne peuvent faire l'économie de se percevoir comme des démarches de changement. Pour autant, sans s'appuyer sur un modèle capable de susciter l'engagement des acteurs, dont les dirigeants supérieurs, tout se passe comme si l'intervenant cherchait finalement à aboutir à des changements organisationnels à partir d'une innovation imposée (processus pull) et extérieure (voulue par lui), alors qu'il faudrait obtenir ce changement par l'intermédiaire d'une innovation émergente, c'est-à-dire impulsée par l'entreprise elle-même (processus push - Battistelli, 2012). Par ailleurs, de nombreux travaux ont été réalisés sur l'innovation et son appropriation, notamment par la sociologie. Nous retenons particulièrement trois modèles. Le premier, nommé modèle de la diffusion (Rogers, 1995) a déterminé qu'une invention devait posséder cinq caractéristiques pour être appropriée par un 'client' : l'avantage relatif (avantage de la nouveauté par rapport à l'existant), la complexité (plus la compréhension et l'utilisation sont simples, plus l'adoption sera facilitée), la testabilité (plus on peut tester et ajuster, plus on a confiance dans l'invention), l'observabilité (plus les résultats et bénéfices sont clairs, plus on est enclin à l'adopter) et enfin, la compatibilité (avec les normes, les valeurs et les pratiques). Le second modèle de l'intéressement (Akrich et coll., 1988-a, 1988-b, 2006) conditionne le déploiement d'une invention aux capacités de ses porteurs à convaincre en définissant des points de convergence entre deux univers distincts (celui de l'inventeur et celui du client). Enfin, le modèle de l'appropriation s'intéresse à la généalogie des usages et a démontré que les pratiques n'émergent pas ex nihilo mais viennent se greffer sur des pratiques antérieures (Mallein et Toussaint, 1994), que l'appropriation dépend d'un ensemble de caractéristiques telles que l'âge, le sexe ou encore la catégorie socio-professionnelle (Jouet et Pasquier, 1999 ; Jouet, 2003 ; Le Hay et coll., 2011) et enfin qu'elle peut être créatrice de sens et à ce titre, tisser un lien entre invention et organisation, entre sociologie de l'innovation et sociologie des organisations (Alter, 1993, 2000). Ainsi, nous disposons de premiers éléments de réponse concernant notre questionnement[1] : la nature du dispositif que nous cherchons à élaborer doit lui permettre d'être socialement utile pour les acteurs, et notamment les dirigeants supérieurs, au-delà de la question du développement de la santé mais aussi répondre aux critères de diffusion, d'intéressement et d'appropriation décrits par la sociologie de l'innovation.

[1] Quelle serait la nature d'un dispositif de prévention de la santé psychique qui se donnerait à la fois comme objectif d'intéresser suffisamment les entreprises pour être considéré comme une ressource et amener le maximum d'acteurs internes, notamment les dirigeants supérieurs, à intégrer son processus, et à la fois d'aboutir à une implantation et à une transformation des situations de travail dans le temps ?

Le rapprochement que nous opérons entre processus d'innovation et processus recherché et/ou impulsé par les démarches de prévention, nous semble intéressant à plusieurs titres : tout d'abord, il permet de porter le regard sur l'expérience vécue par les acteurs et l'organisation au travers de la démarche d'intervention, et non plus uniquement sur ses conditions techniques ou méthodologiques. En cela, il questionne les processus nécessaires à l'obtention des changements voulus par les démarches de prévention et converge donc avec les travaux qui rappellent que « *d'un point de vue psychologique, ce sont* les changements réellement vécus par le travailleur qui importent » (De Zanet et coll., 2004). Ensuite, il nous semble en mesure de répondre aux réalités et contraintes des entreprises, et ainsi, comme le préconisent les travaux sociologiques, de créer des points de convergence entre ses enjeux et ses dynamiques, et ceux entourant les démarches de prévention. Le terme d'organisation peut en effet faire référence à la forme ou à l'action de conception de cette forme, une distinction que Alter (2000) traduit sous le vocable d'organisation versus d'activité organisatrice. Or, si les démarches de prévention tentent d'implanter une activité organisatrice source de santé et de qualité, de nombreux travaux ont aussi largement démontré que les évolutions auxquelles les entreprises font face sont multiples, diverses ou encore successives (Montani & al., 2012 ; Hansez et coll., 2005). Pour Alter, le phénomène est tel qu'il considère que « la permanence des transformations concernant les techniques, les produits, les procédures de gestion, amènent à *concevoir le changement comme une situation banale et récurrente. […] Ce qui devient le* quotidien des organisations est la situation de passage entre deux formes de définition des activités et de leurs coordinations. [Et de poursuivre *:] Ce que l'on peut décrire et analyser n'est finalement rien d'autre qu'un flux continu de transformations, jamais vraiment terminées,* jamais vraiment spécifiques les unes par rapport aux autres. Ce flux devient la contrainte majeure du fonction*nement des entreprises, bien plus que le 'changement', parce qu'elles ne disposent plus d'état stable* : le moment de passage entre deux états devient la situation *'normale'* » (Alter, ibid, p163). Les entreprises seraient donc prises dans une démarche de rationalisation perpétuelle, en écho à leur exposition permanente aux incertitudes qui les obligent à toujours innover, s'adapter, se diversifier ou encore anticiper l'obsolescence des technologies qu'elles produisent ou utilisent. Ces tensions semblent en effet se traduire par deux phénomènes observables ces dernières années, à savoir celui des appels à l'initiative et aux comportements innovants (allant de l'élaboration de politique de soutien à l'innovation à des injonctions à l'innovation - Battistelli, 2014 ; Travaglianti et coll., 2015), et celui de la production de modèles d'organisation.

Concernant le premier point, nous pouvons constater en effet que de plus en plus d'acteurs politiques, entrepreneuriaux et publics appellent de leurs vœux les processus d'innovation et s'entendent sur la nécessaire évolution des produits et/ou services : en octobre 2010 par exemple, dans une communication auprès du parlement européen, du conseil européen, du comité économique et social européen et du comité de régions, la commission européenne exposait clairement la nécessaire union pour l'innovation. De nombreux dispositifs ont également été créés pour la favoriser : les pôles de compétitivité nationaux et régionaux, le plan d'investissement d'avenir pour les projets innovants de 35 milliards d'euros en 2008, relancé à hauteur de 12 milliards en 2010 (appelés un temps « grand emprunt »), la création des instituts de recherche technologique et des sociétés d'accélération des transferts de technologie, la naissance des palmarès des régions innovantes ou encore le lancement de la semaine de l'innovation publique (14 au 20 novembre 2016). Des politiques visent directement la stimulation de l'innovation (Conseil des Ministres, sept. 2014), laquelle apparaît désormais officiellement dans les missions des Ministères (de l'Industrie pour la première fois en 2012, du Secrétariat d'Etat au numérique et à l'innovation en sept. 2016). Le secteur privé n'est bien sûr pas en reste : des grandes entreprises telles que la SNCF, Renault, Axa ou encore les Aéroports de Paris développent leurs propres dispositifs internes de stimulation de l'inventivité des salariés tandis que, dans le secteur public, certaines collectivités territoriales et grandes écoles disposent désormais de leur propre direction de recherche. Dans la police nationale, autre exemple, des assises de la formation ont été organisées par le Ministre de l'Intérieur et ont abouti à la création d'un comité stratégique pour l'innovation de la formation de la police nationale (discours de Manuel Valls, 7 février 2013 ; Guidou, 2013). Enfin, la transformation du travail des services publics à laquelle nous assistons depuis les années 1990 sous l'égide du new public management (Linhart-a, 2007 ; Leduc, 2014), véritable adaptation des principes du lean management au secteur public, consiste à ériger le modèle du changement perpétuel en principe de gouvernance à des fins de mise en œuvre d'un système de management de la qualité, impliquant lui-même une succession de réorganisations, d'inventions et de changements (Peynard et Durand, 2014, p15-21). Sur l'autre pôle, nous pouvons également observer (et cela est de plus en plus patent dans les discours des directeurs et autres DRH rencontrés sur le terrain) une multiplication de 'modèles d'organisation' (Alter, ibid) accompagnés d'une profusion de travaux portant sur la conduite du changement (Johson, 2012). Or, chacun de ces modèles représente en fait un « idéal type » (Weber, 1904), c'est à dire : « la représentation simplifiée *du fonctionnement d'une organisation, la simplification permettant d'en faire ressortir les* principales caractéristiques ainsi que ses *articulations majeures. […] Il ne correspond pas à*

*la réalité, il est essentiellement un moyen d'analyse reposant sur la comparaison entre le modèle 'idéal', parfait du poi*nt de vue de sa logique interne et les pratiques réellement mises *en œuvre* » (Alter, ibid, p209). Ainsi, les entreprises sont traversées par des tensions provoquées par la permanence des incertitudes d'une part et par le besoin de rationaliser le fonctionnement organisationnel simplement et globalement d'autre part, « entre nécessité de programmer, de coordonner, de planifier [et nécessité] de traiter les incertitudes qui ne sont jamais *parfaitement programmables, qui sont toujours porteuses d'hétérogénéité* » (Alter, ibid, p210). Ainsi, à l'écart toujours existant entre travail prescrit et travail réel, les incertitudes auxquelles les entreprises sont soumises ajoutent un mouvement perpétuel d'activité organisatrice qui ne peut jamais être parfaitement adapté aux pratiques sociales mais ne peut que les suivre avec difficulté et retard.

Cette lecture, en plus de nous éclairer sur les dynamiques traversant les organisations, nous offre, nous semble-t-il, une nouvelle manière de lire les phénomènes entourant les RPS : dans un tel contexte, les RPS n'apparaissent-ils pas comme des phénomènes 'normaux', au sens de conséquences logiques de ces tensions qui structurent les entreprises ? Une manifestation directe de ces mouvements et tensions perpétuelles sur le travail et donc sur la santé des salariés? Si nous admettons cela, nous devons aussi admettre, nous semble-t-il, la nécessité d'intégrer la démarche de prévention au cœur de ces dynamiques, plutôt que de chercher à construite un nouveau modèle idéal d'organisation qui serait cette fois, et une fois pour toute, source de santé. Un tel modèle serait en effet illusoire du fait du mouvement perpétuel des entreprises et de l'impossibilité de l'activité organisatrice à recouvrir le travail réel d'une part mais aussi à anticiper les pratiques d'autre part.

Ainsi, si nous avons tout d'abord rapproché démarches de prévention et processus d'innovation du fait que les premières tentent finalement d'implanter le second, il nous semble également que le processus d'innovation rend compte des dynamiques des entreprises contemporaines et permet d'y intégrer les démarches de prévention : une démarche de prévention inscrite dans un processus d'innovation organisationnelle pourrait alors devenir une ressource pour les acteurs internes, et notamment les dirigeants supérieurs, non seulement parce qu'elle viendrait les soutenir dans les contraintes rencontrées au quotidien mais aussi parce qu'elle permettrait d'agir sur ces dynamiques et s'inscrirait en cela dans la durée, là où les d'autres démarches pourraient rechercher la construction d'un unique modèle d'organisation. Pour reprendre les trois dimensions que nous avons proposées pour théoriser le passage de la connaissance à l'action

concernant les démarches de prévention de la santé psychique au travail, nous estimons donc que le processus d'innovation pourrait représenter un objet d'intervention global (ce qui est visé n'est pas l'altération ou le dysfonctionnement mais l'innovation), possédant la capacité d'intéresser un maximum d'acteurs (via son caractère stratégique et les ressources développées) et visant directement la transformation des situations de travail ou de l'organisation du travail et, c'est-à-dire implantant de fait un processus cognitif primaire (ce qui est mis en discussion concerne l'activité organisatrice). De plus, comme nous l'avons vu, une démarche de prévention inscrite dans un processus d'innovation organisationnelle nous semble posséder la capacité d'appréhender et d'agir sur les dynamiques organisationnelles structurelles des entreprises contemporaines. Ainsi, il nous semble possible de qualifier un tel dispositif de globalisant : objet d'intervention global, niveau d'implication élevé, y compris concernant les dirigeants supérieurs, processus cognitif primaire visant la transformation des situations de travail et de l'organisation, et enfin, inscription au cœur des dynamiques organisationnelles structurelles. Un tel dispositif engloberait bien, au sens premier du terme, l'entreprise et ses enjeux. Cependant, pour répondre à nos objectifs, ce dispositif se devra également de développer la santé psychique, de permettre la transformation des situations de travail dans le temps et de s'implanter. Or, le processus d'innovation ne constitue pas nécessairement en lui-même une avancée pour la santé et la qualité du travail et peut même être l'une des sources de mal-être notamment s'il est bâti en dehors du réel du travail des salariés et de leurs pratiques, se construit sur des a priori et sans dialogue social (Giusto, 2014), empêche la réalisation du beau travail ou encore se traduit par l'imposition d'objectifs inatteignables et une intensification du travail (Goulet et Vinck, 2012 ; Dejours, 1998 ; Davezies, 2014). Ainsi, un modèle de prévention inscrit dans un processus d'innovation organisationnelle, en plus des intérêts soulignés ci-dessus, pourrait également accompagner la tendance exponentielle au changement ; constatée dans les entreprises contemporaines ; en développant les compétences des acteurs et en implantant des pratiques sources de santé. Reste pour nous à définir le cadre théorico-méthodologique d'un tel modèle.

2.3.3 Elaboration d'un modèle-cadre d'innovation transitionnelle

2.3.3.1 La condition de santé et d'implication

Nous avons défini l'innovation comme une « introduction volontaire et [une] *mise en œuvre,* dans un groupe et une organisation, *d'idées et de processus innovants importants pour l'unité*

concernée afin d'apporter des bénéfices significatifs aux individus, aux groupes, à l'organisation et à la société » (West et Far, 1990). Son processus est multidimensionnel, complexe et dynamique. La plupart des auteurs la différencie de la créativité par trois aspects majeurs : l'innovation renvoie à l'introduction et à la mise en œuvre des idées plutôt qu'à leur génération ; elle se donne pour objectif d'apporter un bénéfice, ce qui n'est pas nécessairement le cas de la créativité ; enfin, son caractère de nouveauté est relatif et non absolu. Si les auteurs ne sont pas toujours en accord sur la frontière entre créativité et innovation, nous nous référerons pour notre part à la vision de Battistelli (2014) qui considère que la créativité définie comme caractéristique individuelle, peut être considérée comme un aspect du processus d'innovation. En ce sens, créativité et innovation sont liées dans un même processus (conception intégrative de l'innovation), la première permettant la phase de génération des idées qui, par la suite, pourront se transformer en innovation, c'est-à-dire s'implanter au cours d'un processus plus complexe (Battistelli, 2014). En effet, in-nover, c'est introduire de la nouveauté, c'est-à-dire une invention, l'invention se définissant comme la mise au point d'un produit, d'une activité ou encore d'un service qui apparait en rupture avec une situation préalable (Trepos, 2010). Ainsi, les innovations peuvent être issues d'une nouvelle manière de poser un problème ou encore d'une recomposition des connaissances et techniques acquises (Schumpeter, 1912). En revanche, il ne peut y avoir innovation que si cette introduction de nouveauté est appropriée, c'est-à-dire si elle est acceptée et reconnue par le social (une communauté). Autrement dit, dans le monde du travail, les dirigeants peuvent posséder la capacité d'invention mais en aucun cas la capacité d'innovation, puisque l'innovation nécessite une appropriation et donc l'engagement collectif des individus qui seront amenés à utiliser le produit/le service/la procédure, etc (Alter, 1996). Dans cette perspective, « *l'innovation n'est pas seulement l'introduction ou l'adoption d'une nouvelle* technologie*, d'un nouvel instrument, ou d'une nouvelle méthodologie à suivre pour son propre travail, mais également l'aspect pratique et concret de la nouvelle manière de faire les choses, d'interagir, de se former et de s'organiser* » (Battistelli et Picci, 2008). Si l'innovation fait appel pour une part à des compétences sociales, elle repose également sur des compétences cognitives (Alter, 1995). En effet, l'innovation, puisqu'elle « transgresse les conventions du monde » (Alter, 2000, p28) engendre toujours des tensions, des controverses, des résistances ou encore des incompréhensions, non seulement de la part de ceux à qui elle s'adresse (résistance externe) mais aussi de la part du collectif qui la génère (résistance interne). L'étude du processus d'innovation appelle donc à l'identification de différentes phases bien que leur nombre puisse varier en fonction des approches. Par exemple, la sociologie de la traduction considère qu'après

la phase de problématisation et la phase d'intéressement doivent survenir les phases d'enrôlement et de mobilisation (Callon, 1986). Schumpeter (1912/1935) quant à lui, évoque les trois temps que sont la prise de risque de certains qui élaborent de nouvelles pratiques distinctes des normes, l'apparition d'imitateurs 'par grappe' une fois l'intérêt démontré et enfin la redéfinition d'un nouvel ordre social. Nous retiendrons pour notre part, la vision synthétique proposée par Kanter (1988) qui distingue les phases de génération d'idées, de promotion et enfin, de réalisation. Quoiqu'il en soit, il faut considérer l'innovation d'un point de vue social et comme un processus mettant en jeu des effets de réseaux, de normes (ou plutôt de transgression des normes) et d'actions collectives (Alter, ibid). En effet, l'usage que feront les 'clients' d'une innovation renforce ce contexte d'incertitude dans la mesure où il se traduira nécessairement par des transformations, des modifications voire des perversions de l'innovation initiale. Ainsi, « *l'innova*tion ne se réalise pas à travers un processus linéaire mais plutôt à *travers un processus cyclique, avec des périodes d'initiation, d'implémentation, d'adaptation* et de stabilisation » (Battistelli, 2014, p340). Pour toutes ces raisons, processus d'innovation et créativité sont liés : « La créativité se différencie par sa force idéative, libérée des contraintes *liées à l'existant […]. Le processus d'innovation bénéficie de la créativité (soit comme attitude,* soit comme performance créative) mais reste un processus plus complexe qui nécessite une transformation des idées créées en produits, services ou procédures » (Battistelli, ibid, p339).

Or, beaucoup de travaux ont démontré que la créativité était source de santé, notamment la créativité au travail. Tout d'abord, en nous posant clairement du côté du travail comme source d'épanouissement (paragraphe 1.1.3), nous avons défini que le travail était source de santé dans la mesure où il permet à l'individu de développer son activité, celle-ci étant nécessairement vivante. Si cette vitalité du travail impose à l'individu de supporter l'expérience affective de l'échec, la mobilisation du corps dans son ensemble permet de trouver de nouvelles manières de faire (autrement dit d'inventer) et offre ainsi au travailleur le moyen de dépasser le défaut de la maîtrise et d'acquérir de nouvelles sensibilités (donc de s'épanouir au sens eudémonique). Ainsi, la question de la créativité des salariés est nécessairement liée à celle de la résistance puisqu'inventer suppose de refuser un donné, une réalité (ici, le fait d'échouer) : si l'« on ne *peut vraiment créer qu'en niant le réel donné […] nier le donné sans aboutir au néant, c'est produire quelque chose qui n'existait pas encore »* (Dorey, 1995 cité par Lhuilier et Roche, 2009, p9). Cette résistance du sujet trouve son origine dans un premier mouvement de négativité, c'est à dire « *l'ensemble des défenses et dégagements qui ont en commun l'obligation de statuer par oui ou par non sur les éléments de l'activité psychi*que comme les

pulsions, les représentations de choses ou de mots, les perceptions ; ces éléments étant ici à la *fois les instruments et les processus par lesquels le jugement psychique s'effectue* » (Green, 1993 cité par Lhuilier et Roche, ibid p10). Dans ses travaux, Freud disait en effet que *« l'homme* défendra toujours sa revendication de liberté individuelle contre la volonté de la masse » et l'explique par la déliaison inaugurale qui précède nécessairement l'avènement du Je : « la négation, avec ses deux *aspects du jugement, d'attribution et d'existence, est à l'origine de la différenciation entre le dedans et le dehors, réalité psychique extérieure, à l'origine de l'action intellectuelle comme présidant au choix de l'action motrice, autrement dit du pas*sage du penser *à l'agir »* (Freud, 1925 cité par Lhuilier et Roche, 2009, p9). Ainsi, la vitalité du travail renvoie nécessairement le sujet à l'expérience de l'échec, expérience qu'il peut dépasser en faisant preuve de résistance, c'est-à-dire en refusant une imposition ou encore un processus d'assujettissement et de soumission. Ce refus peut alors être source de créativité et d'épanouissement mais aussi marquer une sorte de frontière invisible avant la souffrance au travail (car il est une protection contre l'aliénation - Dejours, 2006).

La créativité et la résistance créatrice (Lhuilier et Roche, ibid) peuvent donc devenir source de santé ou protection de la santé car ils permettent la résolution des tensions et conflits du travail en évitant le repli de l'activité psychique. Cependant, l'ensemble de ce processus n'est possible que si les conditions de travail permettent au salarié de développer son activité, autrement dit que l'objet de sa créativité s'ancre dans le réel. D'ailleurs, dans une récente enquête auprès de travailleurs permanents, Travaglianti et coll. (2015) montrent que le caractère stimulant du travail, la polyvalence et l'autonomie comptent parmi les premiers besoins. Ainsi, comme le rappelle Prades (2012), la créativité est un mouvement de développement de l'humain fondé sur un processus d'appropriation de l'acte, ce dernier constituant le seul point d'interactivité entre le sujet et son environnement (Amado, 2007) : la part créative de l'individu est productrice de santé dans la mesure où elle se combine à un mouvement d'appropriation de l'acte, devenant alors fondateur d'identité. On retrouve ainsi la définition de la santé portée par Canguilhem (1966) : « Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi ». La question d'une créativité source de santé est donc inévitablement liée à celle d'un acte approprié, source de transformation de l'environnement : un acte-pouvoir selon les mots de Prades, acte-pouvoir que nous pourrions aussi appeler une innovation au sens d'une invention qui s'est diffusée dans le milieu de travail. A ce stade, nous avons donc démontré qu'un dispositif d'innovation propose un objet répondant suffisamment

aux intérêts et enjeux des entreprises pour permettre à ses acteurs, notamment les dirigeants supérieurs, de le considérer comme une ressource. Nous avons aussi démontré que le processus d'innovation fait appel aux processus de créativité, eux-mêmes sources de santé. Enfin, nous avons démontré que le processus d'innovation constitue bien un objet global, dans la mesure où son investigation permet effectivement d'observer à la fois les processus d'altérations de la santé par le travail (au travers de l'ensemble des conflits et des tensions liés au processus d'innovation d'une part, au travers de l'expérience de l'échec et de la résistance du réel pour la créativité d'autre part) et à la fois les processus de promotion de la santé (au travers du dépassement des difficultés, de l'épanouissement du sujet, de la résistance à l'aliénation et de la vitalité de l'activité psychique en ce qui concerne la créativité ; au travers du développement de l'activité, de la diffusion et de l'appropriation d'une invention représentant un intérêt nouveau en lien avec les besoins des travailleurs en ce qui concerne l'innovation). Enfin, rappelons qu'un tel dispositif portant sur l'activité organisatrice et intégrant les dynamiques traversant les entreprises contemporaines, constitue à notre sens, un processus globalisant.

2.3.3.2 La condition d'implantation

L'implantation d'un dispositif de prévention de la santé psychique renvoie en elle-même à un certain nombre d'exigences rappelées précédemment (paragraphe 2.1.2). De plus, si nous pensons que l'innovation est un objet intéressant à investir du point de vue de la prévention, nous avons aussi noté qu'elle ne constituait pas nécessairement un gage de santé, tout comme nous avons souligné qu'un processus d'innovation entraine en lui-même un contexte d'incertitudes et de tensions. Enfin, nous devons rappeler que nous visons l'intervention en prévention de la santé psychique et qu'à ce titre, nous estimons nécessaire de concevoir un dispositif capable de s'appliquer dans des contextes dégradés. La combinaison de ces raisons nous amène à considérer que ce dispositif devra reposer sur une méthodologie permettant à l'ensemble des acteurs de supporter ce que nous pourrions appeler, l'épreuve d'un processus de prévention par l'innovation.

Ces épreuves nous semblent en effet nombreuses et renvoient d'ailleurs à un certain nombre de limites observées dans la littérature : par exemple révéler l'activité oblige les acteurs, et particulièrement la direction et les managers, à constater qu'ils ne maîtrisent pas ce qu'il se passe sur le terrain (du fait de la différence entre travail prescrit et travail réel, de l'épaisseur du métier et de la richesse des pratiques professionnelles) autant qu'elle oblige les salariés à

partager leurs pratiques ou encore à rendre visible leurs transgressions. S'engager dans un processus d'innovation implique également que les acteurs prennent la responsabilité d'émettre des propositions, ce qui nécessite de prendre le risque d'exprimer un avis nouveau, de se tromper, de ne pas être soutenu par ses pairs ou encore de passer d'un registre ancré dans le pâtir vers un registre ancré dans l'action. Nous pouvons aussi évoquer la discussion sur le travail réel, laquelle expose les acteurs au coût de la dispute professionnelle : supporter le débat n'est pas chose aisée, d'autant plus lorsqu'il amène à reconsidérer des décisions prises par le passé. Par ailleurs, la santé étant un objet de débat polémique parfois judiciarisé, le passage à une posture d'échanges autour des innovations à apporter pour améliorer les situations de travail nécessite d'abandonner les postures d'opposition et de laisser davantage de place à l'expression des salariés sur le travail réel. Il faut également accepter d'échanger autour des questions de développement stratégique de l'entreprise, ce qui ne va pas nécessairement de soi pour les acteurs syndicaux ou les salariés, être en mesure de ralentir le rythme des changements pour travailler sur leur appropriation ou encore faire évoluer l'activité des managers pour les ramener sur la scène du travail. L'énoncé rapide de ces quelques difficultés montre avec force la réalité des exigences qu'un processus de prévention primaire demande aux acteurs des entreprises. A celles-ci s'ajoutent les épreuves engendrées par un processus d'innovation, processus complexe et tumultueux, nous l'avons rappelé, pouvant parfois nécessiter un contexte de désaccords voire de conflits professionnels mais pouvant aussi parfois bénéficier d'un climat social concordant (Montani et coll., 2013), renvoyant en lui-même à des conditions situées autant au niveau de l'individu (traits de personnalité, style cognitif, capacités, valeurs, motivation), du travail (demande et objectifs de travail, complexité, autonomie, variété de la tâche), du collectif (composition de l'équipe, climat, leadership) et enfin de l'organisation (ressources à donner aux salariés, conditions de travail, climat organisationnel), toutes ces dimensions étant interdépendantes (pour un résumé, voir Battistelli, 2014). Ainsi, si une démarche de prévention inscrite dans un processus d'innovation nous semble présenter de nombreux atouts, il n'en demeure pas moins que son implantation nécessite une méthodologie capable d'accompagner les acteurs dans les épreuves qu'il impose. Nous appellerons cette méthodologie, méthodologie transitionnelle, en référence aux théories de Winnicott que nous avons choisies de mobiliser au regard de ses recherches autour de la créativité et de l'activité transitionnelle.

Winnicott veut étudier « le mouvement qui conduit de la relation aux objets subjectivement fermée sur elle-*même jusqu'au domaine de l'utilisation de l'objet* » (2000/1969, p234). Pour ce faire, il différencie l'utilisation de l'objet comme étant ancrée dans l'expérience vécue et la

relation à l'objet qui relève de l'expérience subjective du sujet, il crée également le concept d'objet transitionnel (OT) pour étudier le mouvement de l'un à l'autre. L'OT est différent de l'objet mental (il n'est pas l'ours) mais aussi de l'objet intérieur, il appartient à une réalité partagée qui se situe dans l'espace intermédiaire, c'est-à-dire une 3ème aire entre réalité intérieure et réalité extérieure. L'OT est défini comme le symbole de la transition entre union et relation. En effet, lorsque le milieu rencontré s'oppose au bébé, détruisant alors son sentiment d'omnipotence, la pulsion d'agressivité et de destructivité apparaît. C'est lorsque le bébé constate la résistance de l'objet à ses représailles qu'il peut alors le reconnaître comme non-moi. Cette reconnaissance met fin à l'union entre le bébé et l'objet et permet d'entrer en relation avec lui. Cependant, « entre ce premier objet perçu comme non-*moi […] et l'usage des objets du monde nécessaire à l'affrontement des écarts dramatiques entre ce qui est donné et ce qu'on attend, ce qu'on espère, se situe un espace de transition* » (Reille-Baudrin, 2011, p47). Pour assurer cette transition et « faire face au drame de la vie ordinaire », autrement dit passer de la dépendance (vis-à-vis de la mère ou du sein) à l'indépendance relative, Winnicott affirme qu'« il faut que cette aire intermédiaire soit » (2002/1953, p48). Cette aire d'expérience n'est possible que par la reconnaissance par la mère et la famille du sens que l'enfant accorde à l'OT et par la répétition de son utilisation. La mère puis la famille partagent ainsi avec l'enfant une réalité dans laquelle l'OT (l'ours par exemple) n'est pas qu'un simple objet. La représentation partagée est le partage des illusions avec autrui. Les illusions combinent ce qui est désiré par le sujet et ce qui est réel, y compris dans les formes les plus éprouvantes. Lorsqu'elles se partagent, c'est qu'entre le désiré et le réel se dessine une aire, un espace intermédiaire où le créé de chacun peut rencontrer le donné dans un réel partagé : « Nous pouvons respecter une expérience illusoire, nous pouvons aussi, si nous le désirons, nous unir et former un groupe ayant pour *base l'affinité de nos expériences illusoires. C'est même là une racine naturelle de la* constitution de groupes humains » (Winnicott, 2002/1953, p31).

De ces premiers éléments, nous retiendrons qu'entre le désiré et le réel, y compris lorsque leur confrontation entraîne des vécus éprouvants, il est possible de rechercher une réalité partagée par l'intermédiaire d'une affinité entre des expériences illusoires. Cette réalité partagée est obtenue par le biais d'une activité dite transitionnelle, activité particulière qui se situe dans une troisième aire qui n'appartient ni à la réalité intérieure, ni à la réalité extérieure, et se définit comme l'utilisation d'un objet lui-même particulier nommé objet transitionnel.

Selon Winnicott, l'OT occupe une place particulière et joue une fonction de lutte contre l'angoisse, de réconfort, de calmant ou encore d'un sédatif toujours efficace (1992/1953, p177). Cette fonction a à voir avec l'usage technique que l'enfant fait de l'OT. Cet usage est proche de la définition de Mauss[1] (2003/1950) en ceci qu'il repose sur un « genre de gestes hérités des soins apportés par la mère, eux-mêmes référés aux genres de soins partagés par une génération de mères, hérités de leurs propres mères, et revisités par les évolutions technologiques » (Reille-Baudrin, ibid, p58). L'OT acquiert donc une valeur symbolique parce qu'il dispose de cette valeur dans la communauté donnée. Au départ, l'enfant n'utilise en effet l'objet que dans sa dimension fonctionnelle. C'est parce que la mère puis l'entourage acceptent sa fonction symbolique puis le nomment, que le bébé peut transformer cette dénomination qui sera alors reproposée à l'entourage puis stabilisée, créant ainsi une représentation partagée. Les phénomènes transitionnels se définissent donc dans les interactions de l'enfant avec l'OT au sein de l'espace transitionnel. Winnicott, comme le confirme Pontalis (in Winnicott, 2002/1953, p10-11) est ainsi très clair : les phénomènes transitionnels ne peuvent être confondus avec l'objet. C'est de l'activité réalisée dont il est question ; ces phénomènes recouvrant plusieurs caractéristiques : l'usage que le bébé en fait (supporter le drame ordinaire de la vie), leur fonction (lutter contre l'angoisse) et le geste habituel, la technique mobilisée dans l'activité.

Nous pouvons donc dire que l'OT a une valeur sociale (partagée par l'environnement proche) et culturelle (la mise à disposition de l'objet par l'environnement participe de la culture). Cet OT répond à un besoin de reliaison à autrui. Pour Reille-Baudrin (ibid, p61), les phénomènes transitionnels peuvent s'envisager comme un moyen de supporter la perte du social en soi, par l'utilisation du social pour soi.

Afin d'assurer cette fonction, l'OT doit posséder plusieurs caractéristiques, sept exactement selon les travaux de Winnicott :

1. L'enfant s'arroge des droits sur l'objet et l'environnement en est d'accord même si cette possession est parallèle à une disparition de sa toute-puissance
2. L'objet est câliné, aimé mais aussi mutilé
3. L'objet ne change jamais, sauf si c'est l'enfant lui-même qui le modifie
4. L'objet survit à l'agressivité

[1] « J*'appelle technique un acte traditionnel efficace (en ceci pas différent de l'acte magique, religieux ou symbolique). Il faut qu'il soit traditionnel et efficace. Il n'y a pas de technique, pas de transmission, s'il n'*y a pas de tradition » (p371).

5. Pour l'enfant, il faut tout de même qu'il communique de la chaleur, une certaine vitalité et réalité qui lui est propre
6. L'objet vient de l'extérieur mais pour l'enfant, il n'en est pas de même. Il ne vient pas non plus du dedans (ce n'est pas une hallucination)
7. Il est voué au désinvestissement progressif

On remarque que ces caractéristiques laissent une place importante aux affects : l'objet est en mesure de supporter toute une palette d'affects et d'y résister, permettant ainsi le développement émotionnel. Phillips (2008) souligne que le premier objet non-moi dispose des qualités de permanence, de résistance, d'autonomie mais aussi qu'il peut être regardé par d'autres sans que sa signification ne soit partagée. « *L'objet non*-moi, produit du social et de *l'histoire et production en cours de l'histoire familiale, est aussi le premier objet d'une confrontation au réel. L'OT est à la fois support de l'éprouvé face à la séparation et source de nouveaux éprouvés par l'usage que le sujet en fait et par l'activité des autres qui rendent possibles l'usage (attention*, reconnaissance, présentation répétée, maintien de la *permanence…)* » (Reille-Baudrin, ibid, p68). En effet, si la perte de l'omnipotence entraine une pulsion de destructivité, la résistance de l'objet ainsi que l'acceptation partagée par l'enfant et son entourage, engendrent une reconnaissance conjointe de sa signification : tous se sentent concernés par l'OT et en deviennent conjointement responsables. Du côté de l'enfant, la destructivité entraine culpabilité puis capacité de sollicitude, se traduisant elle-même par un besoin de protéger et de contribuer : « quelle que soit la nature de ses *sentiments (de l'enfant), vous êtes là, vous continuez d'exister, vous lui donnez l'occasion de se sentir tantôt satisfait, tantôt désolé et s'il le souhaite, de réparer le mal qu'il pense avoir fait* » (Winnicott, 1999/1948, p53). Au fil des années, le sentiment d'amour évolue mais le processus affectif demeure : « La *participation d'un individu à un groupe est fonction de la façon dont il parvient, ou ne parvient pas, à prendre sa culpabilité à lui, et non celle d'un parent comme point de départ d'activités de réparation ainsi que d'un effort* constructif » (Winnicott, 1992/1948, p89). Cependant, pour que la culpabilité se transforme en capacité de sollicitude puis en participation constructive, on remarque qu'il est indispensable que l'environnement soit capable de reconnaitre et de permettre cette contribution, sans quoi demeureront culpabilité et angoisse.

Nous retiendrons donc que les phénomènes transitionnels permettent non seulement de dépasser les « drames ordinaires de la vie quotidienne » mais aussi de développer le sujet émotionnellement, lui permettant d'aller de l'agressivité à la contribution responsable. Les affects transforment le sujet et non l'objet, ce processus étant rendu possible par l'usage de l'OT, lui-même possible par le soutien d'autrui : « les phénomènes transitionnels se jouent dans *un espace d'activité où moi et non-moi sont séparés et reliés par l'intermédiaire d'autres personnes et d'autres choses* » (Reille-Baudrin, ibid, p67) ou pour le dire avec les mots de Clot (1995/1998, p168) : « *il y a activité parce qu'il y a objet réel et parce qu'il y a destinatai*re ».

Selon Winnicott, cette première expérience de contrôle du réel se réalise par le jeu. Dans l'espace transitionnel, l'enfant peut jouer car il a compris que la mère était un non-moi et sait être seul, tout en ayant la possibilité de rappeler la mère en lui si besoin. C'est le paradoxe souligné par Winnicott comme le fait d'« *être seul en présence d'autrui* ». Après avoir appris que l'objet n'est pas soi puis avoir acquis la capacité à interagir, le bébé développe la possibilité de créer des relations auprès de plusieurs personnes (2001/1953, p36). La mère puis la famille puis un autre groupe sont toujours présents ou proches lorsque l'enfant joue : il s'agit d'activités sociales. Ces relations sociales se trouvent enrichies par le jeu (par son intermédiaire, l'enfant se fait des amis et des ennemis) et se développent au travers d'objets (le jouet). Or, ce jouet n'est pas n'importe quel jouet, il est fourni par l'entourage : il est culturellement donné. Au travers du jeu, l'activité transitionnelle transforme cet objet donné en objet créé : « *l'objet* trouvé se trouve alors développé par son usage, transformé par le créé » (Reille-Baudrin, ibid, p85). Ce mouvement renvoie à la cinquième caractéristique citée par Winnicott concernant l'OT, c'est-à-dire celle de communiquer une certaine vitalité. Ce lien entre objet donné et objet créé n'est possible qu'à la condition d'une continuité entre la réalité extérieure (le donné) et la réalité intérieure (le créé), deux réalités reliées par une troisième réalité, celle de l'aire transitionnelle. Cette liaison implique nécessairement la présence d'un tiers, seul capable d'observer le paradoxe mais de ne rien en dire. Au contraire, il « maintient les conditions requises pour que les phénomènes transitionnels se développent » (Roussillon, 1981, p506). L'OT médiatise ainsi un espace d'activité entre l'enfant et son environnement social proche. Cette activité a à voir avec une créativité située, mobilisant autant le corps que la pensée et se manifestant dès l'agir : « *l'impulsion peut être au repos, mais si l'on emploie le mot «* faire », *c'est qu'il y a déjà créativité* » (Winnicott, 1988/1986, p43). La créativité existe dès lors que l'acte n'est pas le simple répondant à un stimulus extérieur et renvoie à une volonté de « chercher à atteindre » : « *pouvoir vivre comme une création l'acte de tendre le bras et de*

trouver un objet » (Winnicott, 1988/1986, p46). Si Winnicott renvoie à nouveau aux caractéristiques de l'environnement qui ne doit pas soumettre ni empiéter sur la capacité du sujet de « porter sur les choses un regard toujours neuf » (1988/1986, p45), il précise également que la créativité est universelle et la lie à la santé en la définissant comme un processus « *génétiquement déterminé de l'individu à être vivant, à le rester et à établir des relations avec les objets qu'il rencontre quand le moment est venu de «* chercher à atteindre *»... la lune* pourquoi pas ? » (1988/1986, p46).

De ces éléments, nous retiendrons que les phénomènes transitionnels se manifestent par la créativité, c'est-à-dire par un agir « cherchant à atteindre » et établissant une relation avec un objet donné par l'environnement culturel puis en le transformant en un objet créé par l'intermédiaire d'une activité faisant appel au social en soi pour soi. Ce processus est universel et signe de santé mais nécessite la présence d'un environnement favorable, notamment par la présence d'un tiers capable de maintenir les conditions nécessaires. Celles-ci concernent le partage d'une réalité, ni extérieure ni intérieure, dans laquelle des expériences illusoires sont partagées. Dans cette troisième réalité, l'environnement met à disposition du sujet des objets, laisse au sujet la possibilité de contribuer, porte un regard bienveillant et n'interroge jamais sur le lieu d'origine de l'objet créé.

A ce stade de notre recherche, nous avons montré en quoi les travaux de Winnicott étaient en lien avec notre questionnement autour de l'élaboration d'un dispositif de prévention intégré à un processus d'innovation et susceptible d'accompagner les acteurs dans leur confrontation aux épreuves que cela impose. Nous avons également vu que, selon Winnicott, le dialogue n'est pas le seul moyen pour révéler l'activité d'un sujet : l'activité transitionnelle l'est également et se manifeste par un agir créatif. Il s'agirait donc de construire un dispositif permettant de créer un espace particulier, dans lequel les acteurs pourraient se saisir d'un objet donné par le milieu de l'entreprise, et agir sur lui créativement afin de construire un objet-créé, cet objet permettant de supporter le drame ordinaire de la vie quotidienne ; soit dans nos termes, de supporter les épreuves du dispositif d'intervention. Cependant, avant de poursuivre, il est nécessaire de s'interroger sur la pertinence d'un passage entre l'univers dans lequel Winnicott a élaboré ses théories et le nôtre ; autrement dit de se demander si le travail peut constituer une activité transitionnelle. En effet, si Winnicott donne plusieurs exemples liés au travail pour évoquer le devenir des phénomènes transitionnels à l'âge adulte, il ne va pas jusqu'à le définir comme tel,

se limitant au domaine culturel. D'après ses recherches, l'OT perd progressivement de sa signification au fur et à mesure que l'enfant grandit et se diffuse alors dans l'expérience culturelle : «Il perd sa signification, et ce, parce que les phénomènes transitionnels sont devenus diffus, *se sont répandus sur tout le territoire intermédiaire qui se situe entre '* la réalité *psychique intérieure' et le 'monde extérieur dans la perception commune à deux personnes'* ; *autrement dit, parce qu'ils recouvrent tout le domaine de la culture* » (1992/1953, p174). Winnicott définit donc la culture en lien avec l'expérience : « En utilisant le mot culture, je *pense à quelque chose qui est le lot de l'humanité auquel des individus et des groupes peuvent contribuer et d'où chacun de nous pourra tirer quelq*ue chose, si nous avons un lieu où mettre ce que nous trouvons » (2002/1967, p183-184). Cette expérience fait ainsi « le lien entre réalité *extérieure (contribuer pour autrui) et réalité intérieure (faire de ce que l'on a fait avec l'autre* quelque chose pour soi) » (Reille-Baudrin, ibid, p80-81). Sur ce point, nous pouvons sans peine relier le travail à ces conditions. En effet, en référence au concept de centralité du travail, nous pouvons affirmer que le travail est bien cette activité qui permet potentiellement à tout à chacun de trouver une place contribuante à la société et au-travers de laquelle l'individu se transforme avec autrui, en développant de nouvelles sensibilités. De même, nombre de travaux ont démontré que le sens du travail était au cœur de la dynamique santé-travail et que son absence était source de souffrance, prouvant ainsi le rôle majeur de la contribution du sujet dans l'activité professionnelle.

Winnicott précise également que l'activité transitionnelle est possible à la condition que l'enfant soit en mesure de construire une utilisation d'un objet culturellement donné. Cette activité sur l'OT permet d'être à la fois séparé et relié aux autres. Elle est sociale également car elle correspond à l'utilisation d'un objet ou d'une technique héritée de la culture (chez Winnicott, les soins maternels ou les objets mis à disposition de l'enfant) et est adressée. Plus tard, elle se développe via l'élargissement des milieux de vie de l'enfant qui, à chaque fois, retient « leurs techniques et règles pour agir, lui [permettant] de trouver ce qui lui est donné et de créer avec ce que ces milieux offrent » (Reille-Baudrin, ibid, p88). La famille est donc 'uniquement' pour Winnicott, le premier élément de société, permettant à l'enfant de contribuer, en mobilisant un social en soi pour soi. Sur ce point, il nous semble que le métier, tel qu'il a été conceptualisé par Clot (2008-a), partage les mêmes caractéristiques. Il dispose en effet d'une architecture bâtie sur quatre instances que sont les dimensions personnelle, interpersonnelle, impersonnelle et enfin transpersonnelle.

La dimension impersonnelle renvoie à l'organisation prescrite du travail : « Le métier est *impersonnel en tant que produit social de l'organisation du travail qui fixe les tâches,* les missions, attribue des moyens pour les réaliser, évalue les résultats. Le métier est conçu « pour tous », indépendamment des caractéristiques de chaque salarié » (Miossec et coll., 2011, p203). Dans les propos de Winnicott, on pourrait comparer cette dimension aux règles du milieu. Les prescriptions sont en effet le résultat des discussions des managers à propos de l'activité des travailleurs. Pour autant, entre la prescription et l'activité intervient le réel du travail, qui rend nécessairement la seconde différente de la première, un constat maintes fois réalisé et qui a pour corolaire que le travail de prescription se fait nécessairement à partir des représentations des managers, soit en dehors du réel.

L'instance interpersonnelle rend compte du caractère social du métier (Miossec et coll., ibid ; Clot, 2010-a ; Debard, 2015). L'activité est en effet toujours adressée : au client, au manager, aux collègues, à un autre service … L'interpersonnel répond à l'impersonnel, lequel fixe, en plus des règles de la production, le circuit des échanges. En cela, lorsque la discussion et le débat sont possibles, le travail réel peut rencontrer la prescription au travers de cette dynamique. Sur ce point, on retrouve donc bien le caractère social de l'activité transitionnelle, dans l'activité de travail.

L'instance transpersonnelle rend compte du genre professionnel. Il s'agit de genres langagiers et techniques (Clot et Faïta, 2000). Voici la définition proposée par ces auteurs à propos du genre langagier : « Ces genres, qui sont les parlés sociaux en usage dans une situation, nous sont quasiment donnés autant que nous est donnée la langue maternelle. Les genres organisent notre parole autant que les formes grammaticales. Au mieux, le sujet les recrée-t-il, mais il ne les crée pas. Plus que donnés, ils lui sont prêtés pour pouvoir parler et être entendus des autres. *On ne peut pas mettre en œuvre un énoncé qui ne fasse pas référence à un autre énoncé du* même genre » (Clot et Faïta, ibid, p10). Concernant les genres de techniques, ils renvoient à des manières d'agir d'un milieu : « *on ne constate pas seulement la présence d'énoncés déplacés ou, au contraire, convenus dans un milieu social mais tout autant celle de gestes et d'actes* matériels et corporels mal ou bienvenus » (Clot et Faïta, ibid, p12). Clot (2008-a) fait ainsi appel à la psychologie culturelle de Brunet pour définir cette forme sociale de l'activité : « Appartenir à une culture, *c'est accomplir un certain nombre d'actes exigés par les* « choses » qui nous entourent en trouvant dans cette culture des prototypes sociaux pour le faire. Ces derniers sont les « aides » de toute nature qui définissent le travail avant que nous le réalisions

et qui nous permettent de ne pas avoir à réinventer les solutions déjà trouvées. Les outils et les signes jouent ce rôle, bien-sûr » (Clot et Faïta, ibid, p36). On comprend donc que l'activité professionnelle se réalise au travers d'un social, hérité de la culture du métier, tout comme l'activité transitionnelle chez Winnicott qui porte sur un objet et une technique hérités de la culture familiale. Finalement, le genre professionnel se définit comme une « sorte de *préfabriqué […] un prétravaillé social* » et assure une fonction : « Abrégé protopsychologique *disponible pour l'activité en cours. Donné à recréer dans l'action, ces conventions d'action* pour agir sont à la fois des contraintes et des ressources » (Clot et Faïta, ibid, p13). On constate sans peine à quel point ces définitions du genre professionnel utilisent le vocabulaire de Winnicott et décrivent les mêmes processus : il existe donc une continuité entre le phénomène du trouvé-créé décrit par notre auteur lorsqu'il évoque l'OT et l'activité de l'enfant, et le phénomène décrit par Clot et Faïta dans le genre professionnel.

La dernière instance citée par Clot est celle de l'instance personnelle : « chacun développe ses *manières propres de prendre et de s'y prendre avec le travail, de vivre dans son milieu de* travail et de le faire vivre » (Miossec et coll., ibid, p203). Il correspond au style professionnel (Clot et Faïta, ibid) et renvoie donc à la manière dont un professionnel a su créer ses propres manières de faire, à partir de son milieu, de ses compétences mais aussi des ressources acquises au travers du genre professionnel. A cette lecture, il nous semble possible de rapprocher le style professionnel d'une forme-créée du métier construite au fil d'expériences, d'usages du métier dirait Winnicott, cette activité prenant forme au sein d'un environnement plus ou moins favorable mais donnant des éléments du métier et permettant une articulation entre réalité intérieure et réalité extérieure : « Au contact du réel, les schèmes de cette expérience interfèrent *entre eux, convoquant du nouveau ou répétant de l'ancien […]*. Finalement, le style, troisième terme entre genre intérieur et extérieur, vient aux confins des conflits qui agitent les deux *mémoires de l'activité. […] Si l'on nous suit, l'activité serait alors le théâtre permanent d'un* mouvement aux directions opposées *: stylisation des genres et variations de soi. C'est ce qui* permettrait que le donné soit éventuellement recréé. » (Clot et Faïta, ibid, p18). De même, il est possible de voir dans le genre professionnel, la forme sociale du métier sur laquelle le sujet s'appuie pour construire son propre style ; autrement dit, une utilisation du social en soi, pour soi. Enfin, Clot (comme Winnicott) évoque les conditions plus ou moins favorables de l'environnement pour permettre et soutenir ces processus, et fait de la créativité un indicateur du développement du métier, comme Winnicott de l'activité transitionnelle : « Le travail est *une forme de discordance créatrice/destructrice entre le personnel (voire l'intime),*

l'impersonnel (les tâches prescrites, l'organisation, etc.), l'interpersonnel (toute activité est adressée, il n'y a pas de solo du moi dans le travail), le transpersonnel (l'histoire collective qui se transmet ou non) » (Clot, 2011-b).

Ainsi, en nous situant dans le courant de la clinique de l'activité et en faisant référence au concept psychologique du métier élaboré par Clot, il semble possible de rapprocher le travail des caractéristiques décrites par Winnicott pour définir une activité transitionnelle.

2.3.3.3 Fondements du dispositif

Nous souhaitons utiliser les travaux de Winnicott pour concevoir la méthodologie de notre dispositif de prévention par l'innovation, en créant un processus d'innovation transitionnelle. Avant cela, il nous faut encore vérifier que l'innovation est susceptible de constituer un OT. Nous avons vu que Winnicott s'intéresse au phénomène transitionnel comme une activité réalisée via l'utilisation d'un objet lui-même transitionnel. Cet objet est donné par l'environnement puis sa fonction symbolique est partagée et reconnue par tous, dessinant ainsi une réalité partagée dans une troisième aire située entre réalité intérieure et réalité extérieure. Ainsi, il apparaît qu'un objet ne peut être transitionnel que dans la mesure où il possède la capacité d'être donné par le milieu culturel concerné (l'entreprise), de s'enrichir d'une dimension symbolique, de donner naissance à des illusions partagées et enfin, de dessiner un espace spécifique dans lequel le donné pourra se transformer en créé. Or, il nous semble que l'innovation possède de telles caractéristiques : tout d'abord, nous avons rappelé en introduction de ce travail à quel point l'innovation est recherchée par les entreprises et soutenue par les diverses instances nationales et européennes. De ce fait, il semble tout à fait probable que l'innovation soit un des objets donné par le milieu que représente l'entreprise. Par ailleurs, l'engouement des entreprises et des politiques concernant l'innovation est tel que sa dimension symbolique apparaît presque instantanément. En effet, dans les discours, l'innovation n'est pas seulement mise en lien avec ses capacités potentielles de développement de la qualité du travail mais est présentée comme un remède aux crises économique, sociale et climatique mondiales. Nous assistons à un tel engouement que des spécialistes de l'innovation mettent en garde contre une forme de pensée magique attribuée à l'innovation, rappelant que peu d'études permettent encore d'établir un lien significatif entre innovation, performance, création de nouveaux services ou encore meilleure qualité de vie au travail, et soulignent qu'elle repose sur un

processus complexe, tumultueux et non linéaire, entraînant tensions, paradoxes, contradictions, dilemmes, aussi appelés côté noir de l'innovation (Battistelli, 2014). Au regard de ces éléments, il semble possible dire que l'innovation revêt effectivement une signification symbolique dans le monde des entreprises, une signification reliée à des notions telles que performance, réussite, compétitivité…

Le fait que les acteurs du monde professionnel ne disposent pas de connaissance spécifique sur le processus d'innovation et ne la différencient pas nécessairement de l'invention ou du changement, n'a pas de conséquence sur l'élection de l'innovation en OT. En effet, Abram (2001/1996, p233) explique que « *L'OT est le symbole, du point de vue de l'observateur, d'un aspect de l'expérience que le bébé a de son environnement. Cependant, cela ne veut pas dire que le bébé qui utilise l'OT a acquis la capacité d'utiliser les symbo*les, il est plutôt sur le *chemin de l'utilisation des symboles* ». Ainsi, le processus d'innovation transitionnelle peut représenter le symbole, à nos yeux, de l'expérience des acteurs de l'entreprise aux prises avec l'épreuve du processus d'intervention. Cependant, ces acteurs seront sur le chemin de l'utilisation de ce symbole mais ne maîtriseront pas son utilisation.

De même, si « *la première relation au monde du bébé […] est médiatisée par l'usage d'un objet ou d'une technique du corps, et simultanément par l'activité de la mère et de la famille* portée sur cet objet et la rendant ainsi possible » (Reille-Baudrin, ibid, p66), alors nous pouvons émettre l'hypothèse que la première relation des acteurs de l'entreprise au réel du processus de prévention pourrait être médiatisée par l'usage de l'objet d'innovation et simultanément par l'activité de travail des autres acteurs sur cet objet, la rendant ainsi possible. Ainsi, le processus d'innovation transitionnelle devient le symbole de l'union entre les acteurs, notamment entre les dirigeants et les collectifs de travail, tout comme « *l'objet est le symbole de l'union du bébé et de la mère. Ce symbole peut être localisé. Il occupe une place dans l'espace et dans le* temps » (Winnicott, 2002/1967, p179-180).

Le processus d'innovation se doit donc de disposer d'un espace et d'un temps spécifiques, que nous proposons de constituer au travers d'un comité de pilotage particulier.

Selon Winnicott, l'activité transitionnelle permet de supporter les « drames de la vie ordinaire », c'est-à-dire l'écart entre le désiré et le réel. En ce qui concerne l'enfant, ce réel

s'introduit naturellement lorsque la mère quitte l'état de préoccupation maternelle primaire et confronte son enfant à l'épreuve de désillusion, faisant ainsi disparaître le sentiment d'omnipotence. Cette perte entraine la pulsion de destructivité qui se manifeste par des représailles exercées à l'encontre de la mère. Sa résistance permet à l'enfant de la reconnaître comme non-moi, et ouvre ainsi la possibilité de créer une relation avec elle. C'est donc bien l'opposition du milieu qui réveille le potentiel agressif, lequel trouve une issue créative par son évolution en sentiment de culpabilité, de sollicitude puis de contribution, lorsque des phénomènes transitionnels sont mis en œuvre. Dans le monde de l'entreprise, nous ne pouvons espérer que le réel du travail se manifeste, que ce soit spontanément au moment de notre dispositif ou par l'intermédiaire d'un acteur de l'environnement[1]. En effet, les travaux de Davezies, Clot ou encore Dejours, entre autres, nous ont appris qu'une grande part de l'activité était inconsciente aux yeux mêmes de ceux qui la réalisent. C'est d'ailleurs à ce titre que la clinique de l'activité a entrepris de développer des méthodes particulières visant à la révéler, ceci afin d'en re-faire un objet de pensée puis d'un possible développement. Ainsi, pour amorcer des phénomènes transitionnels, notre dispositif devra nécessairement provoquer la confrontation des acteurs à l'épreuve du réel, une condition qui implique en elle-même une étape de révélation de l'épaisseur de l'activité.

La seconde étape du dispositif, après la proposition de projets d'innovation (objets donnés par le milieu) travaillés au sein d'un espace particulier formé par un comité de pilotage, consistera donc en une phase de révélation du réel du travail afin d'engendrer des phénomènes transitionnels.

Si l'on nous suit, cette mise à l'épreuve des projets d'innovation ; OT spécifiques cœur de notre modèle ; entrainera une confrontation des acteurs au réel du travail. Concernant spécifiquement les dirigeants supérieurs et les managers, il s'agira d'une confrontation de l'impersonnel au réel de l'activité. Dans les termes de Winnicott, nous dirons que l'illusion d'omnipotence tombera. Pour autant, cette confrontation se faisant par l'intermédiaire d'un travail des collectifs de travail sur lui (un travail sur le travail), il nous semble alors juste de dire que cette activité au carré, pour reprendre les mots de Clot (2006), lorsqu'elle sera rapportée devant le comité de pilotage, deviendra en elle-même l'objet d'une activité transitionnelle. Pour conserver la

[1] Cette formulation n'est pas exacte en soi puisque les grippages, dysfonctionnements ou encore troubles psychosociaux peuvent être considérés comme des manifestations du réel.

métaphore mathématique, l'activité au carré deviendra vecteur. En effet, selon Reille-Baudrin (ibid, p91) : « *Dès qu'autrui donne un objet partagé et que le sujet l'utilise de façon singulière pour supporter un drame ordinaire, une transition, dans une activité d'échange reconnue par* le monde, on peut parler de phénomènes transitionnels ». Ainsi, les acteurs du comité partageront bien une aire d'expérience liée à l'utilisation aux OT projets d'innovation, aire dans laquelle une représentation partagée se créera autour du partage des illusions combinant ce qui est désiré et ce qui est réel.

Nous pouvons donc faire l'hypothèse que l'activité des acteurs du comité de pilotage sera de nature transitionnelle, une activité permettant à ses membres de co-construire (de contribuer à) des changements concrets du travail (des objets créés) à partir des projets d'innovation initiés par l'environnement (objets donnés qui y ont été trouvés), ces changements étant en cohérence avec le réel de l'activité (par leur mise à l' épreuve du réel du travail) et permettant aux acteurs de supporter les épreuves de la démarche de prévention inscrite dans un processus d'innovation (de l'affect de destructivité à celui de la sollicitude puis de la contribution et de la responsabilité).

Enfin, une dernière caractéristique nous semble nécessaire à l'efficience de notre modèle. Nous pensons ici à la dimension soutenante de l'environnement, dimension indispensable en matière de prévention primaire (Cooper & Cartwright, 2000) mais aussi en matière de processus transitionnel. Winnicott nous dit en effet que la reconnaissance conjointe de la signification de l'OT est nécessaire au processus transitionnel et au développement d'une responsabilité commune. Cette reconnaissance repose sur la capacité de l'environnement de reconnaître et de permettre les contributions, c'est-à-dire de maintenir le lien entre la réalité extérieure (le donné) et la réalité intérieure (le créé). Ainsi, si pour Winnicott le paradoxe du trouvé-créé consiste à ne jamais demander à l'enfant si l'objet a été créé par lui ou donné par autrui, il s'agira dans notre cas, de ne jamais poser la question de l'origine de l'objet-créé projet d'innovation (soit : à quel(s) membre(s) – dirigeants supérieurs/collectif de travail - du comité de pilotage est-il du ?). Le maintien de ce paradoxe n'est possible qu'à deux conditions. L'objet doit tout d'abord être un objet de la réalité, autrement dit, il est nécessaire que le projet d'innovation soit un projet réel de l'entreprise (ce qui nous permet de répondre à la question de la liaison avec le contexte de l'entreprise et ses axes stratégiques). D'autre part, comme nous l'avons vu au sujet de l'enfant, cette liaison implique nécessairement la présence d'un tiers, seul capable d'observer

le paradoxe mais de ne rien en dire. La mère (et le cercle familial) joue ce rôle et permet ainsi que la troisième aire s'instaure, sans pour autant « *qu'elle prenne une complète* conscience de *l'ensemble des mouvements psychiques de son bébé…* » (Roussillon, 1981, p505).

Dans notre dispositif, nous pensons que ce rôle de tiers peut être dévolu au manager.

En effet, son positionnement hiérarchique lui confère d'emblée une place de tiers entre le collectif de travail et le réel de l'activité d'une part, et les dirigeants supérieurs et la prescription d'autre part. Au quotidien, il est donc possible de rapprocher son travail d'une activité de liaison entre ces deux types d'acteurs, entre ces deux réalités. De plus, nous avons vu que le genre professionnel faisait appel à un jargon tant langagier que technique et que la seconde phase du dispositif consisterait en une révélation de l'épaisseur de l'activité, épaisseur qui sera remise en débat au sein du comité de pilotage. En ce sens, il nous apparaît essentiel de disposer d'un tiers proche du milieu concerné, ceci afin d'en comprendre les finesses, les jargons, les enjeux mais aussi l'histoire. Le manager, en tant que chef d'orchestre du collectif (Clot, 2010-a) possède ces qualités. De même, un tel positionnement sera de nature à ramener les managers sur la scène du travail et à constituer un espace de discussion sur le travail (Detchessahar, 2011, 2013).

Dans ce dispositif, le rôle de l'intervenant est alors 'simplement' d'amener les acteurs « *d'un* état où ils ne sont pas capables de jouer, à un état où [ils sont] capables de le faire » (Winnicott, 2002/1968, p84), autrement dit, de permettre l'accès au dispositif.

Pour ce faire, il se met à disposition lui-même ainsi que son cadre, comme un « donné prêt à être utilisé » (Reille-Baudrin, ibid, p105). De même, contrairement à Vygotsky, Winnicott rejette le rôle de la catharsis, véritable force explosive, et fait à l'inverse de la capacité de résistance de l'OT à ce choc (la pulsion de destructivité) une caractéristique fondamentale. Dans ce cadre, nous estimons qu'il peut donc également revenir à l'intervenant de vérifier la capacité des projets d'innovation proposés par le milieu à devenir des OT. Basé sur les caractéristiques décrites par Winnicott, ce travail consistera par exemple à vérifier que les projets d'innovation possèdent bien une dimension symbolique suffisante pour l'ensemble des acteurs, que ceux-ci sont d'accord pour laisser les uns et les autres s'octroyer des droits sur les projets ou encore que le travail du collectif sur eux est possible. Il reviendra également à l'intervenant de permettre la révélation de l'épaisseur de l'activité et de soutenir le manager dans son rôle de tiers.

2.3.3.4 La condition de développement

Nous avons émis l'hypothèse qu'un dispositif de prévention inscrit dans un processus d'innovation transitionnelle serait de nature à constituer un dispositif de prévention primaire de la santé psychique au travail : il vise en effet l'évolution de l'organisation du travail (l'activité organisatrice selon les mots de Alter, 2000), sollicite donc les acteurs au travers d'un processus cognitif de type primaire et aboutit à des transformations concrètes des situations de travail, ceci en enrichissant les perceptions et en aboutissant à une appropriation des connaissances aux trois niveaux que sont celui de l'individu, du collectif et de l'organisation (Rouat, 2010). De même, puisqu'il se fonde sur la création d'un espace et d'une activité transitionnels, il nous semble possible de considérer qu'il permet la promotion d'un environnement capacitant (Falzon, 2009) source de développement et de créativité. En effet, les acteurs du comité de pilotage seront bien en mesure, par leur activité transitionnelle sur les objets 'projets d'innovation', de sortir de la confrontation au réel (de l'activité au carré qui y sera rapportée) avec des possibilités d'actions, ici des objets-créés d'innovation. Par cette dynamique, le travail et les acteurs « tendront ainsi vers », feront acte de transformation et resteront donc vivants. Enfin, l'ensemble des projets d'innovation étant construit au-travers de la confrontation au réel du travail, il nous semble possible de dire qu'un tel processus répond aux conditions du modèle d'appropriation décrit par la sociologie de l'innovation. Pour autant, si nous avons cherché à élaborer une méthodologie spécifique pour conduire cette démarche de prévention inscrite dans un processus d'innovation organisationnelle, c'est parce que nous avons estimé que les limites rapportées par la littérature (principalement situées au niveau du passage de la connaissance vers l'action) avaient à voir avec les épreuves auxquelles les démarches de prévention primaire exposent les entreprises et leurs acteurs internes. Autrement dit, nous avons fait l'hypothèse qu'un tel processus aurait la capacité d'aider au dépassement de ces épreuves et ainsi de permettre l'action.

L'étayage théorique de cette proposition nous semble pouvoir s'appuyer sur les travaux de Vygotski, dont l'œuvre a particulièrement travaillé la question du conflit et justement du retournement des « passions en action » (Clot, 2005, p269). En effet, Vygotsky nous dit que le « *comportement n'est à aucun moment une lutte qui s'apaise* », ce qui signifie finalement que « chacun de nous est plein, à chaque minute, de possibles non-réalisés » (Clot, ibid, p270). La clinique de l'activité a réinvesti cet apport en différenciant l'activité réalisée du réel de

l'activité, ce dernier comprenant, à la différence de la première, l'ensemble des activités impossibles, contrariées, non réalisées, … Vygotsky élabore en effet son concept de zone proximale de développement, laquelle ne se réduit aucunement à aider le sujet à faire ce qu'il avait prévu de faire mais bien au contraire (et bien plus loin à notre avis) à « créer un cadre *dans lequel le sujet va pouvoir réveiller l'impossible endormi dans sa propre activité* » (Clot, ibid, p270). Or, il nous semble que le dispositif d'innovation transitionnelle que nous proposons répond effectivement à de telles caractéristiques.

En accompagnant les acteurs internes dans le travail de re-formation des projets d'innovation (OT donnés par l'environnement) mis à l'épreuve du réel au-travers de l'étape de révélation de l'épaisseur du métier, le dispositif nous semble en effet particulièrement vecteur d'apprentissages, entendus au sens de Vygotsky comme « préparation à mener de façon autonome ce que le *sujet réalise d'*abord avec et dans la collaboration avec le chercheur » (Yvon et Clot, 2004, p19). L'espace transitionnel créé au sein du copil offre en effet un nouveau contexte, de nouveaux destinataires (membres du copil et intervenant) et une nouvelle temporalité qui implantent, ensemble, un cadre de « décontextualisation-recontextualisation [poussant] la répétition au-delà de la répétition*, [mobilisant] les acteurs sur un genre d'activité* qui les place une tête au-*dessus d'eux*-mêmes [et aboutissant finalement] au renversement des *sujets 'observés' [devenant] les observateurs de leur propre activité* ; [cette] expérience vécue faisant jour au développement de la conscience » (Yvon et Clot, ibid, p20). L'apprentissage permis au travers du processus d'innovation transitionnelle sera donc moyen du développement puis, dans un second temps, source du développement (Clot, 2005, p276). Enfin, l'ensemble de l'espace transitionnel reposant sur une activité de création-recréation fondamentalement ancrée dans le social (autant appréhendé comme communauté composée des acteurs de l'entreprise que comme métier ou encore espace travaillant à partir du langage), nous pouvons effectivement considérer que ce développement prend appui sur « la fonction du social dans la psychologie et le développement » et participe également à « *réveiller [le social] par l'activité* singulière » (Clot, ibid, p273), ceci au-travers de l'activité transitionnelle à l'œuvre au sein du copil et au-travers des analyses du travail.

Ainsi, au regard de l'ensemble de ces éléments, il nous semble possible de dire que le processus d'innovation transitionnelle constitue en lui-même une zone proximale de développement permettant potentiellement aux acteurs internes de dépasser les épreuves d'une démarche de prévention inscrite dans un processus d'innovation organisationnelle et ce faisant, de les amener de la connaissance à l'action transformatrice.

Nous pouvons modéliser un tel dispositif de la sorte :

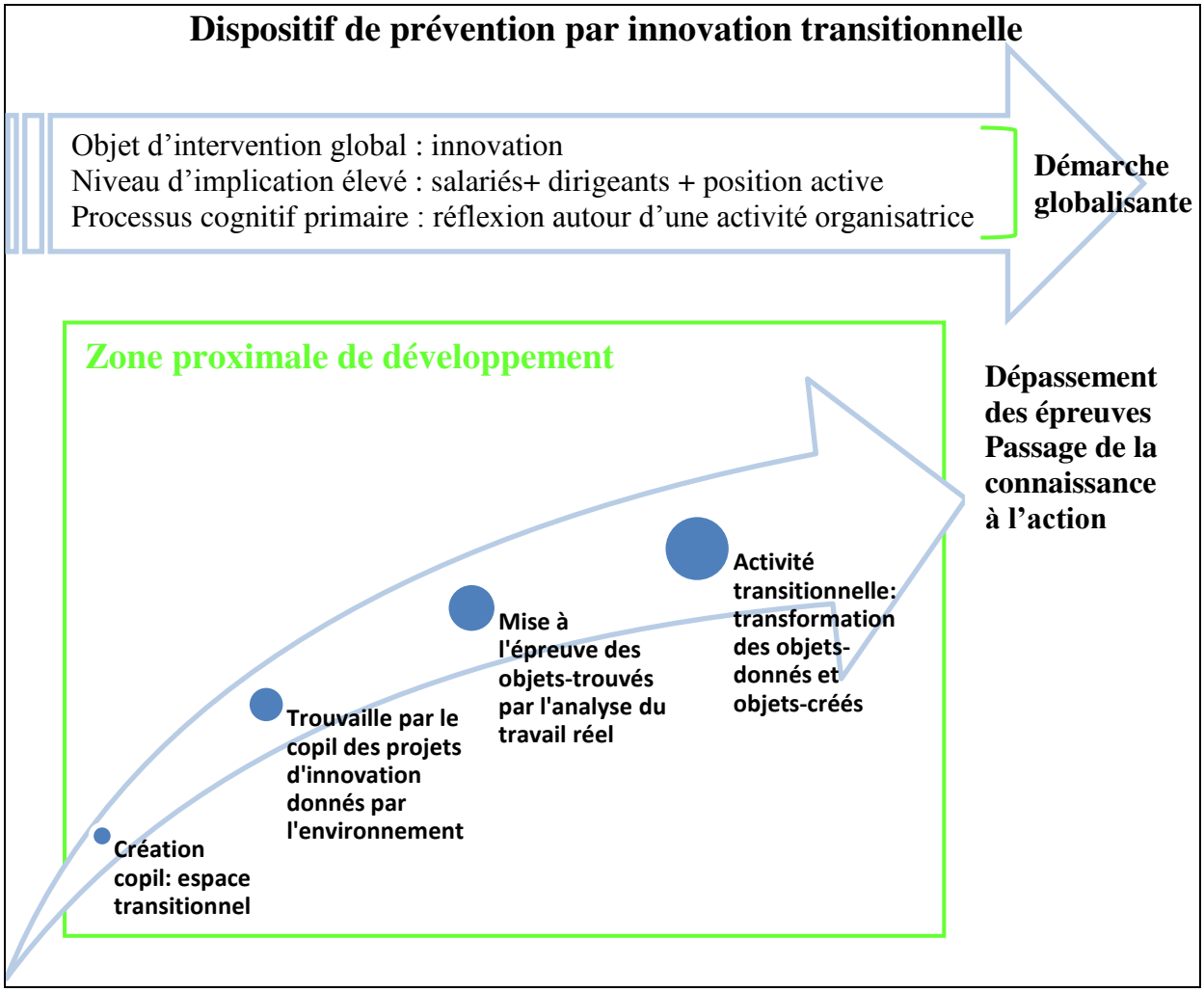


Fig. 2 : Modélisation du dispositif de prévention par innovation transitionnelle

Synthèse :

Les éléments théoriques mobilisés au cours de cette partie sont conséquents mais étaient nécessaires à *la proposition d'une théorisation du processus social constitué par le passage de la connaissance à l'action dans le cadre des démarches de prévention de* la santé psychique au travail.

En effet, cette transformation des interventions en termes d'évolution effective des situations de travail et d'implantation du dispositif semble représenter une butée pour la plupart des démarches alors même qu'elle n'est que peu abordée par les travaux scientifiques, si ce n'est pas le biais de quelques-unes sur *l'évaluation des dispositifs. Dès lors, nos travaux nécessitaient d'entreprendre cette étude. Nous y sommes parvenus par le biais de l'identification de modèles p*articuliers que nous avons nommé des modèles-cadres pour leur capacité à proposer une articulation spécifique entre une lecture de la dynamique santé-*travail et une méthodologie d'intervention. Une démarche narrative nous a permis d'analyser leurs similarités et divergences au travers de l'identification de dix catégories transversales, auxquelles nous avons ajouté des catégories spécifiques à l'implication des acteurs internes au fil du processus d'intervention. Forts de ces analyses, nous avons pu propose*r trois dimensions permettant de théoriser ce passage et de le rendre intelligible *: l'objet d'intervention, le niveau d'implication et enfin* le processus cognitif de prévention implanté auprès des acteurs.

L'étude détaillée de l'ensemble des modèles-cadres au travers de ces critères a confirmé la pertinence de notre démarche et nous a également progressivement amenés à proposer un nouveau modèle-cadre *construit autour d'un objet global possédant la capacité d'intégrer un maximum d'acteurs, notamment* les *dirigeants supérieurs et mettant ces acteurs activement au travail autour d'un processus cognitif de prévention primaire. Ce dispositif, que nous avons nommé d'innovation transitionnel*le, représente pour nous un dispositif de prévention globalisant.

Nous avons ensuite articulé ce cadrage théorique à une méthodologie *permettant d'accompagner les* acteurs au-travers des épreuves auxquelles *démarche de prévention primaire et processus d'innovation* expose*nt. Cette méthodologie, fondée sur le développement d'un*e activité transitionnelle, constitue une zone proximale de développement. A ces deux titres, elle est potentiellement source de santé, prépare *les acteurs à mener en autonomie ce qu'il*s vont *tout d'abord réaliser en* collaboration avec un tiers, leur permet *d'acquérir des* apprentissages moyens puis sources de développement, repose sur un *processus d'innovation émergente, permet* la prise en compte du travail réel et mobilise les acteurs *autour de la transformation effective des situations de travail et de l'évolution de l'organisation par le biais de la mise au travail de projets d'innovation également objets transitionnels.*

2.4 Problématique et hypothèses de recherche

Notre questionnement autour de l'intervention en prévention de la santé psychique au travail et des innovations à apporter aux dispositifs pour plus d'efficacité, nous a amenés à formuler l'interrogation suivante :

Quelle serait la nature d'un dispositif de prévention de la santé psychique qui se *donnerait à la fois comme objectif d'intéresser suffisamment les entreprises pour être considéré comme une ressource et amener le maximum d'acteurs internes, notamment les* dirigeants supérieurs, à intégrer son pro*cessus, et à la fois d'aboutir à une implantation* et à une transformation des situations de travail dans le temps ?

Pour y répondre, nous nous sommes questionnés sur les liens entre connaissance et action, et avons entrepris une revue narrative des interventions présentées dans la littérature scientifique. Nous nous sommes particulièrement intéressés à celles qui proposaient une articulation spécifique entre un cadre théorique lié à la dynamique santé-travail (connaissance) et un cadre méthodologique d'intervention (action). Nous avons ensuite réalisé une étude comparative de ces modèles-cadres en repérant leurs similarités et divergences puis en les regroupant en dix catégories transversales[1]. La mobilisation des acteurs internes est une autre caractéristique commune aux modèles d'intervention mais présentant des différences significatives : quatre types d'acteurs internes peuvent en effet être impliqués[2] au fil des interventions, et cette implication diverge en fonction de trois sous-catégories à savoir leur identité, leur rôle dans le processus et enfin le type de coopération créée. Après une étude fine de chacun des modèles-cadres via ces indicateurs, une démarche inductive construite à partir de ces regroupements cohérents de modèles-cadres hétérogènes, nous a permis de proposer une première théorisation du processus que nous tentons de rendre intelligible, à savoir celui du passage entre la connaissance et l'action. Nous l'avons conceptualisé au travers de trois grandes dimensions : le niveau d'implication, la nature de l'objet d'intervention et enfin le processus cognitif de prévention engendré. Le niveau d'implication d'une démarche renvoie à sa capacité à intégrer l'ensemble des acteurs des différents niveaux organisationnels au sein du processus. Il peut se mesurer au-travers de trois indicateurs que sont le nombre d'acteurs impliqués, leur présence

[1] L'origine considérée de la dégradation de la santé psychique et de l'apparition des RPS, l'approche théorique mobilisée, les grands objectifs d'intervention recherchés, la méthodologie, les méthodes, les étapes de l'intervention, la durée estimée, le type de résultats attendus, les apports, les limites.

[2] Les décideurs, les pilotes, les collaborateurs et les sujets.

durant les différentes étapes et enfin, le type de coopération à l'œuvre entre les acteurs. Ce potentiel d'implication du dispositif apparaît en effet un préalable indispensable à toute possibilité de maturation des acteurs sur les phénomènes qui nous intéressent. L'objet d'intervention est l'objet autour duquel la démarche se centre, ce sur quoi elle tente d'agir ou encore ce qu'elle essaie de faire évoluer. Selon la revue narrative entreprise, cet objet peut se révéler partiel à valence positive ou négative, ou global de la dynamique santé-travail. Un objet partiel est un objet qui n'aborde qu'un seul aspect de la dynamique entre santé et travail : soit les méfaits du travail sur la santé, il est alors partiel à valence négative, soit la promotion de la santé par le travail, il est alors partiel à valence positive. Un objet d'intervention est global dans la mesure où son étude permet aux acteurs de considérer l'ensemble de la dynamique santé-travail, tant dans sa dimension possiblement pathogène que dans sa dimension possiblement épanouissante. Enfin, cet objet tend à implanter un processus cognitif de prévention spécifique auprès des acteurs internes : un objet partiel à valence négative peut entrainer un processus cognitif que l'on peut qualifier de tertiaire si son étude amène à relever les dysfonctionnements/méfaits du travail, du management et/ou de l'organisation, à les présenter aux acteurs de l'entreprise puis à construire différentes actions visant à rétablir/(ré)aménager/transformer les situations de travail afin de réduire les dysfonctionnements et méfaits identifiés. Un objet partiel à valence positive peut, quant à lui, entrainer un processus cognitif de type secondaire, dont la logique est celle du développement des ressources. Or, étant donné l'objectif de résultats primaires poursuivi par toute démarche de prévention, il serait intéressant que le processus amène les acteurs à réfléchir directement sur l'évolution de l'organisation : ce serait alors un processus cognitif de prévention primaire. Niveau d'implication, objet d'intervention et enfin processus cognitif implanté sont ainsi les trois dimensions induites à partir de la comparaison systématique entre chacun des dix modèles-cadres d'intervention, et nous permettent de théoriser le passage de la connaissance à l'action. Etant entendu que les travaux entrepris autour de l'évaluation des dispositifs de prévention ont montré que leur efficacité dépend de la capacité à agir au niveau primaire mais également d'intégrer un maximum d'acteurs internes dans le processus, cette première théorisation nous permet progressivement de formuler des hypothèses relatives aux limites des dispositifs. Nous les résumons autour d'un premier ensemble d'hypothèses :

Hypothèse centrale n°1

Les limites des dispositifs de prévention de la santé psychique au travail trouvent leurs origines dans un faible niveau d'implication d'une part et dans la mobilisation des acteurs autour d'objets d'intervention partiels à valence négative d'autre part.

L'évaluation de la pertinence de ces propositions nécessitera la vérification d'un certain nombre d'hypothèses opérationnelles :

Sur la question spécifique de l'objet d'intervention tout d'abord (H1a), nous devrons vérifier que la majorité des dispositifs de prévention se centre effectivement sur des objets partiels à valence négative et implante un processus cognitif de prévention tertiaire chez les acteurs internes :

H1a.1 : La majorité des dispositifs de prévention mobilise les acteurs *autour d'objets partiels à valence négative.*

H1a.2 : La majorité des dispositifs de prévention implante un processus cognitif tertiaire chez les acteurs internes.

Sur la question spécifique du niveau d'implication (H1b), nous devrons ensuite vérifier que la majorité des dispositifs implique peu d'acteurs, notamment les dirigeants supérieurs.

H1b.1 : Peu d'acteurs internes sont impliqués dans la majorité des dispositifs de prévention et ces acteurs participent à peu d'étapes du processus d'intervention.

H1b.2 : Les dirigeants supérieurs sont peu impliqués dans la majorité des *dispositifs de prévention et participent à peu d'étapes du processus d'intervention.*

Enfin, nous devrons vérifier les impacts de ces dimensions quant à l'efficience des démarches (H1c). Pour ce faire, nous tenterons tout d'abord de vérifier qu'un haut niveau d'implication permet effectivement l'enrichissement des connaissances et des représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail sans toutefois parvenir, à lui seul (c'est-à-dire en étant combiné à une mobilisation des acteurs autour d'un objet partiel à valence négative), à aboutir

à une implantation du dispositif de prévention et une transformation durable des situations de travail.

H1c.1 : Un haut niveau *d'implication* permet d*'enrichir les connaissances* et les représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail.

H1c.2 : Un haut niveau *d'implication n'est pa*s suffisant pour aboutir à une implantation du dispositif de prévention et une transformation durable des situations de travail.

H1c.3 : Des dispositifs centrés sur un objet partiel à valence négative ne *permettent pas d'obtenir une implantation du disposi*tif ni une transformation durable des situations de travail.

Pour finaliser notre démonstration, un autre ensemble d'hypothèses concernera notre proposition d'un modèle de prévention par innovation transitionnelle, un nouveau modèle-cadre construit autour d'un objet global au sein d'un processus globalisant, possédant la capacité d'intégrer un maximum d'acteurs, notamment les dirigeants supérieurs et mettant ces acteurs au travail autour d'un processus cognitif de prévention primaire.

Hypothèse centrale n°2

Un dispositif d'innovation transitionnelle constitue un modèle d'intervention efficient en matière de prévention de la santé psychique au travail.

Nos travaux nous ont en effet amenés à rapprocher processus de prévention et processus d'innovation puis à considérer que le processus d'innovation rend compte des dynamiques structurelles des entreprises contemporaines. Nous avons ainsi formulé l'hypothèse selon laquelle une démarche de prévention inscrite dans un processus d'innovation organisationnelle pourrait devenir une ressource pour les acteurs internes, notamment les dirigeants supérieurs, non seulement parce qu'elle viendrait les soutenir dans les contraintes rencontrées au quotidien mais aussi parce qu'elle permettrait d'agir sur ces dynamiques et s'inscrirait en cela dans la durée. Pour autant, l'innovation n'étant pas nécessairement source de santé d'une part et les

processus de prévention et d'innovation exposant les acteurs internes à un ensemble d'épreuves que nous avons formulé d'autre part, il nous a semblé nécessaire d'articuler cette approche de la prévention des RPS à une méthodologie spécifique. Reposant sur le développement d'une activité transitionnelle, cette dernière a pour objectif de permettre aux acteurs de supporter ces épreuves par l'implantation d'une zone proximale de développement, d'entrainer des processus de créativité sources de santé et d'aboutir à une transformation des situations de travail et une implantation du dispositif de prévention. La vérification de la pertinence de ce nouveau modèle-cadre, nommé dispositif d'innovation transitionnelle, appelle à l'évaluation de diverses hypothèses opérationnelles, notamment quant aux trois dimensions conceptualisant le passage entre la connaissance et l'action :

Nous devrons en effet tout d'abord montrer sa capacité à entrainer un haut niveau d'implication, à engendrer un processus cognitif de prévention primaire et ainsi à mobiliser les acteurs sur la transformation des situations de travail et d'évolution de l'organisation :

H2.1 : Un dispositif d'innovation transitionnelle permet d'impliquer un maximum d'acteurs internes, notamment les dirigeants supérieurs, et de faire participer ces acteurs au processus d'intervention.

*H2.2 : Un dispositif d'innovation transi*tionnelle engendre un processus cognitif de prévention primaire et permet de mobiliser les acteurs sur la *transformation des situations de travail et l'évolution de l'organisation.*

Enfin, nous devrons montrer en quoi il représente un dispositif de prévention efficient, c'est-à-dire vérifier qu'il permet de protéger et de développer la santé psychique d'une part, mais aussi qu'il aboutit à une implantation du dispositif et à une transformation durable des situations de travail.

*H2.3 : Un dispositif d'innova*tion transitionnelle constitue un dispositif de prévention de la santé psychique.

H2.4 : Un dispositif d'innovation transitionnelle permet d'aboutir à une implantation du dispositif et à une transformation durable des situations de travail.

<table>
<tr><td colspan="4">Hyp. centrale n°1 : Les limites des dispositifs de prévention de la santé psychique au travail trouvent leurs origines dans un faible niveau d'implication d'une part et dans la mobilisation des acteurs autour d'objets d'intervention partiels à valence négative d'autre part</td></tr>
<tr><td>Sur l'objet d'intervention (H1a)</td><td colspan="2">H1a.1 : La majorité des dispositifs de prévention mobilise les acteurs autour d'objets partiels à valence négative.</td><td>H1a.2 : La majorité des dispositifs de prévention implante un processus cognitif tertiaire chez les acteurs internes.</td></tr>
<tr><td>Sur le niveau d'implication (H1b) :</td><td colspan="2">H1b.1 : Peu d'acteurs internes sont impliqués dans la majorité des dispositifs de prévention et ces acteurs participent à peu d'étapes du processus d'intervention</td><td>H1b.2 : Les dirigeants supérieurs sont peu impliqués dans la majorité des dispositifs de prévention et participent à peu d'étapes du processus d'intervention.</td></tr>
<tr><td>Sur l'impact de l'objet d'intervention et du niveau d'implication sur les résultats des démarches (H1c) :</td><td>H1c.1 : Un haut niveau d'implication permet d'enrichir les connaissances et les représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail.</td><td>H1c.2 : Un haut niveau d'implication n'est pas suffisant pour aboutir à une implantation du dispositif de prévention et une transformation durable des situations de travail.</td><td>H1c.3 : Des dispositifs centrés sur un objet partiel à valence négative ne permettent pas d'obtenir une implantation du dispositif ni une transformation durable des situations de travail.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Hyp. centrale n°2 : Un dispositif d'innovation transitionnelle constitue un modèle d'intervention efficient en matière de prévention de la santé psychique au travail.</td></tr>
<tr><td colspan="4">H2.1 : Un dispositif d'innovation transitionnelle permet d'impliquer un maximum d'acteurs internes, notamment les dirigeants supérieurs, et de faire participer ces acteurs au processus d'intervention.</td></tr>
<tr><td colspan="4">H2.2 : Un dispositif d'innovation transitionnelle engendre un processus cognitif de prévention primaire et permet de mobiliser les acteurs sur la transformation des situations de travail et l'évolution de l'organisation.</td></tr>
<tr><td colspan="4">H2.3 : Un dispositif d'innovation transitionnelle constitue un dispositif de prévention de la santé psychique.</td></tr>
<tr><td colspan="4">H2.4 : Un dispositif d'innovation transitionnelle permet d'aboutir à une implantation du dispositif et à une transformation durable des situations de travail.</td></tr>
</table>

Tableau 26 : Synthèse des hypothèses de recherche

Chapitre 3 : Cadre méthodologique

« La connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste n'est que de l'information »

Albert Einstein

« Ce n'est pas la conscience des hommes qui détermine leur existence, c'est au contraire leur existence sociale qui détermine leur conscience »

Karl Marx

Résumé :

Ce chapitre est consacré à la méthodologie élaborée pour répondre à nos hypothèses. Pour ce faire, nous présenterons tout d'abord le cadre épistémologique qui sera le notre : en déportant notre regard de la méthodologie d'intervention vers les interactions entre les acteurs internes et le processus d'intervention, nous avons en effet fait des choix qui portent à conséquence sur le champ méthodologique. Aussi, après nous être situés dans le cadre de la recherche sur les systèmes complexes en science sociale, nous présenterons la manière dont nous nous y sommes pris pour rendre intelligible le processus social qui nous intéresse, à savoir celui du passage de la connaissance à l'action dans le cadre des démarches de prévention de la santé psychique au travail. Trois études réalisées sur des terrains différents seront successivement détaillées ainsi que la méthodologie construite pour répondre à des hypothèses chaque fois spécifiques. Pour autant, leur combinaison ne perdra pas de vue cette intelligibilité et permettra d'aboutir à une représentation globale du processus, à une identification de ses caractéristiques générales mais aussi spécifiques et enfin d'observer les effets de diverses articulations des trois dimensions qui nous intéressent (l'objet d'intervention, le niveau d'implication et le processus cognitif de prévention) sur les effets des démarches. Nous expliquerons ainsi en quoi l'ensemble de ce dispositif scientifique nous semble entrer dans le cadre de la recherche fondamentale de terrain.

3.1 Cadre épistémologique

3.1.1 Interventions en situation réelle et recherche en sciences sociales

Les travaux théoriques entrepris autour de l'amélioration des dispositifs de prévention de la santé psychique au travail nous ont amenés à nous intéresser à la question du passage de la connaissance à l'action puis à proposer trois dimensions ayant toutes un lien avec la manière dont les acteurs internes se saisissent ou peuvent se saisir de la démarche. En effet, l'objet d'intervention renvoie à ce que ces derniers vont discuter et tenter de faire évoluer ; le niveau d'implication concerne leur participation au fil du processus d'intervention ; enfin, le processus cognitif de prévention implanté renvoie quant à lui, à la manière dont ils sont amenés à réfléchir aux axes de transformation. Nous avons donc progressivement déporté notre regard de la méthodologie d'intervention vers les enjeux entourant l'interaction entre les acteurs internes et le processus d'intervention. L'intérêt pour cette interaction nous a ensuite amenés à réfléchir aux contraintes rencontrées par les entreprises contemporaines ainsi qu'aux épreuves auxquelles les interventions peuvent exposer les acteurs. Finalement, nous avons proposé un nouveau modèle-cadre inscrivant la démarche de prévention dans un processus d'innovation transitionnelle, considérant qu'un tel dispositif constitue une ressource pour les acteurs internes, notamment les dirigeants supérieurs, non seulement parce qu'il les soutiendrait dans les contraintes rencontrées au quotidien mais aussi parce qu'il agirait sur ces dynamiques et s'inscrirait en cela dans la durée.

Au regard de ces éléments, il nous semble possible de rapprocher notre démarche des recherches des sciences sociales portant sur les systèmes complexes et ayant pour objectif « *d'établir des connaissances approfondies pour provoquer des changements importants* et pérennes » (Liu, 1997, p54). En effet, nous partageons tout d'abord avec celles-ci, une préoccupation pour la transformation effective des situations (de travail nous concernant), une préoccupation qui engendre en elle-même une double nécessité : celle d'expérimenter en situation réelle d'une part et celle de tenir compte des individus de cette situation d'autre part. En effet, « *les solutions concernent les usagers dans leur vie quotidienne [...]*. Par voie de conséquence, [les personnes] sont intéressées au *premier chef à l'élaboration des solutions et elles s'y engageront dans la mesure où elles estimeront qu'elles peuvent avoir une influence*

sur les décisions à prendre et que cet engagement ne présente de danger majeur ni pour elles, ni pour leurs intérêts ». De ce fait, même si « toute intervention comprend des individus qui *poursuivent des intérêts et des objectifs contradictoires voire antagonistes, […] toute solution* doit être partiellement acceptée pour réussir car les usagers devront prendre une part plus ou moins importante, mais essentielle*, pour les mettre en œuvre* » (Liu, ibid, p67 à 71). Rappelons aussi que les RPS constituent des sujets sensibles sur lesquels la discussion entre acteurs internes n'est pas naturelle, caractéristique que l'on retrouve également dans les travaux portant sur l'expérimentation en situation réelle dans lesquels les « problèmes se manifestent au travers *des symptômes [et où] l'exigence la plus paradoxale en apparence est celle qui consiste à faire* travailler ensemble des parties en désaccord » (Liu, ibid, p67 à 69). Ces spécificités sont de celles qui ont fondé le cadre de la recherche-action tant elles obligent à agir de manière participative, aussi bien du point de vue de l'efficience de la démarche, que du point de vue éthique : « la recherche-*action, puisqu'elle agit sur des individus, doit se préoccuper de ceux-ci. Elle doit par exemple respecter leur autonomie, leur intimité et l'estime qu'ils ont d'eux-*mêmes. Nous irions contre cette valeur si nous utilisions nos sujets comme des moyens pour une autre fin, y compris celle de contribuer à leur bonheur futur » (Sanford, 1970). Au-delà de la concordance avec notre propre éthique, un tel positionnement nous semble particulièrement faire écho à notre intérêt concernant les contraintes rencontrées par les entreprises ou encore les épreuves auxquelles les démarches de prévention peuvent exposer. Par ailleurs, on retrouve bien dans ce cadre de recherche, l'enjeu de l'interaction entre les acteurs et le processus d'intervention, un enjeu que nous avons placé au cœur de notre travail.

Cependant, se situer dans le cadre de l'expérimentation en situation réelle et de l'approche participative pose des problèmes nouveaux puisque le fait ou le processus social ; appréhendé dans l'ensemble de ses dimensions plutôt que réduit à quelques caractéristiques étudiées isolément ; y est nécessairement complexe. De même, puisque l'intervention laisse place aux individus concernés, il est clair que les résultats dépendent pour une part de leur implication et ne pourront donc être déterminés a priori. L'expérimentation en situation réelle oblige ainsi à rejeter les recettes, techniques ou méthodes[1] pour recourir au cadre de la démarche. « Une *démarche ne s'oppose ni aux métho*des, ni aux techniques, ni aux modes opératoires, bien au

[1] La recette est un mode opératoire, c'est-à-dire une description de suites d'activités. Une technique provient d'un ensemble de connaissances lié à une science fondamentale et établissant un lien de causalité entre un résultat et des conditions suffisantes pour qu'il soit atteint. Une méthode est un ensemble de règles réfléchies et expérimentées qui, si elles sont correctement appliquées, garantissent la validité des résultats obtenus vis-à-vis d'un certain nombre de critères. (Liu, ibid, p 79 à 81)

contraire, elle les utilise, mais elle n'en est pas prisonnière. […] Le pilote [y] évalue constamment les savoir-*faire qu'il utilise par rapport à la finalité qu'il poursuit et en fonction* de la situation dans laquelle il se trouve » (Liu, ibid, p82). Le chemin utilisé en recherche-action est donc pensé en fonction de la finalité poursuivie. En ce sens, il s'agit « *d'un processus de réalisation d'une finalité dans lequel les acteurs possèdent une trè*s grande autonomie pour définir le cheminement et les moyens utilisés » (Liu, ibid, p83). Enfin, cette finalité étant l'obtention d'une transformation, les singularités des situations auront autant d'importance que leurs déterminants structurels dans la mesure où elles infléchiront tout autant sur leur évolution. Ainsi, « *la notion de cause unique, directe et linéaire disparait […] car chaque évènement étant* appréhendé dans sa complexité, les relations entre les évènements procèdent de multiples sources, il*s s'effectuent selon des modalités où peuvent intervenir des rétroactions et des* interactions multiples » (Liu, 1997, p98-99). De même, la démarche est nécessairement subjective puisqu'elle dépend de la situation antérieure mais également des interactions entre les individus d'une part et entre les individus et l'intervenant d'autre part.

3.1.2 Conséquence sur l'élaboration scientifique

Nous définissons l'élaboration scientifique d'un phénomène comme « un ensemble *d'informations et de pratiques qui permettent de rendre ce phénomène intelligible, d'en prévoir les développements (prévision) et d'exercer un certain degré d'influence* sur son évolution (faisabilité) » (Liu, ibid, p115). Or, dans le cadre de l'intervention en situation réelle, la question de l'élaboration scientifique évolue nécessairement dans la mesure où le modèle d'intelligibilité des sciences dures ne peut s'appliquer : « Dans les sciences sociales, le schéma *de la cause efficiente ne s'*applique *plus car un phénomène social peut provenir d'un très grand nombre de déterminants non identifiables. De plus, la cause et l'effet peuvent co*-exister, la causalité devient c*irculaire, c'est*-à-*dire que l'effet peut réagir sur la cause et la liaison entre* cause et effet devient instable » (Liu, ibid, p122). L'intelligibilité, la prévision et la reproduction s'établissent donc de manière spécifique.

Dans notre travail, ce que nous souhaitons rendre intelligible concerne le processus social du passage de la connaissance à l'action dans le cadre d'une démarche de prévention de la santé psychique au travail. Pour ce faire, il nous faut donc établir une représentation qui rende ce passage globalement intelligible, c'est-à-dire théoriser sa compréhension de manière à ce que

de nouvelles études plus précises ne viennent pas la remettre en cause. Ce sera l'objectif de notre première étude : une enquête quantitative réalisée auprès des professionnels des SST nous permettra de recueillir des données concernant les caractéristiques des démarches de prévention collectives des RPS conduites sur le terrain. Nous viserons ainsi la confirmation empirique des trois dimensions proposées pour théoriser le passage de la connaissance à l'action.

