



HAL
open science

Les pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail

Tarik Chakor

► **To cite this version:**

Tarik Chakor. Les pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail. Gestion et management. Aix-Marseille Université, 2013. Français. NNT : . tel-00860996

HAL Id: tel-00860996

<https://theses.hal.science/tel-00860996v1>

Submitted on 11 Sep 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ

UFR Économie et Gestion

École Doctorale de Sciences Économiques et de Gestion d'Aix-Marseille

Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail-CNRS (UMR 7317)

**LES PRATIQUES DES CONSULTANTS
DANS LA GESTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX
AU TRAVAIL**

Thèse en vue de l'obtention du Doctorat ès Sciences de Gestion

Présentée et soutenue publiquement par

Tarik CHAKOR

Le Jeudi 13 Juin 2013

Jury

Directrice de thèse

Mme Ariel MENDEZ, Professeure, Aix-Marseille Université

Rapporteurs

M. Emmanuel ABORD DE CHATILLON, Professeur, Université de Grenoble (I.A.E.)

M. Mathieu DETCHESSAHAR, Professeur, Université de Nantes

Suffragants

Mme Florence ALLARD-POESI, Professeure, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

M. Ewan OIRY, Professeur, Université de Poitiers (I.A.E.)

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Remerciements

Ces fameux « remerciements »... On y pense avant même d'avoir débuté la rédaction de thèse, on se promet de n'oublier personne, puis, arrivé le moment opportun, on bloque, on hésite, et on regarde « comment les autres ont rédigé les leurs », au risque de ne pas faire très original... Cependant, le travail de thèse étant de plus en plus « normé », laissant peu de place à la « patte de l'auteur », je ne puis me résigner à rédiger mes remerciements d'une manière trop convenue et académique.

Avant toute chose, je tenais à remercier mes parents Bouchaïb et Khadija Chakor. Que les membres du jury m'excusent de ne pas les citer en premier, mais cette thèse n'aurait pas vu le jour sans eux. Du plus loin que je me souviens, je les vois en train de me répéter « *travaille à l'école* », « *il faut aller loin dans les études* », « *il te faut des bagages* ». Je me remémore avec nostalgie les embrassades et cadeaux quand je ramenais de bonnes notes et des « Félicitations » à la maison ; je me souviens, avec un peu moins de nostalgie, les punitions et gronderies (doux euphémismes) lorsque mes notes et comportements en classe n'étaient pas à la hauteur de leurs attentes. J'espère vous rendre fiers. Vous le méritez, vous êtes des parents en or, je vous aime. (Et au fait Papa, tu vois que l'on peut devenir Docteur sans savoir faire de division écrite ! Qu'est-ce que je te disais hein ?!). Je remercie également mon seul et unique frère Jamal Chakor : j'ai suivi tes pas en Baccalauréat SES, puis en Faculté de Sciences Économiques et de Gestion. De là à dire que tu as été mon modèle, il ne faut pas abuser : j'ai surtout dû affronter les appréhensions des enseignants craignant d'avoir affaire à nouveau à « un Chakor » ! Blague à part, tu as toujours été là pour moi, que ce soit par ta présence ou par téléphone (Manosque c'est loin !), et je sais que je peux compter sur toi quoi qu'il arrive. J'en profite pour remercier les membres de ma famille au Maroc, qui, par de simples petits mots d'encouragement ou des envolées lyriques en arabe partiellement (voire pas du tout) comprises m'ont témoigné tout leur soutien. Je remercie également les membres de la famille Gassier qui, par de simples petits mots d'encouragement ou des envolées (un tout petit peu moins) lyriques m'ont également soutenu et encouragé.

Après ce petit détour familial, comment ne pas remercier ma brillante directrice de thèse Ariel Mendez : ton sérieux et ta rigueur m'impressionneront toujours. Je te remercie pour tes conseils éclairés et tes recommandations décisives durant ce long travail de thèse. Ta disponibilité et ta patience, notamment durant cette « terrible dernière ligne droite », m'ont été d'un immense secours. Je garde toujours en mémoire le fait que « *nous sommes tous sur des trajectoires* », ce qui me permet de relativiser beaucoup de critiques, notamment les plus négatives. Le temps du « jeune étudiant de Master 1 à capuche » n'est pas si loin, mais je constate avoir énormément appris du monde de la recherche à tes côtés. Encore merci pour tes qualités humaines qui ont largement dépassé l'encadrement de cette thèse.

Je remercie les Professeurs Mathieu Detchessahar et Emmanuel Abord de Chatillon qui ont accepté la lourde tâche d'être rapporteurs de ce travail de recherche. Votre participation respective à l'un de mes séminaires de thèse m'a été extrêmement enrichissante, vos remarques et votre « prise de hauteur » sur mes travaux m'ont permis d'appréhender d'une nouvelle manière ma question de recherche et mes premiers résultats empiriques. Nos discussions plus informelles, sur le chemin de l'aéroport ou de la gare, m'ont également permis de mesurer à quel point le monde de la recherche peut ouvrir sur des carrières universitaires passionnantes. Je tiens également à exprimer ma profonde reconnaissance aux Professeurs Florence Allard-Poesi et Ewan Oiry, qui ont accepté de participer à l'évaluation de ce travail.

Je remercie le comité de pilotage du réseau i3r PACA, particulièrement Mesdames Caroline Carduner, Géraldine Catsivelas, Sandrine Mocaer et Florence Nesa, qui m'ont permis d'avoir accès à un terrain de recherche à la fois original et inespéré, notamment suite aux nombreux refus rencontrés au cours de ma quête de terrain. Je remercie également les consultants appartenant au réseau i3r PACA de m'avoir accordé un peu de leur temps dans un emploi du temps surchargé. Mes remerciements vont également à l'équipe de direction et aux élus du personnel de l'établissement de soins privé étudié, nommé dans ce travail *Polyclinique du Sud*, qui m'ont également permis d'étudier une situation inédite et peu accessible, notamment sur une période aussi longue.

Je tiens à remercier très chaleureusement les membres du Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail (LEST) : il serait pour moi très risqué d'énumérer les personnes envers lesquelles je souhaite exprimer ma profonde gratitude, tant elles sont nombreuses et tant le risque d'oubli malencontreux est grand. Depuis mon arrivée au LEST en Septembre 2007 dans le cadre de mon Master 2 Recherche, j'ai pu constater l'excellente ambiance qui y règne. Le LEST m'a permis de m'enrichir, aussi bien intellectuellement qu'humainement : les nombreux séminaires et journées de recherche, les discussions formelles ou informelles, dans la « grande salle », autour de la photocopieuse, devant la machine à café, voire même sur le parking (!) ont été autant d'instantanés qui ont contribué à l'avancée de mes travaux et de ma réflexion. Je tenais également à souligner la disponibilité et la patience extrêmes des ITA, soutiens indispensables du LEST : merci à vous d'avoir « subi » mon suivi très « personnel » des règles et des procédures officielles... Merci à l'équipe STRIPAP : les réunions d'équipe et les séminaires RPS ont permis d'enrichir ma vision de ce phénomène si complexe, me convainquant définitivement du fait que la recherche scientifique ne peut être que collective. À tous les doctorants du LEST, devenus docteurs ou futurs docteurs : merci à vous pour vos conseils, vos relectures et vos « discussions de papier » (spéciale dédicace à Michou et au RastaMan : heureusement que YouTube et Facebook étaient là pour égayer certaines fins de journée beaucoup trop moroses...). J'adresse également mes sincères remerciements aux membres du laboratoire Sport MG Performance, qui m'ont chaleureusement accueilli et m'ont permis de bénéficier de conditions de travail optimales (un grand bureau accessible 24h/24 et 7j/7 ainsi qu'une connexion internet : que demander de plus pour un chercheur ?). Merci aux membres de la Faculté des Sciences économiques et de Gestion et de la Faculté des Sciences du Sport d'Aix-Marseille. Merci à mes étudiants de Licence et de Master : je ne m'imaginais pas à quel point se retrouver « de l'autre côté de la classe » pouvait être enrichissant et épanouissant.

J'adresse mes remerciements à mes amis, notamment les plus proches, qui ont, pour la plupart d'entre eux, eu un malin plaisir à me demander à intervalles très réguliers : « *Bon, et cette thèse alors ?* ». Merci d'avoir été là pour les matchs endiablés (ou pas...) de l'OM, pour les parties de Z5, pour les tournois de FIFA sur PS3, pour les apéros marioles sur le port, pour les journées plage, les après-midi crêpes, les soirées resto, les *nights* (quoique ça commence à dater là...). Merci aux camarades du MJS 13 : la campagne la plus importante est toujours celle qui vient. Merci à tous ceux que j'ai pu croiser plus ou moins régulièrement au sein de BF Paradis et du SMUC Boxe. Merci à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'avancement de ce travail de thèse et à la progression de ma réflexion.

Enfin, le meilleur étant toujours pour la fin : merci à toi Khalida, pour ta patience et ton amour.

Sommaire

| | |
|---|-----|
| Introduction | 7 |
| Partie 1. Construction de l'objet de recherche : <i>Vers une étude des pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail</i> | 23 |
| Chapitre 1. Les risques professionnels au cœur d'une tension historique | 24 |
| Section 1. L'approche dominante des risques professionnels : les lois du 9 Avril 1898 et du 25 Octobre 1919... | 30 |
| Section 2. L'approche alternative des risques professionnels : mobilisations sociales, pression européenne et progression de la connaissance..... | 37 |
| Section 3. Le champ des risques professionnels : un champ stratégique en tension..... | 48 |
| Chapitre 2. Les risques psychosociaux au travail : un champ stratégique en tension | 61 |
| Section 1. Un périmètre flou..... | 63 |
| Section 2. L'inscription des RPS dans l'approche restrictive des risques professionnels..... | 70 |
| Section 3. L'inscription des RPS dans l'approche élargie des risques professionnels..... | 84 |
| Section 4. RPS et sciences de gestion : une discipline bipolarisée, une dimension stratégique oubliée..... | 93 |
| Section 5. Cadre d'analyse et problématique de la recherche : vers une analyse des pratiques de traduction des consultants dans la gestion des RPS..... | 110 |
| Partie 2. Design général de notre recherche | 128 |
| Chapitre 3. Des « contraintes empiriques » au « pragmatisme méthodologique » | 129 |
| Section 1. De la recherche de terrain(s) d'enquête aux « opportunités empiriques » : une quête décisive dans la construction de l'objet de recherche..... | 131 |
| Section 2. Présentation détaillée des deux terrains de recherche : le <i>réseau i3r PACA</i> et la <i>Polyclinique du Sud</i> | 142 |
| Chapitre 4. Paradigme épistémologique et démarche de la recherche | 154 |
| Section 1. Une démarche de recherche ancrée dans le paradigme épistémologique interprétativiste pragmatique (PEIP)..... | 156 |
| Section 2. Collecte et analyse des données..... | 168 |
| Partie 3. Résultats de notre recherche : <i>Les pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail : des pratiques stratégiques différenciées aux limites de traduction</i> | 186 |
| Chapitre 5. Les pratiques des consultants dans la gestion des RPS : des pratiques stratégiques différenciées | 187 |
| Section 1. Le triptyque « Consultant – Client – Public-cible » : des configurations de gestion des RPS hétérogènes..... | 191 |
| Section 2. La problématisation en gestion des RPS..... | 211 |
| Section 3. La « mise en marche » de la gestion des RPS..... | 222 |
| Section 4. Le rallongement de la gestion des RPS..... | 229 |
| Section 5. Les consultants en gestion des RPS : « pratiques-type », stratégies de marché et profils hybrides.... | 234 |
| Chapitre 6. La « traduction empêchée » et réinterprétée : le cas de la <i>Polyclinique du Sud</i> | 248 |
| Section 1. La problématisation des RPS du cabinet DAVEOS : la restitution des conclusions de l'expertise.... | 252 |
| Section 2. La « mise en marche » de la gestion des RPS initiée par la Direction : comité de pilotage et groupes de travail stratégiques..... | 270 |

| | |
|---|------------|
| Section 3. La « mise en arrêt » de la gestion des RPS..... | 280 |
| Conclusion générale..... | 293 |
| Bibliographie..... | 304 |
| Table des matières..... | 344 |
| Liste des illustrations..... | 348 |
| Annexes..... | 349 |

Introduction générale

Les risques psychosociaux au travail : un phénomène au cœur de l'actualité

L'expression « risques psychosociaux au travail » (RPS) est apparue dans la seconde partie des années 2000, faisant progressivement l'objet de plusieurs **initiatives de la part des pouvoirs publics**, mettant en évidence un intérêt croissant autour de ce phénomène.

En effet, suite à la conférence sociale sur les conditions de travail du 4 Octobre 2007, le Ministre en charge du travail, Monsieur Xavier Bertrand, a demandé à Monsieur Philippe Nasse, inspecteur général de l'INSEE¹, vice-président du Conseil de la concurrence et à Monsieur Patrick Légeron, psychiatre, directeur général du cabinet Stimulus, un rapport visant à identifier, quantifier et suivre les risques psychosociaux (Nasse & Légeron, 2008). Dans la continuité de ce rapport, une séance du Conseil d'orientation des conditions de travail spécifiquement dédiée aux RPS s'est déroulée le 9 Octobre 2009. Nous pouvons également citer le rapport sur le bien-être au travail (Lachmann & *al.*, 2010), la mission d'information sénatoriale de 2010 portant sur la question du mal-être au travail (Dériot, 2010), la mission d'information de l'Assemblée Nationale de 2011 sur les RPS, ainsi que le rapport du Collège d'expertise sur le suivi des RPS (Gollac & Bodier, 2011). Il convient également de souligner l'existence d'un « Plan Santé Travail » (2005-2009 et 2010-2014) au sein de ces initiatives publiques, et le « Plan Darcos », obligeant les entreprises de plus de mille salariés à engager des négociations sur la prévention du stress au travail : les RPS sont ainsi progressivement devenus un **enjeu de santé publique**.

Au **niveau juridique**, le droit s'est progressivement saisi de ce phénomène, même s'il n'existe pas de définition juridique des RPS (Lerouge, 2009) : la directive européenne du 12 Juin 1989 sur l'amélioration de la santé et de la sécurité des travailleurs et sa transposition en droit français par la loi du 31 Décembre 1991, la loi de modernisation sociale du 17 Janvier 2002 sur la question de la santé mentale et du harcèlement moral, les accords-cadres européens du 8 Octobre 2004 et du 15 Décembre 2006 sur le stress et les violences au travail, ainsi que l'avancée de la jurisprudence élargissant l'obligation de sécurité de résultat de

¹ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

l'employeur en matière de RPS témoignent de l'intérêt croissant de ce phénomène pour le législateur.

Au **niveau médiatique**, l'« hypermédiatisation » des suicides chez France Télécom (Du Roy, 2009) concourt également à la diffusion de ces « nouveaux risques professionnels » dans la sphère publique. Cette médiatisation de grande envergure peut notamment être constatée à partir de la figure 1 ci-dessous, présentant l'évolution, durant la dernière décennie, des occurrences des expressions « risques psychosociaux » et « risques psycho-sociaux » dans les dépêches de l'Agence France-Presse (AFP) :

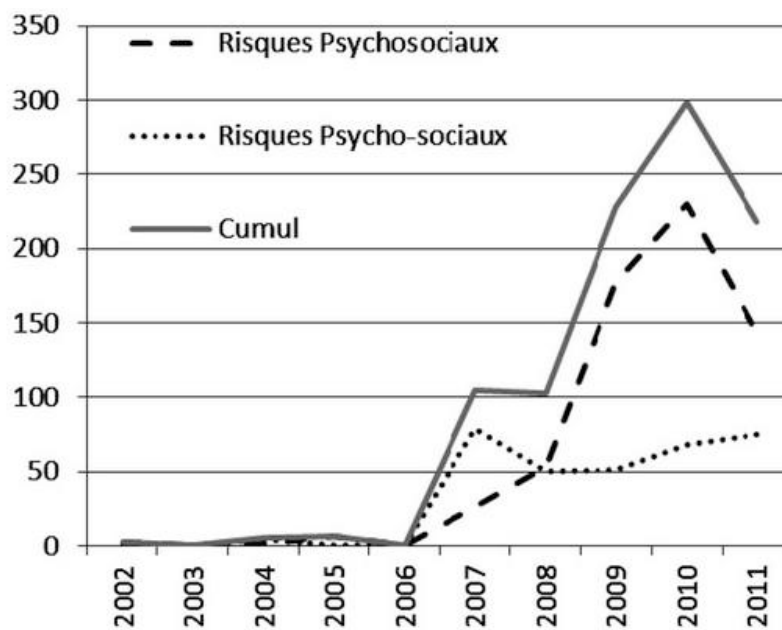


Figure 1. – Occurrence de l'expression « risques psycho-sociaux » ou « risques psychosociaux » dans les dépêches de l'Agence France-Presse (AFP)

(extrait de Valléry & Leduc, 2012, p.4)

Pourquoi cet intérêt croissant ?

Différents éléments peuvent permettre d'expliquer cet intérêt grandissant autour du « phénomène RPS » : un enjeu économique croissant, une évolution du travail et l'apparition de nouvelles attentes et d'un nouveau rapport au travail.

Au niveau de l'**enjeu économique**, les RPS entraînent des **coûts directs** pouvant se répercuter sur la performance des entreprises. Ainsi, selon une étude de l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail (AESST cité par Valléry & Leduc, 2012), le coût annuel du stress d'origine professionnelle en Europe est estimé à environ 20 milliards d'euros. En France, ce coût est évalué entre 2 et 3 milliards d'euros, représentant ainsi 20% des dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP). La répercussion sur la performance des entreprises est liée au fait que ces dernières doivent assumer l'intégralité du coût des AT/MP *via* les cotisations de Sécurité Sociale : indemnités journalières, frais médicaux et hospitaliers, rentes. Au-delà de ces coûts directs, il existe également des **coûts indirects** devant être assumés par les entreprises, coûts liés aux dimensions psychologiques et sociales du travail : le désengagement des salariés, pouvant s'exprimer sous forme d'absentéisme ou de présentéisme (« faire acte de présence »), la dégradation du climat social, la perturbation du personnel, la décroissance de la productivité et/ou de la qualité du travail, le « coût de traitement » des formalités administratives liées aux conséquences des RPS, et plus largement la dégradation de l'image de l'entreprise, son « coût médiatique » (*ibid.*, 2012).

Au niveau de l'**évolution du travail**, les nouvelles formes d'organisation du travail (NFOT) dans les économies développées ont contribué à mettre les RPS sur le devant de la scène. Ainsi, ce « tournant gestionnaire » (Dejours & Bègue, 2009) apparu à la fin du XXème siècle s'est traduit par une individualisation et une intensification du travail, une complexification des organisations de travail et un accroissement des contraintes. Cette évolution, témoignant d'une transformation profonde de l'esprit du capitalisme (Boltanski & Chiapello, 1999), se caractérise notamment par des « entreprises maigres », une production ajustée, une organisation par équipe-projet, avec l'exigence d'autonomie comme valeur centrale, transférant le poids de l'organisation sur les salariés (*ibid.*, 1999). L'exigence émotionnelle s'accroît, les relations sociales tendent à se dégrader et à se fragiliser, et l'incertitude sur la sécurité de la situation de travail augmente.

Au niveau de l'**apparition de nouvelles attentes et d'un nouveau rapport au travail**², les changements du travail tendent à renforcer la portée émotionnelle de ce dernier, ils renforcent l'attente d'un travail soutenable (qui ne peut/doit pas abîmer). L'élévation du niveau culturel accroît l'attente d'un travail intéressant et d'un meilleur équilibre travail/hors travail. Les changements au sein des familles (parentalité, modes de vie) et des rapports entre hommes et femmes augmentent également l'attente d'un travail intéressant, rendent les individus plus exigeants quant à l'équilibre travail/hors travail, tout en diminuant les dénis des souffrances et des risques (notamment les dénis fondés sur la virilité ou la muliérité, l'identité de genre devenant ainsi plus floue). Cette évolution sociale tend à polariser l'attention sur les RPS plutôt que sur les conditions physiques de travail : en effet, les premiers concernent tous les niveaux, tous les métiers, et sont donc plus facilement dicibles, tandis que les seconds « *déclassent socialement* » (Gollac, COMPARISK 2013). La lutte contre les RPS, dont le stress au travail, apparaît donc comme « *l'un des plus grands défis que devront relever les gouvernements, les employeurs et les syndicats au cours des années à venir* » (ILO, 2002).

Les risques psychosociaux au travail : un phénomène aux contours mal définis

Comme le souligne le rapport du Collège d'expertise, les RPS constituent un « *objet à construire pour la recherche scientifique* » (Gollac & Bodier, 2011, p.23) : en effet, les auteurs de ce rapport soulignent le fait que, bien que largement utilisée, la notion de RPS ne fait l'objet d'aucun réel consensus dans la sphère scientifique. Ce phénomène regroupe des concepts « poreux », pouvant à la fois désigner des causes d'origine professionnelle (risques liés à l'organisation par exemple) et des effets sur la santé (stress, fatigue, mal-être, violence etc.). Le manque de délimitation conceptuelle de ce phénomène repose également sur le fait qu'il tend à se situer au croisement des sphères professionnelle et privée, accentuant sa complexité d'appréhension.

Ainsi, il existe une **pluralité d'approches disciplinaires co-existantes**, chacune mettant en lumière une ou plusieurs logiques d'occurrence constitutive(s) de RPS : comme nous le

² Ce paragraphe se base en grande partie sur la présentation de Michel Gollac du 16 Janvier 2013, en ouverture du colloque COMPARISK 2013 (*Approche comparée des risques psychosociaux au travail. Démarche française et systèmes étrangers (Europe du Sud et du Nord, Québec, Japon)*, 16-17-18 Janvier 2013, Bordeaux)

verrons, les approches physiologique, épidémiologique, psychologiques, ergonomiques, psychodynamique et sociologiques tendent à appréhender les RPS *via* différentes grilles de lecture. Certaines de ces grilles tendent à individualiser les RPS, ou du moins à promouvoir une vision restrictive de ce phénomène, en le limitant notamment à une relation directe, de cause à effet, entre un « stresser » et un sujet « passif » ; les autres grilles, à l’opposé, tendent à promouvoir une vision élargie des RPS, une logique plus « englobante », ce phénomène étant alors appréhendé dans sa dimension collective et organisationnelle.

Parallèlement à cette multiplicité de grilles disciplinaires et de représentations des RPS, il semble intéressant de constater, au niveau des solutions pouvant être mises en place pour réduire les RPS, la **co-existence de solutions axées sur l’organisation du travail et de solutions axées sur l’individu**. En effet, il existe, selon la typologie traditionnellement mobilisée en santé publique, trois niveaux d’intervention : le niveau primaire, secondaire et tertiaire (Quick & Quick, 1984 ; Cooper & Cartwright, 1997). Le niveau primaire regroupe les actions portant sur l’organisation du travail et les conditions de travail, dans une logique préventive et d’action en amont ; le niveau secondaire comprend les actions portant sur l’individu, dans une logique corrective et d’adaptation à la situation de travail ; et le niveau tertiaire regroupe les actions curatives individuelles, visant à traiter et soigner les souffrants victimes des RPS. C’est ainsi que la résolution des RPS peut potentiellement s’orienter vers des actions sur l’organisation de travail (nouvelle répartition de la charge de travail, redéfinition des responsabilités...), des actions visant à adapter l’individu à son poste de travail (formations à la gestion du temps, programmes de renforcement psychologique...) et des actions visant à soigner l’individu (assistance psychologique, séances de relaxation...).

Cette « double co-existence » de représentations opposées des RPS et de solutions opposées pouvant être mises en place, combinée à l’intérêt croissant autour de ce phénomène et à l’accroissement des obligations légales visant à le « prendre en charge » nous amène à « creuser » une piste de recherche qui nous semble décisive : **la question de l’expertise des risques psychosociaux au travail**. Ainsi, notre **question de départ** est la suivante :

Qu’est-ce que l’expertise en risques psychosociaux au travail et comment s’opère-t-elle ?

Cette question constitue le fil conducteur de la construction de notre objet de recherche (Quivy & Van Campenhoudt, 2006). En retenant cette question originelle, nous souhaitons comprendre quelles peuvent être les logiques sous-jacentes à la promotion d'actions de type primaire, secondaire ou tertiaire. L'objectif pour nous est de mettre en lumière la manière dont les acteurs, et plus spécifiquement les experts, se saisissent des RPS, phénomène non consensuel et multifactoriel. Nous allons ainsi présenter tout d'abord la construction de notre objet de recherche, le cadre théorique retenu, notre problématique et notre proposition de recherche, la démarche de recherche et enfin le plan de la thèse.

La construction de l'objet de recherche

L'objet de cette recherche, en l'occurrence **les pratiques des consultants dans la gestion des RPS** s'est construit, comme nous le verrons durant la présentation de notre démarche de recherche, par allers-retours entre notre revue de littérature et la recherche de terrain(s) d'analyse. Nous avons fait le choix, dès nos premières recherches bibliographiques, de ne pas strictement nous focaliser sur les RPS, mais de procéder à une revue de littérature plus large, celle des risques professionnels et de leurs différentes approches. En effet, le fait que les RPS constituent, comme nous l'avons souligné, un objet à construire pour la recherche scientifique, témoigne du caractère encore très récent des travaux abordant spécifiquement ce phénomène. De plus, notre objectif est de réinscrire ces « nouveaux risques professionnels » dans une perspective historique, cette réinscription devant mettre en exergue les continuités mais également les éventuelles « nouveautés » inhérentes aux RPS.

Nous avons ainsi mis en relief l'existence de **deux approches historiques des risques professionnels** :

- une approche restrictive dominante, caractérisée par un risque professionnel considéré comme inéluctable, limitant ainsi la responsabilité de l'employeur, promouvant une logique de réparation et d'indemnisation des conséquences du risque professionnel et défendant l'idée d'une adaptation de l'homme au travail ;
- une approche élargie alternative, caractérisée par un risque professionnel de type organisationnel, étendant la responsabilité de l'employeur, défendant une logique de prévention et d'action en amont et l'idée d'une adaptation du travail à l'homme.

La mise en relief de ces deux approches a ainsi permis de mettre à jour **un champ des risques professionnels en tension entre approche restrictive et approche élargie**, champ caractérisé par une **forte dimension stratégique** autour de l'**enjeu d'imputation de la responsabilité** de ces risques, opposant employeurs et travailleurs. En effet, le champ des risques professionnels apparaît comme un champ de construction sociale, construction décisive dans la désignation du responsable du risque. Ainsi, au cœur de ce rapport de force entre acteurs aux intérêts opposés, les experts ont historiquement joué un rôle décisif, notamment au niveau de leurs pratiques visant à « légitimer scientifiquement » une

construction stratégique du risque. Ces pratiques témoignent de la production d'un savoir non-neutre par ces acteurs, contribuant à en faire un appui stratégique décisif dans le rapport de force entre employeurs et travailleurs.

Ce « détour historique » nous a ainsi permis d'appréhender la question des RPS *via* une grille de lecture stratégique, l'objectif étant d'étudier la manière dont les acteurs, et notamment les experts, se « saisissent » des RPS. Cet angle d'attaque nous paraissait tout à fait intéressant, notamment du fait de l'absence de consensus autour des RPS et du caractère potentiellement stratégique de ce phénomène. Nous avons ainsi pu constater que les **RPS s'inscrivent de manière « encore plus décisive » dans la tension historique** entre approche restrictive et approche élargie des risques professionnels, du fait de leur périmètre flou et de leur caractère multifactoriel. Ainsi nous verrons comment les différentes représentations disciplinaires des RPS, dont celles des sciences de gestion, s'inscrivent entre approche restrictive et approche élargie des RPS.

Nous avons retenu pour objet de recherche les pratiques des consultants dans la gestion des RPS pour différentes raisons : tout d'abord, nous avons constaté le très faible nombre de travaux en sciences de gestion portant sur la question des pratiques d'acteurs dans le champ des RPS. En effet, leurs pratiques, leurs manières d'appréhender un phénomène aussi complexe, et leurs positionnements potentiellement différenciés n'ont pas fait l'objet de recherches publiées, la dimension stratégique nous apparaissant alors comme une « dimension oubliée » du corpus en sciences de gestion sur les RPS. Ensuite, dans une perspective de pragmatisme méthodologique que nous présenterons en abordant notre démarche de recherche, le fait d'avoir eu accès à un terrain de recherche regroupant des consultants en gestion des RPS nous a « fortement incité » à nous tourner vers l'analyse de leurs pratiques. Enfin, le caractère potentiellement stratégique de ces « nouveaux experts » faisait également écho à notre première partie de revue de littérature sur le rôle d'appui stratégique des experts, confortant ce choix d'objet de recherche. **Il convient de préciser ici que nous traitons volontairement de « gestion » des RPS afin d'englober l'ensemble des pratiques potentielles des consultants autour de ce phénomène**, le terme de « prévention » tendant naturellement à s'inscrire dans les interventions de type primaire (qui ne sont pas l'apanage de tous les consultants).

Le cadre théorique retenu

Afin d'analyser les pratiques des consultants dans la gestion des RPS, nous avons combiné deux cadres théoriques : la sociologie du conseil en management (Villette, 2003) et la sociologie de la traduction (Callon, 1986).

La mobilisation des travaux en sociologie du conseil en management doit nous permettre de repérer et de définir les acteurs mobilisés durant le processus de conseil : le *consultant*, le *client* (ou commanditaire), et le *public-cible* (élément sur lequel le consultant intervient). Ces travaux doivent également nous permettre de « baliser » les relations nouées par le consultant avec le client et le public-cible.

La sociologie de la traduction doit « alimenter » le cadre relationnel posé par la sociologie du conseil en management. Ainsi, la gestion des RPS est appréhendée comme la construction en réseau d'un projet sociotechnique, le consultant étant l'acteur-réseau à l'origine de la démarche. Ce second cadre théorique est décisif pour éclairer les conditions à partir desquelles le consultant, le client et le public-cible peuvent se trouver en convergence, ou en divergence, autour du projet de gestion des RPS. Le « *réseau* » est alors la mise en relation par le consultant du client et du public-cible concourant à la gestion et, si possible, à la résolution, des RPS. Le consultant est appréhendé comme un « *acteur-réseau* » ou « *traducteur* », devant concourir à la constitution du réseau. La gestion des RPS est ici appréhendée comme un « *projet sociotechnique* » se construisant tout au long de l'intervention, fédérant progressivement le client et le public-cible. Les « *controverses* » correspondent aux confrontations des différentes représentations des RPS et de leur gestion. Enfin, la « *traduction* » est considérée comme le succès de la construction du projet de gestion des RPS, témoignant de la convergence du consultant, du client et du public-cible autour d'une seule et même représentation des RPS et de leur gestion.

L'analyse de la gestion des RPS s'articule autour de cinq étapes issues de la sociologie de la traduction : la « *problématisation* » constitue l'étape de formulation des contours du problème RPS, préalable indispensable à tout processus de convergence ; l'« *intéressement* » correspond à la mise en avant des gains potentiels que peuvent tirer le client et le public-cible à leur participation au projet ; l'« *enrôlement* » permet d'articuler les rôles proposés par le consultant et ceux que le client et le public-cible acceptent de jouer : la « *mobilisation des*

alliés » permet de rendre effective la coopération entre les parties prenantes du projet de gestion des RPS, *via* notamment la constitution d'un « micro-réseau »; enfin, le « *rallongement* » constitue l'étape et la condition décisive de solidité du réseau, permettant d'étendre le projet sociotechnique construit par le « micro-réseau ».

L'objectif de la recherche : la problématique et la proposition de recherche

Notre problématique de recherche a donc pour objectif l'**analyse des pratiques des consultants dans la gestion des RPS**, et plus précisément des modalités de mise en œuvre et de construction de la démarche de gestion des RPS par le consultant autour des concepts de problématisation, d'intéressement, d' enrôlement, de mobilisation des alliés et de rallongement, constitutifs du processus de traduction. Nous avons donc retenu la problématique de recherche suivante :

Comment les consultants interviennent-ils en matière de gestion des RPS en termes de problématisation, d'intéressement, d' enrôlement, de mobilisation des alliées et de rallongement ?

De plus, au regard de notre état de la littérature, de la construction de notre objet de recherche et de notre problématique, nous avons décidé de formuler une proposition de recherche centrale, proposition s'appuyant sur le fait que les RPS, en tant que phénomène complexe et mal défini, ouvrent un champ stratégique où le consultant pourra concourir à la construction d'une représentation des RPS limitant la responsabilité de son commanditaire :

Les consultants en gestion des RPS développent des pratiques potentiellement stratégiques visant à promouvoir la représentation des RPS portée par leur client

La démarche de recherche

Notre démarche de recherche et les différents obstacles rencontrés durant cette démarche ont joué un rôle décisif dans la construction de notre objet de recherche et dans le choix du paradigme épistémologique. Nous avons essuyé cinq refus successifs dans notre quête de terrain(s) d'analyse : un établissement public à caractère industriel et commercial chargé de l'exploitation du réseau de transports en commun d'une ville de la région PACA, un établissement public d'aménagement, ayant en charge un projet majeur de rénovation urbaine d'une ville de la région PACA, un cabinet spécialisé dans les bilans de compétence, un service de santé au travail et un cabinet-conseil spécialisé dans l'expertise auprès des CHSCT. Ces différents refus nous ont permis de saisir la dimension stratégique du champ des RPS, nous conduisant à retenir les pratiques des consultants en gestion des RPS comme objet de recherche, et nous incitant également à adopter une posture méthodologique pragmatique, du fait des difficultés d'accès aux terrains d'analyse.

Nous nous sommes donc inscrit dans le **Paradigme Epistémologique Interprétativiste Pragmatique** (PEIP), paradigme visant à produire des connaissances à partir de l'interprétation et de la compréhension du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques. Le pragmatisme méthodologique a pour objectif de maximiser la validité et la fiabilité de la recherche en adoptant une posture de transparence méthodologique autour des choix et des adaptations opérés par le chercheur. Nous avons opté pour une **démarche de recherche qualitative**, nous permettant de nous situer au plus près des réalités empiriques et de nous adapter aux contraintes de chaque terrain : en effet, il nous a été impossible de suivre les consultants sur leur lieu de mission, ces derniers soulignant la caractère sensible de leurs missions. Nous avons donc dû adapter nos techniques de collecte de données aux contraintes de chaque terrain.

Le *réseau i3r PACA* constitue notre premier terrain d'analyse : il s'agit d'un réseau de consultants en gestion des RPS, réseau mis en place par un triptyque d'acteurs institutionnels, suite aux demandes d'entreprises souhaitant pouvoir avoir accès à des intervenants « fiables » et « compétents ». **L'échantillon de consultants étudié n'est donc pas représentatif de l'ensemble des consultants en gestion des RPS**, les membres du réseau ayant été sélectionnés sur la base de critères stricts, tels que le développement d'actions au niveau

primaire notamment. Nous avons réalisé une **démarche exploratoire abductive** à partir de trente-sept entretiens semi-directifs compréhensifs de consultants, dont six ne faisaient pas parti du réseau. Nous avons également procédé à des phases d'observation de journées du réseau et de « confrontation » des pratiques de consultants. De plus, nous avons réalisé quatre entretiens semi-directifs auprès des animateurs institutionnels du réseau, ainsi qu'une analyse documentaire de dix-neuf rapports de mission et de conseil, de documents commerciaux des consultants et de documents produits par le réseau.

La *polyclinique du Sud* constitue notre second terrain d'analyse : il s'agit d'un établissement de soins privé ayant eu recours à l'intervention d'un consultant dans le cadre d'une expertise CHSCT mais n'ayant pas souhaité l'associer dans la mise en place des préconisations. Nous avons réalisé une **étude de cas longitudinale exploratoire abductive**, basée sur l'observation durant une période de deux ans de réunions « Délégués du Personnel », « Comité d'Entreprise », « Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail » et du « Comité de pilotage RPS » mis en place suite à la réalisation de l'expertise CHSCT. Nous avons également mené une étude documentaire et cinq entretiens semi-directifs, dont deux auprès du directeur et deux auprès des représentants du personnel (au moment de l'expertise et dix-huit mois plus tard pour chaque type d'acteur(s)), le dernier entretien ayant été réalisé auprès du médecin du travail. L'objectif de cette étude de cas longitudinale était d'opérer une **analyse processuelle de la gestion des RPS par les acteurs de la polyclinique suite au départ du consultant**, devant ainsi mettre en lumière les éventuelles limites des pratiques de consultants en gestion des RPS.

Concernant l'analyse de nos données, nous avons opéré une **analyse de contenu** pour les données récoltées auprès des consultants du réseau i3r PACA : cette analyse en termes de « stock » doit permettre d'appréhender la nature de l'objet étudié et d'améliorer sa compréhension. Nous avons opté pour l'**analyse thématique** au détriment de l'analyse lexicale, la complexité du champ des RPS et la polysémie des termes employés n'incitant pas à retenir cette dernière. Nous avons ainsi fait émerger des thèmes nous permettant de caractériser l'interprétation faite par les consultants de leurs pratiques dans la démarche de gestion des RPS. Cette étape devait également permettre de retenir des premières catégories *a priori*, au regard de l'état de la littérature et des premières propositions de recherche. La méthode de « comparaison systématique » (Lincoln & Guba, 1985) nous a permis de progressivement regrouper nos données afin de passer du monde empirique au monde

théorique. Nous nous sommes également appuyé sur le logiciel NVIVO 9 dans une optique de d'aide à a gestion des données et à leur catégorisation. Enfin, nous avons interprété nos résultats afin de comprendre les modalités de pratique des consultants dans la gestion des RPS.

Pour le terrain du la polyclinique du Sud, nous avons mobilisé la technique de l'**analyse longitudinale**, afin d'évaluer les évolutions de la gestion des RPS dans cet établissement suite au départ du consultant. De plus, nous avons retenu la méthode de la **codification chronologique**, afin de respecter l'ordre temporel des données et l'enchaînement des actions et réactions, conduisant à un classement des événements par ordre d'arrivée. Nous avons donc suivi le « fait en train de se faire » en collectant les données en temps réel, nous permettant ainsi de dégager une trajectoire dans la gestion des RPS suite au départ du consultant et à la « prise en main » de la démarche par les acteurs de la polyclinique du Sud.

Le plan de la thèse

Nous développerons cette thèse en trois parties. Dans la première partie, nous construirons notre objet de recherche au travers de notre revue de littérature : les pratiques des consultants dans la gestion des RPS.

Le **chapitre 1** « *Les risques professionnels au cœur d'une tension historique* » a pour objectif de replacer la question des risques professionnels dans une perspective historique : nous exposerons tout d'abord les deux approches des risques professionnels, restrictive et élargie. Puis nous mettrons en évidence le fait que ces deux approches sont en tension, contribuant ainsi à l'émergence d'un champ stratégique des risques professionnels, caractérisé par le développement de constructions sociales concurrentes dont l'expert semble être un acteur décisif.

Le **chapitre 2** « *Les risques psychosociaux au travail : un champ stratégique en tension* » permettra d'inscrire la question des risques psychosociaux au travail dans cette tension historique : nous verrons que les RPS s'inscrivent d'une manière encore plus décisive dans cette tension. De plus, nous constaterons que la dimension stratégique du champ des risques psychosociaux au travail a été peu abordée par la littérature en sciences de gestion, ce qui nous conduira à nous pencher sur l'étude approfondie des pratiques d'une figure incontournable de ce champ : les consultants en gestion des risques psychosociaux au travail.

Notre seconde partie nous permettra de présenter le design de la recherche, c'est-à-dire notre quête de terrain(s) de recherche, notre positionnement épistémologique, notre démarche de recherche et les techniques de collecte et d'analyse des données.

Le **chapitre 3** « *Des "contraintes empiriques" au "pragmatisme méthodologique"* » présentera notre quête de terrain(s) d'analyse jusqu'à l'apparition de deux opportunités empiriques, et le rôle décisif de cette démarche dans la construction de notre objet de recherche ainsi que dans l'adoption d'une posture méthodologique de type pragmatique. Nous présenterons ainsi de manière détaillée nos deux terrains de recherche : le *réseau i3r PACA* et la *Polyclinique du Sud*.

Le **chapitre 4** « *Paradigme épistémologique et démarche de la recherche* » présentera le paradigme épistémologique interprétativiste pragmatique dans lequel s’insère notre recherche, la démarche de recherche qualitative découlant de ce positionnement, ainsi que les techniques retenues de collecte et d’analyse des données.

Dans la troisième et dernière partie, nous présenterons nos résultats et les discuterons au sein de la conclusion générale.

Le **chapitre 5** « *Les pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail : des pratiques stratégiques différenciées* » nous permettra de présenter les résultats de l’étude exploratoire menée au sein de notre premier terrain de recherche. Nous mettrons en évidence l’hétérogénéité des configurations de gestion des RPS, le caractère différencié des modes de problématisation, les modalités de « mise en marche » de la gestion des RPS, la volonté de « passer le témoin » aux membres de l’organisation, pour enfin repérer des « pratiques-type » de consultants en gestion des RPS, inscrits dans une logique globale de marché contribuant à faire de ces derniers des acteurs hybrides.

Le **chapitre 6** « *La « traduction empêchée » et réinterprétée : le cas de la Polyclinique du Sud* » exposera les résultats de l’étude de cas exploratoire longitudinale menée au sein de notre second terrain de recherche. Nous mettrons en évidence l’appropriation stratégique du contenu de l’expertise par la Direction, faisant progressivement « bifurquer » la gestion des RPS à son profit, jusqu’à la « mise en arrêt » de ce processus.

Enfin, la **conclusion générale** nous permettra de synthétiser nos résultats, de les inscrire dans notre revue de littérature et de discuter les apports et limites de notre recherche.

Partie 1

Construction de l'objet de recherche

Vers une étude des pratiques des consultants

dans la gestion des risques psychosociaux au travail

L'objectif de cette première partie est de construire progressivement notre objet de recherche : les pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail. Cette partie sera divisée en deux chapitres : le **chapitre 1** est intitulé « *Les risques professionnels au cœur d'une tension historique* » ; le **chapitre 2** a pour titre « *Les risques psychosociaux au travail : un champ stratégique en tension* ».

Le **chapitre 1** « *Les risques professionnels au cœur d'une tension historique* » permettra de replacer la question des risques professionnels dans une perspective historique. Ainsi, cette réinscription historique mettra en évidence l'émergence de deux approches des risques professionnels en tension : une approche restrictive et une approche élargie, défendant chacune une conception du risque, un champ de responsabilité de l'employeur, une logique d'action et une manière d'appréhender les relations entre santé et travail. La mise en relief de cette tension historique nous permettra de souligner l'existence d'une dimension stratégique au cœur du champ des risques professionnels, caractérisée notamment par le développement de constructions sociales concurrentes, dont l'expert semble être un acteur historiquement décisif.

Le **chapitre 2** « *Les risques psychosociaux au travail : un champ stratégique en tension* » permettra d'inscrire la question des risques psychosociaux au travail dans la tension historique abordée au premier chapitre. Ainsi, nous observerons que ces « nouveaux risques professionnels », de par leurs spécificités, s'inscrivent d'une manière encore plus décisive dans cette tension. Nous constaterons que la dimension stratégique du champ des risques psychosociaux au travail a été peu abordée par la littérature en sciences de gestion, ce qui nous amènera à nous focaliser sur l'étude approfondie des pratiques d'une figure incontournable de ce champ : les consultants en gestion des risques psychosociaux au travail.

Chapitre 1

Les risques professionnels

au cœur d'une tension historique

Plan du chapitre

| | |
|--|-----------|
| <i>La longue marche des risques professionnels.....</i> | <i>25</i> |
| Section 1. L'approche dominante des risques professionnels : les lois du 9 Avril 1898 et du 25 Octobre 1919..... | 30 |
| <i>Sous-section 1. Une vision restrictive du risque professionnel : le risque « inéluctable ».....</i> | <i>30</i> |
| <i>Sous-section 2. Une responsabilité limitée de l'employeur : la responsabilité sans faute.....</i> | <i>32</i> |
| <i>Sous-section 3. Une logique de réparation et d'indemnisation des conséquences du risque professionnel.....</i> | <i>33</i> |
| <i>Sous-section 4. Une approche dominante de la santé au travail visant à adapter l'homme au travail...34</i> | |
| Section 2. L'approche alternative des risques professionnels : mobilisations sociales, pression européenne et progression de la connaissance..... | 37 |
| <i>Sous-section 1. Une vision élargie du risque professionnel : le risque organisationnel.....</i> | <i>38</i> |
| <i>Sous-section 2. Une responsabilité étendue de l'employeur.....</i> | <i>41</i> |
| <i>Sous-section 3. Une logique de prévention et d'action en amont.....</i> | <i>42</i> |
| <i>Sous-section 4. Une approche alternative de la santé au travail visant à adapter le travail à l'homme..46</i> | |
| Section 3. Le champ des risques professionnels : un champ stratégique en tension..... | 48 |
| <i>Sous-section 1. Les risques professionnels : un champ de construction sociale.....</i> | <i>48</i> |
| <i>Sous-section 2. Une construction sociale stratégique en tension : l'enjeu d'imputation de responsabilité.....</i> | <i>50</i> |
| <i>Sous-section 3. Un appui stratégique décisif : le recours à l'expertise.....</i> | <i>55</i> |
| Résumé du Chapitre 1..... | 60 |

La découverte dans la Marne, au début du XX^{ème} siècle, d'une hache de pierre polie présentant un orifice ovalaire, destiné à la fixation d'un manche devant empêcher l'outil de s'échapper et celle, en Égypte, d'une faucille néolithique en bois et silex présentant un rebord protecteur d'os ou de schiste, visant à protéger le poignet du tireur à l'arc, constituent deux exemples historiques des prémises de la prise en compte et de la gestion du risque lié à une activité de travail, en l'occurrence la chasse (Morgan, 1923). Les risques professionnels semblent exister depuis l'apparition même du concept de travail. Ainsi, 2500 ans avant notre ère, le titre de « grand médecin » fut inscrit sur la tombe d'un médecin égyptien, Metm, qui était chargé de veiller sur l'état de santé des ouvriers et esclaves des chantiers de pyramides (Thorwald, 1966).

Les premières traces de description des relations entre les conditions de réalisation d'une activité professionnelle et les pathologies du travailleur remontent à l'Antiquité : Hippocrate (460 av. J.-C.-356 av. J.-C.), médecin et philosophe grec, considéré aujourd'hui comme le « père de la médecine », s'opposa aux croyances et superstitions attribuant traditionnellement la survenance d'une maladie à des forces surnaturelles ou divines en mettant en relation la maladie de l'ouvrier à son travail. La méthode hippocratique, méthode pragmatique se distinguant des incantations religieuses ou magiques, lui permit de décrire la colique de plomb, ou saturnisme, de l'ouvrier métallurgiste travaillant à l'extraction de plomb. Cinq siècles plus tard, à partir des enseignements d'Hippocrate, Celse et Pline l'Ancien, également médecins et philosophes, étudieront la céruse de plomb en y apportant des conseils de prévention et de réparation tels que le port de masque ou le traitement émétique (*ibid.*, 1966).

Progressivement, les liens entre travail et santé vont être étudiés et explicités, faisant ainsi avancer l'idée de l'existence de risques professionnels : la publication durant le XIII^{ème} siècle des ouvrages « *L'hygiène professionnelle* » et « *La maladie des métiers* » par le médecin provençal Arnaud de Villeneuve (1235-1313), décrit ainsi l'existence de facteurs nuisibles (humidité, chaleur, poussières, poisons...) pouvant causer des troubles aux ouvriers, et les mauvaises postures de travail de ces derniers. Sans énumérer l'ensemble des travaux historiques commençant à établir des liens entre travail et santé, nous pouvons citer brièvement quelques uns d'entre eux : les travaux sur l'anatomie et la biomécanique décrivant les postures de travail par Léonard de Vinci (1452-1519), l'analyse du phénomène de fatigue

musculaire des ouvriers par Galilée (1564-1642), l'évaluation de la charge de travail maximale des terrassiers par Vauban (1633-1707), l'invention du métier à tisser par Jacquard (1752-1834), qui fut la première forme d'automatisation du travail visant à limiter la « pénibilité » du travail des ouvriers (Hordern, 1991). Ainsi, ces différents travaux attestent de la reconnaissance³ progressive des risques professionnels et d'une volonté de proposer des solutions afin de les limiter, même si l'opinion publique resta relativement sourde aux enseignements de ceux-ci (*ibid.*, 1991).

La parution, de 1700 à 1714, du « *Traité des maladies des artisans* » par le médecin italien Bernardino Ramazzini (1633-1714) constitua le premier tournant majeur de l'histoire de la santé au travail. Cet ouvrage décrit 52 professions (forgerons, laboureurs, soldats, accoucheuses...) et les maladies professionnelles pouvant leur être associées. Cette première mise en relation directe et démontrée de l'activité du patient et de la pathologie observée fit de Ramazzini l'un des précurseurs de la médecine du travail. En effet, aux questions habituellement posées par les médecins visant à interroger le malade sur son état de santé, questions suggérées par Hippocrate, Ramazzini ajouta la question suivante : « *Quel est le métier du malade ?* ». Il repéra alors deux causes principales de maladie : la nocivité des produits manipulés dans le cadre du travail et les positions gênantes à adopter par les travailleurs lors de leur activité.

Posant les bases des notions d'accident du travail et de maladie professionnelle (Moriceau, 2009), ce traité permit de faire émerger l'idée d'une action en amont autour des risques professionnels, d'une prévention de ces derniers. Cependant, malgré la progression de la connaissance de leurs logiques d'apparition, les risques professionnels sont toujours négligés, voire déniés. Paradoxalement, certaines dispositions légales tendent au contraire à limiter le développement de mécanismes de protection des travailleurs, notamment les mécanismes collectifs. Parmi ces dispositions, la loi Le Chapelier (1791) fut la plus coercitive : au nom de la liberté individuelle et d'entreprendre, les coalitions telles que les corporations ou les compagnonnages (communautés de métiers visant notamment à promouvoir l'entraide et la protection de ses membres) furent interdites. Ainsi, l'une des conséquences directes de cette

³ Le terme « reconnaissance » ne fait ici pas référence à la reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie, tel qu'employé aujourd'hui, notamment au niveau légal, mais plutôt au simple fait d'admettre l'existence d'un phénomène, en l'occurrence les risques professionnels.

loi a été la disparition de structures protectrices des ouvriers, les mécanismes de défense et de secours étant alors réprimés pénalement (Beauvisage, 2011).

Ce furent les conséquences désastreuses de la loi Le Chapelier, témoignant de la « sur-exploitation » du monde ouvrier et des conditions d'hygiène dégradées (Hordern, 1991), qui incitèrent les pouvoirs publics à demander une enquête sur l'état physique et moral des ouvriers⁴. Membre de l'Académie des sciences morales et politiques, le docteur Louis-René Villermé (1782-1863), avec le concours de Louis-François Benoiston de Châteauneuf, mena cette enquête et publia, en 1840, le « *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* » : il dénonça les excès d'un système économique non durable, détaillant les conditions de vie et de travail inhumaines imposées aux ouvriers des manufactures. La mise en évidence d'accidents et de maladies spécifiques au travail et à ses conditions d'exercice, telles les blessures, chutes et le développement de maladies pulmonaires, permit une prise de conscience des pouvoirs publics, de l'opinion publique dans son ensemble, incitant les juridictions à se saisir de ce problème (Hordern, 1991).

Ainsi, le 22 Mars 1841, la première loi du travail, dite Cunin-Gridaine, considérée comme la première loi sociale française, traduit légalement cette prise de conscience en limitant l'âge d'admission dans les manufactures à 8 ans, en interdisant le travail de nuit pour les enfants de moins de 12 ans et en limitant la durée quotidienne de travail des enfants en fonction de leur âge. Dans la continuité de cette loi, différentes dispositions légales ont été ajoutées, notamment les lois du 8 Novembre 1892 et du 18 Juin 1893, concernant l'amélioration des conditions de travail des femmes et l'adoption de mesures d'hygiène et de sécurité (propreté des ateliers, protection des courroies, engrenage des machines...).

Cependant, bien que l'existence de risques professionnels fût progressivement établie, la manière d'appréhender ces risques ne fait l'état d'aucun consensus. On voit ainsi se développer durant le XIXème siècle deux théories du risque professionnel, qui structureront les approches de ces risques : la « *théorie contractuelle* » et la « *théorie de la faute* ».

⁴ 2/3 des ouvriers furent déclarés inaptes au service armé en 1830

Deux voies d'appréhension des risques professionnels : la « théorie contractuelle » et la « théorie de la faute »

La complexité d'appréhension des accidents du travail et des maladies professionnelles va être au cœur des débats entre juristes : en effet, ces accidents sont des événements involontaires, caractérisés par leur imprévisibilité, mais qui résultent tout de même de l'activité humaine, car se produisant dans un milieu créé par l'homme et pouvant être modifié (Hordern, 1991). Ainsi, la jurisprudence et les tribunaux civils ont une responsabilité décisive : établir ce qu'est un accident du travail et une maladie professionnelle, leur nature, leurs causes et ce qui les caractérise. Ils doivent également se positionner sur la nature des relations liant patrons et ouvriers avant et après la survenance de l'accident, notamment *via* le champ de responsabilité de l'employeur et le type de solutions à mettre en œuvre (Mias, 2010).

La « *théorie contractuelle* » défend l'idée que l'existence d'un contrat de louage de service entre un ouvrier et un patron, le premier réalisant le service et le second versant un salaire pour ce service, suspend l'applicabilité des règles de la responsabilité civile de droit commun dans leurs rapports (Ewald, 1986). Ainsi, le travailleur victime d'un accident dans le cadre de son travail est privé de tout recours juridique contre son employeur, car il est considéré comme s'étant engagé en toute connaissance de cause, acceptant *via* cet engagement les dangers potentiels que son travail peut comporter. Cette conception de la relation de travail, basée sur l'existence d'un « risque contractuel » (Hordern, 1991), annule alors tout droit d'indemnisation des ouvriers victimes d'accidents du travail, le patron n'étant pas considéré comme responsable de l'accident.

La « *théorie de la faute* », fruit d'un revirement de jurisprudence de la Cour de cassation du 21 Juin 1841, considère à l'inverse qu'en cas d'accident du travail, l'ouvrier a le droit de disposer d'un recours juridique en vertu du droit civil (et non du contrat de louage). Ainsi, l'employeur a une obligation de sécurité à l'égard de ses salariés. Cette obligation est « d'ordre public » (car basée sur les articles 1382 et 1383 du Code civil), et considère que le patron doit à l'ouvrier « plus que son salaire » (Hordern, 1991), autrement dit un certain niveau de sécurité. La théorie de la faute étend la responsabilité pénale de l'employeur et contribue à la forte croissance du nombre d'affaires pénales liées aux accidents du travail et traitées par les tribunaux (Hesse, 1980). La charge de la preuve est à apporter par l'ouvrier

demandeur d'indemnités de réparation. Ainsi, si ce dernier parvient à apporter la preuve complète et directe de la faute de l'employeur, et donc de sa responsabilité, la réparation sera intégrale (uniquement en cas de solvabilité de l'employeur). Dans le cas contraire, en cas d'impossibilité d'apporter cette preuve, il sera débouté. Cette jurisprudence sera fixée jusqu'au vote de la loi de 1898 sur les accidents du travail.

La confrontation de ces deux théories du risque professionnel met en lumière la **complexité historique d'appréhension des risques professionnels**, de définition d'un accident du travail et d'une maladie professionnelle, mais également de la délimitation du champ de responsabilité de l'employeur. Ainsi, ces deux théories ont eu une incidence historique sur la manière d'appréhender les risques professionnels et la question de la responsabilité du risque. Le vote de la loi du 9 Avril 1898 puis celui de la loi du 25 Octobre 1919 permettront de fixer une conception du risque, une forme de responsabilité et un type de solutions à mettre en œuvre.

Nous verrons ainsi dans une **première section** que les lois de 1898 sur les accidents du travail et de 1919 sur les maladies professionnelles ont joué un rôle décisif dans l'approche des risques professionnels en tant que risque inéluctable, conception impliquant une responsabilité limitée de l'employeur et le développement de logiques de réparation et d'indemnisation. Cette approche institue ainsi une vision délétère des effets du travail sur la santé.

Nous analyserons ensuite, dans une **seconde section**, que les instances européennes, les mobilisations sociales et la progression de la connaissance vont permettre de développer une approche « concurrente » des risques professionnels, défendant une conception plus large du risque professionnel, un champ de responsabilité étendu de l'employeur et la promotion d'une logique de prévention. Cette approche instituera ainsi une vision épanouissante des effets du travail sur la santé.

Enfin, dans une **troisième section**, nous soulignerons le fait que le champ des risques professionnels est un champ stratégique en tension entre approche restrictive et approche élargie, champ où se développent des constructions sociales concurrentes des risques professionnels, dont l'expert constitue un acteur décisif.

Section 1. L'approche dominante des risques professionnels :

les lois du 9 Avril 1898 et du 25 Octobre 1919

La loi du 9 Avril 1898 sur les accidents du travail a été le fruit d'une succession de propositions de lois de 1880 à 1893, régulièrement amendées, modifiées et abandonnées, propositions découlant directement des théories contractuelle et de la faute. Les débats parlementaires ont principalement porté sur le statut du risque professionnel, le champ de responsabilité de l'employeur et les solutions à mettre en œuvre pour agir autour de ce risque. D'autres éléments ont également été au cœur des échanges, notamment l'imputation de la charge de la preuve ou l'éventualité de rendre obligatoire pour l'employeur la souscription d'une assurance pour risque d'insolvabilité en cas de versement d'indemnités (Le Gall, 1981).

Ainsi, en plein cœur du débat entre théorie de la faute et théorie contractuelle, le vote de la loi du 9 Avril 1898 sur les accidents du travail va, dans un premier temps, permettre de « trancher » et d'établir au niveau légal ce qu'est un accident du travail, sa nature, ses causes et son caractère, mais également le type de relations liant patrons et ouvriers avant et après l'accident de travail. La loi du 25 Octobre 1919 sur les maladies professionnelles va prolonger la conception du risque, le champ de responsabilité de l'employeur et les solutions à mettre en œuvre portés par la loi de 1898. L'objectif affiché était alors de limiter la judiciarisation massive des contentieux en matière de santé au travail en scellant un compromis historique, sur la base de concessions mutuelles (Hordern, 1991).

Sous-section 1. Une vision restrictive du risque professionnel : le risque « inéluctable »

La définition de l'accident du travail retenue par la loi de 1898 est la suivante : sont considérés comme accidents du travail « *les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, aux ouvriers et employés occupés* » (Article 1^{er} de la loi du 9 avril 1898). Dans la continuité de la loi de 1898, la loi de 1919 considère les maladies professionnelles comme « *les affections aiguës ou chroniques, mentionnées aux tableaux annexés à la présente loi, lorsqu'elles atteignent des ouvriers habituellement occupés aux travaux industriels correspondants* ».

Ainsi, la conception du risque professionnel, portée par ces deux textes légaux *via* les accidents du travail et les maladies professionnelles, recouvre l'idée de hasard, l'accident survenant « par le fait » ou « à l'occasion » du travail. Dans cette conception, le travail est par essence une « activité risquée », faite d'aléas, de dangers ou d'expositions à des dangers, conception principalement défendue par le corps patronal (Mias, 2010). Les risques professionnels sont alors appréhendés comme des conséquences naturelles de l'industrialisation et du productivisme. Ainsi, le travail s'accompagne fatalement de maux et de souffrances, fruits inéluctables de l'activité professionnelle. Il est synonyme de menace « patente » ou « sournoise » pour le corps de l'ouvrier (Moriceau, 2009).

Plus largement, le risque est considéré comme « toxicologique », comme une menace environnementale à laquelle seraient exposés les travailleurs. La conséquence directe est la banalisation du risque : considéré comme inséparable de l'activité de travail, on ne peut anticiper le risque, l'accident n'étant alors que la simple réalisation individuelle d'un risque lié au travail comme activité collective (Mias, 2010). L'organisation du travail et l'employeur n'ont pas de responsabilité légalement reconnue et établie dans l'existence de risques professionnels et la survenance d'accidents du travail.

Au niveau des maladies professionnelles, la loi de 1919 défend également une même vision « inéluctable » du risque professionnel : la codification des maladies pouvant découler de l'activité professionnelle ne fait pas référence au rôle de l'organisation du travail dans l'apparition de celles-ci mais reste centrée sur des dimensions individuelles, s'inscrivant ainsi dans la conception patronale de la maladie professionnelle. La composition des tableaux de maladies professionnelles ouvrant droit à réparation met en évidence la spécificité des pathologies, l'unicité de leur cause et leur identification par des lésions organiques, restreignant l'angle d'appréhension du risque professionnel (Déplade, 2003).

Cette conception d'un risque professionnel inéluctable a ainsi une incidence directe sur le type de responsabilité de l'employeur : une responsabilité sans faute.

Sous-section 2. Une responsabilité limitée de l'employeur : la responsabilité sans faute

Tout accident sur le lieu de travail est présumé imputable au responsable de l'organisation du travail, en l'occurrence l'employeur, donnant ainsi droit au travailleur à une réparation automatique. En effet, comme le souligne Emene (2008), dans la conception de la responsabilité du risque professionnel portée par les lois de 1898 et 1919, dès lors que le salarié subit un préjudice corporel quelconque sur son lieu de travail pendant le temps où il est placé sous les ordres de son employeur, ce dernier sera considéré comme automatiquement responsable, le droit protégeant les atteintes à la santé du travailleur dans l'exercice de ses fonctions. Concernant spécifiquement les maladies professionnelles, toute affection répondant aux critères définis par un tableau fait l'objet d'une « présomption d'origine » professionnelle (Goldberg & Imbernon, 2008).

Cette évolution juridique se basa sur le Code civil et sur la notion de responsabilité civile de l'employeur responsable de l'outil de production pouvant être à l'origine d'un accident de travail (du fait de son usure, de sa dangerosité...) ou d'une maladie professionnelle. De plus, l'employeur souhaitant engager la responsabilité du salarié dans l'accident ou la maladie devra fournir lui-même les preuves de cette responsabilité, la charge de la preuve incombant à l'employeur.

Cependant, bien que la responsabilité de l'employeur soit automatique, il s'agit d'une responsabilité sans faute (Davezies, 2003). En effet, comme nous l'avons présenté, le risque professionnel, considéré comme inéluctable et inhérent à l'activité de travail, rend l'employeur « *responsable mais non comptable* » (Cottureau, 2002, p. 1556). Comme le souligne Mias (2010), l'impossibilité d'assurer un lieu de travail totalement sécurisé empêche de considérer une responsabilité unique, pleine et entière de l'employeur (Mias, 2010).

Cette responsabilité sans faute aura une incidence directe sur le type de solutions à mettre en place pour remédier aux risques professionnels : en effet, face à un risque inhérent à l'activité de travail, la responsabilité sans faute de l'employeur tend ce dernier à indemniser le travailleur victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, à réparer les préjudices causés par le travail.

Sous-section 3. Une logique de réparation et d'indemnisation des conséquences du risque professionnel

La loi de 1898 considère que les accidents du travail « *donnent droit, au profit de la victime ou de ses représentants, à une indemnité à la charge du chef d'entreprise* ». Cette indemnisation est de type forfaitaire et fixée selon le niveau d'incapacité du travail causé par l'accident : ainsi, « *pour l'incapacité absolue et permanente, l'employé a droit à une rente égale aux deux tiers de son salaire annuel ; pour l'incapacité partielle et permanente, une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident aurait fait subir au salaire ; et pour une incapacité temporaire, l'employé a droit une indemnité journalière égale à la moitié du salaire touché au moment de l'accident* ». Les « petits accidents » de moins de cinq jours, quant à eux, ne sont pas indemnisés (Ewald, 1986).

Le caractère forfaitaire de l'indemnisation minore, de fait, le montant versé par rapport au préjudice subi par la victime. La réparation intégrale fut écartée au nom de l'impossibilité du risque nul (Cottureau, 2002). De plus, la réparation forfaitaire se présentait comme un « moindre mal », un remède à l'impossibilité pour les ouvriers de soutenir de longs procès (ibid., 2002). Ainsi, même en cas de faute inexcusable de l'ouvrier provoquant intentionnellement l'accident (faute volontaire caractérisée par son exceptionnelle gravité), celui-ci aura droit à une indemnisation, qui sera toutefois minorée (Hordern, 1991). À l'opposé, la faute inexcusable du patron majorera l'indemnité versée à l'ouvrier victime. En échange de cette présomption d'imputabilité au travail, l'employeur bénéficie d'une immunité juridique (sauf en cas de faute inexcusable). La loi de 1898 a donc mis en place un système qui allie responsabilité automatique de l'employeur et indemnisation forfaitaire (Emane, 2008), sorte de consensus entre la théorie de la faute et la théorie contractuelle.

La loi de 1919 applique également le principe de réparation financière des accidents du travail à des pathologies se déclarant plus tardivement, en l'occurrence les maladies professionnelles (Devinck, 2010). Le système de « tableaux des maladies professionnelles » est au cœur du dispositif de réparation des victimes : sera considérée comme maladie professionnelle toute maladie qui satisfait les conditions figurant dans un tableau. Ces pathologies ouvrent droit à une réparation forfaitaire sous conditions diverses, notamment des délais de prise en charge. L'indemnisation repose ainsi sur des conditions d'éligibilité strictes, codifiées juridiquement (Mias, 2010).

La conséquence directe de ce régime d'indemnisation défendu par l'acteur patronal fut la dilution de la responsabilité de l'organisation du travail, et donc de la responsabilité de l'employeur, dans l'apparition des risques professionnels et dans la survenance des accidents du travail. La logique de réparation des conséquences d'un risque extérieur à la situation du travail et inéluctable limitait le développement d'une logique de prévention, axée sur l'organisation du travail et sur l'idée d'anticipation des risques (Munoz, 2002). Le risque professionnel est considéré comme devant être indemnisé en tant que tel, indépendamment de ses causes, L'indemnisation tend à être fondée sur le seul préjudice subi, tout en étant détachée de la faute, ou de la cause (notamment organisationnelle), à l'origine du préjudice. Dans un univers où les risques sont inéluctables, le « compromis productif » repose sur l'acceptation du salarié et son adaptation aux conditions de production, sans qu'il soit nécessaire de remettre en cause l'organisation du travail, et donc la responsabilité de l'employeur (Viet, 2008). On substitue une réparation collective *a posteriori* des dégâts causés par le travail à une réelle prévention ayant pour objectif la limitation *a priori* des dégâts (Mias, 2010).

Ainsi, le cadre en vigueur instauré par la loi de 1898 et prolongé par la loi de 1919 défend l'idée d'une présomption d'innocence des employeurs et de recherche prioritaire d'un dédommagement financier au détriment d'une politique de prévention (Askénazy, 2004). En ne faisant pas reposer le coût de l'indemnisation directement sur les employeurs responsables concernés, la mutualisation des risques freine de fait toute logique de prévention (Mias, 2010).

Sous-section 4 : Une approche dominante de la santé au travail visant à adapter l'homme au travail

Textes fondateurs du droit du travail et de l'État-Providence en France, la loi du 9 Avril 1898 sur les accidents du travail et celle du 25 Octobre 1919 sur les maladies professionnelles vont constituer le socle de l'approche dominante des risques professionnels, défendue par les employeurs (Mias, 2010). En effet, la loi de 1898 constitue le point d'ancrage décisif à partir duquel le droit du travail s'est progressivement construit durant le XXème siècle (Cottureau, 2002), la matrice historique du système de santé au travail tel qu'il

existe aujourd'hui (Mias, 2010). Elle a permis de créer, au niveau légal, une nouvelle catégorie d'accident : les accidents au sein de l'entreprise, ou « accidents du travail ».

La logique de compromis (octroi de l'automatisme de la réparation du risque professionnel en échange de sa forfaitarisation) inscrite dans la loi de 1898 continue de structurer profondément la manière dont sont gérées les questions de santé au travail, notamment au niveau de l'action publique (Henry & Jouzel, 2008). De plus, la définition actuelle de l'accident du travail reste très proche de celle fixée par la loi de 1898 : « *Est considéré comme un accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise* » (Article L. 411-1 du Code de la Sécurité sociale). Au niveau des maladies professionnelles, la référence aux tableaux demeure (Déplaudé, 2003) : en effet, selon l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale, « *est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladie professionnelle et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau* ».

Ce système de tableaux pose les bases d'un régime axé prioritairement sur la réparation des accidents du travail, à défaut de leur prévention, toujours dans l'appréhension d'un risque inéluctable et d'une responsabilité automatique mais sans faute de l'employeur. Le principe de réparation et d'indemnisation fonde la légitimité d'un système où l'employeur, qui tire les avantages de la capacité de travail de l'ouvrier, doit verser une indemnité forfaitaire en cas d'accident ou de maladie dont serait victime ce dernier. De plus, la mise en place d'un système de mutualisation et d'assurance collective va « conforter » le développement d'une logique de réparation à défaut d'une logique de prévention : en effet, les employeurs payant leurs cotisations sont dédouanés « de fait » de la responsabilité des accidents pouvant survenir dans leur entreprise (Mias, 2010).