Dans un second temps, il sera nécessaire d'établir les caractéristiques pertinentes pour rendre compte de ce passage puis de différencier parmi elles, les caractéristiques générales des caractéristiques spécifiques. Notre travail visant l'amélioration des dispositifs de prévention de la santé psychique au travail, nous établirons cette pertinence au regard de l'efficience des démarches, efficience elle-même définie à partir de critères établis au cours de notre travail théorique : l'implication obtenue des acteurs internes au fil du processus d'intervention, l'évolution des connaissances et des représentations de ces dernier et bien entendu, l'évolution effective des situations de travail et enfin l'implantation du dispositif de prévention. L'étude n°1 nous apportera les premiers éléments de réponse en nous permettant d'observer l'existence de relations significatives entre les trois dimensions que sont l'objet d'intervention, le niveau d'implication et le processus cognitif de prévention d'une part, et les critères d'efficience des démarches d'autre part. Choisir une étude quantitative nous offrira également un moyen de distinguer plus facilement les éléments généraux des éléments spécifiques. Pour autant, nous l'avons vu, l'expérimentation en situation réelle dépendant des interactions entre intervenant et usagers et rompant avec le schéma déterministe cause-effet, il est clair que notre recherche nécessite d'aller au cœur du terrain pour parvenir à « une connaissance intime de la situation ainsi que des acteurs » (Liu, ibid, p75). Nous compléterons donc notre dispositif par deux interventions en situations réelles.

Ces deux études nous permettront d'affiner nos résultats concernant la distinction entre éléments généraux et spécifiques mais également d'achever notre élaboration scientifique en établissant leurs articulations. Ainsi, l'étude n°2 consistera en la réalisation d'une intervention dans laquelle nous transformerons une enquête quantitative classique des RPS de façon à l'inscrire dans un dispositif de coopération organisationnelle. Cette recherche-action nous offrira ainsi un moyen d'observer les conséquences d'une articulation entre haut niveau d'implication et objet d'intervention partiel à valence négative sur l'efficience d'une démarche de prévention. Enfin, l'étude n°3 consistera en une dernière recherche-action dans laquelle nous

réaliserons une démarche de prévention conduite dans le cadre d'un processus d'innovation transitionnelle. Nous pourrons ainsi observer les effets d'une articulation entre objet d'intervention global, haut niveau d'implication et processus cognitif de prévention primaire sur l'efficience de la démarche.

Nous pouvons modéliser notre démarche scientifique comme ci-après :

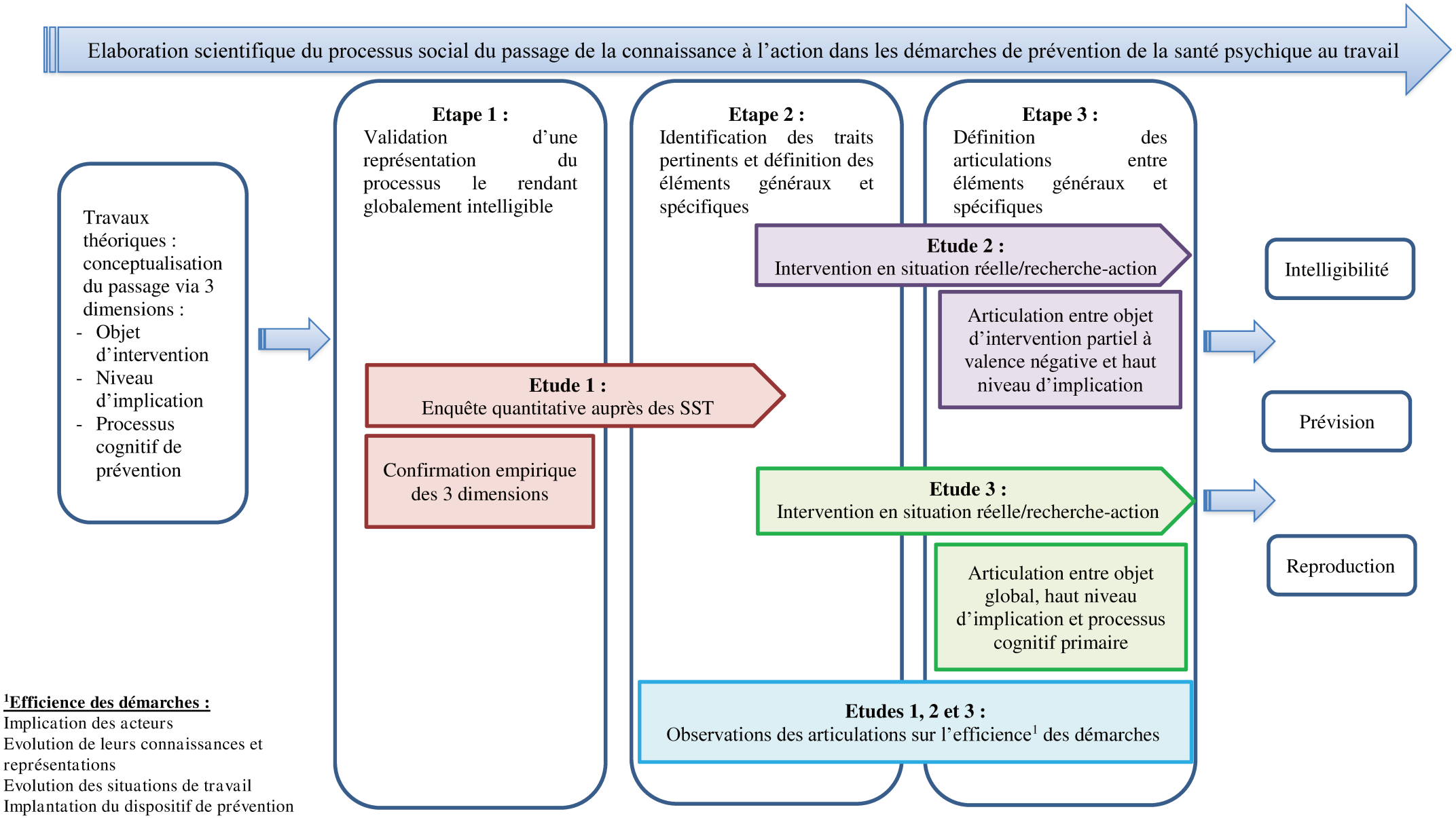


Fig. 3 : Modélisation *de l'élaboration scientifique de la thèse*

3.1.3 Combinaison des terrains et inscription dans le cadre de la recherche fondamentale de terrain

Pour conduire notre travail de thèse et mener à bien les trois études nécessaires à son élaboration scientifique, nous avons successivement occupé deux terrains. Professionnelle de notre état, nous avons combiné lieux d'exercice et lieux de recherche, en conditionnant toujours notre embauche à la poursuite de nos travaux. Le premier terrain (T1) est une collectivité territoriale et plus particulièrement un service de santé autonome dans lequel nous exercions la fonction de chef de service d'une équipe pluridisciplinaire de treize professionnels de la santé au travail[1]. Nous y avons conduit l'étude n°2 auprès d'une population particulière d'agents territoriaux exerçant dans les collèges de la collectivité. Le second terrain (T2) est un service de santé interentreprises dans lequel nous avons été recrutée en tant que psychologue du travail. Nous y avons réalisé l'étude n°3 auprès d'un institut de formation. Les deux postes ont été occupés à temps plein. Trois années ont été passées sur le premier, deux années sur le second (nous exerçons d'ailleurs toujours nos fonctions au sein de cette dernière équipe). Enfin, l'étude n°1 consistant en la réalisation d'une enquête auprès des professionnels des SST de France et non en une intervention en situation réelle, nous n'avions pas besoin d'un terrain et l'avons menée en parallèle de notre emploi. Nous y avons davantage mobilisé notre identité de doctorante membre d'un laboratoire de recherche.

Postures utilisées	Terrains investis	Populations visées	Démarches menées	Nature de l'étude
Doctorante		Intervenants en prévention des RPS dans les SST de France	Etude n°1	Enquête par questionnaire
Chef de service SSTA/doctorante	Collectivité territoriale	Agents territoriaux exerçant dans des collèges	Etude n°2	Recherche-action
Psychologue du travail en SSTI/doctorante	Association de secteur privé	Salariés d'un institut de formation	Etude n°3	Recherche-action

Tableau 27 : Origines des matériaux de recherche

[1] Un ingénieur en prévention, deux conseillers en prévention, un formateur sauveteur secouriste du travail et formateur prévention des risques liés à l'activité physique, deux assistants sociaux, deux psychologues du travail, deux infirmiers en santé au travail, deux assistants administratifs, un adjoint.

L'ensemble de notre démarche relève, selon nous, de la recherche fondamentale de terrain. En effet, Clot souligne qu'il « vaut mi*eux appeler un milieu de travail qu'un terrain de recherche»* (1995, p16) et décrit la psychologie du travail « comme une tension [entre] science et art de la *pratique [qui] ne sont jamais que les deux termes entre lesquels l'activité de l'analyste du* trava*il établit le lien d'un va*-et-vient » (p17). Il attribue ainsi à la recherche de terrain un caractère fondamental par opposition à la démarche expérimentale qui, par une éviction de l'imprévisible, élimine « ce qui est fondamental, renonce à expliquer *l'essentiel : le développement de l'activité humaine* » (Clot, 2008-b, p68). La combinaison entre nos trois études nous a en effet permis de « multiplier et tester les possibles, [de] pousser le réel dans ses retranchements, [et] finalement [de] chercher les limites de *l'action pour les faire reculer*» (Clot, ibid, p2). En ce sens, notre positionnement nous semble garantir une appréhension objective de la réalité de l'art de la pratique mais aussi faire œuvre de science, chacune de nos démarches aussi bien théoriques que méthodologiques pouvant se rattacher à une volonté de « travailler patiemment à cette « explication » [pour] se préparer à « comprendre » ce qui *arrive en situation d'intervention [tout en] prenant le temps de s'affranchir du terrain, en* trans*formant l'action de terrain en moyen de recherche* » (Clot, ibid, p3).

3.2 Méthodologie

Notre cadre épistémologique étant posé, nous allons désormais nous attacher à présenter précisément le dispositif méthodologique élaboré pour répondre à nos questionnements et hypothèses.

3.2.1 L'enquête dans les services de santé au travail

3.2.1.1 Ambition de l'étude

Pour interroger les liens entre connaissance et action et proposer des améliorations aux dispositifs d'intervention en matière de prévention de la santé psychique au travail, nous avons débuté notre travail en réalisant une revue narrative, laquelle nous a permis d'identifier certains modèles d'intervention, spécifiques par l'articulation proposée entre une approche de la dynamique santé-travail (connaissance) et une méthodologie d'intervention (action). En procédant à l'analyse des similarités et des divergences de ces dix modèles-cadres, nous avons défini des catégories transversales qui nous ont permis, par démarche inductive, de proposer

une première théorisation du passage entre connaissance et action. L'objet d'intervention, le niveau d'implication et enfin le processus cognitif de prévention implanté auprès des acteurs internes sont les trois dimensions que nous avons retenues pour rendre intelligible ce processus social. A partir de cette représentation globale, nous avons été en mesure d'émettre des hypothèses permettant d'expliciter les limites des démarches de prévention (hypothèse centrale n°1) mais aussi d'induire les conditions d'une plus grande efficience (hypothèse centrale n°2). Dans le cadre du cheminement scientifique développé autour de trois études, la première permettra particulièrement d'identifier les éléments pertinents pour appréhender ce processus, de distinguer les caractéristiques générales des singulières puis de débuter le travail permettant de saisir les effets des articulations sur l'efficience des démarches. Plus précisément, cette première étude se situe au cœur notre première hypothèse centrale ; une hypothèse considérant que les limites des dispositifs de prévention trouvent leurs origines dans un faible niveau d'implication d'une part et dans la mobilisation des acteurs autour d'objets partiels à valence négative d'autre part. Ainsi, afin de vérifier cette affirmation mais aussi, au préalable, de valider la pertinence empirique des trois dimensions proposées pour rendre intelligible le passage de la connaissance à l'action, nous avons été amenés à réaliser la première enquête nationale à destination des SST portant sur les démarches de prévention de la santé psychique.

Parmi les hypothèses que nous avons formulées, cette première étude vise à répondre aux points suivants :

Hyp. centrale n°1 : Les limites des dispositifs de prévention de la santé psychique au travail trouvent leurs origines dans un faible niveau d'implication d'une part et dans la mobilisation des acteurs autour d'objets d'intervention partiels à valence négative d'autre part			
Sur l'objet d'intervention (H1a)	H1a.1 : La majorité des dispositifs de prévention mobilise les acteurs autour d'objets partiels à valence négative.	H1a.2 : La majorité des dispositifs de prévention implante un processus cognitif de prévention tertiaire chez les acteurs internes.	
Sur le niveau d'implication (H1b) :	H1b.1 : Peu d'acteurs internes sont impliqués dans la majorité des dispositifs de prévention et ces acteurs participent à peu d'étapes du processus d'intervention.	H1b.2 : Les dirigeants supérieurs sont peu impliqués dans la majorité des dispositifs de prévention et participent à peu d'étapes du processus d'intervention.	
Sur la question de l'impact de l'objet d'intervention et du niveau d'implication sur les résultats des démarches de prévention (H1c)	H1c.1 : Un haut niveau d'implication permet d'enrichir les connaissances et les représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail.	H1c.2 : Un haut niveau d'implication n'est pas suffisant pour aboutir à une implantation du dispositif de prévention et une transformation durable des situations de travail.	H1c.3 : Des dispositifs centrés sur un objet partiel à valence négative ne permettent pas d'obtenir une implantation du dispositif ni une transformation durable des situations de travail.

Tableau 28 ***: Hypothèses testées dans l'étude n°1***

En dehors du questionnement spécifique à notre objet de recherche, cette étude porte aussi l'ambition de produire des données relatives aux pratiques des SST. En effet, alors que de nombreux travaux de recherche visent à enrichir les modèles d'intervention pour répondre aux limites constatées, il est assez étonnant d'observer que très peu ont étudié les pratiques mises en œuvre sur le terrain par les SST. Pourtant, ces acteurs représentent les premiers interlocuteurs des employeurs en matière de prévention, sont aux prises depuis des années avec les manifestations des RPS dans les entreprises, ont enrichi leurs équipes pour y répondre (notamment au travers de la réforme de la pluridisciplinarité) et ont développé des plans d'actions pour les prévenir (au travers des plans nationaux santé-travail, déclinés en plans régionaux puis en projets de service dans chacun des SST). Ainsi, il nous semble qu'il réside à cet endroit, un réel de l'intervention dont l'analyse pourrait enrichir les travaux théoriques. D'autre part, il nous apparaît nécessaire de comprendre les pratiques des professionnels des SST dans la mesure où ils sont des acteurs clés pour l'application, la diffusion et la généralisation de méthodologies de prévention de la santé psychique. Rappelons en effet que toutes les entreprises ont l'obligation d'assurer la surveillance médicale de leurs salariés et doivent à ce titre, cotiser auprès d'un SST : le médecin du travail, épaulé par son équipe pluridisciplinaire, assure cette surveillance, conseille l'employeur en matière de prévention, est membre de droit des CHSCT, … Il nous semble ainsi qu'aucune méthodologie de prévention ne pourrait se donner comme objectif d'améliorer la santé psychique au travail sans inclure les SST dans sa réflexion. Car en effet, si ce que nous recherchons in fine est bien la réduction des maux du travail, alors il est essentiel de s'inquiéter de la diffusion des pratiques de prévention, et donc des acteurs les plus à même de s'y appliquer. Nous pensons que les SST sont de ceux-là.

3.2.1.2 Population

Il existe trois formes distinctes de SST : Le STTA, également appelé d'entreprise ou d'établissement, est implanté au cœur d'une entreprise publique ou privée. Son équipe prend donc en charge les salariés d'un unique employeur. Le SSTI est un organisme indépendant à but non lucratif administré par un président dont le périmètre d'intervention est validé tous les cinq ans par le directeur régional du travail et de l'emploi. Il comprend différentes équipes pluridisciplinaires coordonnées par plusieurs médecins du travail, équipes qui interviennent auprès de l'ensemble des employeurs du territoire sur lequel le SSTI est compétent. Enfin, dans

la fonction publique territoriale, l'employeur a également la possibilité d'adhérer à un centre de gestion assurant parmi d'autres missions, celle de la santé au travail. Dans le secteur privé, on parle de médecin du travail alors que l'on parle de médecin de prévention dans le secteur public, bien qu'ils réalisent les mêmes missions. Pour simplifier la lecture, nous utiliserons indifféremment le terme de médecin du travail pour qualifier les deux fonctions.

En 2009, on estimait à 612, le nombre de SSTA et 292 le nombre de SSTI. La taille de ces services est très variable, certains suivant 10 000 salariés tandis que d'autres assurent leurs missions auprès de 100 000 voire 1 million de salariés (Commission des Affaires Sociales, 2012). Pour exemple, le SSTA dans lequel nous avons exercé trois ans avait en charge environ 2 500 agents territoriaux. Le SSTI dans lequel nous travaillons aujourd'hui couvre environ 100 000 salariés pour 12 500 employeurs. Le ratio SSTA/SSTI, largement en faveur des SSTA, ne représente pas la réalité de la prise en charge des salariés français puisqu'on estime que 90% d'entre eux ont à faire à un SSTI[1]. Cet écart s'explique par plusieurs facteurs, notamment la grande majorité des TPE et PME parmi les employeurs ou encore par le 'faible' nombre de salariés pris en charge dans les SSTA en comparaison des SSTI.

Différents professionnels exercent au sein des SST : les médecins du travail (MDT) tout d'abord ainsi que des infirmiers en santé au travail (IDEST), des assistants de service de santé au travail (ASST) et enfin des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP). Ces derniers assurent des missions de diagnostic, de conseil et d'appui auprès du médecin. On y recense généralement des psychologues du travail, des psychologues cliniciens, des ergonomes, des ingénieurs ou techniciens hygiène santé et environnement (HSE), des conseillers ou des techniciens en prévention des risques professionnels (CPRP), des toxicologues, des épidémiologistes ou toute autre profession dont les services de santé estiment avoir besoin pour remplir leurs missions. A leurs côtés se trouve parfois un service social du travail. Si l'on peut logiquement estimer à qui les démarches ou actions en faveur de la prévention de la santé psychique au travail ne seront pas confiées (les toxicologues par exemple), il n'est pas possible de savoir avec certitude, quels types de professionnels agissent dans ce champ : le psychologue du travail et psychologue clinicien sans doute en priorité lorsqu'ils existent mais aussi les MDT à des degrés d'implication plus ou moins élevés tout comme les ingénieurs et techniciens HSE,

[1] Plusieurs types de services de santé au travail. Revue antousanté.com. Repéré à : http://www.atousante.com/sante-travail/services-sante-travail/deux-types-services-sante-travail/

les CPRP, les ergonomes, les épidémiologistes ou encore les assistants sociaux ou les ASST. Notre enquête ne devra donc pas viser une profession en particulier.

En 2016, la France comptait 5 524 médecins du travail[1] (avec des temps de travail variables). Il n'existe pas, à notre connaissance, de données permettant de connaître le nombre d'autres professionnels de la santé au travail exerçant à leurs côtés. Par ailleurs, nous n'avons pas été en mesure de trouver, même auprès de la Direction Générale du Travail (DGT), de liste exhaustive recensant l'ensemble des SST sur le territoire. Ces données existent au niveau régional auprès des Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) sous la responsabilité des MIRTMO. Malgré nos efforts pour contacter ces derniers (coordonnées très difficilement identifiables), nos démarches auprès de la DGT mais aussi auprès de la DARES, nous n'avons pas pu obtenir la liste des SST. Cette difficulté laisse entrevoir le peu de coordination existant entre les services. Seul le CISME[2] apparaît comme un organisme officiel représentant les SSTI en fédérant 270 SSTI et en intervenant au nom de ces derniers dans les débats les concernant. Au niveau régional, des associations ou structures regroupant les SST commencent à voir le jour (PARSAT[3] en région Rhône-Alpes Auvergne par exemple) mais ces initiatives restent relativement locales. Par ailleurs, les membres des SST n'ont aucune obligation d'y participer ni même de s'y intéresser. Concernant plus particulièrement les SSTA, aucune structure ne les regroupe à notre connaissance. Dans le seul champ de la santé psychique au travail, quelques associations[4] existent mais leurs champs d'action et leur capacité à fédérer demandent encore à être développés.

Pour résumer les données disponibles à propos de notre population, nous pouvons retenir qu'elle comprend des membres de SSTA et de SSTI (dont des centres de gestion), qu'elle s'adresse à un ensemble de professionnels de la santé au travail dont il n'est pas possible de connaître le nombre exact et enfin que ces services ne sont que très peu organisés en réseau. L'ensemble de ces points constitue des freins importants à la réalisation d'une enquête. Pour autant, ils sont aussi cohérents avec notre contexte, c'est-à-dire le peu d'études menées auprès

[1] Chiffres clés médecins du travail. Revue profilmédecin.fr. Repéré à : http://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-du-travail/

[2] http://www.cisme.org

[3] http://www.parsat-ra.fr

[4] L'association Reliance et Travail par exemple (www.reliance-et-travail.com)

de ces services et une réforme de la pluridisciplinarité relativement récente, venant rompre avec le modèle historique d'une santé au travail conduite en totale indépendance par le médecin du travail. Rappelons également que notre enquête est la première consultation nationale auprès de ces professionnels, ce qui indique qu'ils n'ont que peu l'habitude de démarches de réflexions nationales.

3.2.1.3 Méthode

Cadrage du questionnaire :

Etant donnée notre volonté de recueillir des données relatives aux démarches de prévention conduites sur le terrain, nous avons choisi de réaliser une enquête par questionnaire. Il s'agit à la fois d'une démarche déductive (visant à confirmer ou infirmer nos hypothèses) et d'une démarche descriptive (cherchant à répondre à notre besoin d'informations concernant les caractéristiques des démarches de prévention). Nous souhaitons donc mettre à plat ces données à un instant T en procédant par un questionnaire autoévalué, notre ambition étant d'amener les membres des services de santé conduisant des démarches de prévention des RPS à expliciter les méthodologies qu'ils utilisent.

La construction de notre échantillon a été problématique dans la mesure où nous ne disposons pas de données fiables quant à notre univers d'enquête. En effet, la méthode par quotas est obsolète car, si nous savons quelles sont les proportions de SSTI et de SSTA, nous ne pouvons estimer le nombre de professionnels conduisant des démarches de prévention des RPS. Nous avons donc décidé de procéder par méthode aléatoire tout en communiquant l'enquête auprès du plus grand nombre possible de SST, de réseaux ou d'acteurs liés à la santé au travail.

Phase de pré-enquête :

La construction d'un questionnaire renvoie à des contraintes particulières, difficultés majorées dans notre cas car nous avons constaté que notre population cible n'a pas coutume de répondre à des enquêtes. Par ailleurs, aucune autre démarche n'étant venue questionner jusqu'alors les caractéristiques des interventions déployées, il était fort probable que nos interrogations soient de nature à poser des questions inédites à nos répondants, entrainant ainsi un coût cognitif pourtant opposé, on le sait, à un taux de retour satisfaisant. A ces difficultés relatives au succès de notre enquête, le manque de données augmente aussi le risque de proposer une représentation

de la réalité de l'intervention qui ne soit pas celle des professionnels que nous visons. Notre appartenance à ce monde professionnel nous a d'ailleurs semblé majorer ce risque puisqu'il nous ôte toute possibilité de porter un regard naïf sur le sujet. Pour toutes ces raisons, aussi bien de scientificité, de méthode que de contexte, nous avons débuté notre étude par une étape de pré-enquête combinant deux approches : l'étude de travaux portant sur l'évaluation des démarches de prévention afin d'identifier leurs principales phases d'une part, des entretiens auprès d'un échantillon de notre population cible d'autre part.

Les entretiens de pré-enquête poursuivent l'objectif principal de co-construire, au sens de Blanchet et coll. (1987), le monde nécessaire à la communication spécifique à la passation du questionnaire, ceci afin d'être sûr que la question comprise par les répondants est la même que celle qui est posée. Il est en effet « *nécessaire pour chacune des questions que l'on construit*, de savoir avec précision comment le même problème se pose pour les enquêtés, quelles représentations y sont attachées et quels champs de réponse sont possibles » (Harvatopoulos et coll., 1989, p61). Pour ce faire, nous avons opté pour des entretiens semi-directifs, ce type d'entretien nous permettant d'amener nos interlocuteurs à aborder des thématiques correspondant à nos interrogations tout en laissant une large place à l'expression libre. Etant donné le manque de connaissance sur notre population cible et la grande variété des professionnels pouvant agir dans le champ de la prévention de la santé psychique, nous ne pouvions espérer obtenir autant d'entretiens que de profils d'intervenants. Dans ce contexte, nous avons donc choisi de nous centrer sur les professionnels qui semblaient les plus concernés par les démarches de prévention des RPS, de combiner les différentes formes de SST et de nous arrêter dès lors qu'un certain niveau de contenu se répèterait. Par ailleurs, nous avons veillé à construire une grille d'entretien qui ne porte pas sur questions précises de méthodologie mais sur des axes relativement larges. Nous ne souhaitions en effet pas entrer dans la pratique en tant que telle mais plutôt comprendre les grandes articulations des démarches de prévention. Nous avons ainsi construit une grille d'entretien composée de cinq thématiques.

Thématiques	Questions formulées
La nature des démarches de prévention des RPS	Q1 : Généralement, sur quoi portent les interventions RPS que vous êtes amenés à réaliser ?
La méthodologie des démarches de prévention des RPS	Q2 : Quelles en sont les grandes étapes ?
L'implication des acteurs internes	Q3 : Pourriez-vous me parler de l'implication des différents acteurs de l'entreprise dans le processus d'intervention ?
L'implication des dirigeants supérieurs	Q4 : Que pourriez-vous me dire de l'implication des dirigeants supérieurs ?
Les difficultés rencontrées	Q5 : Finalement, quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?

Tableau 29 : Grille des entretiens de la pré-enquête *de l'étude n°1*

Nous avons réalisé des entretiens auprès de neuf professionnels des SST selon la répartition suivante :

	MDT	IDEST	Psychologues du travail	Totaux
SSTA	1	2	1	**4**
SSTI	1	1	2	**4**
Centre de gestion	1			**1**
Totaux	**3**	**3**	**3**	9

Tableau 30 : Répartition des interviews, phase de pré-enquête *de l'étude n°1*

Pour les analyser, nous avons procédé par analyse de contenu thématique. Nous présentons ci-dessous le résultat de cette analyse par catégories abordées.

Catégories	Totaux	Fréquence
Q.1 : Généralement, sur quoi portent les interventions RPS que vous êtes amenés à réaliser ?		
Type de démarches	49	5.4
Enquête régulière globale	83	9.2
Nom de la démarche	26	2.9
Démarches ponctuelles	62	6.9
Liens RPS/autres problématiques	15	1.7
Communication	17	1.9
Groupe permanent	67	7.4
Autre service RH	13	1.4
Formation	39	4.3
Protocole	17	1.9
Consultation	32	3.6
Posture	15	1.7
Totaux	435	48.3
Q.2 : Quelles en sont les grandes étapes ?		
Adaptation	105	11.7
Interventions ponctuelles SSTA	84	9.3
Souffrance au travail	55	6.1
Circuit	31	3.4
Rôle IDEST	37	4.1
Résultats	68	7.6
Interventions ponctuelles SSTI	243	27
Evaluation RPS	53	5.9
Médiation	41	4.6
Totaux	717	79.7
Q.3 : Pourriez-vous me parler de l'implication des différents acteurs de l'entreprise dans le processus d'intervention ?		
Type de démarches	12	1.3
Direction supérieure	57	6.3
Service de prévention interne	14	1.6
Managers	95	10.6
Objectifs	17	1.9
CHSCT	31	3.4
Délégués du personnel	24	2.7
Etat de l'implication des acteurs	47	5.2
MDT	56	6.2
Totaux	353	39.2
Q.4 : Que pourriez-vous me dire de l'implication des dirigeants supérieurs ?		
DRH	7	0.8
Expériences passées	18	2
Comité de pilotage	41	4.6
Actions ponctuelles	10	1.1
Dirigeants supérieurs	130	14.4
Totaux	206	22.9
Q.5 : Finalement, quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?		
Adaptation	29	3.2
Conditions d'objectivité	39	4.3
Choix de l'interlocuteur	15	1.7
Transformation de la situation	82	9.1
Posture des pers. en souffrance	86	9.6
Place de l'entreprise face aux RPS	20	2.2
Difficulté du sujet	121	13.4
Acteurs de santé	105	11.7
Discussion sur le travail/causes des RPS	39	4.3
Curatif	11	1.2
Managers	34	3.8
Communication	9	1
Totaux	590	65.6

Tableau 31 : Résultats des entretiens de pré-enquête par catégories abordées, étude n°1

Ce qui nous a tout d'abord marqué concerne le périmètre des démarches de prévention des RPS : qu'il s'agisse du nom donné aux démarches (RPS, qualité de vie au travail, harcèlement, mal-être, burnout, etc) ou de la nature de la manifestation déclenchant l'intervention (en lien *avec d'autres problématiques de risques professionnels, des indicateurs de dégradation* entraînant une démarche ponctuelle ou une politique implantée proposant des démarches régulières, etc), les professionnels interviewés mettent en avant la variété des situations et des contextes et l'opposent, parfois, avec la dénomination 'démarche de prévention des RPS' ; celle-ci ne recouvrant pas, selon eux, la diversité des pratiques déployées. Par exemple, le conflit, l'intervention de médiation ou encore les modules de formation peuvent parfois être proposés comme étant en dehors de la catégorie 'démarches de prévention des RPS'. Cette multiplicité se retrouve dans le nombre élevé de catégories proposées à la question n°1 (12) combiné avec la faiblesse des taux de fréquence (1.4<F<9.2). Ces éléments nous ont permis d'identifier l'importance d'une définition claire de ce que nous nommons démarche de prévention des RPS, cette appellation ne recouvrant pas nécessairement, pour notre population cible, les dispositifs d'intervention fondés sur une méthodologie et composés de différentes étapes en vu de répondre à un ou des objectifs particuliers. En comparaison, les réponses de la question n°2 relative aux étapes de la méthodologie présentent une plus grande concentration des propos : seulement 9 catégories pour des fréquences bien plus élevées (3.4<F<27). Nous remarquons toutefois 3 catégories plus importantes que les autres : l'adaptation renvoie tout d'abord à nouveau à cette question de la variabilité des situations et des contextes qui amènent aux interventions. L'intervention ponctuelle en SSTI comporte le plus fort taux de réponse. Dans les thématiques abordées, on y voit apparaître une structuration de la méthodologie d'intervention : analyse de la demande, étude des indicateurs, sensibilisation, formation, co-définition des objectifs, 1ère proposition méthodologique, cahier des charges, engagement, outils, groupe de travail, consultant, révélation des difficultés, restitution, *plan d'actions,* suivi du plan. De même, on y a noté l'intérêt porté aux acteurs et à leur implication : rencontre des acteurs-clés, MDT, dirigeants supérieurs, engagement à long terme, accompagnement employeur, ressources des acteurs internes, copil, CHSCT. En ce qui concerne les SSTA, on a également relevé cette même variété d'étapes très pratiques : observation directe, diagnostic, indicateurs, restitution intermédiaire, rapport, restitution, analyse, préconisation. Les autres thématiques sont à nouveau en lien avec les acteurs liés à la démarche même si l'on a remarqué que ce sont davantage des éléments interactionnels ou coopératifs qui ont été mis en avant : argumenter, appel aux expériences passées, aval encadrant supérieur, accord conjoint préalable, relai managers. Enfin, on note également l'importance de la catégorie concernant

les résultats des démarches : avec 14 thématiques citées par les membres de SSTA et de SSTI, on voit à quel point cette phase mobilise la pratique professionnelle. L'ensemble de ces éléments nous a donné des informations sur les étapes des méthodologies de terrain, a confirmé la place des acteurs internes au fil des démarches et enfin la nécessité de considérer les étapes de restitution et de résultats comme des phases à part entière des dispositifs.

Les questions relatives à l'implication des différents acteurs nous ont permis de vérifier le type d'acteurs mobilisables durant les démarches : direction supérieure, service de prévention interne (qui est parfois un service distinct du SST), managers, CHSCT, délégués du personnel, MDT). Nous avons aussi remarqué que la 1ère thématique abordée sur cette question est celle du type de démarches réalisé, montrant ainsi que l'implication des acteurs dépend de l'action entreprise. Enfin, des éléments sont aussi rapportés quant au niveau de cette implication, effectivement décrite par nos répondants comme nécessaire mais limitée ou évolutive en fonction des étapes. L'implication des dirigeants supérieurs est la question qui a produit le moins de propos (seulement 5 catégories). De plus, en observant en détail les thématiques directement associées aux dirigeants supérieurs, nous avons noté que 9 des 23 thématiques évoquaient leur non investissement ou les difficultés à les impliquer (dans les deux sens du terme : difficulté à les faire participer mais aussi difficulté liée à leur implication). Ces éléments nous ont permis de confirmer nos choix quant aux différents acteurs intégrés aux démarches mais ont aussi renforcé notre hypothèse quant au peu d'implication des dirigeants supérieurs.

Enfin, la dernière question porte sur les difficultés rencontrées sur le terrain. Avec 12 catégories et un nombre de production langagière situé à plus de 500, les difficultés sont le second point le plus développé par nos répondants. Les catégories les plus importantes concernent la difficulté du sujet, confirmant ainsi que pour les professionnels de terrain, la particularité de la prévention des RPS par rapport aux autres risques ne fait pas de doute. Il était également intéressant de noter que la seconde catégorie la plus développée a trait aux acteurs de santé eux-mêmes au travers de leurs difficultés pour agir (manque de temps, manque de formation, manque de personnel, isolement dans la pratique, en 1ère ligne, démunis face à la maltraitance, perçus comme oiseau de mauvais augure, peu de résultats). Ces éléments ont renforcé notre volonté de concevoir des méthodologies à partir des réalités du terrain, de s'intéresser aux pratiques des acteurs des SST mais aussi d'agir pour soutenir leurs actions. Notons enfin que trois catégories sont directement en lien avec des acteurs : le choix du bon interlocuteur, la

posture des salariés en souffrance et enfin les managers. Cela a confirmé à nouveau notre intérêt pour les questions liées à l'intégration des acteurs internes dans les démarches.

Au final, ces entretiens, dont le nombre a pu paraître limité en préalable, nous ont permis d'identifier assez rapidement une redondance dans les propos qui nous étaient rapportés. Cela s'explique nous semble-t-il, par notre intérêt pour des éléments liés à la structuration générale des démarches (et non pas au détail de la pratique) ou aux acteurs internes impliqués. Pour autant, nous avons souhaité compléter ce premier travail par une seconde approche consistant à étudier des travaux réalisés autour de l'évaluation des démarches de prévention. Ce qui nous a intéressé n'est pas l'évaluation en tant que mesure de la performance d'une démarche mais l'évaluation en tant que processus permettant d'interroger une démarche de prévention. Les travaux élaborés conjointement par l'ANACT et l'Université de Laval (Douillet et coll., 2014) prennent appui sur des démarches internationales conduites depuis 2011 et proposent une méthodologie permettant aux acteurs de se saisir de la question de l'évaluation des dispositifs. En ce sens, ils proposent un moyen d'appréhender l'ensemble des méthodologies. Les auteurs retiennent en effet quatre grandes phases dans toute démarche : la phase de préparation (analyse de la demande et détermination des objectifs et des modalités d'organisation), le lancement (conditions de démarrage et d'appropriation), la réalisation de la démarche (son organisation ainsi que la mise en place des outils et des méthodes choisies) et enfin la restitution des résultats et l'élaboration du plan d'actions. Cette structuration autour de grandes étapes nous semble correspondre à l'objectif de notre questionnaire, à savoir l'interrogation d'un grand nombre de professionnels de santé aux positionnements, fonctions et pratiques distincts, tout en permettant à chacun de s'y retrouver. Par ailleurs, elle correspond aussi à notre volonté de ne pas entrer dans le détail de la pratique mais d'interroger les trois dimensions particulières (objet d'intervention, niveau d'implication et processus cognitif de prévention), dont nous faisons l'hypothèse qu'elles sont transversales à l'ensemble des démarches quelle que soit la méthodologie utilisée. Ainsi, en prenant appui sur ces travaux mais aussi sur les catégories et thématiques abordées par les professionnels interviewés, nous avons été en mesure d'élaborer un questionnaire dont l'organisation nous permettrait de répondre à nos hypothèses.

Architecture du questionnaire :

Le questionnaire élaboré comporte cinq facettes (+ une facette correspondant aux données sociodémographiques), chaque facette se divisant en sous-thèmes puis en questions. La 1ère facette (5 questions) aborde la nature des différentes actions de prévention des RPS déployées

par les professionnels et s'achève sur les démarches de prévention collective. Ces éléments nous semblent particulièrement intéressants à recueillir mais aussi nécessaires au regard de l'instabilité de la définition recouverte par la notion de démarche de prévention collective des RPS. Par ailleurs, ces questions nous permettent de préciser clairement que le reste du questionnaire est consacré à ce seul type d'action. La seconde facette concerne les étapes de pré-intervention, elles-mêmes composées des étapes d'analyse de la demande (10 questions + 14 optionnelles) et de construction de la méthodologie (5 questions + 7 optionnelles). La troisième facette se centre sur le processus d'intervention et se divise en question relatives à l'application des méthodes sur le terrain (6 questions + 7 optionnelles) puis aux éventuelles réunions intermédiaires (4 questions + 6 optionnelles). La quatrième facette porte sur la restitution (7 questions + 8 optionnelles) et le plan d'actions (8 questions + 4 optionnelles). Enfin, la cinquième et dernière facette porte sur le suivi de l'intervention (3 questions + 1 optionnelle), son évaluation et ses résultats (9 questions + 5 optionnelles). La conclusion du questionnaire consiste en un recueil de données sociodémographiques (7 questions + 1 optionnelle). Enfin, il nous faut préciser qu'à l'issue de la 1ère facette portant sur la nature des actions de prévention, une question permettait de distinguer les répondants en trois catégories : MDT menant seul des démarches, MDT faisant appel à un intervenant et enfin, intervenant autre que médecin[1]. Cette distinction permet de recouvrir les différents pilotes des dispositifs et d'adapter les questions relatives au nombre d'acteurs impliqués sans pour autant obtenir pléthore de profils différents.

Facettes	Thèmes	Questions obligatoires	Questions optionnelles
1	Nature des actions de prévention	5	
2	Etapes de pré-intervention : Analyse de la demande Construction de la méthodologie	10 5	14 7
3	Processus d'intervention : Application des méthodes Réunions intermédiaires	6 4	7 6
4	Restitution Plan d'actions	7 8	8 4
5	Suivi Evaluation Résultats	3 5 5	1 2 3
6	Données sociodémographiques	7	1
Totaux		**65**	**53**

Tableau 32 : Architecture générale du questionnaire, étude n°1

[1] Nous avons pu établir ces catégories grâce aux entretiens de pré-enquête.

S'il n'a pas été possible d'obtenir des facettes parfaitement équilibrées entre elles, on voit qu'en dehors de la première et de la dernière facettes qui peuvent s'apparenter à une introduction et à une conclusion, les facettes liées aux démarches de prévention collectives présentent un nombre de questions relativement équilibré situé entre 10 et 15. Pour autant, au final, malgré notre volonté de rester centrés sur les éléments structurants des démarches, le questionnaire est assez conséquent puisque composé de 65 questions obligatoires. Il comporte également un certain nombre de questions optionnelles reflétant la grande variabilité des démarches conduites. Son temps moyen de passation a été estimé à 30 minutes.

Nous allons désormais aborder sa composition en détail.
La première facette vise à déterminer la nature des actions de prévention conduites par les professionnels des SST. Plus particulièrement, il s'agit de savoir, parmi les actions préalablement identifiées grâce à notre expérience, à nos lectures et aux entretiens pré-enquête, celles qui sont les plus fréquemment déployées parmi cinq catégories : les sensibilisations et formations en dehors de toute action sur le milieu de travail, les entretiens individuels, des réunions internes aux entreprises où sont évoquées des situations complexes de salariés, des actions de (re)mise en discussion entre un salarié et son manager, et enfin, des démarches de prévention (préalablement définies comme des démarches reposant sur un dispositif méthodologique à déployer au sein d'un milieu de travail tel que des entreprises, des associations ou des services publics et ayant pour objectif d'agir sur la prévention des risques psychosociaux). A l'issue de cette introduction apparaissait la question permettant de repérer le type de répondants parmi les trois catégories : MDT, MDT faisant appel à un intervenant, intervenant.

L'ensemble des facettes relatives aux démarches de prévention (2, 3, 4 et 5) dispose d'une organisation équivalente, les mêmes thématiques y étant systématiquement abordées.
Le premier point concerne le nombre d'échanges entre l'entreprise et l'intervenant. Il est appréhendé au travers de deux indicateurs : l'existence de temps d'échanges concernant l'étape abordée et le nombre de réunions généralement consacrées. Ces données constituent les premiers renseignements relatifs au niveau d'implication des dispositifs puisqu'elles permettent de cerner, pour chacune des étapes d'intervention, le niveau de participation des acteurs dans le processus ainsi que le nombre d'espaces de débats créés à cette occasion.
Le second point systématiquement abordé concerne l'implication directe des acteurs de l'entreprise. Concrètement, tous les acteurs pouvant participer aux démarches de prévention ont

été prédéterminés[1]. Nous avons ensuite demandé aux professionnels de santé de nous dire avec quelle fréquence ces différents acteurs sont présents dans ces espaces d'échanges, et ce, pour chacune des étapes d'intervention. Ces données complètent les résultats relatifs au niveau d'implication en permettant de distinguer le degré de participation par acteurs, et notamment celui des dirigeants supérieurs.

Le troisième aspect abordé pour chacune des étapes concerne l'évolution des représentations et des connaissances des acteurs sur les liens santé-travail et sur la prévention des RPS. Ces questions cherchent à saisir une forme de résultat qualitatif aux échanges entre les acteurs de l'entreprise et l'intervenant au travers de trois indicateurs : des éléments de savoirs liés à la démarche (partage de la définition des RPS, des objectifs méthodologiques, des résultats et des axes du plan d'actions) mesurés au-travers de deux niveaux (l'existence de ce partage et sa qualité). Par exemple, à l'issue des étapes d'analyse de la demande, il est demandé si les acteurs impliqués partagent généralement la même vision des RPS, et si oui, s'il est possible de qualifier ce partage d'entier et total. Le second indicateur mesure la qualité de l'engagement des acteurs internes pour les étapes qui s'y prêtent (construction de la méthodologie, du plan d'actions et de l'évaluation). Deux niveaux sont également mesurés : la possibilité de parler de co-construction d'une part, la qualité de cette co-construction d'autre part. Enfin, concernant la participation des acteurs internes lors des étapes d'investigation des liens entre santé et travail sur le terrain, nous avons cherché à savoir s'il était possible de parler de co-application des méthodes (niveau 1), voire d'application autonome (niveau 2). Cette combinaison de questions se retrouve tout au long du questionnaire, en s'adaptant à chacune des étapes abordées.

Un quatrième point concerne les objets d'intervention ainsi que le processus cognitif de prévention implanté. L'objet d'intervention est appréhendé à partir d'une question identifiant les déclencheurs des démarches. A ces données viennent s'ajouter d'autres résultats permettant de définir le processus cognitif implanté auprès des acteurs. Il s'agit par exemple de demander aux professionnels de santé si leurs démarches visent l'exploration des difficultés de l'entreprise et si leurs préconisations ont pour objectif de supprimer, voire de réduire les manifestations des RPS ; une formulation typiquement utilisée pour qualifier les stratégies de prévention tertiaire.

Enfin, le cinquième point porte sur les résultats des démarches de prévention, résultats en termes d'efficacité. Ils sont appréhendés à partir de trois critères distincts : le nombre de préconisations effectivement mises en œuvre, l'obtention de modification des situations de travail (ainsi que

[1] Grâce à la pré-enquête mais aussi en nous appuyant sur nos recherches théoriques.

leur caractère pérenne) et enfin l'obtention d'évolutions de type primaire (ainsi que leur caractère pérenne).

Nous résumons cette architecture détaillée dans le tableau suivant et invitons à se rendre en annexe 1 pour y trouver le questionnaire complet.

Facette 1 : Nature des actions de prévention
Sensibilisations et formations **Entretiens individuels** **Réunions** **(Re)mises en discussion** **Démarches de prévention**

Facettes 2, 3, 4 et 5 : pré-intervention, processus d'intervention, restitution et plan d'actions, résultats et suivi									
	Analyse de la demande	Méthodologie	Application des méthodes	Réunions intermédiaires	Restitutions	Plan d'actions	Suivi	Evaluation	Résultats
Présence d'espaces d'échanges	×	×		×		×	×	×	
Nombre d'espaces d'échanges	×	×		×	×	×	×	×	
Présence des différents acteurs	×	×	×	×	×	×	×	×	
Partage de savoirs liés à la démarche	× (vision des RPS)	× (des objectifs)			× (des résultats)	× (des axes du plan)			
Qualité de ce partage	×	×			×	×			
Qualité de l'engagement		× (co-construction)	× (co-application) × (application autonome)			× (co-construction)		× (co-construction)	
Nature des déclencheurs	×								
Cible des méthodologies			×						
Révélation de + de conséquences					×				
Révélation de + de causes					×				
Ampleur + grande du plan d'actions						×			
Objectifs des axes du plan d'actions						×			

	Analyse de la demande	Méthodologie	Application des méthodes	Réunions intermédiaires	Restitutions	Plan d'actions	Suivi	Evaluation	Résultats
Nombre d'actions mises en oeuvre									×
Effet + sur situation de travail									×
Durabilité									×
Effets primaires									×
Durabilité									×
Facette 6 : Données sociodémographiques									
Profession **Type de SST** **Equipe pluri ?** **Membres équipe pluri** **Ancienneté SST** **Ancienneté prévention RPS** **Autorisation de contacts** **Coordonnées**									

Tableau 33 : Présentation synthétique du questionnaire, étude n°1

Données relatives au niveau d'implication des démarches

Données relatives à l'évolution des connaissances et des représentations

Données relatives à l'objet d'intervention et au processus cognitif de prévention

Données relatives à l'efficacité des démarches

L'ensemble des questions a été côté par l'intermédiaire d'une échelle de Likert en cinq points, ceci afin de permettre des calculs de corrélations entre les variables. Il s'agit soit d'une échelle d'accord allant de pas du tout d'accord à tout à fait d'accord, soit d'une échelle de fréquence allant de très rarement à très souvent. Seules les questions de la partie sociodémographique ont un autre format de réponse.

Mode de diffusion et de collecte des données :

Comme nous l'avons évoqué, la réalisation d'une telle enquête comporte de nombreux freins : à ceux déjà cités liés aux caractéristiques de notre population, à notre objet d'étude ou à l'absence d'enquêtes préalables, nous pouvons ajouter la densité de notre questionnaire ou encore la charge de travail généralement conséquente des professionnels des SST. La qualité de notre introduction était donc essentielle à la réussite de la démarche et particulièrement concernant les aspects déontologiques. En effet, pour toucher le plus de services possibles, nous avions par exemple pensé solliciter le CISME, association regroupant le plus de SSTI en France. Nous nous sommes ravisés après plusieurs retours de professionnels jugeant qu'il s'agissait d'une structure officielle prenant part à des travaux politiques et qu'à ce titre au moins, ils n'auraient participé à aucune de leurs enquêtes. En revanche, l'identité de doctorante membre d'un laboratoire de recherche universitaire était jugée comme un gage de légitimité et d'indépendance. Nous avons donc du renoncer à des portages officiels de l'enquête et avons opté pour des relais auprès des réseaux locaux lorsque nous sommes parvenus à les identifier ou auprès d'associations regroupant les professionnels de santé au travail. Pour compléter la diffusion, et étant donné le peu de coordinations officielles entre services, nous avons procédé département par département en identifiant les coordonnées des SST dans l'annuaire. Nous avons également utilisé les réseaux sociaux professionnels et autres listes de diffusion. Concernant les centres de gestion, nous avons procédé de la même manière. En revanche, concernant les SSTA, la tâche était encore plus ardue, ces derniers n'ayant pas d'identité propre puisque appartenant à une entreprise ou à un organisme public. Nous avons donc fait jouer notre réseau et avons aussi pu obtenir le soutien d'un médecin inspecteur du travail qui a accepté de relayer l'enquête auprès de ses collègues partout en France en les invitant à la transmettre directement à l'ensemble des médecins du travail de leur secteur. Comme vous l'aurez compris, la diffusion du questionnaire a consisté en un véritable travail de fourmi réalisé chaque jour entre mars et juillet 2016.

Après plusieurs tests du questionnaire auprès de professionnels de SSTI et SSTA, nous avons opté pour une diffusion électronique via le logiciel LimeSurvey. Les résultats ont été extraits et traités via Excel et SphinxQ2.

3.2.2 Construction d'une enquête de santé via un processus de coopération organisationnelle

3.2.2.1 Ambition de l'étude

Cette seconde étude vise à compléter nos travaux relatifs à la définition d'une représentation globale du processus social du passage de la connaissance à l'action en en saisissant les éléments généraux et les éléments singuliers et concerne également les effets d'une articulation entre objet d'intervention et niveau d'implication. En effet, nos travaux théoriques nous ont amenés à considérer qu'un haut niveau d'implication est une condition à l'efficacité des démarches de prévention car il permet d'enrichir les connaissances et les représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail. Toutefois, nous avons également précisé que l'objet mis au travail par/entre les acteurs était tout aussi essentiel. Autrement dit, nous faisons l'hypothèse que l'amélioration des dispositifs de prévention nécessite d'intégrer et d'impliquer les acteurs internes de l'entreprise au processus mais également que les espaces de coopération créés entre eux ne doivent pas avoir comme seul objet de réflexion des objets partiels à valence négative. En effet, en les amenant à réfléchir à partir/sur des altérations ou dysfonctionnements, de tels espaces implantent, nous semble-t-il, une mobilisation cognitive tertiaire alors même que l'efficacité des démarches réside dans leur capacité à aboutir des évolutions primaires. Nous résumons les hypothèses relatives aux effets de ces articulations sur l'efficience des démarches dans le tableau ci-dessous :

Hyp. centrale n°1 : Les limites des dispositifs de prévention de la santé psychique au travail trouvent leurs origines dans un faible niveau d'implication d'une part et dans la mobilisation des acteurs autour d'objets d'intervention partiels à valence négative d'autre part			
Sur l'objet d'intervention (H1a)	H1a.1	H1a.2	
Sur le niveau d'implication (H1b)	H1b.1	H1b.2	
Sur la question de l'impact de l'objet d'intervention et du niveau d'implication sur les résultats des démarches de prévention (H1c)	H1c.1 : Un haut niveau d'implication permet d'enrichir les connaissances et les représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail.	H1c.2 : Un haut niveau d'implication n'est pas suffisant pour aboutir à une implantation du dispositif de prévention et une transformation durable des situations de travail	H1c.3 : Des dispositifs centrés sur un objet partiel à valence négative ne permettent pas d'obtenir une implantation du dispositif ni une transformation durable des situations de travail.

Tableau 34 ***: Hypothèses testées dans l'étude n°2***

En plus de l'analyse de ces articulations, de telles hypothèses nous semblent nécessiter une étude particulière dans la mesure où la seconde proposition s'oppose, pour une part, aux résultats des travaux montrant la pertinence des processus de coopération sans y mettre les réserves que nous évoquons à propos de la nature de l'objet d'intervention. En effet, pour répondre aux critiques adressées à l'approche épidémiologique, de nombreux chercheurs ont choisi d'investir les questions entourant le processus évolutif des rapports sociaux au cours de l'intervention, notamment les aspects de coopération entre les acteurs ou encore les espaces dialogiques créés autour du travail (Rouat et Sarnin, 2013 ; Althaus et coll., 2013 ; Amado et Lhuilier, 2012 ; Debard, 2015 ; Miossec et coll., 2013 ; Sarnin et coll., 2012, Davezies, 2014): l'objectif de l'intervention n'est plus d'explorer de façon exhaustive les RPS mais d'agir pour transformer effectivement les situations de travail et l'organisation du travail dans le temps, ce que l'on nomme implantation des dispositifs d'intervention (Brun et coll., 2007 ; Goldenhar & al., 2001). L'hypothèse qui sous-tend cette approche est de considérer qu'un processus d'intervention coopératif permet de faire émerger le réel du travail au sein d'espaces de controverses ouverts entre les acteurs, espaces dans lesquels une « confrontation maîtrisée *permet au conflit de s'expliciter »* et parvient *« à complexifier l'analyse des acteurs »* (Rouat, 2010). La réduction des RPS à des problématiques individuelles serait ainsi évitée, le travail réel pourrait être mis au centre des débats et permettre le développement du pouvoir d'agir (Davezies, 2008 ; Clot, 2008-a ; Clot et Lhuilier, 2010), ce développement aboutissant à la construction de leviers d'actions par les acteurs eux-mêmes. Ainsi, alors que l'approche par diagnostic se base sur une méthodologie épidémiologique, l'approche par processus se rapproche du paradigme systémique dans la mesure où sa méthodologie est centrée sur l'adaptation du dispositif à l'environnement et s'oriente vers l'action (Althaus et coll., 2013 ; Le Moigne, 2004). L'intervention vise à développer les ressources des acteurs de l'entreprise

afin qu'ils soient en mesure de « prendre eux-mêmes soin du travail », alors que l'intervention par diagnostic vise à « prendre soin de la santé » avec les limites que nous avons soulignées.

Dans cette perspective, de nouvelles méthodologies ont été élaborées, dont beaucoup appartiennent d'ailleurs aux modèles-cadres que nous avons étudiés. Si elles partagent toutes cet intérêt pour le processus de coopération, il semble toutefois possible de les différencier en fonction de la structuration des espaces dialogiques instaurés au cours de l'intervention. La clinique de l'activité (Clot et Leplat, 2005 ; Clot et Lhuilier, 2010) travaille à un niveau micro en créant ces espaces autour de l'activité réelle de travail. Elle permet de révéler l'épaisseur de l'activité au travers de méthodes spécifiques (Clot et Faïta, 2000). Cette dynamisation permet un développement du pouvoir d'agir au sein du collectif concerné et ouvre la voie à une reprise en main du travail (Debard, 2015). La mise en discussion du métier peut ensuite être diffusée au sein de l'entreprise via de nouveaux espaces de dialogue instaurés auprès des managers (Miossec et Clot, 2011). Au travers de démarches de médiation par l'activité (Amado et Lhuilier, 2012), la psychosociologie du travail (Lhuilier, 2013) agit à un niveau transverse, tout comme des dispositifs relevant de l'ergonomie qui se centrent par exemple sur le collectif de travail et le développement de l'activité collective (Caroly, 2010). Ces deux modèles-cadres reposent sur des corpus théoriques distincts mais créent tous deux un espace dialogique localisé dans un premier temps au niveau du collectif pour aller ensuite vers l'organisationnel et le management. Ils recherchent la construction d'une coopération permettant de dépasser les épreuves du réel en conquérant de nouvelles marges de manœuvre et en permettant le développement d'une activité propre, devenant elle-même ressource pour le collectif de travail (Lhuilier et Litim, 2010). Enfin, au niveau organisationnel, nous pouvons rappeler les modèles-cadres de l'ingénierie de la discussion (Detchessahar, 2013), de l'approche systémique (Althaus et coll., 2013) ou encore de la sociopsychanalyse (Rueff-Escoubès, 2008 ; Mendel, 1992, 1998). Ils relèvent en effet tous de l'approche par processus puisqu'ils implantent des espaces de discussion au cœur du fonctionnement organisationnel.

Ainsi, si notre première hypothèse est cohérente avec les résultats de ces travaux, la seconde s'en distingue clairement en indiquant qu'un haut niveau d'implication permet effectivement un enrichissement des connaissances et des représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail mais qu'il n'est pas suffisant pour aboutir à une implantation du dispositif de prévention et une transformation durable des situations de travail. En introduisant la notion d'objet partiel, notre ambition est donc de compléter les résultats des travaux prônant le processus de coopération, en y ajoutant la condition relative à la nature de l'objet

d'intervention lorsqu'il s'agit de passer d'un enrichissement des connaissances à l'action de prévention efficace (implantation et transformation durable des situations de travail). Pour y parvenir, il nous est apparu essentiel de construire une étude spécifique à ces questions d'une part mais également d'opter pour une intervention en situation réelle par le biais d'une recherche-action.

3.2.2.2 Population et contexte

L'étude n°2 a été conduite au sein de la collectivité territoriale qui constituait notre premier terrain (voir préambule). Il s'agit d'une entité administrative distincte de l'Etat, en charge des intérêts d'une population située sur un secteur géographique donné. Dirigée par une assemblée élue placée sous la direction d'une présidence, la collectivité est en charge de la politique territoriale, politique élaborée en fonction du cadre fixé par le gouvernement et du mouvement politique dans lequel elle s'inscrit. Ses actions sont mises en œuvre par des agents du service public (fonctionnaires territoriaux) composant une administration organisée autour d'un directeur général des services et de directeurs généraux adjoints en charge des différentes missions. Dans notre cas, ce sont plus de 2 500 agents répartis en 125 métiers qui agissent dans les domaines de l'action sociale et solidaire, de l'aménagement du territoire, de l'éducation et de la culture et du patrimoine.

La demande d'intervention trouve son origine dans la confrontation de la collectivité à trois types de risque. Le risque « psychosocial » d'abord : à quelques semaines d'intervalle, deux fonctionnaires occupant le même poste d'agent des collèges avaient tenté de mettre fin à leur jour et un troisième s'était lui-même violenté. Alors que les encadrants de la collectivité avaient conscience des tensions existant dans ces métiers (taux d'absentéisme situé à 20% pour une moyenne de 3 à 4% dans les autres secteurs ; conflits récurrents ; pénibilité accrue ; nombre élevé d'aménagements de poste, de restrictions médicales et de reclassements), le risque de mort a surgi dans leur monde professionnel. Il a entrainé un choc émotionnel immédiat puis, dans un second temps, un questionnement des pratiques managériales et des conditions d'exercice, une crainte de médiatisation ou encore de suites juridiques. Le risque « syndical » ensuite : dans cette collectivité, la vie syndicale était appréhendée comme un risque du fait de dialogues souvent déployés dans le champ des rapports de force ne permettant pas de questionner le travail. Le dialogue social prenait régulièrement la forme d'attaques plus ou moins virulentes des fonctions mais aussi parfois des personnes. Les propos injurieux voire diffamatoires étaient réguliers, des bousculades entre représentants syndicaux et personnels

administratifs avaient été constatées ou encore des entrées en force dans les instances, etc. Les mois précédents notre arrivée, l'un de ces incidents avait d'ailleurs abouti à une action juridique. Le risque « politique » enfin : ces évènements sont survenus dans un contexte politique particulier puisque l'assemblée territoriale constatait l'implantation croissante d'un autre parti ainsi qu'une prévalence des sentiments d'isolement et de perte de confiance dans la construction de ce nouveau choix politique. A un an des élections, la majorité en place souhaitait donc agir pour (re)construire le sentiment de cohésion.

Dans ce contexte, la collectivité décida de réaliser une enquête de santé pour l'ensemble de ses agents (plus de 600) exerçant dans plus de 60 collèges de son territoire. Ces agents étaient répartis en 7 fonctions différentes. En restauration : chef de cuisine (responsable de la cuisine et manager des agents de restauration) et agent de restauration. En entretien : agent-chef (manager des agents de service, d'accueil et de maintenance), agent de service (entretien de l'ensemble des salles de classe, des bureaux, couloirs et WC), agent d'accueil, agent de maintenance (entretien technique de l'ensemble du bâtiment) et agent polyvalent. En soutien aux équipes d'enseignants, ces agents accueillaient quotidiennement plus de 35 000 collégiens, préparaient et distribuaient 4 millions de repas annuellement et entretenaient 1 million m² d'espaces extérieurs.

La collectivité disposant de son propre service de santé au travail, alors sous notre responsabilité, elle lui adressa directement sa demande. Il est donc intéressant de retenir que la décision de réaliser l'enquête de santé fut prise par les seuls encadrants supérieurs sans intervention des professionnels de santé, des représentants du personnel, des instances en charge des conditions de travail, ni même des agents : après ces trois incidents graves, la demande reposait sur une volonté de compréhension mais constituait également une opportunité de répondre à d'autres enjeux institutionnels. Cette volonté se traduisit par trois demandes spécifiques adressées aux acteurs de santé : inclure l'ensemble des agents, procéder par entretien individuel et enfin réaliser une démarche totalement paritaire, c'est-à-dire incluant autant de représentants de l'administration que de représentants du personnel. Au regard des enjeux présentés ci-dessus, on comprend que ces demandes avaient pour objectif de (re)créer une proximité entre la collectivité et ses agents, à des fins de renforcement des liens avec l'employeur mais aussi à des fins stratégiques : les agents étant également des citoyens appelés à voter prochainement et les collèges disposant d'un fort maillage territorial, la collectivité espérait aussi obtenir des retombées politiques. Au niveau interne, il s'agissait également de mener une action dont le cœur ; portant sur la santé ; permettrait d'obtenir l'adhésion des syndicats et donc d'améliorer le dialogue social. La genèse de l'intervention permet ainsi de

souligner un processus de réappropriation de la question psychosociale par l'organisation du travail mais aussi une instrumentalisation de l'action de santé à des fins stratégiques et politiques. De notre côté, nous y avons vu deux opportunités. Concernant notre recherche, cette demande nous offrait un moyen d'observer les résultats d'une intervention centrée sur un objet partiel à valence négative mais impliquant l'ensemble des acteurs, y compris les dirigeants supérieurs et reposant sur des espaces de coopération implantés à tous les niveaux de l'organisation. Concernant la pratique, cette démarche apparaissait comme une occasion de développer des actions de prévention de la santé psychique dans une collectivité où, jusqu'alors, le seul dispositif existant était un partenariat avec un cabinet de psychologues disponibles pour recevoir les agents en mal-être. Par ailleurs, cette demande, certes instrumentalisée, n'en était pas moins le premier mouvement d'intérêt stratégique des dirigeants supérieurs pour la santé. Nous y avons vu une opportunité pour accompagner le passage du risque à la ressource psychosociale. Cette étude relève donc du cadre méthodologique de la recherche-action telle qu'elle est définie : « u*n projet qui répond à la fois aux préoccupations pratiques d'acteu*rs se trouvant en situation problématique et au développement des sciences sociales par une collaboration qui les relie selon un schéma éthique mutuellement acceptable » (Rapoport, 1973). Nous verrons ci-dessous comment nous nous y sommes pris pour garantir le schéma éthique mutuellement acceptable.

Finalement, bien que la commande de cette enquête de santé se présente sous la forme d'un diagnostic général en matière de santé au travail auprès des agents des collèges, plusieurs éléments sont remarquables : aucun acteur de santé ne fut impliqué dans sa genèse ; l'action n'est issue d'aucun dialogue syndical mais doit sa naissance aux réflexions de trois dirigeants supérieurs, soit 3 individus au sein d'une organisation en comptant plus de 2 500 ; les agents du terrain, ici les agents du collège, n'étaient nullement demandeurs ; les questions de santé apparaissent autant comme le déclencheur de la démarche (exposition à des troubles psychosociaux majeurs) que comme l'objet de celle-ci (disposer d'un diagnostic global de santé au travail). Ainsi, on remarque que le débat institutionnel (syndicats et agents envers l'administration et vice et versa) n'est pas une condition à la mise en œuvre d'une action de santé tout comme l'implication des professionnels de santé. Par ailleurs, nous avons souligné que la commande répondait à d'autres objectifs que ceux de santé, à savoir des enjeux stratégiques (politique vis-à-vis des agents-électeurs et syndical). Il est intéressant de remarquer que l'ajout de ces nouveaux objectifs a permis de réduire le risque perçu et pris par l'institution au travers d'un tel diagnostic de santé : en effet, en décidant d'une démarche entièrement paritaire, le débat devenait inhérent à l'action ; de même, en obligeant à la rencontre de chaque

agent des collèges, la proximité avec le trouble psychosocial était maximale. Les objectifs autres que ceux de santé semblent donc avoir permis à l'organisation de passer d'une perception du traitement de la question des risques psychosociaux comme un risque à une perception de son traitement comme une ressource (même s'il s'agissait d'une ressource pour d'autres aspects que ceux de la santé).

3.2.2.3 Méthode

En dehors des demandes émises par la collectivité, la construction du dispositif dépendait entièrement du service de santé interne et nous était donc déléguée. Sa gouvernance était assurée à deux niveaux. Tout d'abord, un comité de pilotage restreint fut créé. Il était composé de deux directeurs généraux adjoints, d'une chargée de mission auprès du directeur général des services et de nous-même. Chacun de notre place, nous apportions des éléments permettant de nourrir la démarche : les deux directeurs généraux concernant le fonctionnement de leur pôle et leurs connaissances des métiers, la chargée de mission était particulièrement en charge de la liaison stratégique de la démarche avec le directeur général et donc le politique. Elle veillait également à l'ensemble des phases de communication et organisait la logistique. Enfin, la construction méthodologique et éthique de l'ensemble du dispositif d'enquête nous était dévolue. Ce pré-travail était présenté à un second niveau de pilotage transversal composé par l'ensemble des représentants de l'administration (RA) et représentants du personnel (RP) qui participaient à l'enquête. Les premiers ont été choisis parmi les encadrants supérieurs des deux pôles concernés (directeurs, directeurs adjoints, chefs de service) dans l'objectif d'agir le plus possible sur les acteurs disposant de pouvoir sur l'organisation du travail. Les seconds ont été choisis parmi les organisations syndicales selon une répartition proportionnelle à leur représentativité. Au total, ce collectif était composé de 44 membres répartis pour moitié parmi l'administration, pour moitié parmi les représentants du personnel. L'ensemble des éléments méthodologiques et déontologiques de l'enquête a été présenté et discuté au sein de cet espace et a ainsi donné naissance à des compromis qui, une fois obtenus, devenaient constitutifs de la démarche d'enquête.

Eu égard à nos hypothèses de travail relatives à l'articulation entre haut niveau d'implication et objet partiel à valence négative, nous avons proposé au groupe d'opter pour une enquête quantitative de type épidémiologique, en recueillant le vécu des agents des collèges rencontrés en face à face au travers d'un questionnaire. Au-delà de notre recherche, cette option répondait à un certain nombre de questions relatives aux espaces d'échange qualitatifs, notamment :

comment structurer des espaces incluant plus de 600 agents répartis dans plus de 60 lieux différents ? Ou encore comment parvenir à une analyse qualitative et synthétique ? De plus, étant donnés la dégradation du dialogue syndical, les multiples conflits existant au sein des collèges mais aussi la gravité des éléments déclencheurs, les ressources psychosociales nécessaires au développement de ces espaces d'échange pouvaient légitimement se questionner. L'approche par diagnostic permettait de répondre à ces contraintes. Ses fondements cartésiens offraient également un cadre assurant les conditions déontologiques et freinant les phénomènes d'instrumentalisation : le recours à un questionnaire structure les entretiens à l'identique, oblige à vérifier un certain nombre de critères de confidentialité (déclaration auprès de la CNIL et réponse à ses critères de validation, identification d'une personne responsable de la réception des questionnaires, de l'anonymisation des données et de leur sécurisation). La réponse à ces questions ainsi que la complexité du traitement des résultats confiaient de fait, l'ensemble de ces tâches aux acteurs du service de santé. Le sérieux de l'étude et sa transparence étaient ainsi assurés, notamment parce qu'ils ont été validés par le collectif d'enquêteurs mêlant RA et RP, et que les données entraient dans le champ du secret médical assuré par le service de santé. Chaque membre du collectif d'enquêteurs a enfin été contraint de signer de façon nominative, une charte éthique stipulant l'interdiction de révéler à quiconque la nature des propos recueillis au cours des entretiens et obligeant à la destruction de l'ensemble des comptes-rendus une fois transmis au service de santé. Bien entendu, la participation des agents aux entretiens était basée sur le volontariat.

La méthodologie retenue a ainsi permis de développer un processus de coopération organisationnelle en instaurant de multiples espaces d'échange entre les représentants de l'administration, du personnel et les agents, ce processus étant implanté autour d'un diagnostic par questionnaire, c'est-à-dire un instrument de mesure épidémiologique centrant les débats autour d'un objet partiel à valence négative. Le haut niveau d'implication a été assuré à la fois par la participation transversale des 44 RP et RA mais aussi par leur positionnement dans des rôles actifs. Des discussions avec recherche de compromis ont été menées par nos soins autour de l'ensemble de points relatifs à la construction de l'enquête au cours de réunions collégiales: objectifs de l'enquête, conditions déontologiques, modes de passation, supports de communication à destination des agents et de leurs responsables, construction du questionnaire. Au final, ce dernier comportait 42 questions fermées, chacune offrant des réponses sur une échelle de Likert en 5 points (annexe 2). Sa structure est très proche des outils scientifiques mais comporte également des points ajoutés par le collectif d'enquêteurs relatifs à des éléments propres à la collectivité, au statut de fonctionnaire territorial ou encore aux spécificités des

postes. En raison du souhait de rencontre de chacun des agents, le questionnaire n'a pas été rempli en auto-passation mais a été complété dans le cadre d'entretiens. Sa structure en questions devenait ainsi un support contenant à l'échange. Des questions ouvertes ont été ajoutées aux questions fermées afin d'aider les enquêteurs à libérer la parole et à faire émerger le travail. Toutes les phrases d'ouverture étaient identiques et permettaient de maintenir une certaine standardisation des conditions de passation. Elles ont elles-aussi fait l'objet de débats au sein du collectif d'enquêteurs après qu'ils aient été formés ensemble aux fondements de l'entretien compréhensif par nos soins. Concernant les conditions de passation, un point n'a pas permis d'aboutir d'emblée à un compromis parmi les enquêteurs. Il s'agissait de choisir entre une lecture de l'ensemble des questions ouvertes puis une proposition de l'ensemble des questions fermées et une lecture successive des questions ouvertes et fermées concernant le même thème. Les enquêteurs voyaient dans la première option, un moyen de recueillir davantage d'éléments qualitatifs mais aussi de mieux cerner les réponses formulées par les agents aux questions fermées. Face à l'impossibilité d'obtenir un consensus, nous avons proposé aux enquêteurs de tester les deux modalités de passation lors des premières journées de rencontre des agents. Cette expérimentation a obtenu un accord unanime et a permis de valider, via un retour d'expérience, la seconde option.

A un niveau micro, d'autres espaces d'échange ont été créés autour de l'entretien même. En effet, chacun des agents a été rencontré par un duo d'enquêteurs composé systématiquement d'un RA et d'un RP. L'entretien, cadré par le questionnaire mais ouvert grâce aux questions d'amorce, instaurait un véritable dialogue entre les enquêteurs et les agents autour du travail et de la santé au travail. Ces derniers points méthodologiques ont également été obtenus via des compromis notamment concernant le mode de désignation des binômes RA-RP, le mode d'alternance dans leur composition (biais de composition des duos contrôlé par tirage au sort permettant de renouveler les binômes à chaque rencontre), désignation des rôles des uns et des autres durant la présentation de la démarche sur site auprès des collectifs d'agents, répartition des tâches durant la réalisation des entretiens avec les agents (qui pose les questions, reformule, soulève des paradoxes ou pose des questions, qui note, etc) et dans la rédaction des compte-rendu d'entretiens. Un compte-rendu était systématiquement co-rédigé par le duo d'enquêteurs afin de saisir les propos qualitatifs qui venaient s'ajouter aux choix des agents sur les échelles de Likert. Cette rédaction faisait l'objet d'un nouveau débat dans le binôme autour du vécu de l'agent. Les questionnaires et leur compte-rendu étaient saisis en ligne via un logiciel spécifiquement développé à l'occasion de la démarche par le service informatique de la collectivité. Cet outil permettait la saisie informatique via des codes personnels remis

individuellement aux enquêteurs. Différents niveaux de confidentialité garantissaient l'accès aux données par les seuls membres du service de santé. Les comptes rendus d'entretien pouvaient ainsi être directement transmis au service, en charge de l'anonymisation, de la conservation des données puis de l'analyse. Enfin, de nouveaux espaces d'échange transversaux ont été créés autour de la restitution des résultats et de la construction de préconisations : un retour officiel fut réalisé auprès du directeur général des services puis de la présidence puis deux journées de restitution ont été organisées par la présidence en direction de l'ensemble des agents des collèges, invités à quitter leur poste pour se rendre au siège de la collectivité via un ensemble de cars affrétés à cette occasion.

La chronologie de la démarche peut se résumer ainsi :

Comité de pilotage	**Préparation de la démarche**
	Directeurs généraux adjoints + chargé de mission représentant le directeur général des services + doctorant/chef du service santé Pilotage générale de la démarche tant d'un point de vue méthodologique et éthique, que stratégique et politique Pilotage de la communication sur la démarche et de sa logistique
Collectif d'enquêteurs paritaires : 22 cadres supérieurs représentants de l'administration (RA) + 22 représentants du personnel des organisations syndicales (RP)	**Structuration de l'enquête (sept. à oct. 2012)**
	Réunions de travail animées comme des espaces dialogiques sur : Les objectifs du questionnaire, sa construction et la formulation des questions d'ouverture Son mode de passation (rôle de l'un et de l'autre dans le binôme) Ses conditions déontologiques L'organisation des visites dans les établissements (construction d'un discours présentant la démarche aux équipes enseignantes puis aux agents et répartition des rôles entre représentants de l'administration et du personnel) Les modalités de la répartition des binômes : tirage au sort des duos et contrôle, nombre de représentants des organisations syndicales en fonction de leur représentativité dans la collectivité Formations : Les techniques de conduite d'entretien Formation à l'utilisation du questionnaire
	Expérimentation (nov. 2012)
	Expérimentation de deux modalités de passation du questionnaire : un groupe de duos a testé la modalité « poser les questions ouvertes puis poser les questions fermées », un autre a testé la modalité combinant les deux questions pour chaque point abordé Réunion consacrée aux retours d'expérience puis à la validation des modalités définitives
Collectif d'enquêteurs + agents des collèges	**Déroulement de l'enquête (dec. 2012 à juil. 2013)**
	Co-présentation de la démarche aux collectifs d'agents et à leurs responsables sur site Co-réalisation des entretiens par des duos RA-RP Co-rédaction du compte-rendu de chaque entretien
Collectifs d'enquêteurs	**Restitutions des résultats de l'enquête et préconisations (sept. et oct. 2013)**
	Participation aux réunions de présentations des résultats (analyses par le service santé) et débats sur les préconisations
Collectif d'enquêteurs + agents des collèges	Participation aux réunions officielles de présentation des résultats à l'ensemble des agents des collèges, animées par la présidence de la collectivité

Tableau 35 : Synthèse des espaces dialogiques implantés au cours de la démarche, étude n°2

3.2.2.4 Mesures et indicateurs

L'évaluation du dispositif comprend un ensemble d'indicateurs construits en fonction des hypothèses à éprouver et toujours relatives aux critères que nous avons définis pour évaluer l'efficience des démarches de prévention. Ces critères concernent l'évolution des représentations et des connaissances des acteurs internes sur la dynamique santé-travail, la transformation des situations de travail et l'implantation de la démarche mais exclut cette fois l'implication des acteurs internes puisqu'imposée ici par notre dispositif.

H1c.1 : Un haut niveau d'implication permet d'enrichir les connaissances et des représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail.
• Qualité du questionnaire construit par les enquêteurs • Evolution qualitative des analyses des enquêteurs • Qualité des compte-rendu des enquêteurs • Nombre et qualité des préconisations émises
H1c.2 : Un haut niveau d'implication pas suffisant pour aboutir à une implantation du dispositif de prévention et une transformation durable des situations de travail **H1c.3 : Des dispositifs centrés sur un objet partiel à valence négative ne permettent pas d'obtenir une implantation du dispositif ni une transformation durable des situations de travail.**
• Nombre de préconisations mises en oeuvre • Modification des situations de travail et pérennité des évolutions • Evolution de type primaire et pérennité

Tableau 36 : Synthèse des indicateurs éval*uant l'étude n°2*

3.2.3 Elaboration d'un dispositif d'innovation transitionnelle

3.2.3.1 Ambition de l'étude

Notre recherche s'articule autour de trois études visant à éprouver les hypothèses formulées à propos de l'intelligibilité du processus social relatif au passage de la connaissance à l'action dans le cadre des démarches de prévention de la santé psychique au travail. Les deux premières études ont pour objectif de confirmer empiriquement les trois dimensions proposées pour rendre compte de ce processus, d'en définir les caractéristiques pertinentes et d'en cerner les éléments généraux et spécifiques, ceci en observant particulièrement les effets de diverses articulations testées entre objet d'intervention, niveau d'implication et processus cognitif de prévention. Elles prennent ainsi part aux propositions induites concernant les limites des dispositifs de prévention (résumées autour d'une première hypothèse centrale). La première étude consiste en un questionnaire à destination des professionnels des SST agissant en prévention des RPS. Elle recueillera des résultats relatifs aux hypothèses concernant la nature partielle à valence négative

des objets d'intervention (H1a.1), à l'implantation de processus cognitif tertiaire auprès des acteurs internes (H1a.2), à la faible intégration et implication des acteurs internes (H1b.1) et notamment des dirigeants supérieurs (H1b.2) au cours des démarches. Elle offrira également de premières données concernant l'impact du niveau d'implication sur l'enrichissement des connaissances et des représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail (H1c.1) et sur les résultats obtenus en termes d'implantation et de transformations durables des situations de travail (H1c.2). Enfin, elle observera l'effet d'une centration sur un objet partiel à valence négative sur ces mêmes résultats (H1c.3).

La seconde étude est une recherche-action consistant en une enquête de santé par diagnostic construite via un processus de coopération organisationnelle. Elle nous permettra d'observer en situation d'intervention réelle et de manière qualitative, les effets d'une démarche combinant à la fois haut niveau d'implication et centration sur un objet partiel à valence négative. Elle complétera ainsi l'ensemble de nos hypothèses relatives à l'impact du niveau d'implication et d'une centration sur un objet partiel à valence négative (H1c1, H1c.2 et H1c.3).

Forts de ces travaux sur les limites des dispositifs de prévention de la santé psychique, nous sommes parvenus à élaborer des hypothèses relatives aux améliorations à apporter pour plus d'efficacité. Nous les avons résumées au travers d'une seconde hypothèse centrale[1] testant la pertinence d'un nouveau modèle-cadre de prévention reposant sur un dispositif d'innovation transitionnelle. Quatre hypothèses seront ainsi éprouvées au travers d'une dernière étude consistant en une nouvelle recherche-action au sein d'une structure aux prises avec d'importants troubles psychosociaux. Cette intervention en situation réelle nous permettra d'achever notre cheminement scientifique en observant les effets d'une articulation entre objet d'intervention global, haut niveau d'implication et processus cognitif de prévention primaire sur l'efficience de la démarche. Les résultats obtenus devront permettre de vérifier qu'un dispositif d'innovation transitionnelle aboutit à l'implication d'un maximum d'acteurs internes, notamment les dirigeants supérieurs, et à la participation de ces acteurs au processus d'intervention (H2.1). Ils devront également permettre d'observer des processus cognitifs de prévention primaires mobilisant les acteurs autour de la transformation des situations de travail et de l'évolution de l'organisation (H2.2). Enfin, une fois observée, cette articulation devra

[1] Un dispositif d'innovation transitionnelle constitue un modèle d'intervention efficient en matière de prévention de la santé psychique au travail.

montrer qu'elle aboutit bien au développement de la santé (H2.3), à une implantation du dispositif et à une transformation durable des situations de travail (H2.4).

Hyp. centrale n°2 : Un dispositif d'innovation transitionnelle constitue un modèle d'intervention efficient en matière de prévention de la santé psychique au travail.	
Sur le niveau d'implication (H2.1)	H2.1 : Un dispositif d'innovation transitionnelle permet d'impliquer un maximum d'acteurs internes, notamment les dirigeants supérieurs, et de faire participer ces acteurs au processus d'intervention.
Sur l'objet d'intervention (H2.2)	H2.2 : Un dispositif d'innovation transitionnelle engendre des processus cognitifs de prévention primaires et permet de mobiliser les acteurs sur la transformation des situations de travail et l'évolution de l'organisation.
Sur les résultats en termes de santé psychique (H2.3)	H2.3 : Un dispositif d'innovation transitionnelle constitue un dispositif de prévention de la santé psychique.
Sur les résultats en termes d'implantation (H2.4)	H2.4 : Un dispositif d'innovation transitionnelle permet d'aboutir à une implantation du dispositif et à une transformation durable des situations de travail.

Tableau 37 ***: Synthèse des hypothèses testées dans l'étude n°3***

3.2.3.2 Population et contexte

La troisième et dernière étude a été réalisée au sein d'un institut de formation, et plus particulièrement sur l'un de ses quatre sites. Composée de 17 formateurs internes, de 4 personnels administratifs, d'un informaticien, d'un documentaliste et enfin d'un personnel de maintenance, cette équipe est placée sous la responsabilité d'un directeur et d'un directeur général, agissant eux-mêmes sous la gouvernance d'un conseil d'administration constitué d'un président, de 4 vices présidents chacun en charge d'un site et de 8 autres membres du bureau. Enfin, il faut ajouter la présence d'un secrétaire général en charge des questions de ressources humaines également président du CHSCT sur l'ensemble des établissements. Sur le site qui nous concerne, des formations initiales sont proposées mais également des formations continues. Enfin, un pôle de recherche et un pôle ressource complètent l'activité.

Dès 2014, le médecin du travail en charge de cette structure commença à recevoir des plaintes de plus en plus manifestes de salariés lors de visites médicales régulières ou à leur demande. Ces indicateurs l'ont conduit à alerter officiellement l'employeur « *d'état*s anxio-dépressifs présentés par plusieurs salariés évoquant une souffrance au travail » (extrait du 1er courrier d'alerte adressé par le médecin du travail en juillet 2014). Après avoir orienté les salariés vers

un psychologue du travail du SST présent à cette période, rencontré avec celui-ci le directeur puis participé à un CHSCT, une synthèse écrite des principales problématiques a été adressée à l'employeur afin de l'aider à comprendre l'origine des RPS. Etaient alors cités 16 facteurs en lien avec l'organisation du travail et notamment une programmation des cours non adaptée aux compétences des formateurs ou ne permettant pas d'anticiper la charge de travail, une absence de travail d'équipe, un manque de coordination et d'espaces d'élaboration collective, un climat social dégradé en lien avec des critères d'attribution des activités perçus comme inéquitables, un manque de temps pour préparer les cours ou encore un système de comptage du temps de travail non en phase avec la réalité des tâches à réaliser. A ces « problèmes soulevés par les salariés » étaient ajoutés des « mots verbalisés » (souffrance au travail, maltraitance, …) ainsi que des « pistes de réflexion » (supervision, espaces pédagogiques, …). Enfin, le courrier se concluait par la volonté du médecin du travail de voir l'employeur se « positionner dans une *démarche d'amélioration des conditions* de travail, notamment sur un plan organisationnel *[…] afin de respecter la santé mentale et physique des salariés* » et de répondre à ses obligations légales. Malgré les actions engagées par la direction suite à ces démarches, en septembre 2015, un nouveau courrier d'alerte fut transmis à l'employeur évoquant « de la *souffrance, de la démotivation, […] pour certains le désir de quitter une structure qui ne leur permet pas de faire leur travail de façon consciencieuse, [témoignant ainsi de l'existence de]* conflit de valeur » (extrait du second courrier d'alerte transmis par le médecin du travail). A cette même période, le personnel du site demanda une réunion auprès de la direction afin d'évoquer leurs difficultés. A cette occasion, ils remirent un document synthétisant leurs vécus douloureux ainsi que leurs causes. L'ensemble de ces éléments a permis l'organisation d'une nouvelle rencontre entre le SST, le directeur du site ainsi que le secrétaire général et président du CHSCT. Il en est résulté la contractualisation d'une démarche menée cette fois par le SST dans l'objectif de comprendre l'origine des problématiques toujours rencontrées. Ce premier dispositif dit, compréhensif, a été réalisé entre janvier et juillet 2016. Il a permis la rencontre des salariés volontaires dans le cadre d'entretiens individuels réalisés au sein du SST. Ces entretiens ont été conduits à partir d'une grille d'entretien semi-directif, enregistrés puis analysés selon une méthode d'analyse de contenu thématique[1]. Au final, 19 entretiens individuels ont été réalisés dont 14 des 18 formateurs présents à cette période, pour un total de plus de 18 heures d'entretien. Une restitution intermédiaire a été réalisée auprès du CHSCT. Des restitutions finales ont été enfin présentées aux formateurs en l'absence des responsables, au CHSCT (en présence du directeur général et du directeur) puis enfin lors d'une réunion

[1] Afin de répondre à la volonté de la direction « d'objectiver la réalité des TPS » tout en conservant la possibilité d'obtenir des résultats qualitatifs.

plénière où seuls les membres du conseil d'administration étaient absents. Après s'être assuré du partage du diagnostic ainsi réalisé, les préconisations ont consisté en la mise en œuvre du dispositif d'innovation transitionnelle. Il a recueilli le soutien des salariés, l'adhésion des représentants du personnel puis l'aval de la direction générale en juillet 2016. En septembre 2016, le CHSCT validait officiellement le lancement de ce nouveau dispositif ainsi que son appartenance à un processus de recherche doctorale. Bien qu'il ne soit pas possible de présenter ici l'ensemble des éléments du premier diagnostic pour des raisons de clarté et de confidentialité, nous pouvons souligner des points marquants : tout d'abord sur les 6 questions composant la grille d'entretien, la catégorie en lien avec des vécus négatifs comportait au total 67 thématiques, soit la catégorie la plus importante que ce soit en nombre de thématiques ou en unités de signification. Les thèmes les plus fréquents étaient la nécessité de développer des stratégies de protection de soi, les conflits de valeur ou encore le manque de reconnaissance et l'envahissement de la vie privée. L'organisation du travail apparaissait également toujours sous un angle négatif, tout comme la charge de travail présentée majoritairement comme trop importante, irrégulière et non anticipable et enfin, comme non comptabilisée au réel par l'outil de mesure du temps de travail (nommé plan de charge). Enfin, au niveau des relations de travail, des tensions, des conflits mais aussi des violences internes ont été mises en évidence au sein du collectif de formateurs. De même, la direction était fortement remise en question par des salariés rapportant une incapacité à donner des réponses satisfaisantes, à développer un management de qualité ou encore à comprendre le travail de formation. Le directeur général était quant à lui très vivement critiqué pour ses méthodes de management relevant, d'après les salariés, d'un discours de peur économique visant à entreprendre des changements destinés à assurer la pérennité de l'institut de formation pour les uns, à accroitre les résultats économiques afin de racheter d'autres organismes de formation pour les autres[1].

Dans ce climat instable et déjà très tendu, la rentrée 2016 a représenté une nouvelle étape dans la dégradation de la situation : malgré la vive opposition des salariés, une nouvelle fonction hiérarchique fut créée au détriment de référents fonctionnels qui assuraient jusqu'alors la coordination, l'organisation et la programmation pédagogique au sein de chaque cursus. Alors que ces derniers agissaient filière par filière, le nouveau responsable hiérarchique se devait de programmer et d'articuler l'ensemble des contenus et des ressources, et disposait pour cela d'un lien de subordination vis-à-vis de l'ensemble de ses collègues. De plus, malgré les importantes

[1] Le contexte professionnel des organismes de formation était en effet impacté par la modification de la loi relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratisation sociale du 5 mars 2014.

difficultés rencontrées sur son site initial et les critiques des formateurs, le directeur de l'établissement s'est vu confier la direction d'un second site. Enfin, parallèlement à tous ces changements, un nouveau logiciel informatique de suivi des programmations et de gestion des emplois du temps des formateurs fut installé. Quelques semaines après la rentrée de septembre 2016, une crise institutionnelle fut déclenchée par une grève des formateurs. Le directeur général fut remercié par le conseil d'administration. Le directeur du site fut placé en arrêt maladie à partir d'octobre 2016 et ne reprit jamais ses fonctions. Après seulement 4 mois d'exercice, le nouveau responsable hiérarchique démissionna de son poste. Le conseil d'administration recruta un nouveau directeur général par intérim et lui confia une mission de diagnostic général tout en lui demandant d'assurer le remplacement du poste de directeur entre octobre et mai 2016. Malgré cette crise et l'absence de responsable hiérarchique pérenne, le conseil d'administration, le CHSCT ainsi que les salariés décidèrent de maintenir le déploiement du dispositif d'innovation transitionnelle. De même, le directeur général par intérim opta pour sa participation à la démarche et son intégration parmi ses propres éléments de diagnostic. Quoiqu'il en soit, il nous semble tout à fait opportun de dire que le dispositif fut déployé au sein d'un terrain fortement dégradé.

3.2.3.3 Méthode

Le cadre méthodologique du dispositif d'innovation transitionnelle repose sur les éléments théoriques présentés préalablement (paragraphe 2.3) ainsi que sur les objectifs que nous nous sommes donnés pour répondre aux limites des dispositifs de prévention de la santé psychique au travail. Pour tester de nouvelles liaisons entre connaissance et action, nous avons en effet proposé d'élaborer un dispositif inscrit dans un processus d'innovation organisationnelle. Dans un premier temps, nous avons rapproché démarches de prévention et processus d'innovation en expliquant que les premières tentaient finalement d'implanter le second mais à partir d'un processus pull et extérieur[1] alors que leurs conditions d'efficience nécessiteraient qu'elles reposent sur une innovation émergente (Battistelli, 2012), c'est-à-dire une introduction volontaire et une mise en œuvre par l'entreprise et ses acteurs. De plus, en questionnant les processus nécessaires aux changements recherchés par les démarches de prévention, il nous a semblé que ce rapprochement permettait de déporter le regard vers l'expérience vécue par les acteurs et l'organisation. Ainsi, nous nous sommes intéressés aux contraintes des entreprises contemporaines en prenant appui sur les travaux d'Alter (2000) qui évoquent une tension

[1] Voulu par l'intervenant et à partir de son diagnostic.

structurelle entre permanence des incertitudes et besoin de rationalisation du fonctionnement organisationnel. Il nous a donc semblé que le processus d'innovation était en mesure de rendre compte de ces dynamiques tout en permettant d'y intégrer les démarches de prévention : en ce sens, une démarche de prévention inscrite dans un processus d'innovation organisationnelle pourrait devenir une ressource pour les acteurs internes, et notamment les dirigeants supérieurs, non seulement parce qu'elle viendrait les soutenir dans les contraintes rencontrées au quotidien mais aussi parce qu'elle permettrait d'agir sur ces dynamiques et s'inscrirait en cela dans la durée. Pour reprendre les trois dimensions proposées pour théoriser le passage de la connaissance à l'action, nous avons ainsi estimé que le processus d'innovation pouvait proposer un objet d'intervention global, possédant à la fois la capacité d'intéresser un maximum d'acteurs et à la fois la capacité d'appréhender et d'agir sur les dynamiques organisationnelles structurelles. En ce sens, il constitue un dispositif globalisant. Pour autant, un processus d'innovation étant en lui-même multidimensionnel, complexe et dynamique, il expose les acteurs, et notamment les managers, à un certain nombre de tensions, controverses, résistances ou encore incompréhensions ; des difficultés venant s'ajouter aux épreuves induites par une démarche de prévention primaire et que nous avons résumées sous le terme d'épreuves du dispositif de prévention par l'innovation. Aussi, la complexité même du processus d'innovation le lie nécessairement à des capacités d'invention de solutions nouvelles, c'est à dire à des capacités de créativité, capacités elles-mêmes sources de santé lorsque l'objet de la créativité peut s'ancrer dans le réel (Prades, 2012) : la créativité est en effet un mouvement de développement de l'humain lorsqu'il se fonde sur un processus d'appropriation de l'acte (Amado, 2007). Pour permettre ce mouvement tout en accompagnant les acteurs dans les épreuves d'un tel processus d'innovation, nous avons proposé de développer une méthodologie dite transitionnelle, en référence aux théories de Winnicott, et permettant d'implanter une zone proximale de développement, telle que développée par Vygotsky.

Dans le contexte fortement dégradé décrit plus haut, nous avons décidé de consacrer la démarche aux seuls formateurs et managers : tout d'abord, les formateurs étaient en effet les salariés les plus exposés aux TPS mais aussi les plus nombreux à souhaiter une évolution de leur situation de travail. De plus, parmi les difficultés rapportées par les autres personnels, beaucoup semblaient en lien avec les problématiques des formateurs, si bien qu'il était pertinent d'espérer une amélioration de la situation de travail des premiers à partir de l'amélioration de celle des seconds. Enfin, étant donné le caractère expérimental de la démarche, il nous a semblé plus prudent de n'inclure qu'une seule catégorie de professionnels.

Nous allons désormais présenter précisément et successivement, l'ensemble de ses étapes.

La première étape du dispositif a consisté en une communication ciblée autour du processus d'innovation et résumait l'ensemble des étapes de la démarche. Sa présentation était axée autour de la co-construction d'idées puis de projets innovants visant la transformation des situations de travail et l'amélioration de la qualité de vie au travail. Aucun terme relevant d'altérations ou de dysfonctionnements n'était cité. Les arguments présentés liaient innovation, bien-être et performance.

Sa seconde étape renvoyait à un triple objectif : débuter l'implantation du processus d'innovation émergente, ancrer les processus de créativité dans le réel et enfin poser les bases d'une activité transitionnelle. Pour ce faire, nous avons conduit des ateliers de générations d'idées auprès des formateurs et des managers. 7 séances furent organisées concernant les formateurs et 3 concernant les managers. Malgré notre volonté initiale, au regard de la charge de travail des formateurs mais aussi de l'instabilité de leur agenda, il n'a pas été possible de fixer la programmation et la composition de leurs groupes. Considérant que notre posture devait répondre à l'objectif d'amener le plus de salariés possibles à 'jouer', nous n'avons pas hésité à modifier notre approche en renonçant à une programmation de 3 fois deux séances[1] avec des participants stables pour proposer un total de 8 dates. Les séances étaient finalement dites 'ouvertes' dans la mesure où les formateurs pouvaient choisir de participer au nombre de groupes souhaités. Au final, 7 séances ouvertes furent organisées auprès des formateurs et 3 séances 'fermées' auprès des managers (participants stables). Toutes furent animées par nos soins avec le soutien d'une collègue assurant un rôle d'observatrice.

Ces ateliers étaient présentés comme des groupes de travail visant la production et le recueil d'idées émises par l'ensemble des formateurs et managers, ces idées devant ensuite être rapportées devant un comité de pilotage mixte et représentatif (que nous présenterons plus loin). Etant donné le caractère stratégique porté par l'innovation, l'intégration des managers au processus ne souleva aucune critique, ni même aucune remarque. A l'inverse, nous avons même du résister à des demandes proposant une mixité salariés-managers dès cet étape du dispositif. En revanche, du fait de l'absence du directeur de site puis de la démission du responsable de formation, le groupe de managers fut constitué du directeur général par intérim, du vice-président en charge du site d'intervention et du secrétaire général en charge des ressources

[1] L'établissement comprenait 17 formateurs. Deux groupes de 9 et 8 salariés étaient donc nécessaires à une animation qualitative.

humaines et président du CHSCT. Le responsable de formation ne put participer qu'à un seul atelier. L'animation a été organisée en trois séquences :

Séquences	Animation
Séquence 1 : Cadrage	
Rappel de l'objectif	Ces groupes de travail s'inscrivent dans le dispositif en faveur de la QVT. Ils ont pour objectif de produire des projets innovants qui seront ensuite rapportés devant un copil représentatif. Ils y seront sélectionnés puis seront étudiés via des analyses du travail[1] afin de les mettre à l'épreuve de la réalité, c'est-à-dire de les alimenter et de les enrichir par les pratiques professionnelles, de vérifier qu'ils sont en cohérence avec le quotidien de travail et enfin qu'ils apportent une réelle plus-value. Deux groupes de formateurs et un groupe de managers travailleront ainsi durant plusieurs séances.
Cadrage éthique	Afin que le groupe puisse travailler au mieux, un cadre doit être posé et respecté. La 1ere règle est celle de la confidentialité : tout ce qui se discute dans le groupe reste par principe à l'intérieur de ce groupe. Ce qui sortira du groupe fera l'objet d'un travail particulier à l'issue de chaque séance. La seconde règle est celle de la bienveillance et du respect des uns et des autres : ce que le groupe travaille concerne l'activité professionnelle et en aucun cas les personnes. A l'intérieur de cet espace, chacun adopte vis-à-vis de l'autre une attitude bienveillante et respectueuse.
Séquence 2 : Génération d'idées	
Création des idées	Les temps que nous allons partager sont une occasion d'imaginer : imaginer d'autres possibles de votre activité, énoncer des idées nouvelles, explorer des pistes de transformation, même des pistes qui vous semblent a priori incongrues ou impossibles. Ces temps sont des espaces d'expérimentation. Par définition, vous pouvez donc tout y imaginer. Le sens de ce groupe, son objectif, est celui de conduire une réflexion collective vers un mieux-être ensemble. Pour cela, nous allons vous inviter à débuter cette séance en prenant quelques minutes de réflexion individuelle et silencieuse pour réfléchir à la question suivante : Que pouvons-nous imaginer pour transformer notre situation de travail ? [temps de travail individuel]
Partage des idées	Nous allons désormais vous inviter à énoncer, sans trop de détails et chacun votre tour, le ou les idées auxquelles vous avez réfléchies. [tour de table]. Nous allons désormais travailler sur chacune des idées apportées par vos soins. Pour ce faire, nous allons vous inviter à sélectionner l'idée que vous souhaitez travailler en priorité aujourd'hui, sachant que les autres idées seront reprises lors des séances à venir [débat[2]]. Nous allons désormais vous inviter à poser des questions à … (émetteur de l'idée retenue) afin d'expliciter son idée. Il s'agit de formuler des questions de compréhension pour s'assurer que nous avons bien cerné l'idée. Il ne s'agit pas de juger sa pertinence mais de bien la comprendre [ensemble de questions].
Séquence 3 : ancrage des idées dans le réel (se répétait autant de fois que d'idées)	
Mise au travail des idées	Maintenant que nous avons tous une vision claire de l'idée consistant à …., nous allons vous inviter à réfléchir à la forme que pourrait prendre cette idée dans votre quotidien de travail, c'est-à-dire à réfléchir à comment cette idée pourrait prendre forme dans votre travail.

Tableau 38 : Animation des ateliers de *génération d'idées*, processus *de l'*innovation, étude n°3

Les séances suivantes débutaient par une présentation de l'ensemble des idées émises par le groupe, par un rappel de l'idée (ou des idées) mise(s) au travail et enfin par le résultat des réflexions relatives à la manière dont cette (ces) idée(s) pourrait(ent) prendre forme dans le quotidien de travail. Au fur et à mesure de l'avancée des séances, les groupes étaient amenés à

[1] Il s'agit de la quatrième étape du dispositif, présentée plus loin.

[2] En tant qu'animateur, nous nous donnions la possibilité de donner notre avis quant à ce choix.

valider « une forme d'idée » lorsqu'ils estimaient qu'elle était prête à être présentée au copil. Enfin, le dernier atelier se concluait par une synthèse de l'ensemble du travail réalisé au fil des séances.

Cette technique d'animation spécifique permet, on le voit, d'amorcer un processus de créativité par génération d'idées mais également de les ancrer dans le réel au travers du travail de 'mise en forme' de l'idée demandé au groupe. Le passage de l'objectif vers le projet est ainsi accompagné, tout comme l'obligation de penser les moyens nécessaires à la transformation de l'idée en innovation puisqu'il s'agit finalement ici de réfléchir à sa capacité d'appropriation par le social constitué par l'établissement. De plus, cet exercice oblige à quitter une posture passive et critique pour aller vers une posture constructive. Ainsi, la formulation d'objectif négatif ; par exemple « que nous ne soyons plus méfiants les uns envers les autres » ; était renvoyée au groupe sous la forme de réflexions à mener autour des actions à imaginer pour aller vers la confiance. L'animation était ainsi élaborée pour répondre à l'implantation d'une activité transitionnelle. Nous pouvons en effet traduire l'animation dans le cadre d'un processus transitionnel :

Séquences	Animation
Séquence 1 : Cadrage	
Rappel de l'objectif	Présentation des règles du jeu
Cadrage éthique	
Séquence 2 : Lancement du jeu	
Création des idées	Recherche d'objets-trouvés
Partage des idées	Partage des objets-trouvés Reconnaissance sociale des objets-trouvés Création de représentations partagées, c'est-à-dire d'une affinité des illusions
Séquence 3 : Modélisation des objets-trouvés	
Mise au travail des idées	Passage de la relation à l'objet à l'usage de l'objet : - En combinant ce qui est désiré et de ce qui est réel - En passant des objets-trouvés aux objets-créés Implantation du processus de créativité (tous cherchent à atteindre …)

Tableau 39 : Animation des ateliers de créativité, processus transitionnel, étude n°3

La troisième étape du dispositif renvoie à l'étape de constitution de son comité de pilotage puis de sa première réunion de travail. Le copil est pensé comme l'instance décisionnelle de la démarche. Notre objectif était d'y inclure des membres représentatifs de l'établissement mais également d'y intégrer des managers et des dirigeants supérieurs. Concernant les formateurs, un appel à volontariat a été réalisé au travers d'une communication spécifique. Etant donné le peu de salariés du site, les fortes tensions entre formateurs et managers ou encore la surcharge

de travail et le mal-être de ces derniers, leur participation représentait un enjeu de taille. Il en était de même concernant les managers. Pour autant, là aussi, leur intégration n'entraina aucune difficulté, un résultat qui nous semble à nouveau lié à l'orientation de la démarche du côté de l'innovation. Au final, le copil était composé du directeur général par intérim, du vice-président en charge de l'établissement, du secrétaire général en charge des RH et président du CHSCT en ce qui concerne les managers (le responsable des formations devait théoriquement y être intégré). Concernant les salariés, un formateur élu du personnel membre du CHSCT en était également membre ainsi que quatre formateurs de l'établissement. Le médecin du travail[1], la collègue qui nous a épaulée ainsi que nous-même complétions le comité. Au total, le copil comportait donc 3 managers dont un directeur supérieur et un vice-président du conseil d'administration, 5 formateurs dont 1 élu du CHSCT et 3 acteurs du SST.

La première réunion de travail du copil a été organisée durant une journée entière. Les objectifs affichés étaient multiples : prendre connaissance des idées émises et des projets construits (des formes d'idées dans notre jargon) durant l'ensemble des ateliers de génération d'idées, débattre afin de retenir et prioriser les projets à expérimenter et enfin identifier les activités concernées par les projets innovants afin de permettre leurs études (phase d'analyses du travail réel correspondant à la 4ème étape présentée ci-après). Comme durant les groupes de génération d'idées, nous avons élaboré l'animation de cette journée de travail afin d'atteindre les objectifs théorico-méthodologiques propres à l'implantation du processus d'innovation émergente mais aussi au processus transitionnel. Nous la résumons ci-dessous :

[1] Accompagnée parfois de son infirmière en santé au travail

Animation (processus innovation)	Animation (processus transitionnel)
Rappel de l'objectif	**Présentation des règles du jeu**
Le copil est l'instance décisionnelle de la démarche en faveur de la QVT. Ses membres décident des projets d'innovation qui seront travaillés et expérimentés. La mission du copil est d'aboutir à des projets qui modifieront concrètement et durablement les situations de travail. C'est pour cela précisément qu'il est mixte et que ses réflexions seront nourries par les avis et opinions des salariés appuyés par les analyses du travail.	Implantation d'une aire transitionnelle : les objets avec lesquels ils joueront ne sont pas totalement dans la réalité (projets construits dans le copil puis travaillés par les analyses, …) mais pas totalement intérieurs (discutés entre membres puis avec les salariés via les analyses)
Cadrage éthique	
Afin que le groupe puisse travailler au mieux, un cadre doit être posé et respecté. La 1ère règle est que tout projet doit être discuté. Nous cherchons un échange constructif. Ce qui attendu des participants, c'est en effet de contribuer à la maturation des projets, sachant qu'ils ont un objet de développement de la QVT, c'est-à-dire d'un développement du mieux-être ensemble et de la qualité du travail. La 2ème règle est celle de la confidentialité : les échanges qui ont lieu durant le copil restent dans le copil. De plus, le fruit des débats et des compromis seront communiqués sur la base d'un accord entre les membres du copil, tant sur le contenu que sur la forme. La 3ème règle renvoie à notre propre posture qui est celle d'une éthique du débat : Les arguments contradictoires sont souhaités car ils sont le moyen d'aboutir à des projets sincèrement partagés. Toutefois, pour être entendus et que tout le monde puisse s'exprimer, des conditions sont requises : respect, écoute des uns et des autres, considération des arguments apportés. En conclusion : l'objectif du copil étant de réfléchir et d'agir pour l'amélioration du mieux-être ensemble, chacun de ses membres porte la responsabilité de favoriser cette dynamique.	Recherche d'une responsabilisation des membres du copil sur les objets transitionnels (reconnaissance sociale partagée de l'importance des objets et de leur valeur symbolique) Posture de l'intervenant : permettre aux membres du copil de jouer Responsabilisation des membres pour développer la reconnaissance sociale partagée autour des objets
Règles de fonctionnement et ancrage des projets dans le réel	
Les copil sont animés par nos soins, dans cette posture de construction et de débat. Nous en sommes les garants : nous introduisons, régulons, apportons des connaissances sur les sciences du travail, proposons des reformulations et des conclusions. Mais le travail sur les projets revient aux membres du copil, reconnus comme les experts de leur activité et de leur situation de travail. La décision est le fruit d'un compromis issu du débat. Les arbitrages seront réalisés à partir des indicateurs suivants : l'attachement et le partage du projet par le plus grand nombre ; le caractère prioritaire du projet : un impact plus large ou une action impérative ; la logique d'action et de cheminement ; la faisabilité : les ressources (humaines, matérielles, temporelles) et les marges de manœuvre. Le copil se réunira à 3 reprises d'ici la fin de l'année scolaire : Réunion 1 : sélection des innovations à étudier, réunion 2 : retour des analyses du travail et validation des expérimentations, réunion 3 : validation des projets. Chaque réunion sera suivie d'un relevé de décisions rédigé par nos soins et transmis à chaque membre du copil. Un ordre du jour sera également établi. Enfin, une communication sera diffusée à l'ensemble des salariés.	Implantation d'une aire transitionnelle : les objets avec lesquels ils joueront ne sont pas totalement dans la réalité (projets construits dans le copil puis travaillés par les analyses, …) mais pas totalement intérieurs (discutés entre membres puis avec les salariés via les analyses)
Partage des innovations proposées et implantation de l'appropriation sociale	**Obtention d'un partage des illusions**
L'ensemble des groupes a travaillé à partir de la question suivante : que pouvons-nous imaginer pour transformer notre situation de travail ? Nous allons tout d'abord vous présenter une synthèse des axes de transformation proposés par les	

groupes. Ces axes définissent les orientations des projets à construire. Le premier temps du copil doit donc être celui d'un accord de ses membres sur ces orientations afin de s'assurer que vous partagez tous ces objectifs à atteindre. Il s'agit d'aller vers : orientation 1, orientation 2, … Est-ce que selon vous, ces orientations représentent bien le sens dans lequel les transformations doivent aller au sein de …. (nom de l'établissement) ? [débat] Le copil peut-il donc s'engager à travailler dans le sens de ces orientations ? [débats]	→ Recherche d'une représentation partagée Implantation du processus de créativité
Poursuite du processus d'appropriation sociale et de l'ancrage dans le réel	**Poursuite du partage des illusions**
Maintenant que nous sommes d'accord sur le sens du travail à réaliser, nous allons nous demander quels indicateurs nous permettraient de valider que ces transformations sont à l'œuvre ? Pour vous, on obtiendra (orientation 1) si l'on observe /s'il existe,… [débats] Répétition pour chaque orientation.	→ Alliance entre les désirés et le réel Renforcement de la reconnaissance sociale des objets par la répétition de leur présentation et la réflexion autour de l'idéal de l'objet
Partage des propositions d'innovation	**Présentation des usages des objets des groupes**
A ce stade de notre travail, nous avons validé que nous sommes d'accord sur le sens du travail que le copil va réaliser. Nous allons désormais présenter les manières dont les groupes ont imaginé ces transformations. Nous vous proposons de partir de ces 1eres formes de projet pour décider ensemble des innovations qui seront ensuite expérimentées. Concernant l'orientation …, l'innovation proposée pourrait consister à : Définition, objectifs, formes Concernant l'orientation …, Avant de débattre autour de ces innovations, nous allons prendre quelques minutes pour que vous puissiez poser des questions de clarification. Il s'agit de formuler des questions de compréhension afin de s'assurer que nous avons tous bien cerné les projets.	→ Présentation au copil des objets-donnés par les groupes de travail → Répétition de la présentation des objets
Mise au travail des propositions d'innovation, poursuite de l'appropriation sociale	**Lancement du jeu**
Nous avons maintenant tous une vision claire des projets. Nous allons donc réfléchir à partir de ces premières modélisations, à la forme des projets. Avant de débuter ce travail, le copil se doit de choisir les projets qu'il souhaite mettre au travail et prioriser. Pour cela, les critères de choix proposés sont les suivants : l'attachement et le partage du projet par le plus grand nombre, le caractère prioritaire du projet : un impact plus large ou une action impérative, la logique d'action et de cheminement, la faisabilité : les ressources (humaines, matérielles, temporelles) et les marges de manœuvre [débat] Le copil a donc validé la mise au travail de l'innovation consistant en ….. Cette innovation visait à atteindre l'objectif de (orientation). La modélisation imaginée par les groupes de travail vous semble-t-elle expérimentable tel que ? Ou que pourriez-vous imaginer pour la compléter ? [débat] (répétition pour l'ensemble des projets)	→ Election des objets-donnés avec lesquels le copil accepte de jouer → Jeu avec les objets-donnés : recherche de l'activité transitionnelle et répétition de la présentation de l'objet et de sa représentation partagée
Amorce étape 4 : renforcement de l'ancrage dans le réel et de l'appropriation sociale	**Amorce étape 4 : Processus transitionnelle**
Quelles activités vous semblent-ils nécessaires d'analyser pour étudier ce projet d'innovation ? Qui et comment sont communiqués ces projets ?	→ Implantation de l'activité transitionnelle : choix des éléments du réel auquel l'objet-créé devra être confronté → Implantation de l'élargissement de la reconnaissance sociale des objets-créés

Tableau 40 : Animation du comité de pilotage n°1, étude n°3

La quatrième étape du dispositif est celle des analyses du travail. Concrètement, elles consistent en une étude du travail réel concerné par les projets d'innovation. Il s'agit donc une nouvelle fois d'ancrer les projets dans le réel, c'est-à-dire de vérifier qu'ils permettent bien aux salariés de développer leur activité puisque c'est à ce titre qu'ils pourront s'approprier les projets en les transformant en acte. Ce processus d'appropriation source de créativité et de santé, est aussi une condition au processus d'innovation dans la mesure où les analyses du travail visent à garantir l'appropriation des projets par le social : d'une part en représentant les projets retenus par le copil aux salariés (via une communication spécifique) et en leur permettant de les discuter, de les critiquer mais aussi de les enrichir, d'autre part en révélant le réel des activités afin de vérifier que les projets soient effectivement en phase avec le quotidien de travail. C'est le 1er copil qui débute cette identification des 'dimensions du réel' à étudier lors de la 4ème étape de l'animation : « Quelles activités vous semblent-*ils nécessaires d'analyser pour étudier ce projet d'innovation ?* » Cette réflexion oblige les acteurs à penser les liens entre le projet (et donc le futur) et le travail actuel (et donc le présent). De plus, en énumérant l'ensemble des activités qui pourraient évoluer au travers du projet, l'exercice les amène aussi à (re)considérer la richesse et la complexité du réel. Pour autant, il s'agit davantage d'implanter un processus de confrontation des projets au réel que d'obtenir, par ce biais, sa véritable révélation. Il nous semble en effet que sur ce point, seul les professionnels du travail sont en capacité de mesurer 'tout ce qu'il y a à révéler' et de cerner les méthodes nécessaires pour y parvenir. C'est pour cela que nous avons conservé la main sur les méthodes nécessaires à cette révélation du travail réel.

Du point de vue des objectifs relatifs à l'implantation d'un processus transitionnel, cette étape vise à ramener auprès des salariés, les objets-créés par le copil à partir de ceux qu'ils leur avaient eux-mêmes donnés, et de les amener à nouveau à les transformer (à jouer avec). Autrement dit, présenter à nouveau l'objet afin d'engendrer une activité transitionnelle en les conduisant à créer à partir de cet objet, un nouvel objet-créé. Les projets se trouveront ainsi confrontés par les salariés. Pour implanter ce processus et développer les compétences des acteurs de l'entreprise quant à l'étude du travail réel et à la discussion sur le travail, il nous a semblé intéressant d'inclure des salariés aux analyses du travail. Nous avons donc fait appel à des acteurs internes volontaires pour réaliser ces études et devenir ainsi des 'analystes internes du travail'. Conformément à nos hypothèses, un haut niveau d'implication nécessitait en effet d'intégrer un maximum d'acteurs dans un maximum d'étapes mais aussi de leur confier des rôles les plus actifs possibles. Pour autant, dans le contexte de fortes dégradations des relations de travail décrit précédemment, cette proposition paraissait sensible car elle impliquait que les

salariés donnent à voir leur activité à des collègues. Les craintes de jugement et d'évaluation pouvaient donc survenir. Pour garantir un cadre éthique suffisant, nous avons donc proposé de placer l'ensemble des analystes et des analyses sous notre responsabilité et supervision d'une part, et de former les analystes d'autre part au travers d'une formation-action. Enfin, nous avons soumis cette proposition au vote en réalisant un sondage anonyme auprès des salariés en leur laissant la possibilité de choisir entre des analyses du travail réalisées par les seuls membres du SST et des analyses réalisées avec des salariés internes volontaires selon les conditions préalablement décrites. Sur 21 salariés votant (17 formateurs + 4 managers), 12 ont choisi la seconde option et seulement 3 la première (le taux de réponse au sondage a été de 68%). Cette option fut donc validée et la formation-action des 5 formateurs volontaires pour devenir analystes du travail débuta.

La formation-action a été organisée autour de deux temps pédagogiques d'une demi-journée chacun. Le 1er temps était collectif et portait sur les bases de l'analyse du travail : définition du travail au sens d'activité humaine déployée dans le cadre particulier de l'emploi, différence entre travail prescrit et travail réel, entre organisation formelle et organisation vivante, compréhension des fondements des pratiques professionnelles, des difficultés d'explicitation et de verbalisation d'une part, et l'architecture du métier d'autre part (présentation des 4 instances du métier et exercice d'analyse en situation), enfin, objectifs de l'analyse du travail et posture de l'analyste. Le 2nd temps était individualisé et portait sur les méthodologies spécifiquement élaborées pour réaliser les analyses du travail au regard de nos objectifs théorico-méthodologiques et de la nature des projets d'innovation : chaque analyste a ainsi été formé en fonction du projet à étudier. Pour expliciter ces choix méthodologiques, et bien que nous ne soyons pas encore dans la partie de présentation de nos résultats, nous allons présenter ici les projets retenus à l'issue du 1er copil : les groupes de génération d'idées ont en effet abouti à la proposition de 77 idées (annexe 3) et leur mise au travail a abouti à 12 projets d'innovation présentés au 1er copil. Parmi ces 12 projets, 4 ont été retenus. Ils sont détaillés ci-dessous.

Orientation 1 : Objet-donné par les groupes de génération d'idées : Aller vers un cadre inter-établissements permettant l'adaptation aux réalités locales

Objectifs : Redéfinir une organisation du travail replaçant les missions et les responsabilités de chacun

Forme proposée :

Positionner les managers dans un rôle de transmission d'un cadre d'activité de formation aux formateurs. Ce cadre serait basé sur la déclaration préalable de formation et les ressources allouées par l'institution (budget et heures internes ou vacataires). A l'intérieur de ce cadre, les formateurs auraient toute latitude pour réaliser le travail pédagogique et organiser le déroulé de la formation. Le cadre pourrait être discuté si les formateurs estiment qu'il ne correspond pas aux besoins de la formation. Le référent de la filière verrait ses missions évoluer vers celui d'animateur des échanges entre formateurs intervenant sur une même filière. Le rôle des managers serait ramené à l'organisation des ressources et des conditions de travail pour permettre aux formateurs de conduire l'ensemble des formations. Ils n'auraient plus de pouvoir sur l'organisation du contenu des formations. Des réunions de régulation auraient lieu tous les trimestres ou à la demande, afin de permettre aux formateurs de faire retour du déroulé de la formation et de soulever ou discuter les points de difficultés éventuelles.

Forme créée par le copil : projet 1 : Aller vers un modèle de management posant un cadre inter-établissements et permettant l'adaptation aux réalités locales

Objectifs : Définir un modèle de management et d'organisation globale : identifier les rôles, missions et activités de chaque catégorie d'acteurs ; cerner les champs d'expertise et les articuler aux espaces de décision ; l'institutionnalisation et la structuration de temps collectifs seront un moyen pour faire vivre ce modèle.

Temporalité : Ce projet étant au cœur de la mission de diagnostic du directeur général, il est indispensable qu'une coordination se mette en place. Le projet devra être appliqué et généralisé à l'ensemble des établissements pour la rentrée 2017 au plus tard.

Mise au travail du projet : Il sera demandé aux analystes d'étudier les éléments suivants :

- Evaluer les impacts des décisions organisationnelles de l'année 2016
- Analyser les impacts du développement des activités de recherche et de formation continue
- Questionner les différentes articulations entre aspects techniques et aspects organisationnels auprès des formateurs, en allant des plus anciens aux plus récents
- Sur l'ensemble de ces points : identifier les besoins des formateurs

Orientation 2 : Objet-donné par les groupes de génération d'idées : Aller vers des temps collectifs entre formateurs pour échanges sur les pratiques

Objectifs : Introduire des espaces collectifs institutionnels

Forme proposée :

Instaurer des réunions institutionnelles obligatoirement dégagées dans l'emploi du temps des formateurs. Deux formes de réunions :

Intra-filière ou thématiques : concernent une filière particulière ou une question spécifique à plusieurs formateurs inter-filières ; animation : référent de filière ; rythme : hebdomadaire ; cadrage : ordre du jour, gestion du temps, relevé de décisions

Des réunions plénières : concernent l'ensemble des salariés, les innovations réalisées, les projets collectifs, … ; invitation des secrétaires pédagogiques et autres collègues au début ou à la fin de la réunion lorsque des thèmes les concernent ; animation : direction ; rythme : mensuelle ; cadrage : ordre du jour (co-établi), gestion du temps et compte-rendu

Articulation des espaces collectifs : équilibrés (ratio investissement / bénéfice), les sujets transversaux sont abordés en plénière, les discussions par mail sont arrêtées.

Forme créée par le copil : projet non retenu. Argumentaire : ce projet est un moyen, il devra donc être étudié une fois que le projet 1 aura été pensé

Orientation 3 : Objet-donné par les groupes de génération d'idées : Aller vers une valorisation, un partage et une capitalisation des ressources

Objectifs : Partager les contenus ; pouvoir attribuer des cours en fonction des expériences et expertises ; obtenir une meilleure adaptation : mission/compétences/ressources ; valoriser les productions et les compétences

Formes proposées :

Projet 3.1 : Instaurer des analyses de la pratique inter-établissements, pour tous les formateurs, dans une temporalité fixe. Enjeu important sur le choix de l'intervenant

Projet 3.2 : Création d'une base de données internes permettant de recenser et de partager les ressources, présentant les ressources disponibles par filière, identifiant également les contenus communs aux différentes filières et référençant le niveau de progression pédagogique dans lequel les cours s'inscrivent. Base à construire par un travail collectif incluant les formateurs, la documentaliste, l'informaticien et des étudiants

Projet 3.3 : Créer un parcours d'intégration des nouveaux formateurs. Créer des pratiques d'accueil RH (présentation, locaux, livret d'accueil, programme des formations) et instaurer un système de parrainage. Le parrain dispose de temps pour accompagner le nouveau formateur et met en place un parcours de découverte (observation des différentes activités, intervention en doublon pour chaque première fois). Un bilan parrain/nouveau formateur/hiérarchie est réalisé au cours d'un entretien

Projet 3.4 : Création d'agora, un espace mixte formateurs / étudiants de discussions et de débats démocratiques inclus dans le parcours de formation, dans lequel on discute par exemple, de la vie des groupes d'étudiants, d'actualité et de politiques, où l'on présente et discute des projets innovants

Projet 3.5 : Créer un environnement propice au travail collectif et à la créativité. Lieu dédié au travail collectif, permettant d'y laisser des travaux et de débattre sans déranger, incluant des ouvrages (de la documentation, …) avec une organisation physique propice au travail collectif et à la créativité. Lieu formel investi par les formateurs avec possibilité d'y développer des échanges informels

Projet 3.6 : Créer une salle de repos. Espace où l'on peut se rencontrer, échanger, se connaître, qui permet de se ressourcer face aux moments difficiles de l'activité. Lieu investi durant les pauses de l'activité, bénéficiant d'un environnement zen, comprenant une douche pour faciliter la pratique sportive durant la pause méridienne, permettant une sieste. Lieu ouvert à tous les salariés, dans lequel il serait interdit de parler du travail

Forme créée par le copil : Aller vers une valorisation, un partage et une capitalisation des expériences positives, des expertises, des savoirs, …

Projet 2 : Création d'un outil de ressources internes

Objectifs : Partager les contenus de cours ; pouvoir attribuer des cours en fonction des informations de la base : cours déjà produits et expertises référencées des formateurs ; gagner en temps et en ressources, obtenir une meilleure adaptation : mission / compétences / ressources disponibles ; valoriser les productions et les compétences

Dimension :

La réforme des diplômes étant engagée, le copil a choisi de débuter la construction de cette base sur 3 filières qui ne seront pas impactées par les changements

Mise au travail du projet : Il sera demandé aux analystes d'étudier les éléments suivants :

- Analyser les bases de données existantes à partir du logiciel ;
- Questionner les formateurs pour identifier leurs propres bases de données, comprendre leurs besoins ;
- Cerner les types d'utilisation qu'ils pourraient développer afin d'y adapter l'outil

Après présentation de cette étude au copil n°2, un groupe de travail sera mis en place et devra comprendre la documentaliste et le responsable informatique

Projet 3 : instaurer des analyses de pratiques

Objectifs : Permettre un échange sur la pratique professionnelle ; participer à la réduction des vécus douloureux

Mise au travail : Il sera demandé aux analystes d'étudier les éléments suivants :

Rencontrer les professionnels afin de cerner leurs attentes en vue de la rédaction d'un cahier des charges permettant de sélectionner un intervenant

Projet 4 : créer un parcours d'intégration des nouveaux formateurs

Objectifs : Transmission des expériences, des outils, des pratiques, partage de la connaissance du réseau de partenaires, des informations sur les expertises internes des uns et des autres, construction d'un parcours d'intégration pour accompagner les nouveaux formateurs

Mise au travail : Il sera demandé aux analystes d'étudier les éléments suivants :

- S'entretenir avec les deux formateurs arrivés cette année ainsi qu'avec le stagiaire actuellement accueilli afin d'étudier leur intégration ;
- Rencontrer les formateurs pour cerner les pratiques d'intégration déjà construites ;
- Etudier les documents et pratiques RH liés à l'arrivée de nouveaux formateurs

Les autres projets n'ont pas été retenus par les membres du copil.

Orientation 4 : Objet-donné par les groupes de génération d'idées : Aller vers une programmation et un plan de charge qui remettent le travail au centre

Objectifs : Réguler la charge de travail et la compter au plus proche du travail réel ; remettre le travail au centre, au lieu du temps de travail, tout en disposant d'un cadre de travail commun à tous veillant ainsi à l'équité du traitement des étudiants et constituant des repères communs pour faire le travail selon une bonne qualité pédagogique

Forme proposée :

Abandon du plan de charge actuel au profit de nouveaux forfaits plus larges, découpant le temps de travail des formateurs en pédagogie directe/ accompagnement (stages, évaluation)/ préparation (y compris la veille documentaire)/ temps institutionnels

Les proportions seront à définir à partir d'un état des lieux des temps de travail selon ces catégories. Des critères seront pensés pour adapter le temps de préparation aux spécificités des cours, des publics, …

Le découpage du temps ne s'appliquera pas aux nouveaux formateurs durant leur première année.

Les outils informatiques et fonctionnels devront être pensés à partir des besoins de la pratique.

Forme créée par le copil : projet non retenu. Argumentaire : Ce projet découlera du projet 1

Orientation 5 : Objet-donné par les groupes de génération d'idées : Aller vers un engagement individuel et collectif pour le mieux et bien vivre-ensemble

Objectifs : Remise à plat des valeurs de l'institution et les faire vivre au quotidien

Forme proposée :

Constitution d'un groupe de travail mixte étudiants / formateurs / conseil d'administration / managers, animé par un tiers extérieur capable de cadrer la démarche et de faire des retours réflexifs au groupe

Groupe devant aborder 3 aspects : rappel de l'ensemble des documents posant les valeurs (projet associatif, …), débat valeur par valeur (citoyenneté, éthique de l'accompagnement, …), réflexion sur l'application des valeurs dans la pratique quotidienne

Pérennisation de la démarche : création d'une 'commission éthique' où ces questions pourront être débattues lorsqu'elles surviennent au fil de l'eau. Possibilité d'arbitrer des controverses à partir des valeurs institutionnelles.

Forme créée par le copil : projet non retenu. Argumentaire : Est jugé moins prioritaire que les autres projets à cet instant. Pourra toutefois être mené dans l'avenir

Tableau 41 ***: Projets d'innovation issus des groupes de génération d'idées*** **présentés au copil n°1 et décisions du Copil, étude n°3**

Pour étudier les projets 1, 2, 3 et 4 validés à l'unanimité par les membres du copil à l'issue de leurs débats, tout en poursuivant nos objectifs théorico-méthodologiques, nous avons choisi de mobiliser des méthodologies différentes puis y avons formé les analystes du travail.

Projet n°1 : l'enjeu du projet est d'aboutir à une évolution globale de l'organisation du travail : répartition des missions et des rôles des uns et des autres, nouvelle articulation entre le travail de formateur et le travail d'organisation des formations et ce faisant, nouveaux espaces de régulation entre les formateurs mais également entre les formateurs et les managers (entre les niveaux opérationnel, méso et macro). On comprend donc que l'ensemble des activités sera susceptible d'évoluer au regard de ce projet. En ce sens, la méthodologie nécessaire à la confrontation de ce projet au réel se devait nécessairement de questionner l'ensemble des cadres du travail. Nous avons donc choisi de mobiliser la méthodologie de la psychosociologie du travail et de la médiation par l'activité qui étudie effectivement l'activité en tant que « controverses axiologiques trans-activités, trans-métiers, trans-organisations » (Lhuilier, 2013, p26). Par ailleurs, sa méthodologie permet des échanges à partir des expériences individuelles pour créer des ressources collectives, construit la coopération en offrant un cadre permettant « une élabor*ation collective […] nécessaire* à une déprivatisation des épreuves du travail et la production des ressources collectives permettant le dégagement des impasses *rencontrées dans l'activité* » (Amado et Lhuilier, 2012, p264). Il s'agit donc de mettre le donné à l'épreuve du réel pour en construire des issues créatives, un processus qui correspond parfaitement à l'activité transitionnelle et au processus d'innovation émergente que nous souhaitons obtenir. Les analyses du travail concernant ce projet ont donc consisté à deux séances collectives auprès des formateurs volontaires animées via cette méthodologie pour en extraire ensuite les « ressources proposées ou à construire pour que [les salariés] puissent faire leur trava*il et contribuer à la vie de l'organisation* » (Amado et Lhuilier, ibid, p268). Les analystes ont donc été formés à cette méthodologie.

Le projet n°2, malgré son intérêt et sa validation par le copil n'a pas été poursuivi. La principale raison était le temps à investir pour réaliser les analyses du travail. Il était en effet conséquent et devait aussi trouver sa place dans un emploi du temps des formateurs particulièrement chargé (nous rappelons que la surcharge de travail était l'une des premières plaintes des salariés). En échangeant avec les analystes, il est aussi apparu que ces derniers étaient moins intéressés par cette étude que par celles proposées par les autres projets.

Projet n°3 : l'instauration de séances d'analyses de la pratique répondait à la fois au besoin de verbalisation et d'élaboration autour des vécus de souffrance mais également au besoin d'échanges sur le travail. Son enjeu majeur nous semblait donc consister en la création d'espaces d'élaboration de la pratique professionnelle. En ce sens, il ne s'agissait pas 'uniquement' de choisir un consultant en lui commandant des analyses de la pratique et, par ce biais, de parvenir à un effet cathartique autour des affects douloureux, mais bien d'amener les acteurs à penser ce projet après avoir identifié leurs besoins au regard des épreuves du travail, de leurs vécus, des ressources dont ils disposent ou qu'ils souhaitent voir développer par l'introduction de ce nouvel espace mais aussi par les articulations éventuelles à penser entre celui-ci et les autres niveaux de régulation interne. Au regard de ces enjeux, il nous a semblé intéressant de mobiliser la méthodologie issue de l'enquête en psychodynamique du travail. En effet, d'une part, elle permet d'aboutir à une étiologie de la crise mais développe aussi de nouvelles compétences collectives horizontales et verticales en instaurant des espaces de délibération et en transformant le rapport subjectif au travail en « (déclenchant) la pensée par la pensée » (Clot et Leplat, 2005, p18). D'autre part, son objectif porte également sur la transformation effective de l'organisation du travail en amenant les salariés à analyser leurs vécus au regard de cette organisation qui constitue « les bases relationnelles du vivre-ensemble [et*] les bases de la coopération […]* pour travailler ensemble » (Dejours et Bègue, 2009, p123). Les analyses du travail que nous avons réalisées concernant ce projet ont donc consisté à animer trois séances collectives auprès des formateurs volontaires via cette méthodologie afin d'en extraire les besoins à formuler en direction de séances d'analyses de pratiques (ou de toute autre forme que pourrait prendre des séances de régulation collective). Les analystes ont été formés à cette approche.

Projet n°4 : la construction d'un parcours d'intégration des nouveaux formateurs nous a semblé un projet intéressant du point de vue du vivre-ensemble mais également du point de vue du partage des pratiques et de leurs transmissions, des ressources collectives disponibles, accessibles et volontairement partagées ou non. Ainsi, si son ampleur pouvait sembler moins large que les deux précédents projets parce qu'il porte sur un temps délimité de la vie des formateurs ou qu'il concerne seulement les salariés nouvellement arrivés, son analyse permettait de révéler des aspects fondamentaux entourant le geste professionnel, « ces pratiques [vues comme] un ensemble de rébus, reliés les uns aux autres [et qui] nous inclut dans un monde de pratiques qui vont au-delà d*e l'individu, pratiques dont chaque opération dépend de ce qu'elle est communément distribuée* » (Clot, 2008-a, p136 citant Bruner, 1996). La

méthodologie que nous avons mobilisée à consister en la conduite d'entretiens individuels auprès des formateurs nouvellement arrivés ainsi qu'auprès du responsable RH et SG afin d'identifier les outils institutionnels d'intégration. Pour chacun, une grille d'entretien semi-directive a été construite. Enfin, concernant les formateurs plus anciens interrogés sur leurs pratiques de transmission des gestes professionnels, les analystes ont été formés à la méthode de l'instruction au sosie. L'ensemble de ces matériaux a été analysé qualitativement à partir des connaissances de la clinique de l'activité.

Après la formation collective et la formation méthodologique individualisée, le troisième temps de la formation-action des analystes du travail était celui de l'analyse en tant que telle : concernant les projets 1 et 3 (2 séances de 1h30 chacune pour le projet 1 et 3 séances de 1h30 chacune pour le projet 3), la complexité de la méthodologie nous a conduits à animer les séquences collectives avec l'aide de notre collègue et à placer les analystes en tant qu'observateurs actifs (prises de note relatives aux échanges et aux processus collectifs observés, éventuellement possibilité de proposer des questions au groupe s'ils perçoivent des aspects non remis en discussion par les co-animateurs). Concernant le projet n°4, en revanche, les analystes ont pu conduire les entretiens seuls (nous rappelons que les salariés sont des travailleurs sociaux et/ou des formateurs). Enfin, le quatrième temps a consisté en un regroupement de l'ensemble des analystes afin d'étudier les matériaux collectés et de préparer les restitutions au copil. Nous pouvons donc résumer les méthodes relatives aux analyses du travail ainsi :

Projets d'innovation	Contenu de la formation-action des analystes	Durée	Analyste(s) concerné(s)	Analyses du travail : méthodologies utilisées
Ensemble des projets	Temps 1 : les fondements de la dynamique santé-travail et de l'étude de l'activité	Formation collective Une demi-journée	Ensemble des analystes	
Projet 1 : modèle de management posant un cadre inter-établissements et permettant l'adaptation aux réalités locales	Temps 2 : la méthodologie de la médiation par l'activité	Formation spécifique Une demi-journée	Deux analystes	2 séances collectives d'1h30 auprès des formateurs volontaires Co-animation SST, observation active par les analystes Méthode : médiation par l'activité
Projet 3 : instauration d'analyses de la pratiques	Temps 2 : la méthodologie de la psychodynamique du travail	Formation spécifique Une demi-journée	Un analyste	3 séances collectives d'1h30 auprès des formateurs volontaires Co-animation SST, observation active par l'analyste Méthode : enquête de psychodynamique du travail
Projet 4 : création d'un parcours d'intégration	Temps 2 : l'analyse de l'activité selon la clinique de l'activité, la méthodologie de l'instruction au sosie	Formation spécifique Une demi-journée	Deux analystes	Entretiens semi-directifs auprès des formateurs nouvellement arrivés et du responsable RH Entretiens individuels selon la méthode de l'instruction au sosie auprès des formateurs plus anciens concernant leurs pratiques de transmissions Entretiens conduits par les analystes seuls
Ensemble des projets	Temps 3 : étude des matériaux recueillis et préparation des restitutions au copil	Formation collective : un regroupement	Ensemble des analystes	

Tableau 42 : Formation-action des analystes et méthodologies mobilisées concernant les analyses du travail, étude n°3

La 5ème étape du dispositif est celle du retour des analyses du travail aux membres du copil, réunis pour la seconde fois. Il s'agit de poursuivre le processus d'innovation émergente en leur permettant de prendre connaissance des analyses du travail réel et ainsi de faire évoluer les projets innovants au regard de ces retours. Cependant, comme nous l'avons évoqué, le processus d'innovation expose à un grand nombre d'épreuves : constater (notamment pour les managers) qu'on ne maîtrise pas ce qu'il se passe sur le terrain (du fait de la différence entre travail prescrit et travail réel, de l'épaisseur du métier et de la richesse des pratiques professionnelles) mais aussi (notamment pour les salariés), qu'on ne peut attendre du prescrit qu'il recouvre toute la subtilité du réel, partager ses pratiques et rendre visible ses transgressions, prendre le risque d'exprimer un avis nouveau, de se tromper, de ne pas être soutenu par ses pairs, supporter le coût de la dispute professionnelle et peut-être ainsi reconsidérer des prises de décisions passées, quitter une posture d'opposition pour une posture contributive, échanger autant autour des conditions de travail qu'autour du développement stratégique de l'entreprise, … C'est pour accompagner les acteurs dans ces épreuves que nous avons pensé une méthodologie transitionnelle implantant une zone proximale de développement. L'activité transitionnelle est de nature à accompagner le passage de la relation à l'objet à son utilisation en permettant un partage des illusions entre le désiré et le réel, y compris dans ses formes les plus éprouvantes. Ainsi, la confrontation des acteurs du copil, si elle se fait dans le cadre d'une aire intermédiaire, sera de nature à engendrer une activité transitionnelle, permettant « *l'affrontement des écarts dramatiques entre ce qui est donné et ce qu'on attend, ce qu'on espère* » (Reille-Baudrin, 2011, p47) et transformant les acteurs en les guidant de l'agressivité à la contribution responsable par l'usage de l'objet transitionnel, ici les projets d'innovation. L'animation du second copil a donc été conçue de façon à confronter les membres du copil aux activités réelles liées aux projets innovants. Pour ce faire, la présentation des travaux entrepris par les analystes a été réalisée par nos soins de façon à entrainer une controverse professionnelle déployée à partir de la révélation de l'épaisseur du métier, des écarts entre travail prescrit et travail réel, des différents critères de qualité de travail, des épreuves du travail et des vécus associés, … Les membres du copil sont ainsi amenés à poursuivre l'activité transitionnelle précisément parce qu'ils devront combiner leurs illusions avec le réel ; réel ramené dans ses formes les plus éprouvantes via les analyses du travail. L'aire transitionnelle créée doit alors leur permettre de constater la résistance des projets et ce faisant, de passer de la relation à l'objet (registre de l'expérience subjective) à l'utilisation de l'objet (registre de l'expérience vécue).

L'animation élaborée est la suivante :

Animation (processus innovation)	Animation (processu transitionnel)
Rappel de l'objectif	**Rappel des règles du jeu et obtention d'un partage des illusions**
A partir des groupes de travail qui ont réuni les formateurs d'une part et les managers d'autre part, entre octobre et décembre 2016, le comité de pilotage en date du 5/01/2017 a défini les orientations des projets à construire. Les orientations suivantes ont été validées : - Aller vers … - … Le copil s'est reconnu dans la synthèse suivante : allers vers une organisation d'intelligence collective qui permet une répartition des rôles de chacun et l'articulation la plus efficiente pour la valorisation de la richesse de l'… (nom de l'établissement) et le service rendu aux étudiants.	→ Rappel de la représentation partagée par l'alliance entre les désirés et le réel. Renforcement de la reconnaissance sociale des objets par la répétition de leur présentation et la réflexion autour de l'idéal de l'objet
Rappel du partage des innovations proposées et implantation de l'appropriation sociale	**Lancement de l'activité transitionnelle**
Sur la base d'un accord unanime, le copil a sélectionné et priorisé des projets d'innovation : Projet 1 : … Objectifs partagés : …. (Répéter pour les 4 projets validés) Pour que ces projets deviennent à la fois réalistes et efficients, le copil a reconnu la nécessité d'aller étudier plus précisément l'activité professionnelle. Pour cela, il a délégué pour un temps sa responsabilité à des analystes du travail. Ces analystes sont au nombre de 5 formateurs, volontaires, qui ont agi sous la supervision d'AST74, et dans le cadre d'un programme de formation action. Présentation du programme de formation-action	→ Rappel des objets transitionnels (reconnaissance sociale partagée de l'importance des objets et de leur valeur symbolique) Répétition de leur présentation et de l'idéal de chaque objet → Responsabilisation des membres pour développer la reconnaissance sociale partagée autour des objets → Annonce de la confrontation au réel
Ancrage des projets dans le réel et implantation de leur appropriation par le social (acceptation et validation de leur transformation par les formateurs)	**Activité transitionnelle**
Nous vous proposons tout d'abord de consacrer nos échanges au projet n°1 … , qui , nous vous le rappelons, doit se coordonner dans sa mise en œuvre, avec le diagnostic conduit par le directeur général. L'objectif que s'était fixé le copil lors de la réunion précédente est une mise en œuvre du projet pour septembre 2017. Afin d'étudier l'activité professionnelle en rapport avec ce projet, les analyses du travail ont pris la forme de séances collectives et les échanges ont été animés autour de la question de l'articulation de l'activité de formateur et l'organisation du travail. Pour vous restituer le fruit des analyses du travail, nous allons vous présenter les résultats en termes de ressources pour l'activité, de tensions traversant l'activité et nous conclurons par les besoins de l'activité [présentation par nos soins en présence des analystes du travail] Avant de débattre autour de ce projet, à la lumière de ces éléments, nous allons prendre quelques minutes pour que vous puissiez poser des questions de clarification. Il s'agit de formuler des questions de compréhension afin de s'assurer que nous avons tous bien cerné le retour des analyses du travail. [échanges]	→ Répétition de la présentation de l'objet et de son idéal → Confrontation au réel → Amorce de l'activité transitionnelle

Le projet d'innovation n°1 …visait à atteindre l'objectif d'une organisation d'intelligence collective qui permet la répartition des rôles de chacun et l'articulation la plus efficiente pour la valorisation de la richesse de l'… (nom de l'établissement) et le meilleur service rendu aux étudiants. De façon plus opérationnelle les objectifs de ce projet étaient de : (rappel des objectifs)	→ Rappel des alliances entre les désirés et le réel Renforcement de la reconnaissance sociale des objets par la répétition de leur présentation et la réflexion autour de l'idéal de l'objet
A partir de ces objectifs et de l'analyse de l'activité, nous allons désormais vous proposer de réfléchir à la forme de ce projet sachant que cette forme sera expérimentée dans le réel. [débat] Répétition de l'animation pour chacun des 3 projets.	→ Rappel du cadre de l'aire transitionnelle : les objets avec lesquels ils jouent ne sont pas totalement dans la réalité (projets construits lors des groupes puis dans le copil puis travaillés par les analyses, …) mais pas totalement intérieurs (discutés entre membres puis avec les salariés via les analyses et seront ancrés dans le réel via les expérimentations) Lancement de l'activité transitionnelle (jeu autour des objets-créés du copil 1 pour en créer de nouvelles formes)
Validation du processus d'appropriation sociale et de l'ancrage dans le réel	**Poursuite du processus transitionnel**
Quelles conditions vous semblent nécessaires pour expérimenter ce projet ? Comment s'organise la communication autour de ce projet ? [débat] Répétition de l'animation pour chacun des 3 projets.	→ Implantation de l'élargissement de la reconnaissance sociale des objets-créés par leur présentation à tous les salariés Choix des éléments du réel auxquels l'objet-créé devra être confronté

Tableau 43 : Animation du comité de pilotage n°2, étude n°3

La 6ème étape est celle de l'expérimentation des projets d'innovation. Il s'agit d'une étape durant laquelle l'ensemble des salariés a réalisé les travaux validés par le second copil, à partir de leurs propres participations aux analyses du travail. Ces décisions leur ont été présentées au travers d'une communication spécifique reprenant la même forme qu'à l'issue du 1er copil. Dans cette phase, les formateurs et les managers ont repris entièrement la main sur les projets et les ont testés à partir des modalités précisément définies par le copil. Nous sommes pour notre part restés disponibles si besoin, considérant toujours que notre rôle serait alors de ramener les acteurs à jouer s'ils cessaient de le faire. Etant donnée la nature des projets, seul le premier a pu être expérimenté avant la fin de l'année scolaire : il a en effet donné lieu à trois séances de 4 heures de travail collectif conduites selon une animation précise, ceci afin d'établir la planification des deux tiers des emplois du temps des formateurs à partir d'éléments structurels de la progression pédagogique (présentation détaillée dans la partie résultats). Le projet n°3 concernant l'instauration d'analyse de pratiques nécessitera quant à lui une expérimentation d'au moins une année complète (même si le cahier des charges a pu être établi), tout comme le projet n°4 concernant la création d'un parcours d'intégration des nouveaux formateurs (même si son processus a été formalisé). Par ailleurs, l'ensemble des analyses du travail n'avait pas pu être réalisé entre le 1er et le 2nd copil. Il était donc nécessaire d'achever la présentation de ces études au cours du 3ème copil avant de lancer les expérimentations.

La 7ème étape renvoie ainsi au dernier regroupement du copil. Il s'agissait donc de poursuivre le retour des analyses du travail des projets 3 et 4 via le même cadre d'animation. L'objectif était toujours de poursuivre le processus d'innovation émergente en permettant aux membres du copil de prendre connaissance des analyses du travail réel tout en faisant évoluer les projets innovants (via le jeu sur les objets-créés). Par ailleurs, les analyses du projet 3 (instauration d'analyse de la pratique professionnelle) ayant permis de soulever un ensemble d'éléments de conflictualité du travail, il a été nécessaire d'inclure une séquence d'activité transitionnelle autour d'un nouvel objet. Il s'agissait de la re-formation des espaces collectifs internes, cette nouvelle forme devant permettre la controverse professionnelle autour des éléments révélés. En plus de compléter le projet 3, ces éléments venaient également alimenter le projet 1 (nouveau modèle de management), celui-ci comprenant un sous-objectif consacré aux réunions internes, qui devaient devenir des moyens permettant l'articulation entre « l'organisation inter-établissements et l'organisation locale ». Une fois ce travail réalisé, une seconde séquence à consister à sécuriser le processus d'innovation en amenant les membres du copil à transformer les objets-créés en objets-frontières (Peters et coll., 2010). « Les objets-frontières se définissent

comme tout artefact, concret ou abstrait, permettant à des acteurs appartenant à des mondes différents de communiquer » (Star & Griesemer, 1989). Selon Peters et coll. (ibid), ils offrent une lecture plus dynamique de l'innovation en étant « des fils conducteurs communs aux différents acteurs en présence et *sont le résultat d'un travail collectif où chaque acteur apporte* ses besoins et contraintes » (Peters et coll., ibid, p67). Ainsi, « ils *permettent d'encapsuler* simultanément les pratiques des usagers et le savoir-faire des experts. Une fois validés, ils s*écurisent le processus car il n'est plus possible de revenir en arrière […]*. Ils deviennent des références obligatoires créditées par divers intermédiaires » (Peters et coll., ibid, p75). La construction d'objets frontières représente donc un moyen de valider les innovations, c'est-à-dire un moyen de valider l'objet-créé dans la forme obtenue par le jeu des acteurs durant l'ensemble du processus d'innovation transitionnelle. Pour ce faire, nous avons tout d'abord rappelé l'ensemble des innovations construites par les membres du copil puis les avons amenés à définir leurs étapes de mise en œuvre en débattant autour de trois axes : comment les innovations vont-elles être déployées, par qui et avec qui et enfin, quand. Ces réflexions permettaient donc à la fois de constater la résistance de l'objet-créé mais aussi de penser à nouveau le processus d'appropriation sociale obligatoirement nécessaire au processus d'innovation. Il s'agit également de veiller à l'implantation du dispositif dans l'organisation. La question du qui renvoyait pour nous à deux aspects : d'une part, veiller à ce que les projets soient appropriés et d'autre part, permettre l'identification de « passeurs » internes. L'utilisation de ce terme renvoie aux travaux sociologiques qui désignent sous ce vocable des « pionniers, des personnes frontières, des relais, des innovateurs ou des traducteurs » (Alter, 2000, p25) assurant un relai entre les deux mondes et permettant la diffusion des innovations. Nous cherchons donc à soutenir le processus d'innovation en bénéficiant des apports de cette fonction, c'est-à-dire en faisant en sorte que les passeurs s'approprient les objets-créés devenus objets-frontières, pour les transformer en objets-intermédiaires. Les objets intermédiaires sont des objets « *consacrés à l'enrôlement qui témoignent du travail de traduction d'un acteur principal (l'innovateur) qui cherche à enrôler d'autres acteurs et à stabiliser le processus autour d'un objet qui devient le témoin du processus de connex*ion entre les différents acteurs » (Peters et coll., ibid, p67). Ainsi, le passage de l'objet-frontière vers l'objet-intermédiaire renvoie au passage de l'étape de construction de l'innovation émergente à celle de la diffusion. Selon la littérature portant sur l'innovation, une étape de légitimité poursuit le processus (parfois également appelée phase de promotion) et précède elle-même une étape de stabilisation ou de routinisation, parfois aussi appelée phase de réalisation (Battistelli, 2014 ; Pertes et coll., 2010). La dernière séquence de notre animation veillait donc à renforcer la légitimité des

innovations, certes déjà engagée via les différents espaces d'implication des salariés dans les étapes de génération des idées ou de re-formation des objets-donnés via les analyses du travail. Pour cela, nous avons invité les membres du copil à définir un ensemble d'indicateurs nécessaires au suivi des innovations puis à construire le cadre dans lequel ces indicateurs seraient mis au travail. Ce travail permet donc d'encadrer les futures étapes du processus d'innovation qui engendreront à coup sûr de nouvelles transformations puisque l'innovation n'est jamais linéaire. L'identification d'indicateurs offre aussi un moyen d'accentuer leur légitimité puisque les innovations seront ainsi évaluées au regard d'éléments partagés et ancrés dans le réel de l'activité. Enfin, ce cadre de travail permet d'engendrer la routinisation et donc d'institutionnaliser l'espace transitionnel créé via le copil (en implantant dans l'organisation d'un ensemble de temps dédiés au travail de ces indicateurs, des innovations, et donc en permettant aux divers acteurs de poursuivre leur travail d'articulation entre le prescrit et le réel).

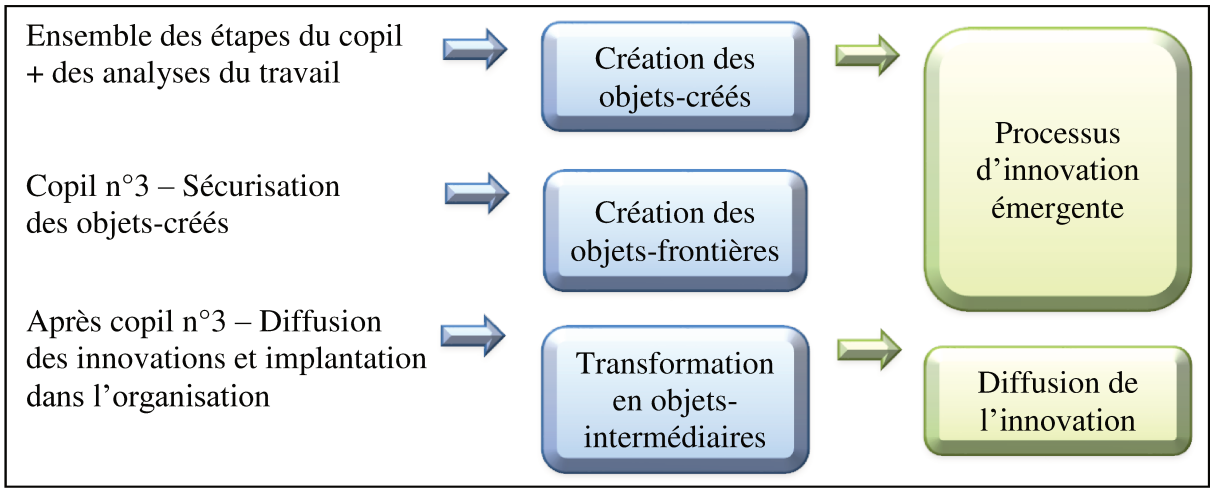


Fig. 4 : Ensemble des processus sous-*jacents au processus d'innovation*, étude 3

Animation (processus innovation)	Animation (processus transitionnel)
Rappel de l'objectif	**Rappel des règles du jeu et obtention d'un partage des illusions**
Nous allons débuter cette journée de travail en rappelant l'ensemble des étapes qui ont composé cette année de travail (rappel). A partir de ce travail, le copil a validé les orientations des projets à construire. Les orientations suivantes ont été validées : - Aller vers … - … Le copil s'est reconnu dans la synthèse suivante : allers vers une organisation d'intelligence collective qui permet une répartition des rôles de chacun et l'articulation la plus efficiente pour la valorisation de la richesse de l'… (nom de l'établissement) et le service rendu aux étudiants.	→ Rappel de la représentation partagée par l'alliance entre les désirés et le réel. Renforcement de la reconnaissance sociale des objets par la répétition de leur présentation et la réflexion autour de l'idéal de l'objet
Rappel du partage des innovations proposées et travail de l'appropriation sociale	**Lancement de l'activité transitionnelle**
Sur la base d'un accord unanime, le copil a sélectionné et priorisé des projets d'innovation : Projet 1 : … Objectifs partagés : …. (Répétition des 3 projets validés)	→ Rappel des objets transitionnels (reconnaissance sociale partagée de l'importance des objets et de leur valeur symbolique) Répétition de leur présentation et de l'idéal de chaque objet
Pour étudier ces projets, des analystes du travail ont été formés et ont agi sous la supervision d'AST74. C'est sur la base de cette analyse de l'activité que le comité de pilotage s'est engagé à mettre au travail ces projets d'animation.	→ Responsabilisation des membres pour développer la reconnaissance sociale partagée autour des objets
Lors du précédent copil, la restitution des analyses du travail des projets 3 et 4 avait été partielle, tous les travaux n'ayant pas pu se réaliser dans le temps imparti.	→ Annonce de la confrontation au réel
Ancrage des projets dans le réel et travail de leur appropriation par le social (acceptation et validation de leur transformation par les formateurs)	**Activité transitionnelle**
Tout d'abord, nous vous proposons de consacrer nos échanges au projet n°4 « Création d'un parcours d'intégration des nouveaux formateurs », qui visait les objectifs suivants : - … - …	→ Répétition de la présentation de l'objet et de son idéal
Nous allons d'abord vous présenter les résultats des analyses du travail qui viennent compléter les retours vus précédemment (présentation des analyses du travail).	→ Confrontation au réel

Avant de débattre autour de ce projet, à la lumière de ces éléments, nous allons prendre quelques minutes pour que vous puissiez poser des questions de clarification. Il s'agit de formuler des questions de compréhension afin de s'assurer que nous avons tous bien cerné le retour des analyses du travail. [échanges] Le projet d'innovation n°4 …visait à atteindre l'objectif de … (rappel des objectifs)	→ Amorce de l'activité transitionnelle Rappel des alliances entre les désirés et le réel → Renforcement de la reconnaissance sociale des objets par la répétition de leur présentation et la réflexion autour de l'idéal de l'objet
A partir de ces objectifs et de l'analyse de l'activité, nous allons désormais vous proposer de réfléchir à la forme de ce projet sachant que cette forme sera expérimentée dans le réel et ainsi à valider cette innovation. [débat] Répétition de l'animation pour le 3ème projet (analyse de la pratique professionnelle).	→ Rappel du cadre de l'aire transitionnelle : les objets avec lesquels ils jouent ne sont pas totalement dans la réalité (projets construits lors des groupes puis dans le copil puis travaillés par les analyses, …) mais pas totalement intérieurs (discutés entre membres puis avec les salariés via les analyses et seront ancrés dans le réel via les expérimentations) Lancement de l'activité transitionnelle (jeu autour des objets-créés du copil 1 pour en créer de nouvelles formes)
Nous allons maintenant revenir au Projet 1 « Création d'un modèle de management posant un cadre inter-établissements et permettant l'adaptation aux réalités locales ».	→ Rappel de l'objet transitionnel (reconnaissance sociale partagée de l'importance de l'objet et de sa valeur symbolique). Répétition de sa présentation et de son idéal
Pour rappel, nous avions validé les engagements suivants : (rappel des décisions du copil lors du 2nd regroupement)	→ Responsabilisation des membres pour développer la reconnaissance sociale partagée autour de l'objet
Concernant l'objectif de restructuration des temps collectifs (une des décisions), l'ensemble des analyses du travail nous a permis de repérer un certain nombre de besoins et de proposer sur cette base la forme qu'ils pourraient prendre : présentation des besoins identifiés	→ Annonce de la confrontation au réel et confrontation
Comme pour le projet précédant, avant de débattre sur la forme qui a pu être imaginée pour ce projet, nous vous invitons à formuler des questions de compréhension afin de s'assurer que nous avons tous bien cerné le retour des analyses du travail.	→ Amorce de l'activité transitionnelle
Sur la base de cette proposition, nous allons vous inviter à discuter en vue de valider cette innovation.	→ Lancement du jeu

Validation du processus d'appropriation sociale et de l'ancrage dans le réel	Poursuite du processus transitionnel
Ce matin, nous nous sommes mis d'accord sur les formes à donner à l'ensemble des innovations. Au cours de tous ces mois de travail et d'investissement de chacun, la démarche a permis de réellement co-construire un ensemble d'innovations articulant l'organisation du travail et activité quotidienne. Il nous faut maintenant réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour que ces innovations aboutissent à des changements concrets. Pour rappel, au cours de ses divers travaux, le copil a validé l'ensemble des engagements suivants : (rappel de l'ensemble des décisions). Sur la base de ces décisions, nous allons réfléchir à ces trois questions : - Comment vont-elles être appliquées, par qui, quand Répétition pour chacun des trois projets Pour conclure cette journée, il nous faut rappeler que les innovations engagent un processus d'amélioration continue, une démarche de changement mais également que le copil avait du abandonner l'idée d'un relevé exhaustif de l'activité réelle (voir plus loin) pour pouvoir agir plus rapidement. Pour toutes ces raisons, il avait acté qu'un suivi de la démarche par des retours d'expérience réguliers sur 2017/2018 était nécessaire. Lors du premier copil, nous avions défini des indicateurs d'évaluation pour chaque orientation. Nous vous proposons de les relire ensemble et de faire un travail de sélection des indicateurs pertinents. Prenez quelques minutes pour y réfléchir individuellement puis nous les mettrons en commun. [travail de sélection, mise en débat puis validation des indicateurs] Définissons maintenant comment organiser leur suivi dans le cadre des REX à partir des questions :Comment / Qui / Quand Conclusion générale : rappel des décisions + décision sur le canal de communication Avant de nous séparer, nous tenions à vous féliciter pour le travail accompli. Nous espérons que vous êtes fiers des projets auxquels vous êtes parvenus. La concrétisation de ces innovations est désormais entre les mains de chacun. Vous aurez l'occasion d'en suivre les effets dans le cadre de suivi qui a été pensé cet après-midi.	→ Rappel des objets transitionnels (reconnaissance sociale partagée de l'importance de l'objet et de sa valeur). Répétition de leur présentation et idéal. → Responsabilisation des membres pour développer la reconnaissance sociale partagée autour de l'objet-créé Construction des objets frontières Identification de passeurs Renforcement de la légitimité et lancement de l'étape de légitimité + implantation de la phase de routinisation → Implantation de l'élargissement de la reconnaissance sociale des objets-créés par leur articulation avec le quotidien et l'organisation du travail → Clôture du jeu : rappel des objets transitionnels (reconnaissance sociale partagée de l'importance de l'objet et de sa valeur symbolique). Répétition de leur présentation et de leur idéal. Responsabilisation des membres pour développer la reconnaissance sociale partagée autour de l'objet

Tableau 44 : Animation du comité de pilotage n°3, étude n°3

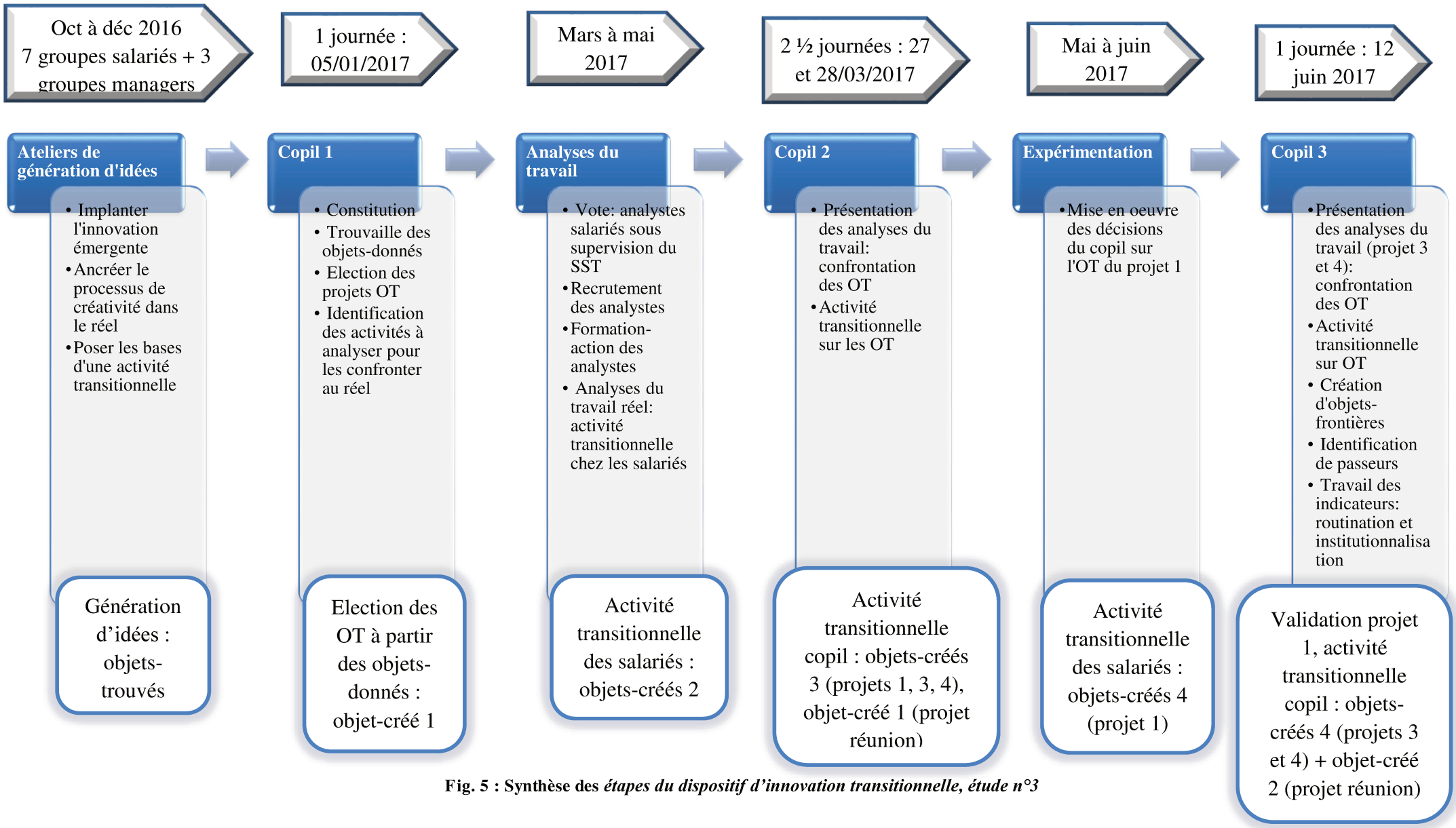


Fig. 5 : Synthèse des *étapes du dispositif d'innovation transitionnelle, étude n°3*

3.2.3.4 Mesures et indicateurs

L'évaluation du dispositif d'innovation transitionnelle comprend un ensemble d'indicateurs construits en fonction des hypothèses que nous souhaitons éprouver. A celles-ci s'ajoutent des indicateurs destinés à valider que le dispositif entraine bien des processus de créativité et d'innovation. Ils recoupent, dans leur ensemble, les critères définis pour évaluer l'efficience des démarches de prévention :

H2.1 : Un dispositif d'innovation transitionnelle permet d'impliquer un maximum d'acteurs internes, notamment les dirigeants supérieurs, et de faire participer ces acteurs au processus d'intervention.
• Taux de participation des différents acteurs dans les différentes étapes d'intervention • Taux de participation des dirigeants supérieurs dans les différentes étapes • Nature de l'implication : identité, rôle et type de coopération (mêmes critères que durant l'étude des modèles-cadres)
H2.2 : Un dispositif d'innovation transitionnelle engendre un processus cognitif de prévention primaire et permet de mobiliser les acteurs sur la transformation des situations de travail et l'évolution de l'organisation.
• Objets des débats • Nature des idées proposées (en termes de niveaux tertiaire, secondaire, primaire)
H2.3 : Un dispositif d'innovation transitionnelle constitue un dispositif de prévention de la santé psychique.
• Evolution des indicateurs de santé avant et après le dispositif • Résultat d'un questionnaire de santé psychique avant et après le dispositif (Sumer)
H2.4 : Un dispositif d'innovation transitionnelle permet d'aboutir à une implantation du dispositif et à une transformation durable des situations de travail.
• Nature des innovations (en termes de niveaux de prévention) • Degré d'appropriation des innovations
Nature du dispositif
• Résultat du questionnaire de comportement innovant au travail (Janssen, 2000) avant et après le dispositif • Observation d'activités transitionnelles

Tableau 45 : Synthèse des indicateurs évaluant le dispositif *d'innovation transitionnelle*, étude n°3

Synthèse :

En sciences sociales, s'intéresser à la transformation durable d'un terrain nécessite de s'engager dans la complexité des interventions en situation réelle. Pour nous aider, nous nous sommes appuyés sur les travaux réalisés par la recherche-action et avons ainsi pu élaborer un dispositif scientifique dont le cadre global nous semble être celui de la recherche fondamentale *de terrain. Pour rendre intelligible le processus social du passage de la connaissance à l'action* dans le cadre des démarches de prévention de la santé psychique au travail, nous avons tout *d'abord* présenté la méthodologie de la 1ere enquête nationale à destination des professionnels des services de santé au travail. En recueillant des données sur les pratiques conduites sur le terrain en t*ermes de prévention collective de la santé psychique, nous disposerons alors d'une* confirmation empirique de la pertinence des 3 dimensions conceptualisées pour rendre compte de ce processus. Forts de cette représentation globale ainsi obtenue mais aussi de *l'identification d*e ses caractéristiques générales et spécifiques mises en évidence par le choix *d'une m*éthodologie quantitative, nous avons construit deux nouvelles études se situant chacune *dans le cadre de l'intervention en situation réelle via une re*cherche-action. La 1ere poursuivra nos efforts pour comprendre les limites des dispositifs de prévention en observant *particulièrement les conséquences d'une articulation entre haut niveau d'implication* et *mobilisation des acteurs autour d'un objet partiel* à valence négative. Enfin, la dernière étude *se tournera vers la proposition de nouvelles pratiques consistant en l'expérimentation d'un dispositif de prévention inscrit dans le cadre d'une démarche d'innovation org*anisationnelle via un processus transitionnelle implantant une zone proximale de développement. Sa *méthodologie permettra de conclure notre travail en observant les conséquences d'une* articulation entre haut niveau *d'implication, mobilisation des acteurs autour d'un objet global* et enfin implant*ation d'un processus cognitif de prévention primaire.*

Chapitre 4 : Analyses et résultats

« *L'intel*ligence ne consiste-t-elle pas à se fixer en même temps sur deux idées contradictoires, sans pour autant cesser de fonctionner ? »

Francis Scott Fitzgerald

« *L'objet même de la praxis, c'est le nouveau, ce qui ne se laisse pas réduire au simple décalque matérialisé d'un ordre rationnel préconstitué. En d'autres termes, le réel même et* non un artefact stable limité et mort. »

Castoriadis, 1975

Résumé :

Lors de ce chapitre, nous présenterons successivement les résultats des trois études que nous avons confrontées à l'expérimentation. Nous rappellerons tout d'abord pour chacune d'entre elle, la place qu'elle occupe dans notre démarche générale d'élaboration scientifique du processus social du passage de la connaissance à l'action dans le cadre des dispositifs de prévention de la santé psychique au travail. Nous présenterons ensuite les données et phénomènes observés quant aux effets des différentes articulations entre objet d'intervention, niveau d'implication et processus cognitif de prévention sur les résultats des démarches, et nous nous centrerons particulièrement sur l'étape du passage de la connaissance à l'action. Enfin, nous détaillerons les résultats de notre dernière étude : ce nouveau modèle-cadre propose en effet une première tentative pour atteindre le niveau de prévisibilité de l'élaboration scientifique du processus social, puisque que son cadre théorico-méthodologique a été pensé à partir des effets observés dans les deux premières études.

L’objet de notre travail porte sur l’amélioration de l’intervention en matière de prévention de la santé psychique au travail et s’intéresse plus particulièrement aux difficultés liées au passage de la connaissance à l’action. Durant notre travail théorique, nous avons en effet cherché à rendre intelligible ce processus social et sommes ainsi parvenus à une théorisation au-travers de trois dimensions que sont l’objet d’intervention, le niveau d’implication et enfin le processus cognitif de prévention implanté auprès des acteurs. Partant de là, nous avons élaboré un certain nombre d’hypothèses puis trois démarches visant à les confronter. Nous allons désormais présenter leurs résultats.

4.1 Les dispositifs d'intervention liés aux RPS dans les services de santé au travail de France : résultats d’une enquête nationale

Après avoir vérifié au travers de l’étude des modèles-cadres de prévention, la présence de nos trois dimensions et ainsi obtenu une première confirmation de leur capacité à caractériser les liens entre connaissance et action, nous avons entrepris de vérifier leurs impacts effectifs sur les résultats des démarches. Nous avons débuté ce travail en réalisant la première enquête nationale à destination des SST portant sur les démarches de prévention de la santé psychique réalisées sur le terrain.

La place de cette étude dans le processus d’élaboration scientifique est rappelée ci-dessous.

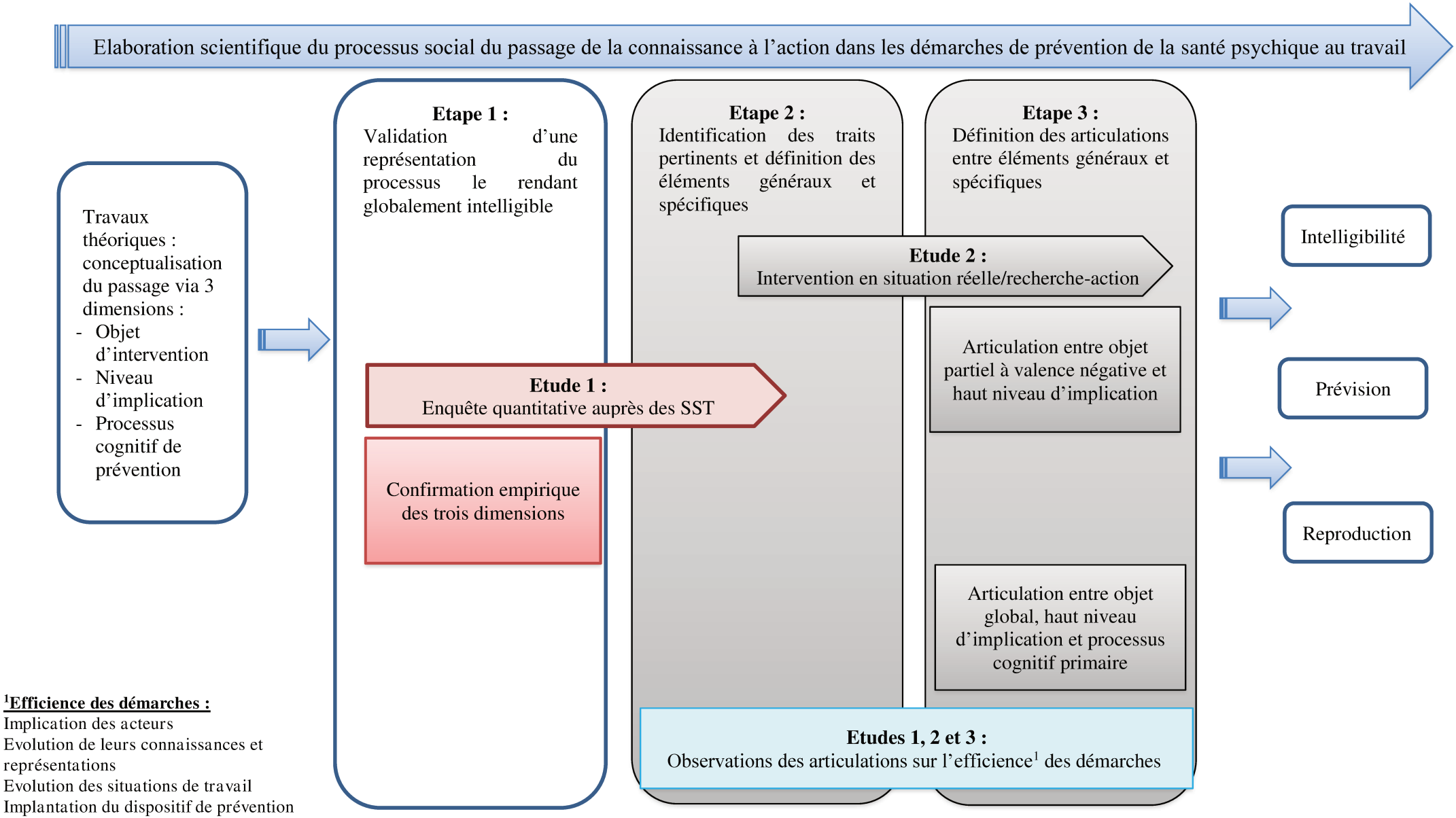


Fig. 6 : ***Place de l'étude 1 dans le processus d'élaboration scientifique***

Cette enquête vise à répondre à plusieurs sous-hypothèses de notre hypothèse centrale n°1 : **Les limites des dispositifs de prévention de la santé psychique au travail trouvent leurs origines dans un faible niveau d'implication d'une part et dans la mobilisation des acteurs autour d'objets d'intervention partiels à valence négative d'autre part.**

Plus précisément nous visons l'étude des points suivants :

> *H1a.1 : La majorité des dispositifs de prévention mobilise les acteurs autour d'objets* partiels à valence négative.
> H1a.2 : La majorité des dispositifs de prévention implante un processus cognitif tertiaire chez les acteurs internes
> *H1b.1 : Peu d'acteurs internes sont impliqués dans la majorité des dispositifs de prévention et ces acteurs participent à peu d'étapes du processus d'intervention.*
> H1b.2 : Les dirigeants supérieurs sont peu impliqués dans la majorité des dispositifs de *prévention et participent à peu d'étapes du processus d'intervention.*
> *H1c.1 Un haut niveau d'implication permet d'enrichir les connaissances et les* représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail.
> *H1c.2 : Un haut niveau d'implication n'est pas suffisant pour aboutir à une implantation du* dispositif de prévention et une transformation durable des situations de travail.
> H1c.3 Des dispositifs centrés sur un objet partiel à valence négative ne permettent pas *d'obtenir une implantation du dispositif ni une transformation durable des situations de* travail.

Avant de présenter nos résultats, nous souhaitons commencer en précisant les caractéristiques de l'échantillon sur lequel ils s'appuient.

4.1.1 Caractéristiques de l'échantillon

Le questionnaire concerne l'ensemble des SST de France (SSTI + SSTA + CDG). En 2009, cette population comprenait 904 services de santé au travail, dont 612 services autonomes et 292 services inter-entreprises (Commission des affaires sociales, 2012). En dehors des médecins du travail (6 435 en 2009), il n'existe pas de données permettant de déterminer combien de professionnels de santé travaillent dans ces organismes ; encore moins combien agissent spécifiquement dans la prévention de la santé psychique.

Sur cette population, notre enquête nous a permis de recueillir un total de 183 questionnaires exploitables (n1 = 183) répartis comme suit :

	Echantillon total	
Lieux d'exercice	**N**	**%**
SSTI	155	84.7
SSTA	24	13.1
CDG	4	2.2
Total	*183*	*100*
Type de professionnels		
MDT	68	37,2
Psychologues du travail	53	29
Ergonomes	33	18
Infirmiers	7	3.8
Autres	6	3.3
CPRP	6	3.3
IPRP non psychologues	5	2.7
THSE	2	1.1
Ingénieurs	2	1.1
Médecins collaborateurs	1	0.5
Total	*183*	*100*
Ancienneté	**Moyenne**	**Ecart-type**
Dans le SST (Min : 0 ; Max : 35)	8.37	8.47
Dans la prévention des RPS (Min : 0 ; Max : 35)	7	5.8

Tableau 46 : ***Composition de l'échantillon n1, étude n°1***

En considérant que notre questionnaire constitue la première enquête nationale s'adressant aux SST d'une part, et d'autre part que les SST sont tous indépendants et ne disposent que de très rares réseaux organisés (d'autant plus dans les SSTA), ce niveau de retour nous semble satisfaisant. En revanche, nos données ne pourront se prévaloir d'une quelconque représentativité des pratiques de la population visée et se limiteront à une étude des caractéristiques des démarches de prévention des RPS conduites par notre échantillon et répondant à nos interrogations.

Avant de poursuivre la présentation de nos résultats, il nous semble important de rendre compte des résultats de l'une des questions d'introduction qui permettait d'interroger les professionnels sur la part occupée par les démarches de prévention collective parmi leurs différentes actions. Cette question étant située en première partie de l'enquête, nous avons pu recueillir un nombre plus grand de réponses : n2 = 337

L'enquête préliminaire avait en effet révélé qu'en matière de prévention de la santé psychique, les professionnels agissent via des entretiens individuels, des sensibilisations/formations, des participations à des réunions internes aux entreprises et enfin des actions de (re)mise en discussion entre salarié(s) et manager(s). Au final, leur estimation du pourcentage des démarches de prévention collective parmi leurs autres actions est la suivante :

Estimation du % de dém. collectives parmi l'ensemble des actions de prévention	N	%
% très faible	60	17.8
% faible	96	28.5
% moyen	104	30.9
% élevé	57	16.9
% très élevé	20	5.9
Total	*337*	*100*
Echantillon total n2	**M**	**σ**
Sur une échelle de 1 (très faible) à 5 (très élevé)	2.6	1.1

Tableau 47 : Pourcentage des démarches de prévention collectives parmi les autres actions de prévention

Ainsi, les démarches de prévention collective de la santé psychique au travail représentent majoritairement un faible pourcentage parmi les autres actions de prévention (M = 2.6). Seuls 22.8% de nos répondants estiment en effet que les démarches de prévention collective représentent un pourcentage élevé ou très élevé de leurs actions. Ces résultats tendent donc à indiquer qu'en matière de prévention des RPS, il existe un écart considérable entre la pratique de terrain et les recommandations officielles et légales qui insistent sur les démarches de prévention collective. Nous pouvons aussi souligner le même écart avec les travaux proposés par la recherche puisqu'ils s'orientent majoritairement sur des méthodologies collectives.

A présent, l'ensemble des résultats présentés dès maintenant concernera notre premier échantillon (n1=183), correspondant au nombre de questionnaires complétés en totalité.

4.1.2 Des démarches centrées sur les défaillances

Dans cette partie, nous allons tout d'abord nous intéresser à l'hypothèse H1a.1 **: La majorité des dispositifs de prévention mobilise les acteurs autour d'objets partiels à valence négative.** Pour ce faire, nous allons étudier les résultats des questions suivantes

> H1a.1
> *Q26 : Concernant les déclencheurs des demandes d'intervention RPS, à quelle fréquence diriez-*vous *qu'il s'agit : …*
> Q27 *: D'autres éléments peuvent-*ils déclencher des démarches ?
> Q47 : Les méthodes retenues explorent généralement les difficultés rencontrées par la structure

Fréquence des différents déclencheurs (Q26)	Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
Atteintes de santé (M=4.1, σ =.8)					
Conflit(s) (M=3.9, σ = .8)					
Alerte du CHSCT (M=3.3, σ = 1)					
Réorganisation (M=3.2, σ =1.2)					
Indicateurs de santé dégradés (M=3.2, σ = 1.2)					
Dérive(s) grave(s) (M=2.6, σ =1)					
Démarche de prévention en dehors de toute situation dégradée (M=2.5,σ =1.2)					
Agression(s) (M=2.4, σ =1.1)					
Traumatisme(s) (M=2.3, σ = 1.1)					
Saisine des organisations syndicales (M=2.2, σ =1)					
Démarche QVT (M=2.1, σ =1.1)					

Tableau 48 : Score moyen des différents types de déclencheurs

Ces résultats montrent que les atteintes de la santé et les conflits constituent des déclencheurs très fréquents des démarches de prévention (respectivement M = 4.1 et M = 3.9). Les alertes du CHSCT, les réorganisations et enfin une dégradation d'un ensemble d'indicateurs de santé constituent également des déclencheurs fréquents (respectivement M=3.3, M=3.2 ; M=3.2). Ces premiers résultats soulignent donc la prévalence des altérations dans le déclenchement des démarches de prévention collective. Autrement dit, la rencontre entre les intervenants des SST et les entreprises se font à l'occasion de manifestations d'altérations, soit dans notre langage, à partir d'objets partiels à valence négative**.** De même, selon nos répondants, la qualité de vie au travail est le déclencheur le moins fréquent (M=2.1), ce qui interpelle à nouveau quant à l'écart

considérable entre les recommandations légales, institutionnelles ou scientifiques et les actions de prévention réalisées sur le terrain des SST.

A la question Q27 : « *d'autres éléments peuvent*-ils déclencher des démarches ? », nous avons obtenu 45 réponses qualitatives :

Nature des déclencheurs	Nombre	Exemples
Contraintes règlementaires	13	Courriers d'injonction de la Direccte, mise en demeure de la CPAM, inscription des RPS dans le DU, …
Alertes médicales	12	Alerte du médecin du travail, du médecin traitant, propos suicidaires, burnout, …
Autres	8	Retour après longue maladie, fiche évènement indésirable, accident du travail, fiche d'entreprise repérant des difficultés, …
Démarches internes d'entreprise	7	Dispositif de performance, accompagnement des RH, démarches liées aux NTIC, plan social, plan de prévention interne
Démarches de prévention SST	5	Sensibilisation RPS, proposition de démarches d'accompagnement RPS, projet de service SST, …

Tableau 49 : Catégories des autres déclencheurs déclarés

Ces résultats confirment l'importance des déclencheurs de type objet partiel à valence négative puisque seuls 12 des 45 déclencheurs cités pourraient relever d'autres objets (les démarches internes d'entreprise – 7 – et les démarches de prévention portées par les SST – 5).

	M	σ
Méthodes visant à explorer les difficultés (Q47) *Sur une échelle allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord)*	**4.1**	**.8**

Tableau 50 : Score moyen des méthodes explorant les difficultés

Concernant désormais l'objet des explorations, nos résultats montrent sans ambiguïté que les méthodes des démarches de prévention visent l'exploration des difficultés rencontrées par les entreprises. Ainsi, si les objets partiels à valence négative représentent les déclencheurs de la majorité des démarches selon nos répondants, ils constituent également les objets sur lesquels les démarches se centrent, ce qu'elles vont tenter de comprendre, et donc de mettre en discussion auprès des acteurs : la rencontre entre l'intervenant du SST et les acteurs de l'entreprise est donc majoritairement occasionnée par des objets partiels à valence négative et leurs échanges se poursuivent autour de ces mêmes objets durant le processus d'intervention.

Ainsi, en ce qui concerne notre échantillon, ces résultats nous permettent de valider notre première hypothèse H1a.1 :

> La majorité des démarches de prévention conduites par les SST se centre sur des objets partiels à valence négative.

Pour compléter l'évaluation de la place des altérations dans les démarches, nous allons désormais nous intéresser à l'hypothèse H1a.2 : **La majorité des démarches de prévention implante un processus cognitif tertiaire chez les acteurs internes.** Pour ce faire, nous avons questionné les objectifs des plans d'actions en complément des résultats précédents.

> *Q103 : Concernant les axes du plan d'actions, ils* visent généralement à supprimer ou réduire les difficultés de la structure.

	M	σ
Plans d'action visant à supprimer ou réduire les difficultés (Q103) *Sur une échelle de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord)*	**4.1**	**.7**

Tableau 51 : Score moyen d*es démarches dont le plan d'act*ions vise à supprimer ou réduire les difficultés de *l'entreprise*

Les réponses de notre échantillon montrent que les mesures élaborées à l'issue des démarches ont clairement pour objectif de réparer des altérations, définitivement ou partiellement, ce qui renvoie à une stratégie de type tertiaire. Ainsi, les altérations constituent la majorité des déclencheurs des démarches de prévention, nous indiquant donc que la première attente des demandeurs se situe du côté de la suppression ou de la réduction de celles-ci. Cette posture est conservée dans la plupart des interventions, dont la méthodologie reste orientée sur l'exploration des difficultés. Ces éléments nous ont permis de conclure que la majorité des démarches se centre sur des objets partiels à valence négative. Nos dernières données complètent ces conclusions en indiquant que les axes du plan d'actions visent également à supprimer ou à réduire les altérations, ce qui nous permet de déduire que la mobilisation cognitive implantée tout au long du processus d'intervention chez les acteurs internes est de type tertiaire : partir des altérations, les étudier et enfin proposer des mesures visant à les supprimer à partir de cette analyse.

L'ensemble de ces éléments nous permet donc de valider, pour notre échantillon, notre seconde hypothèse H1a.2 :

> La majorité des démarches de prévention implante un processus cognitif de prévention tertiaire.

4.1.3 Le niveau d'implication des démarches dans les SST

Les hypothèses formulées à l'égard du niveau d'implication des dispositifs conduits dans les SST sont les suivantes :

H1b.1 : Peu d'acteurs internes sont impliqués dans la majorité des dispositifs de prévention et ces acteurs participent à peu d'étapes du processus d'intervention.

H1b.2 : Les dirigeants supérieurs sont peu impliqués dans la majorité des dispositifs de prévention et participent à peu d'étapes du processus d'intervention

Pour répondre à la première (H1b.1), nous allons tout d'abord présenter des résultats permettant d'évaluer le niveau d'implication des acteurs internes durant les démarches de prévention puis nous chercherons dans un second temps à savoir qui s'implique et dans quelle(s) étape(s). Deux indicateurs ont été évalués : le premier signale l'existence d'échanges[1] entre l'intervenant et les acteurs internes concernant la construction de chacune des étapes du processus d'intervention. Seule l'étape de la restitution n'est pas concernée par cet indicateur dans la mesure où sa construction ne se discute pas, puisqu'elle est réalisée par le seul intervenant (d'autant plus dans les SST). Concernant les étapes liées à l'application des méthodes sur le terrain, nous avons formulé la question différemment en demandant aux professionnels si les acteurs internes y participaient[2]. Ces questions proposaient toutes des modalités de réponse sur une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). Le second indicateur renvoie au nombre de réunions consacrées aux échanges[3] lors de chaque étape (modalités de réponse :

[1] Formulation type de la question : « Généralement, il existe des temps d'échanges avec la structure durant cette étape de …»

[2] « Généralement, lorsque ces méthodes sont mises en œuvre sur le terrain, les acteurs de la structure participent à leur application (c'est-à-dire qu'ils participent à la conduite des groupes de travail, à la passation des questionnaires ou encore à la réalisation des entretiens) »

[3] Formulation type de la question : « D'après votre expérience, ces échanges sur … donnent généralement lieu à combien de réunion ? »

1, 2, 3, plus de 3 ; cotées de 1 à 4). Concernant la restitution, nous avons bien pu demander combien de réunions lui étaient consacrées.

Etapes d'intervention	Existence d'échanges dans la construction (ou participation lors de la mise en œuvre des méthodes)		Nombre de réunions	
	M	σ	M	σ
Pré-intervention	4.58	.75	1.96	.84
Construction méthodologie	3.79	.94	2.12	.98
Mise en œuvre des méthodes	3.52	1.14		
Réunions(s) intermédiaire(s)	3.75	.96	1.68	.89
Restitution(s)			1.52	.59
Construction du plan d'actions	4.05	.80	2.49	1.12
Suivi des actions	3.57	.95	2.14	1.2
Evaluation (N=111)	3.37	.84	1.5	.85

Tableau 52 : Score moyen d'*implication* des acteurs internes au fil de l'*intervention*

Phases de cadrage

Processus d'intervention

Construction du plan d'actions

Suivi des actions et évaluation

Nos résultats indiquent que les démarches de prévention collectives présentent un niveau d'implication des acteurs internes supérieur au milieu de la moyenne (3) pour l'ensemble des étapes d'intervention. Pour autant, ce degré d'implication varie en fonction des étapes :

Les phases de cadrage en bleu (pré-intervention et construction de la méthodologie) sont particulièrement impliquantes : les professionnels sont plus nombreux à signaler l'existence d'échanges avec les acteurs internes (respectivement M=4.58 et M=3.79) et ces discussions occasionnent plusieurs réunions (respectivement M=1.96 et M=2.12). De même, la phase d'élaboration du plan d'actions (en vert) implique fortement (M=4.05 concernant l'existence d'échanges et M=2.49 concernant le nombre de réunions). Toutefois, considérant que l'échelle de réponse allait de 1 à 4 concernant ce dernier indicateur, nous pouvons noter un écart-type relativement élevé (σ =1.12), soulignant donc une forte disparité de pratiques.

Concernant les étapes relevant du processus d'intervention (en rose) :

Durant l'application des méthodes sur le terrain (questionnaire, entretien, groupes de travail, …), nos répondants estiment que la participation des acteurs internes se situe légèrement au-dessus de la moyenne (M=3.52), ce qui nous semble tout à fait intéressant à souligner dans la mesure où l'on a plutôt coutume de voir cette étape confiée aux seules mains de l'intervenant. Toutefois, ces résultats seraient également à confirmer dans la mesure où l'écart-type est à nouveau relativement élevé pour une échelle de 1 à 5 (σ =1.14).
Durant les réunions intermédiaires, les professionnels signalent qu'il existe des échanges à un niveau situé à une moyenne haute (M=3.75) mais le nombre de réunion est plus faible (M=1.68). Aussi, considérant que les démarches de prévention s'étalent généralement sur plusieurs mois, nous pouvons considérer cette coopération comme limitée, peu d'espaces de discussion étant finalement créés sur la durée du processus.
De même, on constate que le nombre de réunions consacrées à la restitution des résultats est relativement faible (M=1.52), ce qui semble d'autant plus vrai que la restitution pourrait vraisemblablement avoir lieu auprès du comité de pilotage de la démarche puis être discutée auprès des managers, des salariés, du CHSCT, … De telles données laissent donc supposer que les résultats ne sont que peu mis en débat au sein des entreprises.

Concernant les étapes de suivi et d'évaluation (en orange) :
Ces phases apparaissent comme les moins impliquantes : les professionnels estiment qu'il existe des échanges relatifs au suivi des actions à un niveau situé juste au-dessus du milieu de la moyenne (M=3.57) mais ces échanges occasionnent environ 2 réunions (M=2.14). Cependant, ici aussi, on note une forte dispersion de nos données (σ =1.2). Enfin, nos résultats indiquent clairement que la phase d'évaluation est l'étape qui implique le moins. Notons tout d'abord que seuls 60.7% de notre échantillon (N=111) rapportent réaliser des évaluations. Lorsque cette étape existe, les professionnels sont moins nombreux à signaler l'existence d'échanges avec les acteurs internes. Même si le résultat reste au-dessus du milieu de la moyenne (M= 3.37), il est le plus bas de toutes les étapes. Enfin, la moyenne du nombre de réunions (M=1.5) apparaît relativement faible au regard des étapes nécessaires à une démarche d'évaluation qualitative.

En conclusion, contrairement à notre hypothèse de travail, ces premiers résultats soulignent tout d'abord que les démarches conduites par les SST se caractérisent par une implication des acteurs internes durant l'ensemble des étapes d'intervention. Pour autant, cette implication est plus forte lors des étapes de cadrage (ce qui tend à démontrer un niveau d'échanges important

au début des interventions) puis régresse durant les phases relevant du processus : la participation baisse durant les étapes d'application des méthodes, même si nous avons relevé que ces résultats peuvent sembler supérieurs aux pratiques habituelles. De plus, si des points intermédiaires permettent d'échanger avec les acteurs internes une fois la démarche lancée dans la majorité des cas, ces discussions semblent davantage ponctuelles que régulières (moyenne des réunions égale à 1.58). Enfin, la restitution des résultats apparaît comme une étape faiblement discutée (moyenne des réunions égale à 1.52). En revanche, plus de professionnels signalent des échanges avec les acteurs internes durant l'étape d'élaboration du plan d'actions, ce qui tend à montrer une forte implication des acteurs en amont et à la fin des démarches. Ces données nous semblent importantes à remarquer dans la mesure où les travaux réalisés sur l'évaluation des dispositifs ont montré que l'implication durant le processus était nécessaire à la maturation des acteurs et à l'enrichissement de leurs connaissances sur les liens entre santé et travail. En effet, comment les acteurs internes pourraient-t-ils parvenir à mesurer l'écart entre travail prescrit et travail réel, à cerner les enjeux de la subjectivité au travail, l'impact des dynamiques collectives ou encore celui du travail bien fait, … sans en faire l'expérience durant l'intervention ? On peut ainsi s'interroger sur la qualité des actions construites durant l'étape d'élaboration du plan d'actions puisqu'il semble difficile d'attendre des acteurs internes qu'ils puissent se saisir de cette complexité au travers de si peu de réunions intermédiaires ou de restitutions. Enfin, nos résultats soulignent une moindre implication durant les phases de suivi ou les démarches d'évaluation, des résultats qui tendraient à montrer que les dispositifs de prévention sont davantage perçus comme des actions ponctuelles (nous le rappelons faisant suite à des altérations dans une grande majorité) et non comme faisant partis d'un processus continu.