Cette approche dominante des risques professionnels correspond à la perception dominante des liens entre santé et travail, construite à travers le prisme liant travail et maladie (Lhuilier & Litim, 2009). Ainsi, les modalités de saisie des maux du travail renvoient à la fragilisation de la santé par le travail (Lhuilier, 2010a). Ici, le travail est vu comme un facteur délétère pour la santé du travailleur (Bouffartigue & al., 2010). Il tend à culpabiliser le travailleur, à ne retenir que les causes personnelles de l'accident ou de la maladie, voire à souligner les prédispositions héréditaires, les habitudes de vie du travailleur. On tendra alors à éduquer les

comportements des salariés, à adapter l'homme au travail, plutôt qu'à transformer et améliorer le milieu du travail et son organisation. Cette appréhension individualisante est héritée notamment de la médecine hygiéniste de Villermé, dédouanant les établissements industriels des effets néfastes du travail et les imputant aux modes de vie individuels, voire à l'insalubrité urbaine (Hatzfeld, 2012). Cette approche dominante renvoie la question de la santé au travail à la dégradation et à la fragilisation de la santé par le travail, éclipsant ainsi le rôle déterminant du travail dans le développement et la construction de la santé du travailleur (Lhuilier & Litim, 2009).

Nous avons donc présenté l'approche dominante des risques professionnels, caractérisée par l'inéluctabilité de ces derniers, induisant une responsabilité limitée et sans faute de l'employeur ainsi que la promotion d'une logique de réparation et d'indemnisation de la victime, à défaut d'une logique de prévention et d'action en amont, dans une optique d'anticipation du risque. De plus, cette approche défend une vision des effets délétères du travail sur la santé du travailleur, une relation négative impliquant une nécessaire adaptation de l'homme au travail. La **section 2** présentera l'approche alternative des risques professionnels, caractérisée par un risque « élargi », une responsabilité de l'employeur étendue et le développement d'une logique de prévention, défendant ainsi une vision où le travail est source d'épanouissement pour l'homme, et où le travail doit s'adapter à l'homme.

Section 2. L'approche alternative des risques professionnels : mobilisations sociales, pression européenne et progression de la connaissance

Comme nous l'avons abordé dans l'introduction de ce premier chapitre, les débats entre juristes opposaient deux théories des risques professionnels : la « *théorie contractuelle* » et la « *théorie de la faute* ». Cette seconde théorie est à la base du développement historique d'une approche alternative des risques professionnels, défendant l'idée d'une obligation de sécurité de l'employeur à l'égard de ses salariés, le patron devant à l'ouvrier « plus que son salaire » (Horderm, 1991).

Ainsi, préalablement à la loi du 9 Avril 1898, plusieurs arrêts de justice, dans les années 1850-1880, estimaient que les employeurs, prétendant assumer seuls l'organisation du travail, ne pouvaient en même temps « *prétendre ne pas porter seuls la responsabilité des accidents issus de leur organisation* » (Cottureau, 2002, p. 1555). Cette approche, portée notamment par l'acteur syndical et les fédérations de victimes du travail, se développe tout au long du XIXème siècle, tout en restant marginale, dans une posture critique vis-à-vis des conséquences des lois de 1898 et de 1919 : l'absence d'une vraie prévention devant limiter en amont les dangers du travail, la focalisation sur les tableaux de maladies professionnelles au détriment de l'action au niveau des éléments dangereux de l'organisation du travail sont régulièrement dénoncées (*ibid.*, 2002). De plus, cette approche alternative dénonce le fait que la loi de 1898 ne fait pas reposer le coût de l'indemnisation directement sur les employeurs responsables *via* la mutualisation des risques : cette mutualisation, dissociant la réparation des effets (les accidents du travail) de la prévention des causes (l'organisation du travail), va à l'encontre d'une promotion de la logique de prévention (Mias, 2010).

Cependant, bien que les premières mesures portant sur les conditions de travail appaurent à la fin du XIXème siècle, les premières réelles avancées de cette approche alternative eurent lieu au sortir de la Seconde Guerre mondiale. Nous verrons comment cette longue « mise sous silence » de la critique des conséquences des lois de 1898 et de 1919 a « gagné de la voix » à partir de la seconde moitié du XXème siècle, grâce aux mobilisations sociales, à la progression de la connaissance et à l'action des instances européennes. Ces éléments ont ainsi contribué à élargir la focale d'appréhension des risques professionnels, à étendre le champ de

responsabilité de l'employeur et à développer une logique de prévention, éléments constitutifs d'une vision « positive » des effets du travail sur la santé.

Sous-section 1. Une vision élargie du risque professionnel : le risque organisationnel

L'approche alternative des risques professionnels défend donc une vision élargie de ces risques, à partir d'une conception globale de la situation de travail, appréhendant les conditions de travail, l'organisation du travail, au-delà des simples accidents du travail et maladies professionnelles, phénomènes considérés comme étant trop restrictifs.

Cet élargissement de la focale d'appréhension des risques professionnels a rencontré pendant plusieurs dizaines d'années de nombreux obstacles : en effet, l'étude d'Hatzfeld (2008), en s'appuyant sur la « longue marche vers la reconnaissance » des affections périarticulaires, souligne le « *demi-siècle de déni administratif* » (*ibid.*, 2008, p. 142), de 1919 à 1972, autour d'une approche élargie et allant au-delà de la vision inéluctable du risque professionnel. Ce déni se traduisait notamment par la multiplication des rejets des demandes de reconnaissance professionnelle d'accidents ou de maladies, mais également par la longueur des procédures à suivre.

L'accroissement du nombre de mobilisations sociales, mobilisations qui ont « réellement décollées » dans la seconde partie du XXème siècle, a contribué à élargir la vision du risque professionnel : en effet, dès la fin des années 60, l'augmentation du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles va concourir au développement de mouvements sociaux d'un type nouveau (Omnès, 2006). Ainsi, les revendications, qui portaient dans un premier spécifiquement sur la question du salaire, se sont progressivement orientées vers les questions de conditions de travail, de sécurité et de protection de la santé au travail. Ces mouvements sociaux placent progressivement la question de la santé au travail au centre de leur lutte (Pitti, 2009), même si la question du salaire reste décisive.

Il est intéressant de souligner que ce nouveau type de revendications est notamment porté par les niveaux hiérarchiques les plus bas, les populations les plus fragiles telles que les femmes et les immigrés. En effet, ces catégories de travailleurs sont directement confrontées à la dangerosité du travail, et disposent de peu de mécanismes de défense, notamment

l'appartenance à un collectif de travail agissant en « bouclier ». Ainsi, ces travailleurs, isolés et exposés, souhaitent rompre avec la logique de monétarisation et d'indemnisation de la santé au travail en portant les contestations sur le terrain des conditions de travail (Vigna, 2007). Dans la continuité de ce nouvel objet de revendications, le mouvement, parmi d'autres, de contestation des infirmières durant la fin des années 80 a notamment pour objectif la réhabilitation de la question de la santé au travail, dénonçant les « obsessions managériales » et l'impossibilité de « bien faire son travail » (Ughetto, 2011).

La progression de la connaissance des risques professionnels a également joué un rôle décisif dans l'élargissement de la vision de ces derniers: l'enrichissement des données autour de ces risques a été un levier fondamental de légitimation scientifique d'une appréhension plus large autour des conditions et de l'organisation du travail. Comme le souligne Mias (2010), les seules sources d'information jusqu'à la fin des années 70 étaient les publications annuelles de la CNAM-TS⁵, renseignant uniquement le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles pris en charge. Progressivement, sous la pression des acteurs publics et des acteurs du monde syndical notamment, les sources statistiques se sont enrichies, *via* la menée de nombreuses enquêtes : les enquêtes « Conditions de travail » de la DARES⁶ sont ainsi renouvelées tous les sept ans depuis 1978 et interrogent les salariés sur la manière dont ils perçoivent leurs conditions de travail, ceux-ci devant alors décrire concrètement leur travail réel (attentes, marges de manœuvre, rythmes de travail, efforts et charge mentale, expositions aux risques etc.). Le lancement de l'enquête SUMER⁷ en 1986 et menée tous les huit ans a permis d'interroger des milliers de salariés dans le cadre de leur visite périodique chez les médecins du travail volontaires : cette enquête comportait un premier volet sur l'organisation du travail, un second volet sur les expositions aux pénibilités physiques, agents biologiques et produits chimiques durant la dernière semaine travaillée et enfin un auto-questionnaire concernant la manière dont les salariés perçoivent leur travail et leur relation entre leur santé et leur travail (Mias, 2010). L'enquête SIP⁸ est une enquête plus récente, menée courant 2006, visant quant à elle à connaître les interactions entre les conditions de travail, les trajectoires professionnelles et la santé. Cette multiplication d'enquêtes découlait en partie de la « publicisation progressive » de certains maux liés à l'activité professionnelle,

⁵ Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

⁶ Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques, organe dépendant du ministère du Travail

⁷ Surveillance Médicale des Risques professionnels

⁸ Santé et Itinéraires Professionnels

les pouvoirs publics se souciant de plus en plus du coût de ces accidents et maladies pour la société (*ibid.*, 2010).

Au niveau européen, la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, également appelée « Fondation de Dublin », produit également des données contribuant à élargir la focale d'appréhension du risque professionnel : menée tous les cinq ans depuis 1990 auprès de plusieurs milliers de travailleurs dans plusieurs dizaines de pays européens⁹, cette enquête livre un état des lieux sur plusieurs dimensions du travail : temps de travail, organisation du travail, satisfaction au travail, risques physiques et psychosociaux, qualité du travail, équilibre vie privée/vie professionnelle etc.

Ainsi, ces différentes grandes enquêtes nationales et européennes ont permis de faire émerger un vécu plus intime des travailleurs (Cristofari, 2011) : la description des conditions de travail, les impacts des nouvelles technologies sur la santé, la connaissance plus précise du vécu des personnes, leurs perceptions sur leur travail sont autant de sources de données permettant d'appréhender la question de la santé au travail d'une manière plus large, plus « englobante ». De plus, l'accumulation de témoignages au plus près de la situation du travail et de son vécu a permis de dresser un tableau sombre des transformations du travail, des méthodes de management et de l'intensification du travail (Gollac & Volkoff, 1996). Ce progrès de la connaissance permet donc de dépasser la vision restrictive du risque professionnel considéré comme inéluctable ou comme le fait de fragilités individuelles.

Il convient de souligner l'engagement précoce de la politique européenne dans les questions de santé au travail : en effet, dès les prémises du marché commun, l'Europe des six avait pour objectif de rapprocher les systèmes de protection et de réparation dans le domaine de la santé au travail. Cette harmonisation avait pour objectif de faciliter l'ouverture interne du marché européen de l'emploi et de réduire les inégalités dans les garanties accordées aux travailleurs (Hatzfeld, 2012). Dès 1985, le droit communautaire a donné l'impulsion en faveur d'une approche élargie des risques professionnels : l'Europe souhaitait mettre au centre des préoccupations la santé et la sécurité au travail. Ce souhait s'est traduit par la Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs, adoptée en 1989,

⁹ La dernière enquête de la Fondation de Dublin date de 2010 et porte sur 44 000 travailleurs de 34 pays différents (27 états-membres + Norvège, Croatie, Macédoine, Turquie, Albanie, Monténégro et Kosovo)

considérant notamment que « *Tout travailleur doit bénéficier dans son milieu de travail de conditions satisfaisantes de protection de sa santé et de sa sécurité* » (Article 19). Dans la continuité de cette charte, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, proclamée en 2000 considère que : « *Tout travailleur a droit à des conditions de travail qui respectent sa santé, sa sécurité et sa dignité* » (Article 31).

On observe progressivement l'apparition d'un nouveau vocabulaire : les termes de « santé », « sécurité », « bien-être au travail » se développent (Emane, 2008), concourant à une approche plus élargie des risques professionnels. La sauvegarde de la santé et de la sécurité du travailleur est désormais envisagée comme un droit fondamental. En s'inspirant des droits de l'Homme, l'Europe va mettre en place des normes visant à « encadrer » l'espace de travail dans sa globalité. Ainsi, les machines et produits utilisés dans le processus productif, ainsi que le matériel industriel, vont faire l'objet d'une normalisation de plus en plus contraignante. Le droit européen exerce ainsi une pression en faveur de la construction d'un droit à la santé au travail, mais également d'une normalisation de plus en plus contraignante, prenant en considération les risques portés par l'environnement de travail (Omnès, 2006). Cette dynamique « droit de l'hommiste » se traduira également dans les textes nationaux, notamment au sein de la loi de modernisation sociale de 2002 introduisant la notion de « santé physique et mentale »¹⁰ au sein du droit français (Lerouge, 2005).

Sous-section 2. Une responsabilité étendue de l'employeur

Les mobilisations sociales et la pression des instances européennes, en contribuant à élargir l'approche des risques professionnels, ont également eu un impact direct sur le champ de responsabilité de l'employeur, ce champ dépendant de la conception et de la construction du risque professionnel.

Les mobilisations sociales liées au scandale de l'amiante ont joué un rôle décisif dans l'accroissement du champ de responsabilité de l'employeur. En effet, depuis les arrêts du 28 Février 2002, l'employeur est tenu, en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, à une obligation de sécurité de résultat envers celui-ci. Le non-respect de cette obligation par

¹⁰ Nous développerons les apports et enjeux de cette loi au sein du chapitre 2

l'employeur entraîne sa « faute inexcusable » : prévue par l'article L. 452-4 du Code de la Sécurité sociale, cette faute est définie jusqu'en 2002 par la Cour de cassation comme « *une faute d'une gravité exceptionnelle, dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, de la conscience du danger que devait en avoir son auteur, de l'absence de toute cause justificative et se distinguant par le défaut d'un élément intentionnel, de la faute intentionnelle* ». On assiste ainsi à une extension continue du champ de la faute inexcusable (Emane, 2008). Davezies (2003) considère qu'en affirmant cette obligation de sécurité de résultat, la Cour de cassation a « torpillé » la théorie du risque professionnel reposant sur son inéluctabilité et une responsabilité sans faute de l'employeur.

Comme le souligne Thébaud-Mony (2003), ces milliers d'actions juridiques en « faute inexcusable de l'employeur » avaient pour objectif de faire reconnaître par la justice la faute des employeurs ayant exposé en toute connaissance de cause et sans protection leurs salariés aux fibres d'amiante, plus que la seule volonté d'obtenir une réparation pécuniaire. De plus, cette mobilisation témoigne du rapport de force décisif existant entre les victimes de l'amiante et les employeurs responsables de l'exposition professionnelle au risque, cristallisant des enjeux de responsabilité et d'indemnisation beaucoup plus larges (*ibid.*, 2003).

Au niveau des instances européennes, la directive-cadre européenne du 12 Juin 1989 sur l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs sur le lieu de travail a joué un rôle décisif dans l'accroissement du champ de responsabilité de l'employeur: elle pose une « obligation de résultat » de l'employeur en termes de sécurité et de santé au travail. L'objectif affiché est d'aller « plus loin » que les législations nationales en vigueur au sein de l'Europe. Cette directive-cadre va introduire le concept d'adaptation du travail à l'homme, concept qui sera transposé en 1991 dans le Code du travail Français. Cette adaptation doit prévaloir dans la conception des postes de travail, dans la définition des méthodes de travail et de production, l'objectif étant d'atténuer le travail monotone et le travail cadencé et de réduire leurs effets délétères sur la santé.

Sous-section 3. Une logique de prévention et d'action en amont

L'approche élargie des risques professionnels et la responsabilité étendue de l'employeur vont inciter, de manière plus ou moins coercitive, à développer une politique de

prévention des risques professionnels, basée sur une évaluation de ces risques et une action en amont visant à anticiper ou limiter leur apparition, s'opposant ainsi à la logique de réparation *a posteriori* (Mias, 2010).

Dans un premier temps, l'approche élargie des risques professionnels a contribué à une amélioration de l'indemnisation des victimes, avant le développement d'une logique de prévention : ainsi, on assiste progressivement à une augmentation du nombre de cas reconnus par les organismes d'indemnisation. La mise en place de la Sécurité sociale au sortir de la Seconde guerre mondiale répondait à cette volonté d'amélioration de la prise en charge de la réparation financière, en retirant la gestion de l'indemnisation des victimes d'accidents du travail aux compagnies d'assurance privées au profit de ce nouvel organe public (Cottureau, 2002). Alimentée par les cotisations des employeurs et gérée de façon paritaire, la Sécurité sociale va améliorer progressivement l'indemnisation des victimes, reconnaissant en parallèle certaines fédérations de victimes des accidents du travail comme interlocuteurs officiels des pouvoirs publics (De Blic, 2008).

Cette amélioration de l'indemnisation est également la conséquence de recommandations de l'UE dès la fin des années 80, visant à mettre en place un système complémentaire permettant la reconnaissance comme maladie professionnelle de situations proches des pathologies codifiées, mais ne rentrant pas « parfaitement » dans les tableaux de maladies professionnelles. Le développement de l'approche alternative des risques professionnels s'est donc traduit dans un premier temps par l'amélioration de la prise en charge et de l'indemnisation des victimes du travail.

Au niveau du développement de la logique de prévention, on assiste à la mise en place, en France, du premier système complet et obligatoire de prévention et de la sécurité d'Europe dans les années suivant la Libération (Omnès, 2006). Comme nous l'avons déjà souligné, les prémisses de l'« idée préventive », découlant de la théorie de la faute où l'employeur doit assurer un certain niveau de sécurité à son ouvrier, ont émergé dès le XIX^{ème} siècle : droit à l'hygiène, droit à la sécurité, agir en amont sur les nuisance du milieu de travail, fixer des règles de propreté des locaux, d'aération, d'éclairage etc. (De Blic, 2008).

Cependant, le tournant préventif fut réellement amorcé au sortir de la Seconde guerre mondiale, parallèlement à la mise en place de la Sécurité sociale : passage de la médecine

d'usine à la médecine du travail affirmant une logique de prévention, institutionnalisation d'un service obligatoire de médecine du travail, notamment *via* la loi du 11 Octobre 1946. Bien que la vision du risque était strictement médicale et restrictive (conception individualisée de la prévention de la santé au travail), cette loi va poser un principe fondateur et directeur : les médecins du travail devront « *éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ». Ainsi, ce principe oriente les acteurs de la scène « santé-travail » vers l'identification des risques de l'espace de travail en amont, tant par l'observation de cet espace que par l'investigation du milieu de travail et l'analyse des expositions des travailleurs. La mission des médecins du travail et des services médicaux du travail sera progressivement étendue, promouvant l'idée de prévention et d'amélioration des conditions de travail, notamment en incitant ces acteurs à intervenir directement en milieu de travail.

Au niveau des mobilisations sociales, ces dernières ont permis de promouvoir l'idée de prévention au rang de nécessité, notamment en rendant les effets délétères des risques professionnels « visibles socialement ». Ainsi, la constitution d'associations de victimes ou de familles de victimes du travail a permis de porter de nombreux faits devant les tribunaux, notamment autour de l'amiante, rompant ainsi avec la logique assurantielle de reconnaissance des maladies professionnelles (Thébaud-Mony, 2003). Par opposition, l'absence de mobilisation sociale des victimes concernées par d'autres types d'atteintes (notamment les autres types de cancers professionnels) semble entretenir une visibilité et une reconnaissance *a minima*, voire une absence de reconnaissance, du fait de leur « invisibilité sociale » (*ibid.*, 2003).

Ces évolutions ont ainsi permis de replacer au cœur même du système de réparation et de prévention des risques professionnels la question des causes de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle. L'employeur est tenu de « prendre les mesures nécessaires » et doit respecter une obligation d'évaluation et de prévention des risques professionnels, sous peine de voir sa responsabilité engagée. La crise de l'amiante a donc été un tournant majeur, en mettant en lumière les lacunes des dispositifs de prévention et de réparation des risques existants

Le principe de « sécurité intégrée » de la loi du 6 Décembre 1976 et d'obligation générale de sécurité et de prévention des risques professionnels va progressivement s'étendre : action en amont, idée de préservation de la santé et la sécurité des travailleurs dans

la conception même de l'espace de travail, des locaux et des machines, évaluation obligatoire et régulière des risques potentiellement présents dans les procédés de fabrication, les équipements, le type d'aménagement des lieux de travail. L'évaluation *a priori* des risques est au cœur du principe fondamental de prévention. De plus, l'employeur est tenu également de rédiger un Document Unique d'Evaluation des Risques (DUER) : ce document obligatoire, pierre angulaire de la démarche de prévention (Mias, 2010) doit être réalisé au niveau de chaque unité de travail et retranscrire les résultats de l'évaluation des risques professionnels et être mis à jour annuellement.

Le développement de la logique de prévention va également s'opérer avec l'apparition de nouvelles instances et de nouveaux groupes d'acteurs : les lois Auroux de 1982 ont rendu obligatoires les CHSCT¹¹ pour les entreprises de plus de 50 salariés. Ce nouvel organe interne à l'entreprise doit faciliter une approche globale et participative de la prévention des risques professionnels, ne relevant pas de la décision unilatérale de l'employeur. Ainsi, le CHSCT doit inciter au dialogue régulier, à l'échange autour des questions de santé au travail entre représentants des salariés et des employeurs, l'objectif étant d'inciter l'employeur à analyser les conditions de travail et à s'orienter vers une prévention des risques professionnels (Mias, 2010). Plus largement, les représentants du personnel ont une responsabilité accrue dans les décisions relatives à la politique de prévention.

Les instances européennes ont également joué un rôle de premier plan dans le développement de la logique de prévention : comme nous l'avons énoncé, dès les prémises du marché commun, l'Europe des six avait pour objectif de rapprocher les systèmes de protection et de réparation dans le domaine de la santé au travail (Hatzfeld, 2012). L'objectif de promotion de l'idée de prévention fut notamment traduit par la multiplication de normes dites ISO visant à réglementer la dimension technique et matérielle, mais également la gouvernance des entreprises. Ainsi, le développement de règles de coopération et de concertation entre acteurs doit être au cœur des échanges en matière de santé, sécurité et d'hygiène au travail (*ibid.*, 2012). L'influence du droit européen a joué un rôle décisif : ainsi, la directive-cadre européenne de 1989 va poser neuf principes de prévention, qui seront transposés en droit français dans la loi du 31 Décembre 1991 : ces neuf principes portent principalement sur l'évitement du risque, son évaluation, le combat de ces risques à la source,

¹¹ Comités d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail

l'adaptation du travail à l'homme, la planification de la prévention et la mise en place de protections collectives. De plus, les acteurs de l'entreprise sont incités à participer activement à la démarche de prévention.

On atténuera cependant légèrement cette idée : au niveau européen, malgré le volontarisme préventif des acteurs communautaires, on observe cependant, depuis une dizaine d'années, une croissance de recommandations larges et peu contrôlées, au détriment de directives plus précises et au contrôle plus rigoureux (Vogel, 2004), la politique en santé au travail devant faire face à différentes incertitudes : contrastes importants entre les pays-membres, stabilité des expositions à des agents matériels dangereux ou nocifs, intensification du travail et impact différencié des conditions de travail dans le temps (Vogel, 2009).

À l'extérieur de l'entreprise, de nouvelles instances apparaissent : la création de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) en 1973 vise à créer un organe d'information, de sensibilisation et de conseil sur les enjeux de la prévention des risques professionnels à destination des entreprises. De plus, on assiste à la création d'un département « Santé Travail » au sein de l'Institut de Veille Sanitaire, et plus récemment à la transformation de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale en Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (Henry & Jouzel, 2008). Ces organes externes jouent un rôle décisif dans la diffusion de la logique de prévention au sein de l'entreprise.

Ainsi, les mobilisations sociales et l'ensemble de ces nouvelles dispositions, tant au niveau national qu'europpéen, auront une incidence directe au niveau préventif : la volonté accrue d'interroger l'organisation du travail, les modes de gestion et de relations humaines, la question de la prévention portant de moins en moins sur des questions techniques (Mias, 2010).

Sous-section 4. Une approche alternative de la santé au travail visant à adapter le travail à l'homme

Le modèle dominant des risques professionnels soutenant l'idée d'un risque inéluctable, d'une responsabilité sans faute de l'employeur et d'une logique de réparation et

d'indemnisation tend progressivement à se fragiliser. En effet, le système hérité de la loi du 9 Avril 1898 et de celle du 25 Octobre 1919 a connu des modifications substantielles, notamment *via* la multiplication des procès du scandale de l'amiante. Ainsi, le passage d'une réparation forfaitaire à une réparation intégrale des victimes et celui d'une obligation de moyens à une obligation de résultat de l'employeur ont ouvert la voie à une judiciarisation croissante des contentieux en matière de risques professionnels (Jouzel, 2008).

Ce changement tend à remettre en question l'architecture mise en place par la loi de 1898 (Emane, 2008). Comme nous l'avons vu, le droit européen exerce une pression déterminée en faveur de la construction d'un droit à la santé au travail, mais également d'une normalisation de plus en plus contraignante (Omnès, 2006), étendant le champ de responsabilité de l'employeur et tendant à promouvoir la logique de prévention des risques professionnels. En soulignant l'importance d'une adaptation du travail à l'homme, les instances européennes tendent à renverser l'approche dominante de la santé au travail, visant à adapter l'homme au travail. Les enjeux de sécurité et de santé au travail doivent prédominer, ou à défaut être équivalents aux logiques strictement économiques, les considérations économiques ne devant en tout cas pas prévaloir sur la santé des travailleurs.

Ici, l'approche alternative des risques professionnels tend à considérer le travail comme vecteur de santé, participant à la construction, à la préservation et au développement de la santé du travail, par opposition à l'approche dominante renvoyant la question de la santé au travail à la dégradation et à la fragilisation de la santé par le travail. Le travail est potentiellement vecteur de santé et facteur d'épanouissement (Bouffartigue et *al.*, 2010) : cette approche « positive » de la relation entre santé et travail conduit à défendre l'idée d'une adaptation du travail à l'homme, et non de l'homme au travail.

Nous avons, dans cette seconde section, décrit l'approche élargie des risques professionnels, reposant sur la vision d'un risque organisationnel, un champ de responsabilité de l'employeur étendu et une logique de prévention et d'action en amont, défendant l'idée d'un effet potentiellement positif du travail sur la santé des travailleurs. La **section 3** a pour objectif d'éclairer la manière dont « cohabitent » ces deux approches opposées, donnant naissance à un champ des risques professionnels stratégique et en tension.

Section 3. Le champ des risques professionnels : un champ stratégique en tension

Nous avons donc souligné l'existence d'une approche dominante des risques professionnels et d'une approche alternative. La première est caractérisée par un risque considéré comme inéluctable car inhérent à l'activité de travail, une responsabilité sans faute de l'employeur et une logique de réparation et d'indemnisation du travailleur. La seconde appréhende le risque professionnel d'une manière plus élargie, incluant les conditions et l'organisation du travail, étendant le champ de responsabilité de l'employeur et promouvant une logique de prévention et d'action en amont, sur l'organisation du travail. Nous avons également souligné que ces deux approches faisaient écho à deux conceptions de la relation entre santé et travail : l'une considérant le travail comme délétère pour le travailleur, conduisant à adapter ce dernier, l'autre appréhendant le travail comme épanouissant pour le travailleur, amenant à adapter le travail à l'homme.

L'objectif de cette section est de souligner le fait que le champ des risques professionnels est un champ stratégique en tension entre approche restrictive et approche élargie, champ où se développent des constructions sociales concurrentes des risques professionnels, dont l'expert constitue un acteur décisif.

Sous-section 1. Les risques professionnels : un champ de construction sociale

Comme le souligne l'ouvrage paru en 2012, la santé est « négociée » (Courtet & Gollac, 2012) : en effet, les questions de santé au travail et leur prise en charge sont inscrites dans l'histoire des relations entre acteurs, qui sont à la base de la construction du risque professionnel et plus largement de la santé au travail. Ainsi, avant de décrire la dimension stratégique du champ des risques professionnels, il convient dans un premier temps de souligner le caractère construit de ces risques. En effet, le risque professionnel est, par définition, potentiel et abstrait, sa représentation passant par l'identification d'une source ou d'une situation « dangereuse » (Lhuilier, 2010b). Ainsi, selon Moscovici (1969), le processus d'objectivation, que l'on pourrait ici considérer comme processus de construction du risque,

repose sur une construction sélective. La sélectivité de cette construction est liée au fait que les différents acteurs détiennent des informations inégalement accessibles, notamment en fonction de l'accès plus ou moins restreint à ces informations. De plus, la construction sociale du risque va varier selon l'inscription sociale des acteurs dans la division du travail : en effet, le risque se réalise à travers les intérêts et les implications des sujets, pouvant alors accentuer ou euphémiser tel ou tel risque (*ibid.*, 1969). La construction sociale des risques professionnels dépendra alors principalement des représentations des acteurs autour des liens entre santé et travail : cette construction sociale délimitera les frontières mouvantes du visible et de l'invisible, du connu/reconnu et du méconnu (Duclos, 1984).

Le champ des risques professionnels est flou et opaque « par essence » : la frontière entre ce qui relève du professionnel et ce qui n'en relève pas n'ayant rien d'évident (Mias, 2010). Hormis les accidents du travail ou les maladies professionnelles survenant de manière brusque, la manifestation des conséquences potentiellement négatives du risque professionnel est souvent différée, voire, dans certains cas, décalée après plusieurs années d'exposition. La construction sociale du risque autour d'un phénomène opaque est propice au développement de représentations divergentes, voire contraires, du risque. Ainsi, les différentes représentations sociales du risque se rencontrent, se conjuguent et/ou s'opposent.

Cette complexité dans l'analyse de la construction sociale du risque professionnel n'est pas spécifique à ce dernier : en effet, d'une manière plus large, le champ de la santé au travail est caractérisé par sa complexité. Comme le souligne Volkoff (2008), les trois impératifs auxquels doit obéir le débat social, politique et médiatique ne peuvent être respectés dans le champ de la santé au travail. Ces trois impératifs sont : la visibilité immédiate, l'instantanéité et la simplicité. Or, le caractère différé des conséquences des risques professionnels, leur caractère multiforme et multifactoriel, ainsi que la complexité de l'identification de leurs causes et de leurs logiques d'occurrence semblent empêcher le débat et l'établissement progressif d'un consensus autour de la représentation de ces risques (*ibid.*, 2008).

Ainsi, l'étude de la santé au travail nécessite une prise de distance vis-à-vis de l'objet de recherche et de questionnement, notamment à partir du développement d'approches compréhensives (*ibid.*, 2008). Ces approches visent à comprendre et à interpréter le risque, la manière dont les acteurs le construisent, se l'approprient et en font usage. L'existence de constructions sociales différenciées du risque professionnel nécessite l'analyse de la

construction du risque, mais également des logiques et stratégies d'acteurs sous-jacentes à cette construction, des intérêts défendus par les acteurs et des traductions spécifiques du risque professionnel.

Comme le souligne Mias (2010), il existe différentes étapes de construction sociale du risque professionnel : la perception du risque, la construction d'un savoir scientifique, la formation du risque, la reconnaissance officielle et l'application des règles de prévention et d'indemnisation. De plus, à chaque étape, différents éléments vont entrer en jeu : le champ scientifique, l'importance accordée à l'activité productive et au développement économique, les traditions juridico-administratives et la mobilisation des acteurs collectifs, les dynamiques d'acteurs (*ibid.*, 2010).

Nous verrons alors dans la sous-section suivante comment la construction sociale du risque professionnel peut s'opérer au regard de la tension historique entre approche dominante et alternative. Cette relecture historique « bipolarisée » des risques professionnels nous permettra de mettre en évidence l'enjeu stratégique de cette construction sociale, et les rapports de force existant autour de cette construction, pouvant porter une vision plus ou moins restrictive du risque professionnel, du champ de responsabilité de l'employeur et du type de solutions à mettre en œuvre pour y remédier.

Sous-section 2. Une construction sociale stratégique en tension : l'enjeu d'imputation de responsabilité

Le caractère décisif de la construction sociale du risque est le fait qu'elle sépare ce qui relève de la responsabilité de l'employeur et ce qui renvoie au mode de vie des individus, à leurs spécificités (Mias, 2010). Ainsi, la vision restrictive tend à dédouaner l'employeur de l'occurrence d'un risque inéluctable, qui ne peut être anticipé. L'employeur dont la responsabilité est limitée devra alors « seulement » réparer les conséquences potentiellement négatives du risque, principalement en indemnisant le travailleur. À l'inverse, la vision élargie tend à imputer la responsabilité du risque à l'employeur, considéré comme responsable car étant à l'initiative de l'organisation du travail. C'est dans cette optique que celui-ci devra prévenir l'apparition de ces risques en agissant en amont, en anticipant leur apparition *via* une évaluation et une action au niveau du travail et de son organisation.

Il semble intéressant ici de souligner que le compromis entre employeurs et salariés acté par la loi du 9 Avril 1898 et prolongé par celle du 25 Octobre 1919 avait pour objectif de réduire l'opposition du patronat, traditionnellement partisan de la théorie contractuelle où le travailleur victime d'un accident dans le cadre de son travail est privé de tout recours juridique contre son employeur (Hordern, 1991). En effet, l'idée pour les employeurs de devoir assumer une part de responsabilité dans l'occurrence d'accidents du travail puis de maladies professionnelles ne semblait pas concevable : jusqu'à cette loi, le patronat, dans sa grande majorité, était hostile à toute présomption d'imputabilité à l'employeur, du fait de l'augmentation du coût du travail et du coût du risque qu'elle devait entraîner (De Blic, 2008). Le choix d'un versement d'une indemnisation forfaitaire, diminuant de fait le coût de l'indemnisation, en échange d'une responsabilité sans faute de l'employeur, témoigne ainsi des tensions existant autour de l'enjeu d'imputation de responsabilité, notamment en termes économiques.

Les employeurs n'ont « pas intérêt » à voir leur champ de responsabilité s'étendre. Comme le souligne Omnès (2009), ce compromis *a minima* par la mise en place d'une indemnisation forfaitaire permet de diluer la responsabilité de l'organisation du travail et de l'employeur, *via* la construction d'un « risque acceptable », le plus restrictif possible. Cette approche restrictive, nous l'avons vu, tend à culpabiliser l'individu, ses fragilités et son mode de vie, exonérant ainsi l'organisation du travail en agissant sur les dysfonctionnements individuels et en adaptant l'homme au travail.