Niveau de participation *par type d'acteurs internes :*

Pour approfondir notre travail relatif au niveau d'implication, nous nous sommes également intéressés à l'identité des acteurs internes mobilisés. Ainsi, durant chacun des espaces d'échanges ou de participation, nous avons demandé aux professionnels[1] de nous dire quel acteur interne est présent (modalités de réponse sur une échelle allant de 1 – Très rarement à 5 – Très souvent) :

[1] Formulation type de question : « Durant ces réunions de travail sur …, dîtes-nous à quelle fréquence les différents acteurs liés à l'intervention sont présents »

		Pré-inter. N=178	Const. Méthod N=165	Mise en œuvre méth. N=148	Réunion interm. N=165	Rest. N= 183	Const. Plan N=173	Suivi N=157	Eval. N=100	Toutes étapes
Dir sup.	M	2.9	2.4	1.7	2.3	3	2.39	2.30	2.45	2.45
	σ	(1.4)	(1.3)	(1)	(1.3)	(1.4)	(1.26)	(1.27)	(1.35)	(1)
Dir Site	M	4.1	3.6	2.4	3.4	4	3.48	3.46	3.44	3.52
	σ	(1.1)	(1.4)	(1.3)	(1.4)	(1.1)	(1.3)	(1.33)	(1.37)	(1)
RRH	M	4.1	3.8	3	3.6	4	3.78	3.75	3.78	3.72
	σ	(1)	(1.3)	(1.3)	(1.3)	(1.2)	(1.22)	(1.21)	(1.18)	(1)
Ma-nager	M	3.6	3.6	3.4	3.6	3.8	4.02	3.73	3.55	3.75
	σ	(.2)	(1.2)	(1.1)	(1.2)	(1.1)	(.92)	(1.24)	(1.09)	(.8)
CHSCT	M	3.9	3.8	3.5	3.7	3.9	3.92	3.93	3.85	3.78
	σ	(1.1)	(1.1)	(1.1)	(1.2)	(1.1)	(1.1)	(1.02)	(1.1)	(.9)
RP	M	3.3	3.2	3.1	3.1	3.4	3.38	3.24	3.23	3.19
	σ	(1.2)	(1.2)	(1.2)	(1.3)	(1.3)	(1.27)	(1.25)	(1.26)	(1.1)
Salariés	M	2.7	2.7	2.7	3	3	3.46	3.1	2.99	3.09
	σ	(1.4)	(1.4)	(1.2)	(1.4)	(1.3)	(1.33)	(1.3)	(1.23)	(1)
Tous acteurs	M	3.51	3.3	3	3.3	3.6	3.49	3.36	3.33	
	σ	(.6)	(.7)	(.7)	(.7)	(.8)	(.7)	(.7)	(.7)	

Tableau 53 : Score moyen de participation des différents acteurs internes selon les étapes des démarches

Concernant tout d'abord le score moyen de participation tous acteurs confondus, les résultats confirment le caractère impliquant des étapes de pré-intervention, lesquelles mobilisent les acteurs internes de façon relativement transversale (moyenne de participation de l'ensemble des acteurs internes M=3.51). Il en est de même concernant l'étape d'élaboration du plan d'actions (M=3.49). L'étape qui mobilise le moins d'acteurs différents reste également identique : l'application des méthodes sur le terrain (M=3). Pour autant, nos résultats soulignent que les plus mobilisés durant cette étape sont les membres du CHSCT d'une part (M=3.5) et les managers d'autre part (M=3.4). On pourrait ainsi questionner l'impact de cette expérience de l'investigation des liens entre santé et travail sur une éventuelle évolution des pratiques, notamment concernant les managers. Les échanges relatifs à la méthodologie, au(x) point(s) intermédiaire(s), au suivi et à l'évaluation mobilisent une diversité d'acteurs à un niveau situé dans une moyenne haute (respectivement M=3.3 ; M=3.3 ; M=3.36 ; M=3.33). En revanche, en ce qui concerne l'étape de restitution, on remarque qu'elle mobilise une bonne diversité d'acteurs (M=3.6) alors que nous avions noté que le nombre de réunions qui y étaient consacrées était plutôt limité. La restitution est ainsi l'étape qui implique le plus d'acteurs différents.

Concernant désormais le score moyen de participation par acteur, nos résultats montrent que ce sont les membres du CHSCT qui s'impliquent le plus dans les démarches (M=3.78) puis les

managers (M=3.75) et enfin les RRH (M=3.72). Si l'on peut ne pas être surpris par les données concernant les membres du CHSCT et les RRH (considérant que leurs missions les placent naturellement sur ces questions), nous constatons une bonne implication des managers. Ils sont par exemple les plus présents durant les étapes d'élaboration du plan d'actions (M=4.02), ce qui pourrait être intéressant pour articuler prescrit et réel. En revanche, les salariés d'une part et les dirigeants supérieurs d'autre part sont les acteurs moins souvent impliqués (respectivement M=3.09 et M=2.45). Concernant les salariés, leur implication est supérieure au milieu de la moyenne pour les seules étapes d'élaboration du plan d'actions (M=3.46) et du suivi (M=3.1), ce qui semble indiquer qu'ils sont associés aux travaux liés aux changements concrets du quotidien de travail sans pour autant avoir particulièrement bénéficié des apports des précédentes étapes. En accord avec notre seconde hypothèse H1b.2, les dirigeants supérieurs sont bien les acteurs les moins impliqués (M=2.45), et ce quelles que soient les étapes. Considérant les objectifs primaires des démarches de prévention collectives et les travaux liés à l'évaluation des dispositifs qui soulignent tous la nécessité d'engager la direction, cette faible participation sera fortement préjudiciable. Enfin, les directeurs de site présentent un score moyen de participation plus important (M=3.52) mais coopèrent majoritairement au début (M=4.1 pendant l'étape de pré-intervention) et lors de la restitution (M=4) mais moins durant les autres étapes.

En conclusion, nos résultats permettent d'infirmer notre hypothèse H1b.1. En effet, concernant nos répondants :

Les acteurs internes *sont impliqués dans l'ensemble des étapes de la majorité des démarches* conduites par les SST mais leur participation diverge en fonction des étapes.

Les phases de cadrage (pré-intervention + construction de la méthodologie) présentent un *niveau d'échange*s important entre intervenant et acteurs internes. De plus, les acteurs mobilisés sont diversifiés durant les étapes de pré-intervention, ce qui est moins le cas dès la phase de construction de la méthodologie.

En revanche, les étapes relevant du process*us d'intervention proposent moins d'échanges*, moins de réunions et font participer *une moins grande diversité d'acteurs internes.* Seules les *restitutions permettent à nouveau l'implication d'une grande diversité d'*acteurs mais occasionnent peu de réunions.

*L'étape d'élaboration du plan d'action*s est à nouveau très impliquante que ce soit en termes *d'échanges*, de nombre de réunions ou de *diversité d'*acteurs présents.

Enfin, les étapes de suivi et d'évaluation développent peu d'espaces d'échanges et de réunions avec les acteurs internes. Leur div*ersité est l'une des plus faible* rapportée.

Concernant notre seconde hypothèse H1b.2, nos résultats nous permettent de la valider :

Les dirigeants supérieurs sont peu impliqués dans la majorité des dispositifs de prévention et *participent à peu d'étapes du processus d'intervention*.

4.1.4 Conséquences sur les résultats des démarches

Dans cette partie, nous allons nous intéresser aux liens entre objet partiel à valence négative, niveau d'implication et résultats des démarches, ces questionnements renvoyant aux hypothèses suivantes :

> H1c.1 *Un haut niveau d'implication permet d'enrichir les connaissances et les* représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail.
> H1c.2 *Un haut niveau d'implication n'est pas suffisant pour aboutir à une implantation du* dispositif de prévention et une transformation durable des situations de travail.
> H1c.3 Des dispositifs centrés sur un objet partiel à valence négative ne permettent pas *d'obtenir une implantation ni une transformation durable des situations de travail.*

4.1.4.1 Implication et maturité des acteurs internes

Pour répondre à l'hypothèse H1c.1, nous avons tout d'abord cherché à observer les relations entre les variables d'implication, soit l'existence d'échanges pour chaque étape d'une part et le nombre de réunions consacrés à ces échanges d'autre part, et différentes variables évaluant l'évolution des représentations et des connaissances des acteurs. Pour ce faire, nous avons introduit dans le questionnaire, un ensemble d'interrogations concernant des éléments de savoirs liés à la démarche de prévention : partage de la définition des RPS, des objectifs méthodologiques, des résultats et du plan d'actions entre l'intervenant et les acteurs internes. Ils ont systématiquement été appréciés autour de deux questions : l'existence d'un partage[1] puis

[1] Formulation type de question : « Lorsque cette étape de … s'achève, les acteurs liés à l'intervention partagent généralement la même vision des RPS »

la qualité de ce partage[1]. Pour compléter cette appréciation de l'évolution des savoirs et des représentations, nous avons également introduit des items relatifs à la qualité de la co-construction avec les acteurs internes lorsque les étapes s'y prêtaient (de la méthodologie, du plan d'actions, de l'évaluation). Ici aussi, deux niveaux d'appréciation étaient proposés aux professionnels : est-il possible de parler de co-construction d'une part et si oui, peut-on la qualifier d'entière et de totale (qualité de la co-construction). En ce qui concerne la participation des acteurs internes lors de la mise en œuvre des méthodes, nous leur avons demandé s'il était possible de parler de co-application, voire d'une application autonome par les acteurs internes.

L'étude des corrélations entre ces différentes variables montre les résultats suivants :

Etapes d'intervention	Partage des avancées	Qualité des avancées		
Pré-intervention	Vision RPS	Vision des RPS		
Esp. d'échanges	r = .30	r = .14		
Nbre réunions	r = - 0.05	r = - 0.1		
Constr. méthodologie	Objectifs	Objectifs	Co-construction	Qualité de la co-construction
Esp. d'espaces	r = .33	r = .11	r = .49*	r = .29
Nbre réunions	r = -0.09	r = -0.19	r = .20	r = .12
Mise en œuvre des méthodes			Co-application	Application autonome
Esp. d'échanges			r = .56*	r = .19
Réunions intermédiaires				
Restitutions	Résultats	Résultats		
Nbre réunions	r = .04	r = - 0.03		
Plan d'actions	Plan d'actions	Plan d'actions	Co-construction	Qualité de la co-construction
Esp. d'échanges	r = .42*	r = .36	r = .54*	r = .02
Nbre réunions	r = .15	r = .14	r = .13	r = .07
Suivi des actions				
Evaluation			Co-construction	Qualité de la co-construction
Esp. d'échanges			r = .59*	r = .30
Nbre réunions			r = .23	r = -.11

Tableau 54 : Matrice de corrélations entre variables *d'implication* et variables de connaissances et de représentations (* : peu significatif, ** : significatif, * : très significatif)**

Nous notons très peu de liaisons significatives entre nos variables. Concernant l'évolution des savoirs liés à la démarche (partage de la vision des RPS, des objectifs de la démarches, des

[1] Formulation type de question : « A propos de cette vision des RPS partagée par tous les acteurs, à quelle fréquence vous semble-t-il possible de dire qu'elle est totale et entière ? »

résultats et enfin du plan d'actions), seul l'espace d'échanges permis entre intervenant et acteurs internes à propos de la construction du plan d'actions, présente une relation significative avec un partage des axes du plan (r = .42*). Cette liaison n'est cependant pas assez forte pour présenter une relation significative avec la qualité de ce partage. Ces résultats signifient donc que les espaces d'échanges instaurés au fur et à mesure de la construction de la démarche n'ont pas d'effet sur une évolution de type séquentiel des savoirs liés à la démarche : espaces d'échanges lors des étapes de pré-intervention et partage de la même vision des RPS sont indépendants ; espaces d'échanges sur la construction de la méthodologie et partage des objectifs de la démarche sont indépendants ; nombre de réunions de restitution et partage des résultats sont indépendants.

En revanche, il semble que les espaces d'échanges présentent davantage de liens avec le niveau de co-construction. En effet, l'existence d'espaces d'échanges autour de la construction de la méthodologie corrèle significativement avec un engagement plus fort des acteurs internes qualifié de co-construction (r = .49*). De même, la participation des acteurs internes à l'occasion de la mise en œuvre des méthodes sur le terrain corrèle significativement avec un engagement plus fort de type co-application (r = .56*), tout comme les espaces d'échanges autour de l'élaboration du plan d'actions qui corrèlent avec une co-construction du plan (r = .54*) et les espaces d'échanges autour de la construction de la démarche d'évaluation avec une co-construction de celle-ci (r = .59*). Notons toutefois qu'aucune de ces liaisons n'est assez forte pour présenter un lien avec une haute qualité de la co-construction. Enfin, nos résultats indiquent que le nombre de réunions consacrées aux espaces d'échanges n'a aucun lien que ce soit avec le partage des savoirs ou la co-construction.

Globalement, il nous semble donc possible de retenir que les espaces d'échanges créés autour de chacune des étapes de la démarche de prévention collective ne présentent pas de relations significatives avec une évolution de type séquentiel des savoirs liés à la démarche (à l'exception du partage des axes du plan d'actions). En revanche, ces espaces d'échanges permettent un engagement plus fort des acteurs internes qui co-construisent les étapes avec l'intervenant, sans toutefois que cette co-construction puisse être qualifiée d'entière.

Pour compléter ces résultats qui tendraient à infirmer notre hypothèse H1c.1, nous avons observé l'effet des espaces d'échanges sur une évolution non séquentielle des connaissances et des représentations. En effet, s'il est certain que la définition des RPS est nécessairement

abordée durant l'étape de pré-intervention, elle l'est aussi par la suite. De même, le partage des résultats peut ne pas être acquis à l'issue des réunions de restitution mais survenir plus tard, lors des étapes d'élaboration du plan d'actions : pour nous, il est donc clair que les connaissances et les représentations des acteurs sur la dynamique santé-travail évoluent tout au long de la démarche. Pour pallier à cette limite, nous avons donc choisi de construire une échelle correspondant à l'évolution de l'ensemble des connaissances et des représentations des acteurs (partage des avancées et qualité de ce partage + co-construction et qualité de la co-construction). Nous nommerons cette échelle, échelle de maturité. Sa validité interne est satisfaisante (alpha de Cronbach de .72) et se compose de la sorte :

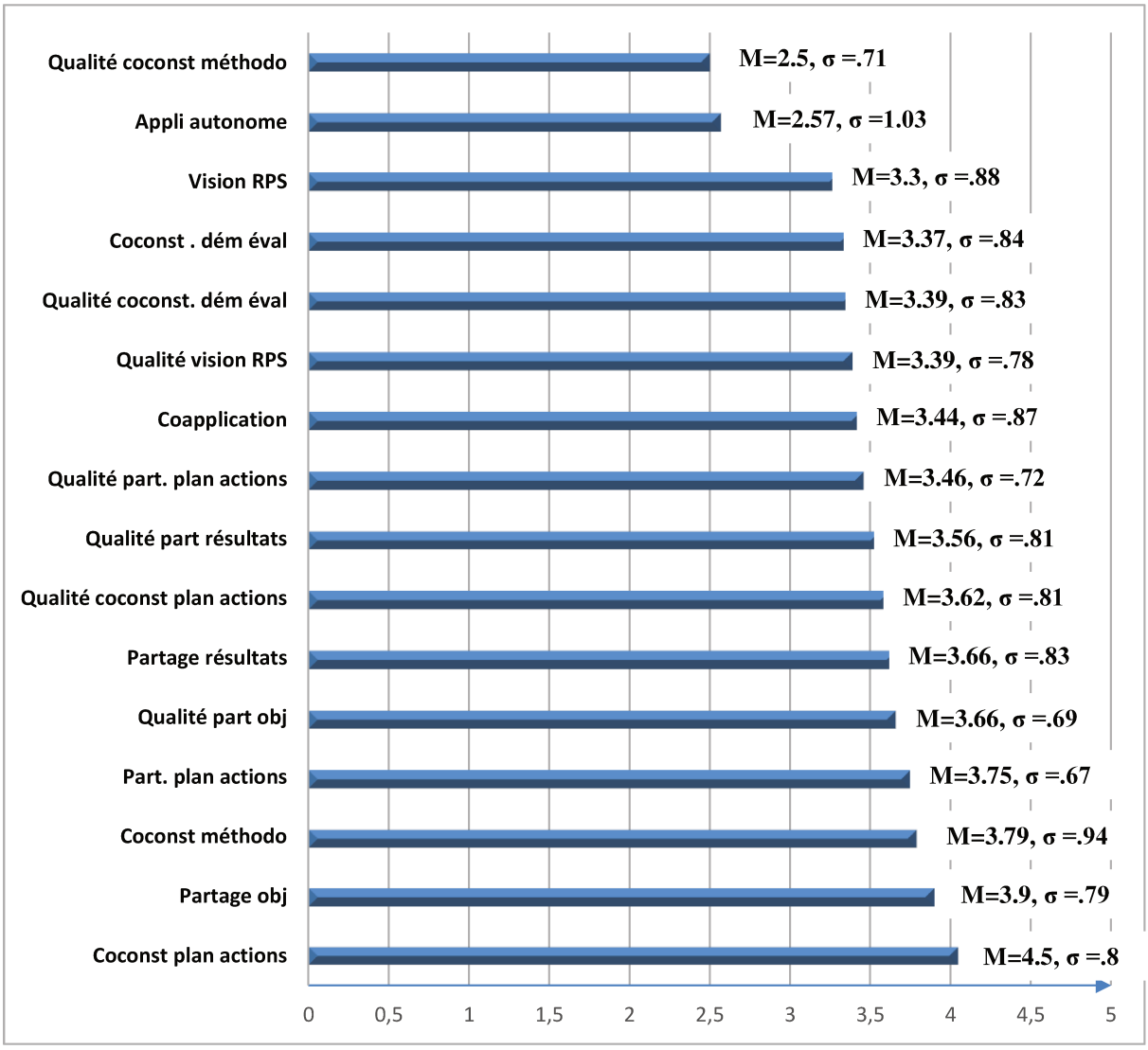


Tableau 55 ***: Composition de l'échelle*** **de la dimension maturité**

Sur notre échantillon, la maturité se distribue ainsi (M=3.46 ; σ =.46) :

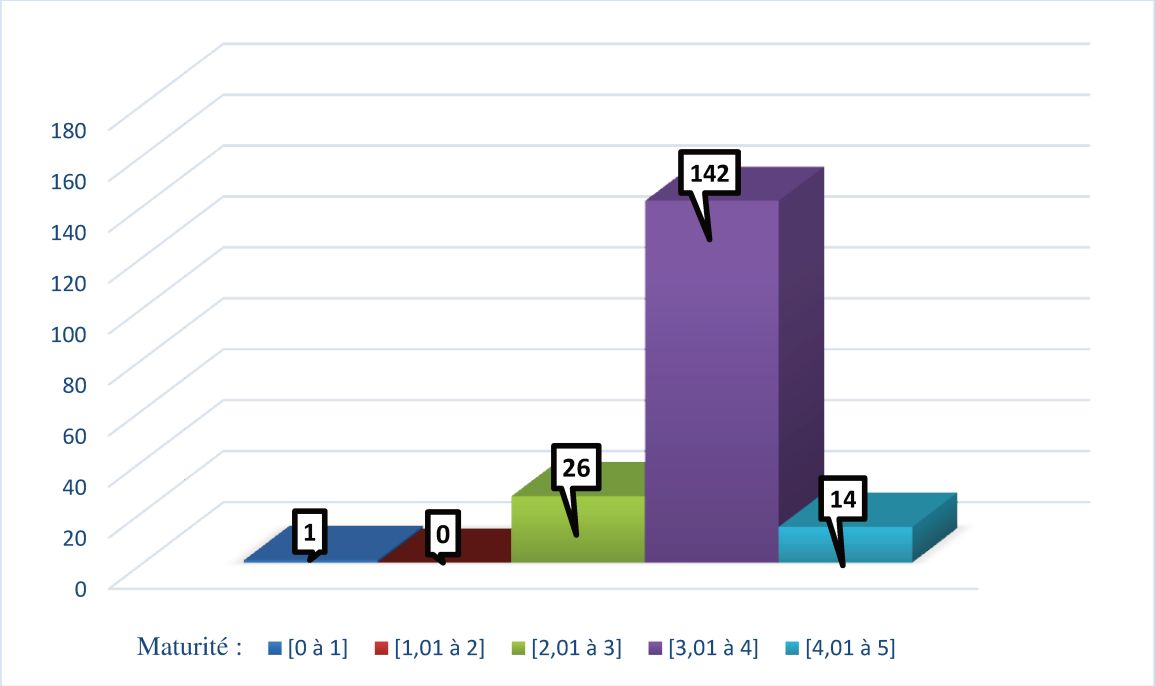


Fig. 7 : Distribution de la dimension de maturité

Nous pouvons d'ores et déjà observer que le niveau de maturité rapporté par les professionnels des SST est élevé puisque sa valeur moyenne est de M=3.46, une valeur supérieure au milieu de la moyenne (3).

Pour répondre à notre hypothèse, nous avons observé les liens entre les variables d'implication et la dimension de maturité. Pour chacune des étapes d'intervention, nous avons donc observé les corrélations entre les espaces d'échanges d'une part, le nombre de réunions d'autre part, et la dimension de maturité.

Espaces d'échanges	Maturité
Echanges pré-intervention	r=.45*
Construction méthodologie	r=.49*
Mise en œuvre des méthodes	r=.31
Réunions intermédiaires	r=.36
Plan d'actions	r=.56*
Suivi des actions	r=.43*
Evaluation	r=.53*
Nombre de réunions tous espaces confondues	/

Tableau 56 : Matrice de corrélations entre les espaces *d'échanges* et la dimension de maturité

Ainsi, s'il n'existe pas de relation entre espaces d'échanges et évolution séquentielle des connaissances et des représentations, nos résultats montrent en revanche que chacun des espaces d'échanges créés tout au long du processus d'intervention (à l'exception des réunions intermédiaires et de la mise en œuvre des méthodes), présente un lien significatif avec la maturité des acteurs internes : ce serait donc l'expérience permise par les discussions autour de l'ensemble des étapes du processus d'intervention qui permet aux acteurs internes de développer leur maturité. Notons également que le nombre de réunions instaurées n'a aucun lien avec la maturité : c'est l'existence des débats qui compte et non leur quantité. Ces résultats nous semblent confirmer l'intérêt de penser le niveau d'implication des processus d'intervention : les espaces d'échanges entre l'intervenant et les acteurs internes durant les étapes de pré-intervention, de construction de la méthodologie et du plan d'actions, du suivi de la démarche et enfin de la construction de l'évaluation constituent une expérience globale permettant de développer leur maturité.

Nous notons également une absence de corrélation entre la dimension de maturité et la participation des acteurs internes dans la mise en œuvre des méthodes. Ce résultat nous semble remarquable dans la mesure où cet espace concerne directement l'investigation des liens entre santé et travail, tandis que les autres avaient davantage à voir avec des discussions sur la démarche. L'implication des acteurs internes dans la démarche de prévention collective des RPS constitue une expérience qui développe leur maturité mais ce n'est pas le cas de l'expérience permise par leur participation à l'investigation des liens entre santé et travail. Ces résultats semblent donc témoigner d'une limite de l'implication des acteurs internes, limite que l'on pourrait attribuer à l'expérience de leur rencontre directe avec le réel de l'intervention. Finalement, concernant l'hypothèse H1c.1, il nous semble possible de conclure en ce sens :

> *Les espaces d'échanges créés entre l'intervenant et les acteurs internes à chaque étape du processus d'intervention ne* suffisent pas à obtenir une évolution des connaissances et des *représentations de type séquentiel mais permettent cependant d'agir sur leur implication* dans chacune des étapes.
>
> *En revanche, en dehors de l'étape des réunions intermédiaires et de la mise en œuvre des méthodes sur le terrain, chacun des espaces d'échanges créés* au fil du processus *d'intervention,* permet de développer la maturité des acteurs internes sur la dynamique santé-travail ; cette maturité renvoyant elle-*même au partage d'un ensemble d'avancées en lien* avec la démarche et avec un engagement plus important des acteurs internes de type co-*construction. L'expérience des acteurs internes dans ces échanges tout au* long de la démarche est constitutive de maturité.

> Pour autant, la participation des acteurs *internes dans l'investigation directe des liens entre* santé et travail ne présente pas de lien avec cette même maturité. Ces résultats témoignent *d'une limite de l'implication des acteurs internes dans la démarche, limite constituée par l'expérience de leur rencontre directe avec le réel de l'intervention.*
>
> *Ces éléments nous orientent donc vers la nécessité de comprendre l'expérience vécue par les acteurs internes au fil de l'intervention.*

4.1.4.2 Implication et efficience de prévention

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats liés à l'hypothèse **H1c.2 : Un haut niveau d'implication n'est pas suffisant pour aboutir à une implantation du dispositif de prévention et une transformation durable des situations de travail.**

Pour évaluer ces dimensions constitutives de ce que nous appelons l'efficience de prévention, cinq variables ont été introduites dans le questionnaire : le nombre d'actions du plan d'actions effectivement mises en œuvre, l'observation d'évolutions positives des situations de travail et leur maintien dans le temps et enfin l'observation d'évolutions de type primaire et leur maintien dans le temps. Toutes ont été évaluées via une échelle de Likert en cinq points allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord) concernant l'observation des effets ou allant de 1 (très rarement) à 5 (très souvent) concernant la pérennité des effets. Ces variables se répartissent ainsi :

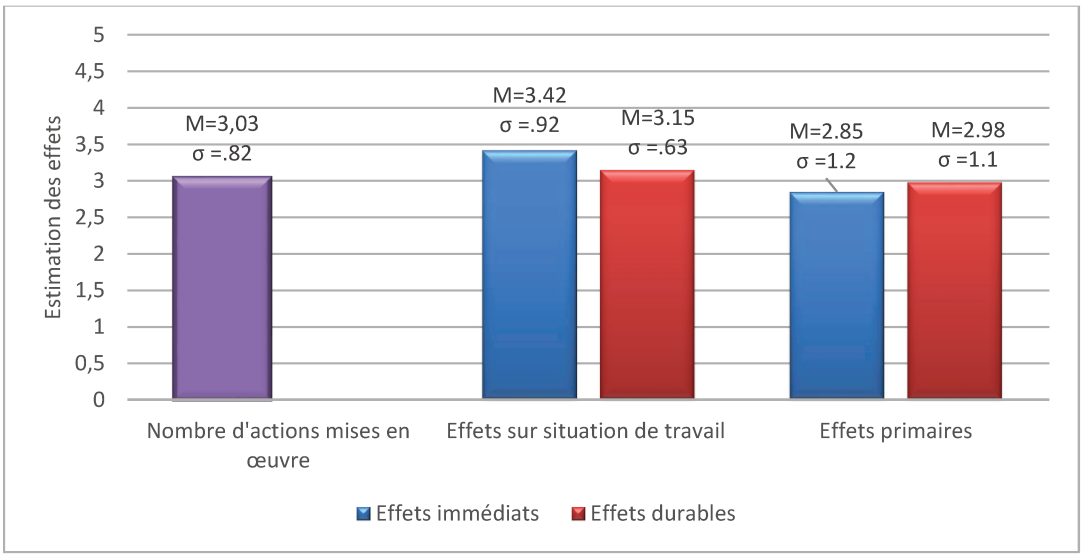


Fig. 8 : Score moyen des effets des démarches

Nous pouvons tout d'abord constater les difficultés des professionnels des SST à obtenir des résultats efficients en termes de prévention. En effet, le nombre d'actions effectivement mises en œuvre se situe juste au niveau du milieu de la moyenne (M=3.03). Concernant les effets observés sur les situations de travail, le résultat est cette fois plus élevé (M=3.42) mais baisse dans le temps (M=3.15). En revanche, les effets de type primaire se situent en deçà du milieu de la moyenne que ce soit à l'issue des démarches (M=2.85) ou dans le temps (M=2.98). Ces résultats confirment ainsi les limites observées dans la littérature scientifique, notamment en ce qui concerne les effets de type primaire. En considérant que les professionnels rapportent pourtant un bon niveau de maturité chez les acteurs internes (M=3.46), nous pouvons dire qu'ils se confrontent également à la difficulté de passer de la connaissance à l'action.

Pour répondre à notre hypothèse relative à l'impact du niveau d'implication sur les résultats des démarches, nous avons calculé les corrélations entre chacune de ces cinq variables et les variables d'implication (espaces d'échanges + nombre de réunions). Nous n'avons obtenu aucune corrélation significative. Nous pouvons donc en déduire que le fait de créer des espaces d'échanges, quel que soit le nombre de réunions qui y sont consacrées, n'a aucun impact sur les résultats des démarches de prévention.

Nous avons également étudié les corrélations entre chacune des variables mesurant une évolution des connaissances et des représentations des acteurs indépendamment les unes des autres, et les variables de résultats. Nous n'avons obtenu aucune significativité. Etant donnés nos précédents résultats concernant la maturité des acteurs internes, il nous a semblé intéressant d'observer si elle présentait des corrélations avec les résultats des démarches :

Variables de résultat	Maturité
Nombre d'actions mises en oeuvre	r = .40*
Effets sur situation de travail	r = .41*
Effets durables sur situation de travail	r = .46*
Effets primaires	r = .20
Effets durables des effets primaires	r = .27

Tableau 57 : Matrice de corrélations entre variables de résultat et dimension de maturité

Ainsi, si les différents espaces d'échanges et leur nombre au fil de l'intervention n'ont pas de liens significatifs avec les résultats des démarches, il n'en est pas de même concernant la maturité des acteurs internes. Celle-ci présente en effet une corrélation significative avec le nombre d'actions mises en œuvre (r = .40*) et avec une évolution des situations de travail dans

l'immédiat (r = .41*) et dans la durée (r = .46*). En revanche, résultats de type primaire et maturité sont des variables indépendantes.

Ces résultats confirment donc l'impact de l'expérience des acteurs internes permise par leur participation à l'ensemble des étapes de l'intervention puisque d'après nos données, cette expérience se traduit d'une part, par une maturité globale des acteurs internes mais permet aussi le passage à l'action de prévention en termes de nombre d'actions effectivement mises en œuvre et d'évolutions positives immédiates et durables des situations de travail. Cette expérience ne permet toutefois pas de développer une maturité en mesure de permettre le passage à l'action primaire.

Finalement, concernant l'hypothèse H1c.2, nous pourrions dire, à ce stade de notre travail que :

> *Aucun des espaces d'échanges créés au fil du processus d'intervention n'a d'impact sur l'implantation du dispositif et la transformation durable des situations de travail, et ce quel* que soit leur nombre. Par ailleurs, aucune des évolutions des connaissances et des représentations des acteurs internes ne présente à elle seule de corrélation avec *l'implantation du dispositif ou la transformation durable des situations de travail.*
>
> En revanche, la maturité des acteurs internes ; maturité corrélée avec *l'ensemble des espaces d'échanges créés au fil de la démarche entre l'intervenant et les acteurs* internes (à *l'exception de l'étape de réunion intermédiaire et de la participation à la mise en œuvre des* méthodes) ; *est de nature à permettre la mise en œuvre des mesures du plan d'actions ainsi que la transformation durable des situations de travail. Cette maturité n'a cependant pas d'effet sur l'implantation du dispositif de prévention puisqu'elle ne permet pas d'obtenir des* effets de type primaire.
>
> Ainsi*, nous pourrions en déduire que l'expérience vécue par les acteurs internes via les espaces d'échanges créés autour du processus d'intervention leur permet d'atteindre une* maturité suffisante pour aboutir à des résultats efficients en termes de transformation durable des situations de travail mais insuffisante pour implanter le dispositif.

4.1.4.3 Objet d'intervention et efficience de prévention

Pour conclure la présentation des résultats de cette première étude, nous allons aborder la dernière hypothèse **H1c.3 : Des dispositifs centrés sur un objet partiel à valence négative ne permettent pas d'obtenir une implantation du dispositif ni une transformation durable des situations de travail.**

Pour ce faire, nous avons observé les corrélations entre les résultats des démarches et les variables reflétant le fait de centrer des démarches sur des objets partiels à valence négative. Nous avons ainsi utilisé les variables Q47 (« Les méthodes explorent généralement les difficultés rencontrées par la structure ») que nous résumons sous le terme de 'exploration des altérations' et Q103 (*« Concernant les axes du plan d'actions, ils visent généralement à* supprimer ou réduire les difficultés de la structure ») que nous résumons sous le terme de 'plan tertiaire'.

Nos résultats n'ont mis en évidence aucune corrélation. Autrement dit, utiliser des méthodes qui explorent les difficultés de l'entreprise et construire des plans d'actions dont les axes visent à supprimer ou réduire ces difficultés, n'a aucun lien avec les résultats des démarches.

En cohérence avec nos résultats précédents, nous avons souhaité observer les corrélations éventuelles entre ces mêmes variables et la dimension de maturité.

Variables de résultat	Maturité
Exploration des altérations	r = .40*
Plan tertiaire	r = .39

Tableau 58 : Matrice de corrélations entre la centration des démarches sur des objets partiels à valence négative et la dimension de maturité

Concernant l'hypothèse H1c.3, nous pouvons donc conclure que :

> *La centration des démarches sur un objet partiel à valence négative n'a pas d'effet sur l'implantation du dispositif et la transformation durable des situations de travail.*
>
> *En revanche, utiliser des méthodes qui explorent les difficultés de l'entreprise* présente un lien significatif avec la maturité des acteurs internes.

Nous résumons l'ensemble des corrélations observées au cours de cette enquête ainsi :

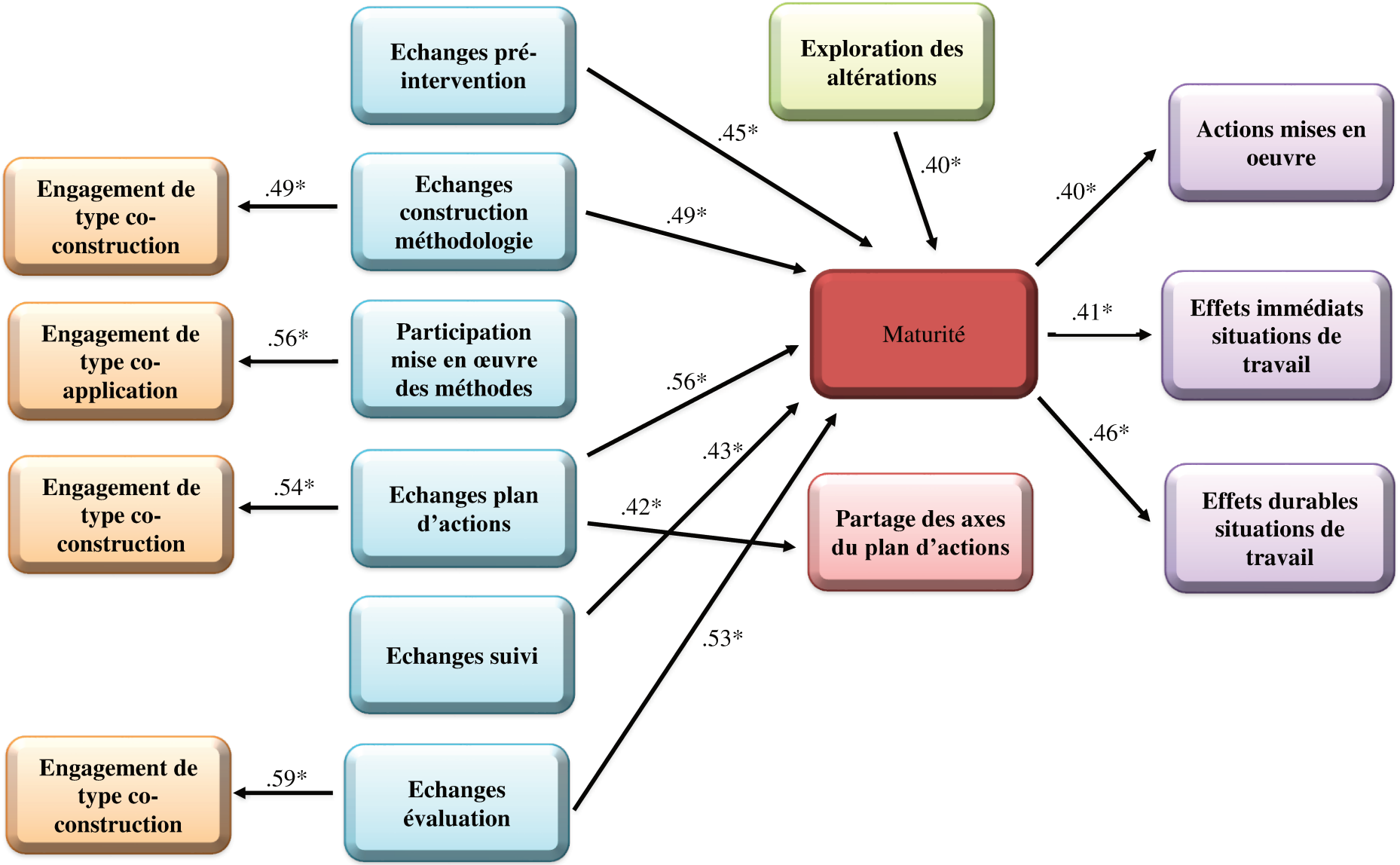


Fig. 9 ***: Modélisation de l'ensemble des*** **corrélations, étude 1**

Ainsi, la conclusion générale que nous pouvons formuler eu égard à l'ensemble de ces résultats renvoie à l'impact de l'expérience vécue par les acteurs internes lors des espaces d'échanges créés avec l'intervenant au fil de l'ensemble des étapes du processus d'intervention. D'après le retour des professionnels des SST qui ont bien voulu participer à notre enquête, ce serait l'expérience de l'intervention, dans son ensemble, qui permet aux acteurs internes d'atteindre une maturité globale ; maturité significativement liée avec la transformation durable des situations de travail. Aucune évolution de type séquentiel des connaissances et des représentations des acteurs sur la dynamique santé-travail ne présente de lien avec les résultats en termes d'efficience de prévention. De même, la centration des démarches sur des objets partiels à valence négative ne présente pas de lien avec ces résultats mais le recours à une méthodologie explorant les difficultés est corrélé avec la maturité globale des acteurs.

De tels résultats nous incitent à poursuivre nos travaux afin de mieux comprendre ce qui constitue cette expérience des acteurs internes au fil de l'intervention ; et ce d'autant plus que nous avons évoqué une limite à cette expérience : celle de la rencontre des acteurs internes avec le réel des liens santé-travail, étape ne présentant pas de lien significatif avec la maturité. Pour y parvenir, des études qualitatives nous semblent essentielles, non seulement pour espérer appréhender la finesse des processus constitutifs de cette expérience mais aussi pour recueillir des données auprès des acteurs internes mêmes, et non plus des données rapportées par des intervenants.

Synthèse :

Cette étude *par questionnaire nous a permis d'obtenir de* premiers *résultats concernant l'objet d'intervention, le niveau d'implication* des démarches et enfin le processus cognitif implanté auprès des acteurs internes, trois dimensions qui nous intéressent pour leur capacité à rendre intelligible le passage *de la connaissance à l'action. Nous avons tout d'abord pu confirmer empiriquement ces trois* dimensions. Dans un second temps, nous avons entrepris de distinguer les éléments généraux des éléments spécifiques : dans le cadre des démarches conduites sur le terrain par les professionnels des SST, nous avons montré que la majorité des démarches se centrait sur des objets partiels à valence négative, implantait un processus cognitif de prévention tertiaire et présentait un niveau *d'implication différent selon les étapes d'intervention. Nous avons également validé l'hypothèse selon laquelle les dirigeants supérieurs étaient peu impliqués. Enfin, nous avons débuté l'analyse des effets des diverses* articulations entre nos trois dimensions et les résultats des démarches. Ainsi, nous avons pu montrer *qu'en dehors de l'étape des réunions intermédiaires et de la mise en œuvre des méthodes sur le terrain*, chacun des espaces *d'échanges créés au fil du processus d'intervention, permet de développer la* maturité des acteurs internes sur la dynamique santé-travail ; cette maturité renvoyant elle-même au *partage d'un ensemble d'avancées en lien avec la démarche et avec* un engagement plus fort des acteurs internes de type co-*construction. Cette évolution des connaissances et des représentations n'étant* jamais directement liée à un unique espace *d'échanges, nous en avons déduit que c'est l'expérience des* acteurs internes *durant l'ensemble de* la démarche qui est constitutive de maturité. Pour autant, leur *implication dans l'investigation* directe des liens entre santé et travail ne montrant aucun lien avec cette *même maturité, nous en avons conclu qu'il existait une limite à l'implication des act*eurs internes, cette *limite étant constituée par l'expérience de leur*s rencontres directes *avec le réel de l'intervention. Enfin,* concernant les impacts de ces variables sur les résultats des démarches, nous avons montré que ces derniers ne présentent aucun lien avec les espaces *d'échanges*. En revanche, ils sont corrélés avec la *maturité, laquelle permet le passage à l'action concernant le nombre d'actions effectivement mises en œuvre et la transformation immédiate et durable des situations de travail*, ce qu*i n'est le cas d'aucune évolution des connaissances ou des représentations prises isolément. Cependant, cette maturité n'est pas suffisante pour permettre l'implantation du dispositif puisqu'aucun effet primaire n'y est corrélée*. Concernant les démarches *centrées sur un objet d'intervention partiel à valence négative, nous avons également pu montrer qu'il n'existait pas de lien avec l'efficience des démarches*. En revanche, les méthodes explorant les difficultés sont significativement liées à la maturité globale des acteurs. *L'ensemble de ces éléments nous oriente donc vers la nécessité de comprendre l'expérience vécue par les acteurs internes au fil de l'intervention.*

4.2 L'impact du niveau d'implication des dispositifs de prévention

Nous avons choisi de poursuivre nos travaux en conduisant une intervention en situation réelle afin de recueillir des données qualitatives concernant l'expérience des acteurs internes au fil du processus d'intervention. Au sein du processus d'élaboration scientifique, cette nouvelle étude se situe comme suit :

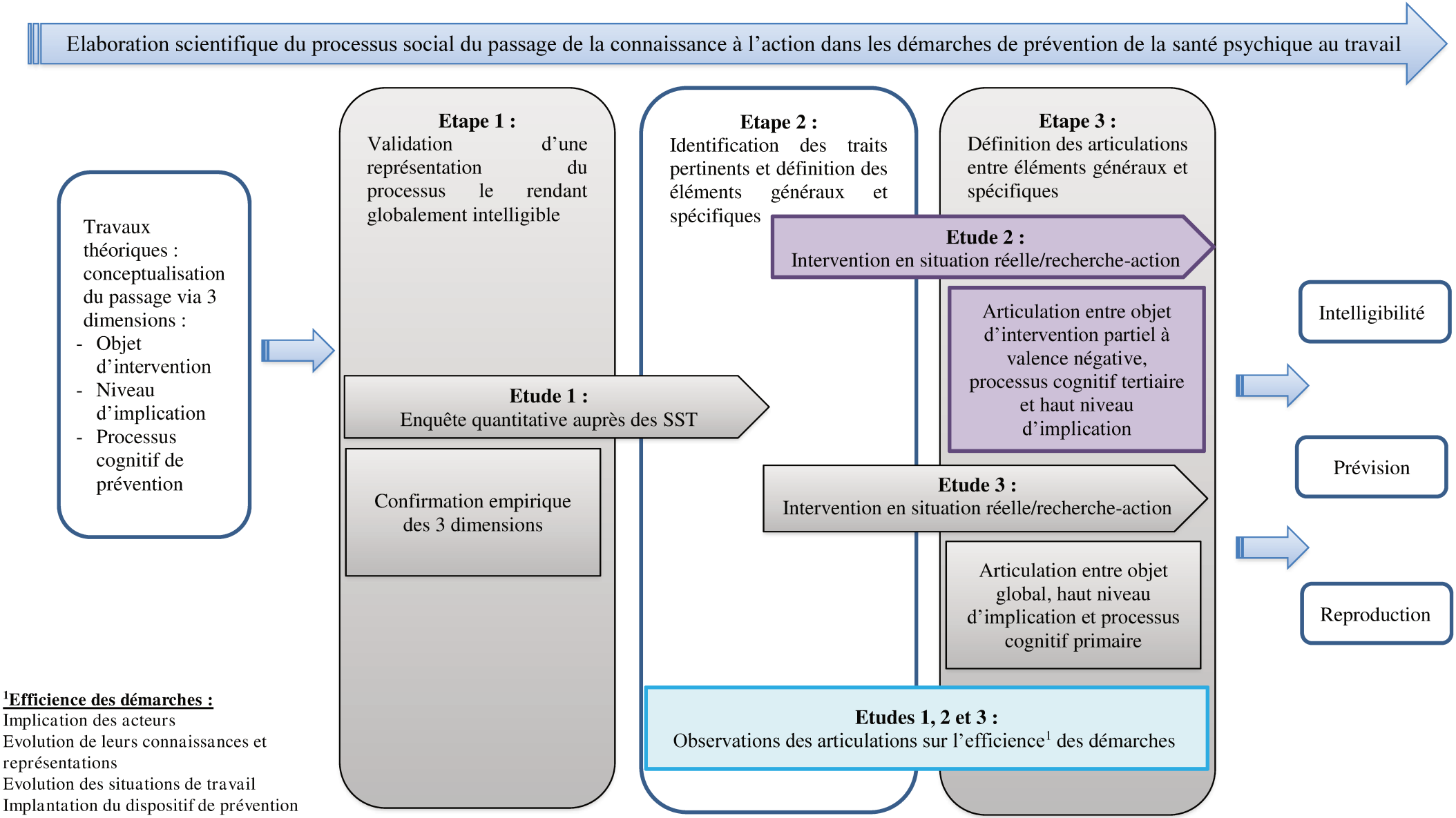


Fig. 10 ***: Place de l'étude 2 dans le processus d'élaboration*** **scientifique**

D'une manière générale, cette recherche-action vise à observer les effets d'une articulation entre objet partiel à valence négative, processus cognitif tertiaire et haut niveau d'implication sur les résultats des démarches ; ceci afin de compléter nos travaux relatifs aux limites des dispositifs de prévention de la santé psychique au travail. Plus précisément, en accord avec notre ancrage dans la recherche fondamentale de terrain, nous allons chercher à comprendre pourquoi nos précédents résultats semblent indiquer que l'implication des acteurs internes dans l'investigation autour des liens santé-travail représente une limite au développement de leur maturité globale. De même, nous observerons les effets d'une centration sur un objet partiel à valence négative et de l'implantation d'un processus cognitif de prévention tertiaire auprès des acteurs internes, nos précédents résultats n'ayant pas montré de limites directement liées à ces deux dimensions comme nous en avions fait l'hypothèse. Pour cela, nous avons contrôlé le niveau d'implication en construisant un dispositif de recherche-action centré sur un objet partiel à valence négative implantant un processus cognitif de prévention tertiaire au cœur d'un processus à haut niveau d'implication. Les limites observées pourront alors plus facilement être reliées aux deux premières dimensions.

De façon plus opérationnelle, cette étude répondra aux hypothèses suivantes :

> H1c.3 : Un haut niveau *d'implication permet d'enrichir les connaissances et des* représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail.
> H1c.2 : Un haut niveau *d'implication n'est pas suffisant pour aboutir à une implantation* du dispositif de prévention et une transformation durable des situations de travail.

Rappelons enfin les indicateurs et mesures construits pour évaluer nos résultats :

H1c.3 : Un haut niveau d'implication permet d'enrichir les connaissances et des représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail.
• Qualité du questionnaire construit par les enquêteurs • Evolution qualitative des analyses des enquêteurs • Qualité des compte-rendu des enquêteurs • Nombre et qualité des préconisations émises
H1c.2 : Un haut niveau d'implication n'est pas suffisant pour aboutir à une implantation du dispositif de prévention et une transformation durable des situations de travail.
• Nombre de préconisations mises en oeuvre • Modification des situations de travail et pérennité des évolutions • Evolution de type primaire et pérennité

Tableau 59 : Rappel des indicateurs *d'évaluation de l'étude n°2*

4.2.1 L'enrichissement des connaissances

Qualité du questionnaire :

Afin d'évaluer l'enrichissement des connaissances et des représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail, nous allons tout d'abord observer la qualité du questionnaire construit par le collectif d'enquêteurs ; collectif composé, nous le rappelons, de 22 représentants de l'administration (RA) occupant des fonctions de management supérieur ou intermédiaires et de 22 représentants du personnel (RP), selon une répartition représentative des organisations syndicales. Les premiers échanges entre les directeurs généraux adjoints (DGA) avaient abouti à un projet de grille d'entretien de type semi-directif autour de 4 à 5 questions ouvertes afin de « permettre un dialogue de qualité avec les agents mais en même temps, ne pas passer trop de temps pour chaque rencontre » (DGA 1). La nature des questions pressenties relevait de leurs propres représentations des difficultés des métiers des agents des collèges, par exemple, « en quoi la double-hiérarchie représente un problème dans votre travail ? » (ex de questions pressenties). En effet, les agents exerçant dans les collèges sont des fonctionnaires territoriaux placés sous l'autorité hiérarchique de la collectivité. Pour autant, au quotidien, ils exercent sous la responsabilité fonctionnelle des gestionnaires d'établissement, fonctionnaires de l'éducation nationale. Une des hypothèses émise par la collectivité était que cette spécificité, qu'ils appelaient 'double hiérarchie', était à l'origine d'un certain nombre des difficultés rencontrées. De leur point de vue, les pratiques managériales des responsables des établissements étaient critiquables.

Les trois autres questions étaient les suivantes :

- « Quelles sont les problèmes que vous rencontrez avec vos managers ? »
- « Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec vos collègues ? »
- « Quelle image avez-vous de (nom de la collectivité) ? »

En dehors des biais introduits par de telles questions, on voit aussi que la méthode envisagée pour interviewer les agents ne tenait compte ni des connaissances concernant les RPS, ni des conditions méthodologiques ou éthiques nécessaires à ce type de démarche. Les questions étaient formulées à partir des représentations des dirigeants supérieurs et certaines avaient aussi été omises pour ces mêmes raisons. Par exemple, ils considéraient que l'un des maux des agents devait être le manque d'intérêt du travail (notamment pour les agents d'entretien) et que rien ne pourrait être fait sur ce point, le « ménage » étant dénué de tout intérêt. Ils avaient donc décidé

de ne poser aucune question sur la motivation et excluent d'emblée toute question relative à la qualité du travail.

Pour répondre à ces carences, une présentation de questionnaires utilisés en matière d'investigation sur les RPS (SUMER et EVREST) a été faite auprès du collectif d'enquêteurs. L'argument utilisé était de leur donner des exemples de démarches et de leur présenter des outils pour faciliter leurs réflexions. La posture que nous tenions était donc celle de conseiller et non d'expert : nous présentions, ils décidaient. Nous avons utilisé cet exposé pour diffuser des connaissances sur les liens entre santé et travail, en expliquant quels étaient les fondements de chacune des questions. Cette explication des liens santé-travail, que nous pouvions concrétiser par des exemples liés aux métiers de la collectivité[1], nous a entre autres permis de montrer l'intérêt de questions concernant la qualité du travail (nous nous sommes rendus compte à cette occasion que les RP partageaient les mêmes représentations sur le 'désintérêt' des tâches d'entretien que les dirigeants supérieurs). Les questions relatives à l'organisation du travail ont également permis d'introduire d'autres facteurs potentiels de difficultés que les seules problématiques relationnelles. De même, les questions relatives au soutien ont permis de revenir sur la croyance selon laquelle les professionnels de la santé au travail viseraient la disparition des difficultés, et notamment des tensions interpersonnelles : en évoquant le rôle du soutien, nous avons pu expliquer que la santé n'était pas tant une absence de difficulté que la possibilité de les dépasser (notamment au travers des ressources offertes par le soutien). Ces apports ont entrainé des discussions entre les membres du collectif et ont eu un effet réflexif. Par exemple : « *De toute façon, c'est illusoire de vouloir que tout le monde s'entende bien dans* le travail et puis, *quand on n'est pas d'accord et qu'on peut en parler, ça peut aussi aboutir à* de *bonnes idées, n'est*-ce pas M P » (un RP qui s'adresse au DGA 1 avec humour). Ou encore « *C'est sûr que j'ai rencontré des personnes qui pensent que mon travail est sans intérêt parce que je calcule des trucs toute la journée alors que pour moi, c'est intéressant* ! Il ne faudrait *pas qu'on fasse la même chose avec les agents* » (un RP qui exerce une fonction comptable). « Finalement, ces questionnaires parlent quand même beaucoup plus du travail que des problèmes de santé des personnes ! » (un directeur). *« Je n'avais jamais considéré que des agents d'entretien pouvaient aimer faire un travail de qualité.* Pour *moi, ce sont des métiers…*; *pas des bas métiers parce que ça n'existe pas ; mais aimer faire un bon ménage, ça, je n'arrive* pas à le percevoir. De moi-*même, j'aurai directement enlevé cette question, pensant vexer les*

[1] Proximité majeure grâce à notre position de chef du service de santé

agents » (un RP). Au fil de cette réunion, nous avons aussi évoqué des éléments relatifs aux conditions méthodologiques. Par exemple, l'utilité d'échelles fermées et de leur cotation, la standardisation des questions, la nécessité des données sociodémographiques telles que le poste mais aussi l'âge ou encore l'ancienneté, etc. Une des questions relative à la cotation était la suivante : « les agents vont-ils vraiment faire la différence e*ntre le 'pas du tout d'accord' et le 'pas d'accord'* ou encore entre le *'d'accord' et le '* tou*t à fait d'accord'* ? Je me baserais plutôt sur une négation / une affirmation ». Cette discussion a permis de définir que l'on mesurait bien un rapport au travail et donc de débattre de la place de la subjectivité tout en argumentant de l'intérêt de son évaluation.

Après cette présentation-discussion autour de chaque item des questionnaires, la séance a été animée en proposant au collectif d'enquêteurs de définir eux-mêmes les grandes thématiques de questions qu'ils souhaitaient investiguer mais également les dimensions au travers desquelles ils souhaitaient pouvoir les analyser.

Voici les résultats de ce travail :

Résultats du travail du collectif d'enquêteurs concernant la construction du questionnaire	
Thématiques retenues	La satisfaction globale vis-à-vis des conditions de travail La latitude d'autonomie dans l'organisation Le jugement porté sur la qualité du travail effectué L'auto-évaluation de l'état de santé L'auto-évaluation du travail comme source de bien-être ou de souffrance
Dimensions d'interprétation	L'âge L'ancienneté dans le poste Le métier La situation familiale La distance géographique entre la commune/l'établissement/ la collectivité (en réponse à l'interrogation sur les liens entre distance géographique et sentiment de distanciation)

Tableau 60 : Thématiques du questionnaire retenues *par le collectif d'enquêteurs*, étude 2

A partir de ces éléments, le travail a consisté à 'remplir' chaque thématique à partir des questionnaires SUMER et EVREST ou en travaillant à l'ajout d'autres items. Le résultat du questionnaire ainsi obtenu est présenté de façon détaillée en annexe 2. Sa structuration générale est la suivante :

Catégories de questions (Q = qualitative)
Conditions de réalisation du travail et organisation du travail
1) Description des différentes activités dans la journée (Q) – 2) Temps nécessaire à un travail de qualité 3) Possibilité de s'organiser – 4) Evaluation de la qualité du travail 5) Estimation de l'évolution de la charge de travail – 6) Possibilité de prendre des initiatives 7) Possibilité d'apprendre des choses nouvelles – 8) Satisfaction globale vis-à-vis des conditions de travail 9) Equipements mis à disposition – 10) Principale(s) difficulté(s) (Q) 11) Principale(s) source(s) de satisfaction (Q) – 12) Evaluation de l'organisation du travail 13) Clarté des missions et consignes – 14) Ordre contradictoire 15) Identification claire du responsable – 16) Matériel mis à disposition
Relations de travail
17) Reconnaissance par le responsable – 18) Soutien du responsable - 19) Soutien du collectif – 20) Présence de conflits - 21) Moments conviviaux – 22) Injustice - 23) Difficultés de communication – 24) Relation au personnel éducatif et aux élèves
Travail et santé
25) Evaluation de l'état de santé – 26) Evaluation de l'impact du travail sur la santé 27) Equipements de protection individuelle (EPI) mis à disposition – 28) Renouvellement des EPI 29) Informations sur le risque chimique - 30) Conseils sur les gestes et postures – 31) Accès au registre santé et sécurité - 32) Symptômes rapportés -33) Evaluation du travail comme source de souffrance ou d'épanouissement
Liens avec l'employeur
34) Evaluation du niveau de connaissance de la collectivité – 35) Accès à un ordinateur 36) Facilité à accéder aux informations – 37) Représentation de la collectivité 38) Niveau d'informations sur des éléments RH – 39) Attentes vis-à-vis de la collectivité (Q) 40) Autres éléments à communiquer (Q) – 41) Souhait de changement de poste
Données socio-démographiques
42) Identité – 43) Age – 44) Poste – 45) Lieu de travail – 46) Ancienneté dans le poste – 47) Sexe – 48) Situation familiale – 49) Nombre d'enfants – 50) Date de la dernière visite médicale

Tableau 61 : Architecture *détaillée du questionnaire construit par le collectif d'enquêteurs*, étude 2

Il est tout d'abord intéressant de constater que le questionnaire obtenu comprend la majorité des grands facteurs interrogés par les études épidémiologiques relatives aux RPS. De même, en dehors des questions qualitatives, toutes ont été évaluées avec des échelles de type Likert en 5 points, permettant ainsi d'obtenir une finesse dans l'appréciation des avis mais aussi d'en extraire des résultats statistiques fiables. Toutefois, certaines dimensions sont moins bien questionnées, telle l'intensité quantitative du travail et la reconnaissance tandis que d'autres sont absentes telles l'intensité qualitative, l'équilibre avec la vie privée, la créativité ou encore la répétitivité du travail. A l'inverse, un grand nombre de questions a été ajouté :

Q1 : « Pouvez-vous me décrire les tâches que vous réalisez chaque jour ? »
Q9 : « Disposez-vous des équipements suivants ? »
Q10 (Q) : « Quelle est votre principale difficulté dans le travail ? »
Q11 (Q) : « Quelle est votre principale source de satisfaction dans votre travail ? »
Q15 : « Votre (vos) responsable(s) est (sont) clairement identifié(s) »
Q16 : « Vous disposez du matériel nécessaire à la réalisation de votre travail »
Q21 : « Dans votre travail, il existe des moments où vous vous retrouvez de façon amicale»
Q24 : « Vous avez de bonnes relations avec les élèves et le personnel éducatif »
Q27 : « Vous disposez de tous vos équipements de protection individuelle (EPI) »
Q28 : « Concernant le renouvellement de vos EPI, comment cela s'organise-t-il ? »
Q29 : « Vous disposez de tous les conseils en matière de prévention du risque chimique »
Q30 : « Vous disposez de conseils sur les gestes et postures sur votre poste de travail »
Q31 : « Avez-vous accès au registre santé et sécurité ? »
Q32 : « Au cours de l'année, avez-vous souffert des symptômes suivants sur une période de plus d'un mois » (troubles du sommeil, troubles de l'appétit, douleurs dorsales, troubles digestifs, stress, angoisse sur le chemin du travail, hypertension, irritabilité, difficultés de concentration, troubles de la mémoire, grande fatigue, état moral dépressif)
Q33 : « D'une façon générale, votre travail est plutôt source de »
Q34 : « Vous connaissez bien l'organisation du … (nom de la collectivité) »
Q35 : « Avez-vous un accès facile à un ordinateur ? »
Q36 : « Vous savez à qui vous adresser si vous recherchez une information »
Q37 : « Dans votre quotidien, le …(nom de la collectivité) représente : » (une aide, un soutien ; la structure qui verse mon salaire ; une structure compliquée ; une administration qui ne porte pas attention à moi ; rien)
Q38 : « Vous disposez de suffisamment d'informations sur : » (suivi de carrière, rémunération, formation, conditions de travail, service de votre direction)
Q39 (Q) : « Qu'attendez-vous plus précisément, de plus, de la part de votre employeur ?
Q40 (Q) : « Avez-vous des questions ou d'autres éléments à nous transmettre et qui n'auraient pas été abordés dans cet entretien ? »
Q41 : « A ce jour, souhaitez-vous changer de poste de travail ou de métier ? Si oui, qu'aimeriez-vous faire ? »

Tableau 62 ***: Questions ajoutées par le collectif d'enquêteurs*****, étude 2**

L'ajout de ces questions nous permet de souligner la forte adaptation du questionnaire aux métiers considérés mais aussi au contexte. Davantage d'items relatifs aux risques professionnels ont également été introduits (gestes et postures, risques chimiques, EPI, …). De même, les liens à l'employeur sont une dimension totalement nouvelle et tout à fait intéressante nous semble-t-il, tout comme l'ajout de questions de type RH (informations sur le suivi de carrière, la formation, …). Les membres du collectif sont ainsi passés d'une vision de l'enquête de santé comme un relevé des atteintes individuelles, à une recherche de facteurs en lien avec le travail, l'organisation ou encore le management. De plus, en rendant possible l'ajout de questions, le groupe a pu s'interroger sur leur pertinence au regard du quotidien de travail des agents, ce qui a permis d'animer des dialogues autour du travail réel : « On a parlé des relations *de travail entre agents, avec leurs encadrants et avec les élèves mais leur quotidien, c'est aussi* des relations avec les professeurs. Quand il y en a qui les appellent tous les jours et qui refusent *d'attendre*, je peux vous dire que ça leur complique drôlement la vie. Il faut ajouter une question

là-*dessus parce qu'à l'inverse, moi j'ai déjà vu des agents être soutenus par les professeurs contre la direction de l'établissement »* (un encadrant supérieur de la collectivité).

Nous pouvons également noter que le travail du collectif d'enquêteurs, RA et RP, n'a pas abouti à une élimination des questions potentiellement sensibles. Bien au contraire d'ailleurs : ont été intégrés un recensement complet de 12 atteintes de la santé ainsi que le jugement des agents sur le rôle du travail dans cette dégradation de la santé, la perception de la collectivité telle une aide et un soutien ou à l'inverse, une structure qui ne porte pas attention à eux ou encore qui ne représente rien ou simplement un organisme versant le salaire. La formalisation de telles interrogations exposait nécessairement la collectivité à la perspective d'une confrontation au réel du vécu au travail, et ce d'autant plus que chaque entretien était réalisé en binôme et était donc d'emblée donné à voir aux représentants du personnel. Il nous semble que seule la maturation des débats au sein du collectif d'enquêteurs et du comité de pilotage a été en mesure de permettre à la collectivité de s'exposer aux risques de telles questions. Par ailleurs, le fait que ce collectif ait intégré de lui-même des questions relatives aux liens des agents avec l'employeur montre l'évolution de leurs représentations sur la dynamique santé-travail. D'une façon générale, il nous semble donc possible de remarquer que la possibilité laissée aux enquêteurs de construire le questionnaire n'a pas eu d'impacts négatifs sur sa qualité, les dimensions interrogées renvoyant globalement aux facteurs potentiels de TPS, les formulations des questions ainsi que leur cotation permettant des travaux statistiques corrects et de nombreuses questions spécifiques à la situation de travail des agents ayant été intégrées.

Qualité des analyses et des compte-rendu :

Les entretiens auprès des agents territoriaux des collèges se sont déroulés durant 8 mois. Ils ont donné lieu à 66 déplacements des enquêteurs sur l'ensemble du territoire. 515 entretiens ont ainsi été réalisés et transcris en compte-rendu par les duos RA-RP. Au total, la démarche a nécessité 500 journées de travail pour un coût global de 200 000 euros. Le taux de participation des agents[1] fut de 77.2%. Tous les entretiens ont été saisis directement par les duos RA-RP (réponses aux échelles + verbatim aux questions ouvertes) via un logiciel informatique spécifiquement conçu à l'occasion de la démarche. Cet outil fonctionnait à partir d'une connexion internet sécurisée accessible sur mot de passe puis enregistrait les saisies dans un

[1] Participation sur la base du volontariat

espace qui nous était strictement réservé. A partir du moment où la saisie par les duos RA-RP était complète, ils ne pouvaient donc plus accéder au document, comme aucune autre personne mise à part nous[1]. Enfin, l'ensemble des données quantitatives, soit plus de 30 000 réponses, a été saisi dans un logiciel statistique (Spad). Ainsi, nous pouvons dire que les différents espaces de discussion et de coopération implantés jusqu'à cette phase de la démarche ont permis de co-construire une enquête de type épidémiologique (c'est-à-dire centrée sur un objet partiel à valence négative) tout en plaçant la discussion entre RA, RP et salariés sur le vécu au travail au cœur du dispositif. Seul un syndicat a refusé de participer à cette démarche en s'opposant à la signature de la charte éthique qui obligeait au respect d'un secret absolu sur le contenu des entretiens et empêchait toute utilisation des propos recueillis dans ce cadre. Pour autant, dans le contexte de fortes tensions syndicales décrit plus haut, cette co-réalisation quasi-totale de l'enquête entre RA et RP apparaît clairement comme un élément de satisfaction.

L'un des espaces de coopération implanté en complément des réunions portant sur la construction du questionnaire, fut la formation du collectif d'enquêteurs à la conduite des entretiens. Après avoir rappelé les questions ouvertes, leur rôle et leur utilisation en complément des questions à échelles fermées, nous leur avons proposé une formation aux bases de l'entretien compréhensif. Les axes suivants ont été abordés : le rôle de l'entretien comme démarche visant à comprendre la démarche de pensée du sujet (et non à l'expliquer), sa complémentarité avec le questionnaire et l'observation, son caractère critique (révélation des paradoxes), les fondements de l'attitude clinique et la non recherche d'une vérité ou du juste et de l'injuste, les techniques de libération d'une parole non biaisée. Notre positionnement a été le même que celui utilisé durant la construction du questionnaire, à savoir la recherche du débat à partir d'une posture de conseil et non de sachant. Cela nous a permis de diffuser des connaissances relatives au recueil du vécu, aux conditions nécessaires à une verbalisation non biaisée, aux difficultés à décrire les pratiques professionnelles ou encore à la différence entre le travail prescrit et le travail réel : *« En fait, on croit connaître le métier des agents parce qu'on connait leur fiche de poste et qu'on travaille à les gérer depuis plusieurs années mais vous, vous dîtes que ce qu'on connait, c'est uniquement la partie immergée de l'iceber*g en fait ? *C'est vrai que moi, je rencontre presque tous les jours des gens qui pensent savoir ce que je fais alors que ce n'est pas le cas mais je ne pensais pas que ça pouvait être pareil pour des*

[1] L'enregistrement référençait directement le compte-rendu par un code qui supprimait le nom de l'agent rencontré. Cette sécurisation, en plus de la charte éthique que tous les duos signaient et de la déclaration de la démarche auprès de la CNIL, garantissaient le cadre déontologique.

métiers manuels. Ça va être dure d'abandonner tout ce qu'on croit savoir avant de les recevoir en entretien » (un RA). *« Moi, votre formation va drôlement m'aider quand je vais recevoir des* agents à la permanence, par rapport à leur mal-être mais aussi pour argumenter auprès de la direction !» (un RP).

Durant les mois de réalisation des rencontres avec les agents, la co-conduite des entretiens par les duos RA-RP nous a permis d'observer de multiples activités de coopération (De la Garza, 1995) telles que des co-voiturages proposés naturellement par les uns ou les autres, la présentation commune de la démarche aux responsables des collèges puis aux agents ou encore l'alliance dans le développement d'arguments afin de susciter l'adhésion et l'expression. Des transgressions communes des règles de la démarche ont également été observées notamment le non-respect du délai d'envoi des compte-rendu. Par ailleurs, les rôles se sont répartis entre les RA et les RP dans la co-conduite des entretiens, l'un préférant poser les questions à échelles fermées et l'autre les questions ouvertes ou encore l'un préférant poser l'ensemble des questions et l'autre optant pour la prise de notes. Une autre activité de coopération à laquelle nous ne nous attendions pas, a été la transmission d'alertes émises d'un commun accord par les duos auprès du service de santé à propos d'agents estimés en situation de souffrance au travail. Voici un verbatim traduisant l'une de ces interpellations conjointes à notre égard : « *Mme…, nous avons vu un agent aujourd'hui, il n'était pas bien du tout. Il ne* veut pas que nous alertions ses responsables mais il a accepté que nous vous informions de façon confidentielle. Ça a été compliqué de le convaincre mais nous avons pu repérer que sa situation était difficile depuis *des mois. Et en plus, il n'a pas de sou*tien de ses collègues et vous nous aviez dit que le collectif, *c'était important dans ces cas-là, alors il a accepté de venir en parler. Il faudra que l'on veille à le soutenir dans sa situation une fois que vous l'aurez reçu s'i*l accepte que nous intervenions» (un duo RA-RP). De tels éléments évoquent, nous semble-t-il, une lecture de certains éléments centraux dans les vécus de mal-être ou de souffrance au travail, notamment l'ancienneté de la dégradation de la situation, l'isolement ou encore le respect de la volonté de l'agent. D'autres échanges ont témoigné, tout au long de la démarche, de cette évolution des représentations et des connaissances des duos quant à la dynamique santé-travail. Voici un autre exemple de verbatim d'un encadrant supérieur d'un pôle : « Ces agents étaient très fiers de nous montrer à *quel point leurs locaux sont propres malgré l'ancienneté des bâtiments. J'ai senti la valeur du* service public pour eux ! Et puis, on pense que seuls les enseignants pensent aux élèves mais *tous m'ont dit que ce qui comptait en premier, ce n'était pas leurs conditions de travail mais*

de pouvoir assurer les conditions pour que les élèves puissent apprendre. Ils sont très fiers de *participer à l'éducation des enfants. C'est vrai que sans des salles pro*pres et rangées, les professeurs ne pourraient pas faire cours ».

Progressivement, une proximité se créa entre les RP et les RA et leurs échanges sont devenus plus cordiaux. Cela se manifestait notamment lors des réunions par les places éparpillées prises par les uns et les autres alors qu'au début de la démarche, les représentants du personnel et de l'administration se faisaient face : *« En fait, c'est super bien quand on peut se permettre de* travailler ensemble hein ? (rire) Bon, même si demain en réunion, nous ne pourrons plus être *d'accord* (rires partagés) » (un RA et un RP). Par ailleurs, nous avons constaté une évolution de leurs dialogues qui ont progressivement quitté le thème des conditions de travail pour aller vers le partage de leurs expériences communes, dans une sorte de verbalisation successive de rapports d'étonnements au fur et à mesure que leurs représentations vacillaient.

Qualité des compte-rendu :

Un autre matériel permettant d'évaluer l'évolution des connaissances des duos quant à la dynamique santé-travail concerne la qualité des compte-rendu mêmes. Tout d'abord, nous pouvons signaler que 487 des 515 entretiens ont fait l'objet d'un compte-rendu saisi dans le logiciel construit à cet effet. Ensuite, nous n'avons été saisis d'aucune plainte de la part d'un agent qui aurait mal vécu son entretien. Enfin, sur les 515 interviews réalisées, seules 5 ont donné lieu à une demande de consultation des comptes-rendus et aucune n'a occasionné de recours. En dehors de ces premiers indicateurs, et bien que nous ne puissions donner à voir l'ensemble de ces 515 compte-rendu, nous proposons d'en comparer quelques-uns au fil de l'expérience des duos :

N°compte-rendu / Questions	Compte-rendu n°1	Compte-rendu n°3	Compte-rendu n°53
Pensez-vous que vous disposez du temps nécessaire pour faire correctement votre travail ?	Echelle : D'accord Question ouverte : Sauf quand *il faut suppléer aux urgences…*	D'accord *L'agent explique disposer du planning des* réunions en avance et que ce travail est compris dans le global horaire	D'accord Des interruptions fréquentes du fait de la responsabilité *d'agent chef. Je n'ai pas de bureau personnel pour faire* mon travail (ton un peu vif marquant le mécontentement)
Pouvez-vous vous organiser comme vous le souhaitez dans votre travail ?	D'accord Néant	D'accord RAS	Pas d'accord A la relance « Quel problème cela peut entraîner ? » : Trop de sollicitations diverses
La plupart du temps, vous pouvez faire du travail de qualité	D'accord A la relance « Quelles sont les tâches dont vous êtes fier ? » : Le travail bien fait dans les temps	D'accord *L'agent explique aimer son travail et qu'elle ne rencontre pas de souci. Elle s'attache à avoir une* bonne présentation et le sourire. Pendant les pauses, *d'autres collègues font l'accueil et cela se passe bien* car elle les a formés en interne	D'accord A la relance « Quelles sont les tâches dont vous êtes fier ? » : *Etre à l'écoute des agents.* A la relance « Quelles sont les tâches que vous estimez mal faites » : Ménager les susceptibilités des agents
Globalement, estimez-vous que votre charge de travail a augmenté ?	D'accord et ça ne me dérange pas *J'aime bien répondre aux* urgences, me rendre disponible et travailler sous la pression, sur le fil du rasoir	D'accord et ça me dérange un peu De nature « maniaque et bileuse », *l'agent se dit* stressée les jours de difficulté des transports scolaires	D'accord et ça ne me dérange pas A la relance « Pouvez-vous nous citer des exemples » : *Lorsqu'il manque du personnel…*
Avez-vous la possibilité de prendre des initiatives, de proposer des idées ?	D'accord Néant	D'accord Former ses collègues a fait partie de ses objectifs *2012, l'agent en était d'accord et satisfaite de sa* réalisation. Elle a un bon relationnel avec sa hiérarchie qui facilite les contacts et les échanges *d'idées*	D'accord A la relance « Pouvez-vous nous citer un exemple » : Néant A la relance « Pouvez-vous nous citer un exemple de proposition qui n'a pas été retenue » : Des propositions *d'emploi du temps refusées par … J'ai été massacré par*
Dans votre travail, vous pouvez apprendre des choses nouvelles ?	D'accord *Savoir s'adapter à la* commande et à la personne	D'accord *L'agent a pu apprendre le fonctionnement de* nouvelles *machines. Elle est contente d'apprendre des* choses nouvelles mais cela la stresse.	D'accord *L'optimisation de la gestion des ressources humaines*
Quelle est votre principale difficulté dans votre travail ? (Q)	Aucune	*L'agent explique que les jours de grève* ou de neige sont difficiles à gérer en matière de stress car il y a *beaucoup d'appels. Elle évoque aussi le problème de* la non disponibilité des conseillers pédagogiques. Elle ne peut pas les joindre.	Les difficultés relationnelles avec certains agents. Une baisse de motivation actuellement dans le travail.
Quelle est votre principale source de satisfaction dans votre travail ? (Q)	*Je suis fier de mon travail…*	*L'agent explique que le collège est un peu comme une* famille.	Néant.

Tableau 63 : Comparaison des saisies des compte-rendu 1, 2 et 53 par les duos RA-RP

Dans le compte-rendu n°1, on peut observer la pauvreté des éléments qualitatifs recueillis par le duo, que ce soit en termes de quantité (très peu de verbatims) ou de qualité. En effet, lorsque le duo est parvenu à obtenir un commentaire de la part de l'interviewé, il ne relance pas, nous laissant alors avec des propos qui ne permettent pas de comprendre le fil de pensée de l'agent (par exemple lorsqu'il dit « je suis fier de mon travail », on ne peut comprendre les sources de cette fierté). Dans le compte-rendu n°3, on note davantage de commentaires qualitatifs, des commentaires qui témoignent de la discussion engagée avec l'agent au cours de l'entretien. Cependant, même s'ils sont plus nombreux, ils ne sont pas transcrits directement, mais traduits par le duo (par exemple, « *l'agent explique aimer son* travail »). En revanche, dans le compte-rendu n°53, les propos relevés sont bruts et nombreux. Ils révèlent davantage le fil de pensée de l'agent. On remarque également que le duo a pris soin d'indiquer des éléments de communication non verbale (par exemple « ton un peu vif marquant le mécontentement »), ce qui montre une compréhension de leur importance, une attention portée à la compréhension de la pensée de l'agent ainsi qu'une volonté de traduire le plus fidèlement possible son intention dans le compte-rendu. L'expérience des entretiens semble donc démontrer une évolution progressive des duos dans l'échange autour du rapport au travail, ce qui correspond à un double objectif méthodologique : d'une part développer la connaissance et les représentations des duos quant à la dynamique santé-travail et d'autre part, transformer les entretiens en autant d'occasions d'espaces dialogiques autour du rapport au travail, à partir d'un objet partiel à valence négative.

Nombre et qualité des préconisations émises :

Une fois l'ensemble des entretiens réalisés, de nouveaux espaces de coopération ont été organisés autour de l'exploitation des résultats du questionnaire, exploitation réalisée par nos soins. La même posture de 'mise à disposition des connaissances et données' a été observée : une première réunion a été programmée auprès du copil puis deux auprès du collectif d'enquêteurs. Enfin, une présentation a été réalisée auprès du président de la collectivité puis au cours de deux réunions collégiales auprès des agents de l'ensemble des établissements, invités à l'occasion au siège. Dans tous les cas, nous avons présenté les résultats des statistiques descriptives d'une part puis des corrélations significatives observées mais nous n'avons pas proposé de préconisations, cherchant davantage à ce que ce travail soit réalisé par le collectif. Voici une présentation synthétique des résultats présentés au collectif :

Caractéristiques de la population	Majorité de femmes – Population vieillissante - Division genrée des postes – Forte ancienneté dans le poste – répartition équilibrée des effectifs sur l'ensemble du territoire de la collectivité
Satisfaction globale des conditions de travail	Satisfaction de la majorité des agents – évolution de la satisfaction avec l'ancienneté dans le poste (à mettre en lien avec une possibilité de comparer l'évolution des équipements et des conditions de travail)
Le temps pour faire le travail	Près d'un tiers des agents estime ne pas avoir suffisamment de temps. Représente une difficulté notamment en cas d'absence des collègues et est également causé par un manque d'organisation. Liens significatifs avec les douleurs dorsales, qualité de travail et possibilité de s'organiser
Autonomie dans le travail	90% estiment pouvoir s'organiser comme ils le souhaitent. Corrélations avec clarté des consignes, reconnaissance, qualité du travail, prise d'initiatives
Qualité du travail	84% estiment faire un travail de bonne qualité mais 53% des agents de service (entretien) jugent ne pas faire un travail de qualité. Les agents plus âgés estiment plus que les autres ne pas faire un travail de qualité. Corrélations entre absence de qualité perçue et 8 des 12 symptômes proposés
Initiative	Corrélation entre initiative et reconnaissance, entre initiative et atteintes de santé
La charge de travail	La majorité des agents estime que la charge a augmenté mais que ce n'est pas un problème du fait de la modernisation des équipements
L'organisation du travail	91% des agents la jugent satisfaisante. Les raisons évoquées sont l'autonomie, la confiance de la hiérarchie, la bonne ambiance et la maîtrise du travail. Difficultés liées à l'absentéisme et provoquant une intensification du travail
Le matériel	23% des agents estiment ne pas avoir le matériel nécessaire. Cela oblige à des adaptations couteuses en termes de santé parfois palliées par des achats de matériels par les agents eux-mêmes. Les chefs de cuisine, en revanche, jugent leur matériel satisfaisant.
La possibilité d'apprentissage	Près d'un tiers des agents estime ne pas avoir acquis d'apprentissages dans leur travail. Parmi eux, les agents de service sont les plus représentés et les agents de moindre ancienneté les moins représentés. L'hypothèse d'une organisation apprenante pour les seuls savoirs de base est posée.
Etat de santé	56% se jugent en bonne santé, 32% moyen, 10% mauvais. 68% jugent le travail comme source d'épanouissement, 6% comme source de souffrance.
Symptomatologie	Une forte symptomatologie déclarée : 58% déclarent des douleurs dorsales, 49% du stress, 47% une grande fatigue, 41% des troubles du sommeil, 33% un état moral dépressif = mise en évidence d'un paradoxe entre l'évaluation globalement positive de l'état de santé et des conditions de travail et les fortes atteintes de santé : Le vécu au travail est perçu sans lien avec l'organisation du travail mise en place par la collectivité. Fatalisme : il est normal de souffrir au travail : risque de banalisation, de sous-déclaration et de non-action de protection
EPI et prévention	EPI mis à disposition pour 86% des agents mais rythme de renouvellement variable, pas de prévention des gestes et postures pour 60% des agents
Consignes et ordres contradictoires	Les consignes sont claires pour 88% des agents, les 11% restant citent des ordres inapplicables ou contradictoires. 7% disent avoir déjà reçu des ordres contradictoires dans la nature des tâches, leurs ordres ou la manière de les réaliser.
Communication	Près de 50% des agents estiment rencontrer des problèmes de communication, d'autant plus chez les agents d'accueil, de service et chefs.
Hiérarchie	95% des agents identifient clairement leur responsable mais lorsque ce n'est pas le cas, les consignes sont significativement jugées plus floues. Absence de soutien du responsable corrélée avec un manque de reconnaissance, un faible soutien du collectif, une hausse du sentiment d'injustice
Injustices	Ressenties pour 40% des agents. Touchent davantage les agents de service.
Conflits	Touchent 30% des agents, concernant autant les collègues que les responsables. Corrélations significatives avec injustice, problème de communication, consignes pas claires et ordres paradoxaux. Corrélations significatives avec l'existence de moments conviviaux.
Soutien	77% des agents se sentent soutenus par leur responsable mais 30% des agents d'accueil ne se jugent pas soutenus. 21% des agents ne se sentent pas soutenus par leurs collègues. Corrélations entre soutiens (des deux sortes) et atteintes déclarées
Liens à la collectivité	88% des agents jugent que la collectivité représente la structure qui verse leur salaire. Aucune corrélation avec l'ancienneté. Moins de la moitié des agents dispose d'informations sur les éléments RH. Les agents les plus âgés sont ceux qui disposent le plus d'informations RH. 71% jugent mal connaitre la collectivité. 20% n'ont pas accès à un ordinateur. La distance entre le lieu de travail et le siège n'a aucun impact sur les liens à l'employeur.
Métiers fortement exposés : agent d'accueil	Corrélations avec le fait de vivre seul : mise en lien avec l'équilibre vie privée /vie pro, avec l'absence d'équipements notamment salle de repos, avec un isolement du collectif de travail, avec l'absence de soutien du responsable, de moments conviviaux et des problèmes de communication.

Tableau 64 ***: Synthèse des résultats présentés au collectif d'enquêteurs*****, étude 2**

Malgré les espaces dialogiques instaurés au fil de la démarche et l'expérience de confrontation des RA-RP au vécu des agents des collèges, nous avons observé une grande difficulté de ces acteurs à émettre des préconisations. En effet, le processus d'intervention déployé autour de l'enquête avait construit divers espaces de coopération dans l'accès au vécu au travail, dans la construction de l'enquête et enfin dans l'accès à ses résultats ; offrant ainsi de multiples ressources pour appréhender la complexité du réel, ouvrir des espaces de controverses sur le travail et responsabiliser les acteurs au travers des apprentissages acquis au cours du processus. Pourtant, nous avons observé une grande difficulté de tous, administration comme syndicats, à se saisir de cette expérience pour la transformer en échanges sur l'action : une seule préconisation a en effet été émise par le collectif d'enquêteurs et a consisté en une centration sur les conséquences d'un seul facteur alors que les résultats montraient qu'un grand nombre impactait la santé. Il a en effet été retenu que la reconnaissance et la fierté du travail étaient des éléments constitutifs du bien-être au travail et proposé, sur cette base, d'organiser des concours de type 'Top chef' pour les chefs de cuisine, avec médiatisation dans la presse locale afin de montrer la richesse des savoir-faire. N'a été proposée aucune autre préconisation. Tout s'est donc passé comme si, dans une volonté de trouver un levier pour développer la santé, une seule caractéristique avait été appréhendée parce qu'il n'était pas possible de se saisir de la complexité et de la combinaison des influences. Au regard de nos hypothèses de travail, il nous semble tout d'abord possible d'attribuer ce frein à l'objet d'intervention partiel à valence négative autour duquel la démarche était centrée : la dynamique santé-travail y était en effet appréhendée au travers des multiples altérations de la santé par le travail. Les acteurs internes accédaient donc à ce qui porte atteinte. Par ailleurs, le processus cognitif tertiaire implanté par l'axe épidémiologique du questionnaire, aboutissait à un découpage de l'impact sur la santé au-travers d'une succession de facteurs nombreux et divers. L'évolution de la santé y était donc présentée comme morcelée, là où le travail d'élaboration des préconisations nécessite une lecture plus globale.

> *Ces résultats semblent donc tout d'abord indiquer qu'un objet partiel à valence négative ainsi qu'un processus cognitif de prévention tertiaire constituent des freins de* nature *cognitive dans le passage de la connaissance à l'action.*

Nous avons également été surpris par la nature des échanges qui ont eu lieu entre les membres du collectif d'enquêteurs autour de cette présentation des résultats : si les réflexions sur les préconisations étaient absentes, les échanges n'en étaient pas moins riches et nombreux. Ils ne portaient 'simplement' pas sur ce que nous espérions, à savoir les actions de transformation mais relevaient d'une forme de verbalisation successive autour de l'expérience vécue au travers de la démarche. Nous y reviendrons un peu plus loin.

> *Cependant, il nous semble tout d'abord possible de confirmer que l'implication des acteur internes dans le réel de l'intervention, c'est*-à-dire dans les étapes de compréhension des liens entre santé et travail, ne représente pas nécessairement une ressource pour passer de *la connaissance à l'action.*

Lors de l'étude précédente, les résultats rapportés par les professionnels de santé des SST avaient montré que l'ensemble des espaces d'échanges construits au fil du processus d'intervention ainsi qu'une centration sur un objet partiel à valence négative, étaient liés à une évolution globale de la maturité des acteurs internes, maturité elle-même liée à une évolution immédiate et pérenne des situations de travail. Or, si les résultats de cette seconde étude pourraient sembler s'y opposer à première vue, il n'en est rien puisque ce que nous observons ici, c'est l'impossibilité des acteurs – seuls – à transformer l'évolution de leurs connaissances et représentations en actions de transformation.

Aussi, pour poursuivre nos travaux autour de ce passage des acteurs de la connaissance vers l'action, notre première intention a été de proposer de renforcer le niveau d'implication implanté autour de l'élaboration des préconisations, en incluant des agents des collèges volontaires aux réunions programmées avec les membres du collectif d'enquêteurs. C'est sur cette base que les deux DGA ont été amenés à présenter les résultats de la démarche auprès de la présidence de la collectivité[1]. Cette réunion a eu un grand impact sur le dispositif puisque, pour la première fois, il a été appréhendé tel un risque : les deux DGA furent sommés de modifier les résultats en vue de les présenter aux agents, quand bien même ils avaient déjà été restitués au collectif d'enquêteurs, RA comme RP. Cette modification fut telle que le terme de santé n'apparaissait plus dans le support, ni bien sûr, aucun des éléments relatifs aux atteintes de santé ou encore aux liens entre les variables du travail et les vécus. Les seuls résultats

[1] Malgré notre investissement dans le dispositif ainsi que notre maîtrise du sujet comme de l'interprétation des résultats du questionnaire, il ne nous a pas été possible de participer à cette réunion.

présentés étaient ceux qui pouvaient être considérés comme positifs. Il est toutefois intéressant de noter que la présidence, qui témoignait pour la première fois d'une perception de l'enquête tel un risque, était le seul acteur à ne pas avoir été inclus dans le processus d'intervention.

Cette transgression de la réalité nous a particulièrement révoltés mais seuls les membres du service de santé ont manifesté leur indignation, là où nous aurions pu attendre que le haut niveau d'implication implanté jusqu'ici constitue un rempart efficace. En effet, alors que les duos RA-RP avaient assisté à la véritable présentation des résultats, et notamment les RP, aucun n'est venu à la présentation faite aux agents alors même qu'ils y étaient invités et aucun, donc, n'a constaté directement cet écart. Ils ne s'en soucièrent pas plus après. Dans le contexte de forte opposition syndicale antérieure à la démarche, nous avons compris cette non-action comme un effet inattendu et négatif du processus à haut niveau d'implication. Il nous a en effet semblé que les espaces dialogiques instaurés entre les RA et les RP d'une part mais aussi avec le vécu au travail des agents d'autre part, avaient abouti à une sorte d'effacement des rôles institutionnels, notamment des RP. Nous reprenons donc ici nos réflexions autour de notre surprise devant la nature des échanges qui ont eu lieu dans les réunions normalement programmées pour co-élaborer les préconisations. En voici quelques exemples.

Ex1 : « *Tu te rappelles de cet agent qui nous parlait du temps qu'il passait à bien tailler les* haies ? Ca semblai*t anormal d'y être autant attaché et pourtant, je n'*aurai pas pu dire à son *responsable de l'empêcher d'y passer autant de temps. Ca m'a fait beaucoup réfléchir parce que du coup, est ce qu'on doit choisir entre le respect des consignes et la santé des* personnes ? » (un RA)

Ex2 : « Bon, il y en avait aussi qui abusaient des agents, et là du coup, on se demande ce que *fait la hiérarchie. Pourquoi ils n'ont pas dit non tout simplement ? Moi dans mon service, c'est* pareil, il y en a à qui on ne *dit rien et d'a*utres sur qui on tombe dès le moindre écart. Les problèmes, ils viennent souvent de la hiérarchie » (un DP)

Ex3 : « *Non mais lorsqu'on voit l'*ensemble des facteurs qui jouent un rôle, en fait, on peut se *dire que c'est entièrement individuel* : ce qui compt*e pour toi, ce n'est pas la même chose* que ce qui compte *pour moi. Et du coup, est ce qu'on ne fait pas porter aux* encadrants des choses sur lesquelles ils ne peuvent rien *? Moi, j'ai eu un salarié qui était mal mais il n'est pas venu* me le dire, alors comment je suis censée agir ? » (un RA)

Ex4 : « *En fait, ce qui est important, c'est de pouvoir être fier de ce qu'on a fait à la fin de la journée, c'est pareil dans la vie et dans le travail. Mais quand on voit la dégradation des*

services publics, à quoi ça *sert d'agir ? Parce que c'est bien l*a casse des services publics à laquelle *on assiste. Moi, je me dis qu'il faut que je parte avant d'en être là* » (un DP).

Nous pourrions dire que tout s'est passé comme si le processus avait abouti à une inscription des acteurs dans une unique expérience personnelle et présente (échanges sur les émotions ressenties, les surprises, les confirmations, les éléments identiques à leur propre travail…) et avait entraîné une incapacité à inscrire ce débat dans le futur et dans le métier d'un autre que soi (réflexion sur les préconisations à mettre en œuvre pour modifier le travail des agents, étapes à venir pour co-construire les changements…). Par ailleurs, cette inscription dans une expérience personnelle ; nous pourrions dire une expérience réflexive offerte sur son propre rapport au travail ; s'est également traduite par une absence d'attention portée à autrui, et donc aux échanges qui ont précédé la présentation des résultats aux agents des collèges, à cette présentation même mais aussi à la construction du plan d'actions et à son suivi.

De plus la coopération obtenue entre les RA et les RP grâce au haut niveau d'implication, a semble-t-il représenté un frein à la reprise d'une posture d'opposition des RP, comme si la qualité de l'entente créée était essentielle à préserver, quitte à ne pas s'opposer à ces pratiques.

> *Nous pourrions donc dire qu'un haut niveau d'implication peut entrainer deux freins : au travers d'une forte implication des acteurs internes dans l'investigation des liens santé-*travail, il peut engendrer un frein de nature psychologique ; au travers de la coopération instaurée entre managers et représentants du personnel, il peut entrainer un effacement des rôles institutionnels, notamment dans le maintien des rapports de pouvoir liés au dialogue social.

A ce stade de la présentation des résultats de cette seconde étude et concernant notre première hypothèse relative à l'enrichissement des connaissances sur la dynamique santé-travail via un haut niveau d'implication (H1c.1[1]), nous pouvons dire que :

> Cette étude semble *confirmer les résultats obtenus à partir de l'opinion des professionnels* des SST : un haut niveau *d'implication* est un moyen efficient de développement des connaissances et des représentations globales des acteurs sur la dynamique santé-travail, y *compris dans le cas d'une démarche portant sur un objet partiel à valence négative.*

[1] Un haut niveau d'implication permet d'enrichir les connaissances et des représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail.

> Pour autant, cette évolution ne semble pas suffisante pour que les acteurs parviennent seuls, à la transformer en actions de prévention efficientes.
>
> *Concernant l'implication des acteurs dans l'investigation des liens entre santé et travail ; implication qui avait été signalée comme une limite à l'évolu*tion de la maturité des acteurs:
>
> Nous pourrions di*re que cette implication, lorsqu'elle est réalisée par l'intermédiaire d'un objet partiel à valence négative et d'un processus cognitif de prévention tertiaire, ne permet* pas nécessairement aux acteurs de transformer eux-mêmes leurs apprentissages en actions de prévention car elle confronte les acteurs à un frein de nature cognitive mais entraine également un frein de nature psychologique.
>
> *Enfin, il semble qu'un haut niveau d'implication* puisse aboutir à un affaiblissement des rôles institutionnels des représentants du personnel, notamment concernant les jeux de pouvoir inhérents au dialogue social.
>
> *En dernier lieu, nous pouvons confirmer la nécessité d'inclure l'ensemble des dirigeants supérieurs dans le processus d'intervention, ceci* notamment afin *d'év*iter la perception de la démarche tel un risque.

4.2.2 L'implantation et la transformation des situations de travail

Dans cette seconde partie relative aux résultats de cette étude, nous allons poursuivre nos réflexions en nous attachant plus particulièrement à l'hypothèse H1c.2 :

> H1c.2 : Un haut *niveau d'implication n'est pas suffisant pour aboutir à une implantation du* dispositif de prévention et une transformation durable des situations de travail.

Pour ce faire, nous allons évoquer la suite de la démarche, présenter les préconisations finalement émises puis leurs devenirs. En effet, devant l'évolution de la situation après l'intervention de la présidence et devant la non-action syndicale, notre positionnement devait évoluer. Une controverse professionnelle animée auprès de notre propre collectif de travail nous a permis d'aboutir à un consensus consistant à affirmer clairement notre opposition à ces pratiques tout en laissant aux acteurs de l'administration, la responsabilité de leur choix[1]. Le rôle du service de santé est en effet de conseiller l'employeur sur les risques professionnels

[1] En tant qu'agent de la fonction publique, il est très complexe d'alerter soi-même sous peine de manquer au devoir de réserve du fonctionnaire et de porter atteinte à un service public : il aurait été possible de répondre à des questions posées par les élus, instances ou tout autre interlocuteur mais nous avons souligné leur non-action.

identifiés et les mesures à prendre pour s'en protéger mais la responsabilité de suivre ces recommandations revient à l'employeur, seul responsable de la santé physique et mentale de ses salariés. Nous avions par ailleurs suffisamment confiance en la force du réel pour lui laisser le temps de se rappeler aux responsables de l'administration et souhaitions également observer les traces que laisserait l'intervention. Nous avons donc officiellement fait part de notre refus de poursuivre tout travail d'élaboration de préconisations sur la base des 'résultats' présentés aux agents. Ce retrait était particulièrement exposant pour les RA, les laissant face à leur manque de maîtrise 'technique' d'un sujet si complexe et sensible que celui des RPS ou encore face à leurs difficultés à transformer leurs expériences en propositions d'actions. Par ailleurs, la place d'acteur ressource et d'animateur des discussions implantés jusqu'à cet instant de la démarche, a mis très rapidement en évidence notre retrait. Enfin, même si les deux DGA ne s'opposaient pas ouvertement aux pratiques de la présidence, ils se trouvaient clairement dans une situation de conflit éthique, alternant entre leurs identités d'agent au service du politique et de responsable en charge du bien-être des agents, la proximité créée avec le vécu représentant, nous semble-t-il, un frein à un éventuel processus défensif.

Quelques semaines après la présentation des résultats aux agents, le réel s'est manifesté par la voix des agents des collèges[1]. Ce sont ces derniers qui ont les premiers critiqué le manque d'actions de la collectivité. Cette (ré)apparition d'un discours de plaintes et/ou d'attaques envers l'administration a rapidement réintroduit les RP dans leur posture, ces derniers demandant alors dès cet instant des comptes aux dirigeants, questionnant notre absence et plus encore, notre refus de poursuivre le travail sur la base de la présentation faite aux agents. Egalement soumis aux questions de l'opposition politique de son assemblée, la présidence finit donc par solliciter à nouveau le service de santé en lui redonnant toute marge de manœuvre pour élaborer le plan d'actions. Un compromis fut trouvé en conservant uniquement la dénomination des grandes thématiques présentées par la présidence mais sans aucune autre forme d'entrave ou d'intrusion quant aux axes de travail à inclure dans les préconisations, à la présentation des données fondant ces orientations ou encore à la méthodologie à construire pour les mener à bien. Cette expérience semble donc montrer une nouvelle ressource du haut niveau d'implication du processus d'intervention : la proximité et le dialogue créés à l'occasion de la démarche entre agents, RA et RP, ont permis une reprise du processus d'intervention. Il a

[1] Il est intéressant de noter que ces derniers ne prenaient pas la parole pour témoigner de leurs difficultés avant la démarche.

toutefois fallu ajouter à tout cela, la résistance des membres du service de santé et le maintien d'une posture éthique forte. Finalement, il nous semble possible de retenir la conclusion suivante :

> *Dans le cadre d'une démarche de prévention, un haut niveau d'implication représente une ressource pour permettre la poursuite du processus d'intervention après la présentation des* résultats.