L'enjeu d'imputation de responsabilité peut également recouvrir un enjeu plus large, en lien avec le « lobby assurantiel » : en effet, comme le souligne Cottureau (2002), préalablement à l'apparition de la Sécurité sociale, l'indemnisation des victimes fut captée par les compagnies d'assurance privées. Ce lobby souhaitait profiter et conserver l'immense « potentiel assurantiel » des accidents du travail sans le laisser être « étatisé ». Ainsi, son objectif était de favoriser l'arbitraire patronal, « *pour organiser avec lui seul les caisses d'assurance, à l'exclusion des représentants ouvriers et politiques* » (Cottureau, 2002, p. 1556). Cette organisation unilatérale avait pour but d'amoindrir les responsabilités patronales et les menaces de condamnation civile et pénale, afin de maximiser l'exploitation de ce potentiel (*ibid.*, 2002). D'autres acteurs ont historiquement pu intervenir dans le rapport de force, en

faveur du patronat : les organisation d'essence patronale, notamment l'UIMM¹², la Chambre de commerce de Paris, certains corps intermédiaires tels que le Conseil supérieur du travail ou le Conseil national économique, composés essentiellement d'acteurs patronaux, ce que Omnès nomme le « lobbying légal » (Omnès, 2009).

La question de la reconnaissance d'une maladie comme maladie professionnelle témoigne du rapport de force existant entre employeurs et travailleurs autour de la construction sociale du risque professionnel : en France, la reconnaissance d'une maladie professionnelle est une fonction assurée par la Commission spécialisée des maladies professionnelles. Cette commission, créée durant les années 80 et dont le but est d'améliorer la prise en charge de ces maladies en créant ou en révisant les tableaux de maladies professionnelles, comprend treize membres représentant des départements ministériels et des organismes publics, cinq représentants des salariés et cinq du patronat, nommés chacun sur proposition des confédérations syndicales représentatives, et des « personnes qualifiées », principalement des médecins du travail ou experts en pathologie professionnelle (Déplaud, 2003).

Toute actualisation des tableaux est opérée en fonction du dernier état des connaissances scientifiques : cette « *tâche très lourde* » (Ménal, 2008, p. 208) est réalisée par la commission spécialisée du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP), dans le cadre d'un programme de travail annuel ou biennuel. La reconnaissance s'appuie officiellement sur une expertise (dimension que nous développerons dans la sous-section suivante) et une causalité essentielle et directe entre la maladie et le travail habituel.

L'enjeu d'imputation de responsabilité est central dans le processus de reconnaissance de maladies professionnelles : en effet, certaines études soulignent le fait que le nombre réel de maladies professionnelles est probablement beaucoup plus élevé (Thebaud-Mony, 1991, Rapport de la Cour des comptes, 2002) mais que l'existence de pressions d'employeurs sur les salariés, la peur pour ces derniers de perdre leur emploi sont des éléments potentiellement explicatifs de cette sous-déclaration (en plus de la méconnaissance de l'origine potentiellement professionnelle des maux ou du caractère désincitatif du suivi de la procédure de reconnaissance). De plus, toute création d'un tableau de maladie professionnelle se traduit

¹² Union des Industries et des Métiers de la Métallurgie

par un transfert de charges des salariés vers les employeurs : en effet, contrairement au régime général de la CNAM-TS, alimenté à la fois par les cotisations des salariés et celles des employeurs, la branche AT-MP (Accidents du Travail et Maladies Professionnelles) est financée par les seules cotisations patronales. Ce transfert de charges permet d'explicitier la volonté des représentants patronaux de ne pas créer ou élargir les tableaux de MP, synonyme d'augmentation des cotisations et des contraintes légales (Déplaude, 2003), et leur « étroite surveillance » à l'encontre de tout projet d'extension (Cottureau, 2002). À l'opposé, les représentants syndicaux ont pour objectif de faire indemniser les victimes de maladies professionnelles par les entreprises, tendant ainsi à protéger les travailleurs face à leurs employeurs. Comme le souligne Déplaude (2003), il s'agit de « deux blocs d'intérêt » (*ibid.*, 2003, p. 714) distincts et opposés.

Ainsi, la CSPRP, en charge de l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles, cristallise les rapports à force à l'œuvre dans le processus de reconnaissance des maladies professionnelles, et plus largement dans le champ de la santé au travail : le clivage entre représentants des organisations patronales et représentants des centrales syndicales est très marqué, l'enjeu de codification des maladies professionnelles dépendant plus du compromis entre ces deux parties que sur des considérations purement scientifiques (Déplaude, 2003). Deux registres d'argumentation vont alors s'opposer : une argumentation médicale fondée sur l'expertise clinique et une expertise fondée sur la connaissance pratique des conditions de travail (*ibid.*, 2003), visant à promouvoir et imposer une vision restrictive et une vision élargie des risques professionnels.

Dans ce rapport de force constant autour de la codification des maladies professionnelles, les représentants syndicaux seront amenés à se contenter plus de « petites victoires » que d'avancées réelles, la structure même des tableaux de maladies professionnelles assurant la domination de la vision restrictive des risques professionnels (Déplaude, 2003). De plus, comme nous l'avons souligné dans la section précédente, les mobilisations sociales ont joué un rôle décisif dans le développement de l'approche alternative des risques professionnels, notamment l'organisation progressive des victimes et familles de victimes d'accidents ou de maladies professionnelles en associations, voire en fédérations (De Blic, 2008). Leurs revendications ont également pu porter sur l'instauration d'une réparation intégrale des risques professionnels (*ibid.*, 2008). Ainsi, l'enjeu d'imputation de responsabilité est au cœur d'une lutte entre représentants syndicaux et patronaux.

Le rapport de force dans la construction sociale du risque professionnel ne se limite pas à la codification et à la reconnaissance d'une maladie comme maladie professionnelle : le caractère opaque des risques professionnels (Mias, 2010) peut être entretenu par les employeurs, toujours dans une optique d'appréhension restrictive des risques. La rétention d'informations sur le risque ou l'organisation de la circulation de ces informations constituent une voie stratégique mobilisée par certaines directions dans le but de freiner un éventuel élargissement de la focale d'appréhension des risques professionnels. Cette rétention peut avoir pour objectif plus spécifique le freinage de l'intervention législative, ou la volonté de la devancer pour « mieux négocier » (Omnès, 2009).

Enfin, même s'ils ne constituent pas le cœur de notre recherche, les acteurs publics peuvent également concourir à « minimiser » les risques professionnels, notamment dans une optique d'ajustement des dépenses de réparation aux moyens de l'état (Mias, 2010). Il existe donc un vrai jeu d'acteurs, un rapport de force autour de la construction du risque professionnel et de sa focale d'appréhension, impliquant un type de réponse différencié.

Il convient de souligner ici qu'en comparaison avec d'autres « univers à risques », l'univers de la santé au travail est à appréhender dans un contexte de relation de subordination juridique entre le salarié et son employeur limitant l'emprise du salarié sur l'organisation du travail, tout en l'exposant aux risques professionnels (Viet, 2008). Cet échange dissymétrique - Cottureau (2002) parlant de subordination protégée en échange d'un gouvernement exclusif de l'entreprise - tend à justifier le fait que l'approche dominante soit, encore aujourd'hui, celle d'un risque professionnel restrictif et d'une responsabilité sans faute, même si l'approche élargie a « gagné du terrain ».

Ainsi, le système assurantiel apparaît comme un compromis déséquilibré laissant l'entreprise « maîtresse de la prévention », en plus de l'existence d'un lobby patronal visant à limiter les indemnités et à influencer l'expertise (Bruno et al., 2012).

Sous-section 3. Un appui stratégique décisif : le recours à l'expertise

Nous avons donc souligné le fait que le champ des risques professionnels est un champ de construction sociale du risque en tension entre une vision restrictive et une vision élargie. De plus, nous avons vu que les acteurs, principalement les représentants du patronat et des salariés, sont dans un rapport de force autour de cette construction recouvrant un enjeu d'imputation de la responsabilité du risque, tendant à faire du champ des risques professionnels un champ stratégique.

Au sein de ce champ stratégique en tension, l'un des leviers décisifs du rapport de force entre acteurs semble être celui de la construction du savoir scientifique et du recours à l'expertise : en effet, cette construction, sitôt le risque perçu, constitue une étape décisive au cœur de l'enjeu d'imputation de responsabilité. L'expertise scientifique joue un rôle central dans la construction et dans la légitimation du risque professionnel. Ainsi, on observe l'importance historique des experts patronaux et syndicaux dans le rapport de force autour de l'imputation de responsabilité : par exemple, le patronat a pu avoir recours à l'expertise afin d'empêcher et/ou de retarder le processus de reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie, en pointant notamment les incertitudes scientifiques des experts syndicaux, voire le nombre insuffisant de cas recensés (Mias, 2010).

Préalablement à la loi du 9 Avril 1898, l'expertise scientifique était une source solide de légitimation de l'existence d'un risque : par exemple, la loi du 12 Juin 1893 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs fut la conséquence d'une certaine forme d'activisme de la communauté hygiéniste, visant à « *faire reconnaître l'importance et la légitimité de l'hygiène industrielle* ». (Moriceau, 2009, p.14). Cette construction du savoir scientifique reposait sur l'accumulation de monographies hygiénistes sur les professions et sur l'examen systématique de la répartition d'une maladie particulière dans l'ensemble des activités professionnelles permettant de révéler progressivement des pathologies professionnelles.

Face à un champ opaque et complexe, le recours à l'expertise est justifié par la mise en visibilité des logiques d'occurrence et de l'enchaînement des faits ayant conduit à un accident en lien avec le travail, cette mise en visibilité étant nécessaire à l'imputation de la responsabilité de l'accident et à la mise en place d'une mesure de prévention adaptée (Thébaud-Mony, 2003). La technicité, réelle ou entretenue, du risque impose donc le recours

à l'expertise (Omnès, 2009). Cette dernière prend une place de plus en plus importante dans le rapport de force, dans la construction du savoir scientifique et dans la reconnaissance des maladies professionnelles. Les enjeux de connaissance scientifique et d'expertise sont indissociablement des enjeux de pouvoir, ils constituent les facettes d'un même processus (Henry, 2011).

Il convient de souligner que cette expertise a historiquement pris différentes formes : dans un premier temps, elle fut juridique. Dès 1928, les organisations syndicales et les fédérations d'accidentés du travail vont avoir recours à ce type d'expertise dans le but de défendre efficacement les dossiers individuels des adhérents, mais également afin de pouvoir opposer des arguments juridiquement fondés aux représentants de l'État, du patronat et des compagnies d'assurance (De Blic, 2008). L'expertise fut également médicale : ce type d'expertise constitue une ressource essentielle, notamment au sein de la Commission des maladies professionnelles. Il est ainsi nécessaire pour chaque camp d'avoir des experts qualifiés et spécialisés, afin de « faire pencher la balance » du côté de ses intérêts (Déplaudé, 2003).

Aujourd'hui, on constate une place croissante accordée aux connaissances scientifiques et à l'expertise dans le processus de décision, notamment au niveau de l'action publique (Henry, 2011). Chaque partie a recours à ses propres experts pour asseoir sa vision, son discours : ainsi, tandis que les salariés et experts syndicaux pointent les conditions de travail, les experts patronaux tendent à imputer la responsabilité des maux aux salariés, limitant l'implication de l'employeur et de l'organisation du travail. Mias (2010) parle alors d'un « dialogue de sourd », où les experts patronaux l'emportent souvent.

En effet, on observe aujourd'hui une situation dissymétrique dans la capacité de recours à l'expertise, mais également dans la catégorisation et la fixation des critères des enquêtes en santé travail, soulignant l'idée d'une non neutralité du savoir expert. Ainsi, le rapport de force entre experts patronaux et syndicaux est originellement déséquilibré (Henry, 2011), déséquilibre pouvant expliquer la prédominance d'une approche restrictive au détriment d'une approche élargie du risque professionnel. En effet, le coût de l'expertise crée une asymétrie au profit des employeurs.

Du côté patronal, le Medef¹³, contrôlant l'ensemble des ressources des organisations patronales, affiche une vraie supériorité dans sa capacité à recourir à des experts médicaux, à les rémunérer, tendant à prolonger leur vision restrictive des risques professionnels, notamment autour des maladies professionnelles (Déplaude, 2003). Ainsi, les inégalités de ressources en termes d'expertise, notamment médicale, contribuent à expliquer les difficultés des représentants syndicaux à faire créer ou élargir des tableaux de maladies professionnelles, surtout s'il s'agit de pathologies potentiellement coûteuses pour les employeurs (Déplaude, 2003). Le fait que les acteurs patronaux soient les plus à même de financer des expertises scientifiques ou de mobiliser des moyens de recherche conséquents leur permet d'être les principaux « apporteurs de connaissance » en matière de risques professionnels (Henry, 2011). Par exemple, le cas de la création du Comité permanent amiante, mêlant expertise scientifique et défense des intérêts patronaux témoigne de ce déséquilibre dans le rapport de force (Henry, 2005 ; Henry, 2011). De plus, ce déséquilibre peut également, outre la production d'une connaissance scientifique « accommodante » pour les employeurs, se traduire *via* leur capacité à ne pas produire de connaissances, voire à produire des formes particulières d'ignorance : ce « *pouvoir invisible* » (Henry, 2011, p. 712) rend très difficile l'établissement de connaissances scientifiques des maux professionnels, contribuant à leur invisibilité et à la préservation d'une vision restrictive des risques professionnels. Ainsi, les experts patronaux auront dans un premier temps tendance à nier l'existence de la maladie, puis son origine professionnelle (avec notamment l'argument du caractère multifactoriel) pour enfin limiter au maximum le périmètre couvert par le risque professionnel (Mias, 2012).

Du côté syndical, les experts militants et engagés sont historiquement minoritaires. Bien qu'ils aient aidé les salariés à s'approprier la connaissance scientifique (Omnès, 2009), la faible capacité des organisations syndicales à recourir, et surtout à rémunérer, des experts, notamment les plus prestigieux (Déplaude, 2003), explique partiellement les difficultés de diffusion d'un risque professionnel élargi, englobant les conditions de travail et la responsabilité de l'employeur dans l'apparition des risques. Contrairement aux experts patronaux, les experts syndicaux sont peu consultés, participent peu au débat scientifique, et ainsi pèsent peu sur la construction sociale du risque professionnel (*ibid.*, 2003).

¹³ Mouvement Des Entreprises de France

Le rôle stratégique des experts, notamment patronaux, peut prendre différentes formes. Il peut contribuer à retarder le processus législatif : ainsi, le double intervalle de 18 ans entre le dépôt du projet Nadaud sur l'indemnisation des accidents du travail (1880) et le vote effectif de la loi en 1898, et entre le projet d'extension de la loi de 1898 aux maladies professionnelles (1901) et le vote en 1919 témoigne de la dimension stratégique du rôle de ces experts. En effet, lorsque la « menace législative » devient sérieuse (Omnès, 2009), les experts patronaux œuvrent dans le sens d'un ralentissement législatif : remise en cause de la légitimité scientifique des travaux sur lesquels se base les experts juridiques non patronaux, soutien à la limitation des amendements alourdissant le coût pour l'employeur etc. (*ibid.*, 2009).

Comme nous l'avons abordé dans la sous-section précédente, la question de la reconnaissance d'une maladie comme maladie professionnelle cristallise le rapport de force existant dans le champ des risques professionnels autour de la construction sociale de ces derniers. La mobilisation des experts dans ce rapport de force est une autre facette du rôle stratégique des experts et de l'expertise. Ainsi, comme le souligne Déplaudé (2003), le long chemin menant à la reconnaissance comme maladie professionnelle des lombalgies a été jalonné de résistances des employeurs, mais également des médecins-conseil de la Sécurité sociale, experts partisans refusant d'admettre le fait que ces pathologies étaient liées à l'activité professionnelle. Face à l'accroissement de ce type de maux, ces experts ont progressivement « desserrer l'étau » via une codification *a minima* et la création de deux nouveaux tableaux de maladies professionnelles aux conditions très restrictives, ne permettant la prise en charge que d'un nombre très faible de cas (*ibid.*, 2003). Déplaudé insiste sur le fait que cette stratégie est répétitive et inhérente au rapport de force imposé par ces experts : rejet dans un premier temps de toute création ou de tout élargissement d'un tableau de maladies professionnelles, puis, dans un second temps, réalisation de concessions le moins importantes possibles, lorsque la position de déni n'apparaît plus tenable (*ibid.*, 2003).

Le cas de la reconnaissance des troubles musculo-squelettiques (TMS) témoigne également de la dimension stratégique du champ des risques professionnels et du rôle stratégique des experts, notamment du fait de la spécificité de ces troubles. En effet, les TMS ne résultent pas de l'action d'un simple agent externe (poison, poussières, bruit etc.) mais de logiques d'occurrence multifactorielles, rendant ainsi complexe la distinction entre ce qui relève du travail et ce qui relève de la singularité de chaque personne (Hatzfeld, 2008). Ainsi, certaines maladies en lien avec les affections périarticulaires (on ne parlait pas de TMS avant leur

reconnaissance officielle) sont progressivement reconnues, telles que les inflammations des tissus cellulaires ou des membres supérieurs, notamment grâce au chiffrage des cas recensés. Cependant, malgré cette « *pression des chiffres* » (*ibid.*, 2008, p.147), les employeurs et leurs représentants œuvraient pour une reconnaissance minimale, voire même une négation de l'existence de ces affections, ceux-ci craignant de ne pouvoir délimiter le caractère professionnel de cette forme complexe de risque. C'est donc dans cette optique que le recours à l'expertise devait remettre en cause le facteur professionnel de ces affections, en plus de la remise en cause de la légitimité scientifique des travaux concourant à la reconnaissance des affections périarticulaires (principalement la dénonciation du nombre trop faible de cas recensés).

Comme abordé précédemment, le rapport de force entre experts patronaux et syndicaux fut notamment cristallisé au sein du Conseil supérieur de prévention des risques professionnels (CSPRP) (Thébaud-Mony, 1991) : les débats entre experts mandatés s'articulèrent principalement autour de la défense par les experts patronaux d'une expertise clinique désignant les personnes comme fautives, et de la défense par les experts syndicaux d'une expertise des conditions de travail (Déplaud, 2003). Il est intéressant de souligner que la reconnaissance et l'adoption du terme « TMS », se substituant aux conceptions antérieures rattachant de manière restrictive certaines affections périarticulaires à des activités professionnelles ou des métiers précis (Hatzfeld, 2008), a permis l'appréhension plus large de ce type de risques professionnels, et a bénéficié du poids des experts et de leurs expertises, remettant « scientifiquement » en cause l'organisation du travail dans l'apparition de ces pathologies (*ibid.*, 2008). De plus, le progrès de la connaissance via la mise en œuvre d'enquêtes épidémiologiques et de compétences ergonomiques (Hatzfeld, 2006) ont joué un rôle décisif dans la reconnaissance des TMS comme maladie professionnelle.

Nous constatons donc que l'expertise ne produit pas un savoir neutre et objectif : les usages qu'en font les acteurs peuvent la détourner de ses objectifs initiaux (Omnès, 2009). Le recours à des experts partisans tend à orienter la construction du risque vers une représentation plus ou moins restrictive, corrélée aux intérêts des employeurs, des salariés et de leurs représentants respectifs.

Résumé du Chapitre 1

La **première section** a mis en évidence le rôle décisif des lois de 1898 sur les accidents de travail et de 1919 sur les maladies professionnelles dans l'approche des risques professionnels : ces textes ont contribué à façonner une approche restrictive des risques professionnels : cette approche est caractérisée par un risque considéré comme inéluctable, induisant ainsi une responsabilité limitée de l'employeur et le développement de logiques de réparation et d'indemnisation du travailleur, sans action au niveau de l'organisation du travail. Cette approche considère la relation entre santé et travail comme une relation où le travail aura des effets négatifs et délétères sur la santé du travailleur.

La **seconde section** a souligné l'importance du rôle des instances européennes, des mobilisations sociales et de la progression de la connaissance dans le développement d'une approche élargie des risques professionnels. Cette approche défend une conception plus large du risque professionnel en soulignant l'importance des conditions de travail et de l'organisation du travail dans leur apparition, un champ de responsabilité étendu de l'employeur et la promotion d'une logique de prévention. Cette approche appréhende la relation entre santé et travail comme une relation où le travail aura des effets potentiellement positifs et épanouissants sur la santé du travailleur.

La **troisième section** a mis en évidence la dimension stratégique du champ des risques professionnels, en tension entre approche restrictive et approche élargie de ces risques. Ce champ est caractérisé par le développement de constructions sociales stratégiques opposées des acteurs patronaux et syndicaux, constructions opérées autour de l'enjeu d'imputation de responsabilité du risque. Dans cette perspective, le recours à l'expertise et aux pratiques d'experts apparaît comme décisif dans cette construction, ces acteurs concourant à produire un savoir non neutre, corrélé aux intérêts de leur « camp ».

Chapitre 2

Les risques psychosociaux au travail : un champ stratégique en tension

Plan du chapitre

| | |
|---|------------|
| Section 1. Un périmètre flou..... | 63 |
| <i>Sous-section 1. Une absence de définition stabilisée.....</i> | <i>63</i> |
| <i>Sous-section 2. Des spécificités inhérentes aux RPS.....</i> | <i>65</i> |
| <i>Sous-section 3. Des conditions de visibilité sociale restreintes.....</i> | <i>67</i> |
| Section 2. L’inscription des RPS dans l’approche restrictive des risques professionnels..... | 70 |
| <i>Sous-section 1. L’inscription du terme « RPS » dans l’approche restrictive.....</i> | <i>70</i> |
| <i>Sous-section 2. L’inscription des approches disciplinaires des RPS dans l’approche restrictive.....</i> | <i>72</i> |
| <i>Sous-section 3. La promotion d’une logique de réparation et d’adaptation de l’homme au travail.....</i> | <i>80</i> |
| Section 3. L’inscription des RPS dans l’approche élargie des risques professionnels..... | 84 |
| <i>Sous-section 1. L’inscription du terme « RPS » dans l’approche élargie.....</i> | <i>84</i> |
| <i>Sous-section 2. L’inscription des approches disciplinaires des RPS dans l’approche élargie.....</i> | <i>85</i> |
| <i>Sous-section 3. La promotion d’une logique de prévention et d’adaptation du travail à l’homme.....</i> | <i>90</i> |
| Section 4. RPS et sciences de gestion : une discipline bipolarisée, une dimension stratégique oubliée..... | 93 |
| <i>Sous-section 1. Les approches des RPS en sciences de gestion au cœur de la tension historique.....</i> | <i>94</i> |
| <i>Sous-section 2. La dimension stratégique oubliée des RPS.....</i> | <i>101</i> |
| <i>Sous-section 3. Un acteur central : les consultants en gestion des RPS.....</i> | <i>104</i> |
| Section 5. Cadre d’analyse et problématique de la recherche : vers une analyse des pratiques de traduction des consultants dans la gestion des RPS..... | 110 |
| <i>Sous-section 1. La sociologie du conseil en management : un cadre théorique permettant d’appréhender les relations tissées par les consultants.....</i> | <i>110</i> |
| <i>Sous-section 2. La sociologie de la traduction : des concepts théoriques permettant d’éclairer les pratiques des consultants.....</i> | <i>115</i> |
| <i>Sous-section 3. L’analyse des pratiques des consultants en gestion des RPS : un acteur-réseau à l’origine d’un projet sociotechnique en relation avec un client et un public-cible..</i> | <i>121</i> |
| <i>Sous-section 4. Problématique et proposition de recherche.....</i> | <i>124</i> |

L'objectif de ce second chapitre est de replacer la question des risques psychosociaux au travail dans la tension historique entre approche dominante restrictive du risque professionnel et approche alternative élargie. Ce « remplacement conceptuel » nous permettra alors de souligner l'inscription encore plus décisive de cet objet scientifique en construction (Valléry & Leduc, 2012) dans cette tension historique. De plus, cette relecture du phénomène « RPS » mettra en évidence les carences de la littérature en sciences de gestion en matière de lecture et d'appréhension stratégiques de ces risques. Ce constat nous conduira ainsi à opter pour l'étude approfondie du rôle d'un acteur décisif : les cabinets-conseil spécialisés en gestion des risques psychosociaux.

La **première section** traitera du flou conceptuel autour des risques psychosociaux au travail, flou dû à l'absence de définition consensuelle stabilisée, à l'existence de spécificités inhérentes à ces risques et aux conditions de visibilité sociale restreintes des RPS.

La **seconde section** mettra en évidence la manière dont les RPS peuvent s'inscrire dans une approche restrictive des risques professionnels, tant au niveau du terme RPS en lui-même, qu'au niveau des approches disciplinaires physiologique, épidémiologiques, psychologique cognitive et comportementale et ergonomique en termes de facteurs humains.

La **troisième section** présentera, de manière symétrique à la seconde section, la façon dont les RPS peuvent s'inscrire dans une approche élargie des risques professionnels, également au niveau même de son terme et par les approches disciplinaires ergonomique de l'activité, clinique de l'activité, psychodynamique du travail et sociologique.

La **quatrième section** soulignera la manière dont les sciences de gestion se sont à la fois saisies de l'objet de recherche RPS dans une approche restrictive d'une part et élargie d'autre part. De plus, nous mettrons en évidence le fait que notre discipline ait peu exploré la dimension stratégique des RPS, notamment les pratiques des consultants dans la gestion des RPS, « nouvel expert » du champ des risques professionnels.

Enfin, la **cinquième section** exposera notre cadre d'analyse et notre problématique de recherche devant nous permettre d'appréhender les pratiques des consultants dans la gestion des RPS, le cadre d'analyse combinant le triangle de la consultation proposé par M. Villette (2003) et la sociologie de la traduction popularisée par M. Callon (1986).

Section 1. Un périmètre flou

Les risques psychosociaux au travail ne font l'état d'aucun consensus scientifique : en effet, le périmètre de ce phénomène n'est pas délimité. Comme le souligne le Collège d'expertise, bien que cette notion soit largement utilisée, « *elle n'a pas pour autant une acception claire et univoque dans l'usage qu'en font les acteurs sociaux* » (Gollac & Bodier, 2011, p.23). Ce flou conceptuel est lié à l'absence de définition stabilisée, aux spécificités inhérentes aux RPS et aux conditions de visibilité sociale restreintes de ce phénomène.

Sous-section 1. Une absence de définition stabilisée

Le périmètre terminologique des RPS n'est pas totalement stable (Valléry & Leduc, 2012) : en effet, ce phénomène est souvent défini empiriquement par une liste, impliquant des concepts également flous et poreux, mêlant causes et conséquences : stress, fatigue, *burn out*, dépression, souffrance, violences internes et externes, harcèlement moral, voire jusqu'à sa forme la plus extrême : le suicide. C'est ainsi que le ministère du Travail français définit les RPS comme étant « *à l'interface de l'individu et de sa situation de travail* », considérant que sous ce terme on retrouve le « *stress, mais aussi (les) violences internes (harcèlement moral, harcèlement sexuel) et violences externes (exercées par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés).* »¹⁴ . L'absence de stabilité du périmètre terminologique des RPS s'accompagne de difficultés épistémologiques et méthodologiques, ce phénomène étant à l'interface des sphères personnelles et professionnelles et touchant à la subjectivité rendant toute authentification difficile (*ibid.*, 2012).

En regroupant sous le même vocable des réalités très diverses, les RPS empêchent tout consensus, mais également tout « compromis évident » (Sahler, 2007). De plus, la multiplicité des origines et des effets selon les situations professionnelles et les individus contribue à ce flou sémantique. L'absence de relation univoque de cause à effet, liant causalement une situation de danger à des effets pathogènes sur la santé des salariés empêche toute généralisation de la logique d'occurrence et l'établissement d'un modèle de compréhension classique (un risque/un effet). En effet, dans certains cas, la présence de certains facteurs n'entraîne pas *de facto* la survenue de l'effet (Molinier, 2009). Le fait que les facteurs et les

¹⁴ www.travailler-mieux.gouv.fr

causes, voire les sources, à l'origine des RPS soient très divers et conjugués, mêlant notamment sphère publique et privée, accroît la complexité d'appréhension de ce phénomène (Cristofari, 2011).

Cette « aspécificité » des RPS accroît leur complexité d'appréhension : une même situation peut causer des symptômes différents et des symptômes identiques peuvent être générés par des situations différentes. De plus, les individus réagissent différemment à des situations similaires et un même individu peut, à différents moments de sa vie, réagir différemment à des situations similaires (Coutarel, 2011). Cette pluralité est ainsi source d'une grande confusion (Nasse et Légeron, 2008). Les liens multifactoriels « résistent » à une attribution causale univoque, en interaction avec la vie hors travail, aux effets souvent différés dans le temps, en plus de mécanismes de sélection formelle ou informelle qui ne maintiennent au poste que si la santé le permet, constituant une difficulté supplémentaire dans l'appréhension de ce phénomène (Lhuilier, 2010b). Coutarel parle ainsi d'ensemble hétérogène aux frontières floues et variables, « *entité imaginaire collectivement construite et entretenue* » (Coutarel, 2011, p. 102). Les RPS semblent constituer un type de risque « encore plus construit » que les autres risques professionnels.

Il est intéressant ici de noter que ce flou conceptuel n'est pas propre aux RPS, mais qu'il s'étend également aux « nouveaux risques professionnels » : ainsi, comme le souligne Lorient (2006), il n'y a pas d'unanimité sur la définition de la fatigue dans le champ scientifique. Au niveau du stress, bien qu'ayant progressivement fait l'objet de cadres théoriques explicatifs circonscrits (Valléry & Leduc, 2012), différents travaux ont également donné lieu à des débats et controverses : l'approche par les variables de personnalité et les caractéristiques individuelles, celle par le contexte organisationnel ou par les processus transactionnels, ou encore l'approche par son objectivation à travers des symptômes ou la mesure du stress perçu (Lhuilier, 2010a). Ainsi, les ambiguïtés sémantiques du concept de stress perdurent, et perdurent de manière encore plus décisive au niveau des RPS (Lhuilier, 2009).

De plus, les RPS ne sont pas définis juridiquement (Lerouge, 2009) : en effet, la notion de « risques psychosociaux au travail » n'est citée dans aucun texte légal, contrairement au harcèlement moral notamment. Le terme de « risques psychosociaux » n'est ni défini ni reconnu dans les textes juridiques internationaux, européens et communautaires (Valléry & Leduc, 2012). Cette absence de définition juridique souligne la difficulté de se

saisir de ce phénomène, liée notamment à sa subjectivité, sa complexité d'authentification et de mesure (Abord de Chatillon, 2004). Cependant, bien que n'appartenant pas au vocabulaire juridique, les juristes considèrent que la question des RPS est présente *via* le thème de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur, la jurisprudence sur le rôle du CHSCT et la notion de harcèlement moral, définie dans la loi de modernisation sociale du 17 Janvier 2002 (Gollac & Bodier, 2011). Ils sont également « replacés » dans le cadre des fondements généraux du respect de la dignité humaine et de santé de la personne, s'inspirant directement des Droits universels de l'homme et des libertés (Lerouge, 2009).

Cependant, les travaux du Collège d'expertise ont permis une réelle avancée dans la perspective de définition des RPS. En effet, après avoir acté l'absence de consensus et de théorie unifiée dans le monde scientifique autour des RPS, le collège d'expertise a retenu une « *conception justiciable d'une approche scientifique* » (Gollac & Bodier, 2011, p.23). Ainsi, en considérant qu'un risque est psychosocial du fait de son origine et non de sa manifestation, le collège d'expertise retient pour les RPS la définition suivante : « *Les risques psychosociaux seront définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » (Gollac & Bodier, 2011, p.31). Comme le souligne Gollac (2012), l'avantage de cette définition est le fait qu'elle rassemble les approches de la plupart des recherches menées dans les différentes disciplines, tout en conservant une précision suffisante pour être généralisée. Ainsi, elle ne sépare pas de manière arbitraire les risques se concrétisant par des troubles mentaux et ceux se concrétisant par des troubles psychiques (*ibid.*, 2012).

Sous-section 2. Des spécificités inhérentes aux RPS

En plus de l'absence d'une définition stabilisée et consensuelle au sein du monde scientifique, le flou conceptuel existant autour des RPS est également lié aux spécificités inhérentes à ce phénomène : en effet, comme le souligne Mias (2010), trois caractéristiques des RPS participent au renouvellement du risque professionnel : leur aspect différé, leur origine multifactorielle et l'enjeu de la poly-exposition (Mias, 2010).

L'aspect différé des RPS repose sur l'existence d'un délai de latence entre l'exposition à ces risques et la survenue effective des affections et pathologies liées à cette exposition. Ce délai empêche ainsi la mise en évidence d'une relation claire et directe entre l'exposition et les maux.

L'origine multifactorielle, comme nous l'avons souligné en soulignant l'« aspécificité » des RPS, brouille le caractère potentiellement professionnel de la pathologie, le lien entre le risque et la sphère professionnelle pouvant être contesté, notamment par les acteurs patronaux défendant une vision restrictive du risque et un champ restreint de leur responsabilité dans l'occurrence des RPS.

Enfin, l'enjeu de poly-exposition fait écho à la multiplicité des situations de travail au cours de la carrière professionnelle d'un travailleur, ce qui implique de multiples expositions et de potentiels effets cumulatifs, suite d'expositions n'étant pas pris en compte, notamment dans les tableaux de maladies professionnelles (Mias, 2010). Cette poly-exposition potentiellement cumulative va également contribuer à limiter l'imputation de responsabilité à l'organisation du travail, et donc à l'employeur. Le fait que ces « nouveaux risques » soient plus abstraits, non liés directement à une machine, un produit ou une exposition spécifique et clairement identifiable mais plutôt à l'organisation du travail dans son ensemble constitue une dimension spécifique, particulièrement complexe.

De plus, comme nous l'avons déjà souligné dans le premier chapitre, au sein de la Section 3 intitulée « *Le champ des risques professionnels : un champ stratégique en tension* », le champ de la santé au travail est caractérisé par sa complexité, du fait qu'il ne puisse obéir aux trois impératifs du débat social, politique et culturel que sont la visibilité immédiate, l'instantanéité et la simplicité (Volkoff, 2008). Les RPS s'inscrivent d'une manière encore plus décisive dans cette complexité et dans cette « quasi-impossibilité » à obéir aux trois impératifs du débat. Nous verrons comment nous suivrons les préconisations de Volkoff dans le développement d'une approche compréhensive visant à comprendre et à interpréter la construction sociale des RPS, *via* l'étude des pratiques des consultants en gestion des RPS.