Pour autant, étant donnés les évènements précédents et ayant constaté la difficulté des acteurs RA comme RP, à transformer leurs apprentissages en préconisations, nous avons décidé de reprendre en main l'élaboration du plan d'actions dans un premier temps. Nous avons ensuite réintroduit le processus dialogique initial en mettant nos propositions en discussion au sein du comité de pilotage, de la présidence puis du collectif d'enquêteurs RA-RP. Ce sont donc nos propositions qui ont ainsi été soumises au débat. Certaines ont alors été rejetées et d'autres ajoutées. Voici une présentation synthétique des préconisations ainsi validées[1] :

[1] En gras, les dénominations des grands axes présentés par la présidence.

	Objectifs	Moyens/méthodes
	Axe 1 : Adapter l'organisation du travail au quotidien	
Mutualiser les équipes	Réduire la pénibilité au travail, les risques d'atteintes physiques, les effets néfastes de la répétitivité des tâches - Agir sur la cohésion d'équipes - Stimuler les échanges de pratiques - Réduire les risques d'enfermement des collectifs de travail et les conflits - Développer le sentiment d'appartenance à la collectivité - Aller d'un attachement au collège vers un attachement à la mission de service public dans les collèges de la collectivité - Permettre une meilleure répartition des effectifs pour répondre aux besoins de l'activité - Améliorer la gestion de l'absentéisme - Développer les marges de manœuvres en cas de restrictions médicales répétées	Expérimenter 3 formes de mutualisation des équipes : 1 : regroupement des équipes sur 3 collèges : 3 équipes attachées à 3 collèges devenant une équipe attachée à la collectivité et intervenant dans ces 3 collèges via la coordination d'un agent de la collectivité 2 : mutualisation partielle : sur 2 collèges, la moitié des équipes alterne sur 2 des 4 périodes de l'année, l'autre moitié sur les autres périodes 3 : mutualisation partielle : alternance d'une partie des équipes entre deux collèges sur deux des 4 périodes. Test 1 : dans deux collèges sans TPS – Test 2 : dans deux collèges avec TPS
Poursuivre la modernisation des équipements de travail et des achats	Moderniser les équipements de travail (matériel + vêtement de travail) et EPI Opter pour des équipements plus performants en termes de productivité, de qualité et de protection - Répondre aux préconisations du document unique	Réorganiser le circuit des achats des équipements et des achats de produits Impliquer le service de santé avant les décisions d'achat Introduire ce travail dans le cadre du document unique Acheter les équipements manquant identifiés grâce au questionnaire Réfléchir à l'achat d'armoire de stockage des produits chimiques et à un parcours de traitement des déchets
Améliorer les achats en matière de produits chimiques	Rationnaliser les achats - Acheter des produits performants en termes de santé, de qualité et de protection environnementale - Réduire et harmoniser les produits - Développer un nouveau système d'approvisionnement- Suivre les préconisations du document unique - Suivre les préconisations règlementaires en matière de sécurité liée aux produits chimiques	
Axe 2 : Renforcer le sentiment d'appartenance à la collectivité et améliorer la connaissance de l'institution		
Vers le métier d'agent d'accueil départemental	Réduire le sentiment d'isolement identifié en créant un réseau professionnel de l'accueil sur le territoire - Dynamiser le métier d'agent d'accueil - Soutenir la motivation des agents à leur poste - Développer leurs connaissances et leur apporter un développement professionnel	Intégrer les agents d'accueil aux réunions des experts-métiers dans le cadre de la GPEC - Construire un référentiel métier - Informer les collèges de l'évolution des missions de la collectivité - Créer un parcours de formation et le mettre en œuvre - Doter de vestes d'accueil
Renforcer les connaissances sur la collectivité	Répondre à la méconnaissance des agents sur le fonctionnement et l'organisation de la collectivité - Favoriser la communication directe entre la collectivité et les agents des collèges - Réduire le sentiment d'isolement - Permettre la transmission d'informations claires et concrètes	Maintenir la newsletter - renouveler la rencontre présidence/agents - Organiser régulièrement des conférences : RH 'hors les murs' auprès des agents et avec les responsables des collèges - Organiser des rencontres régulières entre la RH et la direction interne des collèges
Axe 3 : Management et proximité		
Développer et dynamiser les collectifs de travail	Créer des collectifs performants en termes de qualité de travail et de protection de la santé - Réduire les conflits - Développer les échanges de pratiques - Renforcer la transmission des savoirs - Valoriser la formation interne - Développer une organisation apprenante : évolution en continue - Agir sur la motivation	Créer des réseaux professionnels pour chaque métier - Organiser ces temps de rencontre et les animer en y introduisant les objectifs stratégiques de la collectivité (collecte des déchets, développement durable, achats de produits locaux,…) - Mettre en œuvre les innovations issues de ces échanges - Développer des manifestations interprofessionnelles

Tableau 65 : Synthèse des préconisations issues de la démarche

Nombre de *préconisations mises en œuvre*

Sur les préconisations du plan d'actions, les travaux suivants ont ensuite été entrepris :

Axes du plan	Travaux entrepris
Mutualiser les équipes	Identification des établissements favorables à l'expérimentation de la mutualisation, présentation des modalités de l'expérimentation en CHSCT et validation, présentation aux responsables d'établissement et aux agents au cours de réunions in situ, identification des coordonnateurs et rencontres, réalisation de panneaux d'affichage à destination de l'ensemble des collèges afin de présenter l'expérimentation et ses objectifs, élaboration d'un document à destination des agents participant à l'expérimentation, visant à l'évaluer eux-mêmes au travers de critères définis par le service de santé : évaluation des motivations à participer et évolution, évolution de la journée type, de la nature des tâches et de l'évolution des pratiques, évaluation de la nouvelle organisation quotidienne au regard de la satisfaction globale, du travail dans l'urgence, de la charge de travail, de la pénibilité, des horaires et pauses, de la répétitivité des tâches, des interruptions de tâches, de la qualité de travail, de la stabilité des activités, de la diversité des tâches, du développement des compétences, de l'adaptation du matériel, des échanges avec les élèves, les professeurs et les collègues, identification des astuces de métiers éventuellement découvertes et transmises, identification des savoirs faire de prudence éventuellement acquis ou transmis
Poursuivre la modernisation des équipements de travail et des achats	Développement de réunions service de santé/direction interne des collèges avant l'achat des équipements, élaboration d'un référentiel équipement, sollicitation accrue de la direction auprès du service de santé pour réaliser des études de poste, reprise en main des achats des équipements par la direction au lieu de la remise d'une enveloppe budgétaire aux établissements scolaires, création d'un livret 'espace vert' à destination des agents en charge de l'entretien des extérieurs afin de développer leurs connaissances en matière de prévention et risques professionnels. Expérimentation d'un nouveau système de lavettes pré-imprégnées préservant des contraintes posturales et de la pénibilité des tâches de nettoyage.
Améliorer les achats en matière de produits chimiques	Recensement de l'ensemble des produits chimiques et élargissement à l'ensemble des établissements de la collectivité, réalisation d'une note explicative et envoi à l'ensemble des sites afin d'expliquer le sens de la démarche. Reprise du marché 'produits chimiques' et réduction du nombre de produits commandables par les agents. Réalisation de devis d'achat d'armoires de stockage des produits chimiques.
Vers le métier d'agent d'accueil départemental	Partenariat avec le service de formation, identification des compétences attendues pour les agents d'accueil des collèges afin de faire évoluer le poste vers une fonction d'agent d'accueil territorial, construction d'un parcours de formation. Proposition de vestes tailleurs spécifiques aux agents, sondage puis achat.
Renforcer les connaissances sur la collectivité	Elaboration d'un parcours de formation de deux journées afin de mieux informer sur les missions de la collectivité, l'organisation du service RH et les fonctions relais pour répondre aux besoins des agents, identifier les risques liés aux métiers des agents des collèges, prendre connaissance des mesures en faveur des agents en situation de handicap, identifier ses compétences et aires de mobilité et possibilité d'évolution au sein de la collectivité. Institutionnalisation de réunions mensuelles direction interne des collèges et service RH afin d'échanger sur les situations collectives ou individuelles problématiques.
Développer et dynamiser les collectifs de travail	Néant

Tableau 66 *: Mises en œuvre des* préconisations

Comme on peut le constater, le nombre de travaux réalisés durant les quelques mois qui ont suivi la reprise du processus d'intervention témoigne à nouveau d'un certain dynamisme. Ainsi, alors que nos précédents résultats montraient que l'évolution des connaissances et des représentations des acteurs sur la dynamique santé-travail ne leur permettait pas, seuls, de passer de la connaissance à l'action de transformation efficiente, nous voyons que l'introduction de préconisations élaborées par un tiers extérieur permet d'engendrer le processus de transformation.

> En ce sens, nous pourrions dire que les freins cognitifs et psychologiques auxquels sont exposés les acteurs internes impliqués dans une démarche de prévention à haut niveau *d'implication centrée sur un objet partiel à valence négative et un processus cogn*itif de prévention tertiaire, nécessitent, pour leur permettre de passer de la connaissance à *l'action, de leur proposer des axes de transformation élaborées par un tiers compétent* extérieur dans un premier temps.

Malheureusement, à cette même période, l'approche des élections, d'importants changements au sein d'un pôle et enfin le changement de politique lié à la perte des élections par la majorité en place, se sont notamment traduits par une profonde modification des objectifs poursuivis par la collectivité en termes de politique de santé au travail. Ces changements furent tels que nous avons été amenée à quitter nos fonctions. Concernant l'étude, la très grande majorité de ses travaux a été abandonnée. Seuls les axes correspondant à la poursuite de la modernisation des équipements de travail ont été maintenus. Au niveau de la vie des collectifs de travail, seuls les concours entre les équipes chef de cuisine-second ont été mis en place. Les autres axes n'ont pas été poursuivis.

En conclusion, ces résultats semblent tout d'abord nous permettre de valider notre hypothèse H1c.2 :

> H1c.2 : Un haut degré *d'implication n'est pas suffisant pour aboutir à une implantation du* dispositif de prévention et une transformation durable des situations de travail.

Au-delà de cette hypothèse, il nous semble possible d'aller plus loin :

> *Cette étude nous semble tout d'abord confirmer qualitativement et de manière directe* (cf 1ère étude portant sur les retours des professionnels des SST), *les ressources d'un haut niveau d'i*mplication en termes de développement des connaissances et des représentations des acteurs internes sur la dynamique santé-travail.
>
> Elle a également *permis d'observer que l'implication des salariés est une ressource pour* limiter les dérives possibles et maintenir le processus au-delà de la présentation des *résultats, soutenant ainsi le passage de la phase de 'connaissance du risque' à la phase d'élaboration des préconisations.*
>
> En revanche, cette étude souligne également des limites :
>
> Le haut niveau *d'implication*, par la qualité de la coopération obtenue entre managers et représentants du personnel, peut aboutir à un affaiblissement des rôles institutionnels des représentants du personnel.
>
> *Lorsque l'implication des acteurs internes dans le processus est construite autour d'un objet partiel à valence négative et d'un processus cognitif de prévention tertiaire, les* connaissances et représentations développées par les acteurs ne leur permettent pas de produire eux-mêmes des actions transformatrices des situations de travail ou de *l'organisation. Les freins semblent de nature cognitive et* psychologique.
>
> Pour autant*, lorsqu'une première élaboration de préconisations est réalisée par un tiers, le* processus de transformation peut reprendre.

Synthèse :

Après avoir confirmé empiriquement les trois dimensions que sont l'objet d'intervention, le niveau d'implication et le processus cognitif de prévention pour rendre intelligible le processus social du *passage de la connaissance à l'action dans le cadre des démarches de prévention de la santé psychique au travail, nous avons pu vérifier qu'en ce qui concerne les démarches conduites par les professionnels* des SST, la majorité se centre sur des objets partiels à valence négative, implante un processus cognitif de prévention tertiaire et présente un niveau *d'implication différent selon les étapes d'intervention. Nous avons également validé l'hypothèse selon laquelle les dirigeants supérieurs é*taient peu impliqués dans les démarches et confirmé, dans notre seconde étude, que cette implication était nécessaire, *notamment pour éviter la perception de la démarche tel un risque. Concernant l'analyse des effets des* diverses articulations entre nos trois dimensions et les résultats des démarches, notre première étude a *permis de montrer que l'existence d'échanges* tout au long du pro*cessus d'intervention présente* des *liens significatifs avec le développement d'une maturité globale chez les acteurs internes. D'après l'opinion des intervenants des SST, cette maturité globale perçue chez les acteurs internes, est*

significativement liée à l'action transformatrice des situations de travail immédiate et durable, ce qui *n'est le cas d'aucune évolution des connai*ssances ou des représentations prise isolément. Concernant *l'objet d'intervention, lorsqu'il est partiel à valence négative, il ne présente, selon l*e retour des *professionnels des SST, pas de lien avec l'efficience des démarches mais permet en revanche lui*-aussi *de développer la maturité globale des acteurs. L'ensemble de ces résultats nous a amené*s à nous *intéresser à l'expérience vécue par* ces acteurs lors des espaces de coopération *créés avec l'intervenant au fil du processus d'intervention.* Nous avons également soulevé une limite à cette expérience : celle de la rencontre des acteurs internes avec le réel des liens santé-travail puisque les étapes relevant de leurs implications directes dans l*'analyse* de ces liens ne présentent pas de lien significatif avec la maturité globale. Forts de ces premiers résultats concernant les limites des démarches, nous avons *réalisé une seconde étude par le biais d'une recherche*-action. En construisant un dispositif à haut niveau *d'implication autour d'un objet partiel à valence négative et d'un processus cognitif de prévention tertiaire, nous avons obtenu davantage d'éléments concernant les effets des articulations* entre nos trois dimensions : le haut niveau *d'implication* permet effectivement aux acteurs internes de dével*opper leurs connaissances et représentations mais n'est pas suffisant pour leur permettre seuls*, de les transformer en actions de prévention efficientes. Des freins de nature cognitive et psychologique ont été repérés lors de cette étape précise du passage *de la connaissance à l'action. En revanche, nos résultats semblent indiquer qu'une première mise à disposition de préconisations élaborées par un tiers extérieur compétent, permet d'engager le processus de transformation. Ces* résultats, en plus de proposer des réponses aux limites rencontrées par les démarches de prévention, nous confortent dans *notre intérêt pour les interactions entre les acteurs internes et le processus d'intervention*, notamment *en prêtant attention aux épreuves qu'il leur impose. En ce*la, ces résultats confirment, en plus de la nécessité de construire un dispositif de prévention *à partir d'un objet global, d'un haut niveau d'implication et d'un processus cognitif de prévention primaire*, de penser une méthodologie en mesure *d'accompagner les acteurs dans ces épreuves. Le dispositif d'innovation transitionnelle que nous avons* élaboré vise à répondre à ces objectifs. Nous allons désormais en présenter les résultats.

4.3 Expérimentation d'un dispositif d'innovation transitionnelle

L'élaboration du dispositif d'innovation transitionnelle s'inscrit dans le processus d'élaboration scientifique comme ci-après :

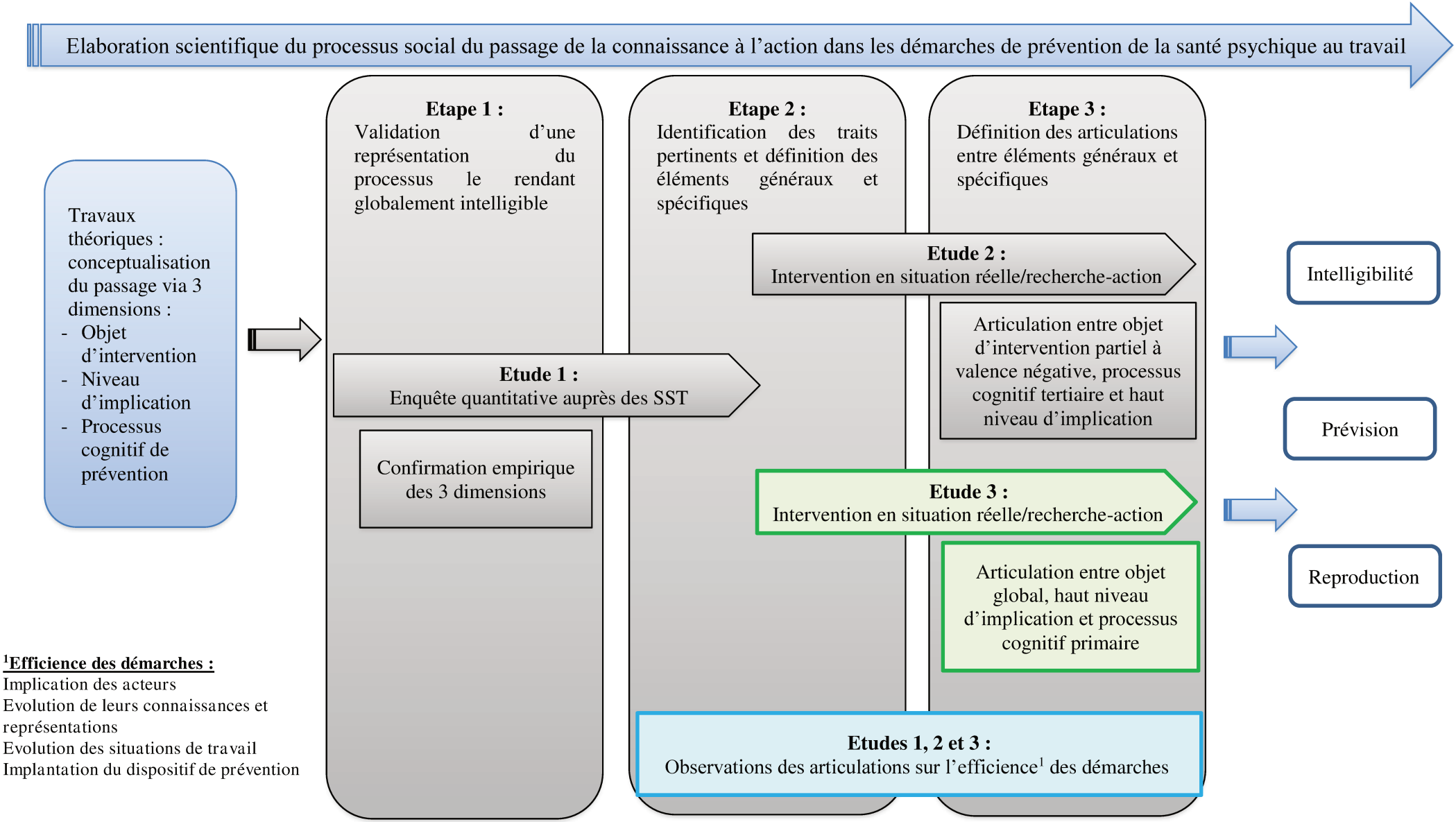


Fig. 11 : ***Place de l'étude 3 dans l'élaboration scientifique de la thèse***

Plus particulièrement, cette dernière étude vise à répondre aux hypothèses suivantes :

Hyp. centrale n°2 : Un dispositif d'innovation transitionnelle constitue un modèle d'intervention efficient en matière de prévention de la santé psychique au travail.	
Sur le niveau d'implication (H2.1)	H2.1 : Un dispositif d'innovation transitionnelle permet d'impliquer un maximum d'acteurs internes, notamment les dirigeants supérieurs, et de faire participer ces acteurs au processus d'intervention.
Sur l'objet d'intervention (H2.2)	H2.2 : Un dispositif d'innovation transitionnelle engendre un processus cognitif de prévention primaire et permet de mobiliser les acteurs sur la transformation des situations de travail et l'évolution de l'organisation.
Sur les résultats en termes de santé psychique (H2.3)	H2.3 : Un dispositif d'innovation transitionnelle constitue un dispositif de prévention de la santé psychique.
Sur les résultats en termes d'implantation (H2.4)	H2.4 : Un dispositif d'innovation transitionnelle permet d'aboutir à une implantation du dispositif et à une transformation durable des situations de travail.

Tableau 67 ***: Rappel des hypothèses de l'étude n°3***

Pour ce faire, nous présenterons nos résultats au travers des indicateurs et mesures suivants :

H2.1	• Taux de participation des différents acteurs dans les différentes étapes d'intervention • Taux de participation des dirigeants supérieurs dans les différentes étapes • Nature de l'implication : identité, rôle et type de coopération (selon les critères d'étude des modèles-cadres)
H2.2	• Objets des débats • Nature des idées proposées (en termes de niveaux tertiaire, secondaire, primaire)
H2.3	• Evolution des indicateurs de santé avant et après le dispositif • Résultat d'un questionnaire de santé psychique avant et après le dispositif (Sumer)
H2.4	• Nature des innovations (en termes de niveaux de prévention) • Degré d'appropriation des innovations
Nature du dispositif	• Résultat du questionnaire de comportement innovants au travail (Janssen, 2000) avant et après le dispositif • Observation d'activités transitionnelles

Tableau 68 : Rappel des indicateurs évaluant ***l'étude n°3***

4.3.1 L'implication des acteurs

L'organisme au sein duquel le dispositif d'innovation transitionnelle a été déployé comprend 17 formateurs, des secrétaires administratifs, un documentaliste, un responsable informatique

ainsi qu'un agent de maintenance. Parmi ce personnel, le choix a été fait de ne consacrer le dispositif qu'aux seuls formateurs. Concernant les cadres, on compte un directeur général, un directeur de site, un secrétaire général également président du CHSCT et en charge des RH, et enfin un responsable des formations. L'ensemble de l'association est dirigé par un conseil d'administration placé sous la responsabilité d'un président et de 4 vice-présidents (un par établissement), d'un secrétaire et d'un secrétaire adjoint, d'un trésorier et d'un trésorier adjoint et enfin de 4 membres de bureau.

La première hypothèse formulée à l'égard du dispositif concerne sa capacité à impliquer un maximum d'acteurs internes, notamment les dirigeants supérieurs, et à les faire participer au processus d'intervention (H2.1). Pour évaluer cette implication, nous avons identifié deux indicateurs que sont le taux de participation ainsi que la nature de l'implication de chacun des acteurs lors des différentes étapes d'intervention. Dans cet organisme, nous considérons que ces dirigeants supérieurs au nombre de 5, à savoir le directeur général, le directeur de site, le secrétaire général et enfin le président et le vice-président de l'établissement. Nous avons évoqué précédemment le départ du directeur de site avant le lancement du dispositif. Nous évaluerons donc le taux d'implication des dirigeants supérieurs en retirant cette fonction, étant entendu que l'on ne peut attribuer cette absence à une défaillance du dispositif. De même, le responsable des formations (manager intermédiaire) a déposé sa démission en novembre 2016, soit un mois après le lancement de la démarche. Son absence lors des étapes d'intervention est donc due à ce départ. Pour autant, il nous semble possible d'estimer que la communication puis les prémisses du dispositif n'ont pas été en mesure / ou pas été suffisants pour l'empêcher. Nous avons donc décidé de conserver cette fonction dans le comptage du taux de participation des premières étapes.

Dans le premier tableau ci-dessous sont présentés les taux de participation de chacun des acteurs lors de chaque étape du dispositif.

Acteurs / Etapes	Salariés (N=17) Formateurs	Dirigeants supérieurs (N=4) Président (Pdt), Vice-président(VP), Directeur général (DG), Secrétaire général (SG)
Groupe de générations d'idées (oct à déc 2016)	*7 groupes de 2h* **N=15** **Taux de participation : 88%**	*1 groupe de 2h avant départ resp. des formations :* **N = 4** : resp. formation, SG, DG, VP **Taux de participation : 80%** *2 groupes de 2h après départ resp. des formations :* **N=5** : 2 fois VP, 2 fois SG, 1 fois DG **Taux de participation : 62.5%**
Copil 1 5 janvier 2017	*5 places* **N=5** **Taux de participation :100%**	*3 places* **N = 2** : DG, SG **Taux d'inscription : 67%**
Formation-action des analystes du travail Février à mars 2017	*5 places* *Formation collective :* **N=5** **Taux part. : 100%** *Formations individuelles :* ***N=5*** **Taux part. : 100%** *Etude des analyses :* ***N = 5*** **Taux part. : 100%**	
Analyses du travail Mars à mai 2017	*Projet 1 et 3 (respectivement 2 puis 3 séances collectives) :* *Projet 4 (7 entretiens individuels) :*	**N=21** : formateurs[1] **Taux part. : 25%** **N= 7** : formateurs, SG[2] **Taux part. : 41%**
Copil 2 27 et 28 mars 2017	*5 places* **N=5** **Taux de participation :100%**	*3 places* **N = 3 :** VP, DG, SG **Taux d'inscription : 100%**
Copil 3 12 juin 2017	5 places **N=5** **Taux de participation :100%**	3 places **N = 2** : VP, SG[3] **Taux d'inscription : 67%**

Tableau 69 : Taux de participation des acteurs internes lors des différentes étapes

[1] Le projet 1 a donné lieu à deux séances collectives qui ont recueilli 2 participants formateurs pour la 1ere séance puis 7 pour la seconde. Le projet 3 a donné lieu à 3 séances collectives qui ont mobilisé 2 formateurs à la séance 1 puis 3 à la séance 2 et enfin 7 pour la 3ème séance

[2] Le projet 4 a donné lieu à 1 entretien auprès du secrétaire général (1 réalisé sur 1 théorique – taux de 100%), à des entretiens auprès des 3 formateurs récemment recrutés (3 entretiens réalisés sur 3 théoriques – taux de 100%) puis a des entretiens auprès des formateurs volontaires parmi les 13 formateurs expérimentés salariés (en ôtant les deux analystes du travail et les 3 récemment arrivés) : 2 entretiens réalisés sur 13 théoriques – taux de 15%

[3] Lorsque le 3ème copil eut lieu, le DG par intérim avait achevé son contrat. L'association était donc dans une période intermédiaire sans direction et sans direction générale

L'étude de l'ensemble des taux de participation au fil du processus d'innovation transitionnelle confirme sa capacité à intégrer un maximum d'acteurs, y compris les dirigeants supérieurs. En effet, concernant les comités de pilotage tout d'abord, nous pouvons voir que le dispositif a toujours permis la présence de l'ensemble des salariés qui s'y était engagé. La participation des dirigeants supérieurs est également très satisfaisante : le secrétaire général était présent à chaque réunion, le vice-président ainsi que le directeur général n'ont été absents qu'une seule fois (le contrat de ce-dernier s'était achevé lors du dernier copil).

En ce qui concerne les salariés, on observe un taux de participation moindre mais tout de même très satisfaisant : 88% lors des étapes de génération d'idées, 25% lors des analyses du travail des projets 1 et 3 et enfin 45% lors de l'analyse du travail du projet 2. Par ailleurs, les formateurs analystes du travail sont restés totalement engagés durant l'ensemble des étapes. Nous pouvons toutefois constater une forte baisse de participation des salariés entre les étapes de génération d'idées et les étapes d'analyse du travail. Il nous semble possible de l'attribuer à deux facteurs. Le premier est contextuel : les formateurs, dont la charge de travail était l'une des principales plaintes, étaient également en période de haute activité entre mars et mai 2017 (préparation des examens, soutien dans la finalisation des stages et des mémoires, …). Pour autant, il nous semble aussi possible d'attribuer cette baisse d'investissement à une limite de la capacité d'implication du dispositif : les étapes de génération d'idées étaient en effet les moins coûteuses dans la mesure où il s'agissait d'émettre des idées. Aussi, même si l'animation veillait à conduire les formateurs à passer de l'idée au projet 'appropriable' et à les amener d'une posture parfois passive et critique à une posture constructive, il n'en demeure pas moins que cette créativité est « *libérée des contraintes liées à l'existant […] »* (Battistelli, 2014, p 339), ce qui n'était pas le cas des autres étapes du dispositif. La moindre inscription des salariés aux étapes d'analyse du travail peut donc également faire écho à une difficulté à passer de la génération d'idées (1ere étape du processus de créativité) à l'innovation et donc à accepter de jouer avec les objet transitionnels (OT) élus par d'autres que soi (les OT ont en effet été choisis par les membres du copil).

Pour compléter ces résultats, nous allons étudier la nature de l'implication des acteurs au cours de chacune des étapes, selon les modalités utilisées lors de l'étude des modèles-cadres (résumé dans le tableau ci-après).

Méthodes	Décideurs			Pilotes			Collaborateurs			Sujets		
Etapes	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**
Lancement de la démarche	Directeur général, vice-président, secrétaire général	Valider la démar-che	Guide/ collabora-teurs				CHS-CT	Valider la démar-che	Guide/ collabora-teurs	Ensemble des formateurs	Valider la méthode	Guide/colla-borateurs
Groupes de génération d'idées										DG, SG, VP, manager (resp formation)	Co-générer des idées pour améliorer la situation de travail + co-élaborer l'ancrage des idées dans l'environnement	Animateur / coélabora-teurs
										Ensemble des formateurs		
Copil n°1				Copil : DG, SG, VP, 1 élu CHSCT, 4 formateurs	Prendre connaissance des idées et des projets, élire et prioriser les projets retenus, identifier les activités à étudier	Anima-teur / co-élabora-teurs				Ensemble de formateurs puis ensemble des salariés	Prendre connaissance des décisions du copil (comm. écrite)	Copil décideur / receveurs
Analyses du travail							5 forma-teurs volon-taires	Forma-tion-action	Supervi seur/co - analys-tes	Ensemble des formateurs	Voter pour l'implication de salariés dans les analyses	Guide / décideurs
								Analyse des activités concer-nées par les projets		Ensemble des formateurs volontaires	Participer aux analyses des activités et co-élaborer les projets innovants via 2 séances collectives (projet 1), 3 séances collectives (projet 3), des entretiens individuels (projet 4)	Analystes du travail /coélabora-teurs
										Sec général (1 entretien projet 4)		

Méthodes	Décideurs			Pilotes			Collaborateurs			Sujets		
Etapes	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**	**I**	**R**	**C**	**Identité**	**Rôle**	**Coopération**
Copil n°2				Copil (idem copil 1)	Retour des études de l'activité, co-transformation des projets, organisation des expérimentations	Animateur / co-élaborateurs	5 formateurs analystes	Participer à la présentation des études de l'activité	Animateur/co-analystes	Ensemble des formateurs puis ensemble des salariés	Prendre connaissance des décisions du copil (comm. écrite)	Copil décideur / receveurs
Copil n°3				Copil (idem copil 1)	Projets 3 et 4 : retour des études de l'activité, co-transformation des projets.	Animateur / co-élaborateurs	5 formateurs analystes	Participer à la présentation des études de l'activité	Animateur/co-analystes	Ensemble des formateurs puis ensemble des salariés	Prendre connaissance des décisions du copil (comm. écrite)	Copil décideur / receveurs
					Projet 1 : retour sur l'expérimentation	Conseiller/co-élaborateurs						
					Tous projets : organisation des expérimentations et REX année suivante							

Tableau 70 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre *d'innovation transitionnelle*

Concernant les dirigeants supérieurs (directeur général, secrétaire général, vice-président), nous constatons tout d'abord qu'en dehors de la phase de lancement, ils ont été impliqués durant l'ensemble du processus d'intervention à l'occasion des groupes de génération d'idées puis des différents comités de pilotage. Ils n'y tenaient pas une place de décideurs particulière mais étaient intégrés dans les espaces d'élaboration et de coopération avec les formateurs et au même titre qu'eux. En ce sens, il nous semble possible de dire qu'ils ont participé à l'ensemble de l'expérience d'innovation transitionnelle implantée par le dispositif. Ils ont été mis à contribution et ne se sont pas situés « à côté » ou au « au-dessus » de la démarche. Cette participation active est confirmée par la nature de la coopération créée entre eux et l'intervenant, et qui relève d'une co-élaboration. Seule l'étape dédiée à l'analyse de l'activité n'a pas impliqué les dirigeants supérieurs, si ce n'est le secrétaire général concernant l'étude des pratiques RH nécessaires à l'analyse du projet de création d'un parcours d'intégration des nouveaux formateurs. Ainsi, on comprend que les personnes impliquées dans cette étape dépendent de la nature des projets innovants et pourraient théoriquement concerner des dirigeants supérieurs ou des managers. Pour autant, l'analyse du travail vise bien l'ancrage des projets innovants et leur appropriation par le social d'une part, la confrontation des acteurs à la résistance du réel pour engendrer une activité transitionnelle d'autre part. Il est donc clair que la majorité des analyses doit impliquer des salariés.

Concernant les salariés désormais, nous constatons qu'ils ont été impliqués durant la totalité des étapes : dans leur ensemble, en validant la méthodologie d'intervention (phase de lancement), en participant sur la base du volontariat aux étapes de génération d'idées, d'analyses du travail et d'expérimentation ; en étant représentés par les formateurs membres du copil dans chacune de ses réunions. De même, les salariés sont toujours placés en position active de co-élaborateurs, voire même de décideurs (validation du dispositif et décision quant à la participation de salariés aux analyses du travail). Nous remarquons également que durant les phases de décision (copil), formateurs et managers co-élaborent et débattent ensemble. Par ensemble, nous entendons dans les mêmes espace-temps et dans le même cadre (celui posé par notre animation). Il s'agit donc bien d'une véritable co-opération. Enfin, pour finaliser cette analyse de la nature des participations, nous remarquons que nous nous sommes toujours positionnés en tant qu'animateur : en proposant une méthodologie et en l'expliquant, en animant les divers espaces collectifs et enfin en animant le jeu, au sens winnicottien, auquel nous proposions aux acteurs internes de participer.

> Finalement, dans ce dispositif, il nous semble *possible de conclure que l'intervenant n'est pas celui qui transforme le travail et l'organisation du travail car ce sont bien les acteurs* internes qui sont amenés à le faire de manière collaborative.

Toutefois, au sein du 2nd copil, nous avons été amenés à user une fois d'une posture d'expert, en intervenant directement dans les débats lorsqu'il nous a semblé qu'ils s'éloignaient de l'objectif de transformation effective des situations de travail. En effet, en prenant connaissance des analyses du travail liées au projet innovant de création d'un modèle de management posant un cadre inter-établissements et permettant l'adaptation aux réalités locales, les membres du copil sont arrivés à la conclusion qu'il était nécessaire de réaliser une étude exhaustive et objective de l'ensemble des activités, des pratiques associées, des outils utilisés et enfin du temps passé, considérant qu'il n'était pas possible de construire un nouveau modèle d'organisation sans ces données. Nous y avons clairement vu le risque du lancement d'une nouvelle étude au lieu de transformer mais aussi une utopie qui consisterait à imaginer qu'il est possible de quantifier le réel d'une part, et d'autre part de définir un modèle d'organisation parfait, au sens de 'prenant en compte l'ensemble du travail réel et valable une fois pour toute'. Or, les travaux conduits par les sciences du travail ont montré que de tels objectifs étaient illusoires. De ce fait, et en analysant également ce projet d'étude comme un évitement de l'activité transitionnelle, nous avons utilisé une posture d'expert en démontrant ces dérives (nous présenterons plus loin les effets de cette intervention).

Par ailleurs, cette posture d'expert se retrouve également dans le cadrage des analyses du travail : seul l'intervenant choisit les méthodes à mobiliser pour étudier l'activité et engendrer une activité transitionnelle. C'est aussi lui qui supervise ces analyses et les présente aux membres du copil dans l'objectif d'aboutir à une co-élaboration constructive tout en exposant les acteurs à l'épreuve du réel.

> Ainsi, au final, ce sont bien les acteurs internes qui prennent en main la transformation des situations de travail *et de l'organisation en co*-construisant des projets innovants nécessaires pour y parvenir.
>
> *La posture centrale de l'intervenant est celle d'un animateur, proposant un cadre prêt à* jouer. Toutefois, cette animation ne peut être confiée à un professionnel qui ne maîtrise pas les sciences du travail dans la mesure où cette maîtrise est nécessaire pour maintenir le *cadre conditionnant l'activité transitionnelle et le processus d'innovation, voire pour recadrer les débats lorsqu'ils s'éloignent des conditions* nécessaires à la transformation *effective et qualitative des situations de travail et de l'organisation.*

En conclusion de ces premiers résultats relatifs à l'expérimentation d'un dispositif d'innovation transitionnelle, il apparaît que la participation des différents acteurs est élevée, et ce quelles que soient les étapes du processus d'intervention. Il en est de même concernant l'implication des dirigeants supérieurs. Enfin, l'analyse de la nature des coopérations confirme que les acteurs internes sont très largement placés dans une position de co-élaborateurs. Leur posture est active et non passive. Ce sont eux qui co-élaborent les transformations des situations de travail et de l'organisation du travail.

L'ensemble de ces résultats nous permet donc de valider notre première hypothèse (H2.1) :

> *Un dispositif d'innovation transitionnelle permet d'impliquer un maximum d'acteurs* internes, notamment les dirigeants supérieurs, et de faire participer ces acteurs au *processus d'intervention.*
>
> *Un dispositif d'innovation transitionnelle implante un haut niveau d'implication.*

4.3.2 L'objet d'intervention et le processus cognitif de prévention

Pour vérifier la pertinence d'un dispositif de prévention par innovation transitionnelle, nous avons entrepris de l'évaluer au regard des trois dimensions retenues pour théoriser le passage de la connaissance à l'action. Après avoir confirmé qu'il présentait un haut niveau d'implication, nous allons désormais observer la nature des objets mis au travail par les acteurs internes au cours du processus afin de vérifier qu'ils ont bien débattu de transformations des situations de travail et de l'organisation du travail. Ensuite, nous présenterons des résultats permettant de qualifier le processus cognitif de prévention implanté et observerons si nous pouvons le qualifier de primaire. Nous allons commencer par qualifier les objets apportés par les acteurs internes lors des groupes de génération d'idées puis lors de chacun des copil, en nous demandant s'ils permettent une évolution des situations de travail ou de l'organisation, et en les répartissant selon qu'ils se situent à un niveau tertiaire, secondaire ou primaire. Nous définissons des objets tertiaires comme étant des objets qui visent à réparer les atteintes de la santé des salariés ou les dysfonctionnements du travail ; les objets secondaires visent quant à eux à développer les ressources des salariés ou du travail pour faire face aux difficultés. Enfin, les objets primaires constituent des objets qui visent à agir directement sur les causes des difficultés et sur l'organisation.

Lors des groupes de générations d'idées, 77 idées détaillées en annexe 3 ont été émises par les salariés d'une part et les managers d'autre part. Ces idées peuvent se caractériser de la sorte :

Objets discutés lors des groupes de génération d'idées (sur 77 idées)	Caractéristiques des objets discutés
Concernant les situations de travail ou l'organisation du travail, dont :	70
- Nature tertiaire	2
- Nature secondaire	23
- Nature primaire	34
- Nature secondaire et tertiaire	6
- Nature primaire et secondaire	2
- Nature tertiaire, secondaire ou primaire	3

Tableau 71 ***: Caractéristiques des objets discutés lors des groupes de génération d'idées***

Parmi ces idées émises durant ces 7 séances concernant les formateurs et 3 séances concernant les managers, des idées ont été choisies et mises au travail pour être ensuite présentées au 1er copil. Ces projets sont caractérisés dans le tableau ci-dessous selon qu'ils concernent les situations de travail et/ou l'organisation puis selon leur nature primaire (I), secondaire (II) ou tertiaire (III).

Projets mis au travail lors des groupes de génération d'idées et proposés au copil	Caractéristiques des objets discutés	
Orientation 1 : Aller vers un cadre inter-établissements permettant l'adaptation aux réalités locales **Objectifs :** Redéfinir une organisation du travail replaçant les missions et les responsabilités de chacun **Forme proposée :** Positionner les managers dans un rôle de transmission d'un cadre d'activité de formation aux formateurs. Ce cadre serait basé sur la déclaration préalable de formation et les ressources allouées par l'institution (budget et heures internes ou vacataires). A l'intérieur de ce cadre, les formateurs auraient toute latitude pour réaliser le travail pédagogique et organiser le déroulé de la formation. Le cadre pourrait être discuté si les formateurs estiment qu'il ne correspond pas aux besoins de la formation. Le référent de filière verrait ses missions évoluer vers celui d'animateur des échanges entre formateurs intervenant sur une même filière. Le rôle des managers serait ramené à l'organisation des ressources et des conditions de travail pour permettre aux formateurs de pouvoir conduire l'ensemble des formations. Ils n'auraient plus de pouvoir sur l'organisation du contenu des formations. Des réunions de régulation auraient lieu tous les trimestres ou à la demande, afin de permettre aux formateurs de faire retour du déroulé de la formation et de soulever ou discuter les points de difficultés éventuelles.	Concerne les situations de travail et l'organisation du travail	I
Orientation 2 : Aller vers des temps collectifs entre formateurs pour échanger sur les pratiques **Objectifs :** Introduire des espaces collectifs institutionnels **Forme proposée :** Instaurer des réunions institutionnelles obligatoirement dégagées dans l'emploi du temps des formateurs. Deux formes de réunions : Intra-filière ou thématiques : concernent une filière particulière ou une question spécifique à plusieurs formateurs inter-filières ; animation : référent de filière ; rythme : hebdomadaire ; cadrage : ordre du jour, gestion du temps, relevé de décisions Des réunions plénières : concernent l'ensemble des salariés, les innovations réalisées, les projets collectifs, … ; invitation des secrétaires pédagogiques et autres collègues au début ou à la fin de la réunion lorsque des thèmes les concernent ; animation : direction ; rythme : mensuelle ; cadrage : ordre du jour (co-établi), gestion du temps et compte-rendu Articulation des espaces : équilibrés (ratio investissement / bénéfice), les sujets transversaux sont abordés en plénière, les discussions par mail sont arrêtées.	Concerne les situations de travail et l'organisation du travail	I (modification de l'organisation), II (temps de discussions)
Orientation 3 : Aller vers une valorisation, un partage et une capitalisation des ressources **Objectifs :** Partager les contenus ; pouvoir attribuer des cours en fonction des expériences et expertises ; obtenir une meilleure adaptation : mission/compétences/ressources ; valoriser les productions et les compétences **Formes proposées :** **Projet 3.1 : Instaurer des analyses de la pratique inter-établissements,** pour tous les formateurs, dans une temporalité fixe. Enjeu important sur le choix de l'intervenant en termes de compétences **Projet 3.2 : Création d'une base de données internes** permettant de recenser et de partager les ressources, présentant les ressources disponibles par filière, identifiant également les contenus communs aux différentes filières et référençant le niveau de progression pédagogique dans lequel les cours s'inscrivent. Base à construire par un travail collectif incluant les formateurs, la documentaliste, l'informaticien et des étudiants **Projet 3.3 : Créer un parcours d'intégration des nouveaux formateurs**. Créer des pratiques d'accueil RH (présentation, locaux, livret d'accueil, programme des formations) et instaurer un système de parrainage. Le parrain dispose de temps pour accompagner le nouveau formateur et met en place un parcours de découverte (observation des activités, intervention en doublon pour chaque première fois). Un bilan parrain/nouveau formateur/hiérarchie est réalisé au cours d'un entretien	3.1 + 3.2 + 3.3 : Concernent les situations de travail et l'organisation du travail	3.1 : III et II (selon les sujets travaillés) 3.2 : II 3.3 : II

Projet 3.4 : Création d'agora, un espace mixte formateurs / étudiants de discussions et de débats démocratiques inclus dans le parcours de formation, dans lequel on discute par exemple, de la vie des groupes d'étudiants, d'actualité et de politiques, où l'on présente et discute des projets innovants **Projet 3.5 : Créer un environnement propice au travail collectif et à la créativité.** Lieu dédié au travail collectif, permettant d'y laisser des travaux et de débattre sans déranger, incluant des ouvrages (de la documentation, …) avec une organisation physique propice au travail collectif et à la créativité. Lieu formel investi par les formateurs avec possibilité d'y développer des échanges informels **Projet 3.6 : Créer une salle de repos.** Espace où l'on peut se rencontrer, échanger, se connaître, qui permet de se ressourcer face aux moments difficiles de l'activité. Lieu investi durant les pauses de l'activité, bénéficiant d'un environnement zen, comprenant une douche pour faciliter la pratique sportive durant la pause méridienne, permettant une sieste. Lieu ouvert à tous les salariés, dans lequel il serait interdit de parler du travail	3.4 : Concerne le parcours des étudiants et non les pratiques directement 3.5 + 3.6 : Concernent l'environnement, pas directement le travail	3.4 : / 3.5 + 3.6 : /
Orientation 4 : Aller vers une programmation et un plan de charge qui remettent le travail au centre **Objectifs :** Réguler la charge de travail et la compter au plus proche du travail réel ; remettre le travail au centre, au lieu du temps de travail, tout en disposant d'un cadre de travail commun à tous veillant ainsi à l'équité du traitement des étudiants et constituant des repères communs pour faire le travail selon une bonne qualité pédagogique **Forme proposée :** Abandon du plan de charge actuel au profit de nouveaux forfaits plus larges, découpant le temps de travail des formateurs en pédagogie directe/ accompagnement (stages, évaluation, …) / préparation (y compris la veille documentaire) / temps institutionnels Les proportions seront à définir à partir d'un état des lieux des temps de travail selon ces catégories. Des critères seront pensés pour adapter le temps de préparation aux spécificités des cours, des publics, … Le découpage du temps ne s'appliquerait pas aux nouveaux formateurs durant leur première année Des outils informatiques et fonctionnels devront être pensés à partir des besoins de la pratique	Concerne les situations de travail et l'organisation	I
Orientation 5 : Aller vers un engagement individuel et collectif pour le mieux et bien vivre-ensemble **Objectifs :** Remise à plat des valeurs de l'institution et les faire vivre au quotidien **Forme proposée :** Constitution d'un groupe de travail mixte étudiants / formateurs / conseil d'administration / managers, animé par un tiers extérieur capable de cadrer la démarche et de faire des retours réflexifs au groupe Groupe devant aborder 3 aspects : rappel de l'ensemble des documents posant les valeurs (projet associatif, …), débat valeur par valeur (citoyenneté, éthique de l'accompagnement, …), réflexion sur l'application des valeurs dans la pratique quotidienne Pérennisation de la démarche : création d'une 'commission éthique' où ces questions pourront être débattues lorsqu'elles surviennent au fil de l'eau. Possibilité d'arbitrer des controverses à partir des valeurs institutionnelles.	Concerne les situations de travail et l'organisation	I

Tableau 72 : Caractéristiques des projets proposés au copil à la suite des groupes de génération *d'idées*

Projets concernant les situations de travail et l'organisation du travail sur 10 projets proposés : **7/10**
Dont : Projets primaires : **3/7 -** Projets secondaires : **2/7 -** Projets tertiaires : 0
Projets primaire et secondaire : **1/7** - Projets tertiaire et secondaire : **1/7**

Lors du 1er copil, les membres ont retenu 4 projets que nous pouvons caractériser de la sorte :

	Caractéristiques des objets discutés	
Projets retenus et mis au travail durant le copil 1		
Projet 1 : Aller vers un modèle de management posant un cadre inter-établissements et permettant l'adaptation aux réalités locales **Objectifs :** Définir un modèle de management et d'organisation globale : identifier les rôles, missions et activités de chaque catégorie d'acteurs ; cerner les champs d'expertise et les articuler aux espaces de décision. L'institutionnalisation et la structuration de temps collectifs seront un moyen pour faire vivre ce modèle. **Temporalité :** Ce projet étant au cœur de la mission de diagnostic du DG, il est indispensable qu'une coordination se mette en place. Le projet devra être appliqué et généralisé à l'ensemble des établissements pour la rentrée 2017.	Concernent les situations de travail et l'organisation du travail	I
Projet 2 : Création d'un outil de ressources internes **Objectifs :** Partager les contenus de cours ; pouvoir attribuer des cours en fonction des informations de la base : cours déjà produits et expertises référencées des formateurs ; gagner en temps et en ressources, obtenir une meilleure adaptation : mission / compétences / ressources disponibles ; valoriser les productions et les compétences **Dimension :** La réforme des diplômes étant engagée, le copil a choisi de débuter la construction de cette base sur les 3 filières qui ne seront pas impactées. Après présentation de cette étude au copil n°2, un groupe de travail sera mis en place et devra comprendre la documentaliste et le responsable informatique		II
Projet 3 : Instaurer des analyses de pratiques **Objectifs :** Permettre un échange sur la pratique professionnelle ; participer à la réduction des vécus douloureux		III et II
Projet 4 : Créer un parcours d'intégration des nouveaux formateurs **Objectifs :** Transmission des expériences, des outils, des pratiques, partage de la connaissance du réseau de partenaires, des informations sur les expertises internes des uns et des autres, construction d'un parcours d'intégration pour accompagner les nouveaux formateurs		II

Tableau 73 : Caractéristiques des projets retenus lors du 1er copil

Projets concernant les situations de travail et l'organisation du travail sur 4 projets retenus : **4/4**
Dont : Projets primaires : **1/4** - Projets secondaires : **2/4** - Projets tertiaires : **0**
Projets primaires et secondaires : **0 -** Projets tertiaires et secondaires : **1/4**

Après la présentation des analyses du travail, les membres du copil ont validé, durant leur second puis leur troisième regroupements, les axes suivants (à noter que les analyses du travail ont permis, lors du copil 3, de créer un nouveau projet) :

Projets mis au travail lors du 2nd copil	Caractéristiques des objets discutés	
Avancée du projet n°1 : M **odèle de management posant un cadre inter-établissements et permettant l'adaptation aux réalités locales.** **Décision n°1[1] :** Au regard des différents enjeux, le copil a confirmé sa décision d'agir dès cette fin d'année afin de modifier l'organisation de la programmation pour la rentrée 2017. Pour autant, les contraintes des uns et des autres, et notamment les contraintes de temps, exigent de renoncer à une étude exhaustive de l'ensemble des éléments qui permettraient, théoriquement, d'aboutir à un modèle d'organisation qui se voudrait idéal, si tant est qu'un tel modèle existe une fois pour toute. Le copil, à l'unanimité, préfère enclencher un processus de changement sur la base des travaux déjà réalisés. Il s'agira bien d'un processus, ce qui signifie que des évolutions et ajustements seront sans doute nécessaires. Ils seront réalisés sur la base d'un ensemble d'indicateurs à construire, lesquels nourriront une démarche de retour d'expériences au fil de l'année 2017/2018. Dès la rentrée 2017, la nouvelle organisation proposée constituera ainsi la première marche d'un processus d'amélioration continue. **Décision n°2 :** Le nouveau modèle d'organisation privilégiera la programmation de la formation initiale. **Décision n°3 :** La nouvelle organisation se donne pour objectif de valider la programmation des deux tiers de l'année des formateurs avant le départ en congés d'été. **Décision n°4:** Cette programmation sera implantée dans les agendas. La sécurisation de cette organisation nécessitera le respect de nouvelles règles de fonctionnement : une fois les agendas complétés, il ne sera plus possible de les modifier sous couvert de la responsabilité de la direction. La direction sera garante du respect de ce fonctionnement. **Décision n°5 :** Le copil a ensuite décidé des moyens à mettre en œuvre pour parvenir à ces objectifs : 3 réunions collectives de 4 heures seront planifiées d'ici la fin de l'année. Ces réunions rassembleront : un représentant de chaque filière, les formateurs dits disciplinaires au besoin, un membre de la direction afin d'apporter une vision globale de l'organisation du site de … et de l'ensemble des sites. La direction arbitrera si besoin, la secrétaire en charge de la programmation. La présence des responsables pédagogiques est à questionner, sur une ou plusieurs réunions. Cet arbitrage sera réalisé après que le DGet le SG se soient rapprochés de ces derniers afin d'échanger sur ces réunions et de s'assurer qu'ils auront bien pris en compte les retours des formateurs quant aux erreurs repérées sur la programmation des contenus transversaux. La planification des deux tiers des emplois du temps portera sur des éléments structurels de la progression pédagogique, à savoir : les contenus transversaux, les accompagnements individualisés, les groupes de réflexion sur la pratique professionnelle, les ateliers de remédiation, l'ensemble des ateliers professionnels, les jurys blancs, les réunions pédagogiques, les réunions de filière. Les trois réunions seront planifiées telles que la 1ere portera sur les 3èmes années, la 2nde sur les deuxièmes années et enfin la 3ème sur les 1eres années. Enfin, les réunions seront animées à partir d'un débat partant : des engagements et obligations de l'établissement au regard de la déclaration préalable, des ressources internes (temps de travail des formateurs et expertises existantes) et des éléments incontournables d'une pratique pédagogique de qualité.	Concernent les situations de travail et l'organisation du travail	I

[1] Extrait de la communication officielle du copil à destination de l'ensemble des salariés suite au second copil.

<u>Avancées du projet n°3[1] :</u> instauration d'analyse de la pratique (APP) Le Copil a pris connaissance du retour partiel des analyses du travail, étant entendu qu'une seule des trois séances prévues à cet effet avait été réalisée. Deux autres séances seront à programmer. Aucune décision n'a été prise par le copil concernant ce projet. Pour autant, les premiers éléments d'analyse ont montré la nécessité de bien cadrer ce que l'on attendra de l'APP : cet espace ne pourra pas tout mettre au travail et certains aspects nécessiteront des temps de discussion en interne. A cette fin, il sera nécessaire de reconsidérer les temps collectifs déjà pensés dans l'organisation (réunion de filière, pédagogique, …), de veiller à leur mise en œuvre effective si besoin puis de voir en quoi ils pourraient permettre de travailler les problématiques révélées par les analyses du travail. Suites immédiates : Poursuite des analyses du travail et restitution lors du prochain copil	Concerne les situations de travail et l'organisation du travail	III et II (selon les sujets travaillés)
<u>Avancées du projet n°4 :</u> création d'un parcours d'intégration des nouveaux formateurs Le Copil a pris connaissance du retour partiel des analyses du travail. D'autres entretiens seront prochainement programmés pour poursuivre l'étude de l'activité. Aucune décision n'a été prise par le copil concernant ce projet. Cependant, le copil a pu confirmer sa volonté de créer le parcours d'intégration, que ce soit via la mise en place d'un parrainage, d'une organisation spécifique durant les premiers temps de travail ou encore la constitution d'outils (notamment en reprenant ceux existants). Deux nouvelles idées ont également émergé au cours du débat : - Créer un module de formation à destination des nouveaux formateurs, module qui serait réalisé par un intervenant extérieur - Mener une étude interne permettant de repérer l'ensemble des compétences nécessaires aux formateurs, permanents et vacataires. Ce travail permettra de structurer le parcours d'intégration en y ajoutant un parcours d'acquisition et d'évolution des compétences Suites immédiates : Poursuite des analyses du travail et restitution lors du prochain copil	Concerne les situations de travail et l'organisation du travail	II

Tableau 74 : Caractéristiques des objets travaillés lors du 2nd copil

Projets concernant les situations de travail et l'organisation du travail sur 3 projets retenus : **3/3**

Dont : Projets primaires : **1/3** - Projets secondaires : **1/3** - Projets tertiaires : **0**

Projets primaires et secondaires : **0** - Projets tertiaires et secondaires : **1/3**

[1] Nous rappelons que le projet 2 validé par le copil (création d'une base de données) n'a pas été mis en œuvre dans le temps imparti

	Caractéristiques des projets mis au travail	
Projets mis au travail lors du 3ème copil		
<u>Avancée du projet n°1 :</u> création d'un modèle de management posant un cadre inter-établissements et permettant l'adaptation aux réalités locales. L'institutionnalisation et la structuration des temps collectifs est un moyen qui a été défini comme nécessaire à la vie du futur modèle de management. Les analyses du travail ont permis de proposer une évolution des réunions institutionnelles. Ces évolutions ont été validées à l'unanimité par le copil. **<u>Projet 5 :</u> Restructuration des espaces collectifs** **<u>Objectifs :</u>** Introduire des espaces collectifs institutionnels **<u>Les réunions de filière :</u>** **<u>Décision n°1 :</u>** Les objectifs de la réunion de filière sont l'anticipation de l'activité de la filière sur le mois suivant, notamment des regroupements ; le travail sur les outils et les innovations pédagogiques ; le suivi des étudiants de la filière (absentéisme, projets, heures optionnelles, … . L'articulation avec les réunions inter-établissements. **<u>Décision n°2 :</u>** Le copil valide qu'un formateur ne peut être positionné sur plus de deux filières. **<u>Décision n°3 :</u>** L'animation est confiée au référent de filière. Il sera possible d'y inviter des collègues au besoin. L'ordre du jour est établi par le référent de filière mais ouvert aux propositions des formateurs de la filière. Il est également envoyé au directeur du site en amont de la réunion, de façon à lui permettre d'y participer. Un compte-rendu (tournant) est réalisé. Il comprend une partie dédiée aux décisions qui ont été prises, et est transmis à la direction pour validation. En début de réunion, sera systématiquement repris l'ensemble des décisions actées précédemment ainsi que l'état d'avancement des travaux. **<u>Décision n°4 :</u>** Les réunions de filière sont obligatoires : tous les formateurs de la filière doivent y assister. Les décisions qui y sont prises s'imposent à l'ensemble des formateurs de la filière. **<u>Décision n°5 :</u>** De façon expérimentale sur le site …, 20h maximum seront impactées dans les emplois du temps des formateurs et réservées aux réunions de filière. Elles se répartiront selon un rythme de 2h chaque mois sur dix mois, à compter du début de l'année scolaire. **<u>Décision n°6 :</u>** Les réunions de filière de l'ensemble des filières auront lieu les jeudis matins ; le jeudi matin étant identifié comme un temps obligatoirement dégagé dans l'emploi du temps de chaque formateur, et ce, sur l'ensemble de l'année. L'ensemble des réunions de filière sera programmé dans les agendas des formateurs avant le départ en congés d'été 2017.	Concernent les situations de travail et l'organisation du travail	I (modification de l'organisation), II (temps de discussions)

Les réunions pédagogiques : **Décision n°7 :** Les objectifs des réunions pédagogiques sont les questions de pédagogie, dans le cadre de réflexion proposé par la déclaration préalable de formation ; les éléments d'organisation générale **;** les difficultés rencontrées par les formateurs, de façon à ce qu'une réflexion sur les causes puisse être réalisée et aboutir à des propositions d'amélioration ; les innovations pédagogiques **Décision n°8 :** L'animation de la réunion pédagogique est confiée au directeur. L'ordre du jour est établi par le directeur mais ouvert aux propositions des salariés, il est envoyé en amont. Un compte-rendu est réalisé et comprend une partie dédiée aux décisions qui ont été prises. Il est transmis à l'ensemble des salariés. En début de réunion, sera systématiquement repris l'ensemble des décisions actées précédemment ainsi que l'état d'avancement des travaux. **Décision n°9 :** Les réunions pédagogiques sont obligatoires : tous les formateurs doivent y assister ainsi que les autres professionnels selon l'ordre du jour. Les décisions qui y sont prises s'imposent à l'ensemble des salariés. **Décision n°10 :** 14h de réunions pédagogiques, auxquelles il faut ajouter 4h de réunion institutionnelle seront impactées dans les emplois du temps des formateurs et réservées à ces deux réunions. Ces réunions auront lieu les jeudis matins, temps obligatoirement dégagé dans les emplois du temps. L'ensemble des réunions pédagogiques et institutionnelles sera programmé dans les agendas des formateurs avant le départ en congés d'été 2017. **Réunions consacrées à la programmation de l'année N+1 :** **Décision n°11 :** Des réunions consacrées à la programmation seront planifiées dans les emplois du temps des référents de filière avec le responsable pédagogique et les formateurs si besoin, avant le départ en congés. Elles permettront de planifier les 2/3 des emplois du temps (selon les mêmes modalités que cette année) pour chaque année suivante. **Réunions référents de filière - direction :** **Décision n°12 :** Le copil propose la planification de réunions entre la direction et les référents de filière. Leur objectif sera notamment de permettre au directeur d'appréhender l'ensemble des enjeux liés aux différentes filières, d'échanger avec les référents quant aux dimensions stratégiques ou encore de bénéficier d'un temps dédié à l'identification des besoins de chaque filière. Leur rythme sera proposé plus tard, après l'arrivée du nouveau directeur. **Réunions inter-établissements :** Aucune modification de ces réunions n'a été actée.	Concernent les situations de travail et l'organisation du travail	I (modification de l'organisation), II (temps de discussions)

<u>Autres avancées du projet n°1 :</u> création d'un modèle de management posant un cadre inter-établissements et permettant l'adaptation aux réalités locales. **<u>Point d'étape sur les décisions :</u>** Le copil a réalisé un premier retour d'expériences concernant ces décisions. Il apparait que des réunions ont d'ores et déjà permis la programmation de l'ensemble des éléments structurels décidés pour les 3èmes années. Les autres réunions sont programmées concernant les 2èmes et 1eres années. Des écarts entre les décisions et la mise en œuvre ont été constatés concernant : - La non-sollicitation systématique de la direction - Deux réunions ont été nécessaires pour caler la programmation des 3èmes années au lieu d'une anticipée - L'outil de programmation transversal proposé par les responsables pédagogiques comportait encore des erreurs **<u>Décision n°13 :</u>** Au regard de ces retours, les réunions consacrées à la programmation ont été partagées avec la direction, de manière à permettre sa présence.	Concernent les situations de travail et l'organisation du travail	I
<u>Avancées du projet n°3 :</u> instauration d'analyse de la pratique (APP) Le copil a tout d'abord pris connaissance de la restitution des analyses du travail réalisées à l'occasion de ce projet. Sur cette base, il a validé que l'instauration d'APP devra répondre au cahier des charges suivant. **<u>Décision n°14 :</u>** L'APP concernera l'ensemble des formateurs permanents du site …, quels que soient les temps de travail. Cet espace a pour objectif de permettre l'élaboration individuelle de la pratique et de la posture professionnelle. Parmi les thématiques qui pourront y être travaillées, on trouve : les rapports étudiants / formateurs ; la question de l'impact de l'affect sur la pratique ; la question de l'impact de l'expérience de travailleur social sur la pratique ; les difficultés rencontrées dans l'accompagnement d'un étudiant ; les tensions entre les différents objectifs entourant l'activité (pour l'étudiant, pour la filière, pour l'institut, pour les futurs usagers qui seront accompagnés par le futur professionnel) ; les critères de qualité de travail ; le pouvoir du formateur sur l'étudiant (impact, rapport à…) **<u>Décision n°15 :</u>** La participation des formateurs est basée sur le volontariat. Toutefois, en ce qui concerne les formateurs nouvellement embauchés, l'APP sera obligatoire la 1ere année. L'engagement des formateurs sur l'APP se fera sur l'ensemble des séances d'une année scolaire complète. Sauf en ce qui concerne les nouveaux formateurs, il ne sera pas possible d'intégrer un cycle en cours d'année, ni d'en sortir. Selon le nombre de formateurs volontaires et sous réserve de la proposition méthodologique du consultant retenu, deux groupes de formateurs seront constitués. Le choix d'intégrer l'un ou l'autre groupe ne sera pas donné aux formateurs : on ne choisit pas avec qui on souhaite constituer un groupe d'APP. Les deux groupes mixeront les filières. **<u>Décision n°16 :</u>** Les rythmes retenus oscillent entre une fois par mois ou une fois tous les deux mois. Sur ce point, il est proposé d'attendre les retours des consultants après l'envoi du cahier des charges.	Concernent les situations de travail et l'organisation du travail	III et II (selon les sujets travaillés)

<u>Avancées du projet n°4 :</u> création d'un parcours d'intégration des nouveaux formateurs Sur la base des analyses du travail, le copil a validé, à l'unanimité, l'innovation consistant en la création d'un parcours d'intégration des nouveaux formateurs (les composantes du parcours sont pensées pour un formateur arrivant en CDI et/ou bénéficiant d'une période d'essai d'au moins 3 mois ; en deçà, il devra être adapté). **<u>Décision n°17 :</u>** Le parcours d'intégration concerne tous nouveaux formateurs permanents du site. **<u>Décision n°18 :</u>** Le parcours comprend une intégration institutionnelle ainsi qu'une intégration dans la mission. L'intégration institutionnelle comprend un entretien tripartite (avec directeur, SG et parrain). Au cours de cet échange sera remis un classeur (version papier + numérique) qui sera constitué et comprendra un document présentant l'institut, un organigramme, un trombinoscope, un répertoire comprenant tous les salariés du site avec leurs coordonnées tel + mail, des fiches-repère récapitulant les grandes fonctions, le règlement intérieur, les instances représentatives du personnel, les droits en termes de formation, santé au travail, congés, …, l'ensemble des procédures administratives. La présence des 3 interlocuteurs visent à articuler la place du salarié au sein de l'institut, du site et enfin dans sa mission. Lors de la première réunion plénière suivant l'intégration, le nouveau formateur sera officiellement présenté à l'ensemble de ses collègues. Dans l'attente, une information sera transmise à tous pour prévenir de l'arrivée d'un nouveau collègue et préciser sa filière **<u>Décision n°19 :</u>** Afin de permettre une intégration pleine et entière du nouveau formateur mais également lui communiquer l'ensemble des informations nécessaires à son activité quotidienne, il est proposé d'organiser des rencontres avec : - l'informaticien : présentation de sa mission puis particulièrement du logiciel, de l'espace de travail informatique, de l'intranet, du fonctionnement des rétroprojecteurs, de l'accès à la messagerie téléphonique, … - la secrétaire d'accueil : présentation de sa mission puis spécifiquement des procédures de réservation des salles, … - l'agent de maintenance : présentation de sa mission puis visite des locaux : repérage des lieux + visite technique (où se trouve quoi, alarme, clés, …) + visite sécurité (sorties de secours, SST, procédure incendie, …), réservation d'une voiture, procédure pour mettre de l'essence, … - la documentaliste : présentation de sa mission + fonctionnement de la salle de documentation, des procédures d'emprunt, … **<u>Décision n°20 :</u>** L'intégration dans la mission passera par la désignation d'un parrain pour une année (sur la base du volontariat). Il s'agira d'un formateur permanent disposant d'une ancienneté suffisante pour soutenir l'intégration et appartenant à la même filière. **<u>Décision n°21 :</u>** Les 15 premiers jours, un parcours dit de découverte sera mis en place. Il comprend les étapes de l'intégration institutionnelle ainsi qu'une réunion de travail organisée avec le parrain afin de présenter et expliciter la filière, remettre et expliciter la déclaration préalable de formation, transmettre et expliquer le catalogue de formation, présenter les différentes activités du formateur, leurs objectifs et attendus. Par ailleurs, le nouveau formateur sera obligatoirement présent dans l'amphithéâtre durant la présentation de la filière auxétudiants. Enfin, il participera à une réunion de chaque autre filière que la sienne, afin de permettre une présentation réciproque avec plus de proximité	Concernent les situations de travail et l'organisation du travail	II

Décision n°22 : Le mois suivant, une période de co-travail sera instauré. Durant un mois, le formateur réalisera avec son parrain, l'ensemble des activités. Il l'observera notamment lors d'un cours en amphithéâtre, d'un format TD/atelier, d'une visite de stage. Seront réalisés en binôme : l'agenda et la programmation de l'année du nouveau formateur (permet de déplier l'activité, de donner à voir toutes les tâches à réaliser, de transmettre les savoirs-faire, les astuces, …) ; des préparations de cours (où je peux aller chercher des ressources, comment je m'y prends, quels sont les outils dont je bénéficie, …) ; un travail d'ingénierie pédagogique (comprenant la dimension logistique) : co-construction d'une semaine thématique par exemple, car cela permet de voir toute la complexité. **Décision n°23 :** Durant le mois et demi suivant, le formateur réalisera seul l'ensemble de ses activités et rencontrera son parrain une fois par semaine durant un entretien d'1 heure environ. **Décision n°24 :** A l'issue des 3 mois du parcours d'intégration, un entretien institutionnel aura lieu afin d'évaluer le parcours et la période d'essai (acteurs clés : Directeur, SG, parrain). Il s'agira notamment de conduire un véritable entretien pour échanger sur ce qui est acquis, est en cours d'acquisition et reste à acquérir. Sur cette base, si la direction confirme l'embauche, un parcours permettant d'acquérir les éléments manquant sera construit. **Décision n°25 :** Le parrain est désigné pour une année. Une fois la période d'intégration achevée, un point sera réalisé entre le parrain et le formateur une fois par mois. Pour permettre une prise de poste progressive et une montée en compétences, des activités devront être exclues la première année : - Toute activité nécessitant d'articuler pédagogiquement des points : le formateur doit savoir dans quel cursus pédagogique son contenu se situe : ce positionnement devra être transmis par le référent de filière - Ne doit pas se voir confier de tâche de coordination ou d'articulation : il doit être en charge de pédagogie directe mais pas de pilotage ou d'ingénierie d'une filière - Ne doit pas avoir d'accompagnement sur les autres filières que la sienne - Ne doit pas être en charge de formation continue - Concernant les suivis individuels d'étudiants, la première année sera réalisée sous la supervision du parrain **Décision n°26 :** Lorsque plusieurs nouveaux formateurs intégreront l'institut, il serait préférable qu'ils ne soient pas positionnés dans les mêmes bureaux: la présence de formateur expérimenté dans le bureau permet des réponses plus immédiates aux diverses questions qui se posent.	Concernent les situations de travail et l'organisation du travail	II

Tableau 75 : Caractéristiques des objets travaillés lors du 3ème copil

Projets concernant les situations de travail et l'organisation du travail sur 4 projets retenus : **4/4**
Dont : Projets primaires : **1/4** - Projets secondaires : **1/4** - Projets tertiaires : **0**
Projets primaires et secondaires : **1/4** - Projets tertiaires et secondaires : **1/4**

Finalement, concernant tout d'abord la capacité du dispositif à amener les acteurs internes à débattre des situations de travail ou de l'organisation du travail, nous pouvons tout d'abord observer que l'animation proposée durant les groupes de génération d'idées a permis de créer un très grand nombre d'idées. Leur très grande majorité concerne bien les situations de travail ou l'organisation (70 idées sur 77 émises). De plus, parmi celles élues par les participants de ces groupes et mises au travail en vue d'une présentation au copil, 7 sur 10 concernent directement les situations de travail et l'organisation du travail. Enfin qu'il s'agisse du 1er copil 2nd ou 3ème copil, l'ensemble des projets retenus (respectivement 4/4, 3/3 puis 4/4) porte sur ces mêmes objets.

Concernant désormais la nature de ces objets :

	Nbre d'objets I	Nbre d'objets II	Nbre d'objets III	Nbre d'objets II et I	Nbre d'objets II et III	Nbre d'objets I, II et III	Totaux
Groupes de génération d'idées	34	23	2	2	6	3	**70**
Projets présentés au copil 1	3	2		1	1		**7**
Projets retenus par le copil 1	1	2			1		**4**
Projets retenus par le copil 2	1	1			1		**3**
Projets retenus par le copil 3	1	1		1	1		**4**
Totaux	**40**	**29**	**2**	**4**	**10**	**3**	

Tableau 76 : Synthèse des objets discutés selon leur nature III, II ou I *durant l'ensemble du processus*

On remarque tout d'abord que parmi les idées émises lors des groupes de génération d'idées, les objets primaires et secondaires représentent une majorité (respectivement 34 et 23). On remarque donc que les objets mis en débat via cette animation renvoient à un bon niveau qualitatif en termes de prévention, ce qui est d'ailleurs confirmé par le faible nombre d'idées de type tertiaire (2). Ce résultat nous semble d'autant plus significatif que le dispositif a été expérimenté dans une situation fortement dégradée. S'il est possible d'attribuer ce premier bilan pour une part à la culture de cet établissement et notamment à la capacité des salariés à analyser leur situation de travail et à en identifier les facteurs sources de dysfonctionnement de par leur métier, il nous semble que l'animation élaborée y a largement contribuée, notamment par l'ouverture offerte par l'appel à la créativité : « Les temps que nous allons partager sont une

*occasion d'imag*iner *: imaginer d'autres possibles de votre activité, énoncer des idées* nouvelles, explorer des pistes de transformation, même des pistes qui vous semblent a priori *incongrues ou impossibles. Ces temps sont des espaces d'expérimentation. Par définition, vo*us pouvez donc tout y imaginer. Le sens de ce groupe, son objectif, est celui de conduire une réflexion collective vers un mieux-être ensemble. Pour cela, nous allons vous inviter à débuter cette séance en prenant quelques minutes de réflexion individuelle et silencieuse pour réfléchir à la question suivante : Que pouvons-nous imaginer pour transformer notre situation de travail ? » (rappel de l'animation des groupes de génération d'idées). De même, la méthodologie transitionnelle a permis le travail de sélection et de 'mise en forme' (dans le sens winnicottien) et ainsi la réduction des idées et leurs transformations en projets tout en conservant un fort ratio d'actions de type primaire. « Maintenant que nous avons tous une vision *claire de l'idée consistant à …., nous allons vous inviter à réfléchir à la forme que pourrait prendre cette idée dans votre quotidien de travail, c'est*-à-dire à réfléchir à comment cette idée pourrait prendre forme dans votre travail ». On constate d'ailleurs que les objets de type tertiaire ont totalement disparu.

Concernant les copil, on remarque que les natures des projets sont équilibrées entre les niveaux primaires, secondaires, à la fois primaire et secondaire et enfin à la fois secondaire et tertiaire. Nous pouvons également souligner la qualité du projet primaire qui équivaut ni plus ni moins qu'à une transformation de l'organisation du travail dans sa globalité et comprend en lui-même, une restructuration de tous les espaces de discussions. De même, on voit qu'il n'existe plus de projet strictement tertiaire. La présence d'une action alliant axes secondaire et tertiaire (instauration d'analyse de la pratique) nous semble témoigner d'un bon équilibre dans les préconisations élaborées, notamment parce que l'analyse du travail a permis de valider la nécessité de penser des espaces de discussions des difficultés également en interne de l'établissement. De même, la restructuration des espaces de discussions, qui correspond au projet alliant niveau primaire et secondaire, permet un bon équilibre : les salariés, les collectifs et l'organisation du travail disposent d'espaces-ressources permettant à chaque niveau de demeurer vivant.

> *L'ensemble de ces résultats nous permet de confirmer qu'un dispositif d'innovation* transitionnelle permet de mobiliser les acteurs internes autour de projets portant sur la transformation des situations de travail et *l'évolution de l'organisation, et renvoyant à un* haut niveau qualitatif en termes de prévention.

Nous avons construit un dispositif d'innovation transitionnelle de façon à ce qu'il soit centré sur un objet global (l'innovation), implique un maximum d'acteurs, notamment les dirigeants supérieurs, et implante un processus cognitif de prévention de type primaire. En possédant ces trois caractéristiques et en étant inscrit dans un processus d'innovation capable de répondre aux dynamiques structurelles traversant les entreprises, nous avons défini un tel dispositif comme étant global. Nous avons intégré différents espaces au fil de son processus : les groupes de génération d'idées tout d'abord dans lesquels les salariés ont trouvé des objets puis les espaces transitionnels, à savoir les trois comités de pilotage et les entretiens individuels/collectifs destinés au travail des OT élus par le copil. L'ensemble de ces espaces constituait une zone proximale de développement dont l'objectif était d'aider les acteurs à supporter les épreuves d'une démarche de prévention primaire inscrite dans un processus d'innovation. Ce que nous visions ainsi était d'agir sur la difficulté constituant au passage de la connaissance (sur la dynamique santé-travail) à l'action (transformation des situations de travail et implantation du dispositif).

> Aussi, à ce stade, nos résultats semblent confirmer *qu'au sein des différents espaces* constitutifs de la zone proximale de développement, les acteurs internes ont bien été en mesure de traverser ces épreuves en passant d*e la connaissance à l'action.*
>
> Nous pouvons également observer que cette action est une action efficiente en termes de prévention.
>
> Enfin, au regard de leur nature, il nous semble possible de qualifier ces projets comme *relevant d'un processus d'innovation, ces derniers répondant bien à la définition* suivante : « introduct*ion volontaire et mise en œuvre, dans un groupe et une organisation, d'idées et de processus innovants importants pour l'unité concernée afin d'apporter des bénéfices significatifs aux individus, aux groupes, à l'organisation et à la société » (West* & Far, 1990).

Enfin, concernant le processus cognitif de prévention implanté auprès des acteurs internes, nous avons observé que les projets ont été générés à partir d'une majorité d'objets primaires (34 sur 70 lors des groupes de génération d'idées). Pour autant, nous avons également noté que les objets mis au travail au sein des copils puis des espaces liés aux analyses du travail, étaient particulièrement équilibrés en termes de niveaux de prévention. En ce sens, il apparaît que les réflexions des acteurs internes ne reflètent pas uniquement une logique primaire : les réflexions ont su alterner entre logiques primaire, secondaire et tertiaire. Ce résultat nous semble particulièrement remarquable dans la mesure où nous avons montré, par l'étude des différents types de coopération instaurés, qu'à aucun moment nous n'avons orienté nous-mêmes les

acteurs vers un projet ou un autre. L'ensemble du travail d'élaboration des axes de transformation a été aux mains des acteurs internes. A ce titre, ces résultats nous conduisent à infirmer notre hypothèse initiale :

> *Un dispositif d'inn*ovation transitionnelle implante auprès des acteurs internes un *processus cognitif de prévention permettant d'alterner entre les logiques primaire,* secondaire et tertiaire.
>
> Ainsi, si la suite de nos résultats permet de confirmer la capacité du dispositif à *s'implanter d'une part, et à développer la santé psychique d'autre part, nous serions amenés à conclure qu'un processus cognitif efficient ne devrait pas être de nature* primaire mais permettre une alternance entre les niveaux primaire, secondaire et ter*tiaire. Autrement dit, il s'agirait d'un processus cognitif de prévention global.*

4.3.3 L'implantation du dispositif

Notre dispositif étant un dispositif d'innovation transitionnelle, nous évaluons son implantation au regard des critères afférents à ce processus. Les recherches menées sur l'innovation la définissent comme un processus allant d'une étape de génération d'idées à une étape de promotion puis de réalisation (Kanter, 1988). Par ailleurs, l'innovation suit un processus cyclique composé de périodes d'initiation, d'implémentation, d'adaptation et de stabilisation (Battistelli, 2014) et se doit finalement d'être appropriée par l'ensemble des salariés qui utiliseront le produit/le service/la procédure, etc (Alter, 1996), notamment en la greffant aux pratiques antérieures (Mallein et Toussaint, 1994). Au regard de ces critères, nous proposons d'évaluer l'implantation de notre dispositif selon trois niveaux :

- Niveau 1 : capacité à passer de la connaissance à l'action de transformation des situations de travail et de l'organisation du travail
- Niveau 2 : capacité des transformations à constituer des idées ou des processus innovants vis-à-vis des règles institutionnelles (niveau politique) et organisationnelles mais également des pratiques quotidiennes
- Niveau 3 : capacité des transformations à se réaliser et se maintenir dans la durée.

Nos précédents résultats nous ont d'ores et déjà permis de valider le 1er niveau. Concernant le second, nous proposons de revenir sur l'ensemble des décisions prises par le comité de pilotage (à l'exception du 1er dans lequel aucune décision n'a abouti concernant les projets puisque son objectif principal était de les choisir).

Décisions prises / Idées ou processus innovants vis-à-vis	Des règles institutionnelles	Des règles organisationnelles	Des pratiques quotidiennes
Copil n°2			
1. Modifier l'organisation de la programmation pour la rentrée 2017 en renonçant à une étude exhaustive de l'activité pour enclencher un processus d'amélioration continue fondé sur des indicateurs à suivre	×	×	
2. Privilégier la programmation de la formation initiale	×	×	
3. Programmer les 2/3 des emplois du temps avant le départ en congés		×	×
4. Interdire toute modification ultérieure sauf validation de la direction		×	×
5. Planification de 3 réunions par filière en définissant les participants, en identifiant quels éléments de la programmation transversale devront obligatoirement être implantés dans les agendas et en précisant les axes autour duquel les échanges auront lieu		×	×
Copil n°3			
1. Restructuration des réunions de filière et redéfinition des objectifs		×	×
2. Un formateur ne peut être positionné que sur deux filières maximum	×	×	×
3. Définition de l'animation de la réunion de filière et de son cadre (ODJ, CR, transmission, suivi des décisions)		×	×
4. Réunions de filière rendues obligatoires, décisions qui s'imposeront à tous les formateurs	×	×	×
5. Expérimentation de 20h de réunions de filière réparties au rythme de 2h par mois et implantées dans les agendas		×	×
6. Ensemble des jeudis matins libérés dans les agendas des formateurs et implantés dans les emplois du temps avant le départ en congés – positionnement de toutes les réunions les jeudis matins		×	×
7. Restructuration des réunions pédagogiques et redéfinition des objectifs		×	×
8. Définition de l'animation de la réunion de filière et de son cadre (ODJ, CR, transmission, suivi des décisions)		×	×
9. Réunions pédagogiques rendues obligatoires, décisions qui s'imposeront à tous les salariés	×	×	×
10. Implantation des 14h de réunions pédagogiques + 4h de réunions institutionnelles dans les emplois du temps avant le départ en congés. Positionnement des réunions sur les jeudis matins		×	×
11. Ajout de réunions consacrées à la programmation chaque fin d'année, sur le même modèle que cette année		×	×
12. Proposition de nouvelles réunions référents de filière/direction		×	×
13. Implication obligatoire de la direction lors des réunions de programmation		×	×
14. Institutionnalisation d'analyse de la pratique (APP) pour l'ensemble des formateurs permanents. Définition de l'ensemble des éléments du cahier des charges	×	×	×
15. Participation des formateurs sur la base du volontariat mais pour un cycle d'une année complète. APP obligatoire pour les nouveaux formateurs la 1ère année. Composition des groupes par tirage au sort	×	×	×

16. Choix du rythme des séances selon proposition du consultant		×	×
17. Création d'un parcours d'intégration pour l'ensemble des formateurs permanents (durée des étapes à revoir pour les contrats autres que CDI)	×	×	
18. Construction d'étapes d'intégration institutionnelle (classeur + entretien tripartite + présentation en réunion plénière et mail prévenant l'ensemble du personnel)	×	×	×
19. Organisation de rencontre avec l'informaticien, la documentaliste, la secrétaire d'accueil, l'agent de maintenance pour présentation de leur fonction + découverte d'un ensemble d'éléments du quotidien		×	×
20. Désignation d'un parrain pour une année + caractéristiques du parrain	×	×	×
21. Création d'un parcours découverte, 1ère étape de l'intégration dans la mission		×	×
22. Création d'un parcours de co-travail avec le parrain		×	×
23. Création d'un temps de travail en autonomie + temps de réunions avec le parrain		×	×
24. Création d'un entretien tripartite de fin de période d'essai et définition des objectifs	×	×	×
25. Identification des activités que le formateur ne devra pas faire la 1ère année et mise en place d'une supervision d'une année concernant les accompagnements individualisés	×	×	×
26. Définition d'une règle de préférence dans l'attribution des bureaux en cas d'arrivée de plusieurs formateurs la même année		×	
Totaux	**12**	**31**	**27**

Tableau 77 ***: Evaluation de l'implantation du dispositif selon la nature des décisions prises***

Nous pouvons tout d'abord souligner le nombre conséquent de décisions prises par le copil, instance qui comprenait, nous le rappelons, les dirigeants supérieurs, notamment le directeur général, le secrétaire général ainsi que le vice-président du site : 31 décisions ont été arrêtées, ce qui nous semble tout à fait considérable pour un processus qui s'est déroulé sur 10 mois (de septembre 2016 à juin 2017). Ce nombre renforce, de notre point de vue, la capacité du dispositif à passer de la connaissance à l'action. Concernant la nature des décisions prises, nous observons qu'un grand nombre constitue effectivement des idées ou des processus innovants vis-à-vis de l'organisation (31) mais aussi des pratiques des formateurs (27). Enfin, cette même capacité d'innovation existe vis-à-vis de la dimension institutionnelle puisque 12 décisions concernent la politique de l'établissement. L'ensemble de ces éléments nous amène ainsi à confirmer une implantation de niveau 2.

Nous avons défini le 3ème niveau comme renvoyant à la capacité des transformations à se réaliser puis à se maintenir dans le temps. En effet, même si l'ensemble des décisions a été communiqué par écrit à la totalité des salariés, nous ne disposons pas d'un recul suffisant pour répondre à nos exigences à la date d'écriture de cette thèse. Nous ne pouvons en effet que témoigner de la réalisation des décisions 1, 3 et 5 du 2nd copil et 5, 6, 10 et 11 du 3ème copil pour l'année 2017, soit 7 décisions sur 31 :

<u>Copil 2 :</u>

1. L'organisation de la programmation pour la rentrée 2017 a effectivement été modifiée. Le copil a renoncé à une étude exhaustive de l'activité pour enclencher un processus d'amélioration continue fondé sur des indicateurs qui ont été définis à l'issue du 3ème copil et communiqués à tous
3. Les 2/3 des emplois du temps des formateurs ont été définis avant le départ en congés 2017, selon les éléments transversaux identifiés
5. Les 3 réunions visant à établir cette programmation ont été réalisées, selon les modalités définies (sauf concernant les axes du débat qui n'ont pas été respectés)

<u>Copil 3 :</u>

5. 20h de réunions de filière ont été impactées dans les agendas des formateurs selon un rythme de 2h par mois
6. L'ensemble des jeudis matins a été dégagé des emplois du temps des formateurs pour l'année scolaire 2017/2018

10. Les réunions pédagogiques et institutionnelles ont été programmées dans les emplois du temps et positionnées sur des jeudis matins pour l'année 2017/2018
11. 3 réunions réservées à la programmation de l'année 2018/2019 ont été implantées dans les agendas des formateurs dès cette année

Malgré le peu de recul dont nous disposons, nous pouvons toutefois déjà relever l'ampleur des innovations qui ont d'ores et déjà été réalisées. Enfin, à ce jour, nous pouvons également indiquer qu'un cahier des charges a été proposé au copil concernant les analyses de la pratique, la diffusion officielle de l'appel d'offre devant intervenir durant l'été 2017. De plus, un document présentant le cadrage des réunions de filières a été réalisé et mis en discussion auprès du copil, pour une transmission à l'ensemble des référents de filière dès septembre 2017. Enfin, une réunion de restitution de l'ensemble des travaux a été programmée auprès du CHSCT pour septembre 2017 tout comme une nouvelle réunion du copil pour définir les modalités de suivi des indicateurs validés ou encore une réunion auprès du futur directeur d'établissement qui prendra ses fonctions à la rentrée.

Finalement, l'ensemble des données dont nous disposons à ce jour nous permettent donc de conclure sur les points suivants :

> *En considérant l'implantation d'un dispositif d'innovation transitionnelle comme relevant de trois niveaux que sont sa capacité à passer de la connaissance à l'action de* transformation en premier lieu, la capacité des transformations à constituer des idées ou des processus innovants vis-à-vis des règles institutionnelles, organisationnelles et des pratiques dans un second lieu et enfin la capacité des transformations à se réaliser et se maintenir dans le temps en troisième lieu, nos résultats nous indiquent que :
> - *Un dispositif d'innovation transitionnelle permet d'atteindre une implantation de niveau 1* et 2
> - Nous ne disposons pas de données suffisantes pour conclure sur le 3ème niveau

Synthèse :

Nous avons débuté ce travail de présentation des résultats de cette dernière étude *en montrant qu'un dispositif d'innovation transitionnelle permet d'impliquer un maximum d'acteurs internes, notamment* les dirigeants supérieurs, mais aussi de les faire participer de manière active au processus. En cela, il constitue bien un dispositif à *haut niveau d'implication. En effet, nous avons vu qu'en son sein, ce sont* bien les acteurs qui se mobilisent et prennent en main la transformation des situations de travail et de *l'organisation en co*-construisant des projets innovants pour y parvenir. Ces *projets disposent d'un haut* niveau qualitatif en termes de prévention. Forts de ces résultats, nous avons été en capacité de conclure *qu'un dispositif d'innovation transitionnelle, au sein des différents espaces constitutifs d'une zone* proximale de développement, permet *bien aux acteurs internes de traverser les épreuves d'un dispositif de prévention en passant de la connaissance à l'action, cette action étant efficiente en termes de prévention et correspondant bien à la définition d'une innovation au sen*s de West & Far (1990). Cependant, contrairement à notre hypothèse de travail, la mobilisation cognitive observée auprès des *acteurs a relevé d'une alternance entre logiques primaire, secondaire et tertiaire,* une mobilisation que *l'on pourrait* ainsi qualifi*er de processus cognitif global, en référence à l'objet d'intervention global. Enfin, en considérant l'implantation d'un dispositif d'innovation transitionnelle comme relevant de trois niveaux que sont sa capacité à passer de la connaissance à l'action de* transformation en premier lieu, la capacité des transformations à constituer des idées ou des processus innovants vis-à-vis des règles institutionnelles, organisationnelles et des pratiques dans un second lieu et enfin la capacité des transformations à se réaliser et se maintenir dans le temps en troisième lieu, nos résultats nous ont *permis de confirmer l'atteinte des niveaux 1 et 2.*

Nous allons désormais achever notre propos en vérifiant que ce dispositif est efficient en termes de prévention de la *santé psychique au travail et qu'il a effectivement permis le déploiement d'activités* transitionnelles et de comportements innovants au travail (Janssen, 2000).

4.3.4 L'impact sur la santé psychique

Nous avons fait l'hypothèse qu'**un dispositif d'innovation transitionnelle constitue un dispositif de prévention de la santé psychique (H2.3).** Pour le vérifier, nous avons mobilisé deux types d'indicateurs : l'évolution d'un ensemble d'indicateurs de santé d'une part et les résultats à un questionnaire de vécu au travail (SUMER) proposé en amont de la démarche (septembre 2016) puis à son issue (fin juin 2017).

Les indicateurs de santé :

	Année scolaire 2014/2015	Année scolaire 2015/2016	Année scolaire 2016/2017
Nombre d'embauches	**3**	**4**	**2**
Départs :			
Fin de contrat	/	1	1
Démission	1	/	/
Licenciement	/	1	1
Total	**1**	**2**	**2**
Absences (en jours) :			
Maladie	576	457	240
Mi-temps thérapeutique	19	/	/
Accident du travail	/	/	14
Autres	7	88	5.5
Total	**602**	**545**	**259.5**

Tableau 78 : Evolution des indicateurs de santé sur trois années scolaires

L'évolution des indicateurs de santé montre qu'entre l'année scolaire 2014/2015 et l'année scolaire 2016/2017, année au cours de laquelle le dispositif d'innovation transitionnelle a été déployé, le nombre d'absences, toutes natures confondues, est passé de 602 jours à 259.5, soit une réduction de 43%. La réduction la plus significative concerne bien les absences pour maladie, qui sont passées de 576 à 240. En revanche, nous ne relevons pas de différence notable concernant l'évolution du nombre d'embauches ou de départs.

Questionnaire de santé psychique au travail :

Les échantillons des deux questionnaires sont les suivants :

	T1 (N=19)	T2 (N=12)
Fonctions		
Directeur	1	0
Directeur général	1	0
Formateur	15	12
Responsable des formations	1	0
Secrétaire général	1	0
Missions spécifiques supplémentaires (formateurs uniquement)		
Oui	12	11
Non	3	1
Nature de la mission supplémentaire		
Référence de filière	5	4
Coordination	6	2
En charge de semaines thématiques	11	7
Référence d'un domaine de compétences	9	9
En charge de la mise en stage	5	4
En charge des relations avec l'université	1	1
Ancienneté secteur formation	M=8.43 ; σ =7.07	M=8.33 ; σ =7.8
Age		
26-35 ans	2	0
36-45 ans	5	7
45-55 ans	6	2
Plus de 55 :	6	3
Ancienneté institut	M=6.08 ; σ = 4.40	M=7.08 ; σ =5,04
Genre		
Femme	10	6
Homme	9	6

Tableau 79 : Comparaison des échantillons des questionnaires SUMER avant et après la démarche

Concernant les résultats au questionnaire SUMER, voici la comparaison des moyennes entre la passation de septembre 2016 et de fin juin 2017 :

Items	T1 N=19		T2 N=12
Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles	M = 3.58 σ = .51	↗	3.66 .49
Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives	2.74 .81	↘	2.58 .51
Mon travail me demande d'être créatif	3.53 .51	↗	3.58 .51
Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même	3.32 .82	↘	3.25 .62
Mon travail demande un haut niveau de compétences	3.21 .71	↗	3.42 .51
Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail	1.74 .56	↗	1.75 .62

Dans mon travail, j'ai des activités variées	3.63 .5	↘	3.08 .67
J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail	3.05 .52	↘	3 .60
J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles	3.05 .52	↗	3.08 .51
Mon travail demande de travailler très vite	3.42 .61	=	3.42 .51
Mon travail demande de travailler intensément	3.47 .51	↗	3.75 .45
On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive	2.84 .76	↗	3.42 .51
Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail	1.74 .81	↗	1.75 0.97
Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes	2.47 .9	↗	3.08 .51
Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense	3.26 .56	↗	3.58 .67
Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard	3.47 .84	↗	3.58 .51
Mon travail est très bousculé	3.05 .71	↗	3.3 .65
Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail	2.47 .84	↘	2.41 .67
Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés	2.32 1	↘	2.08 .90
Mon supérieur prête attention à ce que je dis	2.47 1.02	↗	2.72 .79
Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien	2 1	=	2 .85
Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés	1.68 1	↗	1.83 .72
Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents	3.63 .5	↘	3.58 .51
Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt	3.05 .52	↗	3.08 .67
Les collègues avec qui je travaille sont amicaux	3 .67	↗	3.17 .39
Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener mes tâches à bien	2.95 .78	↘	2.83 .83
Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs (échelle[1] de 1 à 5)	2.37 1.42	↗	3.08 1.51
Je reçois le respect que je mérite de mes collègues (échelle de 1 à 5)	1.47 1.07	↘	1.33 .78
Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles (échelle de 1 à 5)	2.47 1.47	↘	2.42 1.56
On me traite injustement dans mon travail (échelle de 1 à 5)	1.68 1.29	↗	2.33 1.56
Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail (échelle de 1 à 5)	2.16 1.61	↗	2.33 1.50
Mes perspectives de promotion sont faibles (échelle de 1 à 5)	2.84 1.46	↗	3.25 1.29
Ma sécurité d'emploi est menacée (échelle de 1 à 5)	2.47 1.58	↘	1.83 1.40
Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation (échelle de 1 à 5)	1.79 1.4	↗	1.92 1.44

[1] 1 : D'accord, 2 : Pas d'accord et ça ne me dérange pas, 3 : Pas d'accord et ça me dérange un peu, 4 : Pas d'accord et ça me dérange, 5 : Pas d'accord et ça me dérange beaucoup

Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail (échelle de 1 à 5)	2.05 1.43	↗	2.5 1.73
Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes (échelle de 1 à 5)	2.42 1.5	↗	3.45 1.63
Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant (échelle de 1 à 5)	2.63 1.46	↗	3.42 1.31
Mon travail a du sens pour moi	3.33 .77	↗	3.75 .45
Mes proches me disent que je ne suis pas assez disponible à cause de mon travail	2.58 1.02	↗	3.08 1.08
Mes responsabilités familiales sont un obstacle à mon épanouissement professionnel	1.63 .76	↘	1.5 .67
Au cours des 12 derniers mois, dans mon travail, il m'est arrivé de devoir faire des choses qui heurtaient ma conscience professionnelle ou mes valeurs personnelles[1]	1.89 1.1	↗	2.25 1.14
Dans mon travail, je vis des situations de tensions avec les étudiants	1.74 .81	↗	1.75 .62
Dans mon travail, je vis des situations de tensions dans les rapports avec les partenaires	1.63 .76	↗	1.67 .49
Dans mon travail, il m'arrive de travailler certains jours ou certaines semaines plus longtemps que l'horaire officiellement prévu	3.11 .57	↘	3.02 .63
Ce temps supplémentaire permet mon épanouissement professionnel	1.89 .74	↘	1.33 .65
Ce temps supplémentaire empiète sur mon épanouissement familial	2.58 .96	↗	2.75 .87
Ce temps supplémentaire empiète sur mon épanouissement social	2.53 1.07	↗	2.67 0.98
Comment jugez-vous votre état de santé général[2] (échelle de 1 à 5)	3.58 .84	↘	2.45 .69
Pensez-vous que votre travail influence votre santé[3] (échelle de 1 à 3)	1.89 .94	↗	2.64 .81
Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de mon travail[4]	2.63 .76	↘	2.5 .53

Tableau 80 : Evolution des résultats au questionnaire SUMER avant et après la démarche

Sur l'ensemble des variables composant le questionnaire, 19 présentent une évolution positive (signalées via les flèches vertes), 29 une évolution négative (signalées via les flèches rouges) et enfin deux variables sont équivalentes. Pour autant, nous voyons d'une part que les écarts de moyenne sont minimes et d'autre part que l'échantillon du temps 2 est bien plus faible que celui du temps 1. Aussi, afin d'analyser finement ces résultats et notamment les différences entre les temps 1 et 2, nous avons comparé les échantillons appariés en conservant uniquement les sujets qui ont répondu aux deux temps. Ils sont au nombre de 11. Nous avons ensuite utilisé le test de student afin de vérifier si les différences sont significatives, en nous situant dans le cadre d'une

[1] 1 : Jamais, 2 : Une fois, 3 : Parfois, 4 : Souvent

[2] 1 : Très bon, 2 : Bon, 3 : Moyen, 4 : Mauvais, 5 : Très mauvais

[3] 1 : Oui mon travail est bon pour ma santé, 2 : Non, mon travail n'influence pas ma santé, 3 : Oui mon travail est nocif pour ma santé

[4] 1 : Tout à fait d'accord, 2 : D'accord, 3 : Pas d'accord, 4 : Pas du tout d'accord

hypothèse unidirectionnelle. Nos résultats révèlent des différences significatives pour sept variables sur les 50 composant le questionnaire :

Variables	Moyenne T1	Moyenne T2	Seuil de significativité
Dans mon travail, j'ai des activités variées	3.55	3.09	t (10) = 2.19 ; p = 0.03
On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive	2.82	3.36	t (10) = -2.21 ; p = 0.03
Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail	1.27	1.81	t (10) = -1.94 ; p = 0.04
Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés	1.18	1.82	t (10) = -3.1 ; p = 0.01
Ma sécurité d'emploi est menacée (échelle de 1 à 5)	2.55	1.73	t (10) = 1.94 ; p = 0.04
Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes (échelle de 1 à 5)	2.8	3.5	t (10) = -2.1 ; p = 0.03
Mon travail a du sens pour moi	3.4	3.7	t (10) = -1.96 ; p = 0.04

Tableau 81 : Comparaison des résultats du questionnaire entre le temps 1 et le temps 2

Concernant ces 11 formateurs, nos résultats indiquent donc peu de différences significatives entre les deux temps de mesure mais révèlent également que parmi ces écarts, certains renvoient à une dégradation du rapport au travail. Finalement, seules quatre variables témoignent d'une évolution positive et significative entre les temps 1 et 2 : le fait de disposer du temps nécessaire pour faire correctement son travail, la capacité du supérieur à faire collaborer ses subordonnées, le sentiment d'insécurité de l'emploi et enfin, le sens du travail.

Bien que ces résultats soient limités au regard de la faiblesse de l'échantillon apparié, nous pouvons toutefois relever un paradoxe important entre ces données, qui pourraient indiquer une incapacité du dispositif à protéger la santé psychique au travail, et les résultats tout à fait positifs du taux d'absentéisme (- 43%). Nous y voyons deux explications : la première est pratique. Si le dispositif a permis aux acteurs de passer de la connaissance à l'action transformatrice, il est clair qu'à cette étape du dispositif, leur quotidien de travail ne s'est que peu transformé. Cela renvoie à la limite que nous avons signalée dans le paragraphe précédent concernant le niveau 3 d'implantation. Il est donc compréhensible que leur appréciation des conditions du travail n'ait pas évolué favorablement. Nous pourrions même tout à fait comprendre que cette appréciation se dégrade, le dispositif ayant effectivement révélé un ensemble de tensions

traversant l'activité via les analyses du travail qui visaient à confronter les écarts entre les désirés et le réel. Pour autant, malgré cet état de fait, le taux d'absentéisme a très fortement diminué : malgré la non évolution de l'appréciation des conditions du travail, les formateurs ont été en capacité de supporter les épreuves imposées par leur travail bien plus que les autres années. Winniccott est en effet très clair quant à l'activité transitionnelle : celle-ci ne se situe ni dans une réalité intérieure, ni dans une réalité extérieure, elle appartient à une troisième aire. En ce sens, ces résultats nous semblent en accord avec les hypothèses formulées à l'égard de l'activité transitionnelle : celle-ci, située au sein de l'espace transitionnel, permet au sujet de faire face « au drame de la vie ordinaire » mais elle n'est ni totalement intérieure ni totalement extérieure. Or, le questionnaire mesure bien une opinion (donc un élément intérieur) vis-à-vis du travail (donc un élément extérieur). La non observation d'un effet du dispositif sur ce type d'indicateurs se comprend donc. En revanche, l'observation d'un fort impact sur l'absentéisme témoigne bien de la capacité du dispositif à aider les salariés à faire face aux épreuves du travail.

> *Nous dirons donc que l'évaluation de l'impact d'un dispositif d'innovation* transitionnelle sur la santé au moment précédant la réalisation de la plupart des *innovations et la transformation du quotidien de travail, révèle qu'il a bien été en mesure* de permettre aux acteurs internes de faire face aux épreuves du travail, quand bien même *leur appréciation des conditions du travail n'a pas favorablement évolué.*
>
> *Ce résultat semble cohérent avec la nature du dispositif et l'activité transitionnelle que* les acteurs internes ont été amenés à développer.
>
> *Nous pouvons en revanche faire l'hypothèse que la poursuite du processus d'innovation et notamment la réalisation d'un plus grand nombre d'entre elles ainsi que leur* routinisation devraient permettre, à termes, *d'observer une évolution significative des* appréciations des salariés quant aux conditions du travail.

4.3.5 Nature du dispositif

Pour évaluer les effets du dispositif d'innovation transitionnelle, nous avons observé un ensemble d'indicateurs en lien avec l'efficience des démarches de prévention et avec le développement de la santé psychique. Il s'agissait en effet de vérifier la pertinence d'un tel modèle au regard de notre objectif d'amélioration des interventions de prévention de la santé psychique au travail. Il nous reste cependant à confirmer que ces effets sont bien le fait des phénomènes que nous avons cherché à implanter au cours du processus, à savoir des comportements innovants d'une part et des activités transitionnelles d'autre part.

4.3.5.1 Comportements innovants

Le comportement innovant au travail (CIT) a été défini par Janssen (2000) comme « la *génération, l'introduction et l'application intentionnelle d'une idée dans un rôle de travail, un groupe ou une organisation afin d'améliorer la performance du rôle, du groupe ou de l'organisation* ». Sur la base de l'évaluation de trois phases que sont la génération des idées, leur promotion et enfin leur réalisation (Colaianni et coll., 2012), le CIT peut être mesuré au travers d'une échelle (Janssen, ibid) qui a déjà été utilisée dans de nombreux travaux (Picci & Battistelli, 2007). Elle propose 9 questions mesurées selon une échelle de Likert en 5 intervalles : 3 questions concernant la génération d'idées, 3 concernant la promotion des idées et 3 concernant la réalisation des idées. L'échelle dispose d'une bonne validité interne (α = 0.94). Nous avons donc inclus cette échelle dans le questionnaire transmis aux salariés avant et après la démarche. Voici les résultats :

	T1 (N=19)	T2 (N=12)
Génération d'idées	M = 3.72 σ = .47	M = 3.81 σ = .44
Promotions d'idées	M = 3.23 σ = .65	M = 3.35 σ = .79
Réalisations d'idées	M = 3.23 σ = .85	M = 3.22 σ = .90
Score CIT	M = 3.39 σ = .51	M = 3.43 σ = .61

Tableau 82 : Evolution des comportements innovants au travail avant et après la démarche

Pour compléter ces résultats, nous avons cherché à identifier des différences significatives entre les mesures en temps 1 et temps 2 concernant notre échantillon apparié de 11 sujets. Aucune significativité n'a été trouvée. Pour autant, nous observons tout d'abord que les scores présentés par notre échantillon en T1 sont tout à fait élevés : l'échelle de Janseen mesure en effet ses indicateurs au travers d'une échelle de Likert à 5 intervalles. Le milieu de la moyenne est donc de 3. L'ensemble de nos résultats en T1 y est supérieur et ces moyennes ont toutes progressé en T2, à l'exception du score intermédiaire de réalisation d'idées. De même, concernant les 11 formateurs composant notre échantillon apparié, les scores recueillis ont tous augmenté entre le temps 1 et le temps 2, même si cet écart n'est pas suffisant pour être significatif.

Comparaison des scores moyens entre T1 et T2 sur l'échantillon apparié (n=11)	T1	T2
Générer de nouvelles idées pour résoudre des questions difficiles	3.91	4.1
Créer de nouvelles méthodes de travail, techniques, outils	3.18	3.55
Générer des solutions originales à des problèmes	3.64	3.73
Génération d'idées	**3.79**	**3.79**
Mobiliser le soutien des autres pour vos idées innovantes	3.45	3.72
Obtenir l'approbation des autres pour des idées innovantes	3.36	3.73
Susciter l'enthousiasme des responsables de l'établissement pour des idées innovatrices	2.27	2.36
Promotion des idées	**3.03**	**3.39**
Transformer des idées innovatrices en applications utiles pour le travail	3.09	3.27
Introduire systématiquement de nouvelles idées dans l'environnement de travail	3.27	3.54
Evaluer l'utilité des idées innovatrices proposées	3	3.09
Réalisation des idées	**3.12**	**3.30**
Score global CIT	**3**	**3.89**

Tableau 83 : Comparaison des scores de comportement innovant entre le temps 1 et le temps 2

Au regard de ces résultats, il nous semble possible de dire :

> Notre population initiale présentait des scores élevés de comportements innovants au travail, *ceci avant même le déploiement du dispositif d'innovation transitionnelle.*
>
> *A l'issue du dispositif, nous observons bien une augmentation de ces scores sans* toutefois être en mesure de la caractériser comme étant de significative.

4.3.5.2 Activités transitionnelles

Pour témoigner de l'existence d'activités transitionnelles, nous avons identifié un certain nombre d'indicateurs à partir de la théorie développée par Winnicott (2000/1969) puis avons observé s'ils étaient présents au sein des différents espaces constituant la zone proximale de développement. Nous avons fait le choix de ne présenter ici que des extraits portant sur les copil 1 et 2. Ces deux espaces-temps nous semblent en effet les plus directement concernés par l'activité transitionnelle dans la mesure où c'est en leur sein que les épreuves étaient les plus importantes : mixité salariés/direction, responsabilité de la représentation d'autrui, nécessité de passer de la connaissance à l'action de transformation, de la posture critique/passive à la posture constructive, confrontation au travail réel, épreuve de la controverse professionnelle, responsabilité des décisions prises et des compromis réalisés. Nous avons choisi de ne pas présenter de séquences issues du 3ème copil d'une part afin de ne pas alourdir notre propos et

d'autre part car les analyses du travail qui y ont été restituées portaient sur des projets qui ne transformaient pas directement l'organisation du travail (instauration d'analyse de la pratique – niveaux de prévention III et II ; création d'un parcours d'intégration des formateurs – niveau de prévention II). Pour plus de clarté, nous soulignerons directement dans le texte, les indicateurs que nous avons observés.

Selon Winnicott (2000/1969), l'activité transitionnelle est réalisée sur l'objet transitionnel au sein d'une aire intermédiaire, non totalement interne, non totalement externe. Elle permet le mouvement de la relation à l'objet (ancrée dans l'expérience subjective) à l'utilisation de l'objet (ancrée dans l'expérience vécue). Cette transition nécessite en premier lieu une résistance de l'objet pour mettre fin à l'union du sujet avec lui (fin de l'illusion d'omnipotence) puis une activité transitionnelle autour d'un objet lui-même transitionnel, afin de supporter ce qui s'impose alors : un « *écart dramatique entre ce qui est donné et ce qu'on attend, ce qu'on espère* » (Reille-Baudrin, 2011, p47). Pour cela, l'objet transitionnel doit être reconnu socialement, une reconnaissance visible par la répétition de son utilisation et l'alliance des représentations de chacun (du social), afin d'aboutir à un partage des illusions combinant ce qui est désiré et ce qui est réel, y compris dans les formes les plus éprouvantes. Cette rencontre témoigne de l'aire intermédiaire puisque le créé rencontre le donné dans un réel partagé qui permet que tous se sentent concernés par l'objet transitionnel et en deviennent conjointement responsables. En son sein, les phénomènes transitionnels se révèlent pas l'usage qui est fait de l'objet (supporter le drame ordinaire de la vie), sa fonction (lutter contre l'angoisse et supporter toute une palette d'affects), la technique mobilisée (genre de gestes hérités du social) et l'agir créatif. Cette créativité située existe dès lors que l'acte n'est pas simple réponse à un stimulus extérieur et renvoie à une volonté de « chercher à atteindre », dès lors que « *l'on emploie le mot* « faire » (Winnicott, 1988/1986, p43). On observe ainsi que « *l'objet trouvé se trouve développé par son usage, transformé par le créé* » (Reille-Baudrin, ibid, p85).

La construction du partage des représentations a été particulièrement recherchée durant le 1er copil. Il s'agissait en effet, via notre animation autour du travail des orientations des innovations, de permettre à ses membres de combiner leurs illusions entre ce qui est désiré et ce qui est réel. Pour rappel, les orientations définies à l'issue des groupes de génération d'idées étaient les suivantes :

- Orientation 1 : Aller vers un modèle de programmation qui pose un cadre inter-établissements et permet l'adaptation aux réalités locales

- Orientation 2 : Aller vers des temps collectifs entre formateurs permettant des échanges sur les pratiques (régulation des difficultés et partage des expériences positives)
- Orientation 3 : Aller vers une valorisation, un partage et une capitalisation des expériences positives, des expertises, des savoirs, …
- Orientation 4 : Aller vers un plan de charge qui évite le morcellement et remette le sens du travail au centre
- Orientation 5 : Aller vers un engagement individuel et collectif vers le mieux et bien vivre ensemble
- Synthèse des orientations : Aller vers une organisation d'intelligence collective qui permet une répartition des rôles de chacun et l'articulation la plus efficiente pour la valorisation de la richesse de … (nom de l'établissement) et le meilleur service rendu aux étudiants

Voici une première séquence témoignant de cette activité des acteurs à propos des orientations : (en rouge sont soulignés les propos relevant d'une alliance des représentations, en bleu les échanges témoignant d'une reconnaissance sociale partagée et en vert, les agirs créatifs)

Participants	
F[1]. 1. Tour de parole 1	« Moi j'ai une observation, notamment sur la 1ère, de mon point de vue, ça ne reflète pas totalement les séances sur lesquelles j'ai participé. Pour moi, on a posé les problèmes du point de vue de la pédagogie et du projet pédagogique partagé et non pas le modèle de programmation. C'est-à-dire que l'outil, ce n'est pas le problème de fond. L'outil c'est d'abord le problème du projet pédagogique, de contenu pédagogique […]
F. 2 Tour 2	Je suis assez d'accord avec ce que dit F. 1. Là on parle de l'outil. Je pense qu'avant ça, on a bien évidemment abordé la question de la pédagogie et du sens, et de cette fameuse intelligence collective mise au service de ce sens.
I[2] Tour 3	La reformulation serait de parler davantage d'organisation du travail ? […]. Donc une organisation du travail qui permette la qualité pédagogique, le travail pédagogique ?
F. 1 Tour 4	C'est pour ça qu'on avait avancé l'idée d'intelligence collective […]
Dir sup 1[3] Tour 5	Je ne retrouve pas dans les orientations, le management de l'activité. On peut avoir une très belle organisation, sauf que s'il n'y a pas quelqu'un qui pilote le tout, en tous cas qui en est le garant, qui fait pour que ça fonctionne […]. Donc moi je rajouterai, comment est managé ; et ça peut être un management partagé, ce n'est pas forcément autoritaire comment cela est managé pour permettre cette intelligence collective au service du projet. Mais il y a cet aspect de structurer le management de l'activité, et dans le temps. Et puis 2ème chose que j'avais repérée et dit dans les groupes managers, il faut qu'on aboutisse à avoir, je ne sais pas si c'est une définition, mais il faut qu'on arrive à être en accord sur ce qu'on entend par formateur. Qu'est-ce que l'identité du

[1] F = formateur

[2] I = Intervenant

[3] Dir sup = dirigeant supérieur (directeur général, secrétaire général et vice-président). Pour des raisons de confidentialité, nous ne détaillerons pas qui dit quoi parmi ces 3 dirigeants supérieurs.

	formateur ? Après j'étais aussi sur la question ; parce que c'est aussi un climat social qui existe ici, la question de comment on crée les conditions de la confiance collective?
I Tour 6	J'entends cette question de la place de la pédagogie qui n'est peut-être pas assez traduite dans les orientations puis cette autre question du management : comment est managé cette organisation d'intelligence collective ?
F. 1 Tour 7	Je suis en accord avec ce que dit M Dir sup 1 mais en même temps, la question du management, elle est incluse dans une organisation d'intelligence collective. C'est-à-dire qu'on ne manage pas une organisation d'intelligence collective, on la crée collectivement […] M Dir sup 1 parlait de l'identité du formateur, c'est une vraie question. Quand on ne sait plus ce qu'on doit véritablement faire, quand tout est brouillé parce qu'il n'y a plus les espaces pour le faire, il y a un flottement où plus personne ne sait ce qu'on attend du formateur. […]. Mais je dirai presque, comme on a tous participé à un certain nombre de réunions, on a tous été les responsables du cadre. Je pense qu'on est tous garants du cadre, la question c'est comment on construit collectivement ce cadre. Je pense qu'on est tous en capacité d'être les garants d'un cadre que nous avons nous-mêmes construit en fonction de nos besoins.
F. 3 Tour 8	Ce qui moi m'amène à dire, dans l'orientation 4 où moi je voyais sous-entendu la question du management, elle serait à reformuler pour que le plan de charge ne vienne bien qu'en étant un outil. Pour moi le point 4 doit être centré sur la question du management, et du coup redéfinir à mon sens, à cette occasion-là, une question presque de droit et de devoir du manager et du formateur. Pour moi le point 4 c'est vraiment une question de management, une nécessité de …, alors il y a multiples têtes pensantes mais en tous cas, il y a une tête pensante qui dirige.
Dir sup 2 Tour 10	Il y a peut-être quelque chose qu'il faudrait clarifier mais pour moi, orientation 1, 2, 3, 4, 5, ça n'a pas de caractère prioritaire. A partir de là, puisqu'on est dans une orientation, aller vers, il faudrait plutôt essayer de les retrouver dans l'infiniment petit, le concret des innovations. Voilà, comme vous disiez, on a tous mis autour de la table du temps, de l'intérêt à ce travail-là, donc ce n'est pas maintenant qu'on va mettre un coup de pied dans le cadre. […] On va hiérarchiser la mise en œuvre des outils, des innovations, en veillant à y retrouver tout ou partie de ces orientations, c'est ça qui m'intéresse. C'est vrai que pour moi, ces mots, ces orientations […], je les mettrai plus en dynamique avec les innovations qu'on va mettre au travail. »
Dir sup 1 Tour 11	Alors je suis d'accord mais je voudrais rester cohérent […] il y a eu des mots de posés qui ont peut-être fait souffrance aussi, donc ce terme de management, je veux qu'il apparaisse. F. 1. dit une organisation, d'accord mais bien sûr qu'elle est managée derrière. Il faut qu'on mette les mots.
F. 1 Tour 12	Oui on est d'accord, moi je suis le 1er à dire qu'un responsable de structure comme ici, il doit assumer un certain nombre de responsabilités et qu'on doit retrouver le fait qu'il crée les conditions les plus harmonieuses possibles pour que les gens puissent travailler, avec des axes. »

Tableau 84 ***: Travail d'alliance des représentations, extrait 1 du 1er*** **copil (rouge : alliance des représentations ; bleu : reconnaissance sociale partagée ; vert : agir créatif)**

A partir du 7ème tour de parole, on remarque très nettement une première alliance des représentations : en partant de la formulation proposée par la 1ere orientation (objet-trouvé, donné par le social constitué par les groupes de génération d'idées) puis en confrontant cette illusion (tours 1 à 5), ils parviennent finalement à partager l'idéal que représente une organisation d'intelligence collective mais le mettent également à l'épreuve du réel : perte d'identité dont souffrent les formateurs, enjeu du management pour la faire vivre, des mots

posés « qui ont peut-être fait souffrance », ou encore l'absence de sens partagé du travail. Finalement aux tours 8, 11 et 12, les acteurs valident cet idéal : une organisation d'intelligence collective pilotée par un management adapté à une telle philosophie où formateurs et managers ont « un ensemble de droits et de devoirs » et dans laquelle tous pensent mais un seul pilote ces intelligences et « crée les conditions les plus harmonieuses pour que les gens puissent travailler ». On voit bien ici, le travail de l'objet donné (la formulation de l'orientation), qui se confronte à la réalité et ses épreuves puis est recréé une première fois, formant une illusion partagée combinant le donné et le réel. De même, on peut remarquer, en bleu dans le texte, des propos qui témoignent de la responsabilisation des acteurs et rendent compte de la reconnaissance sociale partagée autour de cet objet-créé. D'ailleurs, vers la fin de la séquence apparaît un premier agir créatif (en vert dans le texte) ; le dirigeant supérieur 2 témoignant bien d'une volonté d'atteindre dans son propos.

Voici l'extrait d'une nouvelle séquence intervenue dans cette même phase d'animation. Les membres du copil mettent cette fois au travail la 5ème orientation[1]:

F. 2 Tour 20	« Le 5ème point continue à me poser question dans sa formulation, alors je ne sais pas exactement où mais il y a une forme de… un engagement individuel et collectif, je ne sais pas, il y a quelque chose qui manque.
F. 4 Tour 21	Plutôt que la question de l'engagement, c'est la question des valeurs partagées peut être, ce sont elles qui seraient peut-être garantes de ça, parce qu'engagés, on l'est.
F.2 Tour 22	Voilà, donc c'est plutôt créer les conditions pour qu'il y ait un processus d'engagement individuel et collectif vers …
F. 1 Tour 23	Pour en revenir à cette question de l'organisation d'intelligence collective, il me semble que ça nécessite de revenir sur un certain nombre de valeurs, c'est-à-dire qu'on a traversé des périodes de crise dans lesquelles moi, il y a des choses qui m'ont heurté. C'est-à-dire autant je peux être un opposant irréductible quand je pense que des choses essentielles sont attaquées, autant, je pense qu'il y a des choses sur lesquelles il faut faire très attention. Je pense par exemple à certaines attaques personnelles, des choses qui dépassent le cadre professionnel et qui viennent heurter les personnes […]. Et à mon sens, il n'est pas inutile de revenir sur cette question de « c'est quoi la nature de cet engagement ? » On peut être engagé professionnellement mais aussi sur le plan humain tu vois ? Y'a peut-être aussi besoin de reposer certaines limites car moi je pense que dans les périodes de crises qu'on a traversées, des limites ont été dépassées […]. On peut dire très fermement ce qu'on pense d'un projet, de choses qui se mettent en place ; on me connaît ; et d'argumenter mais attaquer des personnes, ce sont des choses qui moi, me semblent insupportables. Que ça vienne de la direction ou que ça vienne des salariés, moi ça me heurte.
F. 2 Tour 24	C'est pour cela, créer les conditions, ça veut dire un processus, ça veut dire quelque chose qu'il va falloir qu'on rebâtisse, qu'on redétermine, c'est un mouvement quoi.
F. 1 Tour 25	Et pour moi ça pose vraiment la question des espaces dans lesquels ça, ça peut se mettre au travail. Collectivement, comment on va sortir de la période dans laquelle on est, avec toutes les blessures ?

[1] Orientation 5 : Aller vers un engagement individuel et collectif vers le mieux et bien vivre ensemble

Dir sup 1 Tour 26	[…] Savoir dépasser ce qu'on a vécu, savoir l'exprimer, le médiatiser
Dir sup 2 Tour 27	Moi je reste aussi sur un copil d'un démarrage de processus. J'espère qu'on aura des réponses à ces questions à l'issue des innovations, qu'on aura des choses comme ça, qui nous permettront de passer à l'étape 2 puis à l'étape 3. On s'est mis d'accord tous ensemble. On a encore des questions mais on va tous mettre en œuvre les innovations et puis, et en étant attentifs à ce que telle ou telle innovation éclaire telle ou telle question. »

Tableau 85 ***: Travail d'alliance des représentations, extrait*** **2 du 1er copil (rouge : alliance des représentations; bleu : reconnaissance sociale partagée ; vert : agir créatif)**

A nouveau, on constate une mise au travail de l'objet donné proposé par l'orientation 5, sa confrontation au réel (« on est engagé », « *la nécessité de créer les conditions pour qu'il y ait* engagement », « la période de crise traversée [durant laquelle ont eu lieu] des attaques personnelles [qui sont] insupportables [et qui ont] heurté les personnes »), et qui aboutit à un nouvel objet-créé partagé par tous et que l'on pourrait résumer par la ré-introduction de valeurs dans le quotidien de travail (en rouge dans le texte). Cette première forme d'objet-créé engendre deux nouveaux agirs créatifs. Tours 24, 25 et 26 : déterminer des espaces et agir pour sortir des blessures. Tour 27 : mettre en œuvre les innovations.

Afin de renforcer cette alliance des expériences illusoires générées lors de ce 1er copil, une séquence complète d'animation était consacrée à la re-présentation des objets-créés et au travail de la liaison désirés-réel, ceci en amenant les acteurs à réfléchir aux indicateurs qui permettraient de les atteindre. Ce travail autour de l'idéal de l'objet a abouti à la production de 30 propositions concernant l'orientation 1, 16 pour l'orientation 2, 17 pour l'orientation 3, 10 pour l'orientation 4 et enfin 17 concernant l'orientation 5. Pour conserver la clarté de notre propos relatif à l'observation d'activités transitionnelles, nous ne reportons pas ces données ici mais en annexe 4. Le lecteur pourra toutefois observer très clairement, dans la formulation même de ces indicateurs, à quel point ils relèvent bien souvent d'un idéal désiré élaboré à partir d'un 'drame' du quotidien.

La seconde partie du 1er copil était animée de manière à lancer une activité transitionnelle. Concrètement, après la validation des orientations, tous les projets issus des groupes de génération d'idées ont été présentés (donnés) au copil (tableau 42). Il s'agissait alors de les amener à élire ceux avec lesquels ils décideraient de travailler (jouer) afin de renforcer la reconnaissance sociale. Il leur était ensuite demandé de les travailler en définissant les contours (les formes) afin de valider les phases d'analyse de l'activité et d'expérimentation (de l'objet donné à l'objet créé + sollicitation du genre technique hérité). Voici un nouvel extrait témoignant de cette activité :

	Rappel de l'animation : Le copil a donc validé la mise au travail de l'innovation consistant en ... Cette innovation visait à atteindre l'objectif de (orientation). La modélisation imaginée par les groupes de travail vous semble-t-elle expérimentable telle que ? Ou que pourriez-vous imaginer pour la compléter ?
	Silence de 32 secondes
F. 3 Tour 1	« Moi j'aurai tendance à mettre en lien le 1[1] avec la question du management. […] La 1ère innovation […]. Aujourd'hui, si le travail n'est pas organisé avec un management qui cadre bien, je ne vois pas bien ce qui peut être fait. Avec les missions de chacun, etc. Si les formateurs peuvent se réunir, avoir un espace zen, … il faut d'abord qu'il y ait un cadre de management. C'est une nécessité.
	Silence 7 secondes
F. 3 Tour 2	Pour moi, le 1 et le 2 sont liées. La question des réunions… enfin moi je ne peux pas les dissocier. Justement, s'il y a un cadre de management, ça veut dire qu'il y a des réunions, un ordre du jour, un cadre précis…
Dir sup 2 Tour 3	Ce n'est pas possible. On va pas lancer des réunions si on ne sait pas dans quels cadres elles rentrent. On est bien d'accord que les réunions, si elles ne rentrent pas dans un cadre, elles ne vont pas plus trouver de sens qu'avant. L'étape 1, c'est la reformulation de l'infrastructure et tout le reste ne pourra découler qu'à partir du moment où l'infrastructure hiérarchique, organisationnelle, structurelle aura été validée. Le 1 doit être passé pour déclencher le 2. Par contre, on peut avancer sur le 3, le 4, etc… Le travail sur les valeurs est complètement déconnecté. Le travail sur l'outil interne, on peut s'y mettre. Mais 2 ne peut s'enclencher que quand 1 est finalisé. Moi c'est cette priorité qui me parait logique.
F. 2 Tour 4	Oui, puis le 1 et le 2 vont aller avec le 4. Le management, les temps de travail collectif vont permettre une programmation et un plan de charge qui remettent le travail au centre
Dir sup 2 Tour 5	Le bloc cohérent, c'est 1, 2, 4. Une fois que le 1 est passé, on va pouvoir finaliser le 4. Et en même temps, comme on aura avancé sur le 2, on pourra avancer sur la programmation. La logique, c'est 1 avant 2, 1 et 2 avant 4. Après tout le reste, on peut avancer. 3 il est déclinable rapidement. […]
Dir sup 1 Tour 10	Ca me demande un peu de réflexion. Sur le 1er projet, je mettrai que ça doit être fait pour la rentrée prochaine. Ca doit être opérationnel dès la rentrée […]
F. 3 Tour 21	L'idée, c'est de se dire qu'il y avait une nécessité clairement de réorganiser, parce que sinon, on ne pourra que modifier des choses qu'à la marge.
F. 1 Tour 23	La question du management oui si on le pense en globalité, qui fait quoi, la répartition des rôles des uns et des autres. Et la question de l'outil pédagogique mais pour moi, ça va de paire car les responsabilités sont aussi liées à l'outil pédagogique.
I. Tour 24	Peut-on dire que le copil est unanime sur le choix du 1er projet comme une priorité ?
Tous	Validation
F. 1 Tour 26	Ca rejoint aussi nos urgences car on doit continuer la programmation tout en programmant déjà pour l'année prochaine.
F. 3 Tour 27	Il va falloir un peu bidouiller

[1] Orientation 1 : Aller vers un modèle de programmation qui pose un cadre inter-établissements et permet l'adaptation aux réalités locales, Orientation 2 : Aller vers des temps collectifs entre formateurs permettant des échanges sur les pratiques (régulation des difficultés et partage des expériences positives), Orientation 3 : Aller vers une valorisation, un partage et une capitalisation des expériences positives, des expertises, des savoirs, …, Orientation 4 : Aller vers un plan de charge qui évite le morcellement et remette le sens du travail au centre , Orientation 5 : Aller vers un engagement individuel et collectif vers le mieux et bien vivre ensemble

Dir sup 2 Tour 28	On peut bidouiller pour les filières … et se mettre sérieusement au travail sur les filières dont on sait qu'elles ne seront pas impactées par la LMDisation[1]. Avec aussi la question de la disponibilité de formateurs entre initiale, continue et recherche
Dir sup 1 Tour 30	Oui faut qu'on se prépare pour redémarrer la rentrée dans des conditions sereines, efficaces et structurées.
Dir sup 2 Tour 31	Il devra être assez rapidement clair au niveau de la responsabilité institutionnelle d'autant que le modèle d'organisation devra servir à recruter, donc il faut un affichage suffisamment tôt pour que le DG ou la tête soit embauché sur ce modèle-là.
Tous	Validation générale

Tableau 86 : Travail des objets donnés, extrait 3 du 1er copil (rouge : alliance des représentations ; bleu : reconnaissance sociale partagée ; vert : agir créatif)

Durant cette séquence, on voit tout d'abord à nouveau apparaître, en rouge, les objets reconnus par le social que constitue le copil : une nouvelle organisation managée selon les principes décrits plus haut. Après deux temps de silence relativement longs, la retranscription montre le travail de recomposition entrepris par les membres du copil et le débat autour des formes des objets donnés par les groupes de génération d'idées. Ils parviennent ainsi à se mettre d'accord sur la forme du 1er projet innovant (1er objet-créé) qui est finalement une combinaison des projets 1, 2 et 4, qui leur ont été donnés. Les tours 26 à 28 montrent également que cet objet est aussi construit à partir du réel (rejoint leurs urgences à programmer pour la rentrée prochaine, nécessité de « bidouiller », articulation avec la perspective de la LMDisation). Enfin, en vert, on remarque à nouveau des agirs créatifs : « faire » le travail d'identification de « qui fait quoi » puis « faire » des conditions « sereines, efficaces et structurées » pour la rentrée ou encore « faire » le lien avec le recrutement du directeur général et directeur d'établissement à venir.

Des séquences identiques ont été identifiées pour chacun des projets (objets-créés) finalement validés lors de ce 1er copil même si nous n'avons pas la possibilité de les présenter ici dans leur ensemble. Ceci étant, ces différents extraits nous permettent, nous semble-t-il, de montrer un ensemble de processus intersubjectifs relevant d'une activité transitionnelle. Pour autant, nous pouvons aussi remarquer la prévalence des phénomènes participant d'une affinité des expériences illusoires, c'est-à-dire du partage des représentations entre les désirés et le réel. Des agirs créatifs ont été observés mais restent tout de même plutôt généraux, même s'ils se précisent au fur et à mesure des séquences d'animation. Nous pourrions ainsi les qualifier d'une créativité caractérisée « par sa force idéative, libérée des con*traintes liées à l'existant […]* » (Battistelli, 2014, p339). Le peu d'ancrage dans le réel montre bien que ces processus ne sont pas encore suffisamment poussés pour permettre l'innovation, c'est-à-dire « un processus plus complexe qui nécessite une transformation des idées créées en produits, services ou

[1] Terme renvoyant à la réforme à venir, exigeant aux formations de répondre aux critères des formations universitaires

procédures » (Battistelli, ibid, p339). A ce stade, nous dirons que nous observons davantage une amorce des membres du copil dans le passage conduisant de la connaissance à l'action plutôt qu'à un véritable engagement dans la transformation. De tels résultats nous semblent toutefois normaux à cet instant, les analyses du travail devant les confronter plus directement à l'épreuve du réel et faire davantage appel aux genres hérités, et ainsi engendrer des activités transitionnelles permettant cette fois, d'aboutir à des objets-créés ancrés dans l'environnement.

Le second copil débutait par un rappel des orientations, des projets construits et de leurs objectifs et enfin, des activités qu'il était nécessaire d'étudier par l'intermédiaire des analystes, tous ces axes ayant été validés en première instance. Le programme de leur formation était ensuite présenté ainsi que la méthodologie utilisée pour réaliser les analyses du travail. Enfin, celles-ci étaient présentées. Nous retranscrivons, ci-dessous, la séquence d'échanges suivant la restitution des analyses du travail du projet 1[1] (les propos témoignant d'une confrontation au réel sont soulignés en marron) :

F. 3 Tour 1	« Pour ma part, je ne suis pas sûr de comprendre ce qu'il y a derrière disparition de la frontière entre responsable d'établissement et pédagogique.
Analyste 1	De mémoire, c'est l'un des points sur lequel on a échangé : à partir du moment où on a mis en place un codir qui réunissait responsable d'établissement et pédagogiques, dans ce qui nous était restitué, c'est qu'il y avait beaucoup de tensions entre le directeur et les responsables pédagogiques (Resp péd). L'arrivée du DG a conduit à un nouvel arbitrage dans lequel le directeur mettait les mains dans beaucoup de choses qui étaient avant dans celles des Resp péd. Il y avait aussi une confusion dans les rôles des uns et des autres, et qui participe à la disparition du sens puisque que le travail est essentiellement pédagogique. Donc si le sens est déterminé par le directeur, alors le sens n'est plus là.
Dir sup 1 Tour 5	Je vais prendre la parole. On est là pour discuter hein (ton autoritaire). J'ai un peu de mal quand je découvre ça. Sur la commission pédagogique, il y a effectivement toujours eu une interrogation sur ce qu'était la commission pédagogique. […] De là à penser que le travail des Resp péd a été repris par le directeur ! Je suis critique. Les Resp péd existent partout mais c'est vrai qu'ils ont été réduits. Il est le garant de la filière, le garant des diplômes, après c'est comment il anime son rôle. Quand il n'y a pas de Resp péd , il y a des référents de filières (Ref fil), mais il faut que les Ref fil fassent un retour aussi auprès du Resp péd. Je ne suis pas sûr que l'absence du Resp péd ici ait causé des soucis, je ne suis pas sûr. Après, que le DG ait apporté sa vision, oui. Le directeur aussi. Mais ça c'est de son ressenti. Je crois que là, il y a beaucoup de ressentis.
F. 1 Tour 6	Moi, pour le coup, je vais prendre des exemples parce que vous, vous avez votre vision mais nous, on a été dans ce type de fonctionnement là. Si ça arrive aujourd'hui à une crise, c'est aussi parce qu'il y avait une guerre ouverte entre le directeur qui ne se cachait pas de son hostilité face aux Resp péd. J'entends bien la manière dont vous, vous aviez pensé l'articulation, sur le papier, je vous rejoins, je me rappelle très bien. Mais maintenant, il y a la façon dont les choses ont été menées et les conséquences que ça a. Le directeur a pris la décision de modifier le module de communication au nom

[1] Création d'un modèle de management posant un cadre inter-établissements et permettant l'adaptation aux réalités locales.

	de l'innovation, contre l'avis des Resp péd et des Ref fil, en considérant que ce qu'on ramenait, le cadre et la déclaration préalable etc […] Nos avis n'ont pas été pris en compte, on a été considéré comme des résistants, des réfractaires à l'innovation, des casse-pied etc. Et qu'est ce qui s'est passé, c'est que nous, nous avons été amenés à réintroduire les contenus qui avaient été sautés, ailleurs. Et là, j'ai une multitude d'exemples comme ça. C'est ça les conséquences vous voyez. Au final, dans l'application, il y a des contenus qui se sont arrêtés, et ça, c'est la volonté du directeur. […] L'effet de désorganisation, c'est que comme les Resp péd avaient comme mission de travailler sur une cohérence pédagogique, on s'est retrouvé dans la pagaille et avec une perte de sens. Vous ne savez plus ce qui a été fait parce que vous découvrez que ce qui devait être fait, ne l'a pas été. […] C'est insupportable. Il y a une multitude d'exemples comme ça. C'est devenu intenable.
Dir sup 1 Tour 10	[…] Oui oui mais ça c'est le cœur hein, je crois qu'on est en plein dedans.
F. 1 Tour 13	J'ai le souvenir d'une collègue qui était ulcérée parce qu'on lui a demandé de faire un cours sur la fin de vie, il n'y avait pas encore eu le module sur le vieillissement. Vous voyez.
Dir sup 2 Tour 14	Ah oui, là ça n'a plus de sens.
Dir sup 1 Tour 20	Là c'est dommage que ça n'apparaisse pas dans les ressources parce qu'on avait réfléchi les rôles entre formateurs occasionnel et permanent, ce qu'on confiait à l'un ou l'autre et là je crois qu'il y a des enjeux forts. Ca mérite qu'on travaille cette question-là. Avant tout, il y a des formateurs permanents qui doivent maitriser le déroulé et les formateurs occasionnels, c'est en plus. C'est en amont qu'il faut réfléchir. Mais moi je partage à 100%, j'imagine bien le sens pédagogique qui a disparu et qui contribue aux RPS, ça oui.
Analyse 1 Tour 28	On a pu observer aussi avec l'arrivée de la formation continue, à laquelle on a répondu au coup par coup, que l'on a positionné une personne parce qu'elle est disponible alors que dans l'effectif, il y a des personnes qui ont déjà fait cette formation et qu'on ne mobilise pas. On oblige quelqu'un à repartir de 0 pour reconstruire alors que la formation a déjà été expérimentée.
Dir sup 2 Tour 29	Et c'est ça l'idée de l'entrée plan de charge
Dir sup 1 Tour 30	Parce que la construction, elle se fait sans la compétence
Analyste 1 Tour 31	On pourrait anticiper ça si on mettait à plat l'ensemble de l'activité de travail. Si en avril, j'envisage l'année N + 1 en sachant que l'an prochain, j'aurai tout ça à faire, je pourrai réfléchir à comment je m'organise
Dir sup 1 Tour 36	Derrière ce que vous avez relevé des dysfonctionnements, il y a aussi un positionnement des administrateurs qui a été de dire que pour la recherche et la formation continue, on faisait travailler les formateurs permanents. On a dit que c'était des laboratoires intéressants pour leur apporter aussi des richesses. Sauf que depuis 7 ans, il y a quand même eu un développement de la formation initiale et donc là, il y a peut-être à reposer la question politique. Parce que la formation continue, elle a aussi fortement augmenté. Là il doit quand même y avoir un positionnement des administrateurs : est-ce qu'on fait avec les ressources en interne, est-ce qu'on en a suffisamment ? Les champs de compétences, on peut les identifier, d'ailleurs, la responsable de la formation continue, elle demande toujours au directeur qui elle peut mobiliser quand elle répond à un appel d'offre. Donc c'est bien au niveau du directeur que se décide qu'il y a les moyens de mobiliser quelqu'un. Mais après on est rattrapé par le fait qu'au moment où il faut le mobiliser, il n'est plus libre. Et voilà, c'est encore du stress. Il faut trouver un moyen pour que la vie ne soit plus parasitée par des modifications évènementielles. Moi je serai d'avis de faire une sorte d'audit pour trouver par quel mode de fonctionnement et d'organisation on peut réfléchir. Car cette

	année, on avait un psychologue dans toutes les filières sauf que quand on dit qu'on doit démarrer toutes les filières en même temps, ben on ne peut pas tout faire ! C'est ça qu'il faut quantifier, c'est le besoin en nombre de cours de formation, et les ressources en face, c'est vraiment une remise à plat. »

Tableau 87 : Travail des objets donnés, extrait 1 du 2nd copil (rouge : alliance des représentations ; bleu : reconnaissance sociale partagée ; vert : agir créatif ; marron : confrontation au réel)

Durant cette séquence, on voit, en marron dans le texte, l'ensemble des confrontations auxquelles sont soumises les illusions partagées du copil. Cette confrontation est issue du réel et apportée par l'intermédiaire des analyses du travail. Particulièrement au tour 5, on constate les émotions défensives qui sont ainsi générées chez l'un des dirigeants supérieurs, lequel voit donc sa représentation tombée (ce qui semble d'ailleurs presque reconnu par le formateur F. 1 lorsqu'il dit « *J'entends bien la manière dont vous, vous aviez pensé l'articulation, sur le* papier, je vous rejoins, je me rappelle très bien. Mais maintenant, il y a la façon dont les choses ont été menées et les conséquences que ça a. »). Pour autant, dès les tours 10, 14 et 20, on observe (en rouge dans le texte), que cette réalité est très rapidement acceptée et aboutit à un agir créatif : distinguer le rôle et l'activité des formateurs permanents de ceux des formateurs occasionnels. Cette capacité à supporter le drame entre le désiré et le réel se retrouve dans la suite de l'échange et se manifeste avec encore plus de rapidité : entre les tours 28 et 31, une confrontation au réel intervient (solliciter un collègue parce qu'il est libre alors qu'un autre a l'expérience) mais n'entraine plus aucune réaction défensive chez les dirigeants supérieurs qui l'intègrent. Finalement, un agir créatif est bien observé : la mise à plat de l'ensemble des activités. Enfin, cette capacité à faire face à l'écart dramatique entre le désiré et le réel semble même être appropriée par l'un des dirigeants supérieurs lors du tour 36 : il n'est plus seulement en mesure de supporter ce drame mais apporte, de lui-même, de nouveaux écarts (la décision politique d'impliquer les formateurs permanents sur la formation continue et la recherche tandis que les charges augmentaient et le non-respect des engagements à réaliser les formations). L'ensemble de la séquence se conclut sur un agir créatif beaucoup plus concret que lors du 1er copil : la réalisation d'un état des lieux permettant d'identifier l'ensemble des contenus et activités à réaliser d'une part et les ressources mobilisables d'autre part.

La résistance de ce projet (objet-créé) est à nouveau mise à l'épreuve dans une séquence postérieure :

F. 4 Tour 1	« Au regard des échanges, je reste persuadé de la nécessité de partir d'une analyse de l'activité, initiale et continue, extrêmement détaillée qui permette de mesurer les attendus, les contraintes pour définir un volant permettant de pallier à la dernière minute
Analyste 1 Tour 5	Oui il y a ça mais ce qui me pose souci, c'est de revenir réinterroger la réalité du travail. Là il n'y a pas de réflexion pour que l'écart entre le travail prescrit et le réel soit

	diminué. Et aujourd'hui, c'est bien cet écart [qui pose problème] : si je regarde mon plan de charge, je peux faire mon travail. Mais en réel, je suis tout le temps à fond. Concrètement, je vais sortir de la réunion ce soir et en rentrant, je dois lire 8 dossiers pour demain matin. Entre début février et demain matin, je n'ai pas trouvé le temps, ça c'est la réalité. C'est-à-dire que ce soir, je vais me cogner 6h de travail personnel et je vais me coucher à 1h du matin. Et ça ça n'apparait nulle part. Où il est cet écart ? Alors je serai seul, dont acte sauf qu'on est tous pareils. Ce n'est pas normal. Comment on peut expliquer ça ? Soit on est tous complètement à la rue, soit il y a quelque chose qui fait que le réel de l'activité n'est pas objectivé. Je pense donc que ces objectifs doivent être travaillés de manière concomitante avec l'analyse du travail réel. Peut-être qu'on pourrait analyser nos agendas […]
Dir sup 2 Tour 6	Oui c'est ça la limite, c'est-à-dire qu'on pourra mettre à plat x heures de cours, on aura une charge théorique, ça il va falloir le faire sinon, on sera dans les choux mais il y aura une distorsion entre ce qu'on écrit et la réalité, et avec le temps. Aujourd'hui la question, c'est comment on va pouvoir aller sur cette question de la distorsion, comme ce n'est pas mesuré, pas métré, ça dépend du feeling, de l'humeur, mais il y a une vraie distorsion entre ce que les gens ont à faire et ce qu'ils font.
Dir sup 3 Tour 7	Cette distorsion, elle vous apparaît récente, ancienne ?
Analyste 2 Tour 8	Sur le plan de charge, il y a de plus en plus de lignes, plus on doit minuter le travail, plus on augmente le % d'erreurs. Et il y a tout un tas d'activités qui passent à côté et comme elles ne sont pas comptées, et bien elles disparaissent. Je peux prendre l'ex de la boite mail, ça fait 30 min par jour et c'est compté nulle part. Sur l'année, ça fait 3 semaines de travail
Analyste 1 Tour 13	Aujourd'hui, on se retrouve quand même avec des incongruités, puisque plus vous augmentez votre temps d'intervention, et plus proportionnellement, votre temps de préparation diminue. Non seulement plus vous travaillez, plus c'est une charge, mais en plus vous avez moins de préparation
Dir sup 1 Tour 14	Attendez, on critique le plan de charge mais on n'arrête pas d'y revenir. Je ne pense pas que l'objectif, c'est de faire évoluer le plan de charge. Il faudrait comparer le temps pédagogique nécessaire et le temps disponible par promo et par filière. […]
Dir sup 2 Tour 15	Revoir ce qu'on s'est dit, filière par filière, les fondamentaux, la déclaration préalable, le contenu quand il sera étalé sur 3 ans, ça me semble l'entrée nécessaire.
Dir sup 1 Tour 29	Avant de travailler les applications, je crois qu'il y a un travail mathématique à faire, il y a le besoin de l'intervention et en face de ça, filière par filière, on a les formateurs qui ont un nombre d'heures à faire, c'est mathématique. Si on a besoin de 30 000 heures à faire, est ce qu'on a 30 000h de formateurs ?
Dir sup 2 Tour 34	Si on commence à partir sur cette question de la mathématique, non. Vous n'avez eu de cesse de parler du sens. […] Vous n'avez eu de cesse de me dire que la pédagogie a été démontée par des raisons économiques, de chefaillons etc. Donc regardons, conscientisons et collectivisons le pédagogique, […] Ce que j'entends et ce qu'on a lu, c'est la question du sens, et le sens, on ne le mesure pas.
I. Tour 35	Donc repartir de la déclaration préalable, portée par les Resp péd, filière par filière, poser les engagements de l'établissement en termes de pédagogie et déterminer des besoins en termes de qualité, de nombre d'heures, d'expertises, etc. Puis on met ça en face la réalité de ce qu'il se passe sur le terrain ?
Dir sup 2 Tour 36	Oui, parallèlement, il faudrait qu'il y ait un état des lieux des heures faites, des professionnels, de leurs compétences, la question de la ressource collective. Il faut ensuite les rapprocher

Tableau 88 : Travail des objets donnés, extrait 2 du 2nd copil (rouge : alliance des représentations ; bleu : reconnaissance sociale partagée ; vert : agir créatif ; marron : confrontation au réel)

On retrouve, en marron, les mises à l'épreuve du projet par les analystes. On peut d'ailleurs noter la qualité de ces apports en termes de maturité. Cette maturité, mise au service du travail du projet, nous semble un résultat tout à fait intéressant à souligner, et procède, de notre point de vue, du choix méthodologique de réaliser les analyses du travail avec des acteurs internes : du fait de leur expertise de la situation de travail mais aussi des nouvelles compétences transmises via la formation-action, ils apportent une véritable plus-value dans l'élaboration des projets et transforment l'objet-créé pour qu'il intègre le travail réel. A nouveau, en rouge, on constate une reconnaissance immédiate de cet écart par les dirigeants supérieurs 2 et 3, qui aboutit finalement à une nouvelle forme d'objet-créé proposant la comparaison entre la mise à plat de l'activité d'une part et le réel du travail d'autre part (tour 36). C'est à cet instant que nous avons été amenés à sortir de notre posture d'animateur pour endosser celle d'expert : comme évoqué précédemment, nous avons confronté le projet à une nouvelle épreuve en évoquant l'utopie d'une démarche qui consisterait à vouloir objectiver l'ensemble du réel pour le transformer en un modèle d'organisation qui articulerait parfaitement prescrit et réel. De même, nous avons rappelé le temps déjà utilisé pour aboutir à la formulation de projets innovants et les risques que représenterait un report de toute transformation effective. Cet apport nous semblait en effet nécessaire pour permettre la survie du projet (de l'objet-créé) et maintenir le processus transitionnel. A nouveau, on remarque que ce point sensible de l'intervention consiste précisément du moment du passage de la connaissance vers l'action. Voici l'échange qui a suivi cette intervention :

Dir sup 3 Tour 64	Il serait peut-être souhaitable d'être dans une démarche qui n'a pas pour objectif d'être dans le parfait mais dans un processus. Avoir un retour permanent qui permet de réduire les incertitudes. Mais si on se fixe la perfection, je ne la connais pas.
Dir sup 3 Tour 66	Il faut simplement être modeste, mais améliorons dans un processus. Et on a un incontournable qui est l'écart entre le prescrit et le réel.
F. 4 Tour 67	Besoin de concret pour ma part. Oui oui, qu'on ait l'impression qu'il se passe des choses
Analyste 2 Tour 68	Je vous suis assez, est ce qu'on vise la rentrée 2017 ou est ce qu'on vise une petite révolution qui demande du temps.
Analyste 1 Tour 69	Ca me parait être des axes de travail très intéressants mais ce qui nous est nécessaire, c'est l'identification des espaces de travail collectifs pour organiser le plus qu'on peut pour la rentrée 2017. Et il faut que ça, ce soit une organisation qui nous permette de travailler dans le moyen terme.
F. 3 Tour 70	[…] Finalement du concret doit commencer à être perceptible par l'ensemble des formateurs en commençant par poser une réflexion différente avec une entrée par le sens, et non par le plan de charge
Dir sup 1 Tour 71	Je crois que le fait que ce soit une entrée plan de charge, ça a été une dérive, ce n'était pas une volonté
Analyste 1 Tour 72	Ah si si M Dir sup 1, le directeur, il nous a dit, moi je veux un plan de charge à 0, c'est lui qui a mis en place ce système. Avant on arrêtait à -120. Mais quand il est arrivé, il nous a dit non, je veux que ce soit à 0 !

F. 3 Tour 73	Oui mais excusez-moi, quelle que soit l'origine, est ce qu'on peut se mettre d'accord sur une volonté de changement ? Ca fait un bout de temps qu'on tourne en rond, et ça devient proche de l'insupportable. Est-ce qu'on peut amorcer les choses, que le copil se dise que dès cette fin d'année, ça peut s'enclencher ?
Dir sup 2 Tour 74	Est-ce que le plus petit dénominateur commun, ce n'est pas un temps de réflexion Resp péd avec Ref fil avec un membre de la direction, pour poser la programmation qui soit actée si possible au 2/3 ?
Dir sup 2 Tour 76	Quelque chose qui soit entérinée et qui ne soit plus bougée. Avec un principe collégialement acté, on ne dit pas oui si on a dit qu'on était libre.

Tableau 89 : Travail des objets donnés, extrait 3 du 2nd copil (rouge : alliance des représentations ; bleu : reconnaissance sociale partagée ; vert : agir créatif ; marron : confrontation au réel)

Dans les tours 64 à 71, tous les membres du copil reconnaissent et s'engagent dans le dernier objet-créé dont la forme a été transformée à l'issue de notre intervention. A nouveau, ce qui est relativement notable est la rapidité avec laquelle ils ont été en mesure de faire évoluer l'objet-créé précédent pour cette forme beaucoup plus engageante et cette fois clairement ancrée dans l'environnement et se situant dans sa transformation. Cette adhésion est telle que lorsque l'analyste 1 (tour 72) réintroduit un débat autour du passé, le formateur F3 renvoie clairement à la responsabilité d'« arrêter de tourner en rond », et donc d'agir. Plusieurs agirs créatifs suivent cet échange : amorcer le changement dès la rentrée, des temps de réflexion pour poser la programmation, l'objectif de la caler aux deux tiers et enfin, la diffusion d'une nouvelle règle institutionnelle empêchant tout positionnement d'un formateur sur une formation dès lors qu'il avait été programmé sur une autre. Ces derniers points nous semblent particulièrement intéressants à soulever car ils témoignent nettement d'un ancrage du projet dans l'environnement : organisation de réunions, production de nouvelles règles, … Au fil de ce second copil, ce mouvement s'est renforcé, le copil parvenant à définir clairement les moyens à mettre en œuvre pour transformer le quotidien et l'organisation. Comme en témoigne un extrait de la communication officielle qui l'a suivi. Le groupe est ainsi passé à un objet-créé constituant bien « une transformation des idées créées en produits, services ou procédures » (Battistelli, 2014, p339).

Avancées du projet n°1

Le Copil a tout d'abord validé les engagements qu'il souhaitait prendre :

Décision n°1 :
Au regard des différents enjeux, le copil a confirmé sa décision d'agir dès cette fin d'année afin de modifier l'organisation de la programmation pour la rentrée 2017. Pour autant, les contraintes des uns et des autres, et notamment les contraintes de temps, exigent de renoncer à une étude exhaustive de l'ensemble des éléments qui permettraient, théoriquement, d'aboutir à un modèle d'organisation qui se voudrait idéal, si tant est qu'un tel modèle existe une fois pour toute.

Le copil, à l'unanimité, préfère enclencher un processus de changement sur la base des travaux déjà réalisés. Il s'agira bien d'un processus, ce qui signifie que des évolutions et ajustements seront sans doute nécessaires. Ils seront réalisés sur la base d'un ensemble d'indicateurs à construire, lesquels nourriront une démarche de retour d'expériences au fil de l'année 2017/2018.
Dès la rentrée 2017, la nouvelle organisation proposée constituera ainsi la première marche d'un processus d'amélioration continue.

Décision n°2 :
Le nouveau modèle d'organisation privilégiera la programmation de la formation initiale.

Décision n°3 :
La nouvelle organisation se donne pour objectif de valider la programmation des deux tiers de l'année des formateurs avant le départ en congés d'été.

Cette programmation sera implantée dans les agendas. La sécurisation de cette organisation nécessitera le respect de nouvelles règles de fonctionnement : une fois les agendas complétés, il ne sera plus possible de les modifier sous couvert de la responsabilité de la direction. La direction sera garante du respect de ce fonctionnement.

Le copil a ensuite décidé des moyens à mettre en œuvre pour parvenir à ces objectifs : 3 réunions collectives de 4 heures seront planifiées d'ici la fin de l'année scolaire.

Ces réunions réuniront :
- Un représentant des filières …
- Les formateurs dits disciplinaires (…) en tant que de besoin
- Un membre de la direction afin d'apporter une vision globale de l'organisation du site de … et de l'ensemble des sites. La direction arbitrera si besoin
- La secrétaire en charge de la programmation
- La présence des responsables pédagogiques est à questionner, sur une ou plusieurs réunions. Cet arbitrage sera réalisé après que (dirigeant supérieurs) se soient rapprochés de ces derniers afin d'échanger sur ces réunions et de s'assurer qu'ils auront bien pris en compte les retours des formateurs quant aux erreurs repérées sur la programmation des contenus transversaux

La planification des deux tiers des emplois du temps portera sur des éléments structurels de la progression pédagogique, à savoir :
- Les contenus transversaux (dont les cours disciplinaires et les journées ou modules thématiques)
- Les accompagnements individuels
- Les groupes de réflexion sur la pratique professionnelle des étudiants
- Les ateliers de remédiation
- L'ensemble des ateliers professionnels
- Les jurys blancs
- Les réunions pédagogiques
- Les réunions de filière

Les trois réunions seront planifiées telles que la 1ere portera sur les 3èmes années, la 2nde sur les 2èmes années et enfin la 3ème sur les 1eres années.

Enfin, les réunions seront animées à partir d'un débat partant :

- Des engagements et obligations de … (nom de l'établissement) au regard de la déclaration préalable
- Des ressources internes (temps de travail des formateurs et expertises existantes)
- Des éléments considérés comme incontournables d'une pratique pédagogique de qualité.

Tableau 90 : extrait de la communication officielle issue du 2nd copil

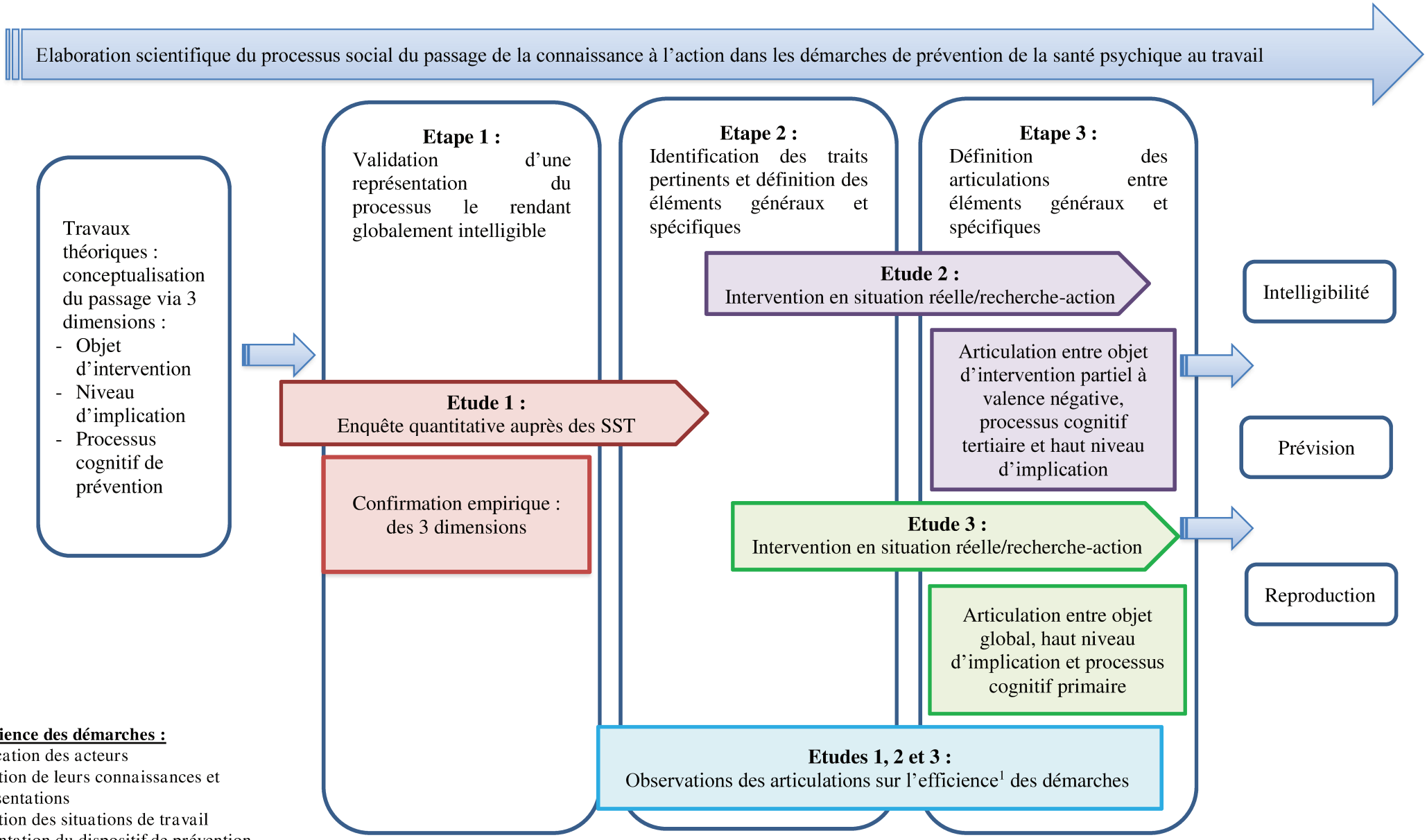
Finalement, l'étude de ces retranscriptions des comités de pilotage de la démarche nous a bien permis d'observer un ensemble d'indicateurs témoignant d'une activité transitionnelle. Ainsi, concernant les bons résultats présentés au fil de cette 3ème étude, nous pouvons conclure qu'effectivement, ils sont à mettre en lien avec l'existence d'activités transitionnelles :

> *Un dispositif d'innovation transitionnelle permet d'engendrer des activités* transitionnelles.
>
> Ces activités sont de nature à permettre aux acteurs internes de supporter un ensemble *d'épreuves lié au processus d'intervention.*
>
> Enfin, ces activités transit*ionnelles, encadrées par l'intervenant, soutiennent les acteurs internes dans le passage de la connaissance à l'action efficiente de prévention.*

Synthèse :

Concernant les résultats de cette dernière étude, nous rappelons *tout d'abord que le* dispositif *d'*innovation transitionnelle a *pour objectif particulier d'accompagner les acteurs internes dans un* certain no*mbre d'épreuves qui* nous semble participer des limites rencontrées par les démarches de prévention de la santé psychique *: la révélation de l'ac*tivité, le débat sur le travail et *l'engagement d*ans *un processus d'innovation* obligent la direction et les ma*nagers à constater qu'ils n'o*nt « *qu'une* » *représentation de l'activité et qu'ils ne la maîtrisent pas, exigent des s*alariés *qu'ils partagent* leurs pratiques et rendent visibles leurs transgressions, nécessitent de laisser davantage de place à *l'expression des salariés*, exigent *de prendre le risque d'émettre un avis nouveau*, font prendre le risque de se tromper, de ne pas être soutenu, obligent à passer du registre du pâtir à celui de la contribution, à aller de la critique vers la co-construction, nécessitent de supporter la contradiction, obligent à se soumettre aux critiques sur les décisions prises, amènent à reconsidérer les décisions passées, conduisent *les acteurs à passer à une posture d'échange sur un objet polémique*, n*écessitent d'accepter* de discuter de stratégie, *d'économie, de performance*, imposent de penser *l'*appropriation des changements, n*écessitent de faire évoluer l'activité des managers pour les ramener sur la scène du* travail, ... Les résultats de cette 3ème étude nous ont *permis de vérifier qu'un* dispositif *d'innovation transitionnelle dispose d'un haut niveau d'implication*, notamment concernant les dirigeants supérieurs. Nous avons également observé que les acteurs internes y prennent la main sur la transformation de leurs situations de travail et de leur organisation en co-construisant des projets innovants de haut qualité de prévention. En ce sens, le dispositif permet bien aux acteurs internes de traverser les épreuves rappelées plus haut *en passant de la connaissance à l'action, cette action étant effici*ente en termes de *prévention et correspondant bien à la définition d'une innovation au sens de West & Far* (1990). Nous avons également constaté *que la mobilisation cognitive implantée auprès des acteurs relevait d'une* alternance entre des logiques primaire, secondaire et tertiaire, contrairement à notre hypothèse de *départ. Enfin, nous avons conclu à sa capacité d'implantation d'un niveau 1 et 2 (passer de la connaissance à l'action de transformation / capacité des transformations à constituer des idées ou* des processus innovants vis-à-vis des règles institutionnelles, organisationnelles et des pratiques) mais nous *n'avons pu conclure sur le 3*ème niveau (capacité des transformations à se réaliser et se maintenir dans le temps). Nous avons vérifié que ces bons résultats se confirment dans une baisse significative du taux *d'absentéisme, sans pour autant que l'ap*préciation des salariés sur les conditions du travail ne se soit améliorée. Nous en avons déduit que le dispositif permet bien aux acteurs internes de faire face aux épreuves de leur travail. Enfin, nous avons observé que les phénomènes engendrés par le dispositif ont *permis d'observer* des activités transitionnelles. Concernant les comportements innovants au travail, nos résultats ont montré que le score était élevé avant la démarche et encore plus élevé à son issue. *Toutefois, l'absence de comparaison significative ne nous a pas permis de conclure sur l'efficacité du* dispositif quant au développement de ces comportements.

A l’issue de ce chapitre consacré aux résultats de nos trois études, nous pouvons résumer notre travail ainsi :



[1]**Efficience des démarches :**
Implication des acteurs
Evolution de leurs connaissances et représentations
Evolution des situations de travail
Implantation du dispositif de prévention

Fig. 12 : Rappel de l'*élaboration scientifique du processus social du passage de la connaissance à l'action*

Synthèse générale :

L'articulation des trois études construites et expérimentées dans cette thèse visait à élaborer scientifiquement le *processus social du passage de la connaissance à l'action dans le cadre des* démarches de prévention de la santé psychique au travail. Pour ce faire, nous avons tenté de le rendre intelligible et prévisible, cherchant ainsi le moyen *d'exercer sur lui, une* certaine influence (Liu, 1997). *Aussi, nous proposons d'achever notre travail en synthétisant l'ensemble de nos* conclusions à la lumière des deux premières dimensions, étant entendu que notre travail ne nous permet pas de tester une quelconque reproductibilité.

L'intelligibilité :

Au-travers de notre 1ère *étude, c'est*-à-dire *l'*enquête par questionnaire menée auprès des professionnels des SST quant aux démarches de prévention collectives conduites sur le terrain, nous avons constaté que sur notre échantillon, la majorité des démarches se centre sur un objet partiel à valence négative : *les déclencheurs les plus fréquents sont des altérations et/ou dysfonctionnements d'une part et les* méthodes utilisées visent la plupart du temps à explorer les difficultés *rencontrées par l'entreprise. Par* ailleurs, les acteurs sont majoritairement *mobilisés autour d'un processus cognitif de prévention* tertiaire *: partir de l'altération et l'explorer afin de proposer des mesures visant à la supprimer, voire* à la réduire. Enfin, bien que les acteurs internes soient impliqués durant *l'ensemble des étapes d'intervention, les étapes de cadrage (pré*-intervention + méthodologie) impliquent davantage que les *étapes relevant du processus (mise en œuvre des méthodes sur le terrain, ré*unions intermédiaires, *restitution). L'étape d'élaboration du plan d'actions se caractérise par un haut niveau d'implication qui ne se maintient pas durant les étapes de suivi et d'évaluation, phases im*pliquant le moins les acteurs internes. Enfin, les dirigeants supérieurs sont les acteurs les moins impliqués, et ce, quelles que soient les étapes.

Concernant les liens avec les effets *des démarches, nos résultats nous ont permis d'observer que les espaces d'échanges créés entre l'intervenant et les acteurs internes permettent d'obtenir une meilleure* implication de leur part mais ne suffisent, chacun indépendamment les uns des autres, à entrainer une évolution des connaissances et des représentations de type séquentiel. En revanche, chacun de ces espaces, à *l'exception des réunions intermédiaires et de la mise en œuvre des méthodes sur le terrain, permet le développement d'une maturité globale sur la dynamique santé*-travail, maturité renvoyant elle-*même au partage d'un ensemble d'avancées en lien avec la dém*arche et avec un engagement plus important des acteurs internes de type co-construction.

Le fait d'user d'une méthodologie cherchant à explorer l'ensemble des altérations permet également de développer cette maturité. *Ces résultats nous ont permis de conclure que l'expérience acquise par les acteurs internes tout au long de la démarche d'intervention est constitutive de* cette maturité. Nous *avons analysé l'absence de corrélation entre cette même maturité et la participa*tion des acteurs internes *aux étapes d'investigation directe des liens entre santé et travail, comme une limite à l'implicati*on des acteurs internes dans la démarche. Ce serait *l'expérience de leur rencontre avec le réel de l'intervention* qui serait constitutive de cette limite. Enfin, con*cernant les liens avec l'impact* des démarches, nos données *indiquent qu'aucun des espaces d'échanges, ni aucune des évolutions des connaissances et d*es représentations ne présente de lien significatif avec *l'efficience des* résultats. En revanche, la maturité globale des acteurs internes est corrélée avec le nombre de mesures du pl*an d'actions effectivement* mises *en œuvre ainsi qu'avec l'observation d'évolutions positives immédiates et durable*s des situations de travail. Aucun *lien avec l'observation d'effets primaires n'a été constaté*. Nous en avons conclu que *l'expérience vécue par les acteurs internes via les espaces d'échanges créés autour du processus d'intervention leur permet d'atteindre une maturité suffisante pour ab*outir à des résultats efficients en termes de transformation durable des situations de travail mais insuffisante pour implanter le dispositif.

Au-travers de notre 2nd *étude, nous avons articulé haut niveau d'implication et objet partiel à valence* négative*, particulièrement afin de comprendre la nature de l'expérience des acteurs internes au fil d'un processus d'intervention. Nos observations ont indiqué que l'implication active des acteurs internes* dans la construction de la démarche comme dans ses étapes *d'investigation directe des liens entre santé* et travail permet à ces derniers de développer leurs connaissances et représentations sur ce sujet. Pour *autant, cette évolution n'est pas suffisante pour qu'ils parviennent, seuls, à la transformer en actions* de prévention efficiente. Deux freins ont en effet été repérés : le premier, de nature cognitive, a été attribué *à la centration de la démarche sur un objet partiel à valence négative et l'implantation d'un processus* cognitif de prévention tertiaire. Le se*cond, de nature psychologique, s'est présenté comme une difficulté* des acteurs à aller au-*delà d'une inscription dans une unique expérience personnelle et présente* (échanges sur les émotions ressenties, les surprises, les confirmations, les éléments identiques à leur *propre travail…) et avait entraîné une incapacité à inscrire ce débat dans le futur et dans le métier d'un autre que soi (réflexion sur les préconisations à mettre en œuvre pour modifier le travail des agents,* étapes à venir pour co-construire *les changements…).*

Prévisibilité :

Forts de ces résultats, nous avons tout d'abord pu confirmer la pertinence des trois dimensions que sont l'objet d'intervention, le niveau d'implication et le processus cognitif de prévention implanté auprès des acteurs *pour permettre l'intelligibilité du processus social du passage de la connaissance à l'action. Ensuite, nous avons cherché à agir sur chacun d'entre eux afin d'influencer ce passage, notre objectif* étant de le rendre plus efficient.

Pour ce faire, nous avons élaboré un nouveau modèle-cadre de prévention centré sur un objet *d'intervention global, possédant la capacité d'engendrer un haut niveau d'implication mais également* de mobiliser les acteurs internes au-*travers d'un processus cognitif de préven*tion primaire. Ces conditions nous ont amenés à construire une démarche de prévention inscrite dans un processus *d'innovation organisationnelle. Ce processus nous semblant répondre aux dynamiques structurelles des* entreprises contemporaines, nous *l'*avons q*ualifié de globalisant, au sens d'englobant l'ensemble des liens entre santé et travail (objet global), l'ensemble des acteurs (haut niveau d'implication), mobilisant* les acteurs autour de réflexions pri*maires (l'innovation recherchée* est organisationnelle), tout en *permettant de l'inscrire dans les dynamiques* qui traversent les entreprises contemporaines. Enfin, afin *d'accompagner les acteurs internes dans leur expérience et notamment dans l'ensemble des épreuves à* traverser, nous y avons ajouté une méthod*ologie transitionnelle constitutive d'une zone proximale de développement. Etant donnés nos travaux, nous faisions ainsi la prévision qu'un tel modèle serait en capacité d'améliorer le passage de la connaissance à l'action.*

C'est en effet ce que nous ont permis de constater, dans une très grande majorité, les résultats de notre troisième étude *: haut niveau d'implication (participation + rôle actif), y compris des dirigeants* supérieurs, co-construction par les acteurs internes de projets innovants transformant les situations de *travail et l'organisation et présentant un haute qualité en termes de prévention, capacité des acteurs* internes à traverser les épreuves imposées par le dispositif et ainsi à passer de la connaissance à *l'action* efficiente de transformation, notamment au-*travers d'une mobilisation cognitive alternant entre les logiques primaire, secondaire et tertiaire, de comportements innovants au travail et enfin d'activités* transitionnelles. Si les données à notre di*sposition n'ont pas permis une évaluation totale d'un impact sur l'implantation du dispositif, elles nous ont permis de vérifier qu'il permettait effectivement* de *développer les capacités des salariés à supporter les épreuves du travail (baisse de l'absen*téisme alors *que l'appréciation des conditions du travail n'a pas évolué).*

Chapitre 5 : Discussion

« *La science, il est vrai, ne progresse qu'en remplaçant partout le pourquoi par le comment* ; *mais si reculé qu'il soit, un point reste toujours où les deux points d'interrogations se* rejoignent et se confondent. »

André Gide

« Une théorie qui n'est réfutable par aucun événement qui se puisse concevoir est dépourvue de caractère scientifique. Pour les théories, l'irréfutabilité n'est pas (comme on l'imagine souvent) vertu mais défaut. »

Karl Popper

Résumé :

Pour conclure ce travail, nous reprendrons les éléments qui nous semblent représenter le plus d'intérêts pour la littérature et expliquerons en quoi ils pourraient constituer de nouvelles orientations de recherche. Cinq propositions seront formulées et explicitées. Nous poursuivrons notre propos en abordant les limites de notre travail, tout d'abord globalement en ce qui concerne le processus d'élaboration scientifique puis spécifiquement, pour chacune de nos trois études. Enfin, avant une conclusion plus personnelle en termes de perspectives de travaux et de réflexions sur notre propre métier et identité, nous prendrons le temps d'un retour vers la pratique.

5.1 Apports et intérêts de la recherche

Depuis plusieurs années désormais, les chercheurs comme les professionnels de la santé au travail agissent pour prévenir les risques psychosociaux. Beaucoup d'avancées ont été réalisées notamment sur la connaissance de ces phénomènes, de leur génèse à leurs impacts. Mais d'importantes limites restent encore présentes, notamment en ce qui concerne la traduction de cette connaissance en méthodologies d'intervention susceptibles d'aboutir à des transformations concrètes et pérennes des milieux de travail : *« la conjugaison de l'action et de* la connaissance reste un *problème dans nos domaines d'intervention »* (Clot, 2008-b, p31). C'est à cette question particulière du passage de la connaissance à l'action que nous avons tenté d'apporter de nouvelles contributions. Pour cela, nous avons tout d'abord entrepris un important travail théorique puis réalisé deux premières études afin de développer l'intelligibilité de ce processus social. Enfin, dans une troisième et dernière étude, nous avons élaboré une nouvelle méthodologie capable de réduire les limites rencontrées par la recherche en termes de transformations effectives des situations de travail et d'implantation du dispositif. L'ensemble de ce travail nous semble présenter un certain nombre d'intérêts que ce soit pour la recherche ou pour la pratique.

5.1.1 Une lecture transdisciplinaire

En matière de prévention de la santé psychique au travail, l'évaluation de l'efficience des méthodologies d'intervention ne peut être réalisée autour de la comparaison classique entre un avant et un après. En effet, la santé ne peut se réduire à une norme et constitue à la fois une ressource pour réaliser le travail et la résultante de leurs relations dynamiques. De plus, les RPS combinent causes et conséquences, ce qui empêche toute analyse comparative (Valléry et Leduc, 2012). L'observation de l'évolution des conditions de travail n'est pas davantage pertinente, tant les dimensions sont nombreuses et impactent différemment les individus. L'orientation de l'évaluation vers le processus plutôt que vers les résultats a découlé de ces difficultés mais en présente toujours beaucoup étant donné le nombre de facteurs favorisant ou défavorisant le processus d'intervention. Par ailleurs, une telle orientation pose aussi la question de la pertinence d'une action lorsque les conditions favorables au processus ne sont pas réunies : doit-on renoncer à intervenir ? Si oui, pour quelles conséquences, si non, avec quelle méthodologie ? Pourtant, malgré ces difficultés, on conçoit bien que l'identification et le

partage de critères d'évaluation est nécessaire à l'évolution de la recherche et notamment au dialogue inter-disciplinaires. Et si cette difficulté à passer de la connaissance sur la dynamique santé-travail à l'action efficiente de prévention est reconnue assez largement comme une limite majeure de la recherche actuelle, nous avons montré que cette question n'était pas encore précisément étudiée. Or, sans cette intelligibilité commune, il nous semble qu'il ne peut y avoir de véritables accords quant à une démarche d'évaluation.

Le premier intérêt de notre recherche nous semble donc résider dans l'effort d'intelligibilité entrepris autour du processus social consistant du passage de la connaissance à l'action dans le cadre des démarches de prévention de la santé psychique au travail. L'induction des trois dimensions que sont l'objet d'intervention et sa nature (partiel à valence négative/positive ou global), le niveau d'implication et enfin le processus cognitif de prévention implanté chez les acteurs internes a été obtenue à partir d'une revue narrative de dix modèles-cadres présentant tous une articulation spécifique entre connaissances (scientifiquement valides) et actions (méthodologie). Elles y ont systématiquement été retrouvées. Il en a été de même lors de notre première étude : l'analyse des démarches conduites sur le terrain rapportées par les professionnels des services de santé au travail nous a permis de valider empiriquement la pertinence de ces trois dimensions, toujours présentes donc, lors des démarches de prévention et ce, quelle que soit la discipline, la méthodologie, le contexte, l'intervenant, etc. La permanence et la stabilité de ces trois dimensions offrent ainsi un support au dialogue inter-disciplinaires et permettent une comparaison trans-disciplinaires, trans-méthodologiques, trans-théoriques et même trans-contextuelles. Chaque approche peut ainsi être comparée à l'autre sans exiger pour cela, de maîtriser l'ensemble de leurs fondements théorico-méthodologiques ou à l'inverse, sans être contraint de généraliser excessivement, perdant alors toute possibilité d'un dialogue pertinent. D'ailleurs, ce premier travail théorique, présenté à l'occasion du congrès international de psychologie du travail de Bruxelles en juillet 2016 (Guidou, 2016-a), a été repris par des collègues qui souhaitaient comparer les modalités de participation des salariés entre un dispositif d'intervention mobilisant une approche ergonomique et un dispositif de clinique de l'activité (Sandoval et coll., 2017).

5.1.2 L'enjeu de l'expérience des acteurs internes au sein du processus d'intervention

En plus de nous permettre la confirmation empirique des trois dimensions que sont l'objet d'intervention, le niveau d'implication et le processus cognitif de prévention, l'enquête réalisée auprès des professionnels des services de santé au travail nous a permis, via sa méthodologie quantitative et macrologique, de commencer à définir les caractéristiques générales et spécifiques du processus social constitutif du passage de la connaissance à l'action au regard de l'efficience des démarches de prévention. Aussi, alors que nous avions considéré qu'un haut niveau d'implication était un élément essentiel, nos résultats nous ont amenés à préciser les effets de l'implication des acteurs internes au fil du processus d'intervention. En effet, leur participation à chacune des étapes d'intervention n'a pas directement en elle-même, d'impact sur la transformation des situations de travail ou de l'organisation du travail que ce soit immédiatement ou dans la durée mais participe d'une maturité globale des acteurs internes sur la dynamique santé-travail. C'est cette maturité générale qui influe, en revanche, sur le nombre d'actions effectivement mises en œuvre et la transformation durable des situations de travail. Ainsi, si cette maturité globale résulte de la combinaison de l'ensemble des espaces d'échanges créés entre l'intervenant et les acteurs internes au fil des étapes, cela signifie que ce qui compte n'est pas tant la méthodologie en elle-même que l'expérience qu'elle permet aux acteurs internes d'acquérir autour de la démarche. Ce résultat rejoint en partie ceux de Hansez et coll., lesquels évoquaient déjà un impact de « *l'*expérience du diagnostic [sur une prise de conscience des facte*urs positifs et négatifs] sur le passage à l'intervention après le diagnostic* » (2009, p150) mais semblent toutefois aller plus loin. S'ils restent nécessairement à valider par une observation directe[1], leurs confirmations pourraient amener les chercheurs à orienter leurs travaux sur le développement et l'enrichissement de l'expérience des acteurs internes plutôt que sur les méthodologies d'intervention, là où Hansez et coll. évoquaient des guides de bonnes pratiques pour éviter aux acteurs internes de faire l'expérience de ce qui soutient ou freine la démarche. La question serait davantage de comprendre quels aspects de cette expérience développent une maturité – nous dirons transformatrice – et par quels processus. De même, la technicité d'investigation des liens entre santé et travail deviendrait secondaire lorsqu'il s'agirait de passer à l'action de prévention efficiente tandis que l'accompagnement dans l'expérience deviendrait prioritaire.

[1] Le questionnaire recueillait l'avis des professionnels des services de santé au travail à propos des interventions et non pas celui des acteurs internes directement.

De tels résultats confortent les travaux entrepris par les dispositifs visant la coopération des acteurs internes tout comme ceux qui s'attachent particulièrement au développement de leur maturité (Rouat, 2010 ; Miossec et coll., 2010, 2013 ; Sarnin et coll., 2012 ; Davezies, 2014 ; Debard, 2015). Pour autant, ils y apportent aussi une nuance dans la mesure où l'enquête a révélé une limite concernant l'implication lors des étapes d'investigation à proprement parlé. Cette participation des acteurs internes aux méthodes d'exploration des liens entre santé et travail sur leur lieu de travail ne présente pas de lien significatif avec la maturité globale, ni même avec les résultats des démarches en termes de transformation : si l'expérience du déploiement du processus d'intervention soutenu par l'intervenant est significativement liée à l'évolution de la maturité transformatrice, ce n'est pas le cas d'une implication directe des acteurs internes dans le réel de l'intervention.

Ces résultats ont été développés plus précisément lors de l'étude n°2 qui a consisté en une recherche-action permettant d'appréhender les effets d'une articulation entre haut niveau d'implication, objet d'intervention partiel à valence négative et processus cognitif de prévention tertiaire. Nous avons en effet constaté que l'implication active des acteurs internes s'était traduite par un développement de leurs connaissances et de leurs représentations au point de permettre le déploiement d'une démarche tout à fait qualitative, et ce jusqu'à l'étape d'élaboration des préconisations. A cet instant en revanche, nous avons mis en évidence des difficultés tant cognitives que psychologiques pour passer de la connaissance des liens santé-travail à la construction d'actions de transformations effectives des situations de travail et de l'organisation. Nous avons compris les difficultés cognitives comme relevant pour une part de l'objet partiel à valence négative, lequel montre aux acteurs internes par quels biais le travail altère la santé mais jamais comment il peut la développer. De même, la méthodologie épidémiologique découpant les liens santé-travail en une diversité de facteurs, ne favorise pas une réflexion sur les leviers qui se doit d'être globale. Toutefois, ces limites ne pourraient pas nécessairement se résoudre par l'emploi d'un objet d'intervention global ou partiel à valence positive car nous avons aussi mis en évidence des freins psychologiques, les acteurs développant une expérience personnelle réflexive sur les liens santé-travail sans pouvoir transformer, seuls, ces apprentissages en propositions pour autrui et pour le futur. De tels résultats renforcent, bien entendu, notre intérêt pour l'expérience des acteurs mais auraient tendance à nous indiquer une différence entre l'expérience vécue par les acteurs internes lors de leur participation à la construction et au déploiement d'une démarche de prévention et

l'expérience vécue au cours de l'investigation même des liens entre santé et travail. En ce sens, ces travaux amèneraient les chercheurs s'intéressant au développement de la coopération et de la maturité, à analyser et comparer les deux formes d'expérience, et ce d'autant plus que nous avons observé que ces phénomènes peuvent se traduire par un affaiblissement du contre-pouvoir détenu par les représentants du personnel même si la situation justifie pleinement qu'ils s'en saisissent.

Ce n'est en effet pas la première fois que de tels effets pervers sont observés à l'issue du développement d'espaces de coopération et de discussion sur le travail. Dans la dernière étude de son travail de thèse, Debard (2015) avait en effet relevé que les différents espaces implantés et dynamisés au travers du concept psychologique du métier avaient abouti à une dégradation de l'évaluation des salariés vis-à-vis de la posture des instances représentatives du personnel. De plus, les objets politiques tels que les décisions de réorganisation ou encore les baisses budgétaires, n'avaient jamais été débattues dans les espaces de discussion. Ces deux constats combinés l'avaient alors conduite à s'interroger sur le risque d'une disparition du niveau politique des discussions sur le travail (et donc du rôle de régulation sociale portée par les instances représentatives du personnel), les espaces de débat venant finalement limités les tensions sociales par une élaboration de la conflictualité du travail. En effet, de récents travaux portant sur les compétences sociales à l'œuvre dans les négociations syndicales ont effectivement montré qu'un climat défiance/méfiance est tout aussi nécessaire qu'un climat de confiance, notamment pour régler des conflits affectifs qui, lorsqu'ils sont bien gérés, permettent à des conflits cognitifs d'émerger et d'impulser l'avancée des négociations (Atze, 2016). Ainsi, au regard de ces éléments, on peut se demander si les dérives observées dans notre seconde étude comme chez celle de Debard (ibid) pourraient s'expliquer par le développement d'une coopération créant 'uniquement' un climat de confiance mais limitant, en quelque sorte, la manifestation d'un climat de défiance/méfiance et empêchant alors le développement des compétences sociales associées.

Cette question des liens entre discussion sur le travail et dynamique politique institutionnelle, est aussi présente dans certains des modèles-cadres que nous avons étudiés. Par exemple, celui de la sociopsychanalyse prend clairement le parti d'ajouter un canal (portant sur le travail réel) à ceux déjà présents dans l'entreprise et portés par la hiérarchie d'une part et par les instances du personnel d'autre part (Rueff-Escoubès, 2008). L'ingénierie des espaces de discussion

cherche quant à elle à développer la philosophie politique de la subsidiarité et à créer une nouvelle dynamique entre les niveaux local, meso et global (Detchessahar, 2013). De notre point de vue, aucun dispositif de prévention de la santé psychique ne peut faire l'économie de porter une dimension politique : pour viser la transformation des situations de travail et de l'organisation, discussion et décision doivent nécessairement être liées. Or, comme le montre Habermas (1987), tout espace de discussion qui n'est pas simple expression de subjectivité mais renvoie aussi à la construction de compromis et de (nouvelles) règles, est nécessairement politique. La question centrale ne serait donc pas de veiller à ne pas agir sur les dynamiques politiques mais plutôt de réfléchir aux moyens d'inclure la dimension politique au processus d'intervention et de la dynamiser. Or, si les travaux de Debard tout comme notre seconde étude, ont montré un appauvrissement de cette dimension (voire même son exclusion des espaces de discussion), il n'en a pas été de même dans notre troisième étude. La dimension politique y était en effet majeure, que ce soit dans la transformation globale de l'organisation du travail, dans la transformation des espaces collectifs ou encore dans la création de nouvelles règles institutionnelles. Nous y voyons quatre raisons principales : la première concerne le niveau d'implication. En incluant l'ensemble des acteurs et notamment les dirigeants supérieurs, durant l'ensemble des étapes du processus d'intervention, le comité de pilotage s'est d'emblée doté d'une dimension politique obtenue par la présence des acteurs disposant du pouvoir de modifier les règles institutionnelles. De plus, le cadre méthodologique le définissait clairement comme une instance de discussion et de décision. La seconde concerne l'objet d'intervention et le processus cognitif de prévention : en amenant les acteurs à réfléchir directement aux innovations à conduire pour faire évoluer leur situation de travail, il les obligeait à aller au-delà de la discussion sans décision (niveau de l'idée) pour aller vers la transformation (l'innovation). Ce faisant, ils devaient nécessairement considérer l'évolution des règles institutionnelles. Le troisième élément qui nous semble avoir participé de cette dynamisation de la dimension politique concerne les analystes du travail et leur sélection parmi des salariés de l'association. Le volet théorique de leur formation-action, adossé au volet méthodologique, a en effet assurément permis de développer leurs capacités à penser les difficultés rencontrées dans le travail. Comme nous l'avons remarqué dans leurs interventions au cours des comités de pilotage, leurs apports ont été d'une grande maturité et liaient notamment prescrit et réel (et donc organisation et quotidien du travail) ou encore quotidien et dimensions stratégiques et économiques. Enfin, le dernier élément nous semble constituer de la méthodologie transitionnelle : en engendrant des processus créatifs, elle a créé des espaces dans lesquels les salariés et membres du comité de pilotage ont développé une activité (transitionnelle donc)

fondée sur des illusions partagées. Dès lors, leurs productions n'étaient pas enfermées dans les cadres pré-existants de l'association. Comme le rappelle Battistelli, la créativité se caractérise « par sa force idéative, libérée des con*traintes liées à l'existant […]* » (2014, p339). Il était donc possible d'imaginer une autre organisation, d'autres règles, d'autres objectifs, … plutôt que de réfléchir aux moyens d'aménager de nouvelles marges à l'intérieur du cadre existant. Finalement, nous serions donc tentés de conclure que le dispositif d'intervention doit et peut veiller à la dynamisation de la discussion politique sur le travail. Ceci étant, nous n'avons pas vérifié l'impact d'une telle dynamisation sur les instances représentatives du personnel.

5.1.3 Ré-investir le sujet ?

Centrer notre recherche sur le passage de la connaissance à l'action amène nécessairement à réfléchir plus précisément à la manière dont les acteurs internes peuvent se saisir de la démarche. L'originalité de notre approche réside, nous semble-t-il, dans le fait de ne pas avoir considéré cette appropriation comme un effet résultant possiblement d'une méthodologie particulière. Au contraire, les trois dimensions induites ont toutes en commun la création d'une interaction entre les acteurs internes et la démarche : l'objet d'intervention renvoie à ce que ces derniers vont discuter et tenter de faire évoluer ; le niveau d'implication concerne leur participation et leur rôle au fil du processus d'intervention ; enfin, le processus cognitif de prévention implanté renvoie à la manière dont ils sont amenés à réfléchir aux axes de transformation. Il ne s'agit donc pas d'atteindre l'appropriation par une quelconque technicité méthodologique, et ce, quelle que soit sa qualité, mais de considérer l'interaction – obligatoire d'ailleurs – entre le processus d'intervention et les acteurs. L'ancrage épistémologique et éthique de cette approche renvoie au cadre de la recherche-action : s'intéresser aux connaissances nécessaires à l'obtention de « changements importants et pérennes » (Liu, 1997, p54) nécessite de tenir compte des individus puisque les solutions les concernent et qu'ils s'y engageront si elles présentent un intérêt de leur point de vue. L'efficacité de la démarche dépend ainsi directement de l'acceptation des changements par ces derniers (Hansez et coll., 2009). Mais nous avons été, nous semble-t-il, au-delà d'une place laissée ou créée pour les acteurs internes dans des espaces de coopération. Nous serions en effet tentés de dire que le passage de la connaissance à l'action n'est pas du ressort d'une difficulté technique ou méthodologique mais relève des spécificités de tout processus social. C'est ce repositionnement qui nous a permis de penser les liens entre l'intervention et la réalité des acteurs et de l'entreprise, de

rapprocher ce processus social de celui de l'innovation, de penser aux épreuves qu'il engendre et enfin d'élaborer une méthodologie pour aider les acteurs à les traverser.

En ce sens, notre positionnement fait également écho à l'approche systémique, laquelle partage en effet avec la recherche-action et avec nous, l'idée que les problématiques sociales ne peuvent s'appréhender dans une logique cartésienne (Althaus et coll., 2013 ; Le Moigne, 2004). Plus particulièrement, nous relions notre intérêt pour l'interaction entre l'intervention, les acteurs internes et la réalité de l'entreprise, avec son principe du globalisme (Le Moigne, 2006) qui insiste effectivement sur la nécessité de considérer l'ensemble dans lequel un objet s'insère au sein de son environnement. Autrement dit, il semble illusoire de considérer qu'une action transformatrice des situations de travail et de l'organisation pourrait avoir lieu sans considérer au-delà de la dynamique santé-travail, les autres dynamiques traversant l'entreprise (les travaux de ces dernières années n'ont d'ailleurs eu de cesse de lier les risques psychosociaux à l'organisation du travail et aux transformations du monde du travail – Vallery et Leduc, 2012 ; Detchessahar, 2011 ; De Gaulejac, 2005 ; Gollac et Volkoff, 1996 ; Linhart, 2002). Il s'agit donc de faire attention à l'homéostasie du système (Duterme, 2002) dans lequel nous intervenons : quand bien même les troubles psychosociaux peuvent être considérés comme des signes de 'grippages' du système, il n'en demeure pas moins extrêmement rare que le système ne conserve pas un équilibre même précaire puisque l'entreprise, en général, continue de 'fonctionner'. Enfin, nos travaux nous amènent également à confirmer le rôle de l'intervenant comme étant situé du côté du cadre à proposer, poser et maintenir pour permettre l'évolution (Althaus, ibid).

En revanche, notre recherche nous semble se différencier de l'approche systémique par la place accordée aux difficultés des acteurs : là où l'on pourrait reprocher au paradigme systémique de chercher plutôt à les 'contourner' (via le travail des feed back ou les méthodes de décentrage par exemple), nous avons davantage cherché à les comprendre, les considérant dès lors comme spécifiques des démarches de prévention de la santé psychique au travail et non comme relevant de tout processus de changement (ce qui pourrait se discuter). Nous avons en effet rappelé que les résultats de notre première puis seconde étude nous avaient conduits à différencier l'expérience du déploiement d'une démarche, de l'expérience de l'investigation de la dynamique santé-travail, cette dernière se traduisant par des freins cognitifs et psychologiques dans le passage à l'action transformatrice. Ces résultats concernant l'expérience vécue par les

acteurs internes qui entrent dans le réel de l'intervention et cherchent à comprendre les liens entre santé et travail, ne sont pas sans nous rappeler les propos de Pacaud (1954) qui considérait qu'elle réalisait un « *exercice d'introspection* » lorsqu'elle analysait une activité (Clot et Leplat, 2005). Ce faisant, elle évoquait un effet de l'observation sur le chercheur. Aussi, si « toute *observation du travail d'autrui est une action sur autrui* » (Clot et Leplat, ibid, p15), ne pourrait-on pas dire également que toute observation du travail d'autrui est une action sur celui qui observe ? Rappelons en effet que le sujet possède cette « *capacité émergente d'accueillir du sens et d'en faire quelque chose pou*r soi » (Castoriadis, 1990), ce qui implique que « la *coconstruction [n'est pas] à comprendre comme la participation des individus ou des groupes, à leur insu, à la production d'un matériau dont la spécificité tiendrait à ce qu'il se laisse* prélever dans une *expérience commune. L'activité représentative, compréhensive, symbolisante des sujets est incluse dans l'objet de recherche. Ce sujet est un sujet concret, ensemble de représentations, d'affects, d'émotions, de fantasmes, d'idées, d'intentionnalités,* [et] situé socialement ». (De Gaulejac et coll., 2013, p22). Ainsi, lorsqu'au travers d'une démarche de prévention de la santé psychique au travail, l'intervenant donne à voir la complexité du réel, démontre l'écart irréductible entre le prescrit et le réel, révèle l'épaisseur du métier ou conduit les acteurs internes à d'autres représentations que les leurs sur la dynamique santé-travail, ne peut-on pas considérer qu'il va nécessairement perturber, au sens de Devereux (1967), les sujets ? Or, si l'on nous suit dans cette perturbation du sujet qui observe et analyse le travail via l'investigation des liens santé-travail, nous pourrions effectivement considérer que l'absence de soutien dans cette perturbation participe de la difficulté à passer à l'action transformatrice. Nous serions ainsi amenés à poursuivre l'analyse de l'effet de l'observation développée par la clinique de l'activité : là où le travailleur « observé dans son *travail, s'observe en tra*vaillant » (Clot et Leplat, ibid, p15), nous ajouterions que l'observateur observant le travail, s'observe dans son travail. Or « si cette auto-observation provoquée *produit aussi des résultats d'observation chez le ou* les sujets ; ils peuvent devenir des résidus *indisponibles ou incontrôlés si l'*analyse *du travail les maintient en dehors de l'analyse* ». Ainsi, telle que « Pacaud mentionne le phénomène pour elle-*même et l'utilise comme un instrument d'*analyse du travail afin que son activité propre devienne un objet de pensée » (Clot et Leplat, ibid, p15), nous dirions donc que les démarches de prévention de la santé psychique au travail doivent prendre en compte et considérer l'ensembles des interactions entre les acteurs internes et le processus d'intervention, y compris dans leurs dimensions inter-subjectives et intra-subjectives. Il est clair pour nous que les interventions modifient le rapport des acteurs à leur travail et que nous devons donc nécessairement le prendre en compte, que ce soit pour

mieux comprendre les processus à l'œuvre, pour permettre une action transformatrice plus efficiente ou tout simplement - mais non moins fondamentalement – d'un point de vue éthique. Le chercheur ou intervenant en psychologie du travail ne doit pas, de notre point de vue, oublier qu'il est avant tout un psychologue. Nous partageons ainsi pleinement le propos de l'un de nos amis, Robert Ngueutsa, qui nous disait à l'occasion d'une discussion informelle qu'il ne fallait pas confondre un diplômé en psychologie d'un psychologue. Et comme le rappelle Debard (2015), ne devenons pas des « psychopitres », c'est-à-dire des psychologues, selon de Montmollin (1972), qui ont « oublié » d'une part, que leur terrain n'est pas qu'un terrain mais une organisation et d'autre part, de considérer et d'analyser les processus contre transférentiels.