Enfin, une autre spécificité des RPS participant au flou conceptuel de ce phénomène semble reposer sur la participation du travailleur à la fabrication du risque (Ughetto, 2011) : en effet, contrairement aux risques professionnels dits traditionnels (risques physiques,

chimiques et bactériologiques principalement), les RPS, et plus largement les nouveaux risques professionnels tels que les TMS (Troubles Musculo-Squelettiques) ou le risque CMR (Cancérogène, Mutagène, Toxique), ne sont pas des risques « simplement fabriqués » par un employeur, auxquels il exposerait ensuite le travailleur. Ce dernier participe, de manière active ou passive, à la naissance et au développement du risque. C'est notamment le cas du *burnout* où le travailleur va contribuer à la fabrication du risque via un « sur-investissement au travail » et une implication qui sera considérée comme allant au-delà du nécessaire (Loriol, 2000). Ainsi, la scène des RPS est autant occupée par les travailleurs que par les employeurs, les premiers s'investissant dans leur travail tandis que les seconds exposent les premiers à des risques (Ughetto, 2011). Cette « implication » du salarié tend à dépasser la vision classique du salarié ignorant, ce dernier jouant, au contraire, un rôle dans la révélation des savoirs à partir de son rapport subjectif au travail, subjectivité accroissant la complexité et le flou conceptuel des RPS.

Sous-section 3. Des conditions de visibilité sociale restreintes

Les RPS font aussi l'objet de dénis, contribuant également à la complexité de délimitation et d'appréhension de ces risques. Ce déni, ou masque du travail (Gollac & Volkoff, 2006) peut revêtir une multiplicité de formes (Gollac et al., 2006) : déni lié à l'absence de signes tangibles, déni d'auto-défense, déni d'intériorisation mais également déni de résistance, par la mondialisation ou d'euphémisation.

Concernant le déni lié à l'absence de signes tangibles, il repose sur l'idée que « ce qui ne se voit pas n'existe pas » (Gollac & Volkoff, 2006). Ainsi, il est principalement le fait de l'encadrement, mais peut également être celui du travailleur lui-même, contribuant au flou conceptuel autour des RPS. Le déni patronal repose sur une logique historique de protection de l'activité économique et d'autoprotection, sorte de « réflexe d'autodéfense » visant à rejeter la mise en cause morale et juridique pour négligence ou mise en danger du travailleur dans l'exercice de son activité. Comme le souligne Moriceau (2009), ce déni patronal peut prendre la forme de deux types de discours défensifs à l'égard des RPS, et plus largement des risques professionnels : le premier type de discours tend à se focaliser sur une représentation négative de l'ouvrier, soulignant sa fragilité et occultant le travail et ses dangers ; le second

type de discours porte sur l'activité de travail mais minimise son impact sur la santé du travailleur.

Les travailleurs et les collectifs de travail peuvent eux-mêmes contribuer au développement et au renforcement de ces dénis, *via* un mécanisme d'auto-défense et/ou d'intériorisation du risque. Ainsi, certains collectifs banaliseront les RPS, ces idéologies défensives visant à « faire face » à une situation de travail dangereuse, en considérant ces risques comme « faisant partie du métier », et qu'il n'est de toute façon pas possible de faire autrement (Dejours, 1993). Ces masques (Gollac & Volkoff, 2006) ou silences autour des conditions de travail sont ainsi liées aux cultures professionnelles, au fait que la plainte soit « socialement mal vue », mais également liées à la valorisation de la capacité à affronter une situation risquée. Cette intériorisation du risque comme composante incontournable du métier constitue, en plus, un frein important à l'appropriation dans le cours du travail quotidien de la démarche de prévention (Kornig & Verdier, 2008).

Une autre forme de déni est liée à la posture de résistance du travailleur en l'absence notamment de régulation collective : il taira alors ses difficultés dans un contexte caractérisé par un accroissement massif des processus de compétition et de sélection, afin de ne pas être stigmatisé, voire évincé (Lhuilier, 2010a).

Progressivement, d'autres formes de dénis ont été mis en évidence : le « déni par la mondialisation », où l'existence des RPS, voire de souffrance mentale, n'est pas niée, mais où la possibilité de les réduire est rejetée, dans un monde en constante évolution et à la compétition mondialisée (Gollac & *al.*, 2006). Ici le phénomène de mondialisation constitue un « alibi », une explication commode permettant de banaliser, voire de « naturaliser » les RPS.

Enfin, le déni d'euphémisation du risque, souvent lié aux mécanismes d'auto-défense soulignés par Dejours (1993). Ce type de déni pourra ainsi apparaître suite au versement de compensations financières telles que des « primes de risque » notamment (Lhuilier, 2010b), tendant à développer des calculs du type « coût/avantage », ou plus précisément « risque/montant de la prime ». L'ensemble de ces dénis s'inscrivent dans une invisibilité croissante du travail réel, rendant difficile l'appropriation des effets du travail sur la santé (*ibid.*, 2010b) et la délimitation terminologique et conceptuelle des RPS.

Cependant, il serait erroné de considérer que l'existence de ces dénis est une nouveauté liée aux RPS et plus largement aux nouveaux risques professionnels. En effet, dès 1886, Léon Poincaré écrivait :

« Il ne faut pas compter pouvoir être renseigné sur place au sujet des troubles morbides éprouvés par les ouvriers. Les patrons et les contremaîtres sont naturellement portés à faire silence sur cette question. Ils en arrivent même à se persuader que leur industrie est toujours à peu près innocente. Quant aux ouvriers, ils sont dans l'industrie ce qu'ils sont partout. La crainte d'être mal notés près des maîtres et plus encore des plaisanteries de leurs camarades, développe en eux un sot respect humain qui les empêche d'avouer leur malaise. Ils en arrivent même à des actes de forfanterie. » (Poincaré, 1886 cité par Moriceau, 2009)

Ainsi, les limites vis-à-vis du champ des RPS et plus largement des enjeux psychosociaux de la santé au travail restent fortement débattues (Lhuilier et *al.*, 2010). À l'instar des TMS ou du stress, les RPS incitent à reposer la question de l'attribution de la responsabilité du phénomène et de l'imputation causale (Lhuilier, 2010a). Comme le souligne Gollac (2012), il existe aujourd'hui un double usage du terme « risques psychosociaux au travail » : le premier appréhende les RPS comme troubles de l'état psychosocial de certains travailleurs, ces troubles étant ainsi peu spécifiques au travail ; le second considère les RPS comme des risques spécifiquement, voire « intimement » liés au travail et engendrés par des mécanismes psychosociaux (Gollac, 2012). On passe ainsi d'une édulcoration des RPS, préservant la responsabilité de l'employeur, à une portée beaucoup plus globale, plus élargie, remettant en cause l'organisation du travail et la responsabilité de l'employeur à partir de la mise en débat du travail lui-même.

Les deux prochaines sections ont donc pour objectif d'illustrer dans un premier temps la manière dont les RPS peuvent s'inscrire dans une approche restrictive des risques professionnels, limitant la responsabilité de l'employeur, promouvant une logique de réparation et défendant l'idée d'une adaptation de l'homme au travail ; puis, dans un second temps, la manière dont les RPS peuvent être appréhendés *via* une approche élargie des risques professionnels, étendant la responsabilité de l'organisation du travail et de l'employeur, développant une logique de prévention et appuyant l'idée d'une adaptation du travail à l'homme.

Section 2. L'inscription des RPS dans l'approche restrictive des risques professionnels

L'objectif de cette seconde section est de mettre en évidence la manière dont les RPS peuvent s'inscrire dans une approche restrictive des risques professionnels, tant au niveau du terme RPS qu'au niveau des approches disciplinaires physiologique, épidémiologique et épidémiologique psychiatrique, psychologique cognitive et comportementale et ergonomique en termes de facteurs humains.

Sous-section 1. L'inscription du terme « RPS » dans l'approche restrictive

L'utilité de ce terme repose principalement sur le fait qu'il permet de cristalliser un phénomène complexe, comme une réponse conceptuelle à l'apparition de nouvelles pathologies (Lhuilier, 2010). En effet, ce terme permet de délimiter un champ autonome de problèmes réels et distincts, permettant une mise en mots de maux au périmètre flou. À l'opposé, le principal écueil de l'acronyme RPS repose sur son caractère « valise » au faible potentiel de déstabilisation car moins chargé émotionnellement que les concepts de souffrance ou de mal-être, permettant ainsi de faire prendre connaissance de l'existence d'un problème sans avoir à soutenir le débat social qu'il impliquerait (Davezies, 2001). Ce « mot de passe » (Clot, 1999), ou « expression schtroumpf » (Hubault, 2011) n'aide pas à l'intelligibilité de ce qu'il voudrait rendre visible. Ainsi, en voulant « tout dire », le terme RPS peut cantonner l'appréhension des maux désignés à la dimension individuelle, à l'instar du stress (Lhuilier, 2010a). De plus, la simple occurrence de cette notion comme « dépannage de l'esprit » tend à éclipser la question de l'organisation du travail et celle des mécanismes de destruction de la relation du travailleur à son travail et à lui-même (Barkat, 2011).

Au niveau des logiques d'action, le terme RPS constitue un frein en termes de prévention : en effet, en ne disant « pas grand chose » des situations de travail, ce terme ne permet plus de poser les problèmes précisément, autorisant la prise de parole sans maîtrise de contenu, devenant un terme difficile à contredire voire « hors de contrôle » (Coutarel, 2011). Dans certains cas, le terme RPS peut même permettre de convaincre les travailleurs qu'ils sont malades à cause du travail, mais le flou inhérent à la mobilisation de ce terme empêche

toute action efficace, voire accroît le mal, tendant alors vers le développement d'une logique de réparation (Coutarel, 2011).

De plus, parler de « risque » n'est pas neutre : en effet, cela induit une façon de concevoir la question de la santé au travail et notamment le rôle capital donné à la science. L'expression RPS est née de l'épidémiologie, approche s'intéressant à des « facteurs de risque » supposés homogènes et convergents, corrélés statistiquement avec diverses pathologies (Hubault, 2011). Cette approche en termes de risque est potentiellement problématique : elle pose le problème d'édulcoration de ce phénomène. Haubold (2009) souligne que cette approche constitue un effet de la pensée managériale, réunissant sous l'abstraction « risque » des événements hétéroclites, probables et pouvant potentiellement nuire à l'entreprise, à l'instar du risque pénal, civil, voire du risque d'image ou de réputation.

Ainsi, l'utilisation de la notion de risque permet le réemploi de schémas cognitifs déjà éprouvés, faisant référence aux risques professionnels dits traditionnels, permettant ainsi de ne pas brouiller les repères conceptuels routiniers en renvoyant notamment les négociateurs à un terrain connu (Ughetto, 2011). Parler en termes de risque facilitera l'application de l'approche restrictive des risques professionnels, le schéma classique dominant d'exposition d'un salarié par un employeur, ce dernier devant diminuer l'exposition du travailleur comme pour les machines dangereuses, les rayonnements, le bruit etc. Cette vision reproduit la logique d'appréhension toxicologique, où le risque est extérieur à l'individu passif. Daniellou (2009) illustre cette approche toxicologique en comparant le risque à un nuage toxique, extérieur au travailleur, planant au-dessus de l'entreprise et atteignant certains salariés, en priorité les plus fragiles. Comme le souligne dans leur rapport Nasse et Légeron, le terme RPS, constitué dans l'urgence suite à la montée des préoccupations psychosociales, tend à s'inscrire dans la lignée toxicologique et restrictive du risque, extérieur à l'individu, à l'instar des risques professionnels traditionnels (physiques, chimiques, bactériologiques...). Ces risques ne sont pas d'une nature différente des autres risques professionnels tels que les risques physiques, biologiques et chimiques (Nasse et Légeron, 2008). Ils sont un « état » et existent « en soi ». Il ne s'agirait donc que d'une « tranche catégorielle supplémentaire » rassemblant tout ce qui se situe « au-delà » de ces risques traditionnels, que ces derniers n'intègrent pas (Lhuillier, 2010b), sans toutefois re-questionner le schéma classique d'appréhension.

Il est intéressant de souligner que l'expression « risques psychosociaux au travail » a été promue par l'acteur patronal, permettant de mettre en cause un environnement de travail à risques (Marichalar & Martin, 2011) bien que les salariés et le monde syndical se soient progressivement appropriés ce terme (Gollac, 2012). Cette promotion semble liée au fait que le terme RPS est moins « marqué » que d'autres concepts tels que la « souffrance au travail », cette dernière tendant à faire remonter la cause à l'organisation du travail et aux responsables de la prescription organisationnelle, en l'occurrence les employeurs (Marichalar & Martin, 2011).

Sous-section 2. L'inscription des approches disciplinaires des RPS dans l'approche restrictive

L'inscription des RPS dans l'approche restrictive des risques professionnels ne se limite pas à la simple inscription du terme « RPS ». En effet, elle se décline également au niveau de plusieurs approches disciplinaires.

Ainsi, l'analyse du travail et de son organisation induit différentes approches disciplinaires : en effet, chacune des disciplines éclairant cette question apporte des réponses spécifiques permettant de rendre compte de la complexité des liens entre activité professionnelle et état de santé (Bruno, 2008). Il subsiste une double lecture, tant au niveau de la description du risque qu'aux solutions à apporter. Ces approches spécifiques marquent des façons différenciées de concevoir et de traiter les RPS. La focale analytique peut passer de l'adaptation individuelle aux situations stressantes aux conditions organisationnelles de travail (Loriol, 2006), d'approches disciplinaires restrictive des RPS à des approches disciplinaires élargissant la focale d'appréhension de ce phénomène.

Comme le soulignent Neboit et Vezina (2002), les premières explications scientifiques furent physiologiques et épidémiologiques, puis psychologiques, avant d'évoluer parallèlement à l'évolution du travail lui-même, avec le développement d'explications de type sociologique, psychodynamique et clinique de l'activité. Nous présenterons ici les approches disciplinaires physiologique, épidémiologique/épidémiologique psychiatrique, psychologique cognitive et comportementale et ergonomique en termes de facteurs humains, ces approches tendant à appréhender le risque et la responsabilité de l'organisation du travail dans une perspective

restrictive et promouvant la mise en place de solutions individualisées, correctives et/ou réparatrices¹⁵.

Les RPS au regard de l'approche physiologique

L'approche physiologique s'est principalement portée sur l'analyse des logiques d'occurrence du stress. Ainsi, le modèle déterministe de Selye (1956) se positionne du côté des contraintes du travail et de l'adaptation individuelle. Il aborde le stress comme une réaction de l'organisme face aux évolutions contraignantes de l'environnement. Le Syndrome Général d'Adaptation (S.G.A.) constitue un mécanisme biologique sain par lequel le corps répond à une demande externe via trois phases successives d'alerte, de résistance et enfin d'épuisement. Ce mécanisme devient pathologique uniquement quand il est chronique (Selye, 1956). En effet, dans un premier temps, l'organisme mobilise ses réserves en activant le fonctionnement des organes vitaux, *via* la libération d'hormones, source d'énergie pour un temps relativement court. Durant la phase de résistance, l'organisme va recourir à de nouvelles ressources d'énergie, en sécrétant du cortisol, un taux élevé étant toxique pour l'organisme car pouvant générer des pathologies cardiovasculaires. Enfin, la phase d'épuisement conduit à un stress chronique, l'organisme ne pouvant plus se défendre. Cette approche permet de comprendre la plausibilité biologique des effets à long terme d'une surexposition aux hormones du stress.

En s'intéressant en priorité aux grandes fonctions de l'être humain, notamment à ses fonctions adaptatives, Légeron (2004) considère que le travailleur doit s'adapter au même titre qu'il respire, digère et se reproduit. Cette approche psychiatrique, relativement proche épidémiologique psychiatrique que nous présenterons plus bas, reprend notamment la logique physiologique considérant le stress comme une réaction de l'organisme et un processus d'adaptation aux menaces et contraintes de l'environnement. Cette adaptation est considérée comme nécessaire à notre survie, et utile à condition que ces mécanismes biologiques et psychologiques soient déclenchés à bon escient et dans des limites acceptables (Légeron, 2004). Cette approche permet notamment de distinguer « bon stress » et « mauvais stress » (Edworthy, 2000), le niveau de performance et de stress étant corrélés (bon stress) jusqu'à un

¹⁵ Cette présentation par discipline ne doit pas nous conduire à une vision disciplinaire trop « compartimentée ». Les approches disciplinaires des RPS s'inscrivent rarement de manière « pure » dans l'approche restrictive ou dans l'approche élargie des risques professionnels. Cependant, une telle présentation nous paraît pertinente pour éclairer le positionnement relatif de chacune de ces approches dans la tension historique entre approche restrictive et approche élargie.

certain seuil à partir duquel le niveau de performance décroît avec l'augmentation du niveau de stress (mauvais stress).

Les RPS au regard de l'approche épidémiologique et épidémiologique psychiatrique

L'épidémiologie tend à repérer les causes des atteintes à la santé au moyen de l'étude statistique de la répartition de ces atteintes au sein des populations en fonction des caractéristiques des individus et de leur environnement (Bernard et Lapointe, 1987). Plus précisément, son objectif est d'identifier les facteurs ou expositions de l'environnement de travail pouvant augmenter le risque de survenue de problèmes de santé mentale (Niedhammer et al., 2002). Ainsi, l'épidémiologie a fait émerger trois modèles de référence visant à appréhender et à améliorer la compréhension des logiques d'occurrence des RPS, et plus largement des liens entre travail et santé : le modèle « Demande – Contrôle » de Karasek (Karasek, 1979 ; Karasek & Theorell, 1990), le modèle « Efforts – Récompenses » de Siegrist (Siegrist, 1996) et le modèle de justice organisationnelle (Greenberg, 1987 ; James, 1993 ; Moorman, 1991).

Le modèle de Karasek (Figure 2, page suivante) appréhende la demande psychologique adressée au travailleur, regroupant la charge de travail, les exigences mentales et les contraintes de temps associées au travail. La latitude décisionnelle renvoie aux possibilités d'agir du travailleur, sa latitude d'action et de décision, sa capacité d'exercer un certain contrôle sur son travail et de développer ses compétences et habiletés professionnelles (Valléry & Leduc, 2012). Ainsi, selon ce modèle, la combinaison d'une situation de travail combinant une forte demande (ou charge) psychologique de travail et une faible latitude (ou autonomie) décisionnelle crée une situation de *job strain* (Karasek, 1979), représentée par la case « Travail surchargé ». Ce modèle fut complété à la fin des années 80 par la dimension « soutien social au travail » (Johnson et Hall, 1988) : cette troisième dimension regroupe l'ensemble des interactions sociales nouées par le travailleur avec ses collègues et sa hiérarchie dans son activité de travail. Un soutien social élevé permettra alors de limiter les effets délétères d'une situation de *job strain*, notamment via le support informationnel, l'aide au travail et/ou l'appui émotionnel. Par contre, un soutien social faible, combiné à une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle, sont des facteurs de mauvaise santé et de troubles psychosociaux (Niedhammer et al., 2007). Ce modèle constitue l'un des

plus utilisés dans les recherches sur la santé au travail et autour de la question de l'évaluation des RPS, notamment l'enquête SUMER que nous avons préalablement citée.

Le modèle de Karasek

| | | DEMANDE PSYCHOLOGIQUE | |
|-----------------------------------|---------------|------------------------------|------------------------------|
| | | FAIBLE | ELEVEE |
| LATITUDE DECISIONNELLE | FAIBLE | Travail passif | Travail surchargé |
| | ELEVEE | Travail détendu | Travail dynamique |

Figure 2. Le modèle « Demande – Contrôle » de Karasek (1979)

Le modèle « Déséquilibre efforts – récompenses » de Siegrist (Figure 3, page suivante) considère qu'une situation de travail est caractérisée par une combinaison entre un niveau faible ou élevé d'efforts et un niveau faible ou élevé de récompenses. Ainsi, l'avantage de ce modèle réside dans le fait qu'il intègre des caractéristiques de la personnalité du travailleur dans le vécu des situations. En effet, toute situation de travail combinant efforts élevés et faibles récompenses entrainera certaines réactions pathologiques (Siegrist, 1996). Ici le travailleur, dans une logique d'échanges réciproque, attend une récompense, matérielle ou symbolique (salaire, estime, opportunités de carrière...), en retour des efforts réalisés (heures supplémentaires, sur-investissement...). L'absence de récompense, ou son niveau insuffisant, générera chez lui des troubles psychosociaux (Niedhammer et *al.*, 2007). À l'instar du modèle de Karasek, le modèle de Siegrist a largement été utilisé et validé par de nombreuses études (Valléry & Leduc, 2012).

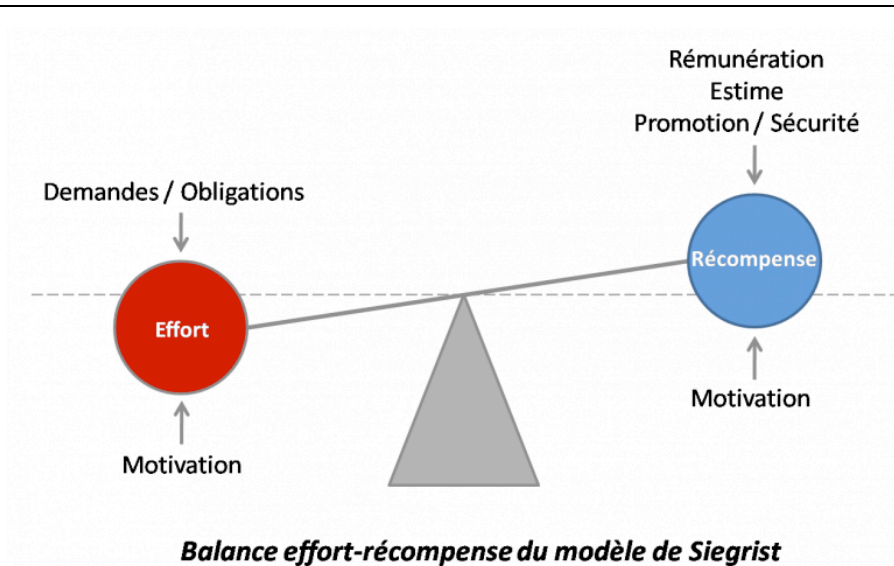


Figure 3. Le modèle « Déséquilibre efforts – Récompenses » de Siegrist (1996)

Enfin, la théorie de la justice organisationnelle étudie les perceptions des travailleurs et des groupes de travailleurs relatives au traitement reçu dans l'organisation et leurs réactions, conséquentes à ces perceptions (Greenberg, 1987 ; James, 1993). Ce modèle, mobilisé en santé au travail, tend à analyser leur « vécu » de situations qu'ils pourront juger comme injustes. Ainsi, deux dimensions de la justice organisationnelle sont traditionnellement distinguées : la justice distributive et la justice procédurale (Greenberg, 1987). La justice distributive constitue un construit individuel de type cognitif : la perception d'une répartition inéquitable des récompenses du travail par le travailleur par rapport à son investissement personnel peut faire émerger un sentiment d'inéquité, source de troubles psychosociaux. La justice procédurale porte plus spécifiquement sur le processus par lequel s'opère la récompense du travail. Ainsi, la perception qu'un processus de prise de décisions à l'origine des récompenses du travail est inéquitable tendra également à développer chez l'individu des troubles psychosociaux.

Bien que ces modèles appréhendent l'organisation du travail et permettent d'éclairer le lien entre organisation et santé des salariés, ils sont essentiellement centrés sur l'individu et son « vécu mental », restreignant la focale d'appréhension des RPS. La quantification statistique des facteurs de RPS pouvant entraîner une dégradation de la santé mentale des salariés (Bué et al., 2008) est basée sur des matrices liant de manière univoque exposition et pathologie. De plus, comme le soulignent Gollac et Bodier (2011), les études épidémiologiques reposent sur

l'utilisation de questionnaires standardisés recherchant des liens entre l'organisation du travail et un nombre limité d'aspects de la santé mentale des travailleurs. Ces modèles, bien qu'améliorant la compréhension de la complexité de la réalité psychosociale du travail (Vézina, 2008), restent ainsi limités aux manifestations individuelles des méfaits de l'organisation du travail, sans pour autant éclairer les éléments organisationnels potentiellement pathogènes s'exprimant à l'échelle de l'organisation.

Cette volonté d'objectiver la subjectivité au travail *via* des enquêtes épidémiologiques tend à « appauvrir » la vision du phénomène RPS, à le limiter à certaines variables forcément restrictives (Lhuilier, 2009). Ces modèles font l'impasse sur l'activité de travail comme processus dynamique, marqué par l'action de l'opérateur (Vaxevanoglou, 2002). Ils supposent une simplification des descripteurs de la réalité, négligeant les « parts d'humanité » que d'autres analyses, notamment plus qualitatives, permettent de mettre en relief (Derriennic & Vézina, 2001).

Enfin, comme le présente le Collège d'expertise (Gollac & Bodier, 2011), les psychiatres publient de nombreuses études de type épidémiologique, en privilégiant la santé mentale et l'analyse des troubles mentaux. Les RPS sont appréhendés comme des syndromes de type psychiatrique étant, par définition, internes au fonctionnement de l'individu, défendant de fait une appréhension restrictive des RPS.

Les RPS au regard de l'approche psychologique cognitive et comportementale

Popularisée par les approches interactionniste et transactionnelle, cette approche analyse les perceptions et les réponses de l'individu à partir de ses modèles psychologiques et cognitifs : ainsi, le stress, terme le plus souvent mobilisé dans les études de type psychologique cognitive et comportementale, sera lié à une perception par l'individu d'une demande de l'environnement excédant la perception de ses propres ressources pour y faire face (Neboit et Vézina, 2002). Cette définition du stress professionnel est notamment la définition retenue par l'AESST¹⁶. Ces travaux tendent à dépasser les modèles de type déterministe et linéaire en intégrant une conception systémique. Ainsi, le mécanisme du stress

¹⁶ Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail

n'est pas réduit à une relation « stimulus – réponse » ou « cause – effet » (*ibid.*, 2002), mais réside dans le processus de perception cognitive de l'individu.

Le modèle interactionniste appréhende les interactions entre l'individu et son environnement et les réponses de l'individu à partir de ses propres modèles psychologiques. Le stress est ainsi appréhendé comme un phénomène global devant tenir compte d'un ensemble de données en interaction. Ce processus cognitif guidera la façon d'affronter le stress et les RPS, ainsi que la façon de percevoir l'agression. Ce modèle distingue deux *patterns* comportementaux, deux types de comportement individuels: le comportement de type A est caractérisé par une motivation et une ambition élevées, maintenant un haut niveau d'effort et d'impatience, souhaitant avoir un contrôle total de son environnement ; le comportement de type B est quant à lui caractérisé par sa capacité de relaxation, sa patience, l'absence de sentiment d'urgence et de volonté de contrôle (Ivancevich & Matteson, 1988 ; Ivancevich et *al.*, 1990).

Le modèle transactionnel, popularisé par Lazarus et Folkman (1984), analyse l'état cognitif dynamique de l'individu, ce dernier émettant une réponse à un stimulus de son environnement. Cette approche souligne l'importance et le rôle de la perception subjective d'une situation. Contrairement au modèle interactionniste, ce n'est pas la situation en elle-même qui est importante, mais les ressources et capacités individuelles à mettre en place des stratégies individuelles ou collectives. Ainsi, la source de stress ne réside ni dans l'individu, ni dans l'environnement, mais est intégrée dans un processus dynamique où l'individu est en transaction avec son environnement (Cooper, 2001 ; Cooper et *al.*, 2001). Le sujet mettra donc en place des stratégies d'adaptation ou d'ajustement, dites *coping*, dépendant de ses ressources cognitives personnelles (Ben Zur, 2009 ; De Keyser & Hansez, 1996). Ces stratégies sont les processus que l'individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant pour maîtriser l'impact potentiel de celui-ci sur sa santé (Banyasz, 1998). Différents modérateurs individuels sont appréhendés: la personnalité de l'individu, sa « robustesse » (*hardiness*), son estime de soi, son optimisme, son sentiment de contrôle (Cooper et *al.*, 2001).

Ces approches reconnaissent, en plus du rôle central de l'individu, l'influence de l'environnement et du contexte de travail dans l'apparition de maux psychosociaux, le fait qu'ils fournissent des ressources à l'individu et qu'ils posent des contraintes (Mackay &

Cooper, 1987). Cependant, cette approche tend à dissimuler les problèmes du travail et de son organisation et à concevoir les RPS comme un problème strictement personnel, déconnecté de l'organisation du travail et de la responsabilité de l'employeur (Davezies, 2005). C'est ainsi que les approches en termes de *coping* minimisent le rôle de l'environnement social (Loriol, 2006).

Enfin, il convient ici de légèrement atténuer la stricte inscription de la psychologie cognitive et comportementale dans l'approche restrictive des RPS : en effet, comme le souligne le Collège d'expertise, les méthodes utilisées par cette discipline peuvent différer d'un courant de pensée à l'autre, certaines analyses pouvant notamment intégrer les approches fondées sur le rôle de l'organisation dans l'occurrence des RPS, notamment celles des ergonomes de l'activité (Gollac & Bodier, 2011), même si cet élargissement de la focale d'appréhension des RPS par la psychologie cognitive et comportementale reste marginal.

Les RPS au regard de l'approche ergonomique en termes de facteurs humains (ou « Human Factors »)

Comme le souligne Volkoff (2010), il existe deux approches de type ergonomique : l'approche anglo-saxonne en termes de facteurs humains, ou *human factors*, et l'approche francophone en terme d'ergonomie de l'activité. La première, également appelée « ergonomie du composant humain » (Montmollin, 1995), étudie les propriétés de l'homme en laboratoire, ses savoirs, ses capacités et ses limites afin de concevoir des systèmes adaptés, d'adopter la situation de travail la plus adéquate, au regard des spécificités individuelles. Cette ergonomie, née de la tradition américaine de recherche sur le travail humain, se distingue de l'ergonomie de l'activité où l'analyse porte sur l'activité des travailleurs en situation réelle, dans une optique d'accompagnement de la conception et de la réalisation du travail (nous l'aborderons plus en détail dans la section suivante).

Ainsi, l'approche en termes de *human factors* s'inscrit dans une approche restrictive des risques professionnels : l'objectif est d'explorer un aspect précis de la tâche ou de l'environnement de travail, restreignant de fait la focale d'appréhension des logiques d'occurrence des RPS. De plus, le fait que ces recherches n'impliquent pas l'observation de situations réelles de travail (Volkoff, 2010) tend à favoriser cette approche parcellaire. En

effet, les choix seront plutôt d'ordre technique, concernant notamment les dimensions des machines, les aménagements physiques, une conception spécifique d'outils et d'équipements, traduisant une appréhension « technique » de la situation de travail. La question des risques professionnels tend ici à se limiter aux risques d'hygiène et de sécurité de la situation de travail, sans prendre en considération les risques liés au travail en tant que tel, notamment dans leur dimension psychosociale.

Les RPS peuvent donc être appréhendés *via* une approche restrictive. La présentation des courants disciplinaires développant une telle approche souligne le fait que les RPS peuvent être circonscrits à des phénomènes inéluctables et/ou individualisés, négligeant ou limitant le rôle du travail et de son organisation dans l'apparition des RPS. Ainsi, l'approche physiologique considère les RPS comme une réaction naturelle de l'organisme, l'approche épidémiologique comme le vécu mental d'un travailleur exposé à ces risques, l'approche psychologique cognitive et comportementale comme la perception subjective d'un déséquilibre entre demande de l'environnement et ressources pour y faire face, et l'approche ergonomique en termes de facteurs humains comme une question d'ordre strictement technique, liée à la conception de l'espace de travail. Le succès médiatique de l'ouvrage de Marie-France Hirigoyen paru en 1998, intitulé « *Le harcèlement moral* » (Hirigoyen, 1998) témoigne de la prédominance de l'approche restrictive des RPS : en effet, plus qu'un simple sujet « à la mode », le succès de cet ouvrage semble tenir « *à la congruence de cette approche avec une manière contemporaine de penser les rapports sociaux comme des rapports interpersonnels* » (Lhuilier, 2010a, p. 17), tendant à considérer l'individu au travail comme le niveau le plus pertinent du débat, RPS y compris. Les RPS ne sont donc ici pas considérés comme étant d'une nature différente des risques professionnels dits traditionnels (Nasse & Légeron, 2008), ce phénomène étant un « état en soi », que le sujet « porte ».

Sous-section 3. La promotion d'une logique de réparation et d'adaptation de l'homme au travail

Ces approches, qui peuvent pour certaines relever d'un « nouvel hygiénisme » (Clot, 2010), c'est-à-dire tendant à repérer des facteurs de risque isolés, des éléments externes pathogènes troublant le fonctionnement d'un organisme sain (l'exemple du nuage toxique est

souvent mobilisé comme illustration), présentent un écueil majeur : elles empêchent de penser une transformation globale du travail, le déploiement par les travailleurs eux-mêmes d'une activité personnelle indépendante, visant à parler du travail, à mettre en place des régulations en lien avec cette activité, à débattre sur le travail. L'approche restrictive, sous ses différentes formes et voies disciplinaires, cherchera plutôt à promouvoir une action visant à « éradiquer » les facteurs de risque inéluctables, afin d'assurer des conditions de travail salubres à des travailleurs supposés subir passivement leur environnement professionnel (Gollac, 2012), et à prendre en charge les « malades du travail », dans une perspective individuelle de renforcement et/ou de soin.

Les RPS seront ainsi considérés comme un risque individuel, à traiter au niveau de l'individu. Bien que certaines approches restrictives des RPS appréhendent l'environnement de travail, les ressources et contraintes issues de cet environnement, l'échelon pertinent d'intervention sera l'individu, la prévention des RPS étant placée dans la lignée de la prévention des risques physiques, chimiques et biologiques (Bué et *al.*, 2008). C'est ainsi que la logique de résolution des RPS s'orientera vers une chasse aux « fragiles » et aux « vulnérables » (Lhuilier, 2010a), les RPS étant appréhendés comme un dysfonctionnement individuel sur lequel il convient d'agir. Lhuilier (2010a) souligne comment cette approche psychologisante est répandue dans l'opinion publique, accréditant l'idée de capacités individuelles de résistance et d'adaptation aux RPS.

Selon Murphy (1988), inspiré par les travaux de Caplan (1964), ces niveaux d'intervention relèvent du niveau secondaire et tertiaire.