5.1.4 Controverse et activité transitionnelle

L'axe de transformation du métier mobilisé par la clinique d'activité renvoie à sa remise en dialogue afin de supprimer « le grippage de la dynamique des rapports entre styles et genres *qui se trouvent être à l'origine des situations pathogènes du travail* » (Clot et Faïta, 2000, p18). En effet, la controverse professionnelle s'appuie sur la motricité du dialogue, elle-même mise à l'œuvre au travers de méthodes spécifiques révélant le conflit entre genre et style professionnels (Clot et Faïta, ibid). Ce conflit renvoie aux théories de Bakhtine qui critiquait la dichotomie saussurienne entre langue et parole, et défendait l'existence d'un diapason lexical, tout comme entre le travail prescrit et le travail réel vient s'intercaler pour la clinique de l'activité, le genre professionnel. Le nœud de signification du mot (Bakhtine, 1984 ; Clot, 1999) renvoie autant à soi, qu'à autrui ou au mot du dictionnaire, ce qui permet ainsi pour celui qui étudie le dialogue, de repérer les mouvements à l'œuvre dans le langage. Il en est de même dans le métier, où le genre professionnel apparaît comme une « mémoire impersonnelle et collective » (Clot et Faïta, ibid, p12) laquelle, lorsque les conditions d'organisation et de dynamique collective le permettent, sort de la confrontation au réel avec des possibilités d'action ou des impossibilités d'action entre lesquelles le sujet fait un choix. Ces possibilités sont ce qui permet au sujet d'apposer son style au genre. Les styles sont ainsi « le retravail des *genres en situations, et les genres, du coup, le contraire d'états fixes* » (Clot et Faïta, ibid, p15). Par cette dynamique, le travail et le sujet restent vivants.

Nous souhaiterions prendre quelques minutes pour revenir sur cette motricité dialogique comme moyen de dynamisation du travail car nous pensons que notre troisième étude renvoie

à une critique de la controverse professionnelle en tant que processus opérant de prévention primaire. Bakhtine (1970, p343-344) affirme en effet qu'« *il est impossible de saisir l'homme de l'intérieur, de le voir et de le comprendre en le transformant en objet d'une analyse* impartiale, neutre, pas plus que par fusion avec lui, e*n le 'sentant'.* O*n peut l'approcher et le découvrir seulement par un échange dialogique. […] Le dialogue n'est pas pour lui l'antichambre de l'action, mais l'action elle*-même ». S'appuyant sur ces travaux ainsi que ceux de Vygotski, la clinique de l'activité utilise ainsi le dialogue comme un chemin permettant de révéler l'activité réelle et ainsi fournir aux acteurs mêmes du travail, des moyens pour que leur métier redevienne un objet de pensée. Ce faisant, elle met en dialogue le métier auprès de professionnels afin de révéler l'épaisseur de l'activité, c'est-à-dire le réel de l'activité. La critique majeure que l'on pourrait adresser à ce type de dispositif est celui de son paramètre d'action. En effet, cette mise en discussion est fortement localisée puisque réservée à celles et ceux qui partagent le genre professionnel ; ce qui exclut les autres acteurs, du moins durant les premiers temps d'intervention. Or, nous avons rappelé qu'un dispositif de prévention primaire se devait d'agir sur l'ensemble de l'organisation mais aussi d'être en mesure de faire évoluer les représentations des acteurs, notamment des dirigeants supérieurs. Par ailleurs, Clot reconnaît que cette mise en débat du travail, si elle apparaît comme un préalable indispensable, n'est que le point de départ du chemin menant à la santé et non la solution. Elle aboutit en effet à la mise en évidence de la complexité du travail, de l'ensemble des tensions qui sont générées par la dynamique entre genre et style, mais aussi de l'ensemble des contraintes que l'environnement fait peser sur l'activité et les salariés, qu'il s'agisse de la prescription, du management, des normes, des clients... Aussi, il nous semble possible de dire qu'une telle démarche expose l'entreprise, ses managers et ses dirigeants, à de nouvelles tensions et nous nous interrogeons, d'autant plus au regard de nos résultats, sur la capacité des acteurs à supporter ces épreuves. De même, un tel dispositif nécessite beaucoup de temps pour voir aboutir des actions concrètes de transformation des situations de travail. Clot et Faïta (ibid, p39) concluent d'ailleurs leur article sur ces mots : « La motricité du dialogue évoquée plus haut se transforme alors en patinage, et *il incombe aux chercheurs de maintenir en l'état l'instabilité créatrice de l'espace*-temps créé pour la circonstance, ou de savoir mettre un terme au processus. Mais ils ne sont pas seuls à *pouvoir 'faire vivre' le dialogue : ils doivent pouvoir compter sur l'engagement construit du* milieu professionnel sans lequel r*ien de ce que nous cherchons à promouvoir ici n'est* possible».

Aussi, il nous semble que nos travaux nous permettent de proposer une évolution aux méthodes de la clinique de l'activité en développant le dimensionnement de la controverse

professionnelle. Si nous partageons l'idée selon laquelle il est possible de saisir l'homme de l'intérieur au travers du dialogue, il nous semble toutefois envisageable de discuter de l'objet de cette controverse. Là où la clinique de l'activité la place autour des quatre instances du métier, nous avons fait le choix, dans notre troisième étude, de la développer autour d'une activité transitionnelle. En se déroulant au sein de processus transitionnels, il nous semble en effet que la controverse a pu s'ouvrir aux autres professionnels d'une part mais aussi impulser davantage la dynamique de transformation. La controverse autour du métier perd ici sa place d'objectif central de l'intervention car l'activité dialogique apparait davantage comme un moyen mis au service de l'activité transitionnelle. La controverse, nourrie par l'introduction des tensions entre les quatre instances via les analyses de l'activité nécessaires aux projets d'innovation, devient en effet un moyen d'engendrer l'activité transitionnelle. Elle permet ainsi à ceux qui ne sont pas du métier, de partager une expérience commune de transformation des liaisons existant entre chacun de leur métier. La controverse inscrite dans un processus transitionnelle nous semble ainsi relever d'une (re)création de liens dynamiques entre les instances de chacun des métiers constituant le social de l'entreprise. Ce qui se joue, au sens winnicottien bien sûr, n'est en effet plus seulement la révélation des tensions et liaisons entre les instances d'un seul métier mais bien de celles existant entre les métiers. Il en résulte, comme nos travaux semblent l'avoir démontré, un renforcement du caractère opérant du processus de prévention. En ce sens, nous pourrions proposer comme indicateur d'un processus d'innovation transitionnelle, des sujets de controverses qui ne portent plus uniquement sur un métier mais sur les liens entre plusieurs métiers et qui aboutiraient au développement non plus d'un métier mais des liaisons existant entre plusieurs métiers situés à plusieurs niveaux de l'organisation.

5.1.5 Vers une liaison entre créativité, innovation et santé au travail ?

En octobre 2010, dans une communication auprès du parlement européen, du conseil européen, du comité économique et social européen et du comité de régions, la commission européenne exposait en ces termes la nécessaire union pour l'innovation : « À une époque marquée par une restriction des dépenses publiques, des changements démographiques importants et un renforcement de la concurrence mondiale, la compétitivité de l'Europe, notre capacité à créer des millions de nouveaux emplois pour remplacer ceux que la crise a détruits et, d'une manière générale, notre niveau de vie futur dépendent de notre aptitude à encourager l'innovation dans

les produits, les services, les processus commerciaux et sociaux et les modèles. C'est pour cette *raison que l'innovation a été placée au cœur de la stratégie Europe 2020. L'innovation est* également le meilleur moyen dont nous disposons pour résoudre les principaux problèmes auxquels notre société est confrontée et qui, chaque jour, se posent de manière plus aiguë, qu'il s'agisse du changement climatique, de la pénurie d'énergie et de la raréfaction des ressources, de la santé ou du vieillissement de la population » (Commission européenne, 2010). Cette allocution, déjà évoquée précédemment et qui s'est traduite par pléthore de mesures et de dispositifs, souligne les espoirs placés dans l'innovation. Malheureusement, pour la plupart, l'innovation est comprise comme une invention (Battistelli, 2012) et est également réduite à certaines personnalités – 'les inventeurs' – détenteurs d'une capacité créative presque mystifiée à en croire les récits relatant les grandes inventions de ce siècle, certains parvenant à entreprendre une révolution informatique de leur garage… (Moncorger et Gaubert, 2013). De même, les discours politiques, économiques et médiatiques lient souvent invention, technique et innovation (Edgerton, 2013), cantonnant ainsi ces aptitudes à certaines catégories professionnelles telles que les ingénieurs, les professionnels de la recherche et du développement, aux chercheurs universitaires même…

La réalité est bien autre. Comme l'ont montré de nombreux travaux, innovation et invention sont deux processus distincts bien que parfois complémentaires (Battistelli, 2012, 2014 ; Battistelli et Picci, 2008 ; Alter, 1995, 1996 ; Schumpeter, 1912/1935 ; Callon, 1986). Dans le travail, la créativité est en effet inéluctable, tout d'abord de par l'écart irréductible entre prescrit et réel. C'est ce que Daniellou (2015) appelle « la créativité microscopique » et qui pourrait être révélée lorsqu'il existe des conditions de controverses dans le collectif de travail. Dejours va plus loin, considérant que la création n'existe pas en elle-même, l'individu ne partant jamais de rien : « l*'originalité, l'invention ne sont pas de l'ordre de la création mais plutôt de la subversion d'une techné, d'un ordre qui la précède. C'est plutôt un pouvoir de modifier le* monde à partir de ce qui existe déjà » (2015-b). La créativité serait alors d'avantage une intelligence rusée qu'une aptitude en elle-même et nécessiterait, pour se déployer, des marges de manœuvre (Daniellou, ibid). L'entreprise regorgerait donc de ressources de créativité ou en faveur de la créativité. Pourquoi alors, autant de dispositifs et de discours cherchant à la développer ? D'abord parce que nombre de dirigeants confondent décision de changement avec invention d'une part et innovation d'autre part (Alter, 2000), ce qui les amène à déconnecter les objectifs des moyens (l'idée de l'appropriation). Alter explique cette « banalité de la déraison »

par le fait que la décision répond à des normes sociales et non à une analyse rationnelle : « le *manager doit décider […], décide en* fonction de sa propre représentation de la raison [et enfin], doit tenir son rôle face à ses collègues » (Alter, ibid, p83-86).

Nos travaux confirment ces observations, tant nous avons souligné les épreuves auxquelles il nous semble que les dispositifs de prévention primaire - véritables démarches d'innovation ne disant pas nécessairement leur nom de notre point de vue - exposent les salariés et notamment les managers. Alter est en effet très clair : « *L'innovation exige la conversion des dirigeants* aux représentations construites par la base » (ibid, p152) et nécessite « une remise en cause des croyances [exigeant en elle-même] la force relative de la réflexivité : la mise à distance heuristique, permettant le retour sur les pratiques, est le fait de la réflexivité, comme capacité collective » (ibid, p251). En ce sens, le dispositif d'innovation transitionnelle que nous avons élaboré et expérimenté nous semble constituer une avancée pour un rapprochement entre créativité, innovation et santé au travail. Sa méthodologie permet en effet d'accompagner les tensions et mouvements inhérents au processus d'innovation mais également d'engendrer des processus de créativité sources de santé : le processus transitionnel inscrit dans une zone proximale de développement offre en effet « un espace de questionnement, un travail de *confrontation, de priorisation mais aussi de dégagement par l'invention de nouveaux buts, de* nouvelles valeurs. Ces inventions vont permettre de faire tenir ensemble des choses qui a priori ne tiennent pas ensemble mais permettent donc de maintenir notre unité » (Almudever, 2015). La créativité est ainsi processus de personnalisation car, au sein de l'espace transitionnel, elle a pu se lier à la pluralité, « créant des liens inédits entre des représentations, des affects et des expériences » (Almudever, ibid). Ces nouveaux liens concernant l'ensemble des acteurs, quel que soit leur niveau dans l'organisation, et favorisant la connexion entre les dimensions locale et stratégique tout comme entre la prescription et le réel de l'activité, nous semblent ainsi de nature à rapprocher créativité, innovation et santé au travail, accompagnant finalement le développement d'un pouvoir d'agir trans-collectifs et donc organisationnel. En cela, la voie empruntée par ce dispositif d'innovation transitionnelle pourrait offrir une perspective intéressante pour celles et ceux qui cherchent à allier qualité du travail, qualité de l'emploi et performance économique (Travaglianti et coll., 2015).

5.2 Les limites de la recherche

Comme toute démarche scientifique, notre recherche est nécessairement incomplète et imparfaite. Souligner ces limites est toutefois essentiel à la poursuite de nos réflexions.

5.2.1 De la singularité à la généralité

Le travail que nous avons réalisé entre dans le cadre des recherches de sciences sociales portant sur les systèmes complexes et nous a ainsi conduits à expérimenter en situation réelle. Nos deuxième et troisième études font donc une large place à la participation des acteurs internes, et ce d'autant plus que nous nous intéressions précisément à l'interaction entre ces derniers et le processus d'intervention. Il en résulte que les effets observés sont nécessairement liés à leur implication d'une part mais concernent aussi des phénomènes plutôt généraux, puisque ce qui nous intéresse est un processus social appréhendé dans sa globalité. En ce sens, la première limite de notre travail renvoie aux liens entre les terrains, les acteurs internes, nous-même et les résultats. Nos observations ainsi que le processus méthodologique dans lequel elles s'inscrivent, sont nécessairement liés à la finalité que nous poursuivions.

En nous appuyant sur le cadre construit par la recherche-action, nous avons défini l'élaboration scientifique d'un phénomène comme *« un ensemble d'informations et de pratiques qui permettent de rendre ce phénomène intelligible, d'en prévoir les développements (prévision) et d'exercer un certain degré d'influence sur son évolution (faisabilité) »* (Liu, 1997, p115). Cependant, les spécificités de la recherche de science sociale en intervention réelle exigent d'établir l'intelligibilité, la prévision et la reproduction distinctement. Or, il nous semble que notre travail a surtout contribué à rendre intelligible le processus social constitutif du passage de la connaissance à l'action. L'induction des trois dimensions que sont l'objet d'intervention, le niveau d'implication et enfin le processus cognitif de prévention implanté constitue en effet une avancée sur ce point. En ce qui concerne la prévisibilité, nous avons par exemple été en mesure de valider certaines hypothèses telles que l'impact positif d'un haut niveau d'implication mais nos résultats nous ont aussi permis d'observer un phénomène que nous n'avions pas anticipé, à savoir son effet sur la maturité globale des acteurs internes et non directement sur les résultats en termes de prévention. Nous avons également pu constater qu'un objet d'intervention partiel à valence négative ne constitue pas un frein à cette maturité globale

et transformatrice, ce que nous n'avions pas non plus prévu. En revanche, nous avons confirmé que dans le cas d'une implication directe des acteurs internes dans le réel de l'investigation des liens entre santé et travail, l'objet partiel à valence négative constitue bien, cette fois, un frein. Enfin, nous avons pu vérifier les effets positifs prévus en termes de résultats de prévention et de santé concernant l'articulation entre objet global, haut niveau d'implication mais processus cognitif de prévention alternant entre les logiques primaire, secondaire et tertiaire et non uniquement primaire, au travers du dispositif d'innovation transitionnelle. Il nous semble donc possible de conclure à un début de démonstration de la prévisibilité du processus social que nous avons tenté de rendre intelligible mais aussi de souligner le chemin qu'il reste à parcourir sur cet axe.

En effet, nous avons successivement observé les conséquences d'une articulation entre un haut niveau d'implication, un objet partiel à valence négative et un processus cognitif de prévention tertiaire (étude 2) puis celles d'une articulation entre objet global, haut niveau d'implication et processus cognitif de prévention primaire (étude 3). Par ailleurs l'étude 1, réalisée à partir de la perception des professionnels des services de santé au travail, nous a permis de distinguer les caractéristiques globales et spécifiques du processus social étudié au regard des critères d'efficience des démarches de prévention. Ces travaux sont donc incomplets, toutes les articulations possibles n'ayant pas été testées. Nous serions par exemple tout à fait intéressés par l'observation d'un processus centré sur un objet partiel à valence positive (ce qui est d'ailleurs très peu étudié par la recherche, Machado et coll., 2016) avec un haut niveau d'implication, ou encore par une démarche centrée sur un objet global mais autour d'un faible niveau d'implication. La poursuite de ce travail d'exploration nous permettrait sans doute, au final, d'atteindre le niveau de la prévisibilité. Enfin, il nous faudrait multiplier les dispositifs testant les effets de ces diverses articulations pour prétendre au niveau de la reproduction. En ce sens, nous estimons que nous avons débuté le travail d'élaboration scientifique du processus social constitutif du passage de la connaissance à l'action mais qu'il reste à poursuivre.

5.2.2 Les limites méthodologiques spécifiques

5.2.2.1 L'enquête dans les services de santé au travail

Nous avons rappelé ci-dessus, les objectifs de l'enquête quantitative réalisée auprès des professionnels des services de santé au travail. Son approche macrologique nous a en effet permis de recueillir des données très intéressantes pour valider nos trois dimensions de manière empirique puis pour tester les liaisons avec les critères d'efficience des démarches de prévention. Ceci étant, nous sommes conscients que la critique majeure qui pourrait être adressée à ce travail est d'avoir recueilli des données indirectes sur le processus étudié : les données récoltées concernent l'avis des professionnels des services de santé au travail sur les démarches : leur perception de l'implication des acteurs internes, leur perception de l'évolution de leurs connaissances et de leurs représentations et enfin leur perception des résultats des démarches. C'est là la limite de l'approche macrologique : puisqu'il n'existe pas de travaux permettant de saisir ce processus social de façon globale, nous n'avions pas la possibilité de construire une démarche quantitative visant à recueillir ses caractéristiques directement auprès des acteurs internes des entreprises. Cependant, si l'on poursuivait nos travaux jusqu'à atteindre les niveaux de la prévisibilité et de la reproduction, nous pourrions ensuite imaginer construire une enquête permettant de recueillir des données macrologiques directement auprès des acteurs internes.

La seconde limite de cette enquête tient à la complexité du questionnaire élaboré. En effet, malgré nos efforts pour construire un questionnaire restant à un niveau global des démarches, sans entrer dans la diversité des contextes, des natures d'intervention, des méthodes, des pratiques, … le questionnaire final était sans doute trop complexe et trop long. Le niveau de complexité renvoie surtout, selon nous, au fait qu'il posait des questions inédites aux intervenants et engendrait en cela à un certain coût cognitif. La combinaison entre les diverses étapes d'intervention et les variables que nous cherchions à observer, a également abouti à un questionnaire trop long. Cette limite explique pour une part, une autre critique qui pourrait être adressée à cette étude, à savoir la petite taille de son échantillon. Malgré tous les efforts entrepris pour diffuser le questionnaire le plus largement possible, nous n'avons recueilli qu'un total de 183 réponses complètes. En 2009, la DARES avait estimé à 904 le nombre de services de santé au travail dont 612 services autonomes et 292 services inter-entreprises (Commission des affaires sociales, 2012). En comparaison de ces chiffres, le pourcentage de réponses globales

est donc faible puisqu'il représente seulement 20.2% de la population ciblée. Pour autant, nous pouvons discuter cette critique : puisque la majorité de nos répondants est issue des services inter-entreprises (139 des 183 questionnaires), nous obtenons une représentation de 47.6% concernant la sous-population services inter-entreprises. Ce bon résultat reste toutefois à relativiser car nous ne disposons pas d'informations concernant le nombre de professionnels travaillant dans les services de santé au travail et encore moins de ceux menant des interventions de prévention collectives de la santé psychique au travail, nombre auquel il aurait fallu comparer nos réponses. Nous étions bien conscients de cette limite mais il ne nous a pas été possible d'y répondre dans la mesure où une interrogation des répondants quant à leur lieu d'exercice n'aurait pas été conforme aux conditions déontologiques et se serait irrémédiablement soldée par une baisse significative de nos résultats. Ainsi, étant donné le nombre de réponses complètes obtenues, l'impossibilité de déterminer le nombre de répondants appartenant au même service de santé ou encore l'indisponibilité des données relatives aux nombres de professionnels agissant pour la prévention des RPS dans ces services, il est clair que nos données et leurs interprétations ne peuvent se prévaloir d'une qualité de représentativité. Elles se limitent à une étude des caractéristiques des démarches de prévention des RPS conduites par nos répondants.

5.2.2.2 La recherche-action au sein d'une collectivité territoriale

Notre seconde étude consistait en une recherche-action visant le déploiement d'une enquête de santé de type épidémiologique via un processus de coopération organisationnelle. Sa génèse, nous l'avons expliquée, renvoie à une forme d'instrumentalisation d'une démarche de santé à des fins stratégiques, tant syndicales que politiques. Il s'agissait en effet, en plus des objectifs de santé, de rechercher des bénéfices secondaires tels que l'apaisement du climat social ou encore le renforcement du sentiment d'appartenance à la collectivité à des fins de retombées électorales. Nous avons souligné que l'ajout de ces objectifs avait permis de réduire la perception de la démarche tel un risque et de l'analyser comme une ressource. Pour autant, la limite de ce contexte réside précisément, nous semble-t-il, dans le fait de n'avoir perçu l'enquête que comme une ressource pour d'autres fins que ceux de santé. En effet, lorsque les restitutions ont démontré le caractère 'sensible' des résultats, et les autres objectifs étant déjà perçus comme atteints, ne restent plus que la perception du risque. En ce sens, ce qui nous apparaît préjudiciable n'est pas tant l'ajout d'autres objectifs à ceux concernant le développement de la

santé mais davantage la nécessité de maintenir, dans ce cas et tout au long du processus d'intervention, l'équilibre entre ressources et risques entourant les différents objectifs. Nous avons d'ailleurs pu constater que c'est lorsque le risque syndical et de mécontentement des salariés (donc le risque électoral) sont réapparus, que le processus de coopération a pu reprendre. Cette expérience nous questionne donc sur la place et le rôle de la perception du risque dans le développement des politiques de santé au travail : une démarche de prévention de la santé psychique au travail peut-elle réellement se mettre en place sans perception d'un risque pour l'employeur ? Kouabenan et coll. (2007) notamment, ont en effet montré que la perception du risque est l'un des facteurs à l'origine des changements de comportements. La question serait alors de comprendre dans quelles mesures, par exemple, le risque législatif (danger issu d'un non-respect de la législation sur la prévention de la santé mentale) ou le risque économique (au sens de perte de compétitivité) seraient 'nécessaires et suffisants' pour engendrer une démarche de prévention primaire. Car si tel est le cas, l'expérience pourrait indiquer que seules des altérations (crises sociales, dégradations de la situation de travail ou encore atteintes de santé et conséquences sur la vie de l'entreprise) auraient la capacité d'engendrer des démarches allant jusqu'à la modification des comportements (et donc la transformation effective des situations de travail et de l'organisation). Un tel constat serait alors en contradiction avec la loi mais également avec la philosophie de la prévention, et notamment avec les injonctions plus ou moins fortes adressées aux professionnels de la santé au travail et qui consistent à lier qualité de prévention et niveau d'intervention primaire : en effet, s'il y a nécessairement altération, qui 'répare' et qui 'soigne' ? Ainsi, en ce qui concerne la perception des risques et des ressources, la question pourrait être aussi – et c'est davantage en ce sens que nous proposons de la poser – comment concilier les risques perçus au développement des interventions de prévention primaire avec le développement puis le maintien dans la durée, de la perception des ressources possiblement atteignables par ces démarches ?

5.2.2.3 Le dispositif d'innovation transitionnelle

Le dispositif d'innovation transitionnelle réalisé dans notre troisième étude a été déployé au sein d'un institut de formation aux prises avec de nombreuses et importantes manifestations de troubles psychosociaux. Comme nous l'avons explicité, la méthodologie a consisté en un dispositif centré sur un processus d'innovation en tant qu'objet d'intervention global et globalisant, possédant à la fois la capacité d'intéresser un maximum d'acteurs et à la fois la

capacité d'appréhender et d'agir sur les dynamiques organisationnelles structurelles. Cette méthodologie est donc pensée pour engendrer un processus d'innovation transitionnelle et se veut donc théoriquement indépendante de toute situation de dégradation : ses conditions méthodologiques respectées, ce dispositif pourrait être déployé aussi bien dans une organisation souhaitant développer les capacités créatives de ses salariés qu'au sein d'une entreprise devant se restructurer. Les processus transitionnels se situent en effet au cœur d'une zone proximale de développement, dans une aire intermédiaire entre le dedans et le dehors, et mobilisent une activité fondée sur l'alliance des expériences illusoires combinant le désiré et le réel, y compris dans ses formes les plus éprouvantes. Peu importe donc, que ces formes éprouvantes soient issues de troubles psychosociaux, de dysfonctionnements du travail, d'une difficulté à inventer ou encore d'une nécessité de se réorganiser. Théoriquement, les changements concernent donc les objets transitionnels mis au travail mais pas le cadre proposé par le dispositif d'innovation transitionnelle. La première limite de notre travail renvoie donc à la nécessité de tester ce potentiel de généralisation du dispositif en l'expérimentant dans différents contextes.

De plus, nous avons également rappelé que la démarche réalisée sur ce terrain avait été initiée après un premier dispositif consistant en un diagnostic des problématiques rencontrées par l'association. Nous pouvons donc nous interroger sur l'impact de ce diagnostic sur les résultats de la démarche, celui-ci ayant été peu de fois mais tout de même quelques fois introduit dans les espaces de débat. Comme ce fut le cas lors de l'échange retranscrit du copil n°1 (paragraphe 4.3.5.2), les éléments du diagnostic sont venus s'inscrire dans le processus transitionnel en se présentant comme une forme éprouvante du réel. A d'autres moments, ils ont été rappelés sous la forme d'objets-trouvés et combinés à l'objet-créé. Ce qui nous questionne n'est donc pas son éventuel impact sur le processus transitionnel mais davantage son éventuel rôle de média vers celui-ci : nous nous demandons dans quelle mesure cette révélation de l'ensemble des altérations, problématiques et difficultés a joué dans l'acceptation du dispositif méthodologique. Concrètement, lorsque le dispositif est mobilisé à des fins de prévention de la santé psychique, pourrait-il être accepté sans une étape préalable et minimum de diagnostic et notamment lorsque les acteurs internes ne font pas nécessairement le lien entre dégradation de la santé et travail ? Ces questions nécessiteraient des réponses pour tester la capacité de généralisation du dispositif.

Une autre limite nous semble relever du contexte professionnel dans lequel la démarche s'est inscrite. En effet, la population était constituée de formateurs disposant d'un haut niveau de formation et d'une culture professionnelle favorable aux questionnements, à la mise en pensée ou encore à la controverse. Par ailleurs, ces derniers formant de futurs professionnels, avaient l'habitude de réfléchir autour du métier, de la construction des pratiques ou de leurs transmissions. Ce contexte nous semble donc constituer un environnement favorable aux processus de créativité. En effet, Amado (2015) rappelle que certains contextes facilitent ou entravent la créativité individuelle et collective. La 'débrouillardise' selon ses termes a à voir avec des pratiques sociales permettant la reconnaissance et le contournement, si ce n'est la transgression des règles et des normes. Or, les analyses du travail entreprises au cours de la démarche, notamment en ce qui concerne la création d'un parcours d'intégration des nouveaux formateurs, a effectivement fait apparaître des compétences telles que la ruse, la capacité à changer de posture, à avoir recours à des stratégies de secours ou encore, à développer des innovations pédagogiques. De même, le contexte institutionnel nous a semblé, au moins dans un second temps, favorable à la démarche, du fait du départ du directeur puis du recrutement d'un directeur général par intérim. En ce sens, il est légitime de se questionner sur le rôle de ce contexte sur les résultats obtenus à l'issue du processus d'intervention.

Enfin, la dernière limite renvoie au peu de recul actuellement disponible quant à cette démarche qui ne permet pas d'apprécier totalement l'implantation du dispositif et la pérennité des innovations en termes d'appropriation sociale.

5.3 Retour sur la pratique

L'une des spécificités de notre travail réside dans les liens tissés entre la théorie et la pratique ; des liens multiples et multiformes dont l'origine se trouve dans notre propre histoire : cette thèse a tout d'abord été celle d'une professionnelle agissant depuis de nombreuses années dans le champ de la santé au travail et qui, confrontée aux limites de sa pratique, a cherché de nouvelles ressources pour faire face aux empêchements de son activité et développer la qualité de son travail. Mais ce qui, au commencement, ne devait être qu'un recours à la recherche pour trouver des issues, s'est finalement mué en un chemin à découvrir, à défraichir puis à tracer. Alors, comme le disait Hippocrate pour qui « la marche est le meilleur remède de *l'homme* »,

nul doute que ce chemin nous a d'abord permis d'acquérir de nouveaux pouvoirs d'agir ; bref, de développer notre santé. Mais l'on dit aussi que « la connaissance du chemin ne peut pas se *substituer au fait de mettre un pied devant l'autre* » (Mary Caroline Richards) : professionnelle de terrain au début de ce parcours, nous avons confronté nos expériences à celles de la recherche puis tenté, nous-même, d'expérimenter et d'apprendre. Nous n'avons pourtant jamais dévié de notre course, restant toujours fidèle à notre intention première qui était le développement de la pratique : toutes nos étapes ont été franchies en conservant un plein temps en service de santé au travail, trois années en service de santé autonome puis deux années en services inter-entreprises. De même, nous n'avons eu de cesse de revenir au terrain pour y confronter nos réflexions : de la première enquête nationale en direction des professionnels de la santé au travail, à deux interventions en situation réelle, élaborées, développées et conduites de la place de membre de service de santé. Arrivée au bout de ce chemin, ce premier regard en arrière provoque d'abord un sentiment de reconnaissance pour tous ces collègues et partenaires rencontrés et une grande fierté d'appartenir à cette profession qui, chaque jour et dans l'ombre, est aux cotés des salariés en mal-être, conseille des employeurs parfois fermés mais souvent perdus, dénoue des tensions, tente, jour après jour, de rendre leurs capacités de pensée et d'agir aux salariés, aux managers et aux organisations. Si cette thèse permet de montrer un peu de cette réalité-là ou encore la richesse de leur expertise et de leur ingéniosité, nous serions réellement satisfaite.

L'expérience qui fut la nôtre a été difficile, douloureuse même parfois mais aussi source de plaisirs et d'une grande richesse. Elle a aussi transformé la praticienne que nous étions et profondément modifié le regard que nous portons sur notre métier, nos pratiques, notre posture ou encore sur les critères utilisés pour évaluer la qualité de notre travail. L'identité dans laquelle nous nous reconnaissons aujourd'hui est celle de praticienne en recherche fondamentale de terrain, formidable trait d'union entre nos deux expériences. Au regard de tout ce chemin parcouru, il nous semble naturel et nous dirons même juste, de conclure ce travail par un dernier retour vers la pratique, en partageant un peu de cette expérience avec tous les professionnels de la santé au travail qui liront ce travail.

5.3.1 Retour sur les pratiques de prévention des RPS dans les services de santé au travail

Parmi les résultats de l'enquête menée auprès des professionnels des services de santé au travail, nous avons été particulièrement interpellés par ceux concernant la nature des démarches réalisées. La première partie du questionnaire permettait en effet d'interroger les professionnels sur le type d'actions de prévention des RPS déployés, étant entendu que l'enquête préliminaire avait mis en évidence quatre autres catégories d'action de prévention de la santé psychique :

- Les sensibilisations et formations
- Les entretiens et suivis individuels
- Les réunions internes (dans les milieux de travail, avec les responsables concernés par la situation) permettant d'aborder des situations particulières
- Des actions visant à (re)mettre en discussion les situations de travail entre salariés et managers

Sur les 337 professionnels qui ont répondu à cette partie du questionnaire (n2), seuls 22,8% estiment que les démarches de prévention collective représentent un pourcentage élevé de leurs actions. Ce sont les entretiens individuels qui sont majoritaires pour 37% d'entre eux, des actions de mise ou de remise en discussion pour 26% d'entre eux, des sensibilisations et formations pour 20% d'entre eux et enfin des réunions internes aux entreprises pour 16%. Ainsi, les résultats de notre échantillon montrent que les démarches de prévention collectives ne sont pas majoritaires parmi les actions de prévention conduites. Pourtant, les dispositions réglementaires obligent à leur réalisation (via l'évaluation des risques professionnels, les accords inter-professionnels sur le stress, le bien-être au travail ou encore la qualité de vie au travail), tout comme l'ensemble des recommandations nationales en matière de santé au travail qui insiste sur la nécessité d'agir à un niveau primaire, de privilégier les démarches collectives ou encore d'engager un maximum d'acteurs dans les actions ; autrement dit, de réaliser des démarches telles que nous l'entendons et non pas des actions ponctuelles ou externes telles que les sensibilisations et formations, les entretiens individuels, les réunions internes ou encore des actions de (re)mise en discussion. Rappelons également qu'en ce qui concerne les démarches de prévention collective, nos résultats indiquent que seuls 3% sont déclenchées à des fins de développement de la qualité de vie au travail et 6% sont initiées en dehors de toute situation dégradée. Ainsi, ces résultats montrent tout d'abord qu'en matière de prévention des RPS, nos répondants disent faire majoritairement autre chose que des démarches collectives mais aussi

que lorsqu'ils le font, il s'agit très largement de répondre à des altérations de la santé (22% des déclencheurs fréquents sont des atteintes de la santé, 20% des conflits, 12% un ensemble d'indicateurs de santé dégradés, 11% une alerte du CHSCT, 5% des dérives graves, 4% des agressions et 3% des traumatismes). Ces données révèlent donc un écart considérable entre la pratique de terrain des professionnels des services de santé au travail et les recommandations légales et officielles. Il nous semble en être de même concernant l'écart avec les travaux de recherche, la majorité s'orientant sur des méthodologies de démarches collectives et peu travaillant particulièrement les contextes dégradés. Dès lors, deux interprétations sont possibles : soit les entreprises/services publics/associations ne réalisent pas de démarches relevant de la qualité de vie au travail ou de démarche de prévention collective, se positionnant alors elles-mêmes en dehors des recommandations réglementaires et institutionnelles, soit elles le font mais ne sollicitent pas les services de santé au travail sur ces questions. La vérification de l'une ou l'autre de ces conclusions appellerait à des stratégies de prévention différentes : la première induirait que les employeurs français ne disposent pas d'un bon niveau de culture de prévention, n'investissant pas dans des démarches de prévention et ne se mettant pas en conformité avec la loi. Si des actions institutionnelles pourraient alors être envisagées, du côté des services de santé, des campagnes de communication de grande envergure pourraient par exemple être menées. La seconde conclusion interrogerait davantage le rôle des services de santé pour les employeurs. Elle montrerait en effet que la majorité des démarches de prévention est réalisée sans leur concours et/ou avec d'autres acteurs, ce qui questionnerait alors la place et la légitimité des services aux yeux des employeurs. Quoiqu'il en soit, le médecin du travail étant le seul en charge de la santé et de la sécurité de l'ensemble des salariés de l'entreprise, il serait très interpellant qu'il n'y soit pas intégré.

A l'heure où les RPS constituent l'un des enjeux dominants de la santé au travail et où des changements majeurs impactent les SST (Vallery et Leduc, 2012), il nous apparaît urgent de s'intéresser à la réalité de ces pratiques, d'en comprendre la génèse, le développement, les atouts et les limites. Nous pensons notamment aux impacts de la loi El Khomri qui a fait disparaître l'aptitude médicale et a organisé la surveillance médicale des salariés avec d'autres professionnels que les médecins du travail. Nous pensons aussi à l'entrée de plus en plus grande de médecins collaborateurs dans les services, qui doivent certes se former à la santé au travail mais sont aussi des docteurs en médecine générale, en chirurgie, … Quelle recomposition des compétences et des pratiques du fait de cette rencontre entre ces professionnalités distinctes ? Nous pourrions aussi évoquer l'implication de plus en plus grande des mutuelles d'entreprise

dans le secteur de la santé au travail ou encore les futures réformes des instances représentatives du personnel, du dialogue social ou encore du droit à l'assurance chômage pour tous, y compris en cas de démission, qui sont annoncées à l'heure où nous rédigeons. Un salarié en mal-être viendra-t-il seulement voir son médecin du travail s'il a la possibilité de démissionner tout en conservant une protection sociale suffisante ? Comment et qui sera alors informé de l'existence d'atteintes de la santé du fait du travail et qui pourra agir pour transformer ? D'un autre côté, ces situations de souffrance trouveront-elles une issue par ce droit qui offre de nouvelles marges de manœuvre ? Les questions ne manquent pas et nous n'avons pas la prétention d'y répondre car comment y parvenir sans prendre le temps de comprendre la réalité des pratiques des professionnels de la santé au travail ? Comment expérimenter sans connaitre, observer et analyser ? Et sans cela, comment améliorer les pratiques ?

Nous pourrions aussi nous interroger sur la pertinence des discours prônant les démarches de type primaire alors même que nos résultats semblent indiquer que l'activité des professionnels est très majoritairement déclenchée par des altérations. Ces recommandations qui lient souvent qualité du travail de prévention avec niveau d'intervention primaire et qui catégorisent les actions selon qu'elles seraient primaire, secondaire ou (non et) tertiaire, sont-elles toujours des soutiens à l'action ? Aident-elles toujours à penser les démarches ? A cadrer les méthodologies ? Ou deviennent-elles des distinctions sans lien avec la réalité des pratiques et du travail réel de prévention ? Toutes ces questions méritent d'être discutées. Elles le sont la plupart du temps mais elles ne le sont pas à l'égard de la pratique, entendue comme réalité de travail de l'ensemble des professionnels de la santé au travail. Nous pensons que des débats sérieux exigent cette analyse de l'activité réelle de prévention puis des débats collectifs et professionnels construits à partir de cette réalité. C'est à ces conditions seulement que les métiers et les pratiques pourront se trouver développés au travers de l'activité déontique ainsi permise : « Un collectif de travail, stricto *sensu, n'est constitué que sur la base de règles qu'il a bâties par la délibération collective. Lorsqu'un accord est obtenu, par consensus ou par arbitrage et qu'il est enregistré et stabilisé, il constitue un accord normatif. Lorsque plusieurs* accords no*rmatifs s'articulent entre eux, ils constituent une règle de travail. Lorsque plusieurs* règles de travail sont articulées entre elles, elles constituent des règles de métier. Et lorsque *ces règles dépassent le périmètre de l'organisation ou de l'entreprise*, elles deviennent des *conventions professionnelles. L'activité de production de règles est donc fondamentalement un* processus bottom-up. Désignée *au plan théorique sous le nom d'activité déontique, elle repose*

*sur la possibilité de contester l'organisatio*n du travail prescrite, non pour la détruire mais pour la faire évoluer » (Dejours, 2015-c, p171).

5.3.2 L'action de la place des services de santé au travail

Pour répondre aux préoccupations de la santé psychique au travail, de plus en plus de professionnels spécialisés dans la prévention de la santé psychique sont recrutés dans les services de santé au travail et déploient des activités en lien avec ce domaine spécifique de la prévention des risques professionnels aux côtés des ergonomes, des ingénieurs en prévention, des toxicologues, etc. Cependant, prévenir les risques psychosociaux suppose de modifier profondément l'organisation du travail, les pratiques managériales ou encore de se centrer sur l'activité réelle. En cela, on peut légitimement se demander comment agir sur le travail et l'organisation dans l'entreprise à partir d'une place en service de santé consacrée à la santé ; et nous l'avons vu majoritairement à l'atteinte de la santé ; et dans des services historiquement attachés à une vision médicale et individuelle de celle-ci ?

En effet, prévenir la santé psychique au travail oblige à questionner puis à faire évoluer les liens entre santé, activité réelle, travail prescrit, management, espaces de débat, organisation du travail, critères de qualité, … En cela, ces démarches transforment nécessairement le lien au travail et la manière dont chacun perçoit et vit ces liens. Grâce aux possibilités d'adaptation et de remplacement offertes par la technique, la prévention des autres risques professionnels semble préserver au moins partiellement, les acteurs de ces remises en question : la dotation en équipement de protection individuelle, l'aménagement de bureaux adaptés à un handicap physique ou à un public agressif, l'achat de machines pour remplacer l'effort humain lors des travaux pénibles, l'installation d'armoire spécifique aux risques chimiques et même aujourd'hui la construction d'armature robotique pour limiter les atteintes dues aux travaux répétitifs de port de charge, ont tous en commun de remplacer ou de combler un lien inadapté entre exigences du travail et exigences de santé. Aussi, l'une des difficultés de la prévention de la santé psychique, en plus de toutes celles que nous avons abordées au cours de ce travail, pourrait aussi renvoyer en l'impossibilité d'adaptation ou d'aménagement technique qui la caractérise[1]: contrairement aux autres risques professionnels, l'adaptation technique est ici impossible car le

[1] Bien que les approches épidémiologiques, les dispositifs de prise en charge des 'souffrants du travail' ou encore les démarches centrées sur l'analyse et la modification des comportements, relèvent à notre sens, de diverses tentatives de technicisation du lien au travail.

vécu au travail ne peut être ni outillé, ni remplacé. La prévention des risques psychosociaux oblige à poser un véritable débat de fond auprès des acteurs de l'entreprise, en faisant évoluer les représentations des liens entre l'Homme et le travail, ceci alors même que les résultats de notre enquête ont montré que la majorité des démarches est déclenchée pour répondre à des altérations : la demande première des entreprises est donc celle de trouver des solutions aux dysfonctionnements, et non d'entreprendre une telle démarche réflexive.

Nous souhaitons à ce titre, attirer l'attention sur trois questions de l'enquête auprès des SST dont nous n'avons pas présenté les résultats précédemment. Nous avions en effet interrogé la place des altérations en amont des démarches (étude des déclencheurs) puis pendant leur processus d'intervention (étude des objectifs des méthodes et des axes du plan d'actions). Il était donc logique de questionner cette même place à l'issue des démarches. Pour ce faire, nous

> Q94 : Dans la majorité des interventions, la restitution des résultats révèle des conséquences (ou *troubles) dont la direction n'avait pas conscience*
> Q96 : De même, la plupart du temps, la restitution des résultats révèle des causes (ou facteurs) dont *la direction n'avait pas conscience*
> *Q101 : Concernant le plan d'actions, son ampleur est généralement plus importante que celle à laquelle la direction s'attendait*

avons posé trois questions différentes (sur une échelle allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord) :

	M	σ
Restitutions révélant des conséquences/troubles supplémentaires	3.6	1
Restitutions révélant des causes/facteurs supplémentaires	3.9	.9
Plan d'actions dont l'ampleur est supérieure aux estimations	3.8	.9

Tableau 91 *: Place des altérations à l'issue des* démarches, étude 1

Ainsi, alors que la majorité des démarches est déclenchée après la survenue d'altérations, c'est à dire pour répondre à des dysfonctionnements, elles révèlent aussi la plupart du temps de nouvelles sources de difficultés pour l'entreprise, qui découvre, au travers des résultats, des conséquences/troubles supplémentaires (M=3.6), des causes/facteurs supplémentaires (M=3.9) et se voit proposer un plan d'actions dont l'ampleur est plus importante que ce qui était estimé (M=3.8). Les altérations ou objets partiels à valence négative sont donc majoritaires en amont, pendant, mais aussi après la démarche. Ces résultats nous semblent donc révéler avec force, l'écart entre les attentes des acteurs de l'entreprise (répondre à des difficultés) et les 'réponses'

apportées par les démarches et nous semblent renforcer nos conclusions relatives à l'accompagnement des acteurs au cours de la démarche : il est une chose de débattre, avant d'entreprendre une démarche, du caractère sensible d'un dispositif, de l'écart qui sera nécessairement révélé entre leurs représentations et le réel ou encore des dysfonctionnements qui pourraient être mis à jour; il en est une autre pour ces acteurs, de vivre ces questionnements sur leurs pratiques, décisions antérieures, rapports au travail, …

Pour conclure ce questionnement autour de l'altération, nous souhaiterions aborder un dernier point qui nous semble soulever un autre paradoxe. En effet, nous avons vu que la majorité des démarches se développe dans une perspective tertiaire visant à réduire ou supprimer les altérations. Cette réalité de la pratique rejoint la philosophie de la règlementation juridique puisqu'elle donne également comme objectif aux professionnels d'éviter toute altération de la santé par le travail et soumet par ailleurs les employeurs à une obligation de résultat : en ce sens, nous pouvons dire que l'atteinte est considérée comme anormale et se doit donc d'être supprimée ou réduite le plus possible. Or, il nous semble qu'en matière de santé psychique, une telle posture peut être discutée. Comme dans toutes les disciplines cliniques, l'un des premiers mouvements possibles face à la souffrance au travail consiste à identifier 'ce qui fait souffrir' (pratiques tertiaires) afin d'en étudier la genèse, d'en déduire des actes de traitement (pratiques secondaires) et enfin d'en développer des actes préventifs (pratiques primaires). Or il se trouve que ces travaux démontrent tous avec constance que ce n'est pas le travail en lui-même qui entraine des souffrances mais plutôt son absence, son empêchement ou encore sa dégradation. Nous avons en effet rappelé que le travail n'est souffrance que parce que ses conditions de réalisation et l'organisation amputent les divers espaces d'activité du sujet dans son monde professionnel (Clot et Lhuilier, 2010 ; Clot, 2012 ; Dejours, 2015-b). Le travail impose aussi l'expérience de l'échec et entraine en cela une expérience affective négative. C'est en cherchant une solution et un moyen de faire face à l'obstacle que le travailleur trouve de nouvelles façons de s'y prendre et découvre en lui de nouvelles ressources. Ainsi, amener les entreprises et ses divers acteurs, à considérer l'activité du sujet par le travail et à percevoir son caractère bénéfique pour la santé, c'est irrémédiablement les amener à considérer le « rapport sensible au travail », ce rapport sensible se construisant aussi, et nécessairement, à partir de l'épreuve. Le dysfonctionnement, les affects négatifs, les difficultés sont donc inhérentes à l'activité de travail. C'est lorsqu'ils sont neutralisés, non discutés et non mis au travail, qu'ils aboutissent à

des troubles psychosociaux. A l'inverse, lorsqu'ils trouvent des voies de développement, ils aboutissent au renforcement de l'ingéniosité individuelle et collective.

Aussi, une philosophie d'action qui pense l'altération comme une donnée anormale, et donc à supprimer, nous semble problématique. Le positionnement d'une action en faveur de la santé psychique au travail nous semble en effet plutôt celle d'une reconnaissance de la place du dysfonctionnement dans le processus de santé puisqu'il s'agit de le mettre au travail. De plus, nous avons également vu que les démarches de prévention sont loin de supprimer les altérations mais les mettent plutôt 'sur le tapis' et obligent les acteurs à les travailler. Abstrait dans ces quelques lignes, ce paradoxe se traduit par des tensions très concrètes au sein des services de santé au travail : le médecin du travail fera par exemple appel au spécialiste de la santé psychique lorsqu'il sera confronté à une entreprise dans laquelle les troubles sont nombreux et récurrents. L'objectif de la démarche sera alors de supprimer, voire de réduire ces manifestations. Or, l'action du professionnel, en mettant au travail les altérations, leur fera tout d'abord davantage de place et entrainera un débat au sein de l'entreprise autour des différentes postures, avis, pratiques, critères de qualité, … susceptible d'entraîner pour un temps au moins, de nouvelles sources de tensions. Le médecin du travail, les salariés tout comme les employeurs pourront donc effectivement renvoyer que l'intervention « n'a pas permis d'améliorer la situation », plaçant alors par résonance l'intervenant au cœur, lui aussi, de fortes tensions. Il est bien plus simple, nous le reconnaissons aisément, d'user de méthodologies épidémiologiques qui identifient les facteurs d'exposition et fournissent des éléments artificiellement simplistes qui permettront d'identifier 'ce qui ne va pas' et d'indiquer 'les points sur lesquels agir' même si l'on sait qu'il y aura grande peine justement, à agir et donc à améliorer la situation. En ce sens, ce débat sur la place de la prévention de la santé psychique au sein des services de santé, nous semble devoir être mené : comment, à partir de leur posture, de leur environnement, des différents destinataires de leur travail (entreprise, employeur, salariés, délégués du personnel, médecin du travail, législateur) et de leurs attentes explicites et implicites différentes voire contradictoires, peuvent-ils agir qualitativement à leurs propres yeux et au regard des critères de qualité de leur métier ?

5.3.3 Le psychologue du travail et la reprise en main du processus d'intervention

Les résultats de nos travaux éclairent, nous semble-t-il, les débats soulevés dans les lignes précédentes. Tout d'abord, notre première étude a particulièrement souligné l'importance de l'expérience vécue par les acteurs internes de l'entreprise au cours de la démarche et de l'investigation de la dynamique santé-travail. En centrant notre regard sur l'interaction entre les acteurs internes et le processus d'intervention, nous avons pu relever, analyser puis mettre au travail au fil de nos trois études, les difficultés qui en sont issues. Après les résultats obtenus, il nous semble en effet clair que les interventions modifient le rapport des acteurs à leur travail et que nous devons donc nécessairement le prendre en compte.

Les psychologues du travail ne sont pas des techniciens, ils ne sont pas non plus des experts spécialistes d'une victimologie du travail et dont la mission est de soigner les souffrants du travail. Beaucoup se sont battus et se battent encore contre les processus de psychologisation des salariés et des risques psychosociaux. Mais les psychologues du travail ne sont pas non plus des experts spécialisés dans une forme de victimologie de l'organisation du travail, dont la mission serait de soigner une organisation du travail dysfonctionnelle en repérant les facteurs pathogènes sources de maladie pour les salariés et le travail. Nul besoin, de notre point de vue, d'être psychologue du travail pour utiliser les méthodes épidémiologiques, faire passer des questionnaires et en déduire, selon une grille de lecture, les facteurs posant souci. Nous irions même jusqu'à dire qu'il n'est nul besoin d'être psychologue du travail pour réaliser un diagnostic, y compris qualitatif, pour peu que l'intervenant se soit sérieusement documenté sur les sciences du travail.

De notre point de vue, la spécificité, la plus-value et le rôle du psychologue du travail agissant en prévention de la santé psychique se situent du côté l'accompagnement des acteurs aux prises avec une démarche de prévention. Il ne s'agit pas d'appliquer des méthodes, quelle que soit leur pertinence, mais d'élaborer des méthodologies susceptibles d'accompagner l'évolution des acteurs internes au fil du processus d'intervention. Dès lors, le rapport à la méthode en est profondément modifié car nous pensons que le psychologue du travail doit s'autoriser davantage à prendre la main sur le processus. En prenant appui sur ses compétences, sur sa connaissance des rapports subjectifs au travail et des phénomènes entourant la santé au travail, il peut élaborer de nouvelles manières de s'y prendre et développer de nouvelles marges de

manœuvre. Le recours aux trois dimensions théorisées dans notre travail nous semble représenter un appui dans cette voie : la distinction entre l'objet d'intervention, le niveau d'implication et le processus cognitif de prévention permet en effet à l'intervenant de travailler sa méthodologie de façon à faire évoluer l'interaction entre les acteurs et son processus d'intervention et à les accompagner dans leurs évolutions. Il peut par exemple tout à fait estimer qu'au regard de la culture d'entreprise et du contexte, le passage par un objet d'intervention partiel à valence négative est obligatoire mais il pourra s'interroger sur les moyens de faire évoluer cet objet, et pourquoi pas en utilisant une animation de groupe visant spécifiquement l'identification des ressources du travail, de manière à ce que les acteurs internes parviennent à percevoir le travail comme étant un objet global. De même, concernant le processus cognitif de prévention, il est tout à fait possible de faire réfléchir les acteurs sur le raisonnement qu'ils déploient pour comprendre les phénomènes liés aux risques psychosociaux : dans une entreprise technique par exemple, où les salariés ont coutume d'agir selon une logique de process qualité, il est facile d'utiliser les méthodes étudiant les défauts ou erreurs de production et qui ne se centrent pas sur les responsabilités mais recherchent les causes, pour révéler la dérive consistant à se centrer sur les troubles psychosociaux (et donc les conséquences). Nous avons vu également comment l'implication des acteurs internes durant le processus d'intervention pouvait avoir des impacts sur son déroulement.

Le recours à ces trois dimensions nous semble donc intéressant pour élaborer le processus d'intervention et dégager de nouvelles voies d'action pour les psychologues du travail. Pour exemple, nous avons récemment réalisé une démarche au sein d'une association de mandataires judiciaires aux prises avec des troubles psychosociaux d'une part et des agressions récurrentes de la part des majeurs protégés d'autre part. Nous avons alors proposé une démarche visant spécifiquement le risque agression mêlant une approche quantitative (construction d'un questionnaire permettant d'interroger le sentiment d'insécurité, de cerner les représentations sociales liées aux agressions puis de caractériser les agressions subies par les salariés) et une approche qualitative. Cette seconde phase consistait en une étude d'expériences d'agressions en lien avec des problématiques de banalisation et de récidives mises en évidence par le questionnaire. Pour la réaliser, nous avons proposé une formation-action aux membres d'un comité de pilotage créé à l'occasion de la démarche. Représentatif des métiers et niveaux de l'association et comprenant le directeur ainsi que la direction adjointe, ce comité a été formé à la méthode de l'arbre des causes, méthode classiquement utilisée dans l'analyse des accidents, mais aussi à l'analyse de l'activité au travers des quatre instances du métier développées par la

clinique de l'activité. Il était clair pour nous que l'objectif n'était pas qu'ils soient en mesure de repérer, sans se tromper, quels éléments entraient dans telle ou telle instance. L'objectif était de leur donner un support de réflexion en mesure de leur révéler les différents aspects sur lesquels les pratiques se fondent. Les témoignages étaient ainsi étudiés au regard de ces deux méthodes conjointement mobilisées par les membres du comité de pilotage puis remis en discussion auprès de nous. Ce faisant, nous avons ainsi progressivement déplacé l'objet d'intervention de l'agression vers la pratique professionnelle, en proposant des méthodes soutenant le processus cognitif de prévention. Les résultats de ce travail ont été particulièrement positifs. Bien sûr, des procédures directement liées à la prise en charge de l'agression ont été conçues mais il a également été repéré dans la pratique quotidienne, un ensemble d'éléments qui soulignent une évolution et/ou une tension de la relation professionnelle entre le mandataire et le majeur protégé. Ces indicateurs ont été identifiés, mis en discussion auprès des professionnels puis intégrés au sein des pratiques managériales et collectives comme support à la discussion autour des accompagnements. Ainsi, sans jamais officiellement réaliser de démarches de prévention des risques psychosociaux, nous avons bien amené l'ensemble de nos acteurs, à intégrer dans leurs pratiques et dans l'organisation du travail, des espaces permettant la discussion autour des difficultés du travail réel.

5.3.4 L'enjeu de l'interdisciplinarité

L'intervenant en prévention de la santé psychique au travail ne travaille jamais seul : il agit avec d'autres et pour d'autres. De plus, si l'on accepte le principe selon lequel ce qui importe porte sur l'interaction entre les acteurs internes et le processus d'intervention, il est clair que l'inter-action devient centrale. L'interdisciplinarité se trouve alors convoquer à plusieurs niveaux : celui existant au sein des services de santé au travail dans les équipes pluridisciplinaires bien sûr mais aussi dans la rencontre avec les disciplines mobilisées par les acteurs de l'entreprise. Chaque manager et salarié a en effet développé des pratiques au regard d'une discipline particulière ou d'expériences professionnelles et il n'est donc pas possible d'agir en considérant comme justes les seuls apports de sa propre discipline et en démontrant point après point, les limites d'une autre approche. Ainsi, il nous semble important de considérer l'enjeu de l'interdisciplinarité en tant que ressource dans la réflexion sur l'appropriation des dispositifs de prévention par les acteurs de l'organisation.

Définie comme la « convocation de disciplines différentes pour étudier un même objet avec des regards variés et croisés, ou pour répondre à des questions scientifiques non réductibles à une discipline particulière » (Pavé, 2011), la pluridisciplinarité peut en effet être un lieu pour la pensée (Hamraoui, 2015). Elle repose sur la mobilisation des différends professionnels des équipes pluridisciplinaires des services de santé mais aussi, nous semble-t-il, sur une ouverture à l'égard des acteurs de l'entreprise. Puisque nous considérons qu'il est illusoire de penser qu'une action transformatrice des situations de travail et de l'organisation pourrait avoir lieu sans tenir compte, au-delà de la dynamique santé-travail, des autres dynamiques traversant l'entreprise, il nous faut nécessairement considérer ces autres regards plutôt que d'interpréter, parfois rapidement, toute remise en question de la démarche comme des preuves de résistance, de désintérêt envers les questions de santé voire même d'instrumentalisation des démarches. Sans nier que de telles postures existent, nous estimons nécessaire de considérer ces postures et ces approches. Le premier mouvement de l'intervenant nous semble donc relever d'un intérêt pour l'interdisciplinarité et d'une reconnaissance de sa richesse en tant que moyen de faire l'expérience de la limite de son propre champ de connaissance et de l'ouverture à celui de l'autre (tel que Kant conçoit le savoir en distinguant limite et borne).

En conclusion, nous souhaiterions souligner les liens entre nos propositions d'évolution de la pratique d'intervention sur la santé psychique au travail et l'évolution de la posture des intervenants, et plus particulièrement des psychologues du travail. Ces évolutions nous semblent en effet renvoyer à une nécessité de déplacement de la posture : d'expert des pathologies psychiques du travail, d'une victimologie de l'organisation du travail ou encore de la santé psychique au travail dans son ensemble, à une posture d'accompagnant des acteurs de l'entreprise dans leur expérience d'une démarche de prévention, à une centration sur l'interaction entre ces derniers et le processus d'intervention ou encore à l'ouverture à l'interdisciplinarité. Au travers de la reprise en main du processus d'intervention, il nous semble également qu'il s'agit aussi de s'autoriser à remettre en question les méthodologies proposées par les travaux et la littérature, non pas en n'en tenant pas compte mais en les faisant évoluer au regard du contexte, de la culture de l'entreprise ou encore des objectifs. A l'heure où de nombreux autres corps professionnels s'emparent de la question de la santé psychique au travail, n'est-ce pas là, la spécificité, la plus-value et la place du psychologue du travail ?

5.4 Futurs travaux

Si nous avons précisé, dans les lignes précédentes, en quoi notre travail proposait des ouvertures pour la communauté scientifique, nous n'avons rien dit de nos propres ambitions et envies. Car bien entendu, une fois la fin du chemin atteinte, d'autres horizons et perspectives se dessinent et l'arrivée apparait comme ce qu'elle a toujours été ; une étape.

Le premier chemin que nous souhaiterions découvrir est celui de l'expérience des acteurs internes au fil des démarches de prévention. Nous imaginons particulièrement des dispositifs permettant de comprendre cette expérience dans différents contextes et au détour de différentes méthodologies. Nous sommes en effet tout à fait conscients de n'avoir fait qu'effleurer cette question et sommes vraiment très curieuse d'en comprendre davantage, toujours dans l'optique d'améliorer les dispositifs.

Nous avons d'ailleurs déjà commencé à emprunter un second chemin parallèle à cette voie. Dans le cadre d'un stage de dernière année en psychologie du travail, nous tutorons actuellement avec une collègue (Virginie Jullin) Mlle Letant, étudiante à l'université Grenoble 2 sous la direction de Sandrine Caroly. L'objectif de ce travail est de réfléchir à la construction d'un outil de cadrage permettant de définir la stratégie d'intervention en fonction de deux critères principaux que sont le niveau de dégradation de l'entreprise (appréhendé selon quatre catégories : santé, contraintes socio-économiques, climat social et contexte juridique) et la maturité des acteurs sur la dynamique santé-travail. A termes, nous cherchons à positionner l'entreprise sur différents niveaux de maturité afin de pouvoir accompagner les acteurs internes vers des niveaux supérieurs, étant entendu que ce développement appellera des méthodologies différentes en fonction du niveau de dégradation mais aussi du déclencheur de la démarche. La représentation visuelle de cet outil constitue également un enjeu majeur dans la mesure où nous souhaitons pouvoir l'utiliser comme un objet média, support à l'échange avec l'entreprise mais également avec l'équipe pluridisciplinaire au sein du service de santé au travail.

La combinaison de ces deux premiers types de travaux nous permettrait d'avancer dans notre volonté de développement de pratiques d'accompagnement des acteurs dans les épreuves à traverser et les ressources à leur transmettre pour y parvenir.

Bien entendu, nous souhaiterions poursuivre des études autour du processus social qui nous a tant mobilisés : étudier les effets des articulations que nous n'avons pas explorées entre objet d'intervention, niveau d'implication et processus cognitif de prévention, sur les résultats des démarches mais aussi bien entendu, sur le passage particulier de la connaissance à l'action. De même, nous allons continuer d'accompagner l'institut de formation de notre 3ème étude afin d'étudier la suite du processus d'innovation et continuerons de proposer le dispositif d'innovation transitionnelle aux entreprises qui nous sollicitent, de façon à compléter les données relatives à ce nouveau modèle-cadre.

Enfin, avant de laisser nos lecteurs, nous souhaiterions partager - avec un certain amusement il est vrai (un vocable prenant ici tout son sens) - un questionnement personnel : nous nous demandons si, finalement, tout le travail qui a été le nôtre, ne pourrait pas se résumer à une réflexion conduite à partir d'objets-trouvés dans notre environnement (les obstacles rencontrés dans notre pratique de professionnelle, l'expérience de l'intervention en services de santé autonome puis inter-entreprises) et d'objets-donnés par la communauté scientifique et nos pairs (l'ensemble des travaux de recherche, particulièrement les modèles-cadres et le processus d'innovation), objets à partir desquels nous avons tenté de former des objets-créés ? Nos diverses études n'ont-elles pas été des manières de jouer avec ces objets et de les éprouver au regard des écarts entre nos désirés et le réel ? Et d'ailleurs, nos propositions en direction de la pratique ne constituent-elles pas une tentative vers un métier-créé ?

Alors, n'aurions-nous fait que jouer ?

Bibliographie

Abram, J. (2001/1996). Le langage de Winnicott. Paris : Edition Popesco.

Acouturier, V. (2010). Les approches cliniques du travail dans la littérature anglo-saxonne. Repéré à http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Revue-psychologie-clinique-anglo-saxonne.pdf

Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (2006). Sociologie de la traduction : textes fondateurs, Paris : Presse des Mines.

Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (1988-a). A quoi tient le succès des innovations. Premier épisode: L'art de l'intéressement, Annales des mines. 4:17.

Akrich, M., Callon, M. etLatour, B. (1988-b). A quoi tient le succès des innovations. Deuxième épisode: L'art de choisir les bon porte-parole, Annales des mines. 4:18.

Valls, M. (2013). Discours aux forces de sécurité. Récupéré le 02/12/2013 : https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-ministre-de-l-interieur/Archives-Manuel-Valls-mai-2012-avril-2014/Interventions-du-Ministre/Discours-aux-forces-de-securite

Almudever, B. (2015, novembre). Créativité, création et personnalisation du travail. Communication présentée au colloque Travail et Créativité. Paris.

Alter, N. (2000). *L'innovation ordinaire.* Paris : PUF.

Alter, N. (1998). Action, culture et logique d'innovation. Sciences sociales et santé, 16(1), 123-134.

Alter, N. (1996), *Sociologie de l'entreprise et de l'innovation*. Paris : PUF.

Alter, N. (1995). Is it possible to program innovation ? Revue française de gestion, 103, 78-86.

Alter, N. (1993). Innovation et organisation : deux légitimités en concurrence. Revue Française de Sociologie, XXXIV(2), 12-40.

Althaus, V. (2013). Élaboration et mise en œuvre d'une démarche d'intervention systémique pour les PME : construction théorique et application pratique dans cinq entreprises (Thèse de doctorat, Université de Lorraine à Nancy, France). Récupéré de docnum, l'archive de publication électronique de l'Université de Lorraine : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/DDOC_T_2013_0299_ALTHAUS.pdf.

Althaus, V., Grosjean, V. et Brangier, E. (2013). La centration sur le processus de changement : l'apport de l'intervention systémique à l'amélioration du bien-être au travail. Activités, 10(1), 127-149

Amado, G. (2015). Aux sources intimes de la mètis : espace potentiel, psychosocialité, résilience. Dans Lhuilier, D. et Ulmann, A.L. (dir.). Travail et Créativité (p. 16-31). Paris : Education Permanente.

Amado, G. (2007). Postface. Dans Prades, J.L. (dir). Intervention participative et travail social (p167-171.) Paris : L'Harmattan.

Amado, G. et Lhuilier, D. (2012). L'activité au cœur de l'intervention psychosociologique. Bulletin de psychologie, 519, 263 – 276.

ANACT. (2015). 10 questions sur les espaces de discussion. Paris. Récupéré le 10/12/2016 : file:///C:/Users/Nad%C3%A8ge/Downloads/anact_10qs_espaces_de_discussion_bd.pdf

ANACT. (2013). Comprendre C2R, le modèle d'analyse des risques psychosociaux du réseau l'ANACT. Récupéré le 02/05/2014 : https://www.anact.fr/comprendre-c2r-le-modele-danalyse-des-risques-psychosociaux-du-reseau-anact

ANACT, DGT et INRS. (2015). *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux* comprendre pour mieux agir. Récupéré le 10/12/2015. http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf

Almudever, B. (2007). Créativité individuelle et collective au travail : enjeux de personnalisation et de changement social. Perspectives en psychologie sociale et du travail, (habilitation à diriger des recherches, Université de Toulouse, Le Mirail, Toulouse).

Anadon, N. (2007). Recherche participative. Dans Casillo, I., Barbier, R., Blondiaux, L., Chateauraynaud, F., Fourniau J-M., Lefebvre R., … Salles D. (dir.) Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation, Paris, GIS Démocratie et Participation, 2013, ISSN : 2268-5863. Récupéré le 02/03/2014. http://www.dicopart.fr/es/dico/recherche-participative.

Arendt, H. (1951). Le système totalitaire. Les origines du totalitarisme. Paris : Le Seuil.

Askenazy, P., Baudelot, C. Brochard, P., Brun, J.P. Cases, C. Davezies, … Weill-Fassina, A. (2010). 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.* Paris. Récupéré le 06/01/2011. http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

Atze, E. (2016). Etude des compétences sociales à l'œuvre au cours des négociations syndicales. Approche située au sein d'une entreprise de sidérurgie (Thèse de doctorat, Université de Picardie, Amiens. Récupéré sur theses.fr : file:///C:/Users/Nad%C3%A8ge/Downloads/TheseAtze%20(1).pdf

Aubry, F. et Couturier, Y. (2014). Regard sur une formation destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec. Gestion des contradictions organisationnelles et souffrance éthique. Travailler, 31, 169-191.

Babeau, O. (2007). Les pratiques transgressives des consultants au service de la fabrique de la stratégie. Revue Française de Gestion, 2007/5, 174, 43-59.

Bakhtine, M. (1984). Esthétique de la création verbale. Paris : Gallimard.

Bakhtine, M. (1970). La poétique de Dostoieveski. Paris : Le Seuil, Coll. Points

Barnett-Page, E. et Thomas, J. (2009). Methods for synthesis of qualitative research : A critical review. Medical Research Methodology, 9, 59, 1-11.

Barville-Deromas, N. (2014 août). Le réseau social numérique… mais pour quoi faire ? Cas d'une non acceptation technologique. Dans Bobillier-Chaumon, M.E. et Vacherand-Revel, J. (2014). Conditions d'usage et facteurs d'acceptation des technologies dans l'activité : questions et perspectives pour la psychologie du travail. Actes du 18° congrès international de Psychologie du travail de Langue Française. Florence, Italie.

Battistelli, A. (2014). La recherche psychosociale sur le processus d'innovation individuelle et d'équipe : un bilan des connaissances. Psychologie du Travail et des Organisation, 4, 336-352.

Battistelli, A. (2012 juillet). L'innovation continue dans les organisations comme stratégie pour faire face aux transformations du travail et des organisations. Présenté au 17ème Congrès de l'Association Internationale de Psychologie du Travail de la Langue Française. Lyon.

Battistelli, A. et Picci, P. (2008). Caractéristiques et processus d'une équipe de travail innovante : l'analyse d'un cas. Dans Lemoine, C., Balikdjian, A., Kridis, N. et Salengros, P. (dir.) Psychologie du travail et développement des personnes et des organisations. Actes du 14ème Congrès de Psychologie du Travail et des Organisations (p. 188-196). Lille : Editions de l'AIPTLF.

Beck, A. T., Rial, W. Y & Richels, K. (1974), Short Form of Depression Inventory: a Cross Validation. Psychological Reports, 34, 1184-1186.

Belisle, M., Gavrancic, A., Courcy, F. et Morin, A.J.S. (2015). Les pairs aidants : une expérience prometteuse de promotion de la santé psychologique au travail. Dans Sarnin, P., Kouabenan, D.G., Bobilier Chaumon, M.E., Dubois, M. et Vacherand-Revel, J. (dir) Santé et bien-être au travail *: Des méthodes d'analyse aux actions de prévention* (p. 299-307). Paris : L'Harmattan.

Benoit, D. et Perez-Benoit, F. (2006). L'intervention systémique brève. Pour une application, hors champ thérapeutique, du modèle de résolution de problèmes développé en Thérapie. Dans

Bertrand, K., L'Espérance, N. et Flores Aranda, J. (dir). La méthode de la revue systématique : Illustration provenant du domaine de la toxicomanie des troubles mentaux concomitants chez les jeunes. Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé (p. 145-163). Quebec : PUQ.

Besson, C et Herman, P. (2016). Coconstruire la coopération pluridisciplinaire pour des actions de prévention primaires effectives. Revue Internationale de Psychosociologie, 11(26), 97-141.

Biron, C., St-Hilaire, F., Baril-Gingras, G., Paradis, M.E., Chabot, S., Lefebvre, R., … Brisson, C. (2016). *Conditions facilitant l'appropriation de démarches préventives en santé* psychologique au travail par les gestionnaires (rapport de recherche R-921). Montréal : Canada.

Biron, C., Karanika-Murray, M. & Cooper, C. L. (2012). Improving organizational stress and well-being interventions : Implications for théory, method, and practice. International Journal of Stress Management, 21(1), 85-111.

Biron, C. Gatrell, C & Cooper, C. L. (2010). Autopsy of a failure : évaluating process and contextual issues in an organizational-level work stress intervention. International Journal of Stress Management, 17(2), 135-158.

Blanchet, A., Ghiglione, R., Massonnat, J. et Trognon, A. (1987). *Les Techniques d'Enquête* en Sciences Sociales. Observer, interviewer, questionner. Paris : Dunod.

Bobillier Chaumon, M.E. et Dubois, M. (2009). L'acceptabilité des technologies : bilans et nouvelles perspectives. Le Travail Humain, 4, 305-310.

Bouffartigue, P. (2012 décembre). Mesurer les « risques psychosociaux » ? Mesures et démesures du travail. Communication présentée au 23ème journées Internationales de Sociologie du Travail. Bruxelles, Belgique. Récupéré le 16/07/2013 : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00767900/document

Bouffartigue, P. (2010 juillet). Le stress au travail, entre psychologisation et critique des conditions de travail. Communication présentée au 27ème congrès de l'ISA. Göteborg, Suède. Récupéré le 12/04/2013 : http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00442122/

Boussard, V. (2009). Les consultants au coeur des interdépendances de l'espace de la gestion. Cahiers internationaux de sociologie, 2009/1, 126, 99-113.

Brun, J.P., Biron, C. et St-Hilaire, F. (2007). Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail. Récupéré de irsst.qc, l'archive de publication électronique de l'Institut Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail : http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/rg-618.pdf

Callon, M. (1986). Eléments pour une sociologie de la traduction. *L'Année sociologique, 36,* 169-208.

Canguilhem, G. (1966). Le normal et le pathologique. Paris : PUF.

Cardeña, E., Koopman, C., Calssen, C., Waelde, L. C. & Spiegel, D. (2000). Psychometric Properties of the Standford Acute Stress Reaction Questionnaire (sasrq): a Valid and Reliable Measure of Acute Stress Reactions. Journal of Traumatic Stress, 13, 4, 719-734.

Caroly, S. (2010). *L'activité collective et la réélaboration des règles : des enjeux pour la santé* au travail (habilitation à diriger des recherches, Université Bordeaux 2 à Bordeaux, France). Récupéré de HAL, l'archive de publications électroniques : http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/46/50/89/PDF/HDR_Caroly.pdf

Caroly, S. et Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail. Développer des stratégies d'expérience : autour de l'expérience et de sa validation. Formation Emploi, 88, 43-55.

CARSAT. (2014). La souffrance au travail. Les risques psychosociaux en entreprise. Guide pratique employeurs. Récupéré le 3/11/2015 : http://www.carsat-aquitaine.fr/fileadmin/user_upload/fichiers/mini-sites/entreprises/pages-de-contenu/prevention/documentation/prev/prev322-risquespsy-employeur.pdf

Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: a Theorical Based Approach. Journal of Personality and Social Psychology, 56, 2, 267-283.

Castoriadis, C. (1990). Les carrefours du labyrinthe, t.3, Le monde morcelé. Paris : Le Seuil

Castoriadis, C. (1975). *L'institution imaginaire de la société,* Paris : Le Seuil.

Chakor, T. (2014). Les consultants dans la prévention des risques psychosociaux au travail : proposition d'une typologie de pratiques. @GRH, 10, 37-48

Checkland, P. B. (2000). Soft Systems Methodology: A Thirty Year Retrospective. System Research and Behavioral Science, 17, 11-58.

Chen, H. H. (2014). A la limite du monde matériel : deux cas de reconnaissance légale à Taïwan. Travailler, 31, 89-117.

Chipp, P.E et Scherer, K. (1992). Les comportements de coping : étude de leur structure théorique et élaboration d'une échelle en langue française. Revue européenne de psychologie appliquée, 42 (4), 285-294.

Clot, Y. (2014). Réhabiliter la dispute professionnelle. *Le journal de l'école de Paris du* management, 1(105), 9-16.

Clot, Y. (2012). *Le Travail à cœur. Pour* en finir avec les risques psychosociaux. Paris : La Découverte.

Clot, Y. (2011-a). Le métier comme opérateur de santé. Bulletin de psychologie, 511, 31-38.
Clot, Y. (2011-b). Théorie en clinique de l'activité. Dans Maggi, B. *Interpréter l'agir. Un défi* théorique (p. 17-39). Paris : PUF.
Clot, Y. (2010-a). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux.* Paris : La Découverte.
Clot, Y. (2010-b). Au-delà de l'hygiénisme du travail : l'activité délibérée. Nouvelle revue de psychosociologie, 10, p. 41-50.
Clot, Y. (2008-a). *Travail et pouvoir d'agir.* Paris : PUF.
Clot, Y. (2008-b). La recherche fondamentale de terrain : une troisième voie. Education permanente, 177, 67-78.
Clot, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. Education et didactique, 1, 83-93.
Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. Nouvelle revue de psychosociologie, 1, 165-177.
Clot, Y. (2005). Vygotsky : au-delà de la psychologie cognitive. Anpoll, 18, 265-278
Clot, Y., (2001-a). Psychopathologie du travail et clinique de l'activité. Dans Clot, Y. (dir.), *Clinique de l'activité et pouvoir d'agir* (p. 35-51). Paris : Education permanente.
Clot, Y. (2001-b). Méthodologie en clinique de l'activité. L'exemple du sosie. Dans Santiago, M. et Rouan, G. (dir.) Les méthodes qualitatives en psychologie (p. 1-16). Paris : Dunod.
Clot, Y. (1999). La fonction psychologique du travail. Paris : PUF.
Clot, Y. (1995). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de* travail et de vie. Paris : La découverte.
Clot, Y. et Davezies, P. (2011). Des accords sur le stress qui sonnent faux. Santé & Travail, 74, 26–29.
Clot, Y. et Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Travailler, 4, 7-42.
Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G. et Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. PISTE, 2, 1-8.
Clot, Y. et Leplat, J. (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. Le travail humain, 4, 289-313.
Clot, Y. et Lhuilier, D. (2010). Agir en clinique du travail. Toulouse : Eres.
Cohen S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceveid Stress. Journal of Health and Social Behavior, 24, 385-396.
Colaianni, G., Odoardi, C. et Battistelli, A. (2012). Le role de médiation de la motivation dans la relation entre le comportement innovatif et ses antécédents. Dans Pohl, S., Desrumaux, P. et

Vonthron, A.M. (dir.), Jugement socio-professionnel, innovation et efficacité au travail (p. 155-167). Paris: l'Harmattan.

Commission au Parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions. (2010). *Innovation phare Europe 2020, une Union de l'innovation* (rapport).

Commission des affaires sociales (2012). Rapport d'information déposé à Assemblée Nationale sur la mise en œuvre de la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Récupéré le 14/05/2013 : http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i4462.pdf

Lemaire, A. (2014). Le numérique. Conseil des ministres. Récupéré le 03/06/2016 : http://discours.vie-publique.fr/notices/146001909.html

Consolis, M., Taine, P., Szabason, F. et Lacour, C. (1997). Élaboration et validation d'un questionnaire de stress perçu proposé comme un indicateur de suivi en médecine du travail. *L'Encéphale, 23, 3,* 225-231.

Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.L. et Avargues, M.C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'Epidémiologie et de Santé* Publique, vol. 48, n° 6, 517-539

Cooper, C. L. et Cartwright, S. (2000). Dans BIT. Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, 2, 74-87.

Cooper, C. L. & Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace stress. Journal of Psychosomatic Research, 43 (1), 7-16.

Cooper, C.L., Linkkonen, P. & Cartwright, S. (1996). Assessing the benefits of stress prevention at company level. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Cox, T., Griffiths, A., Barlowe, C., Randall, R., Thomson, L. & Rial-Gonzalès, E. (2000). Organisational Interventions for Work Stress: a Risk Management Approach. Sheffield: HSE Books.

Cox, T., Taris, T. & Nielsen, K. (2010). Organizational interventions : issues and challenges. Work & stress, 24, 3, 217-218.

Curie, J. (2000). Travail, personnalisation, changements sociaux. Archives pour les histoires de la psychologie du travail. Toulouse : Octarès.

Daniellou, F. (2015 novembre). *L'obscure créativité de l'activité de travail.* Communication présentée au colloque Travail et Créativité. Paris.

Daniellou, F. (2012 décembre). Risques psychosociaux : les dilemmes du travail bien fait. Communication présentée au MMSH, Aix en Provence. Récupéré le 04/04/2013 : https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/1186/files/2013/02/Pr%C3%A9sentation-Power-Point-Daniellou.pdf

Daniellou, F. (2002). L'action en psychodynamique du travail : interrogations d'un ergonome. Travailler, 7, 119-130.

Davezies, P. (1999). Evolution des organisations du travail et atteintes de la santé. Travailler, 3, 87-114.

Daniellou, F. (1998). Participation, représentation, décisions dans l'intervention ergonomique. Dans Pilnière, V. et Lhospital, O. (dir.), Actes des journées de Bordeaux sur la pratique de *l'ergonomie. Participation, représentation, décisions dans l'intervention ergonomique* (p.3-16). Bordeaux : Editions du LESC.

Davezies, P. (2014). L'individualisation du rapport au travail : un défi pour le syndicalisme. ETUI Policy Brief, 3, p 3-6.

Davezies, P. (2012). Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail. PISTES, 14-2

Davezies, P. (2008). Stress, pouvoir d'agir et santé mentale. Archives des maladies *professionnelles et de l'environnement, 69,* 195-203.

Davezies, P. (2009 avril). *Pouvoir d'agir, travail, santé mentale.* Communication présentée au congrès de l'Association Française de Sociologie, Session Violence et travail. Paris. Récupéré le 12/05/2014 : http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Pouvoir_agir_sante_2009.pdf

Davezies, P. (2006-a). Tensions et orientations du système français de santé au travail. Santé, société et solidarité, 2, 23-32.

Davezies, P. (2006-b). Le coût de l'intensification du travail. Santé et travail, 57. Récupéré le 16/04/2012 : http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Intensification.pdf

Davezies, P. (2006-c). Une affaire personnelle ? Dans Thiery, L. (dir.), Le Travail intenable (p. 138-168). Paris : La Découverte.

Davezies, P. (2001). Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social. Performances, Stratégies et Facteur Humain, 1, 4–7.

Davezies, P. (2000). La prise en charge de la santé au travail en France : aperçus historiques sur les fondements idéologiques de l'institution. Communication présentée au congrès de la société d'ergonomie de la langue française, Caen. Récupéré le 18/08/2015 : file:///C:/Users/Nad%C3%A8ge/Desktop/Doctorat%20au%2027%20juillet%202015/ressourc

es%20doc/Apercu%20historique%20sur%20les%20fondements%20de%20la%20sant%C3%A9%20au%20travail%20en%20France.pdf

Davezies, P. (1995). Position du médecin du travail face aux dimensions cognitives, psychiques et relationnelles du travail. Archives des maladies professionnelles, 56, 4, 294-306.

Debard, A. (2015). La prise en compte des risques psychosociaux par les managers. Les *processus soutenant l'action des encadrants en santé au travail.* (thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2, Lyon). Récupéré de HAL, l'archive de publications électroniques : http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2015/debard_a

Debout, F., Faure, S., Flipo, F., Gernet, I., Le Lay, S., Lusson, J. et Vincent, J. (2009). La santé à l'épreuve du travail. Mouvements, 58, 7-12.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic motivation and self-regulation in human behavior. New York: Plenum Press.

Dejours, C. (2015-a). La méthodologie en psychopathologie du travail. Travailler, 35, 127-144.

Dejours, C. (2015-b novembre). *L'engagement du corps dans la créativité à l'épreuve du* travail vivant. Communication présentée au colloque Travail et Créativité. Paris.

Dejours, C. (2015-c). Le Choix *: Souffrir au travail n'est pas une fatalité.* Montrouge : Bayard.

Dejours, C. (2010-a). La clinique du travail entre vulnérabilité et domination. Travail et santé. Ouvertures cliniques, 127-144.

Dejours, C. (2010-b). Observations cliniques en psychopathologie du travail. Souffrance et théorie. Paris : PUF

Dejours, C. (2009). Suicides au travail. Que faire ? Paris : PUF.

Dejours, C. (2008). Mal-être au travail, en sortir. Responsables, 381, 8-9

Dejours, C. (2006). Aliénation et clinique du travail. Actuel Marx, 39, 123-144

Dejours, C. (2005). Nouvelles formes de servitude et suicide. Travailler, 13, 53-74.

Dejours, C. (2001-a). Subjectivité, travail et action. Récupéré le 12/05/2012 : http://www.fractale-formation.net/dmdocuments/dejours-subjectivit%C3%A9-travail-et-action.pdf

Dejours, C. (2001-b). *Le corps, d'abord.* Paris : Payot et Rivage.

Dejours, C. (2000). Rationalité stratégique et souffrance au travail. Dans Bateman, S., Ogien, R. et Pharo, P. (dir.), Raison pratique et *sociologie de l'éthique (Autour des travaux de Paul* Ladrière) (p.111-128). Paris : CNRS Editions.

Dejours, C. (1998). Souffrance en France. Paris : Le Seuil.

Dejours, C. (1996). Psychologie clinique du travail et tradition compréhensive. Dans Clot, Y. (dir.), Les Histoires de la Psychologie du Travail. Toulouse : Octares.

Dejours, C. (1995). Le Facteur Humain. Paris : PUF.

Dejours, C. (1980). Travail, usure mentale. Paris : Bayard Editions.

Dejours, C. et Abdoucheli, E. (1990). Le concept de psychopathologie du travail. Itinéraire théorique en psychopathologie du travail. Prévenir, 20, 127-151.

Dejours, C. et Bègues, F. (2009). Suicide et travail : que faire ? Paris : PUF

Delefosse, M. S. et Rouan, G. (2001). Les méthodes qualitatives en psychologie. Paris : Dunod.

Derogatis, L. R. (1994). SCL-90-R. Administration, Scoring, and Procedures, Manual III. Minneapolis : National Computuer Systems, 3e éd.

Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. Négociations, 19, 57-80.

Detchessahar, M. (2011). Quand le management n'est pas le problème, mais la solution... Revue française de gestion, 214, 89-105.

Detchessahar, M. (2009). Les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au *travail : l'enjeu de la parole au travail*. Etude SORG. Récupéré sur le site de l'ANACT le 03/06/2016 : http://www.agence-nationale-recherche.fr/fileadmin/user_upload/documents/uploaded/2009/SEST2005/37detchessahar.pdf

Detchessahar, M., Gentil, S., Grevin, A. et Stimec, A. (2015). Quels modes d'intervention pour soutenir la discussion sur le travail dans les organisations ? Réflexions méthodologiques à partir de l'intervention dans une clinique. @GRH, 16, 63-89

Detchessahar, M. et Journé, B. (2007). Une approche narrative des outils de gestion. Revue française de gestion, 174, 77-92.

Devreux, G. (1967). *De l'Angoisse de la Méthode dans les Sciences du Comportement.* Paris : Flammarion.

DARES. (2016). *L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux.* Récupéré le 03/03/2016 : http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-004v2.pdf

DARES. (2015). Risques psychosociaux et situation économique des entreprises. Récupéré le 03/03/16 : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2015-044.pdf

DARES. (2015). Autonomie dans le travail. Enquête Conditions de Travail. Récupéré le 03/03/2016 : http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_stat_no_16_-_autonomie_dans_le_travail.pdf

DARES. (2014). Les facteurs de risques psychosociaux en France et en Europe. Une *comparaison à travers l'enquêt*e européenne sur les conditions de travail. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Récupéré le 03/03/2016 : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-100.pdf

DARES. (2012). *L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER.* Récupéré le 03/03/2016 : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2012-023.pdf

Douillet, P. (2013). Prévenir les risques psychosociaux. Outils et méthodes pour réguler le travail. Récupéré sur le site ANACT le 06/04/2014 : http://www.anact.fr/agir-sur-prevenir-les-risques-psychosociaux

Douillet, P. (2010). Risques psychosociaux : un concept opérant pour transformer l'organisation. Nouvelle Revue de Psychosociologie, 10, 167-178.

Douillet, P., Grandjacques, B. et Fournier, P. S. (2014). *L'évaluation des démarches de prévention des risques psychosociaux en entreprise. Repères issus d'expériences d'entreprises de conduite de projets d'auto*-évaluation paritaires. Université de Laval. Récupéré sur le site ANACT le 06/11/2015 : http://www.anact.fr/web/actualite/RSS?p_thingIdToShow=41543659

Durand, J.P., Moatty, F. et Tiffon, G. (2014). *L'innovation dans le tr*avail. Toulouse : Octares

Duterme, C. (2002). *La communication interne en entreprise : l'approche de Palo Alto et l'analyse des organisations.* Bruxelles : De Boeck Université.

Edgerton, D. (2013). *Quoi de neuf : du role des techniques dans l'histoire globale.* Paris: Seuil.

Einarsen S. & Hoel, H. (2001). The Negative Acts Questionnaire: Development, Validation, and Revision of a Measure ob Bullying at Work. Psychology, 6, 63-74.

Falzon, P. (2009 septembre). Ergonomie, conception et développement. Dans Gaillard, I., Kerguelen, A. et Thon, P. (dir.), Actes du 40ème congrès de la SELF Ergonomie et organisation du travail (p. 30-39). La Réunion. Récupéré le 13/10/2014 : http://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2016/01/actes-44-congres-self-2009-toulouse.pdf

Favaro, M. (2004). Interventions thérapeutiques et consultance en entreprise. Hygiène et Sécurité du Travail, 195(2), 95–99.

Faverge, J. M. (1968). La démarche clinique en psychologie industrielle. Bulletin de Psychologie, 21, 904- 907.

Fielding, N. & Schreier, M. (2001). Introduction : On the compatibility between Qualitative and Quantitative Research Méthods – Art 4. Qualitative Social Research. Récupéré le 14/06/2016 : http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/%20article/view%20/965/%202106

Floch, N. Le., Clarisse, R., Testu, F. et Kindelberger, C. (2005). La conciliation des rôles professionnels et parentaux, un facteur de stress professionnel : construction et première validation d'une échelle de mesure. Revue européenne de psychologie appliquée, 55, 9-20.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of motion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology, 48, 150-170.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a (Middle- Aged). Community Sample. Journal of Health and Social Behavior, 21, 219-239.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). Stress and coping theory. Journal of Health and Social Behavior. 21, 219-239

Forte, M., Pzygodzki-Lionet, N., Masclet, G. & Ilouga, S. N. (2007). Le qmvt. Version harcèlement moral au travail. Validation d'un questionnaire multidimensionnel de la victimisation au travail. Pratiques psychologiques, 13, 227-254.

François, M. et Liévin, D. (2006). Démarche de prévention du stress au travail. Document pour le médecin du travail. Récupéré le site INRS 14/05/2016 : file:///C:/Users/Nad%C3%A8ge/Downloads/tf150.pdf

French, J. R. P., Caplan, R. D. & Harrison R. (1982). The Mechanisms of Job Stress and Strain. New York : John Wiley and Sons.

Friedmann, G. (1966). Sept études sur l'homme et la technique. L'Homme et la société. Paris.

Fujishiro, K. & Heaney, C.A. (2009). Justice at Work, Job Stress, and Employee Health. Health Education & Behavior, 36(3), 487-504.

Gaudart, C. et Rolo, D. (2015). L'ergonomie, la psychodynamique du travail et les ergodisciplines. Entretien avec François Daniellou. Travailler, 34, 11-29.

Gasparo, S. de. et Van Belleghem, L. (2013). L'ergonomie face aux nouveaux troubles du travail : le retour du sujet dans l'intervention. Dans Hubault, F. (dir.), Persistance et évolutions *: les nouveaux contours de l'ergonomie. Actes du séminaire de Paris* 1 (2012) (p. 1-16). Toulouse : Octarès.

Garza, C. de. (1995). Gestion individuelles et collectives du danger et du risque dans la maintenance *d'infrastructures ferroviaires* (Thèse de doctorat d'ergonomie, LEPC-EPHE à Paris 5ème).

Gaulejac, V. de. (2010). RPS : Quels diagnostics ? Enjeux scientifiques et politiques. Nouvelle Revue de Psychosociologie, 10(2), 51–70.

Gaulejac, V. de. (2005). La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social. Paris : Le Seuil.

Gaulejac, V. de., Giust-Desprairies, F. et Massa, A. (2013). La Recherche Clinique en Sciences Sociales. Collection Sociologie Clinique. Paris : Erès.

Giga, S., Cooper. C & Faragher, B. (2003). The development of a framework for a comprehensive approach to stress management interventions at work, International journal of stress management, 10, 4, 280-296.

Giusto, B. (2014). L'innovation en entreprise. Les dégâts du prêt à penser des recettes technico-gestionnaires et des approches managériales. Dans Durand, JP. Moatty, F. Tiffon, G. (dir.), *L'innovation dans le travail* (p. 23-34). Toulouse : Editions Octares.

Goldberg, D. & Hillier, V.F. (1978). A scaled version of the General Health questionnaire. Psychology Medical, 9, 139-145.

Goldenhar, L.M., LaMontagne, A., Katz, T., Heaney, C. & Landsbergis, P. (2001). The intervention research process in occupational safety and health: An overview from the National Occupational Research Agenda Intervention Effectiveness Research team. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 43 (7), 616-622.

Gollac, M. et Volkoff, S. (2000). Les conditions de travail. Paris : La découverte.

Gollac, M. et Volkoff, S. (1996). Citius, altius, fortius. L'intensification du travail. Actes de la recherche en sciences sociales, n° 114, 54-67.

Goulet F. & Vinck, D. (2012). Innovation through Withdrawal. Contribution to a Sociology of Detachment. Revue Française de Sociologie, vol. 53, n°2, 117-146.

Grevin, A. (2011). Les transformations du management des établissements de santé et leurs *impacts sur la santé au travail. L'enjeu de la reconnaissance de la dynamique du don. Etude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malade de 'gestionnite'* (thèse de doctorat, Université de Nantes à Nantes). Récupéré à l'archive de publications électroniques de l'Université de Nantes : http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=ff3a12f6-40ab-449c-a45d-17643676f117

Guidou, N. (2016-a juillet). L'amélioration des dispositifs d'intervention : la question de l'objet et du processus. Communication présentée au 19ème Congrès de l'Association Internationale de Psychologie du Travail de la Langue Française, Bruxelles.

Guidou, N. (2016-b octobre). Interventions sur les risques psychosociaux : état des lieux et perspectives. Communication présentée au 53ème Congrès National Santé Travail, Paris.

Guidou, N. (2013 février). Les relation police-population. Dans Actes des assises de la formation de la police nationale (p.42-43). Paris.

Grenier-Pezé, M. (2000). Chronique de la violence ordinaire. Organisation psychique individuelle, organisation du travail, organisation du système de soin. Travailler, 4, 123-139.

Grosjean, V., Kop, J. L., Formet-Robert, N. et Parmentier C. (2007). Questionnaire d'évaluation de la santé au travail pour la prévention, le diagnostic et l'intervention (satin). Récupéré du site INRS : file:///C:/Users/Nad%C3%A8ge/Downloads/ns300.pdf

Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel.* Tome 1. Paris : Fayard.

Hamraoui, E. (2015). L'interdisciplinarité, créatrice de lieux pour la pensée. Education permanente, 202, 33-42.

Hanique, F. (2005). Changement de cadre et (re)construction du sens. Une clinique de la modernisation dans une entreprise publique. Revue internationale de psychosociologie, 11, 119-136.

Hansez, I., Bertrand, F. et Barbier, M. (2009). Evaluation des pratiques de diagnostic de stress au sein d'entreprises belges : facteurs bloquants et facteurs stimulants. Le Travail Humain, 72 (2), 127-153.

Hansez, I., Grisard, A., De Keyser, V., De Zanet, F., D'Hoore, W. et Vandenberghe, C. (2005). L'impact des changements vécus par les travailleurs sur le bien-être au travail : Analyse de la base de données Flexihealth. Dans Battistelli, A., Depolo, M, et Fraccaroli, F. (dir.), La qualité de la vie au travail dans les années 2000. Actes du 13e Congrès de psychologie du travail et des organisations de langue française (p. 609-617).

Harvatopoulos, Y., Livian, Y.F. et Sarnin, P. (1989). *L'art de l'enquête. Guide pratique.* Paris : Eyrolles.

Harvey, S., Courcy, F., Petit, A., Hudon, J., Teed, M., Loiselle, O. et Morin, A. (2006). Interventions organisationnelles et santé psychologique au travail. Une synthèse des approches au niveau international (rapport de recherche n°474). Montréal : Canada.

Hay, V. La., Vedel, T. et Chanvril, F. (2011). Usages des médias et politique : une écologie des pratiques informationnelles. Réseaux, 170, 45-73.

Hirigoyen, M. F. (1998). Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien. Paris : La Découverte & Syros.

Horowitz, M. J. (1986), Stress Response Syndrome, Second Edition, Northvale N. J., Jason Aronson Inc.

Hubault, F. (2013). Le travail de management. Travailler, 1, 81-96.

Hubault, F. (2009). L'approche ergonomique des questions santé/travail. Mouvement, 58, 97-102.

Hunt, S. M. & McEwan, J. (1980). The Development of a Subjective Health Indicator. Social of Health and Illness, 2, 3, 231-246.

INERM. (2012). Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. Récupéré le 14/06/2016: file:///C:/Users/Nad%C3%A8ge/Downloads/DP+EC+medicaments+psychotropes+def[1].pdf

INRS. (2013). Le point des connaissances sur le stress au travail. Récupéré le 14/06/2016 : http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%205021

INRS. (2010). Dépister les risques psychosociaux, des indicateurs pour vous guider. Récupéré le 14/06/2016 : http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206012

INRS. (2009). Stress au travail : les étapes d'une démarche de prévention. Récupéré le 14/06/2016 : file:///C:/Users/Nad%C3%A8ge/Downloads/ed6011.pdf

Jabot, F. et Bauchet, M. (2009). Glossaire. Dans Ridde, V., et Dagenais, C. (dir.), Approches et pratiques en évaluation de programmes. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Janssen, O. (2000). Job demands, perceptions of effort-reward fairness, and innovative work behavior. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 73, 287-302.

Jeoffrion, C., Hamard, J.P., Barre, S. et Boudoukha, A. H. (2014). Diagnostic organisationnel et prévention des risques psychosociaux dans un établissement d'accueil pour personnes âgées : l'intérêt d'une méthodologie mixte et participative. Le Travail Humain, 4, 373-399.

Jobin, P. et Tseng, Y. H. (2014). Le suicide comme karoshi ou l'overdose de travail. Les suicides liés au travail au Japon, à Taiwan et en Chine. Travailler, 31, 45-88.

Johson, K J. (2012). La gestion du changement face à des enjeux épistémologiques et de performance. Vers un modèle interactionniste, épistémique et pragmatique des capacités organisationnelles à changer, Question(s) de management 1, 25-39.

Joubert, M., Chauvin, P., Facy, F. et Ringa, V. (2001). Précarisation, risque et santé. Paris : INSERM.

Jouët, J. (2003). Technologies de communication et genre. Des relations en construction. Réseaux, 120, 53-86.

Jouët, J. et Pasquier, D. (1999). Les jeunes et la culture de l'écran. Enquête nationale auprès des 6-17 ans. Réseaux, vol. 17, 25-103.

Kanter, R. (1988). When a thousand flowers bloom: structural, collective, and social conditions for innovation in organizations. In Staw, B.M. & Cummings L.L. (Eds.). Research in organizational behavior (p. 169–211). Greenwich, CT : JAI Press.

Kaufmann, J.C. (1996). *L'entretien compréhensif.* Paris : Nathan

Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign. Administrative Science Quarterly, 24, 285-308.

Karasek, R.A. & Theoell, T. (1990). Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York : Basic Books.

Keyser, V. de. Et Hansez, I. (1996). Vers une perspective transactionnelle du stress au travail, pistes d'évaluations méthodologiques. Cahiers de médecine du travail, 33, 3, 133-144.

Königswieser, R. & Hillebrand, M. (2005). Systemic Consultancy in Organisations. Concepts – Tools – Innovations. Heidelberg : Carl-Auer System.

Kostulski, K. (2016 juillet). Les niveaux d'efficacité d'une intervention en clinique du travail : vers une évaluation plurielle. Communication présentée au 19ème Congrès de l'Association Internationale de Psychologie du Travail de la Langue Française, Bruxelles.

Kostulski, K. (2010). Quelles connaissances pour l'action en clinique du travail. Contribution à la question des rapports entre les actions de transformation et la production de connaissances en clinique du travail. Dans Clot, Y., Lhuilier, D. (dir.), Agir en clinique du travail (p.28-38). Paris : Erés

Kouabenan, D.R., Cadet B., D. Hermand, M.T. et Munoz, S. (2007) : Psychologie du risque: Identifier, évaluer, prévenir. Bruxelles : De Boeck Université.

Kovess-Masféty, V. (2010). La santé mentale, l'affaire de tous. La Documentation française, 24, 1-276.

Lachmann, H., Larose, C. et Pénicaud, M. (2010). Bien-être et efficacité au travail. 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail. Récupéré le 06/09/2012 : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000081.pdf

Laguardia, J. G. et Ryan, R. M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : théorie de l'autodétermination et applications. Revue québécoise de psychologie, 21(2), 281–304.

Lamontagne, A., Keegel, T., Louie, A., Ostry, A. & Landsbergis, P. (2007). A systematic revieuw of the job stress untervention evaluation literature, 1999-2005, International journal of occupational & environmental health, 13, 3, 268-280.

Langner, T. (1962). A Twenty-Two Item Screening Score of Psychiatric Symptoms Indicating Impairment. Journal of Methdological Human Behaviour, 3, 269-276.

Lassare, D. (2005). Vers un modèle psychosocial de l'épisode de stress. In Chasseigne, G. & Lassarre, D. (dir.), Stress et Société, vol. 2 (p. 17-40), Reims : Presses universitaires de Reims.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984), Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing Company.

Lecomte-Menahes, G. (2014). Santé précaire et transformation de la médecine du travail. Travail et Emploi, 140, 35-47.

Leduc, S. (2014). Certifier le service public. Le management par la qualité de l'assurance maladie. Dans Durand, J.P., Moatty, F. et Tiffon, G. (dir.), *L'innovation dans le trava*il (p. 59-70). Paris : Octares.

Lemyre, L. et Tessier, R. (1988). Mesure de stress psychologique (msp) : se sentir stressé(e). Revue canadienne des sciences du comportement, 20, 3, 302-321.

Le Moigne, J. L. (2006). La théorie du système général : théorie de la modélisation (4th ed.).

Le Moigne, J. L. (2004). *Le constructivisme : Tome 3, Modéliser pour comprendre.* Paris: L'Harmattan.

Leplat, J. (2008). Le Travail humain. Paris : PUF.

Leplat, J. (1997). *Regard sur l'activité en situation de travail.* Paris : PUF.

Leplat, J. et Cuny, X. (1977). Introduction à la Psychologie du Travail. Paris : PUF.

Leymann, H. (1996-a). The Content and Development of Mobbing at Work. European Journal of Work and Organizational Psychology, 5 (2), 165-184.

Lhuilier, D. (2013). Introduction à la psychosociologie du travail. Nouvelle Revue de Psychosociologie, 15, 11-30.

Lhuilier, D. (2009). Travail, management et santé psychique. Connexions, 91, 85-101.

Lhuilier, D. (2005). Clinique du travail : enjeux et pratiques. Pratiques Psychologiques, 12, 205-219.

Lhuilier, D. (2002). *Les placardisés. Des exclus dans l'entreprise.* Paris : Le seuil.

Lhuilier, D. et Litim, M. (2010). Crise du collectif et déficit d'histoire : apports de travaux sur le groupe et le collectif de travail. Connexions, 94, 149-173.

Lhuilier, D. et Litim, M. (2009). Le rapport santé-travail en psychologie du travail. Mouvements, 2(58), 85-96.

Lhuilier, D., Giust-Desprairies, F. et Litim, M. (2010). « Risques psychosociaux », une nouvelle catégorie sociale ? Introduction. Nouvelle Revue de Psychosociologie, 10,7-10.

Lhuilier, D. et Roche, P. (2009). Introduction. Nouvelle Revue de Psychosociologie, 7, 7-18.

Lhuilier, D. et Waser, A. M. (2014). Maladies chroniques et travail. PISTES, 1-16. Récupéré le 03/06/2015 : https://pistes.revues.org/2885

Lin, T., Tseng, W. et Lin, Y. (2014). Suicides et révoltes dans une usine mondialisée : le fonctionnement du despotisme fragmenté mondialisé chez Foxconn. Travailler, 31, 119-149.

Linhart, D. (2010). Subjectivité collective et travail. Dans Clot, Y. et Lhuilier, D. (dir.), Travail et santé (p. 115-124). Paris: ERES.

Linhart, D. (2007-a). Les différents visages de la modernisation du service public. Paris : La Documentation française.

Linhard, D. (2007-b). Pourquoi travaillons-nous. Une approche sociologique de la subjectivité du travail. Paris : Eres.

Linhart, D. (2002). *Perte d'emploi, perte de soi.* Paris : Erès

Litim, M. et Kostulski, K. (2006). Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie. Nouvelle Revue de Psychosociologie, 1, 45-54.

Liu, M. (1997). Fondements et pratiques de la recherche-action. Paris : L'Harmattan.

Loriol, M., Broussard, V. et Caroly, S. (2006). La résistance à la psychologisation des difficultés du travail. Actes de la recherche en Sciences Sociales, 165, 106-113.

Lourel, M., Gana K. et Wawrzyniak, S. (2005). L'interface "vie privée – vie au travail": adaptation et validation française de l'échelle swing (Survey Work-Home Interaction-Nijmegen). Psychologie du travail et des organisations, 11, 227-239.

Machado, T., Desrumaux, P. et Van Droogenbroeck, A. (2016). Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Etude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers. Bulletin de psychologie, 541, 19-34.

MacIntosh, R. & MacLean, D. (1999) Conditioned emergence: a dissipative structures approach to transformation. Strategic Management Journal, 20, 297-316.

Mackay, C., Palferman, D., Saul, H., Webster, S. & Packham, C. (2012). Implementation of the Management Standards for Work-related stress in Great Britain. In Biron, C., Karanika-Murray, M. & Copper, C.L. (Eds), Improving organizational interventions on stress and well-being : Adressing process and context issues. London : Routledge.

Mallein, P. et Toussaint, Y. (1994). L'intégration sociale des technologies d'information et de communication. Une sociologie des usages. *Technologies de l'information et société, 4,* 315-335.

Maranda, M.F., Rhéaume, J., Condamin, A. et Girard, J. (2001). Une enquête de psychodynamique du travail à la télévision. Travailler, 5, 153-172.

Marichalar, P. (2014). Médecin du travail, médecin du patron ? Paris : Presse de Science Po, Nouveaux débats.

Marx, K. (1844). Les Manuscrits économico-philosophiques de 1844. Ed. 2015. Paris : PUF.

Maslach-Pines A. (2005). The Burnout Measure Short Version. International Journal of Stress Management, 12, 1, 78-88.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). The Maslach Burnout Inventory: Manual. Palo-Alto: Consulting Psychologists.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experience Burnout. Journal of Occupational Behavior, 2, 2, 99-113.

Mauss, M. (1950). Sociologie et anthropologie. Paris : PUF.

Méliani, V. (2013). Choisir l'analyse par théorie ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. Recherches Qualitatives, Hors-série, 15, 435-452.

Mendel, G. (1999). Le vouloir de création. La Tour d'Aigues : Éditions de l'Aube.

Mendel, G. (1998). L'Acte est une aventure. La Découverte, Paris.

Mendel, G. (1992). *La société n'est pas une famille* ; de la psychanalyse à la sociopsychanalyse. Paris : La Découverte.

Minati, M., Abram, M. & Pessa, E. Processes of emergence of systems and systemic properties. Towards a general theory of emergence. Singapore: World Scientific.

Ministère de l'état, de la décentralisation et la fonction publique. (2014). Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique. Récupéré le 03/06/2015 : https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll_outils_de_la_GRH/RPS-GuideMethodo-2014.pdf

Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. (2014). Arrêté du 15 avril 2014 portant extension d'un accord national interprofessionnel vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle. Récupéré le 03/06/2014 : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028867633

Ministère du travail, de l'emploi et de la formation. (2008). Accord national interprofessionnel sur le stress au travail. Récupéré le 05/04/2011 : http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Accord_stress_travail_Fr.pdf

Ministère du travail, de l'emploi et de la formation. (2010). Accord du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail. Récupéré le 05/04/2011 : http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/accord-harcelement-violence-2010.pdf

Miossec, Y. Boucher, C. et Clot, Y. (2013 juin). La prévention des risques psychosociaux : instruire la question du rapport entre travail et santé pour agir sur l'organisation. Communication présentée au colloque international DIM Gestes. Paris. Récupéré le 03/11/2014 : http://gestes.net/wp-content/uploads/2013/06/A1-Miossec-Boucher-Clot-FR.pdf

Miossec, Y. et Clot, Y (2011). Le métier comme instrument de protection contre les risques psychosociaux au travail. Le cas des ingénieurs de proximité. Le Travail Humain, 74 (4), 341-363.

Miossec, Y., Donnay, C., Pelletier, M. et Zittoun, M. (2010). Le développement du métier. Une autre voie de prévention des risques psychosociaux ? L'exemple d'une coopération entre médecins et psychologues du travail. Nouvelle revue de psychosociologie, 10, 195 – 208.

Moatty, F. et Tiffon, G. (2014). Sociologie du travail et sociologie de l'innovation. Un rendez-vous manqué ? Dans Durand, J.P., Moatty, F., Tiffon, G. (dir.), *L'innovation dans le travail.* Paris : Octares, 1-11.

Molinier, P. (2012). Une enquête de psychodynamique du travail dans un département de recherche industrielle. Méthodologie, élaboration, résultat. Bulletin de psychologie, 3, 201-225.

Molinier, P. (2006). Les enjeux psychiques du travail. Paris : Petite Bibliothèque de Payot.

Molinier, P. (2001). Souffrance et théorie de l'action. Travailler, 7, 131-146.

Moncorger, J.M. et Gaubert, T. (2013). Créativité : un nouveau regard. Paris : L'Harmattan.

Montani, F., Odoardi, C. et Battistelli, A. (2013). Leadership, pratiques de gestion des ressources humaines et comportement innovatif : le rôle du climat de groupe pour l'innovation et l'engagement affectif. Dans Kouabenan, D. R., Dubois, M., Bobilier Chaumont, M.E., Sarnin, P. & Vacherand-Reve, J. (dir.), Conditions de travail, évaluation des risques et management de la sécurité (p. 219-230). Paris : L'Harmattan.

Montani, F., Odoardi, C. & Battistelli, A. (2012). Organizational climate for innovation : development of a new theoritical model. In G. Minati, M. Abram, & E. Pessa (Eds.), Methods, models, simulations and approaches towards a general theory of change (p. 475-486). Singapore: World Scientific.

Montmollin, M., de. (1972). Les psychopitres. Paris : PUF.

Morin, E. (1990). Introduction à la pensée complexe. Paris : ESF éditeur.

Moscovici, S. (1969). Psychologie des Minorités Actives. 3ed. 1991. Paris : PUF.

Nasse, P. et Légeron, P. (2008). Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Récupéré le 10/02/2009 : http://www.wk-rh.fr/actualites/upload/social/social_actu2656_Rapport%20risques%20psychosociaux.pdf

Ndjaboué, R., Vézina, M. et Brisson, C. (2012). Effets des facteurs psychosociaux sur la santé mentale. Une revue de littérature des études prospectives portant sur trois modèles émergents. Travail et Emploi, 129, 23-34.

Neboit, M. et Vézina, M. (2002). Stress au travail et santé psychique. Toulouse : Octarès.

Nielsen, K., Fredslund, H., Christensen, K. B., & Albertsen, K. (2006). Success or failure ? Interpreting and understanding impact of interventions in four similar worksites. Word and Stress, 20(3), 272-287.

Ombredane, A. et Faverge, J.M. (1955). L'Analyse du Travail. Facteur d'Economie Humaine et de Productivité. Paris : Puf.

Pacaud, S. (1954). Analyse psychologique du travail et psychophysiologie du travail. In H. Pieron (Ed.), *L'utilisation des aptitudes. Traité de psychologie appliquée* (p. 570-589). Paris : PUF.

Paillé, P. (1996). L'échantillonnage théorique. Induction analytique. Qualitative par théorisation (analyse). Vérification des implications théoriques. Dans Mucchielli, A. (dir.), Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales (pp. 54-55). Paris : Armand Colin.

Pavé, A. (2011). *L'interdisciplin*arité dans la recherche scientifique *: 35 ans d'expérience au* CNRS. Un passé brillant, mais un avenir incertain. Paris : CNRS.

Picci, P. & Battistelli, A. (2008). Motivational antecedents of individual innovation. In Minati, G., Abram, M. & Pessa, E. (Eds.), Processes of emergence of systems and systemic properties. Towards a general theory of emergence (p. 163-180). Singapore : World Scientific.

Peters, S., Faulx, D. et Hansez, I. (2010). Le rôle des objets-frontière dans le découpage temporel et social d'une innovation de service. Etude de cas d'un transfert de technologie depuis un laboratoire universitaire de sciences sociales. *Revue d'Anthropologie des connaissances, 4,* 65-86.

Petit, J., Dugué, B. et Daniellou, F. (2011). L'intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations : enjeux théoriques et méthodologiques. Le Travail Humain, 4, 391-409.

Peynard, C. et Durand, J. P. (2014). Introduction. Innovations managériales et technico-organisationnelles. Dans Durand, J.P., Moatty, F. et Tiffon, G. *L'innovation dans le travail* (p. 15-23). Toulouse : Editions Octares.

Pezé, M. C. (2008). Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés. Journal de la consultation « Souffrance et Travail » 1997-2008. Paris : Pearson.

Phillips, A. (2008). Winnicott ou le choix de la solitude. Paris : Seuil.

Ponnelle, S., Vaxevanoglou, X. et Garcia, F. (2012). L'usage des outils d'évaluation du stress au travail : perspectives théoriques et méthodologiques. Le Travail Humain, 75, 179-213.

Ponseti-Gaillochon, A., Duchet, C. et Molenda, S. (2009). Le débriefing psychologique. Pratiques, bilan et évolution des soins précoces. Paris : Dunod.

Prades, J. L. (2012). Groupes d'usagers, souffrance et créativité. Autour de trois interventions sociopsychanalytiques. Bulletin de psychologie, 519, 239-249.

Rapoport, R.N. (1973). Three dilemnas in action-research, Human Relations. Connexions, 7, 115-131.

Raybois, M. (2010). Les « risques psychosociaux » : question de santé ou déni de cette question ? Nouvelle revue de psychosociologie, 10, 71-81.

Reille-Baudrin, E. (2011). Reconversion professionnelle, l'espace d'une transition : d'une clinique de l'expérience à l'expérimentation clinique de l'activité transitionnelle : la méthode des instructions au sosie (thèse de doctorat, CNAM, Paris). Récupéré de HSL, l'archive de publications électroniques : https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00667944/document

Reille-Baudrin, E. et Werthe, C. (2010). Le développement du collectif : un moyen durable de prévention de la santé au travail ? Nouvelle Revue de Psychosociologie, 10, 209-221.

Reynaud, J.D. (2003). Régulation de contrôle, régulation autonome, régulation conjointe. Dans Terssac, G. de. (dir.), La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud (p.103-113). Paris : La Découverte.

Rizzo, J., House R. & Lirtzman, S. (1970). Role Conflict and Ambiguity in Complex Organization. Administrative Science Quarterly, 15, 150-163.

Roche, P. (2010). Droit au plaisir et critique des « risques psychosociaux ». Nouvelle Revue de Psychosociologie, 10, 83-97

Roche, P. (2005). Santé malmenée, usure prématurée. Des jeunes salariés entre résignation et résistance. Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, 24, 21-40.

Rogers, E. (1995). Diffusion of innovations. Récupéré le 16/05/2017 : https://web.stanford.edu/class/symbsys205/Diffusion%20of%20Innovations.htm

Rouat, S. (2010). Les processus individuels et organisationnels de construction de la santé au travail : prévention de la santé mentale au travail et analyse de dispositifs organisationnels (thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2, Lyon). Récupéré de l'archive de publications électroniques de l'Université Lumière Lyon 2 : http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2010/rouat_s

Rouat, S. et Sarnin, P. (2013). Prévention des risques psychosociaux au travail et dynamique de maturation : le processus d'intervention comme opérateur de la transformation et du développement de la coopération. Activités, 10(1), 58-72.

Rouat, S. et Troyano, V. (2016 juillet). Evaluation des effets d'une intervention de prévention des RPS. Communication présentée au 19ème Congrès de l'Association Internationale de Psychologie du Travail de la Langue Française, Bruxelles.

Roussillon, C. (1981). Paradoxe et continuité chez Winnicott. Bulletin de Psychologie, 350, 503-509.

Rueff-Escoubès, C. (2008). La Sociopsychanalyse de Gérard Mendel. Autorité, pouvoir et démocratie dans le travail. Paris : La Découverte.

Sandoval, K., Stocker, V. et Kostulski, K. (2017 septembre). Modalités et enjeux actuels de la participation des agents dans une grande collectivité territoriale. Le cas de deux interventions. Communication présentée au 52ème congrès international de la Société d'Ergonomie de la Langue Française, Toulouse.

Sanford, N. (1970). Whatever happened to Action-Research ? Journal of Social Issues, 4.

Sarnin, P. (2016 juillet). *L'engagement des dirigeants : enjeux et pistes d'action.* Communication présentée au 19ème Congrès de l'Association Internationale de Psychologie du Travail de la Langue Française, Bruxelles.

Sarnin, P. (2007). Psychologie du travail et des organisations. Bruxelles : De Boeck Université.

Sarnin, P. Colombani, J.B., Debard, A., Guidou, N. et Moura De Araujo, R. (2014 août). Intervention de long terme et modification des acteurs sur les questions de santé au travail. Communication présentée au18ème Congrès de l'Association Internationale de Psychologie du Travail de Langue Française, Florence.

Sarnin, P. Bobillier Chaumon, M.E., Cuvillier, B. et Grosjean, M. (2012). Intervenir sur les souffrances au travail : acteurs et enjeux dans la durée. Bulletin de psychologie, 2012/3, 519, 251-261.

Sarnin, P., Caroly, S. et Douillet, P. (2011). Contre les « risques psychosociaux » : quels débats sur l'activité ? Le Travail Humain, 309-320.

Sarnin, P., Durif-Bruckert, C. et Rouat, S. (2011). Le rapport à la santé des travailleurs : contexte et stratégie. Psihologia Resurcelor Umane, 9, 2, 72-89.

Sarnin, P., Durif-Bruckert, C., Henry, J. et Rouat, S. (2006). Trajectoires professionnelles et constructions de la santé en situation de travail, 14ème Congrès de psychologie du travail et des organisations, AIPTLF, Hammamet, 7-10 juillet. CD Rom. Edition AIPTLF, Lille.

Sassi N. et Neveu J.-P. (2010). Traduction et validation d'une nouvelle mesure d'épuisement professionnel : le Shirom-Melamed Burnout Measure. Canadian Journal of Behavioural Science, 42, 177-184.

Schumpeter, J.A. (1912/1935). *Théorie de l'évolution économique.* Paris : Dalloz

Schwartz, Y. (2000). Discipline épistémique, discipline ergologique. Paideia et politeia. Dans Maggi, B. (dir.), Manière de penser, manière d'agir en éducation et en formation (p. 32-68). Paris : PUF.

Selye, H. (1976), Le Stress de la vie, Montréal : Alain Stanké.

Semmer, N. K. (2009). Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Mental capital and weelbeing : making the most of ourselves in the 21st century (Foresight Report). UK: The Government Office for Science.

Semmer, N. K., (2006). Job stress interventions and the organization of work. Scandinavian Journal of Work and Environmental Health, 32(6, spécial issue), 515-527.

Siegrist, J., Siegrist, K. & Weber I. (1986). Sociological Concepts in the Etiology of Chronic Disease: the Case of Ischemic Heart Disease, Social Science & Medicine, 22, 247-253.

Siegrist, J. (2001). A Theory of Occupational Stress. In Dunham, W. (Eds.), Stress in the Workplace (p.55-66). London and Philadelphia : Whurr Publishers.

Sigaut, F. (1990). Folie, réel et technologie. Technique et culture, 15, 167-179.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of hight-effort / low-reward conditions. Journal of Occupation Health Psychology, 1, 27-41.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T. & Godin, I. (2004). The mesurement of effort-reward imablance at work : European comparaisons. Social Science Medical. 58, 1483-1499.

Spielberger, C. D. (1994). Professional Manual for the Job Stress Survey (jss). Psychological Assessment Resources. USA: Odessa

Star, S.L. &Griesemer, J.R. (1989). Institutional ecology, translations and boundary objects : amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. Social Studies of Sciences, 19, 387-420.

Tap, P., Esparbés, S. et Sordès-Ader, F. (1995). Stratégies de coping et personnalisation, Bulgarian Journal of Psychology, 2, 59-80.

Terssac, G. de (2003). Travail d'organisation et travail de régulation. Dans Terssac G. de (dir.), La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud (p.121-134). Paris : La Découverte.

Terssac, G. de. Et Lompré, N. (1996). Pratiques organisationnelles dans les ensembles productifs : essai d'interprétation. Dans Spérandio, J.C. (dir.), *L'Ergonomie face aux* changements technologiques et organisationnels du travail humain (p.51-70). Toulouse : Octares.

Tiffon, G. (2014). L'innovation dans le travail. Dans Durand, J.P., Moatty, F. et Tiffon, G. (dir.), *L'innovation dans le travail* (p. 73-77). Toulouse : Octares.

Tosquelles, F. (1967). Le travail thérapeutique en psychiatrie. Toulouse : Eres

Torres, O. (2016 octobre). Les spécificités managériales des TPE. Communication présentée aux Journées Santé Travail 2016 : Stratégie globale d'intervention auprès des TPE. Paris.

Travaglianti, F., Orianne, J.F., Pichault, F. et Hansez, I. (2015). Construction d'une méthodologie exploratoire concernant les besoins des travailleurs : l'exemple des besoins de flexibilité au travail et de sécurité d'emploi des travailleurs permanents. Revue Internationale de Psychosociologie de Gestion des Comportements Organisationnels. Suppléments (HS), 119-146.

Trepos, J.Y. (2010). L'innovation. Université Ouverte des Humanités, Université Paul Verlaine - Metz (UPV-M) / vidéo. Repéré à : http://www.canal-u.tv/video/canal_socio/l_innovation.5898

Ughetto, P. (2003). La place du travail : la subjectivité *au cœur du rapport au travail*. Document préparatoire à l'audition par le Conseil économique et social, section du travail, dans le cadre de la saisine gouvernementale sur « la place du travail ». Paris.

Valléry, G. et Leduc, S. (2012). Les Risques Psychosociaux. Que sais-je. Paris : PUF.

Van de Weerdt, C. (2016 juillet). Que reste-il d'une intervention ? Communication présentée au 19ème Congrès de l'Association Internationale de Psychologie du Travail de la Langue Française. Bruxelles.

Veil, C. (2012). Vulnérabilités au travail. Toulouse : Erès.

Vézina, M. (2002). Stress au travail et santé psychique, rappel des différentes approches. In Neboit, M. & Vézina, M. (Eds.), Stress au travail et santé psychique (p. 47-58). France : Octarès.

Vézina, M. (2008). La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : nouveau défi pour la santé publique. Santé Publique, 20, 121-128.

Vézina, M. (1999). Stress et psychodynamique du travail : de nouvelles convergences. Travailler, 2, 201-218.

Vézina, M., Bourdonnais, R., Brisson, C. et Trudel, L. (2006). Définir les risques. Note de recherche : sur la prévention des problèmes de santé mentale. Actes de la recherche en sciences sociales, 3, 163, 32-38.

Vézina, M., Chenard, C., Chauvet, A., Jauvert, M. et Blanzina, I. (2015). Au-delà du risque psychosocial (RPS), quelle prise en compte des ressources professionnelles ? Dans Sarnin, P, Kouabenan, D.G., Bobilier Chaumon, M.E., Dubois, M et Vacherand-Revel, J. (dir.), Santé et bien-être au travail (p.279-288). Paris : L'Harmattan.

Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., Vinet, A. et Laurendeau, M. (1992). Pour donner un sens au travail. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail. Boucherville : Gaëtan Morin.

Vygotski, L.S. (1997). Pensée et langage (F. Sève, Trad.) Paris : La Dispute (Edition originale, 1934).

Wallon, H. (1983). Les origines du caractère chez l'enfant. Paris : PUF.

Weber, M. (1904-1917). Essais sur la théorie de la science. Paris, Pocket.

Weill-Fassina, A. et Rabardel, P. (2010). Point de vue ergonomique sur les facteurs psychosociaux de risques pour la santé. Revue de la littérature réalisée dans le cadre des travaux du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail. Récupéré le 03/04/2014 : http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Revue-Ergonomie.pdf

West, M. A. & Farr, J. L. (1990). Innovation at work. In West M.A. & Farr, J.L. (Eds.), Innovation and creativity at work: Psychological and organizational strategies (p. 3-13). Chichester, England : Wiley.

Winnicott[1], D. W. (2002/1967). La localisation *de l'expérience culturelle. Jeu et réalité. L'espace potentiel.* Paris : Gallimard.

Winnicott, D. W. (2002/1953). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Jeu et *réalité. L'espace potentiel.* Paris : Gallimard.

Winnicott, D. W. (2001/1953). Les besoins des enfants et le rôle de la mère au début de *l'existence. L'enfant et le monde extérieur. Le développement des relations.* Paris : Payot.

Winnicott, D. W. (2000/1969). *L'usage de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers* des *identifications. La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques.* Paris : Gallimard.

Winnicott, D. W. (1999/1948). *Le premier contact avec la réalité externe. L'enfant, la psyché* et le corps. Paris : Payot.

Winnicott, D. W. (1992/1953). Psychose et soins maternels. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot.

Winnicott, D. W. (1992/1953). *L'angoisse associée à l'insécurité. De la pédiatrie à la* psychanalyse. Paris : Payot.

Winnicott, D. W. (1992/1948). La réparation en fonction de la défense maternelle organisée contre la dépression. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot.

Winnicott, D. W. (1988/1986). Vivre créativement. Conversations ordinaires. Paris : Gallimard.

Winnicott, D W. (1971). Jeu et réalité. Paris : Gallimard.

[1] Concernant les ouvrages de Winnicott, la date de parution utilisée est complétée par la date de sortie des textes en anglais, rendus accessibles par J Abram.

Wittezaele, J. J. et Garcia, T. (2006). *A la recherche de l'école de Palo Alto.* Paris : Seuil.

Yvon, F. et Clot, Y. (2004). Apprentissage et développement dans l'analyse du travail enseignant. Pratiques psychologiques, 76, 43-52.

Zanet, F. de., Hansez, I., Bossut, M., Vanderberghe, C. et De Keyser, V. (2004). Analyse du discours de travailleurs confrontés à des changements organisationnels : Une perspective transactionnelle. Le Travail Humain, 67 (3), 257-281.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire – Etude n°1

UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2
UNIVERSITÉ DE LYON

Le laboratoire GRePS de l'université Lumière Lyon 2, avec le soutien de l'Association de santé au travail d'Annecy (AST74), conduit actuellement la 1ère enquête nationale auprès des services de santé au travail sur les interventions liées aux risques psychosociaux (RPS).
Cette enquête par questionnaire s'adresse à toutes celles et ceux qui réalisent des interventions en lien avec les RPS, quelle que soit leur profession (médecin du travail, psychologue du travail, ergonome ou tout autre membre de l'équipe pluridisciplinaire de santé), qu'ils appartiennent aux services de santé inter-entreprises ou aux services de santé autonomes. Elle ne vise en aucun cas à évaluer les pratiques mais à les décrire.
Pour participer à ce travail et être personnellement destinataire de la synthèse des résultats, nous vous proposons de remplir un questionnaire qui prendra environ 30 minutes de votre temps.
Nous vous rappelons que ce travail répond aux conditions déontologiques et scientifiques des recherches universitaires et garantit donc l'anonymat et la confidentialité des réponses. Il est confié au laboratoire GRePS de l'Université Lumière Lyon 2 via un travail de recherche mené par Nadège Guidou sous la direction du Professeur Philippe Sarnin.
Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration.

Nadège Guidou
Psychologue du travail - AST74
Doctorante, GRePS, Université Lumière Lyon 2

Philippe Sarnin
Professeur de psychologie du travail et des organisations
Université Lumière Lyon 2
Président de l'Association Française de Psychologie du Travail et des Organisations (AFPTO)

Préalable

Nous appelons interventions, des démarches qui reposent sur un dispositif méthodologique à déployer au sein d'un milieu de travail. Il peut s'agir d'entreprises, d'associations ou de services publics. Elles ont pour objectif d'agir sur la prévention des risques psychosociaux.
Nous ne considérons donc pas comme interventions, des actions de type sensibilisation, formation, des réunions internes sur des situations complexes ou encore des consultations individuelles, sauf si elles s'inscrivent dans une démarche plus globale (comme c'est le cas pour la formation-action par ex).
De même, dans ce questionnaire, le terme de RPS s'entend dans sa définition la plus large. Il recouvre toutes les interventions travaillant autour des dimensions psychosociales et organisationnelles. L'accompagnement au changement ou encore l'intervention en cas de conflits sont, par exemple, concernés par cette enquête.

Toutefois, avant de s'intéresser aux démarches que nous nommons interventions, nous souhaiterions obtenir quelques informations sur les autres actions que vous êtes amené(e)s à réaliser.

1 [Q1] » La plupart de vos actions de prévention des RPS consiste à réaliser des sensibilisations et des formations, sans dispositif d'intervention en milieu de travail :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

2 [Q2] Concernant les entretiens et consultations individuels auprès de salariés ou agents, vous diriez qu'ils constituent la majorité de vos actions de prévention :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

3 [Q3] Dans les entreprises ou services publics, des réunions internes sont parfois organisées pour évoquer des situations complexes de salariés ou agents. Diriez-vous que ces réunions représentent la majorité de vos actions de prévention des RPS :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

4 [Q4] Sans construire d'intervention à proprement parler, les acteurs de santé sont parfois amenés à 'simplement' mettre en discussion ou à permettre la discussion entre un salarié et son manager. D'après votre expérience, vous diriez que ces 're-mises en discussion' constituent la majorité de vos actions de prévention des RPS :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

5 [Q5] Finalement, sur l'ensemble des actions que vous réalisez, vous diriez que les démarches d'interventions, telles que nous les avons définies, représentent :

Un pourcentage très faible	Un pourcentage faible	Un pourcentage moyen	Un pourcentage élevé	Un pourcentage très élevé
○	○	○	○	○

Introduction

Le questionnaire compte quatre parties portant chacune sur une étape d'intervention :
La phase pré-intervention,
Le processus d'intervention en tant que tel,
La restitution et le plan d'actions,
Les résultats des interventions et leurs suivis.

Son objectif est d'obtenir une description des interventions RPS conduites sur le terrain. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous vous rappelons que nous nous intéressons uniquement aux interventions, c'est-à-dire aux dispositifs
reposant sur une méthodologie à déployer au sein d'un milieu de travail et visant la prévention des RPS.

Enfin, nous appelons intervenant, le professionnel du service de santé qui conduit l'intervention. Il peut être médecin du travail/de prévention, psychologue du travail, conseiller en prévention ou de toute autre profession de l'équipe pluridisciplinaire. Il peut tout à fait faire appel à un consultant pour réaliser tout ou partie de l'intervention. Il reste nommé intervenant de par sa position de conduite et de pilotage de l'intervention.

6 [Q6]
Le médecin du travail/de prévention peut être l'intervenant. Il est aussi parfois l'initiateur de la démarche et son coordinateur vis-à-vis de la structure, sans être l'intervenant à proprement parler. Aussi, avant de débuter, nous vous remercions de nous préciser si vous êtes :

○ Médecin du travail / de prévention et intervenant
○ Médecin du travail / de prévention, faisant appel à un intervenant
○ Autre professionnel du service de santé au travail intervenant

Les étapes pré-intervention

La première phase du questionnaire porte sur les étapes précédant l'intervention : le déclenchement de la demande, l'étude de la situation ou encore la proposition et la validation d'une méthodologie.

7 [Q7] Généralement, avant le lancement des interventions, des temps d'échanges sont organisés avec la structure pour étudier la demande :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

8 [Q8] D'après votre expérience, ces temps d'échanges pré-intervention donnent généralement lieu à combien de réunions :

○ 1
○ 2
○ 3
○ Plus de 3

9 [Q9] Les interventions impliquent généralement plusieurs acteurs à différentes étapes ou degrés. Nous les avons listés ci-dessous. Il s'agit des responsables des structures demandeuses, des instances, des représentants du personnel, des salariés, de membres du service de santé au travail, et bien entendu, de vous en tant qu'intervenant. Pour simplifier la lecture, nous les avons regroupés sous le terme d'acteurs liés à l'intervention RPS. Nous allons nous intéresser à leur présence durant les différentes phases des interventions.

Dans les réunions d'échanges précédant les interventions, dîtes-nous à quelle fréquence les acteurs liés à l'intervention RPS sont généralement présents :

	Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
Le directeur général (entreprise) / le directeur général des services ou d'établissement (fonction publique) / le président (association)	○	○	○	○	○
Le directeur de site ou d'antenne/directeur général adjoint (fonction publique)	○	○	○	○	○
Le responsable des ressources humaines	○	○	○	○	○
Le ou les manager(s) de proximité concerné(s)	○	○	○	○	○
Des membres du CHSCT	○	○	○	○	○
Des représentants du personnel	○	○	○	○	○
Des salariés/agents	○	○	○	○	○

	Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
Le médecin du travail/de prévention	○	○	○	○	○
Vous-même en tant qu'intervenant	○	○	○	○	○

Dans le tableau ci-dessus, le directeur général correspond par exemple au directeur national d'une enseigne privée. Nous le différencions du directeur de site qui dirige l'antenne locale dans laquelle l'intervention se déploie. Dans le secteur public, le directeur général est le directeur général de service ou d'établissement, par différenciation avec le directeur général adjoint ou encore les directeurs et directeurs adjoints. Dans les associations, le directeur général correspond au président du conseil d'administration, par différenciation avec le directeur de l'association.

10 [Q10] : Même question que Q9 pour les médecins faisant appel à un intervenant
11 [Q11] : Même question que Q9 pour les autres professionnels

12 [Q12] D'autres acteurs peuvent-ils être présents durant cette étape ?
○ Non
○ Oui, un autre
○ Oui, deux autres
Oui, plus de deux autres

13 [Q13] Merci de préciser son identité : *
Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :
Acteur supplémentaire 1

14 [Q14] Merci de préciser à quelle fréquence cet autre acteur est généralement présent lors de cette étape :

Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
○	○	○	○	○

15 [Q15] Merci de préciser leurs identités :
Acteur supplémentaire 1
Acteur supplémentaire 2

16 [Q16] Merci de préciser à quelle fréquence ces acteurs sont généralement présents lors de cette étape :

	Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
Acteur 1	○	○	○	○	○
Acteur 2	○	○	○	○	○

17 [Q17] Merci de préciser leurs identités ainsi que la fréquence de leur présence à cette étape (très rarement présent, rarement présent, présent de temps en temps, souvent présent ou très souvent présent) :

18 [Q18] Pour répondre aux questions suivantes, conservez bien à l'esprit que les acteurs liés à l'intervention représentent l'ensemble des acteurs de la structure demandeuse ainsi que vous-même en tant qu'intervenant.

Lorsque cette étape de pré-intervention s'achève, les acteurs liés à l'intervention partagent généralement la même vision des RPS :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

19 [Q19] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

20 [Q20] A propos de cette vision des RPS partagée par tous les acteurs, à quelle fréquence vous semble-t-il possible de dire qu'elle est totale et entière ?
Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
○	○	○	○	○

21 [Q21] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

22 [Q22] Concernant les objectifs de l'intervention ; à la fin de cette étape d'échanges, ils sont généralement partagés par l'ensemble des acteurs:

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

23 [Q23] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

24 [Q24] A propos de ce partage d'objectifs, à quelle fréquence diriez-vous qu'il peut être qualifié de total et entier ?

Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
○	○	○	○	○

25 [Q25] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

26 [Q26] Concernant les déclencheurs des demandes d'intervention RPS, à quelle fréquence diriez-vous qu'il s'agit

	Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
D'atteintes de santé d'un ou de plusieurs salariés ou agents	○	○	○	○	○
D'un ou de plusieurs conflit(s) au sein d'une ou plusieurs équipes	○	○	○	○	○
D'une alerte du CHSCT	○	○	○	○	○
D'une saisine des	○	○	○	○	○

	Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
organisations syndicales					
D'une ou de plusieurs agression(s)	○	○	○	○	○
D'un ou de plusieurs événement(s) traumatisant(s) (décès, tentative de suicide…)	○	○	○	○	○
De dérives graves (plainte, suspicion de harcèlement…)	○	○	○	○	○
D'une réorganisation, d'une restructuration ou d'un changement	○	○	○	○	○
D'indicateurs de santé dégradés (absentéisme, turn-over, accidents…)	○	○	○	○	○
D'une démarche de prévention prévue en dehors de toute situation dégradée (DU, diagnostic RPS...)	○	○	○	○	○
D'une démarche en faveur de la qualité de vie au travail en dehors de toute situation dégradée	○	○	○	○	○

27 [Q27] » D'autres éléments peuvent-ils déclencher des interventions RPS ?

○ Non
○ Oui, un autre
○ Oui, deux autres
○ Oui, plus de deux autres

28 [Q28] » Merci de préciser sa nature :

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :
Autre déclencheur

29 [Q29] A quelle fréquence estimez-vous que cet élément déclenche des interventions :

	Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
Autre déclencheur	○	○	○	○	○

30 [Q30] Merci de préciser leurs natures :
Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :
Autre déclencheur 1
Autre déclencheur 2

31 [Q31] A quelle fréquence estimez-vous que ces éléments déclenchent des interventions :

	Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
Autre déclencheur 1	○	○	○	○	○
Autre déclencheur 2	○	○	○	○	○

32 [Q32] Merci de préciser leurs natures et la fréquence avec laquelle ils déclenchent des interventions (très rarement, rarement, de temps en temps, souvent ou très souvent) :
Veuillez écrire votre réponse ici :

33 [Q33] La plupart du temps, la méthodologie d'intervention est construite avec l'ensemble des acteurs liés à l'intervention :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

34 [Q34] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

35 [Q35] Concernant cette construction de la méthodologie avec l'ensemble des acteurs, à quelle fréquence diriez-vous que l'on peut parler de véritable co-construction ?

Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
○	○	○	○	○

36 [Q36] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

37 [Q37] D'après votre expérience, ces temps de travail sur la méthodologie donnent généralement lieu à combien de réunions ?
○ 1
○ 2
○ 3
○ Plus de 3
Pour une journée entière, notez deux réunions.

38 [Q38] Durant ces réunions de travail sur la méthodologie, dîtes-nous à quelle fréquence les différents acteurs liés à l'intervention sont présents : question pour les médecins conduisant eux-mêmes des interventions (listing des acteurs équivalents Q9

39 [Q39] : Même question que Q38 pour les médecins faisant appel à un intervenant
40 [Q40] : Même question que Q38 pour les autres professionnels

41 [Q41] D'autres acteurs peuvent-ils être présents durant cette étape ?
- ◯ Non
- ◯ Oui, un autre
- ○ Oui, deux autres
- ◯ Oui, plus de deux autres

42 [Q42] Merci de préciser son identité : *
Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :
Acteur supplémentaire 1

43 [Q43] Merci de préciser à quelle fréquence cet autre acteur est généralement présent lors de

Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
◯	◯	◯	◯	◯

44 [Q44] Merci de préciser leurs identités :
Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :
Acteur supplémentaire 1
Acteur supplémentaire 2

45 [Q45] Merci de préciser à quelle fréquence ces acteurs sont généralement présents lors de cette étape :

	Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
Acteur 1	◯	◯	◯	◯	◯
Acteur 2	◯	◯	◯	◯	◯

46 [Q46] Merci de préciser leurs identités ainsi que la fréquence de leur présence à cette étape (très rarement présent, rarement présent, présent de temps en temps, souvent présent ou très souvent présent)
Veuillez écrire votre réponse ici :

Le processus d'intervention

Cette seconde partie porte sur le processus d'intervention RPS. Généralement composé de plusieurs étapes, il fait appel à diverses méthodes et outils que l'intervenant choisit d'utiliser au sein de la structure pour mener à bien son intervention.

47 [Q47] Les méthodes retenues explorent généralement les difficultés rencontrées par la structure :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
◯	◯	◯	◯	◯

48 [Q48] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

49 [Q49] Durant les interventions, différents outils ou techniques peuvent être utilisés comme des questionnaires, des entretiens, des groupes de travail, etc.
» Généralement, lorsque ces méthodes sont mises en œuvre sur le terrain, les acteurs de la structure participent à leur application (c'est-à-dire qu'ils participent à la conduite des groupes de travail, à la passation des questionnaires ou encore à la réalisation des entretiens) :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

50 [Q50] » Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

51 [Q51] » Concernant cette participation des acteurs à l'application des méthodes sur le terrain, à quelle fréquence estimez-vous que l'on peut parler d'une véritable co-application ?

Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
○	○	○	○	○

52 [Q52] » De même, à quelle fréquence estimez-vous que l'on peut parler d'une application autonome (les acteurs de la structure appliquent seuls les méthodes sur le terrain) ?

Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
○	○	○	○	○

53 [Q53] » Durant ces temps d'application des méthodes sur le terrain, dîtes-nous à quelle fréquence les différents acteurs liés à l'intervention sont présents : question pour les médecins conduisant eux-mêmes des interventions (listing d'acteurs équivalent à Q9)

54 [Q54] : même question que Q53 pour les médecins faisant appel à un intervenant
55 [Q55] : même question que Q53 pour les autres intervenants

56 [Q56] » D'autres acteurs peuvent-ils être présents lors de cette étape ?
○ Non
○ Oui, un autre
○ Oui, deux autres
○ Oui, plus de deux autres

57 [Q57] » Merci de préciser son identité :
Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :
Acteur supplémentaire 1

58 [Q58] » Merci de préciser à quelle fréquence cet autre acteur est généralement présent lors de cette étape :

Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
○	○	○	○	○

59 [Q59] » Merci de préciser leurs identités :
Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :
Acteur supplémentaire 1
Acteur supplémentaire 2

60 [Q60] Merci de préciser à quelle fréquence ces acteurs sont généralement présents lors de cette étape :

	Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
Acteur 1	○	○	○	○	○
Acteur 2	○	○	○	○	○

61 [Q61] Merci de préciser leurs identités ainsi que la fréquence de leur présence lors de cette étape (très rarement présent, rarement présent, présent de temps en temps, souvent présent, très souvent présent) :
Veuillez écrire votre réponse ici :

62 [Q62] Durant le processus d'intervention, des réunions intermédiaires sont généralement organisées avec les acteurs de la structure avant la restitution des résultats :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

63 [Q63] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

64 [Q64] D'après votre expérience, ces temps d'échanges intermédiaires donnent généralement lieu à combien de réunions ?
○ 1
○ 2
○ 3
○ Plus de 3

65 [Q65] Durant ces réunions intermédiaires, dîtes-nous à quelle fréquence les différents acteurs liés à l'intervention sont généralement présents : question pour les médecins conduisant eux-mêmes des interventions (listing d'acteurs équivalent Q9)

66 [Q66] : même question que Q65 pour les médecins faisant appel à un intervenant
67 [Q67] : même question que Q65 pour les intervenants

68 [Q68] D'autres acteurs peuvent-ils être présents lors de cette étape ?
○ Non
○ Oui, un autre
○ Oui, deux autres
○ Oui, plus de deux autres

69 [Q69] Merci de préciser son identité : *
Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :
Acteur supplémentaire 1

70 [Q70] Merci de préciser à quelle fréquence cet autre acteur est généralement présent lors de cette étape :

Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
○	○	○	○	○

71 [Q71] Merci de préciser leurs identités :
Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :
Acteur supplémentaire 1
Acteur supplémentaire 2

72 [Q72] Merci de préciser à quelle fréquence ces autres acteurs sont généralement présents lors de cette étape :

	Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
Acteur 1	○	○	○	○	○
Acteur 2	○	○	○	○	○

73 [Q73] Merci de préciser leurs identités ainsi que la fréquence de leur présence lors de cette étape (très rarement présent, rarement présent, présent de temps en temps, souvent présent, très souvent présent) :
Veuillez écrire votre réponse ici :

La restitution et le plan d'actions
Nous allons maintenant débuter l'avant-dernière partie du questionnaire. Elle s'intéresse aux étapes de restitution et au plan d'actions (préconisations et axes d'amélioration).

74 [Q74] D'après votre expérience, la restitution des résultats de l'intervention donne généralement lieu à combien de réunions ?
○ 1
○ 2
○ 3
○ Plus de 3

75 [Q75] La plupart du temps, des restitutions différentes sont organisées en fonction des acteurs :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

76 [Q76] Durant cette présentation des résultats, dîtes-nous à quelle fréquence les acteurs liés à l'intervention sont généralement présents : question pour les médecins conduisant eux-mêmes des interventions (listing d'acteurs équivalent à Q9)

77 [Q77] : même question que Q76 pour les médecins faisant appel à un intervenant
78 [Q78] : même question que Q76 pour les intervenants

79 [Q79] Durant ces présentations des résultats, dîtes-nous à quelle fréquence les acteurs liés à l'intervention sont généralement présents : pour les médecins conduisant eux-mêmes des interventions

80 [Q80] : même question que Q79 pour les médecins faisant appel à un intervenant
81 [Q81] : même question que Q79 pour les intervenants

82 [Q82] Durant le 1er temps de restitution, dîtes-nous à quelle fréquence les différents acteurs liés à l'intervention sont généralement présents : pour les médecins conduisant eux-mêmes des interventions

83 [Q83] : même question que Q82 pour les médecins faisant appel à un intervenant
84 [Q84] : même question que Q82 pour les intervenants

85 [Q85] Durant le 2e temps de restitution, dîtes-nous à quelle fréquence les différents acteurs liés à l'intervention sont généralement présents : pour les médecins conduisant eux-mêmes des interventions

86 [Q86] : même question que Q85 pour les médecins faisant appel à un intervenant
87 [Q87] : même question que Q85 pour les intervenants

88 [Q88]
Durant le 3e temps de présentation des résultats, dîtes-nous à quelle fréquence les acteurs liés à l'intervention sont généralement présents : pour les médecins conduisant eux-mêmes des interventions

89 [Q89] : même question que Q88 pour les médecins faisant appel à un intervenant
90 [Q90] : même question que Q88 pour les intervenants

91 [Q91] Durant le 4e temps de présentation des résultats, dîtes-nous à quelle fréquence les acteurs liés à l'intervention sont généralement présents : pour les médecins conduisant eux-mêmes des interventions

92 [Q92] : même question que Q91 pour les médecins faisant appel à un intervenant
93 [Q93] : même question que Q91 pour les intervenants

94 [Q94]Lorsque l'on parle de RPS, on a coutume de distinguer les causes ou facteurs (mauvaise organisation du travail, intensité de travail, changement ;…) et les conséquences ou troubles (atteintes de la santé, absentéisme, conflit…).

Dans la majorité des interventions, la restitution des résultats révèle des conséquences (ou troubles) dont la direction n'avait pas conscience :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

95 [Q95] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

96 [Q96] De même, la plupart du temps, la restitution des résultats révèle des causes (ou facteurs) dont la direction n'avait pas conscience :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

97 [Q97] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

98 [Q98] Concernant les résultats de l'intervention, ils sont généralement partagés par l'ensemble des acteurs :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

99 [Q99] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

100 [Q100] A propos de ce partage des résultats par l'ensemble des acteurs, à quelle fréquence estimez-vous qu'il peut être qualifié d'entier et total ?

Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
○	○	○	○	○

101 [Q101] Concernant le plan d'actions, son ampleur est généralement plus importante que celle à laquelle la direction s'attendait :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

102 [Q102] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

103 [Q103] Concernant les axes du plan d'actions ; ils visent généralement à supprimer ou réduire les difficultés de la structure :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

104 [Q104] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

105 [Q105] Le plan d'actions est généralement travaillé avec les acteurs de la structure :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

106 [Q106] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

107 [Q107] A propos de ce travail sur le plan d'actions avec l'ensemble des acteurs, à quelle fréquence diriez-vous que l'on peut parler de véritable co-construction ?

Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
○	○	○	○	○

108 [Q108] D'après votre expérience, ces temps de travail sur le plan d'actions donnent généralement lieu à combien de réunions ?
○ 1
○ 2
○ 3
○ Plus de 3

109 [Q109] Durant ces temps de travail sur le plan d'actions, dîtes-nous à quelle fréquence les acteurs liés à l'intervention sont généralement présents : question pour les médecins conduisant eux-mêmes des interventions (listing d'acteurs équivalent à Q9)

110 [Q110] : même question que Q109 pour les médecins faisant appel à un intervenant
111 [Q111] : même question que Q109 pour les intervenants

112 [Q112] Finalement, les axes du plan d'actions sont généralement partagés par l'ensemble des acteurs liés à l'intervention :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

113 [Q113] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

114 [Q114] A propos de ce partage des axes du plan d'actions par l'ensemble des acteurs, à quelle fréquence estimez-vous qu'il peut être qualifié de total et entier :

Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
○	○	○	○	○

Les résultats des interventions et leurs suivis
Nous allons désormais aborder la dernière partie de ce questionnaire. Elle porte sur le suivi des actions engagées ainsi que sur l'évaluation des interventions RPS.
Rappelez-vous que ce travail universitaire n'a aucune dimension de jugement de votre travail. Il cherche simplement à avoir la vision la plus juste possible des interventions menées au quotidien sur le terrain.

115 [Q115] Concernant les actions à engager, des réunions consacrées à leurs suivis sont généralement organisées avec les acteurs de la structure :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

116 [Q116] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

117 [Q117] D'après votre expérience, ces temps d'échanges consacrés au suivi des actions donnent généralement lieu à combien de réunions ?
○ 1
○ 2
○ 3
○ Plus de 3

118 [Q118] Durant ces réunions consacrées au suivi des actions, dîtes-nous à quelle fréquence les acteurs liés à l'intervention sont généralement présents : question pour les médecins conduisant eux-mêmes des interventions (listing d'acteurs équivalent à Q9)

119 [Q119] : même question que Q118 pour les médecins faisant appel à un intervenant
120 [Q120] : même question que Q118 pour les intervenants

121 [Q121]Certaines interventions RPS prévoient une démarche d'évaluation, c'est-à-dire un nouveau dispositif qui intervient plusieurs mois après la première intervention et vise l'étude de ses impacts.
La plupart du temps, une démarche d'évaluation des interventions RPS est organisée :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

122 [Q122] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

123 [Q123] La démarche d'évaluation de l'intervention est généralement travaillée par l'ensemble des acteurs:

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
○	○	○	○	○

124 [Q124] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

125 [Q125] A propos de ce travail sur la démarche d'évaluation avec l'ensemble des acteurs, à

Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
○	○	○	○	○

126 [Q126] D'après votre expérience, ces temps consacrés à l'évaluation de l'intervention donnent généralement lieu à combien de réunions ?
○ 1
○ 2
○ 3
Plus de 3

127 [Q127] Durant ces réunions consacrées à l'évaluation de l'intervention, dîtes-nous à quelle fréquence les acteurs liés à l'intervention sont généralement présents : question pour les médecins conduisant eux-mêmes des interventions (listing d'acteurs équivalent à Q9)

128 [Q128] : même question que Q127 pour les médecins faisant appel à un intervenant
129 [Q129] : même question que Q127 pour les intervenants

130 [Q130] Finalement, sur les résultats des interventions:
Concernant la mise en oeuvre des actions du plan d'actions, vous diriez que la plupart du temps :

Aucune n'est mise en oeuvre	Peu sont mises en oeuvre	Quelques-unes sont mises en oeuvre	La plupart sont mises en oeuvre	Toutes sont mises en oeuvre	Ne peut répondre
○	○	○	○	○	○

131 [Q131] Concernant les effets des interventions, des changements concrets et positifs des situations de travail sont généralement observés :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne peut répondre
○	○	○	○	○	○

132 [Q132] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

133 [Q133] A quelle fréquence constatez-vous que ces changements se maintiennent dans le temps:

Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
○	○	○	○	○

134 [Q134] Hors évolution des situations de travail, des changements de niveau de prévention primaire (suppression ou réduction des causes socio-organisationnelles des RPS) sont généralement

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne peut répondre
○	○	○	○	○	○

135 [Q135] Merci de préciser votre réponse :
Veuillez écrire votre réponse ici :

136 [Q136] Merci de nous préciser quelques exemples :
Veuillez écrire votre réponse ici :

137 [Q137] A quelle fréquence constatez-vous que ces évolutions primaires se maintiennent dans le temps ?

Très rarement	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Ne peut répondre
○	○	○	○	○	○

Renseignements complémentaires
Pour conclure ce questionnaire, nous souhaiterions recueillir quelques informations sur votre environnement de travail.

138 [Q138] Quelle est votre profession ?
○ Médecin collaborateur / interne
○ Infirmier en santé au travail
○ Ingénieur en santé, sécurité / en prévention
○ Conseiller en prévention des risques professionnels
○ Technicien en prévention des risques professionnels
○ Psychologue du travail
○ Intervenant en prévention des RPS non psychologue
○ Assistant de service social
○ Ergonome
○ Toxicologue
○ Autre

139 [Q139] Vous exercez :
○ Dans un service de santé au travail interentreprises
○ Dans un service de santé au travail autonome (d'entreprise, d'établissement ou interétablissements)
○ Dans un centre de gestion
○ Autre

140 [Q140] Votre service bénéficie d'une équipe pluridisciplinaire :
○ Oui
○ Non

141 [Q141] Quels autres professionnels sont présents dans l'équipe ?
☐ Médecin du travail / de prévention
☐ Médecin collaborateur / interne
☐ Infirmier en santé au travail
☐ Ingénieur santé, sécurité / en prévention
☐ Conseiller en prévention des risques professionnels
☐ Technicien en prévention des risques professionnels
☐ Psychologue du travail
☐ Intervenant en prévention des RPS non psychologue
☐ Assistant de service social
☐ Ergonome

☐ Toxicologue
☐ Autre:

142 [Q142] Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service de santé ?

143 [Q143] Depuis combien de temps intervenez-vous dans le domaine de la prévention des risques psychosociaux ?

144 [Q144] Acceptez-vous que nous puissions vous contacter pour plus de précisions ?
○ Oui
○ Non

145 [Q145] Merci de noter vos coordonnées afin que nous puissions vous transmettre la synthèse des résultats :

Nous vous remercions grandement pour votre participation. La synthèse des résultats vous sera prochainement communiquée.

Pour encore davantage de pertinence, nous comptons sur vous pour relayer ce questionnaire à l'ensemble de vos collègues et partenaires, membres de services de santé au travail interentreprises et autonomes.

Nadège Guidou
Philippe Sarnin

Annexe 2 : Questionnaire de l'étude n°2

Diagnostic global sur les conditions, l'environnement et le climat de travail des agents TEPLE

Trame des entretiens semi-directifs – Visite des collèges

Les conditions de réalisation du travail

1. Pouvez-vous nous décrire les tâches que vous réalisez chaque jour ?

2. Pensez-vous que vous disposez du temps nécessaire pour faire correctement votre travail ?
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

Pouvez-vous nous expliquer ? / Nous citer quelques exemples / Vous arrive-t-*il d'être interrompu dans la tâche* ?

3. Pouvez-vous vous organiser comme vous le souhaiter ?
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

4. La plupart du temps, vous pouvez faire du travail de qualité.
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

5. Globalement, estimez-vous que votre charge de travail a augmenté ?
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

Pouvez-vous nous citer des exemples ?

6. Avez-vous la possibilité de prendre des initiatives ? De proposer des idées ?
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

7. Dans votre travail, vous pouvez apprendre des choses nouvelles.
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

8. Globalement, êtes-vous satisfait(e) de vos conditions de travail ?
❍Pas du tout ❍Plutôt non ❍Plutôt oui ❍Tout à fait

9. Quelle est votre principale difficulté dans votre travail ?

10. Quelle est votre principale source de satisfaction dans votre travail ?

11. Disposez-vous des équipements suivants ?

❍ Un vestiaire suffisamment grand
❍ Une douche
❍ Une salle de repos
❍ Un séchoir pour vos vêtements mouillés
❍ Une blouse de travail
❍ Des chaussures de travail
❍ Des gants
❍ Autre vêtement de travail : …

L'organisation du travail

12. La plupart du temps, votre travail vous semble-t-il bien organisé ?
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

13. Les missions et consignes qui vous sont données, sont claire.
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

14. Recevez-vous des ordres contradictoires / opposés ?
(Par exemple, respecter la règle : nettoyage des salles tous les jours à sec et un jour balayage

❍Jamais ❍Rarement ❍La plupart du temps ❍Tout le temps

15. Votre (vos) responsable(s) est clairement identifié(s)
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

16. Disposez-vous du matériel nécessaire à la réalisation de votre travail ?
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

Facteurs liés aux relations de travail

17. Dans votre travail, vous êtes reconnu(e) par votre responsable
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

18. En cas de difficultés, vous pouvez compter sur le soutien de votre responsable
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

19. En cas de difficultés, vous pouvez compter sur le soutien de vos collègues
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

20. Dans votre travail, les conflits sont réguliers
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

21. Dans votre travail, il y a des moments où vous vous retrouvez tous en équipe de façon amicale
❍Jamais ❍Rarement ❍La plupart du temps ❍Tous les jours

22. Dans votre travail, il y a des injustices
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

23. Dans votre travail, il existe des problèmes de communication
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

Travail et santé

24. Sur une échelle de 1 à 5, comment jugez-vous votre état de santé ?
(1 très mauvais à 5 très bon)
❍1 ❍2 ❍3 ❍4❍5

25. Pensez-vous que votre travail a un impact sur votre santé ?
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord
Quel est cet impact ?

26. Vous disposez de tous vos équipements de protection individuelle (EPI)
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

27. Concernant le renouvellement de vos EPI, comment cela s'organise-t-il ?
❍Changement dès que l'EPI est usager
❍Changement à chaque rentrée
❍Changement tous les deux ans ou plus

28. Vous disposez de toute l'information nécessaire concernant l'utilisation des produits chimiques :
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

29. Vous disposez de conseils ergonomiques sur votre poste de travail
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

30. Avez-vous accès au registre hygiène et sécurité ?
❍Oui ❍Non

31. Au cours de l'année, avez-vous souffert des symptômes suivants sur une période de plus d'un mois
❍ Troubles du sommeil (réveils, insomnie, cauchemard, …)
❍ Troubles de l'appétit
❍ Douleurs dorsales
❍ Troubles digestifs
❍ Stress
❍ Angoisse sur le chemin du travail
❍ Hypertention
❍ Irritabilité
❍ Difficulté de concentration
❍ Troubles de la mémoire
❍ Grande fatigue
❍ Etat moral dépressif

32. D'une façon générale, pour vous, votre travail est source de
❍ Bien-être ❍ Souffrance ❍ N'a aucun impact sur moi

Liens avec l'employeur

33. Vous connaissez bien l'organisation du ….
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

34. Avez-vous un accès facile à un ordinateur
❍Oui ❍Non

35. Vous savez à qui vous adresser si vous recherchez une information
❍Pas du tout d'accord ❍Pas d'accord ❍D'accord ❍Tout à fait d'accord

36. Dans votre quotidien, le … représente
❍ Une aide, un soutien
❍ La structure qui verse mon salaire
❍ Une structure compliquée
❍ Une administration qui ne porte pas attention à moi
❍ Rien

37. Vous disposez de suffisamment d'informations sur
❍ Le suivi de votre carrière
❍ La rémunération
❍ La formation
❍ Les conditions de travail
❍ Le service de la Direction de ….

38. Qu'attendez-vous précisément, de plus, de la part de votre employeur …

39. Avez-vous des questions ou d'autres éléments à nous transmettre et qui n'auraient pas été abordés dans cet entretien ?

40. A ce jour, souhaitez-vous changer de travail ou de métier ?

❍Oui ❍Non

Si oui, qu'aimeriez-vous faire ?

Renseignements sur l'agent

Nom et prénom	Sexe : ❍Oui ❍Non
Age	Situation familiale : ❍En couple ❍Seul
Lieu de travail	Enfant à charge
Ancienneté dans le poste	Date de la dernière visite médicale

Annexe 3 : Ensemble des idées émises durant les groupes de génération d'idées

Objets discutés lors des groupes de génération d'idées	Concernent les situations de travail ou l'organisation du travail	Nature tertiaire (III), secondaire (II), primaire (I)
Pouvoir partager les expériences	✖	III, II ou I selon les expériences partagées
Disposer d'analyses de pratiques	✖	III et II selon les sujets abordés
Ajuster les temps de travail au réel de l'activité et abandonner les forfaits du plan de charge	✖	I
Construction d'un lien institutionnel avec le centre de documentation	✖	II
Temps collectifs d'élaboration des contenus de cours et des contenus de cycles. Construction en collectifs non pléniers constitués de formateurs volontaires de la filière concernée. Temps fondés sur des objectifs clairement définis, réalisables et partagés.	✖	I
Temps individuels avec l'encadrement pour discuter des activités sources de plaisir	✖	II
Créer une annexe du centre de documentation qui pourrait être investie par les seuls formateurs	✖	II
Créer des lieux mixtes formateurs /étudiants	✖	III
Disposer de plus de temps de préparation	✖	II
Recruter une Direction dont ils puissent reconnaitre l'expertise, qui connaisse et comprenne le métier ainsi que le niveau d'expertise des formateurs	Concernent les salariés et non directement le travail	
Direction qui élabore une organisation fondée sur l'intelligence collective et qui a une vision cohérente et stable pour l'institution, en cohérence avec les valeurs de l'institution et du métier	✖ (se rapporte au sens de la mission de la direction et non à la direction elle-même)	I
Créer une institution qui permette une fierté éthique et une convergence entre l'identité de formateur et de citoyen	✖	I
Faire en sorte que les professionnels ne restent pas passifs et attentistes mais « se prennent en main » pour se positionner et participer à une construction commune	Concernent les salariés et non directement le travail	
Introduire le principe de subsidiarité : prises de décision au plus près du terrain auquel elles s'appliquent, là où les professionnels disposent des compétences nécessaires et dans la limite de celles-ci. Que l'expertise des professionnels soit prise en compte dans les prises de décisions. Les faire participer à l'élaboration de l'organisation des formations (les intégrer au travail d'ingénierie)	✖	I
Répartition des rôles direction/formateurs : la pédagogie comme domaine de compétence des formateurs et un rôle de facilitateur, de mise à disposition des moyens et des conditions pour la direction.	✖	I

Capitaliser et généraliser les expériences réussies, les outils, les supports construits et les connaissances	✘	III (évite les doublons, la surcharge et évite des erreurs) II (multiplie les ressources disponibles)
Créer une base de données internes recensant l'ensemble des cours et contenus existant mais aussi l'ensemble des expertises réparties parmi les formateurs	✘	II
Inclure du temps pour le travail de recherche	✘	II
Disposer de temps inter-filières, intra-filière, par thématique et transverses institutionnalisés	✘	I
Créer un parcours d'intégration des nouveaux formateurs	✘	II
Réfléchir à l'aménagement des espaces, de façon à ce qu'ils soient propices au travail collectif, aux échanges, … mais aussi qu'ils soient des lieux agréables	Concerne l'environnement, pas directement le travail	
Faire en sorte que les formateurs puissent participer aux processus de décision et disposent de marges de manœuvre	✘	I
La direction pourrait fixer un cadre par filière, à charge aux formateurs de respecter ce cadre et d'organiser ensuite la formation	✘	I
Remplacer le terme de télé-travail par celui de temps de travail personnel aménagé, temps incluant le travail de veille et évitant le morcellement des tâches	✘	III et II
Intégrer les administratifs sur la question de la redéfinition des rôles	✘	II
Penser l'ouverture de l'… sur l'extérieur	✘	II
Donner à chaque formateur, le programme des formations sur lesquelles ils interviennent. Ce programme devra comporter une progression pédagogique	✘	II
Construire un management par les valeurs. Pour cela, il est nécessaire d'organiser une réflexion collective sur les valeurs de l'… et de ses salariés	✘	I
Créer des agora, espaces de débats politiques et démocratiques intégrés dans la formation des étudiants	Concerne le parcours des étudiants et non les pratiques directement	
Concevoir des espaces collectifs d'échange pris en compte dans le temps de travail réel	✘	II
Faire évoluer la responsabilité de filière vers une responsabilité partagée : répartition des tâches, de la participation, identification des marges de manœuvre pour les responsables de filière : redistribution des espaces de décision, avec un repartage discuté collectivement.	✘	I
Créer un café pédagogique pour les formateurs	✘	II
Evaluer l'ensemble des interfaces du système informatique	✘	III, II ou I en fonction des préconisations qui en seraient issues
Créer un espace dédié aux formateurs	Concerne l'environnement, pas directement le travail	
Réfléchir à l'aménagement des locaux	Concerne l'environnement,	

	pas directement le travail	
Créer des temps institués de travail en équipe, d'élaboration en équipe, au lieu de maintenir des échanges informels, morcelés, dans les couloirs	✖	II et I
Créer du temps pour se coordonner, pour récupérer les informations	✖	II
Instaurer de la supervision d'équipe	✖	II
Supprimer le plan de charge et le remplacer par un outil qui permette de cadrer le travail	✖	I
Réfléchir à ce que l'on demande aux formateurs dans ses différentes tâches pédagogiques	✖	I
Créer une salle de repos et de relaxation pour les formateurs	Concerne l'environnement, pas directement le travail	
Disposer de plus de temps pour la veille sociale, la documentation	✖	II
Disposer de plus de temps de coordination collective, de construction pédagogique via la construction d'outils fonctionnels	✖	II
Développer des relations saines via le tryptique supervision, analyse de pratique et analyse institutionnelle	✖	III et II selon les sujets mis au travail
Faire en sorte que le télétravail devienne légitime	✖	II
Faire en sorte que les formations soient mieux choisies, plus adaptées aux besoins des formateurs	✖	II
Réfléchir à l'utilisation des mails : réorienter en réunion tout d'abord et les limiter	✖	III et II
Instaurer un climat de respect, d'écoute et de prise en compte d'autrui. => disposer de temps d'échange, d'écoute (obtenir des rendez-vous afin d'aborder certains sujets) ; avoir le temps de se saluer , disposer de temps de convivialité.	✖	II
Clarifier les missions : que le contour et les missions de certains postes puissent être explicités et clarifiés : savoir ce que fait chacun et ce que les formateurs peuvent demander à ces professionnels (qu'est ce qui relève de leurs missions, jusqu'où on va dans nos demandes). Lien avec la lourdeur de certains postes (renvoie à la question : quelles sont leurs missions, qu'est ce qui peut leur être demandé)	✖	I
Consulter le personnel dans les prises de décisions importantes	✖	I
Expliquer certaines décisions prises au niveau managérial ou dans le domaine des ressources humaines : pouvoir comprendre le sens de ces décisions, avoir une anticipation tant sur les effets en termes de vécu que du point du vue du travail. Par exemple, pour ce qui concerne les fins de contrats, que les personnes concernées soient informées de la décision de donner suite ou non avec anticipation en vue de pouvoir préparer les suites (remplacements, retours…).	✖	I
Clarifier le rôle du siège : au service de qui travaille-t-il ?	✖	I
Faire évoluer le logiciel interne pour qu'il soit aidant, adapté à la pratique, facilitant et plus lisible	✖	II
Permettre que l'encadrement connaisse et reconnaisse le travail des formateurs (leur quotidien et le travail pédagogique réalisé en amont des formations)	✖	I
Penser la coordination-généralisation des projets aux autres sites : savoir si on pense des projets à un niveau local quand bien même il y a des implications globales pour l'… et s'il n'y a pas des questions sur lesquelles les structures n'auraient pas la main en local ?	✖	I

Repenser la structuration de l'activité de formation avec une organisation de base commune à toutes les filières et intégrant une plus grande part d'autonomie laissée aux formateurs dans l'organisation de leur activité	✖	I
Découper le temps de travail annualisé en 3 parts : 1/ pédagogie directe ; 2/ pédagogie indirecte 3 / temps de préparation (passer cette part du travail de ¼ du temps de travail à 1/3)	✖	I
Identifier des temps fixes réguliers alloués à une même activité pour tous les formateurs (par exemple, que tous les formateurs consacrent leur jeudi au face à face avec les élèves et au suivi de stage) = temps de présence commun sur site. Par exemple, 75% en temps de présence et 25% du temps laissé « libre »	✖	I
Penser la coordination des équipes et les liens avec la direction = des personnes responsables ou du travail collaboratif avec délégation	✖	I
Mettre en place un parrainage aux formateurs entrant : instituer un temps d'observation in situ et accompagner les premières interventions	✖	II
Du point de vue de la circulation des informations, disposer d'un système intranet performant, former le personnel et instituer des règles pour la gestion des mails	✖	II
Penser l'articulation entre les espaces d'échange (conjuguer l'informatif, le thématique, faire participer les fonctions supports pour coordination et échanges d'informations)	✖	I
Repenser l'entretien annuel d'évaluation	✖	II
Faire pour que les administrateurs comprennent les retours parfois différents, des salariés. Cela implique qu'il faut agir pour permettre la participation de tous dans les projets	✖	II (compréhension) et I (participation)
Travailler autour de l'identité professionnelle, afin de la stabiliser et de permettre à chacun de trouver sa place, de faire la transition avec les fonctions passées	✖	I
Penser la question de l'obsolescence programmée des compétences du formateur : plus je suis ancien en tant que formateur, plus mes compétences de travailleur social à transmettre se réduisent	✖	I
Mener une réflexion collective sur les valeurs partagées par l'ensemble du personnel de l'…	✖	I
Structurer le management de l'activité	✖	I
Réfléchir à la répartition des rôles et des fonctions de sortes qu'elles soient bien articulées et qu'on ne squizze pas la direction	✖	I
Penser à ce que l'on propose aux étudiants : question de la programmation	✖	I
Créer les conditions d'une confiance collective	✖	I
Evaluer le 'process' programmation	✖	III, II et I selon les préconisations qui en seraient issues
Créer des temps de régulation filière par filière : mise en réflexion les problèmes des étudiants (leur suivi, l'organisation des cours…)	✖	II
Mener une réflexion sur les valeurs : vécu insupportable des attaques vécues dans les relations interpersonnelles. Les manifestations des tensions qui s'expriment dans les échanges interpersonnels pourraient être un frein à la réussite du projet de réunion = travailler au préalable la question des valeurs dans les relations interpersonnelles pour réguler	✖	I
Intégrer dans les objectifs évalués durant l'entretien annuel d'évaluation, des objectifs portant sur les attitudes et la violence interne	✖	III
Instaurer des analyses de pratiques inter établissement et inter filières	✖	III et II selon les sujets mis au travail
Favoriser l'harmonisation des pratiques entre les sites	✖	I

Annexe 4 : Renforcement des alliances désiré-réel, copil n°1, étude 3

Séquence d'animation autour d'indicateurs de suivi des objets-créés

Participants	***Alliance entre désiré et réel – réflexion autour de l'idéal de l'objet : ensemble des indicateurs proposés par le copil***
Orientation 1	
F. 1 Tour 1	Des animations de séquence de réunions par la direction
Dir. sup1 Tour 2	Respect de la temporalité des réunions institutionnelles par la direction Respect de l'organisation institutionnelle traduite dans le management
F. 3 Tour 3	Réflexion sur une priorisation des choix Articulation entre organisation inter-établissements et établissement dans sa réalité locale
F. 1 Tour 4	Création des outils cartographiant les ressources en termes de compétences Un management qui organise les conditions favorables au travail de formation
Dir. sup2 Tour 5	Identifier la place et le rôle des uns et des autres
Dir. sup1 Tour 6	Avoir une cartographie des échanges intentionnels méta et micro, des compétences, des liens hiérarchiques, des niveaux de responsabilité et de décision et des niveaux de priorité Cartographie qui alimente les outils Avoir la lisibilité de la dynamique dans laquelle le directeur s'installe Disposer d'un profil de management
F. 1 Tour 7	Créer un modèle d'organisation Avoir un pool de formateurs transversaux qui organisent les choses
Dir. sup1 Tour 8	Une cartographie qui se décline sur des modèles précis Présenter un modèle, une cartographie qui fait sens pour tous, à défaut de loi
Dir. sup2 Tour 9	Stopper la non reconduite des expériences parce qu'on est toujours dans l'urgence
Dir. sup1 Tour 10	La mobilisation de formateurs sur des contenus dans lesquels ils n'ont aucune compétence alors que celui qui l'a, n'est pas sollicité Savoir comment se détermine le choix de dire « je suis libre ou pas »
Dir. sup2 Tour 13	Davantage d'anticipation Réduction du travail dans l'urgence
Dir. sup1 Tour 14	Avoir des outils qui permettent d'avoir la bonne temporalité
Dir. sup2 Tour 15	Avoir une méthode
F. 3 Tour 16	Repérer qui est missionné sur quoi d'une année sur l'autre
Dir. sup1 Tour 17	Pas de pression, programmation faisable par les formateurs dans le temps Définir quelle est la bonne temporalité pour tous : pour l'institution mais aussi pour les formateurs, qu'ils soient sécurisés
F. 1 Tour 18	Les formateurs clés présents dans les réunions où se cale la programmation

	Partir de la fin de l'année, caler les temps impératifs, caler les semaines, identifier ce qu'on peut bouger ou pas : c'est la question de la méthode
Dir. sup2 Tour 19	La méthode avec deux modèles : celui de la formation initiale et celui de la formation continue
Dir. sup1 Tour 20	Calculer, bout à bout, la masse de travail dont on a besoin sur le psycho, le droit, … Savoir si on a suffisamment de ressources en interne
Orientation 2	
Dir. sup1 Tour 1	Trouver dans l'année des temps pour les analyses de pratique Trouver une temporalité
F. 1 Tour 2	Créer l'espace analyse de la pratique
Dir. sup1 Tour 4	Faire un état des lieux de ce que l'on a comme espace d'échanges, réfléchir s'ils répondent aux besoins
Dir. sup2 Tour 8	Intégrer les administratifs, l'informatique, toutes les autres fonctions
Dir. sup1 Tour 12	Créer des espaces s'ils manquent Réaménager des espaces déjà existants Cartographie : ce qui répond à ça, à ça, et voir ce qu'il manque
Dir. sup2 Tour 14	La traçabilité des parcours : quand l'intervention est faite sur quoi, par qui
F. 3 Tour 16	Et la traçabilité du contenu : savoir qu'est ce qui a été fait
F. 1 Tour 17	Définir une personne qui a la responsabilité fonctionnelle de tout ce qui est fait
F. 3 Tour 18	Qu'on se tienne à ce qui a été dit et fait Définir ce qu'il y a dans tel ou tel espace Des dates posées et non-modifiables Créer un espace pour ce qui pose difficultés Présence systématique du manager
Orientation 3	
F. 3 Tour 1	Une information partagée, Une connaissance partagée
Dir. sup2 Tour 2	Des espaces partagés Des outils aussi, informatiques par exemple
Dir. sup1 Tour 3	Les innovations réalisées doivent être partagées, Les expériences doivent être capitalisées
F. 4 Tour 4	La transmission de la qualité du travail réalisée par les collègues du pôle recherche
Dir. sup2 Tour 5	Les bénéfices des différentes activités doivent s'alimenter, en étant portées dans les espaces de réflexion, animés dans les réunions
F. 2 Tour 6	Faire circuler les travaux des étudiants également L'animer dans la transversalité aussi dans un partage entre formateurs et étudiants
Dir. sup2 Tour 7	Une soirée prévue dans la programmation spécifiquement dédiée aux partages des expériences des étudiants Vérifier que les espaces qui existent soient utilisés
Dir. sup1 Tour 8	Une information qui arrive facilement
F. 3 Tour 9	Bénéficier des outils qui permettent à cette information d'arriver
Dir. sup1 Tour 11	Faire un état des lieux des outils de partage qui existent et vérifier qu'ils soient utilisés

F. 3 Tour 12	Veiller aussi que l'animation soit pensée
Dir. sup1 Tour 14	Utiliser l'évolution technologique pour développer les espaces
Orientation 4	
Dir. sup1 Tour 1	Mesurer l'écart entre la réalité actuelle et ce qu'on attend
F. 3 Tour 2	Développer une réflexion collective sur le plan de charge à partir de la cartographie évoquée plus haut, de ce qui se répète d'une année sur l'autre
Dir. sup2 Tour 3	Non, le plan de charge ne peut être qu'une conséquence, il mesure l'activité. La concertation doit se faire sur l'organisation de la filière
Dir. sup1 Tour 10	L'indicateur serait de savoir si tout le travail réalisé dans les innovations, aura un impact sur le plan de charge. Le plan de charge sera travaillé directement uniquement si les innovations n'améliorent pas le plan de charge
F. 2 Tour 12	Respect des 3 RDV minimum pour construire le plan de charge
Dir. sup1 Tour 15	Existence de priorités institutionnelles selon les filières, les cours, les expertises, … qui fassent arbitrage. Ces règles permettront aux formateurs de pouvoir dire non plus facilement
Dir. sup1 Tour 16	Réduction des doublons : qu'un formateur ne refasse pas ce qu'un autre a fait Réflexion collective sur qui fait quoi
Dir. sup2 Tour 23	Une meilleure articulation entre la formation initiale et la formation continue Peut-être une organisation différente entre les deux
Dir. sup1 Tour 24	Il faut que le modèle parte d'un corpus formation initiale mais aussi d'un corpus recherche et d'un corpus continu
Orientation 5	
F. 3 Tour 1	Redéfinir les valeurs partagées, les reprendre
Dir. sup1 Tour 2	Faire un état des lieux des écrits autour des valeurs
F. 2 Tour 3	Rappel du projet associatif
Dir. sup1 Tour 11	Lien direct sur le site de l'établissement avec le projet d'établissement
F. 2 Tour 4	Analyser les arrêts de travail
Dir. sup1 Tour 9	Au CHSCT, capacité de réaliser des enquêtes Suivre les arrêts maladie
F. 3 Tour 10	Suivre les données de la médecine du travail
F. 4 Tour 11	Tous les arrêts, quelles que soit les raisons
Dir. sup1 Tour 12	Un contrat où on s'engage à être gentil avec ses collègues ?
F. 3 Tour 15	Responsabilité du manager à recadrer, à faire désenfler les situations
Dir. sup1 Tour 16	L'engagement mutuel créé à l'occasion du contrat L'engagement de sécurité des uns et des autres, inscrit dans la cartographie
Dir. sup1 Tour 18	Disparition des évènements violents, agressifs

	Un circuit objectif permettant à la direction de l'établissement d'être informée qu'il y a eu un incident : la co-responsabilité renvoie à l'information de la direction par les salariés Le niveau de l'information de la tension, des actes de violence, des choses inacceptables
F. 4 Tour 19	Partage de moments de vie pour que l'information passe

Table des matières

Préambule 2
Chapitre 1 : Situer notre objet de recherche 8
1.1 Contexte général de la prévention de la santé mentale en France 9
1.1.1 Cadre juridique général de la santé au travail 9
1.1.2 Cadre général de la santé mentale au travail 11
1.1.3 Conséquences en termes de prévention 12

1.2 Les services de santé au travail 15
1.2.1 Le poids de l'histoire 15
1.2.2 L'organisation actuelle des services de santé au travail 16
1.2.3 Des organisations sous tension 20

1.3 Questions de recherche 23

Chapitre 2 : Prévenir la santé psychique au travail, quels modèles ? 30
2.1 L'étude des dispositifs d'intervention 31
2.1.1 Définitions et enjeux 31
2.1.2 Les difficultés de l'évaluation des dispositifs 34
2.1.3 Un schisme entre connaissance et action ? 37
2.1.4 Construction d'une grille d'analyse transversale des modèles-cadres 41

2.2 Les modèles-cadres d'intervention 47
2.2.1 Le modèle à visée thérapeutique 47
2.2.2 Le modèle d'enquête qualitative 52
2.2.3 Le modèle d'enquête quantitative simple 63
2.2.4 Le modèle d'enquête participative mixte 77
2.2.5 Le modèle de médiation par l'activité 85
2.2.6 Le modèle ergonomique 97
2.2.7 Le modèle développemental du métier 106
2.2.8 Le modèle d'ingénierie de discussion 117
2.2.9 Le modèle systémique 128
2.2.10 Le modèle institutionnel 138

2.3 Modélisation d'un nouveau modèle-cadre 146
2.3.1 Cadre conceptuel 146
2.3.2 L'innovation comme objet global pertinent 161
2.3.3 Elaboration d'un modèle-cadre d'innovation transitionnelle 167
2.3.3.1 La condition de santé et d'implication 167
2.3.3.2 La condition d'implantation 171
2.3.3.3 Fondements du dispositif 181
2.3.3.4 La condition de développement 186

2.4 Problématique et hypothèses de recherche 190

Chapitre 3 : Cadre méthodologique 196
3.1 Cadre épistémologique 197
3.1.1 Interventions en situation réelle et recherche en sciences sociales 197
3.1.2 Conséquence sur l'élaboration scientifique 199
3.1.3 Combinaison des terrains et inscription dans le cadre de la recherche fondamentale de terrain 203

3.2 Méthodologie 204
3.2.1 L'enquête dans les services de santé au travail 204
3.2.1.1 Ambition de l'étude 204
3.2.1.2 Population 206
3.2.1.3 Méthode 209
3.2.2 Construction d'une enquête de santé via un processus de coopération organisationnelle 224
3.2.2.1 Ambition de l'étude 224
3.2.2.2 Population et contexte 227
3.2.2.3 Méthode 230
3.2.2.4 Mesures et indicateurs 235

3.2.3 Elaboration d'un dispositif d'innovation transitionnelle 235
3.2.3.1 Ambition de l'étude 235
3.2.3.2 Population et contexte 237
3.2.3.3 Méthode 240
3.2.3.4 Mesures et indicateurs 268

Chapitre 4 : Analyses et résultats 270
4.1 Les dispositifs d'intervention liés aux RPS dans les services de santé au travail de France : résultats d'une enquête nationale 271
4.1.1 Caractéristiques de l'échantillon 273
4.1.2 Des démarches centrées sur les défaillances 276
4.1.3 Le niveau d'implication des démarches dans les SST 279
4.1.4 Conséquences sur les résultats des démarches 285
4.1.4.1 Implication et maturité des acteurs internes 285
4.1.4.2 Implication et efficience de prévention 291
4.1.4.3 Objet d'intervention et efficience de prévention 293

4.2 L'impact du niveau d'implication des dispositifs de prévention 298
4.2.1 L'enrichissement des connaissances 301
4.2.2 L'implantation et la transformation des situations de travail 317

4.3 Expérimentation d'un dispositif d'innovation transitionnelle 325
4.3.1 L'implication des acteurs 327
4.3.2 L'objet d'intervention et le processus cognitif de prévention 335
4.3.3 L'implantation du dispositif 351
4.3.4 L'impact sur la santé psychique 358
4.3.5 Nature du dispositif 363
4.3.5.1 Comportements innovants 364
4.3.5.2 Activités transitionnelles 365

Chapitre 5 : Discussion 388
5.1 Apports et intérêts de la recherche 389
5.1.1 Une lecture transdisciplinaire 389
5.1.2 L'enjeu de l'expérience des acteurs internes au sein du processus d'intervention 391
5.1.3 Ré-investir le sujet ? 395
5.1.4 Controverse et activité transitionnelle 398
5.1.5 Vers une liaison entre créativité, innovation et santé au travail ? 400

5.2 Les limites de la recherche 403
5.2.1 De la singularité à la généralité 403
5.2.2 Les limites méthodologiques spécifiques 405
5.2.2.1 L'enquête dans les services de santé au travail 405
5.2.2.2 La recherche-action au sein d'une collectivité territoriale 406

5.2.2.3 Le dispositif d'innovation transitionnelle 407

5.3 Retour sur la pratique 409
5.3.1 Retour sur les pratiques de prévention des RPS dans les services de santé au travail 411
5.3.2 L'action de la place des services de santé au travail 414
5.3.3 Le psychologue du travail et la reprise en main du processus d'intervention 418
5.3.4 L'enjeu de l'interdisciplinarité 420

5.4 Futurs travaux 422

Bibliographie 424

Annexes 451
Annexe 1 : Questionnaire – Etude n°1 452
Annexe 2 : Questionnaire - Etude n°2 469
Annexe 3 : Ensemble des idées émises durant les groupes de génération d'idées - Etude 3 473
Annexe 4 : Renforcement des alliances désiré-réel, copil n°1, étude 3 477

Table des matières 481

Liste des tables 485

Liste des figures 488

Liste des tables

Tableau 1 : Synthèse du modèle-cadre à visée thérapeutique collective 51
Tableau 2 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre à visée thérapeutique collective 51
Tableau 3 : Synthèse du modèle-cadre d'enquête qualitative 61
Tableau 4 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre d'enquête qualitative 62
Tableau 5 : Synthèse du modèle-cadre d'enquête quantitative simple 75
Tableau 6 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre d'enquête quantitative simple 76
Tableau 7 : Synthèse du modèle-cadre d'enquête participative mixte 83
Tableau 8 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre d'enquête participative mixte 84
Tableau 9 : Synthèse du modèle-cadre de médiation par l'activité 95
Tableau 10 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre de médiation par l'activité 96
Tableau 11 : Synthèse du modèle-cadre ergonomique 104
Tableau 12 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle cadre ergonomique 105
Tableau 13 : Synthèse du modèle-cadre de développement du métier 115
Tableau 14 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre de développement du métier 116
Tableau 15 : Synthèse du modèle cadre d'ingénierie de discussion 126
Tableau 16 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre d'ingénierie de discussion 127
Tableau 17 : Synthèse du modèle-cadre systémique 136
Tableau 18 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle cadre systémique 137
Tableau 19 : Synthèse du modèle cadre institutionnel 144
Tableau 20 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre institutionnel 145
Tableau 21 : Etude théorique comparative des modèles-cadres d'intervention en prévention de la santé psychique (1/3) 150
Tableau 22 : Etude théorique comparative des modèles-cadres d'intervention en prévention de la santé psychique (2/3) 151
Tableau 23 : Etude théorique comparative des modèles-cadres d'intervention en prévention de la santé psychique (3/3) 152
Tableau 24 : Comparaison des modèles cadres au regard des dimensions théorisant le passage de la connaissance à l'action (1/2) 157
Tableau 25 : Comparaison des modèles cadres au regard des dimensions théorisant le passage de la connaissance à l'action (2/2) 157
Tableau 26 : Synthèse des hypothèses de recherche 195
Tableau 27 : Origines des matériaux de recherche 203
Tableau 28 : Hypothèses testées dans l'étude n°1 205
Tableau 29 : Grille des entretiens de la pré-enquête de l'étude n°1 211
Tableau 30 : Répartition des interviews, phase de pré-enquête de l'étude n°1 211
Tableau 31 : Résultats des entretiens de pré-enquête par catégories abordées, étude n°1 212
Tableau 32 : Architecture générale du questionnaire, étude n°1 216
Tableau 33 : Présentation synthétique du questionnaire, étude n°1 222

Tableau 34 : Hypothèses testées dans l'étude n°2 225
Tableau 35 : Synthèse des espaces dialogiques implantés au cours de la démarche, étude n°2 234
Tableau 36 : Synthèse des indicateurs évaluant l'étude n°2 235
Tableau 37 : Synthèse des hypothèses testées dans l'étude n°3 237
Tableau 38 : Animation des ateliers de génération d'idées, processus de l'innovation, étude n°3 243
Tableau 39 : Animation des ateliers de créativité, processus transitionnel, étude n°3 244
Tableau 40 : Animation du comité de pilotage n°1, étude n°3 248
Tableau 41 : Projets d'innovation issus des groupes de génération d'idées présentés au copil n°1 et décisions du Copil, étude n°3 253
Tableau 42 : Formation-action des analystes et méthodologies mobilisées concernant les analyses du travail, étude n°3 257
Tableau 43 : Animation du comité de pilotage n°2, étude n°3 260
Tableau 44 : Animation du comité de pilotage n°3, étude n°3 266
Tableau 45 : Synthèse des indicateurs évaluant le dispositif d'innovation transitionnelle, étude n°3 268
Tableau 46 : Composition de l'échantillon n1, étude n°1 274
Tableau 47 : Pourcentage des démarches de prévention collectives parmi les autres actions de prévention 275
Tableau 48 : Score moyen des différents types de déclencheurs 276
Tableau 49 : Catégories des autres déclencheurs déclarés 277
Tableau 50 : Score moyen des méthodes explorant les difficultés 277
Tableau 51 : Score moyen des démarches dont le plan d'actions vise à supprimer ou réduire les difficultés de l'entreprise 278
Tableau 52 : Score moyen d'implication des acteurs internes au fil de l'intervention 280
Tableau 53 : Score moyen de participation des différents acteurs internes selon les étapes des démarches 283
Tableau 54 : Matrice de corrélations entre variables d'implication et variables de connaissances et de représentations 286
Tableau 55 : Composition de l'échelle de la dimension maturité 288
Tableau 56 : Matrice de corrélations entre les espaces d'échanges et la dimension de maturité 289
Tableau 57 : Matrice de corrélations entre variables de résultat et dimension de maturité 292
Tableau 58 : Matrice de corrélations entre la centration des démarches sur des objets 294
Tableau 59 : Rappel des indicateurs d'évaluation de l'étude n°2 300
Tableau 60 : Thématiques du questionnaire retenues par le collectif d'enquêteurs, étude 2 303
Tableau 61 : Architecture détaillée du questionnaire construit par le collectif d'enquêteurs, étude 2 304
Tableau 62 : Questions ajoutées par le collectif d'enquêteurs, étude n°2 305
Tableau 63 : Comparaison des saisies des compte-rendu 1, 2 et 53 par les duos RA-RP 310
Tableau 64 : Synthèse des résultats présentés au collectif d'enquêteurs, étude 2 312
Tableau 65 : Synthèse des préconisations issues de la démarche 320
Tableau 66 : Mises en œuvre des préconisations 321
Tableau 67 : Rappel des hypothèses de l'étude n°3 327
Tableau 68 : Rappel des indicateurs évaluant l'étude n°3 327
Tableau 69 : Taux de participation des acteurs internes lors des différentes étapes 329
Tableau 70 : Synthèse des étapes méthodologiques du modèle-cadre d'innovation transitionnelle 332

Tableau 71 : Caractéristiques des objets discutés lors des groupes de génération d'idées.. 336
Tableau 72 : Caractéristiques des projets proposés au copil à la suite des groupes de générations d'idées 338
Tableau 73 : Caractéristiques des projets retenus lors du 1er copil 339
Tableau 74 : Caractéristiques des objets travaillés lors du 2nd copil..... 342
Tableau 75 : Caractéristiques des objets travaillés lors du 3ème copil..... 347
Tableau 76 : Synthèse des objets discutés selon leur nature III, II ou I durant l'ensemble du processus..... 348
Tableau 77 : Evaluation de l'implantation du dispositif selon la nature des décisions prises 354
Tableau 78 : Evolution des indicateurs de santé sur trois années scolaires 358
Tableau 79 : Comparaison des échantillons des questionnaires SUMER avant et après la démarche..... 359
Tableau 80 : Evolution des résultats au questionnaire SUMER avant et après la démarche 361
Tableau 81 : Comparaison des résultats du questionnaire entre le temps 1 et le temps 2 ... 362
Tableau 82 : Evolution des comportements innovants au travail avant et après la démarche 364
Tableau 83 : Comparaison des scores de comportement innovant entre le temps 1 et le temps 2 365
Tableau 84 : Travail d'alliance des représentations, extrait 1 du 1er copil 368
Tableau 85 : Travail d'alliance des représentations, extrait 2 du 1er copil 370
Tableau 86 : Travail des objets donnés, extrait 3 du 1er copil 372
Tableau 87 : Travail des objets donnés, extrait 1 du 2nd copil..... 375
Tableau 88 : Travail des objets donnés, extrait 2 du 2nd copil..... 376
Tableau 89 : Travail des objets donnés, extrait 3 du 2nd copil..... 378
Tableau 90 : Extrait de la communication officielle issue du 2nd copil..... 380
Tableau 91 : Place des altérations à l'issue des démarches, étude 1..... 415

Liste des figures

Fig.1 : Proposition des dimensions théorisant le passage de la connaissance à l'action dans le cadre d'une démarche de prévention de la santé psychique au travail 148
Fig. 2 : Modélisation du dispositif de prévention par innovation transitionnelle 188
Fig. 3 : Modélisation de l'élaboration scientifique de la thèse 202
Fig. 4 : Ensemble des processus sous-jacents au processus d'innovation, étude 3 263
Fig. 5 : Synthèse des étapes du dispositif d'innovation transitionnelle, étude n°3 267
Fig. 6 : Place de l'étude 1 dans le processus d'élaboration scientifique 272
Fig. 7 : Distribution de la dimension de maturité 289
Fig. 8 : Score moyen des effets des démarches 291
Fig. 9 : Modélisation de l'ensemble des corrélations, étude 1 295
Fig. 10 : Place de l'étude 2 dans le processus d'élaboration scientifique 299
Fig. 11 : Place de l'étude 3 dans l'élaboration scientifique de la thèse 326
Fig. 12 : Rappel de l'élaboration scientifique du processus social du passage de la connaissance à l'action..... 383