Le niveau secondaire tend à aider l'individu à gérer plus efficacement les exigences et contraintes du travail, potentielles sources de RPS, en améliorant ses stratégies d'adaptation à ces sources, ou en renforçant sa résistance via le soulagement des symptômes associés. Ces actions correctives peuvent prendre différentes formes : formation à la gestion du temps, restructuration cognitivo-comportementale, coaching, pratiques de relaxation, voire mise en place d'aides matérielles comme une crèche ou une conciergerie d'entreprise. L'objectif est ici de « former à gérer pour se protéger » (Lhuilier & Litim, 2009), et de stopper le développement de symptômes avant l'état de maladie.

Le niveau tertiaire a pour objectif de traiter et de réhabiliter l'individu : comme le soulignent Cooper et Cartwright (1997), ces interventions ont pour objet de soigner l'individu et de progressivement l'intégrer dans un processus de retour au travail, via une logique de prise en charge et de suivi individualisé. Il s'agit ainsi de réponses d'urgence à des salariés en souffrance, visant à réduire les conséquences individuelles des RPS. La mise en place d'une assistance psychologique, d'un numéro d'appel d'aide et de soutien, de cellules d'écoute, de consultations spécialisées, de groupes de parole post-traumatiques ou de séances de méditation constitue des solutions de type tertiaire visant à rendre supportable l'insupportable (Lhuilier & Litim, 2009)

Comme le souligne le Collège d'expertise (Gollac & Bodier, 2011), le niveau tertiaire relève strictement du soin de l'individu, de l'adaptation de l'individu aux contraintes du travail. Le niveau secondaire semble se situer dans un « entre-deux » entre réparation et prévention, entre soulagement des symptômes et prise en compte des sources de RPS. Ces « solutions restrictives », ou « amortisseurs psychologiques » (Clot, 2008), témoignent d'une psychologisation croissante des relations de travail (Bouffartigue, 2010 ; Pauly et Viers, 2008), les travailleurs étant ainsi placés « sous perfusion psychique » (Clot, 2008), ces solutions considérant le travail comme un contexte hors de son action (Lhuilier & Litim, 2009). Ces approches appréhendant les RPS comme un dysfonctionnement individuel sur lequel il convient d'agir sont répandues dans l'opinion publique, et les programmes d'aide aux employés sont très développés en Amérique du Nord et dans les pays anglo-saxons, accréditant l'idée de capacités individuelles de résistance et d'adaptation aux RPS (Lhuilier, 2010a).

Enfin, les dispositifs de type épidémiologique d'observation de la santé en relation avec le travail ne s'inscrivent pas dans la typologie de type secondaire ou tertiaire : en effet, ces dispositifs n'ont pas pour objectif premier l'action au niveau individuel mais l'établissement d'indicateurs permettant la quantification du poids de l'activité professionnelle sur l'état de santé de la population générale. Ils permettent également de repérer des secteurs et des professions à risque élevé, afin notamment d'alerter sur des problèmes en lien avec le travail (Goldberg & Imbernon, 2008). Cependant, ces dispositifs tendent également à appréhender de manière restrictive les RPS : en effet, en les réduisant à quelques indicateurs, ils ne permettent pas d'appréhender les « parts d'humanité » du travail (Neboit & Vezina, 2002). Ils peuvent toutefois améliorer la compréhension de la complexité de la réalité psychosociale,

même si la mise en œuvre d'interventions organisationnelles à partir de ces indicateurs (Niedhammer & *al.*, 2002 ; Vézina, 2008) semble devoir reposer sur une combinaison entre ces méthodes quantitatives et des méthodes plus qualitatives (Siegrist, 2012), élargissant la focale d'appréhension des RPS.

Nous avons donc présenté dans cette section la manière dont les RPS peuvent s'inscrire dans une approche restrictive des risques professionnels : le terme « RPS », en lui-même, peut contribuer à cette appréhension restrictive, son caractère « valise » pouvant éclipser la question de l'organisation du travail. De plus, la mobilisation du terme « risque » inscrit ce phénomène dans une tradition épidémiologique s'intéressant aux facteurs de risque, ce réemploi de schémas cognitifs existants inscrivant les RPS dans la continuité des risques professionnels dits traditionnels. Certaines approches disciplinaires promeuvent également une approche restrictive : réaction naturelle de l'organisme, vécu mental d'un travailleur exposé à ces risques, perception subjective d'un déséquilibre entre demande de l'environnement et ressources pour y faire face ou question d'ordre strictement technique liée à la conception de l'espace de travail, ces approches concourent à la mise en place de solutions individualisées de type secondaire ou tertiaire. La **section 3** présentera comment les RPS peuvent s'inscrire dans une approche élargie des risques professionnels, également au niveau du terme « RPS » et de certaines approches disciplinaires.

Section 3. L'inscription des RPS dans l'approche élargie des risques professionnels

L'objectif de cette troisième section est de mettre en lumière la façon dont les RPS peuvent s'inscrire dans une approche élargie des risques professionnels, tant au niveau du terme RPS qu'au niveau des approches disciplinaires ergonomique de l'activité, clinique de l'activité, psychodynamique du travail et sociologique.

Sous-section 1. L'inscription du terme « RPS » dans l'approche élargie

Comme nous l'avons abordé au sein de la section précédente, l'acronyme RPS permet de cristalliser un phénomène complexe aux frontières floues (Lhuilier, 2010). Cependant, son caractère « fourre-tout » tend à éclipser la question de l'organisation du travail. De plus, l'approche en termes de « risque » l'inscrit dans la continuité des risques professionnels dits traditionnels (physiques, chimiques, bactériologiques), approche édulcorant ce phénomène et le rendant peu « déstabilisant », notamment pour l'acteur patronal qui est à l'origine de cet acronyme (Marichalar & Martin, 2011).

Cependant, bien que le terme RPS soit peu propice à une démarche de type clinique, singulière et qualitative (Coutarel, 2011), sa simple occurrence permet d'amorcer le débat. En effet, la diffusion dans la sphère publique de ce terme, son adoption « fulgurante » dans les sphères de négociation et politico-médiatique témoigne d'une certaine utilité de ce terme. Parler de RPS, c'est également permettre de parler de son travail, de reparler des questions de santé, de légitimer ce débat, et d'avancer l'idée qu'il existe un problème, voire de poser la question de l'engagement et de l'activité des acteurs (*ibid.*, 2011). En ce sens, parler des RPS peut permettre de mettre l'accent sur la façon dont l'activité de travail est organisée et réalisée par les salariés, induisant ainsi un élargissement de la focale d'appréhension de ce phénomène.

Comme nous l'avons également souligné dans la section précédente, les RPS permettent de penser un « au-delà » des risques professionnels dits traditionnels (Lhuilier, 2010b), une « tranche catégorielle supplémentaire » ne re-questionnant pas, de fait, le schéma classique d'appréhension des risques. Cependant, penser cet au-delà peut permettre aux acteurs de se

saisir d'une réalité plus complexe, plus obscure, méritant que l'on s'y attarde, voire que l'on s'y emploie « autrement », notamment en se focalisant plus sur le « PS » de RPS que sur le « R ». Ainsi, cette nouvelle dimension psychosociale peut renvoyer à des éléments relationnels et organisationnels de la vie au travail (Douillet, 2010). Bien que cette combinaison nouvelle de mécanismes psychiques et sociaux soit peu aisée, elle permet de faire surgir une différence de domaine, une spécificité propre à un phénomène nouveau, ne pouvant plus être pensé dans les schémas d'analyse classiques industriels (Ughetto, 2011). Le fait qu'une expression promue par le monde patronal (Marichalar & Martin, 2011) a progressivement été appropriée par les salariés et le monde syndical (Gollac, 2012) témoigne également de l'utilité de ce terme à mettre des mots sur un phénomène existant mais difficile à cerner : le « psychosocial » (Ughetto, 2011).

Sous-section 2. L'inscription des approches disciplinaires dans l'approche élargie

L'objectif de cette sous-section est de présenter les approches disciplinaires permettant d'éclairer le second type de lecture du phénomène RPS après l'approche restrictive s'intéressant à l'individu et à son vécu mental : l'approche élargie considérant le travail et son organisation. Nous présenterons ici les approches ergonomique de l'activité, clinique de l'activité, psychodynamique du travail et sociologique.

Les RPS au regard de l'approche ergonomique de l'activité

Comme nous l'avons souligné, il existe deux approches de type ergonomique : l'approche anglo-saxonne en termes de facteurs humains (*human factors*) et l'approche francophone en terme d'ergonomie de l'activité (Volkoff, 2010). Tandis que la première étudie les propriétés de l'homme en laboratoire afin de concevoir des systèmes adaptés, la seconde analyse l'activité réelle des travailleurs, l'activité en situation, et la met en relation avec l'activité prescrite telle qu'imaginée par les prescripteurs (management et responsables hiérarchiques).

Ici, les RPS naissent de l'écart pouvant survenir entre le travail prescrit et le travail réel : en effet, l'organisation du travail prescrite est composée de contradictions, de situations ne pouvant être anticipées, le travailleur devant alors les résoudre. L'activité réelle est ainsi une

épreuve pour le travailleur, et son état de santé dépendra de ses ressources et marges de manœuvre pour y faire face.

La question du travail est ici appréhendée dans sa complexité : en effet, ici, le travail n'est pas considéré comme une « simple » tâche à réaliser mais comme une activité déployée visant à faire face à ce qui n'est pas donné par l'organisation prescrite du travail (Davezies, 1991), l'organisation pensée en amont, loin de la situation effective de travail. Cette approche inscrit les RPS dans une conception élargie des risques professionnels : ici, la santé du travailleur résulte des interactions entre les caractéristiques du travail et de l'environnement d'un côté, la personne au travail de l'autre (Gollac & Bodier, 2011 ; Guérin & *al.*, 2001). L'approche ergonomique de l'activité n'envisage pas les RPS en termes d'exposition du travailleur à des facteurs pathogènes, mais via les impossibilités de régulation du travailleur.

Les RPS au regard de l'approche clinique de l'activité

La « clinique de l'activité » s'inscrit dans l'analyse du travail, en considérant la subjectivité du travailleur, son vécu au travail, ses émotions et affects (Clot, 2008). Ici, le travailleur est appréhendé comme un agent sensible en quête de reconnaissance de son identité (Lhuilier et Litim, 2009), il est engagé au-delà des seuls aspects physiques et cognitifs (Davezies, 2005). Cette analyse du travail repose sur le triptyque « Pouvoir agir/Pouvoir débattre/Pouvoir penser » du travailleur sur sa propre activité. La question du travail n'est donc pas un simple décor contextuel : elle est à la base de la transformation de la réalité et de la confrontation au réel (Clot & Lhuilier, 2006). Ainsi, un milieu de travail « normal » sera un milieu dont l'organisation reste à la fois la source et ressource de développement de l'activité du travailleur pour et par le travailleur lui-même (Clot & Litim, 2008).

L'une des spécificités de l'approche clinique de l'activité est la prise en compte du « réel de l'activité », c'est-à-dire « *ce qui ne se fait pas, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir – le drame des échecs – ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs (et) ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ; ce qui est à refaire et tout autant ce qu'on avait sans avoir voulu le faire* » (Clot, 2008, p.89). Le travailleur fera donc des efforts pour « ne pas faire » certaines choses, Clot (1997) parlant d'« activité empêchée », « suspendue », « contrariée » ou « rentrée », phénomènes au cœur de la

souffrance au travail. En effet, dans cette conception, les RPS naissent de l'impuissance à dire, à faire, à raconter et à s'estimer : il s'agit d'un sentiment de vie contrarié, tandis que la santé est un sentiment de vie retrouvé (Lhuilier, 2010b).

L'amputation du « pouvoir d'agir » contribue à l'apparition d'une rupture entre les préoccupations réelles des travailleurs et les buts de l'organisation auxquels il faut s'astreindre. Le travailleur ne parvient plus à se reconnaître dans son travail, l'objectif du travail lui devenant alors étranger. Le travail n'a plus de sens pour le sujet, qui ne peut plus se prouver qu'il « peut » (Clot & Litim, 2008 ; Lhuilier, 2009). Cette amputation du pouvoir d'agir est un dysfonctionnement organisationnel empêchant l'expression du pouvoir normatif de chacun durant l'activité de travail (Clot, 1999 ; Clot, 2008a). L'opérateur ne peut plus réfléchir à son travail, sur son travail, rendre le contenu relationnel de son activité plus explicite (Davezies, 2004a).

Cette prise en considération de la singularité de l'activité réelle de travail d'une personne est constitutive d'une approche élargie des risques professionnels : en effet, la situation de travail ne se limite pas à la vision théorique des concepteurs et organisateurs. La prise en compte de l'activité de régulation de l'opérateur, adaptant ses modes opératoires pour gérer les variations de son propre état et celles de la situation productive permet d'élargir la focale d'analyse, le travail n'étant jamais la simple exécution d'une tâche prescrite par l'organisation (Clot, 2008 ; Clot & Litim, 2008).

De plus, l'approche clinique de l'activité partagée avec la psychodynamique du travail (que nous allons présenter ci-dessous) l'importance des collectifs de travail : le « pouvoir d'agir » dépend d'une « dynamique intersubjective » et de « stratégies collectives de défense » (Dejours, 2000). C'est ainsi que pour Clot et Dejours, la « santé » (ou « normalité ») se gagne avec les « autres », c'est-à-dire les acteurs composant le collectif de travail, permettant pour le premier auteur de recréer du pouvoir d'agir (Clot, 2008) et pour le second de compenser le « perdu » du travail (Dejours, 1993 et 2000).

Les RPS au regard de l'approche psychodynamique du travail

La « psychodynamique du travail » (Dejours, 2000) prend ses racines dans la « psychopathologie du travail » qui a pour objet d'étude la souffrance psychique résultant de

la confrontation des individus à l'organisation du travail. Cette « nouvelle » discipline devait ainsi permettre d'aller au-delà des limites de la psychopathologie du travail, qui ne permettait pas d'analyser au mieux les impacts de l'organisation du travail sur la santé des travailleurs, sa vision reposant trop sur une logique « causes – effets ». Dejours appréhende alors les affects, les désirs, les passions de l'individu au travail, qui sont à la base de son engagement dans le travail, et de situations potentielles de souffrance.

L'approche psychodynamique du travail introduit alors la structure de la personnalité dans le rapport homme/travail, pour analyser ce que la confrontation à la tâche représente pour lui (Dejours, 1980) et à quel « prix » se fait l'ajustement entre organisation du travail prescrite et réelle (Dejours, 2000). Ici, les RPS, ou plus précisément la souffrance mentale, naît de l'inadaptation (ou inadéquation) entre les besoins issus de la structure mentale de l'opérateur et le contenu ergonomique de la tâche (Dejours, 1980 et 2000). L'opérateur mobilise son corps, son inventivité, sa créativité pour compléter l'organisation prescrite et ses contradictions. Cette mobilisation subjective dans le travail entraîne un certain besoin de reconnaissance du travailleur. Cette reconnaissance selon Dejours (2000) s'obtient par le « jugement de beauté », délivré par les pairs en référence aux règles de métier, et par le « jugement d'utilité », délivré par la hiérarchie ou la clientèle.

Cette approche souligne la centralité du travail dans la construction des identités, l'importance de la reconnaissance dans le vécu subjectif du travail, élargissant de fait l'approche des RPS aux questions du travail, d'identité et de reconnaissance, le travail étant une activité « sublimatoire », terme freudien repris par Dejours (2000). L'ennui ou la peur sont ainsi deux types de souffrance posant la question de l'utilité au travail, de la dignité, dimensions construites en lien avec une activité de travail, sa spécificité, sa complexité. De plus, la mise en place de stratégies collectives de défense comme moyen de protection des individus vis-à-vis de situations de souffrance mentale témoigne la portée globale des RPS pour l'approche psychodynamique du travail.

Les RPS au regard de l'approche sociologique

L'approche sociologique a pour objectif de prendre en compte le subjectif et le replacer dans l'organisation du travail et dans les dynamiques de groupe (Loriol, 2009).

Comme le souligne le Collège d'expertise, les travaux sociologiques intègrent l'observation des RPS dans un contexte plus vaste, permettant d'améliorer la compréhension de leur genèse (Gollac & Bodier, 2011). Il est possible de distinguer deux postures sociologiques vis-à-vis des RPS : la posture constructiviste et la posture objectiviste.

La posture constructiviste considère les RPS, et plus largement les maux du travail, comme une construction locale qui s'exprimera spécifiquement à un groupe ou à un collectif de travail (Loriol et *al.*, 2006). Ainsi, en se focalisant sur le phénomène de la fatigue au travail, Loriol (2003) met en évidence la structuration des discours de collectifs de travail entre « bonne » et « mauvaise » fatigue, cette expression se « coulant » dans des représentations partagées de ce qui constituerait la pénibilité spécifique du travail (Loriol, 2003). Les RPS font l'objet d'une diversité des représentations sociales, de mises en forme collectives, de constructions sociales spécifiques aux collectifs de travail. Dans une perspective relativement proche de l'approche en termes d'ergonomie de l'activité, l'impossibilité pour un collectif de construire ce qu'est le « travail bien fait », de partager des normes et des valeurs donnant sens à l'activité, peut faire émerger des RPS, des tensions, le collectif ne pouvant plus assurer sa fonction de bouclier. Ici le collectif de travail fournit un espace d'expression, de développement, de confiance et de construction de la santé (Davezies, 2005). La compréhension sociologique constructiviste des RPS nécessite l'analyse de chaque contexte dans sa spécificité, la prise en compte des milieux professionnels, des valeurs et des moyens dont les acteurs disposent (Loriol, 2009).

La posture objectiviste sociologique appréhende les RPS dans une logique d'approche plus large, analysant l'évolution des conditions de travail et de l'environnement de travail. Les RPS sont alors le fruit de transformations structurelles du travail, de l'emploi, voire même du salariat et de la société, concourant à l'évolution des représentations des difficultés professionnelles par les travailleurs. De plus, certains travaux sociologiques soulignent l'importance des ressources, notamment du salariat, pour une réappropriation des enjeux de la souffrance au travail en termes de mise en débat des conditions et de l'organisation collective du travail, sortant ainsi de la tendance psychologisante dominante (Bouffartigue, 2010). Ainsi, Paugam (2000) relie qualité du travail et qualité de l'emploi, tandis que Burchell étudie le poids des transformations des organisations sur les conditions mentales et physiques de travail (Burchell & *al.*, 2002).

Ces deux postures sociologiques inscrivent les RPS dans une approche élargie des risques professionnels : en effet, ce phénomène est ici appréhendé *via* son étiquetage et/ou les questions de conditions de travail, permettant de mettre en relief la dimension collective des RPS, et l'importance de phénomènes globaux, non strictement individuels, dans l'apparition et le développement de ces risques.

Les RPS peuvent donc être appréhendés *via* une approche élargie. La présentation des courants disciplinaires développant une telle approche souligne le fait que les RPS peuvent être étendus à des phénomènes liés au travail et à son organisation, ne se limitant pas aux sources individuelles dans l'apparition des RPS. Ainsi, l'approche ergonomique de l'activité considère les RPS comme l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, l'approche clinique de l'activité comme l'amputation du pouvoir d'agir, l'approche psychodynamique comme l'inadéquation entre les besoins issus de la structure mentale et le contenu ergonomique de la tâche, l'approche sociologique comme une construction locale collective et/ou une transformation des conditions de travail. Ces approches ont ainsi la volonté de « passer par le travail » : ce n'est ni le sujet en soi qui porte le risque, ni l'environnement, mais l'interactivité du sujet et du réel (Hubault, 2011). L'enjeu est de construire une vision de l'organisation qui pense et traite « autrement » le rapport de l'organisation à la santé et au travail (Gollac, 2012 ; Hubault, 2011).

Sous-section 3. La promotion d'une logique de prévention et d'adaptation du travail à l'homme

Ces approches permettent de penser une transformation globale du travail, de son organisation et du fonctionnement des collectifs. Cette approche élargie, sous ses différentes formes et voies disciplinaires, permet de développer une logique d'action basée sur un principe de prévention et d'action en amont, agissant sur le travail, ses conditions et son organisation. Les RPS seront ainsi considérés comme un risque organisationnel, l'échelon pertinent d'intervention étant l'organisation du travail. Cette promotion d'une action sur l'organisation s'oppose à la chasse aux « fragiles » et « vulnérables » (Lhuillier, 2010a), les RPS n'étant plus considérés comme un dysfonctionnement individuel. Comme le souligne

Molinier (2009), loin des logiques de relaxation, d'amélioration de l'hygiène de vie ou d'augmentation de la résistance au stress, c'est le contenu du travail qu'il faut modifier.

Cette logique d'action se basera sur une posture de compréhension de la réalité sociale et culturelle de l'organisation, sur une volonté de redonner du sens à des pratiques, notamment gestionnaires, à agir « en lien » avec le réel du travail. L'enjeu de cette action préventive repose notamment sur le décryptage des modes de régulation du système socio-organisationnel et des logiques d'acteurs, sur l'identification des dynamiques d'action favorables au développement de l'organisation (Cabé & Robert-Tanguy, 2008). Développer le « pouvoir d'agir » afin de construire un monde pour vivre et non simplement vivre dans un monde donné, en permettant aux acteurs de se re-crée, de s'approprier la réalité du travail et de redonner du sens à l'activité à partir du « travail bien fait » (Clot, 2008) ; « désempêcher » le fonctionnement des collectifs de travail, leur créer des marges de manœuvre afin que le travailleur puisse porter la responsabilité de ses actes et s'accomplir dans son travail par le travail (Canguilhem, 2002) ; promouvoir la mise en débat du travail, l'expression des acteurs afin de permettre au collectif de travail de jouer son rôle de ciment de la solidarité (Davezies, 2005).

Pour reprendre la typologie de Murphy (1988), ce niveau d'intervention relève du niveau primaire : il s'agit d'une démarche collective visant à agir au niveau des sources de RPS dans l'organisation, en agissant directement sur les conditions de travail, l'organisation du travail, et le travail lui-même. Ce type de démarche est reconnu comme étant le plus efficace à long terme, la seule attitude réellement préventive (Quick & al., 1992), l'action portant sur l'identification en amont des sources et causes des RPS, et non sur la guérison des symptômes (Cooper & al. 2001). Comme le souligne le Collège d'expertise, « *la prévention primaire consiste à prévenir les risques psychosociaux au travail en agissant sur leurs causes plutôt que sur leurs conséquences* » (Gollac & Bodier, 2011, p.26).

Les actions de type primaire s'opposent ainsi au « despotisme compassionnel » inhérent à la mise en place d'une écoute psychologique et d'accompagnement individualisé des salariés (Clot & Zarifian, 2009). Ici, c'est le travail qu'il faut soigner, et non l'individu. L'objectif est de donner des ressources à l'organisation, de permettre aux travailleurs de ne pas être à l'étroit dans l'organisation, favoriser la négociation portant sur les critères qualitatifs du travail. La prise en compte des contraintes réelles de l'activité de travail est centrale :

contrairement à l'approche « à froid » de l'approche ergonomique en termes de facteurs humains, l'analyse de l'activité réelle est un moyen central de compréhension et de transformation (Daniellou & Béguin, 2004 ; Petit & *al.*, 2009). Cette analyse doit permettre de mieux adapter les situations de travail aux travailleurs tout en préservant leur santé et en rendant la production plus efficace (Gollac & Bodier, 2011). La prévention primaire doit donc permettre de faire porter le débat social sur le travail et son organisation et non sur des questions individuelles (Davezies, 2001), notamment en promouvant le conflit autour du travail (Clot & Litim, 2008). L'enjeu est donc de développer une logique de prévention par la « re-conception » de l'organisation et de son rapport au travail (Hubault, 2011).

Nous avons donc présenté dans cette section la façon dont les RPS peuvent s'inscrire dans une approche élargie des risques professionnels : le terme « RPS » peut contribuer à cette appréhension élargie en permettant d'amorcer le débat, de parler du travail et de s'interroger sur la nouvelle dimension psychosociale de ce phénomène. Certaines approches disciplinaires défendent également une approche élargie : écart entre travail prescrit et travail réel, amputation du pouvoir d'agir, inadéquation entre besoins issus de la structure mentale et contenu ergonomique de la tâche, construction locale collective, fruit de transformations des conditions de travail, ces approches participent à la mise en place de solutions organisationnelles de type primaire. La **section 4** présentera la manière dont les sciences de gestion appréhendent les RPS et permettra de mettre en relief l'absence de travaux gestionnaires autour de la dimension stratégique de ce phénomène, justifiant l'analyse d'un type d'acteurs spécifique : les consultants en gestion des RPS.

Section 4. RPS et sciences de gestion : une discipline bipolarisée, une dimension stratégique oubliée

Les deux sections précédentes ont permis de présenter la manière dont les RPS peuvent s'inscrire d'une part dans une approche restrictive des risques professionnels, limitant la responsabilité de l'employeur et promouvant une logique de réparation et d'adaptation de l'homme au travail, et d'autre part dans une approche élargie, étendant la responsabilité de l'employeur et de l'organisation du travail, défendant une logique de prévention et d'adaptation du travail à l'homme.

Comme nous l'avons présenté au cours du premier chapitre, ces deux approches structurent le champ des risques professionnels. Ce champ est caractérisé par sa dimension stratégique, où les acteurs développent des constructions du risque potentiellement concurrentes, en tension entre approche restrictive et approche élargie. Ces constructions portent ainsi une représentation du risque, un champ de responsabilité de l'employeur et tendent à développer une certaine logique d'action, réparatrice ou préventive. Nous avons également constaté que les pratiques d'expertise peuvent ainsi constituer un moyen décisif de construction stratégique du risque et de légitimation de cette construction.

Le champ des RPS, caractérisé par son périmètre flou, l'absence de définition stabilisée, des spécificités inhérentes et des conditions de visibilité sociale restreintes, accroît la complexité d'appréhension de ce phénomène, mais tend également à favoriser le développement de stratégies d'acteurs, de constructions sociales concurrentes, visant à imputer la responsabilité des RPS au « camp opposé », suggérant un rôle décisif de l'expertise. **Appréhender les RPS comme un champ stratégique en tension où se développent des stratégies d'acteurs nous paraît ainsi nécessaire.**

L'objectif de cette section sera donc de présenter la façon dont les sciences de gestion appréhendent les RPS. Nous verrons que certaines approches s'inscrivent dans une logique restrictive et d'autres approches dans une logique élargie¹⁷. De plus, nous constaterons que les

¹⁷ Cette présentation tendra à dresser un panorama des approches en sciences de gestion en lien avec les RPS plus qu'une revue de littérature exhaustive. L'absence d'un périmètre conceptuel délimité conduit certains travaux gestionnaires à traiter des RPS au travers de concepts voisins tels que le stress, la fatigue, le *burn-out*, la souffrance etc., ne pouvant faire l'objet d'une présentation totalement exhaustive.

sciences de gestion se sont peu intéressées à la dimension stratégique des RPS, aux stratégies d'acteurs dans leur appréhension et leur construction de ce risque. Nous proposerons alors de nous focaliser sur un acteur central de l'expertise en RPS, les consultants en gestion des RPS.

Sous-section 1. Les approches des RPS en sciences de gestion au cœur de la tension historique

Les premiers travaux anglo-saxons s'intéressant aux liens entre santé et travail sont apparus depuis une vingtaine d'années (Danna & Griffin, 1999) ; de plus, ce n'est qu'encore plus récemment que les travaux en management et sciences de gestion ont reconnu les effets positifs que peut avoir le travail sur la santé (Morin & Forest, 2007). Ainsi, il est possible de distinguer une certaine bipolarisation des travaux en sciences de gestion autour de la question des RPS, et plus largement des liens entre santé et travail : d'une part, certaines études sont centrées sur les logiques d'efficacité associées aux « coûts » des RPS et des maux du travail, leurs impacts sur le système, approches limitant la focale d'appréhension de ces risques ; d'autre part, certaines recherches portent sur les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail, s'appuyant notamment sur des modèles issus de la psychologie de l'activité comme de la sociologie (Valléry & Leduc, 2012).

Approche restrictive des RPS en sciences de gestion

Au sein de la littérature en sciences de gestion autour des RPS et des relations entre santé et travail, la conception dominante renvoie ces phénomènes à des questions d'ordre individuel et strictement « gestionnaire », le travailleur étant considéré comme une victime plus ou moins passive de contraintes organisationnelles, voire de « forces intrapsychiques » (Neveu, 2012). Ici, l'encadrement intervient afin de réduire les coûts de ces dysfonctionnements et d'accroître l'efficacité du système d'organisation. Ces travaux mobilisent essentiellement des grilles de lecture issues des travaux psychologiques cognitifs ou épidémiologiques, approches disciplinaires inscrivant la question des RPS dans une focale restrictive.

Le rapport du Collège d'expertise souligne le fait que « *la gestion s'intéresse aux facteurs qui améliorent l'efficacité de l'entreprise* » (Gollac & Bodier, 2011, p. 25). De plus, en

s'appuyant sur les travaux de J.-P. Brun (2008), ce rapport considère que l'étude du bien-être au travail est indissociable de celle de l'efficacité de l'entreprise, appréhendant les liens entre santé et travail dans une perspective salutogène (Richard, 2012). Cependant, cette étude du bien-être au travail tend à s'inscrire dans une approche restrictive, un « levier managérial » à actionner, ne permettant pas de repenser le travail, de le débattre. Ces leviers managériaux peuvent prendre différentes formes, impersonnelles et déshumanisées : satisfaction au travail, engagement personnel, estime de soi etc. Il convient de souligner qu'il s'agit ici de l'approche en termes de coûts et d'optimisation « économique-gestionnaire » qui inscrit ces travaux en sciences de gestion dans l'approche restrictive des RPS. La question du bien-être, de la satisfaction ou de l'engagement est également appréhendée dans l'approche élargie, mais à partir de déterminants organisationnels et managériaux notamment (Detchessahar, 2011b ; Richard, 2012).

L'ouvrage collectif dirigé par C. L. Cooper (2001), intitulé « *Theories of organizational stress* », illustre la logique d'appréhension restrictive des RPS, via la présentation de différents modèles : le « méta-modèle psycho-organisationnel du stress » analyse les facteurs impactant le processus « stress-contraintes de travail », tels que l'incertitude environnementale, les données temporelles ou les stratégies d'ajustement des individus ; la théorie de l'ajustement personne-environnement (ou *Person-Environment fit theory*) appréhende les capacités de l'individu au travail à s'ajuster aux contraintes de l'environnement ; la théorie cybernétique du stress considère le stress comme un état temporaire de dé-stabilisation, résolu via l'ajustement individuel adaptatif. Il est également intéressant de souligner que ces approches anglo-saxonnes valident l'idée d'un « stress positif », ou *eustress* (Cooper, 2001), l'objectif du management étant de maximiser ce dernier et de minimiser le « stress négatif » ou *distress* (*ibid.*, 2001). Ici, la question de l'organisation du travail n'est pas totalement évacuée, mais plutôt est limitée à l'analyse des « stressseurs » (Rick & al., 2001) et non du travail et de son organisation.

D'autres travaux peuvent illustrer cette approche restrictive des RPS en sciences de gestion : l'étude de Häfner et Stock (2010) soutient l'idée que la mise en place de solutions de type secondaire, en l'occurrence la mise en place de formations à la gestion du temps, accroît le sentiment de bien-être au travail, réduit le stress et contribue à développer la performance individuelle et organisationnelle. Les travaux de Bandura (2003) considèrent que la gestion des RPS passe par la mise en place de stratégies reposant sur des réévaluations cognitives,

afin de rendre moins négatives les situations « stressantes ». Cette mise en place repose sur « l'auto-modification » des perceptions de l'individu. Ces techniques, similaires aux techniques de *coaching*, consistent à appréhender les situations-problèmes comme des défis personnels et des manières de progresser individuellement en se focalisant sur les « bons côtés » des situations stressantes.

Plus largement, les sciences de gestion, principalement anglo-saxonnes, mobilisant des grilles de lecture issues des courants physiologique, épidémiologiques, ergonomique en termes de facteurs humains et/ou psychologique cognitif, tendent ainsi à appréhender les RPS de manière restrictive. Les travaux de Cartwright et Cooper (1997) mettent en évidence, comme nous l'avons énoncé, l'existence de six sources environnementales de « stresseurs » ou contraintes (*strains*) sur lesquels le manager doit agir : les facteurs intrinsèques de la profession, les rôles organisationnels, les relations de travail, la carrière, les facteurs organisationnels (dans une perspective épidémiologique) et l'interface domicile-travail. Les études de Cox, Griffiths et Rial-Gonzalès pour l'Agence Européenne de Santé et de Sécurité au Travail (AESST) défendent l'idée d'un « cycle de contrôle », devant permettre au management de repérer systématiquement les risques mentaux auxquels sont exposés les travailleurs afin de mieux les traiter, voire de les anticiper, de manière similaire aux autres risques professionnels. D'autres conceptions du management peuvent être défendues, notamment celle de la mise en place de standards de performance et d'outils d'auto-évaluation, devant favoriser l'expression des compétences et des talents individuels (Mustard, 2004), n'appréhendant pas la question du travail et de son organisation. Les travaux de Moisson (2008) autour des perceptions de déséquilibres entre efforts et récompenses d'infirmières des urgences d'hôpitaux marseillais illustre également une certaine façon d'appréhender restrictivement les RPS, en se focalisant sur les perceptions individuelles, bien que la question des conditions de travail ne soit pas totalement éclipsée.

Enfin, certaines méthodes d'investigation de la souffrance au travail tendent également à promouvoir une vision restrictive des RPS et des liens entre santé et travail (Allard-Poesi & Hollet-Haudebert, 2012) : en effet, les techniques d'évaluation, voire d'auto-évaluation de la souffrance construisent un sujet « calculable », décomposant l'individu et sa souffrance en un ensemble de manifestations (corporelle, émotionnelle notamment) et « comptable », *via* une relation au monde instrumentale et transactionnelle. Cette logique d'appréhension caractérise les théories orthodoxes en management, inspirées de l'orthodoxie économique, où le sujet

n'est pas acteur, et devant uniquement s'adapter aux exigences extérieures (*ibid.*, 2012), négligeant ainsi la vision élargie du travailleur actif, notamment dans la construction de sa santé. Ces méthodes d'investigation peuvent prendre la forme de techniques d'audit et de mesure du stress professionnel, dont l'objectif gestionnaire est de « *savoir placer le 'curseur' car une certaine dose de stress (de 'bon' stress) est nécessaire* » (Duyck & Lahmouz, 2010, p.134).

Approche élargie des RPS en sciences de gestion

Comme nous l'avons annoncé, certaines recherches en sciences de gestion portent sur les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail, s'appuyant notamment sur des modèles issus de la psychologie de l'activité comme de la sociologie (Neveu 2012 ; Valléry & Leduc, 2012). Ces travaux permettent ainsi de repenser les liens entre travail et santé mentale, procédant trop souvent d'une approche restrictive en comparaison de la complexité des enjeux, notamment en matière de gestion humaine des organisations (Neveu, 2012). En effet, les approches restrictives des RPS tendent à développer des interventions de type secondaire et tertiaire, notamment *via* la mise en place de formation à la gestion des RPS, évitant ainsi de questionner l'organisation du travail (Poirel & Yvon, 2011).

Les premiers travaux francophones ont été réalisés par J.-F. Chanlat, éclairant l'impact des nouvelles formes d'organisation du travail et des modes de gestion sur la santé des travailleurs (Chanlat, 1999), constituant ainsi de nouvelles problématiques pour les sciences de gestion, et plus précisément pour la gestion des ressources humaines (Cintas, 2003). De plus, il est intéressant de souligner que les travaux de P. Askénazy (économiste) sur le « miracle américain » du milieu des années 90 (Askénazy, 2004), illustrant l'idée d'un productivisme généralisé prenant en compte les conditions de travail et les questions de santé au travail *via* un meilleur accompagnement ont été, et sont toujours, au fondement de nombreuses recherches en gestion privilégiant une focale d'appréhension élargie des RPS et des liens entre santé et travail (Neveu, 2012).

En s'appuyant sur la théorie de préservation des ressources de Hobfoll (1989, 2001), Neveu (2012) appréhende la question des RPS et de la souffrance au travail via une focale

d'appréhension élargie : en effet, dans cette conception « salutogénique » (Richard, 2012), les RPS sont liés à une impossibilité pour le travailleur d'exercer son pouvoir d'agir et de préserver ou développer ses ressources internes. La résolution de ces maux doit donc s'orienter vers l'identification et la préservation de ces ressources, composées de ressources tangibles (d'ordre matériel), de ressources interpersonnelles (conditions dans lesquelles s'exercent l'activité professionnelle), de ressources personnelles (estime de soi, reconnaissance) et de ressources énergétiques (ressources-relais sources de motivation) (Hobfoll, 1989). La théorie de la préservation des ressources est également mobilisée en sciences de gestion afin d'éclairer la question des risques de l'engagement dans les métiers du *care* (Edey-Gamassou, 2004 et 2012).

Au-delà de la question des ressources, les sciences de gestion se sont progressivement orientées vers l'interrogation des modes de management, l'analyse des nouvelles organisations du travail basées sur la recherche « à tout prix » de la performance : ainsi, le management est repensé, reconsidéré, et n'est plus limité à sa fonction « rationalisatrice ». Le rôle de l'encadrement, notamment l'encadrement de proximité, est souligné dans l'amélioration de la santé au travail, l'accompagnement organisationnel pouvant notamment être décisif dans la prévention des RPS (Bouveresse & Baujard, 2010). Les désorganisations générées par la mise en place de modèles productifs gestionnaires sont progressivement mises en relief et analysées (Detchessahar & *al.*, 2010).

Plus largement, les sciences de gestion, mobilisant des grilles de lecture issues des courants ergonomique de l'activité, clinique de l'activité, psychodynamique du travail et/ou sociologique tendent ainsi à appréhender les RPS de manière élargie. Les travaux du programme de recherche SORG (Santé, ORganisation et Gestion des ressources humaines) se sont ainsi inscrits dans cette perspective, en étudiant les liens entre les formes d'accompagnement managérial et la santé des salariés. En démontrant que, contrairement aux représentations de sens commun, les salariés souffrent plus de l'absence de management que de sa présumée omniprésence, ces travaux permettent d'élargir la focale d'appréhension des RPS. En effet, l'absence de management empêche l'explicitation des difficultés du travail, induit un manque de soutien des salariés dans la résolution de ces difficultés, le management étant « empêché » (Detchessahar, 2011b ; Detchessahar, 2011c). Les travailleurs sont laissés seuls face aux contraintes, aux tensions et aux contradictions de l'activité de travail, le manager étant « aspiré » par les « machines de gestion » (gestion des systèmes d'information,

plannings, *reporting*, mise à jour des procédures) et ne pouvant plus réinvestir les espaces de régulation locale et l'animation managériale (Detchessahar & Grévin, 2009). La résolution de ces situations de travail doit alors passer par la restauration de l'activité de management (Detchessahar & Minguet, 2012), voie permettant de repenser l'organisation du travail dans son ensemble, et d'adapter le travail à l'homme.

Cette résolution peut prendre la forme d'espaces de discussion, s'inscrivant ainsi dans le cadre d'actions de prévention primaire (Detchessahar, 2001 ; Detchessahar, 2003) : il s'agit d'aménager, composer, occuper et reconquérir les espaces de régulation laissés vides, de rechercher des îlots stables dans l'incertitude organisationnelle générale (Hansez & De Keyser, 2002). Cette volonté de reconcevoir l'organisation du travail afin de traiter les enjeux psychosociaux de la santé au travail peut prendre d'autres formes : ainsi, Sardas, Dalmaso et Lefebvre (2011) proposent d'agir sur les variables de conception de l'organisation, et non sur les variables d'état (comme pour les modèles de Karasek et Siegrist notamment). Ce passage par les variables de conception permet de caractériser l'ensemble de la situation de travail, ou du moins une situation plus élargie et « englobante ».

Le modèle DIGA (Dynamique Identitaire Globale de l'Acteur) a ainsi pour objectif de modéliser les liens entre travail et santé psychique, en analysant simultanément quatre dimensions : cognitive, physiologique, stratégique, et subjective. Cette modélisation doit ainsi permettre la réalisation d'un diagnostic plus global et plus pertinent des situations de travail, devant ainsi donner des orientations d'action de type primaire (Sardas & *al.*, 2011). Ce modèle repose sur le concept d'identité, et la rencontre entre l'offre identitaire de l'organisation et la demande identitaire de l'individu. Les RPS seront ainsi la conséquence d'une impossibilité pour l'individu d'assumer correctement le rôle qui lui est offert par l'organisation du fait de son manque de ressources (*ibid.*, 2011). Cette approche, bien qu'appréhendant certaines dimensions strictement individuelles, permet d'inscrire les RPS dans une approche élargie en insistant sur l'importance des modalités du rôle lui étant fourni par l'organisation.

Toujours dans une optique d'analyse de l'organisation du travail, les impacts des nouvelles technologies de l'information et de la communication sur la santé au travail sont appréhendés, notamment *via* la perte de sens inhérente à la croissance de l'informatisation, considérée « habituellement » comme plus « douce », voire comme témoin d'amélioration des conditions

de travail (Gomez & Chevallet, 2011). L'analyse des effets du *lean management* sur la santé a également permis de mettre en évidence l'importance de la qualité d'accompagnement de ce modèle d'organisation, et de la capacité du management à animer les dynamiques de communication autour du travail, à mettre en débat l'activité concrète (Bertrand & Stimec, 2011). Plus largement, le développement de nouvelles logiques et de nouveaux comportements d'acteurs, comme l'application de règles et de procédures définies en amont et déconnectées de la situation réelle de travail, entraînent une perte d'autonomie, une généralisation des pratiques de *reporting* et de contrôle continu, potentiellement sources de RPS (Honoré & al., 2010).

De plus, au niveau des acteurs, la figure du manager et son rôle décisif sont également traités par les sciences de gestion : ainsi, le manager pourra « absorber » la pression organisationnelle (Abord de Chatillon, 2004), notamment en créant en amont, dans une logique préventive, les conditions pour que son équipe puisse entreprendre ce qui n'est pas « donné » par l'organisation prescrite du travail (Huez, 2008). Le manager devra ainsi interroger et repenser les situations de travail, les penser dans leur globalité et non via une focale trop restrictive et compartimentée pensant l'individu passif exposé à un risque psychosocial extérieur inéluctable. Les managers développent une capacité d'action et de traduction sur leur propre environnement, appréhendent ses contraintes et ses ressources dans leur globalité (Desmarais & Abord de Chatillon, 2010). L'action dirigeante peut participer à l'amélioration de la santé des travailleurs en construisant des repères de proximité soutenant l'efficacité opérationnelle, repères étant à la base du fonctionnement d'espaces de régulation et d'un projet collectif plus global, centré autour de la mise en débat du travail (Minguet, 2011), ou en stimulant l'engagement dans le travail (Morin & Forest, 2007). À l'inverse, le gestionnaire de ressources humaines pourra, via le développement d'un management par la qualité totale notamment (Dhaouadi & al., 2008), concourir à la mise en place d'une organisation pathogène du travail.

En dehors de la stricte organisation du travail ou du rôle des managers, les sciences de gestion ont appréhendé les RPS dans une approche élargie à partir de certaines valeurs ou principes organisationnels : ainsi, la question du sens au travail est de plus en plus étudiée. L'idée de « travail sensé » repose sur la cohérence, voire l'harmonie, entre l'individu et le travail qu'il accomplit, le travailleur percevant un but, un dessein, de la valeur, de l'importance à son travail (May & al., 2004 cité par Morin 2010). Ce sens doit permettre d'accroître l'efficacité,

la productivité du travailleur, mais également son engagement dans le travail et sa prise de responsabilité (Morin, 1997 ; Steger & Dik, 2009). Le principe de l'implication organisationnelle est également mobilisé au cœur de l'approche des RPS dans une perspective élargie (Carrier Vernhet, 2011), tout comme celui de l'éthique organisationnelle, ces concepts apparaissant comme centraux dans l'accomplissement des travailleurs, la conquête de leur identité et leur reconnaissance (Morin & Forest, 2007 ; Saint-Arnaud & *al.*, 2010).

Nous avons ainsi souligné, sans prétendre à l'exhaustivité, la « bipolarisation » des travaux en sciences de gestion autour des RPS, entre approche restrictive et approche élargie. Cependant, la dimension stratégique de ce champ a très été abordée en sciences de gestion : les pratiques et stratégies d'acteurs, leur(s) appréhension(s), leur(s) construction(s) des RPS constituent une sorte de « point aveugle » dans la littérature gestionnaire traitant des RPS, ce que mettra en relief la sous-section suivante.

Sous-section 2. La dimension stratégique oubliée des RPS

Comme le soulignent Hollet-Haudebert, Allard-Poesi et Edey-Gamassou, les chercheurs en sciences sociales, et notamment en sciences de gestion, se sont principalement intéressés aux causes des RPS, à leurs logiques d'occurrence, mais très peu à leur appropriation et leur utilisation par les acteurs (Hollet-Haudebert & *al.*, 2010). Ainsi, en étudiant les modèles et outils de mesure élaborés par certains acteurs, en l'occurrence l'un des rapports d'enquête du cabinet d'expertise Technologia établi suite à une mission au sein de France Télécom, et le passage d'une instrumentation à une instrumentalisation de la mesure du stress (*ibid.*, 2010), les auteures « ouvrent une brèche » dans l'analyse de la dimension stratégique des RPS, véritable dimension oubliée des RPS par les sciences de gestion.

Le fait de mettre en relief la construction d'un sujet souffrant au travail, passif, « calculable » et « comptable », *via* la mobilisation de certains instruments scientifiques de mesure, témoigne d'une certaine forme de « **non-neutralité** » **des acteurs** (Allard-Poesi & Hollet-Haudebert, 2012). Les auteures avancent l'idée que les enquêtes de terrain sur les RPS gagneraient à être complétées par un volet qualitatif, dans une optique d'élargissement de la focale d'appréhension de ces risques, « *à moins, que ces instruments de mesure, aux côtés*

d'autres techniques managériales, ne soient parvenus à faire advenir ce sujet rationnel, calculateur et passif » (ibid., 2012).

Cet extrait nous semble décisif et « lourd de sens » : les techniques de mesure des RPS, mais plus largement **les représentations des RPS, leur construction par les acteurs revêtent une dimension stratégique** (Chakor, 2013). Dans l'extrait présenté apparaît une réalité sous-jacente : celle d'une construction des RPS à des fins stratégiques, d'une appréhension de ce phénomène en fonction d'intérêts potentiellement divergents. Ainsi, les instruments de mesure peuvent constituer une technique managériale visant à promouvoir une vision restrictive des RPS, basée sur un individu passif à soigner, non acteur de sa propre santé. Comme nous l'avons souligné durant le premier chapitre, le champ des risques professionnels est un champ stratégique en tension. Les risques professionnels sont des constructions sociales revêtant un enjeu d'imputation de responsabilité. Certains acteurs ont donc « intérêt » à défendre une vision restrictive du risque professionnel, induisant une responsabilité limitée de l'employeur, une logique de réparation et d'indemnisation et une adaptation de l'homme au travail, tandis que d'autres auront également « intérêt » à adopter une vision élargie du risque professionnel, impliquant une responsabilité étendue de l'employeur, une logique de prévention et d'adaptation du travail à l'homme.

De plus, comme nous l'avons abordé au début de ce second chapitre, au-delà des sciences de gestion, les RPS sont caractérisés par un périmètre flou, une absence de définition stabilisée, des spécificités inhérentes (aspect différencié, origine multifactorielle, poly-exposition), des conditions de visibilité sociale restreintes, et des approches disciplinaires bipolarisant ce phénomène, entre approche restrictive et élargie. Ces caractéristiques nous amènent à considérer les RPS comme un champ stratégique « encore plus » en tension et propice à la mise en place de stratégies d'acteurs dans leur construction et leur utilisation. Comme le souligne P. Ughetto (2011), les RPS mettent en scène des groupes sociaux qui se combattent ou qui s'allient sur ce phénomène (Chakor, 2013). Plus que l'hétérogénéité du vocabulaire employé et des représentations retenues, le phénomène significatif semble être la concurrence et la confrontation des acteurs autour de positions, de visions et de représentations divergentes (Gollac, 2012).

Nous avons également présenté durant le premier chapitre l'importance historique des experts patronaux et syndicaux dans le rapport de force autour de la construction sociale des RPS et

de l'imputation de leur responsabilité, notamment via leur « légitimation scientifique ». Les experts jouent un rôle décisif dans la mise en visibilité de logiques d'occurrence des RPS, et sont à ce titre un acteur incontournable du champ des RPS, appréhendé comme un champ stratégique en tension, les faits scientifiques étant socialement construits (Latour & Woolgar, 1996). L'étude de la manière dont les acteurs, et plus précisément les experts, de par leur importance historique, se saisissent du phénomène des RPS nous paraît donc fondamentale. L'analyse de leurs pratiques, de leur construction des RPS, et de la manière dont ils établissent des relations en intervenant autour de ce phénomène nous semble incontournable.

Certains travaux, encore marginaux, ont abordé le rôle d'expertise des médecins du travail, et nous incite à penser que l'analyse des acteurs experts peut être très enrichissante. Ainsi, les médecins du travail, dont le rôle selon le Code du travail est d'« *éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* », s'inscrivent dans la tension entre approche restrictive des RPS et approche élargie, majoritairement du côté de la première. En effet, comme le souligne Davezies (2003), il existe une forte réticence de ces médecins à chercher des étiologies du côté du travail, préférant ainsi se focaliser sur la condition de l'ouvrier et son hygiène de vie. En effet, l'interrogatoire médical ne comporte aucun élément sur le travail, privilégiant ainsi les causes individuelles, la responsabilité personnelle, les facteurs personnels et sociaux au détriment des conditions de travail et de la responsabilité de l'employeur dans l'occurrence des maux professionnels. Cette vision en termes « d'aptitude médicale au travail » (*ibid.*, 2003) tend à surveiller et trier les individus les plus aptes, plus qu'à prévenir les risques professionnels, dont les RPS, dans leur globalité.

Cependant, certains médecins se mobilisent pour une approche plus large des risques professionnels et de la responsabilité de l'employeur, même si la conception d'un risque comme contrepartie inéluctable du travail reste encore dominante (Saliba & *al.*, 2007) : une volonté d'agir au niveau du travail et de l'organisation, de développer une médecine préventive, non limitée à la surveillance individuelle des salariés, émerge (Gosselin, 2007). Une vraie tension apparaît donc entre la fonction de « sélection – orientation » du médecin du travail et celle promouvant l'adaptation des postes de travail et le développement humain par le travail (Fernandez, 2009 ; Hatzfeld, 2011). La récente réforme de la médecine du travail, issue de la loi du 20 Juillet 2011, tend ainsi à développer ces actions collectives, pour l'ensemble des salariés.

Les pratiques des médecins du travail tendent ainsi à s'inscrire dans la tension historique entre approche restrictive et élargie des risques professionnels (Frimat, 2010), même si ceux-ci rencontrent des difficultés à faire de l'organisation du travail des cibles d'action. Ces difficultés peuvent prendre différentes formes, dont certaines peuvent témoigner de pressions stratégiques, notamment de la part des directions d'entreprise. Ainsi, comme l'abordent Barel et Fremeaux (2012), au-delà du manque de temps ou d'une vision restrictive biomédicale inhérente à leur formation disciplinaire, les suspicions et représentations des directions d'entreprise peuvent constituer des obstacles au développement d'actions primaires. En soulignant l'existence de médecins « biomédicaux », « militants » et « progressistes », ces auteurs mettent en évidence l'inscription de cette forme d'expert dans les rapports de force inhérents aux entreprises et leur rôle potentiellement stratégique dans la construction sociale des risques professionnels.

Nous nous focaliserons ici sur un autre type d'expert : les consultants en gestion des RPS. Nous expliciterons les raisons de ce choix dans la sous-section suivante.

Sous-section 3. Un acteur central : les consultants en gestion des RPS

L'intérêt pour notre étude de se focaliser sur cet acteur est double : les consultants sont des experts de plus en plus mobilisés dans le champ des RPS d'une part, et, d'autre part, ils ne se « limitent » pas à la construction sociale de ces risques, ils « intègrent activement » les jeux d'acteurs et rapports de force de l'entreprise. Plus que de simples « cautions scientifiques », ce sont des acteurs à part entière de la scène RPS, tissant des relations potentiellement différenciées avec l'ensemble des parties prenantes, dont les directions, les salariés, leurs représentants, voire les services de santé au travail. La fonction d'expertise s'étend ainsi à celle du conseil, élargissant leur champ d'action et d'influence.

Un acteur de plus en plus mobilisé

Depuis la fin de la Seconde Guerre Mondiale, les cabinets-conseil ont connu une augmentation continue de leur volume d'activité, tout en diversifiant leur offre de service (Berrebi-Hoffman, 2002 ; Henry, 1992 ; Villette, 2003). Une « industrie du savoir » (Kipping

& Engwall, 2002) s'est ainsi développée, produisant, développant, actualisant et commercialisant des savoirs sur l'organisation et sa gestion (Boussard, 2009). Ces acteurs bénéficient ainsi d'une influence croissante dans le monde économique, administratif, et même associatif (Caspar, 2008 ; Boussard, 2009).

Cette mobilisation accrue de la part des entreprises est justifiée par un raisonnement visant à optimiser la performance et instaurer des démarches rationnelles, méthodiques et contrôlées (Boussard, 2009). Ainsi, l'intervention des consultants dans l'organisation tend à modifier ou à introduire de nouvelles normes d'action, aider et guider les choix des clients face à une offre de dispositifs et d'outils complexes, les consultants jouant ainsi le rôle de prescripteurs (Hatchuel, 1995). Ces experts repèrent et définissent les sources de dysfonctionnement, puis proposent des solutions devant les résoudre. Il s'agit alors d'un transfert de légitimité, la décision fondée sur l'expertise étant légitimée et, théoriquement, débarrassée de tout arbitraire (Robert, 2008). Boussard (2009) met en évidence le fait que cette mobilisation et ce développement accrus des cabinets de consultants sont liés au développement plus général d'un « espace professionnel gestionnaire », espace caractérisé par la maîtrise et la mise en scène de savoirs *via* lesquels chacun des acteurs se comporte en « professionnel » (Boussard, 2009).

Comme le souligne l'association américaine des consultants en management (ACME), l'activité des consultants consiste en un « *service fourni en échange d'honoraires par des personnes extérieures et objectives qui aident les dirigeants à améliorer le management, les opérations et la performance économique des institutions* » (traduction proposée par Villette, 2003, p.8). Ainsi, différentes spécificités apparaissent ici, à la base de leur plus-value. Ce sont des experts extérieurs à l'organisation, devant garantir leur neutralité dans la conduite des opérations et l'assurance de la qualité de la prestation réalisée et des conseils formulés (Valléry & Leduc, 2012). Cette « amélioration » du management peut prendre la forme d'une aide à la réflexion, à la décision et/ou à l'adaptation, mais également à la résolution d'un dysfonctionnement, voire d'une crise plus profonde (Combalbert & *al.*, 2008 ; Pérez, 2004 ; Roy, 2008).

Cet « achat d'intelligence » constitue un investissement immatériel pour les entreprises (Caspar, 2008), souhaitant bénéficier de leur maîtrise d'une culture d'un domaine (Baron, 1989) et/ou de leurs compétences spécifiques (Kubr, 1996). La légitimité de l'action des

consultants repose sur leur puissance de réflexion permettant d'appréhender la complexité (Babeau, 2007 ; Canback, 1998), puissance issue notamment de leur connaissance empirique précise de certaines données-clés d'un marché (Babeau, 2007). Ce recours à un intervenant externe doit également permettre aux encadrants et dirigeants de l'organisation de se recentrer sur leur cœur d'activité, cette externalisation permettant d'abandonner le coût onéreux de départements d'étude internes (*ibid.*, 2007).

Un acteur potentiellement stratégique

Comme nous l'avons avancé, les consultants, en plus d'être de plus en plus mobilisés, font potentiellement partie intégrante des jeux d'acteurs et des rapports de force de l'entreprise. Bien que leur fonction se limite officiellement à un service extérieur et objectif comme levier de performance fourni en échange d'honoraires, la dimension stratégique est inhérente à l'activité de ces acteurs. Leur expertise ne se limite pas uniquement à la construction sociale, ou à la participation à cette construction, des RPS dans une logique de mise en visibilité et de légitimation scientifique. Les consultants s'insèrent dans la vie de l'entreprise, ils se positionnent, ils tissent des relations potentiellement différenciées avec les acteurs de l'organisation. Ainsi, ces acteurs s'institutionnalisent et participent à la création d'un **marché du conseil et de l'expertise**, en devenant des « professionnels du marché » (Cochoy, 1999 cité par Boussard, 2009).

Cette nouvelle forme d'expertise active et « positionnée » s'est progressivement développée, jusqu'à se professionnaliser et s'institutionnaliser (Giraud, 2007). Ainsi, comme le souligne Cristofalo (2009), la seconde partie du XXème siècle a vu se structurer une fonction d'expertise et de conseil auprès des élus du personnel. Ce recours à l'expertise s'est progressivement intégré dans le répertoire d'action syndicale. Alors que les premières interventions se limitaient à l'analyse des comptes, les champs d'expertise de ces cabinets vont progressivement s'élargir avec l'apparition de nouvelles prérogatives (notamment les expertises technologiques permises par la mise en place des lois Auroux et accroissant leur pouvoir d'enquête et d'investigation) (*ibid.*, 2009).

Ce positionnement stratégique des consultants ne se limite pas aux cabinets intervenant auprès d'élus du personnel : l'expertise a progressivement été mobilisée comme mode d'action

militant, caractérisé par l'apparition de cabinets n'intervenant qu'auprès d'un type d'acteur donné (Direction ou élus), mais plus largement au sein des *think tanks* ou des fondations philanthropiques, notamment américaines (Guilhot, 2004, cité par Robert, 2008).

Cependant, il est intéressant de souligner que, malgré la dimension stratégique de ces acteurs, ces derniers revendiquent souvent leur caractère indépendant : comme le souligne Robert (2008), même engagés idéologiquement, l'adoption de la posture d'expertise doit constituer un gage de scientificité, ce positionnement dans le registre scientifique devant offrir un caractère incontestable à leur expertise (Robert, 2008). Cet affichage d'indépendance, *via* le recours à la rhétorique de la neutralité et de l'objectivité, les « mises en formes savantes » de leurs discours, voire une logique de recrutement valorisant plus les diplômes que l'expérience militante (*ibid.*, 2008) tend, paradoxalement, à souligner la dimension stratégique, voire politique, du discours de ces cabinets-conseil.

On observe ainsi un rapprochement de ces types d'experts, qui se « fondent » progressivement dans un « marché de l'expertise et du conseil » (Cristofalo, 2009) : ainsi, les experts auprès des représentants du personnel « *empruntent leurs méthodes d'intervention aux cabinets de conseil « classiques » - un modèle valorisant – et se définissent comme des consultants* » (Cristofalo, 2009, p.92). Ce marché regroupe des acteurs dont l'objectif est de produire des savoirs (dits) scientifiques et techniques utiles au processus de décision et au commanditaire. Cette notion d'« utilité » revêt la dimension stratégique de ces acteurs et de leur rôle. Le monde de l'expertise est ainsi régulièrement dénoncé, les experts étant majoritairement acquis à la cause du commanditaire, et confisquant le débat démocratique au détriment d'une résolution collective et du débat autour des décisions (Robert, 2008 ; Villette, 2003).

Le caractère stratégique des consultants est également à appréhender au travers de la pluralité de leurs modalités d'intervention, témoignant d'une adaptation aux requêtes du commanditaire, notamment *via* l'élaboration d'un cahier des charges. Ainsi, ces acteurs doivent tenir compte des contraintes et des exigences du terrain d'intervention (Babeau, 2007 ; Valléry & Leduc, 2012), notamment au niveau des budgets alloués, permettant rarement l'élaboration de véritables politiques de prévention (Combalbert & *al.*, 2008). Un même cabinet-conseil peut proposer des prestations diverses (Pérez, 2004 ; Roy, 2008) : une *prestation d'expertise* (diagnostic & préconisations d'actions ; une prestation de conseil

(suggère, oriente, rassure et assure l'appropriation, dans une relation de confiance avec le commanditaire) ; une *prestation de coaching* (accompagnement personnel, notamment dans les situations difficiles) ; une *prestation de consulting* (changement par l'intervention effective et prolongée) ; une *prestation d'audit* (mise en conformité, principalement législative et réglementaire). Ces acteurs sont ainsi caractérisés par leur capacité à fournir une réponse à tout problème pouvant se poser dans le monde de l'entreprise, dans une logique d'adaptation mercantile (Boltanski & Chiappello, 1999 ; Villette, 2003).

En réponse à la définition de l'ACME, la définition présentée par Greiner & Metzger (1983), et traduite par O. Babeau et P. Ohana (2009), souligne la dimension stratégique de l'activité des cabinets-conseil, au détour d'une « boutade » : « *Le conseil en management est une démarche incertaine et évolutive conduite par un intrus qui se débrouille en pratiquant diverses activités de résolution de problèmes pour essayer de maintenir un haut niveau de standards professionnels tout en s'efforçant de satisfaire les besoins du client* ». O. Babeau et P. Ohana (2009) repèrent ainsi différents rôles stratégiques potentiels de ces acteurs externes, parmi lesquels : l'*intervenant danseuse* faisant diversion en occupant le devant de la scène ; l'*intervenant alibi* prouvant que « quelque chose est fait » ; l'*intervenant fusible* devant assumer la paternité de mesures impopulaires ou l'*intervenant porte-parole* chargé de porter un message impopulaire.

L'activité des consultants revêt donc un caractère potentiellement stratégique. Ils sont dans une position intermédiaire entre différentes logiques d'acteurs, différentes représentations d'une situation de travail, ils assurent un rôle de « tiers-intervenant » construisant un « tiers-objet » qui sera objet de discussion, de controverse, de débat (Lepetit & Lévy, 2004). Il convient donc de **nous intéresser en priorité à cet acteur de la scène RPS**, scène abordée *via* sa perspective stratégique de tension entre approche restrictive et approche élargie de ces risques.

De plus, certains éléments nous incitent à adopter pour objet de recherche les pratiques des consultants dans la gestion des RPS : en effet, il semble que certains de ces acteurs « experts en soin » (Lhuilier, 2010b) tendent à s'inscrire dans une vision restrictive des RPS, notamment au travers d'une psychologisation de leur gestion. La mise en place au sein d'entreprises de cellules d'écoute psychologique et de numéros verts, voire de « tickets psys », tend à exempter l'organisation du travail et les employeurs de la responsabilité des

RPS et empêcher les salariés de devenir acteurs d'une transformation de l'activité de travail (Bouffartigue, 2010). À l'opposé, certains cabinets-conseil affichent leur volonté de remettre le travail au cœur des rapports de force et des solutions en matière de RPS (Jaffrès & Thaller, 2009).

Les consultants en gestion des RPS nous apparaissent donc comme des acteurs décisifs au sein du champ des RPS, acteurs dont les pratiques méritent d'être étudiées. Ce « nouveau visage » de l'expertise présente à première vue deux facettes : une première exposant ses qualités d'aide à la réflexion, à la décision, à la résolution de solutions problématiques à partir de connaissances et de compétences spécifiques, dans une logique de neutralité et d'indépendance vis-à-vis des acteurs de l'organisation ; une seconde facette plus « obscure », où les consultants s'insèrent dans les jeux stratégiques et de rapport de pouvoir au sein de l'organisation où ils interviennent, en produisant des savoirs utiles au processus de décision des commanditaires, qu'ils s'agissent de la Direction ou des représentants du personnel. Cette dimension stratégique fait ainsi écho au levier décisif que représentent l'expert et ses pratiques dans la construction sociale du risque, notamment autour de l'enjeu d'imputation de responsabilité (*cf.* Chapitre 1, Section 3, Sous-section 3 : « *Un appui stratégique décisif : le recours à l'expertise* »).

Ce développement d'un marché de l'expertise et du conseil en RPS se cristallise notamment par la création, le 17 Novembre 2010, de la « Fédération des Intervenants en Risques Psychosociaux » (FIRPS), dont l'objectif annoncé est d'« *organiser la profession* » en souhaitant fédérer les acteurs de cette scène, préserver l'indépendance de la profession, garantir l'éthique et la déontologie des pratiques (Annexe 1). En effet, en regroupant, dès sa constitution, mais également au cours de son extension en Mai 2011, des cabinets de consultants intervenant auprès des directions ET auprès des représentants du personnel, c'est-à-dire dans le cadre de mission de conseil et d'expertises CHSCT¹⁸, cette fédération souligne le rapprochement entre deux types d'experts traditionnellement opposés autour d'une logique de marché. L'étude de leurs pratiques apparaît comme d'autant plus décisive pour notre travail doctoral. La **section 5** présente ainsi le cadre d'analyse et la problématique retenus afin de réaliser cette étude.

¹⁸ Nous avons délibérément fait le choix de ne pas détailler à ce stade la différence entre ces deux types de mission ; nous le ferons dans la partie « Résultats » afin d'appuyer la divergence de pratiques de consultants et leurs logiques potentiellement différenciées.

Section 5. Cadre d'analyse et problématique de la recherche : vers une analyse des pratiques de traduction des consultants dans la gestion des RPS

L'objectif de cette cinquième section est de présenter notre cadre d'analyse et notre problématique de recherche devant nous permettre d'appréhender les pratiques des consultants dans la gestion des RPS. Nous présenterons dans un premier temps la sociologie du conseil en management proposée par M. Villette (2003), puis la sociologie de la traduction popularisée par Callon et Latour (1986/2006), pour enfin proposer un cadre d'analyse adapté à notre objet de recherche.

Sous-section 1. La sociologie du conseil en management : un cadre théorique permettant d'appréhender les relations tissées par les consultants

Dans son ouvrage « *Sociologie du conseil en management* » (Villette, 2003), M. Villette s'intéresse à ce que « font » les consultants, leur savoir-faire, les « ficelles » de leur métier, aux déterminants de leur activité. En effet, l'auteur souhaite se centrer sur l'étude des pratiques, le conseil n'étant pas un métier mais une relation (*ibid.*, 2003 ; Roy, 2008). Ces acteurs tissent des relations durant leur intervention, avec différents publics, différents acteurs. Cette approche « par la relation » permet de contourner les écueils d'une approche « par le but », qui ne permet pas d'éclairer les caractéristiques des relations nouées (Roy, 2008), les logiques d'action des consultants, leurs routines, leurs activités matérielles et symboliques (Villette, 2003). Cette analyse passe ainsi par la description de leur démarche concrète, du contenu de leurs interventions, du type de relations nouées « sur le terrain » (*ibid.*, 2003). Villette s'inscrit ainsi dans une perspective wébérienne où l'analyse d'un groupe humain consiste à montrer quels sont les déterminants de ses activités, à comprendre comment les acteurs de ce groupe font ce qu'ils font et ce qui les pousse à agir ainsi (Weber, 1971).

Le triangle de la consultation

Dans une perspective d'analyse relationnelle, M. Villette considère que la relation de conseil s'opère autour d'un triptyque composé du *consultant*, du *client* et du *public-cible*, ces acteurs occupant des positions dissymétriques. En effet, l'auteur considère qu'« *il y a toujours au moins trois personnages dans le drame de la consultation et (que) ceux-ci occupent des positions dissymétriques : le client paie en échange d'un service, le consultant fournit un service en échange d'un paiement, et la « cible » subit, parfois à son insu, les effets fastes ou néfastes du contrat conclu entre les deux autres* » (Villette, 2003, p.51).

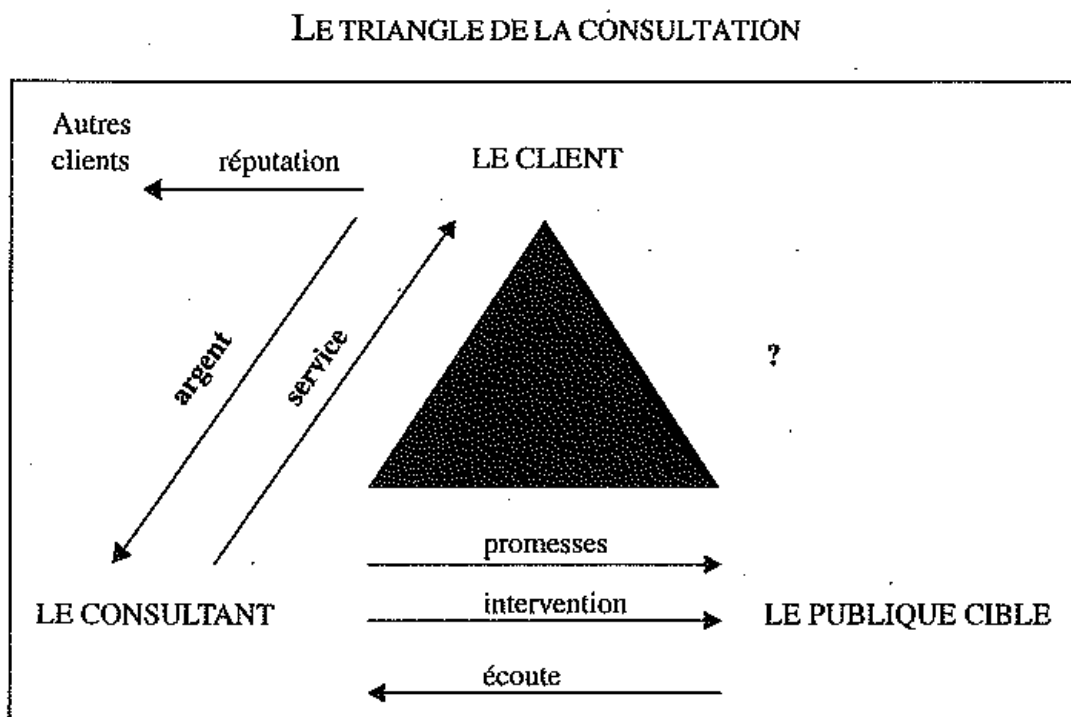


Figure 4. Le triangle de la consultation

(Extrait de Villette, 2003, p.53)

Le *consultant* est un spécialiste pouvant être issu d'une grande variété de professions et de spécialités : ingénieurs, comptables, sociologues, juristes, psychologues, cadres expérimentés,

voire informaticiens ou hauts fonctionnaires, sont autant de profils pouvant établir une relation de conseil (Villette, 2003). Il intervient à la demande d'un *client*, qui prend la décision de recourir et de payer le consultant, car il doit faire face à un élément, humain ou non-humain, de son environnement de travail qui lui pose problème et qui constitue un obstacle ou un frein à son action : le *public-cible*. Cet élément bénéficie ainsi « passivement » des services du consultant, son implication dans le processus de consultation ne relevant pas de sa propre volonté. Le consultant analysera et transformera ce public-cible, qui peut prendre des formes très diverses selon les missions de conseil : élément de la nature (mine de fer, champ pétrolifère), dispositif technique ou de gestion (machines, atelier, système comptable, processus de prise de décision), groupe d'individus (consommateurs dont on veut modifier le comportement d'achat, salariés dont on veut modifier le comportement au travail, concurrents dont on veut contrarier les efforts commerciaux) etc. Enfin, comme l'illustre la figure 4, les relations entre le client et le public-cible ne constituent l'objet d'analyse des travaux en sociologie du conseil en management.

Dans ce « drame de la consultation », le consultant disposera de leviers d'action et de marges de manœuvre, afin d'établir progressivement ce que Roy (2008) nomme une « alliance de travail productive », c'est-à-dire une compréhension et une appropriation du changement par le client et l'organisation (Villette, 2003). Il nouera des relations en priorité avec le client et le public-cible, et potentiellement avec des personnes affectées indirectement par son action. Le consultant devra cibler et définir les situations problématiques, pouvant ainsi contribuer à faire évoluer le public-cible défini dans un premier temps par le client. Différentes logiques d'action peuvent s'offrir à lui : l'écoute, la compréhension, l'empathie, la persuasion, la négociation, voire la manipulation (Kelly & Kelly, 1986 cité par Villette, 2003), tant avec le client que le public-cible. De plus, les consultants peuvent formuler des promesses « *pour se concilier les bonnes grâces des publics cibles* » (Villette, 2003, p.53) et s'en faire des « alliés » : promesses d'un avenir meilleur, de bénéfices futurs, devant résulter du bon déroulement de la mission, et éventuellement compenser les nuisances occasionnées durant le processus de consultation. Villette considère que le consultant pourra mobiliser toute la « palette » des moyens de l'action managériale, du plus coercitif au plus permissif, notamment dans une logique d'adaptation aux contraintes contextuelles : pression du temps, culture spécifique de l'organisation (Villette, 2003). Cette capacité d'adaptation devra permettre de limiter les résistances au changement et les routines défensives pouvant apparaître dans l'organisation où se déroule la mission de conseil (Roy, 2008).

L'auteur souligne aussi l'existence d'une « part implicite » du contrat, au-delà de l'aspect strictement technique de la « boîte à outils » du consultant, comme l'utilisation des techniques de recueil des données. Cette part implicite repose sur la capacité du consultant à comprendre ce que le client veut, « *soit en interprétant avec habileté ses demandes (...) soit en saisissant à demi-mots une demande qui ne peut être formulée noir sur blanc, parce qu'elle comporte des aspects socialement inacceptables, voire scandaleux* » (Villette, 2003, p.55). Cet extrait souligne et confirme la dimension potentiellement stratégique du consultant et de son expertise.

La mobilisation du « triangle de la consultation » proposé par Villette (2003) nous paraît donc incontournable : elle nous permet de « cadrer » les relations nouées par le consultant, mais également de repérer les acteurs majeurs mobilisés dans la démarche d'intervention. Notre démarche de recherche analysera donc les pratiques des consultants dans la gestion des RPS au regard des relations entre le consultant, le client et le public-cible.

Le canevas type d'une intervention de conseil en management

En plus du triangle de la consultation, Villette propose également un « *canevas type d'une intervention de conseil en management* », sorte d'ingénierie de l'intervention ou de « cycle du conseil » (Simonet & Bouchet, 2004) : en effet, le déroulement classique d'une mission de conseil suit généralement cinq étapes successives, certaines pouvant cependant être absentes, inversées, réduites ou hypertrophiées (Villette, 2003).

La première étape, appelée « *phase préliminaire* » ou « *préparation de l'intervention de conseil* » (Pérez, 2004), englobe les premiers contacts du cabinet-conseil et de ses consultants avec l'entreprise potentiellement cliente et la réalisation d'un diagnostic « rapide » du problème, également appelé « pré-diagnostic ». Cette première étape concerne également l'établissement d'un planning d'intervention, les propositions réalisées au client et la signature du contrat de conseil, en cas d'accord du client. Cette phase constitue la plus délicate car le consultant doit « transformer » un client potentiel en client effectif en obtenant la signature du contrat. Cette étape, selon Villette, mobilise souvent les consultants les plus expérimentés et les plus compétents, car il s'agit d'un moment décisif où le client potentiel

peut encore se rétracter (Villette, 2003), ou choisir une proposition concurrente, notamment dans le cadre d'appel d'offres.

La seconde étape intervient une fois la proposition acceptée par le client. C'est l'étape de « *diagnostic* » : elle constitue la phase de collecte des informations, d'analyse et de synthèse des informations récoltées, ainsi que l'examen détaillé du problème à résoudre. Les sources d'informations sont multiples : enquêtes par questionnaire, entretiens individuels et collectifs, études de données et de documents internes, observations, réunions, présentations, réalisation de rapports intermédiaires (Simonet & Bouchet, 2004 ; Villette, 2003).

La troisième étape, intitulée « *programme d'action* » ou « *plan d'action* », vise dans un premier temps à élaborer les diverses solutions possibles, puis à évaluer et choisir les solutions qui apparaissent comme étant les plus appropriées et qui pourront être présentées au client, dans le but d'établir un planning de mise en œuvre des solutions retenues.

La quatrième étape est donc celle de « *mise en œuvre des solutions retenues* », le consultant fournissant une assistance au client, tout en ajustant éventuellement les propositions réalisées aux difficultés rencontrées par ce dernier, voire en proposant des actions de formation, devant notamment permettre une meilleure appropriation et mise en œuvre des solutions retenues. Le consultant tend ici à assurer un processus d'appropriation de la démarche par les membres de l'organisation. Cette appropriation est généralement assurée par les membres d'un groupe-projet spécifiquement dédié, *via* des réunions de coordination notamment. Ces personnes-ressources constituent une condition de l'efficacité de la mission. Ici, l'action du consultant suppose un « savoir faire-faire » plutôt qu'un « savoir-faire » (Pérez, 2004).

Enfin, la cinquième étape est la « *phase finale d'évaluation des résultats obtenus* », visant à évaluer l'intervention et ses conséquences, avec remise du rapport final, règlement financier et départ du consultant, tout en examinant d'éventuelles collaborations ultérieures. Cette phase est souvent réduite, du fait principalement d'un budget consacré à la mission épuisé ou que cette mission ne soit déjà plus au centre des préoccupations (Villette, 2003)

La mobilisation de la sociologie du conseil en management doit donc nous permettre de cerner le type de relations tissées par le consultant durant sa mission d'intervention : ainsi, cette relation de conseil s'opère selon Villette autour d'un triptyque « Consultant – Client –

Public cible », le consultant étant théoriquement en interaction avec les deux autres acteurs depuis la phase préliminaire (étape 1) jusqu'à la phase finale d'évaluation des résultats (étape 5), l'objectif étant de mettre en œuvre un dispositif technique visant à agir sur la cible (Villette, 2003). Cependant, la simple mobilisation de ces travaux de sociologie du conseil en management ne nous permettrait pas d'éclairer le contenu spécifique des pratiques des consultants, la manière dont ils se « saisissent » de leur objet d'intervention. Le recours aux travaux réalisés en sociologie de la traduction doit nous permettre de compenser cet écueil.

Sous-section 2. La sociologie de la traduction : des concepts théoriques permettant d'éclairer les pratiques des consultants

Le recours au cadre de la théorie de la traduction doit permettre de fournir un éclairage sur les conditions à partir desquelles les acteurs d'une situation donnée peuvent se trouver en convergence, ou en divergence, autour d'un changement ou d'un projet spécifique. Ce cadre permet d'étudier la manière dont les acteurs coopèrent (ou non) et établissent des relations entre eux, étude contribuant à « sortir » cette activité coopérative de sa « boîte noire » (Callon, 2006). Selon Amblard, la sociologie de la traduction permet de lire et de comprendre les systèmes d'action organisée (Amblard et al., 1996). Ainsi, c'est dans cette optique là que M. Callon (1986) a analysé la convergence des acteurs territoriaux côtiers autour de la domestication des coquilles Saint-Jacques de la baie de Saint-Brieuc.

La volonté affichée par Callon et Latour est d'appréhender les situations de coopération, ou de non-coopération, dans toute leur complexité, sans « découper en tranches » l'étude entre humains et non-humains (Callon & Latour, 2006). Ainsi, l'une des notions-clés est la notion de « *réseau* » : il s'agit d'une méta-organisation rassemblant humains et non-humains mis en intermédiaires les uns avec les autres. La reconstitution de ce réseau est au cœur de la sociologie de la traduction, car elle permet de chaîner toutes les entités qui participent à la gestion d'un problème donné, permettant ainsi sa compréhension. La mobilisation du concept de réseau permet d'aller au-delà de la dichotomie entre acteur et structure : il appréhende et « fédère » l'ensemble des « *actants* » participant à la constitution et à la réalisation d'un « *projet sociotechnique* » (ibid., 2006).

Le concept d'« **actant** » est privilégié par Callon et Latour à celui d'« *acteur* » : en effet, il s'agit d'un terme plus large permettant d'englober l'ensemble des éléments, humains et non-humains, pouvant participer à un projet commun. Un actant est ainsi défini comme l'« *élément qui cherche à courber l'espace autour de lui, à rendre d'autres éléments dépendants de lui, à traduire les volontés dans le langage de la sienne propre* » (Callon & Latour, 2006, p.21-22). Au sein de ces actants, l'« **acteur-réseau** », ou « **traducteur** », est l'élément, généralement humain, qui permet, ou tente, de constituer un réseau autour de lui, en mobilisant d'autres actants, en définissant l'espace, son organisation, ses enjeux, ses règles du jeu, voire l'existence même du jeu (*ibid.*, 2006). La constitution du réseau repose sur la construction d'un « **projet sociotechnique** » : ce projet fédère les différents acteurs tout en se construisant simultanément en lien avec son contexte et son environnement (Callon, 2006). Cette construction n'est pas linéaire : en effet, elle est jalonnée de « **controverses** », c'est-à-dire de mise en concurrence par les différents actants d'une conception différenciée du projet, de ce que ce dernier « devrait être ». Callon (2006) considère ces controverses comme des moments privilégiés d'analyse et de compréhension du processus de construction du projet sociotechnique, de ses blocages, voire de ses écueils.

Le concept de « **traduction** » repose donc sur le succès de la construction d'un projet sociotechnique, sur la convergence des actants d'une situation donnée autour d'un changement ou d'un projet spécifique. La traduction constitue la transformation effective de plusieurs énoncés intelligibles en un seul énoncé, consensuel et stabilisé. Il s'agit d'un mouvement liant des énoncés et des enjeux paraissant *a priori* incompatibles et « sans commune mesure », établissant un lien intelligible entre des activités hétérogènes (Callon, 2006). La traduction est donc un processus par lequel les actants vont progressivement coopérer et converger autour d'un projet sociotechnique qui se construit dans ce même mouvement. Il est possible de distinguer cinq étapes interdépendantes majeures du processus de traduction, durant lequel le réseau d'actants va progressivement « prendre corps » (Callon, 1986 ; Akrich & al., 2006) : la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement, la mobilisation des alliés et le rallongement.

La « **problématisation** » est l'étape de formulation d'un problème spécifique : il s'agit d'une opération de repérage, préalable indispensable à toute action de changement. Ici, la formulation d'une question susceptible de faire converger les acteurs concernés est nécessaire. Cette question revêt souvent un degré de généralité élevé, notamment au regard des positions

singulières de chacun des actants en présence (Akrich & al., 2006). L'objectif de la problématisation est de faire passer chaque actant d'une position singulière et isolée à une acceptation de coopération, notamment en mettant en mouvement ces acteurs autour d'un projet provisoire, qui ne deviendra définitif qu'à travers la constitution même du réseau (Callon, 2006). Cette problématisation s'opère par l'acteur-réseau, ayant préalablement analysé le contexte, les actants en présence, leurs intérêts, leurs enjeux et leur degré de convergence (Akrich & al., 2006). Ce traducteur doit disposer d'une légitimité suffisante afin d'établir une problématisation légitime (notamment en étant accepté dans le rôle de celui qui problématise). De plus, Callon et Latour (2006) considèrent que la problématisation doit permettre de fixer progressivement un « *point de passage obligé* », c'est-à-dire un énoncé, une représentation, ou même un lieu, devenant incontournable dès les premières phases de la construction du réseau. Ce point de passage doit favoriser la convergence des acteurs, c'est une condition nécessaire mais non suffisante à l'irréversibilisation du réseau, autrement dit sa stabilisation et le succès de la traduction.

L'étape de l'« *intéressement* » s'inscrit dans la continuité de la problématisation. L'acteur-réseau doit, après avoir identifié l'ensemble des alliés potentiels, négocier avec eux leur participation au projet. Cette étape d'intéressement doit donc mettre en avant les gains potentiels que les actants retireraient de leur participation au projet. L'intéressement est réussi lorsque chacun de ces actants s'est construit une traduction qui lui est spécifique, qui « trahira » donc la proposition de l'acteur-réseau (Callon, 1986). Cette « traduction-trahison » (Oiry, 2012) est indispensable : en effet, un acteur qui ne construirait pas sa propre traduction et qui ne divergerait pas de la problématisation de l'acteur central signifierait qu'il n'est pas « réellement » intéressé par le projet sociotechnique et qu'il ne participera donc pas à son élaboration (Latour, 1992 cité par Oiry, 2012).

L'étape de l'« *enrôlement* » n'est possible qu'après avoir problématiqué une situation donnée et intéressé des actants issus d'entités différentes, aux intérêts potentiellement opposés et aux « traductions-trahisons » divergentes. Cet enrôlement permet d'articuler les rôles proposés par l'acteur-réseau et ceux que les acteurs acceptent de jouer. Cette étape n'est achevée qu'une fois que les alliés ont accepté ces rôles. En effet, l'enrôlement implique une mobilisation des acteurs, une implication dans l'action (Akrich & al., 2006). Il souligne que les entités du réseau se sont réellement engagées dans une action, et ne font pas de « figuration faussement participative » (*ibid.*, 2006). L'enrôlement permet d'affecter aux membres une tâche précise,

d'en faire des acteurs essentiels d'un système en devenir, ces derniers trouvant du sens et de l'intérêt à l'élaboration du réseau et à sa consolidation.

La quatrième étape est celle de la « *mobilisation des alliés* » : elle permet de rendre effective et opérationnelle la coordination entre actants, notamment grâce à la désignation de porte-paroles de chacun des actants. Ces porte-paroles parleront et agiront au nom du groupe d'acteurs qu'ils représentent (Akrich & al., 2006). Ils sont à la base d'un « micro-réseau » : cette réduction est indispensable, son objectif est de substituer à des entités nombreuses et difficilement manipulables des intermédiaires devant favoriser la coopération et le succès de la traduction (*ibid.*, 2006). Les porte-parole jouent un rôle décisif dans le processus de traduction, notamment dans la construction du projet sociotechnique et dans la « solidification » du réseau d'actants, condition nécessaire au succès de la traduction.

La cinquième et dernière étape est l'étape de « *rallongement* » du réseau : ce rallongement est une condition décisive de solidité du réseau, visant à étendre du centre à la périphérie le projet sociotechnique construit par le micro-réseau. Ce rallongement doit progressivement tendre vers un « *réseau irréversibilisé* », c'est-à-dire une situation stabilisée où le projet sociotechnique retenu et progressivement élaboré porte une traduction finale et pérenne. À ce stade, le réseau d'actants fédéré autour d'un projet sociotechnique et partageant une seule et même traduction a l'apparence d'un « tissu sans couture » (Callon, 2006) où l'on ne peut plus distinguer les traductions concurrentes antérieures et les conditions de production du réseau (Czarniaswka & Hernes, 2005).

Pertinence pour les sciences de gestion et modèles concurrents

M. Callon et B. Latour sont considérés comme d'« *authentiques théoriciens de l'entreprise* » (Amblard et al., 2005, p. 177) : en effet, la sociologie de la traduction, du fait de son objet, l'analyse des systèmes d'action organisée, et de sa posture méthodologique, visant à appréhender les situations dans toute leur complexité, est compatible avec les sciences de gestion, et plus largement avec les théories des organisations. Les enseignements des travaux de Callon et Latour « *fournissent des éclairages tout aussi utiles qu'à l'homme de gestion* » (Amblard et al., 1996, p.129), les deux auteurs étant attachés à la compréhension des entreprises et de leurs systèmes d'action. Ainsi, ce raisonnement sociologique est, tout en

étant centré sur l'analyse des processus sociaux, un « *quasi-outil de gestion et d'aide à la conduite de projets* » (Amblard et al., 1996, p.130). Le fait que ces deux auteurs soient intervenus au sein de grands groupes industriels souhaitant familiariser leurs encadrants à une conduite de projet inspirée des travaux en sociologie de la traduction témoigne de la vocation opérationnelle de ce modèle théorique. Whittle et Spicer (2008) recensent à ce titre un nombre important de recherches se basant sur la sociologie de la traduction, notamment des travaux autour de l'intégration de systèmes technologiques, le fonctionnement de communautés de pratiques, le développement d'un management des connaissances ou de l'innovation, mais également le déroulement d'activités de conseil (Czarniaswka & Hernes, 2005). En gestion des ressources humaines, la sociologie de la traduction est notamment mobilisée pour éclairer la construction des dispositifs et instruments de gestion (Mazzilli, 2011 ; Oiry, 2003 ; Oiry, 2012) ou la gestion territoriale des restructurations (Beaujolin-Bellet, 2008).

De plus, différents arguments viennent défendre le choix de la sociologie de la traduction comme cadre théorique (en plus de la sociologie du conseil en management), au détriment d'autres modèles théoriques concurrents. Tout d'abord, la sociologie de la traduction appréhende l'entreprise et ses actants dans leur ensemble, comme un réseau, et rend intelligible les évolutions de ce réseau non pas uniquement à partir de ses vertus intrinsèques, mais également au regard du processus de traduction dont il relève. Ce cadre théorique nous invite à appréhender les actants au plus près ainsi que les processus auxquels ils prennent part. De plus, la sociologie de la traduction s'intéresse à la mobilisation d'une rhétorique, à la production de discours, de rapports et de textes. Elle éclaire la construction de structures sociales, de relations et d'identités sociales (Dooreward & Van Bijsterveld, 2010). Enfin, et il s'agit d'un des intérêts majeurs de la mobilisation de ce cadre théorique, la sociologie de la traduction permet d'aller « au-delà » de l'artefact que constitue la « mise en boîte noire » de l'action collective (Callon, 2006). En effet, contrairement à d'autres cadres théoriques, le succès d'une convergence, ou l'échec d'une non-convergence, ne peut se prédire à partir d'une liste de facteurs sociaux, mais doit être appréhendé par l'analyse de l'imbrication de différents éléments humains et non-humains, leur participation au réseau, leur « traductions-trahisons » temporaires, autrement dit la manière dont ils se saisissent d'un projet et dont ils œuvrent à sa construction. Cette théorie permet de dépasser la dichotomie entre l'acteur et la structure, elle éclaire la manière dont les acteurs font, ou ne font pas, réseau, la façon dont ils tissent des relations qui seront à la base de l'émergence d'un projet sociotechnique.

Comme le soulignent Amblard et *al.* (1996), le corpus classique de la sociologie des organisations revêt comme insuffisance particulière sa « *quasi-cécité sur la question des conditions de production de l'accord entre acteurs* » (*ibid.*, 1996, p.128). En effet, le corpus classique de la sociologie de l'organisation et de l'entreprise est principalement tourné vers la compréhension des jeux de pouvoir, en appréhendant l'entreprise comme un espace de relations, un champ d'affrontement où chaque acteur tente d'optimiser ses gains et ses ressources. C'est dans cette perspective que Crozier et Friedberg (1977) défendent l'idée d'un raisonnement stratégique et d'un raisonnement systémique pour comprendre le système d'action concret, l'analyse stratégique mettant ainsi l'accent sur la régularité avec laquelle les différents groupes d'acteurs vont structurer leur mode de relation, autour de situations de conflits, de négociations, d'ententes durables et d'accords provisoires (Amblard & *al.*, 1996). C'est également dans cette perspective de compréhension des jeux de pouvoir que Reynaud, *via* la théorie de la régulation sociale (Reynaud, 1989) analyse la construction des règles par lesquelles un groupe social se structure et devient capable d'actions collectives, à partir d'une régulation de contrôle et d'une régulation autonome (Amblard & *al.*, 1996 ; Reynaud, 1989). Enfin, un autre cadre théorique s'inscrivant dans la perspective de compréhension des jeux de pouvoir est le cadre de l'identité au travail de Sainsaulieu (1988), abordant la construction des règles au détour des dimensions affectives des acteurs, de leurs positions idéologiques et de leurs modes de calcul des possibilités de gains et de perte.

Dans la perspective de ces sociologues « classiques », l'accord entre acteurs d'une situation donnée n'est qu'un simple « artifice », une situation temporaire dissimulant un rapport de force qui le renversera à terme. Comme le soulignent Amblard et *al.* (1996), ces cadres théoriques ne peuvent conférer un « statut théorique véritable » à l'accord, et ne permettent pas d'éclairer, comme nous l'avons énoncé, la question des conditions de production, ou de non-production, de l'accord entre acteurs. Les travaux en sociologie de la traduction permettent quant à eux de saisir cette question, en réfutant notamment les explications déterministes par lesquelles un accord ne devient accord qu'à partir de facteurs externes. Le recours au cadre théorique de la sociologie de la traduction nous paraît donc comme étant le plus approprié pour éclairer le rôle des consultants dans la gestion des RPS et la manière dont ils se « saisissent » de ce phénomène.

Sous-section 3. L'analyse des pratiques des consultants en gestion des RPS : un acteur-réseau à l'origine d'un projet sociotechnique en relation avec un client et un public-cible

Après avoir présenté les principes et concepts fondateurs de la sociologie du conseil en management et de la sociologie de la traduction, nous présenterons ici la manière dont nous mobiliserons ces théories afin de constituer notre cadre d'analyse. Nous verrons que la première théorie doit nous permettre de « cadrer » les relations tissées par le consultant avec le client et le public-cible. La seconde théorie doit éclairer le contenu de ces relations et la manière dont, à partir de leurs pratiques, les consultants font, ou ne font pas, réseau autour du projet de gestion des RPS.

La mobilisation des travaux de Villette (2003) doit, dans un premier temps, nous permettre de repérer et de définir les acteurs mobilisés dans le processus de conseil. Il conviendra ainsi de **définir le consultant**, sa spécialité, son statut (indépendant ou salarié), le type d'intervention qu'il réalise, voire les fonctions qu'il assure au sein de son cabinet-conseil (s'il n'est pas indépendant). La **définition du client**, ou du type de client, pour lequel le consultant intervient permettra également de cerner les motivations régulièrement avancées par cet acteur. L'**analyse du public-cible** sur lequel le consultant intervient doit permettre d'appréhender le type d'élément pouvant poser problème au client et justifiant le recours au consultant, ainsi que sa définition par le consultant. Notre cadre d'analyse doit donc permettre dans un premier temps de définir et d'analyser les acteurs du triptyque et leur éventuelle hétérogénéité.

De plus, la sociologie du conseil en management doit nous permettre de « baliser » les relations nouées par le consultant avec le client et le public-cible. En effet, en nous basant sur les cinq étapes du canevas type d'une intervention de conseil en management, nous pourrions articuler notre recherche autour de chacune de ces étapes et sur la manière dont les consultants réalisent la préparation de leur intervention, leur diagnostic, le programme d'actions, la mise en œuvre des solutions retenues et l'évaluation des résultats obtenus. Cependant, ces simples étapes nous paraissent insuffisantes pour cerner la manière dont les consultants souhaitent « faire réseau », souhaitent faire converger le client et le public-cible autour d'un même projet de gestion des RPS.

Ainsi, la sociologie de la traduction doit permettre de compléter et d'« alimenter » le cadre relationnel proposé par la sociologie du conseil en management. Nous appréhenderons la gestion des RPS comme la construction en réseau d'un projet sociotechnique, le consultant étant l'acteur-réseau à l'origine de la démarche. Le recours à ce second cadre théorique doit nous permettre d'éclairer les conditions à partir desquelles le consultant, le client et le public-cible peuvent se trouver en convergence, ou en divergence, autour du projet de gestion des RPS.

Nous considérerons comme « *réseau* » la mise en relation par le consultant du client et du public-cible, « *actants* » concourant à la gestion et, si possible, à la résolution, des RPS. L'« *acteur-réseau* » ou le « *traducteur* » sera ici le consultant, qui devra théoriquement concourir à la constitution de ce réseau. Cette constitution repose sur le « *projet sociotechnique* » de gestion des RPS, qui se construira tout au long de l'intervention en fédérant progressivement le client et le public-cible. Les « *controverses* » concerneront principalement la mise en concurrence par le consultant, le client et le public-cible des différentes représentations des RPS et de leur gestion, entre approche restrictive et approche élargie. Nous considérerons comme « *traduction* » le succès de la construction d'un projet de gestion des RPS, témoignant de la convergence du triptyque consultant – client – public-cible autour d'un énoncé intelligible commun des RPS, d'une représentation partagée, consensuelle et stabilisée.

Pour rendre compte du processus de gestion des RPS, nous nous baserons sur les cinq étapes du processus de traduction durant lesquels, sous l'impulsion du consultant « acteur-réseau », les relations entre le client, le consultant et le public-cible vont progressivement « prendre corps » autour du projet de gestion des RPS.

La « *problématisation* » consiste à formuler les contours du « problème RPS », préalable indispensable à toute action de changement (faisant notamment écho à l'étape de diagnostic proposée par Villette, 2003). L'objectif théorique de cette problématisation sera ainsi de faire passer le client et le public-cible d'une représentation isolée des RPS à une acceptation de coopération et de mise en mouvement autour de la gestion de ces risques. Le consultant remplit ici un rôle décisif : il doit préalablement analyser le contexte, les actants en présence et leurs intérêts respectifs, puis formuler un « *point de passage obligé* » autour de la représentation des RPS et/ou de leur gestion, point de passage devant favoriser la convergence du client et du public-cible.

L'« **intéressement** » repose sur la mise en avant par le consultant des gains que le client et le public-cible auraient à participer au projet de gestion des RPS, en construisant chacun leur représentation des RPS, voire les solutions possibles à mettre en œuvre. Cette étape doit également permettre aux trois actants de construire le rôle qu'ils envisagent de jouer et les rôles qu'ils conçoivent pour les autres actants.

L'« **enrôlement** » a pour objectif, dans le projet de gestion des RPS, d'articuler les rôles proposés par le consultant et ceux que le client et le public-cible acceptent de jouer, ces actants étant ainsi mobilisés dans l'action. Leur traduction des RPS est relativement stable, tout en précisant quels sont, pour eux, la finalité de cette traduction et leur intérêt à participer au réseau. Cet enrôlement, pouvant par exemple prendre la forme d'un comité de pilotage ou d'un « groupe-pilote », affecte au client et au public-cible une tâche précise, ces derniers devenant progressivement des éléments incontournables de la gestion des RPS.

La « **mobilisation des alliés** » rend effective la coopération entre le consultant, le client et le public-cible. Le consultant se coordonnera avec les porte-paroles du client et du public-cible dans le cadre d'un micro-réseau (ou comité de pilotage) devant « porter » la gestion des RPS et concourir à la convergence des acteurs autour de cette gestion, voire de la résolution des RPS .

Le « **rallongement** » du réseau représente la diffusion de la traduction des RPS et de leur gestion depuis le micro-réseau jusqu'à l'ensemble de l'organisation, depuis les représentants du client et du public-cible jusqu'à leurs mandants respectifs. Le « *réseau irréversibilisé* » constitue ici la situation stabilisée et consensuelle où l'ensemble des actants partagent la même vision des RPS et la manière de les gérer, voire de les prévenir. Cet étape constitue aussi, théoriquement, l'étape où le consultant a terminé son intervention et peut quitter l'organisation, le réseau d'acteurs constitué devant « prendre le relais » pour maintenir la traduction.

Sous-section 4. Problématique et proposition de recherche

La construction de notre objet de recherche, les pratiques des consultants dans la gestion des RPS, a été guidée par la formulation d'une question de départ. Cette question visait à établir, à partir du constat de l'absence de consensus autour des RPS et de l'hétérogénéité des solutions « dites préventives », ce qu'est l'expertise en matière de RPS et comment celle-ci pouvait s'opérer:

Qu'est-ce que l'expertise en risques psychosociaux au travail et comment s'opère-t-elle ?

Ce questionnement nous a amené dans un premier temps à replacer la question du traitement des RPS dans celle, plus globale, de l'approche des risques professionnels (Chapitre 1). Nous avons mis en évidence dans un premier temps l'existence d'une approche restrictive des risques professionnels : cette approche est caractérisée par le fait de considérer le risque comme inéluctable, limitant la responsabilité de l'employeur, défendant une logique d'indemnisation, de réparation et d'adaptation de l'homme au travail. Dans un second temps, nous avons présenté l'approche élargie des risques professionnels, considérant un risque organisationnel et lié au travail, étendant le champ de responsabilité de l'employeur, promouvant une logique de prévention et d'adaptation du travail à l'homme. Les risques professionnels sont ainsi au cœur d'une tension historique entre ces deux approches. Cette tension concourt à faire du champ des risques professionnels un champ stratégique, où vont se développer des stratégies d'acteurs autour de la construction sociale et de l'imputation de responsabilité de ces risques. Le recours à l'expertise apparaît ainsi comme un levier stratégique visant à orienter la construction du risque vers une représentation restrictive ou élargie.

Ces enseignements nous ont permis d'aborder le phénomène RPS au regard de cette tension historique (Chapitre 2). Nous avons souligné dans un premier temps le fait que ces « nouveaux risques professionnels » sont caractérisés par un périmètre flou, une absence de définition stabilisée, des spécificités inhérentes (aspect différencié, origine multifactorielle, poly-exposition) et des conditions de visibilité sociale restreintes. Ce flou conceptuel tend à inscrire les RPS dans la tension historique entre approche restrictive et approche élargie des risques professionnels, notamment en sciences de gestion. Cependant, l'état de la littérature sur les

RPS en sciences de gestion a permis de mettre en évidence le fait que les travaux de notre discipline se sont peu attachés à appréhender et à « saisir » la dimension stratégique des RPS et des logiques d'acteurs à l'œuvre, notamment les logiques d'action de l'expertise en RPS.

Après avoir ciblé un acteur-clé de l'expertise, les consultants en gestion des RPS, nous avons proposé de mobiliser la sociologie du conseil en management et la sociologie de la traduction dans notre cadre d'analyse afin d'éclairer les pratiques des consultants dans la gestion des RPS. En effet, la combinaison de ces deux cadres théoriques nous paraît pertinente pour appréhender ces pratiques : la sociologie du conseil en management, notamment à travers le triptyque « Consultant – Client – Public-cible » doit nous permettre de « cadrer » les relations nouées par le consultant durant sa mission. La sociologie de la traduction doit nous permettre « d'alimenter » ces relations dans le cadre de ce triptyque, et ainsi d'analyser la manière dont le consultant tend à faire, ou ne pas faire, converger le client et le public-cible autour du projet sociotechnique que constitue la gestion des RPS. Notre problématique de recherche s'attache ainsi à l'étude des modalités de mise en œuvre et de construction de la démarche de gestion des RPS par le consultant autour des concepts de problématisation, d'intéressement, d' enrôlement, de mobilisation des alliés et de rallongement, constitutifs du processus de traduction :

Comment les consultants interviennent-ils en matière de gestion des RPS en termes de problématisation, d'intéressement, d' enrôlement, de mobilisation des alliées et de rallongement ?

Au regard de notre état de la littérature, de la construction de notre objet de recherche et de notre problématique, il est possible de formuler ici une proposition de recherche centrale :

Les consultants en gestion des RPS développent des pratiques potentiellement stratégiques visant à promouvoir la représentation des RPS portée par leur client

Cette proposition de recherche, étape charnière entre notre réflexion théorique et notre démarche empirique (Quivy & Van Campenhoudt, 2006) s'appuie sur le fait que les RPS, phénomène complexe et mal défini s'inscrivant d'une manière « encore plus décisive » dans la tension historique entre approche restrictive et approche élargie des risques professionnels,

ouvrent un champ stratégique où le consultant en tant qu'expert pourra, dans un marché de plus en plus concurrentiel, concourir à la construction d'une vision des RPS limitant la responsabilité de son commanditaire.

Résumé du Chapitre 2

La **première section** a souligné le flou du périmètre terminologique des RPS : il n'existe pas de définition stabilisée, notamment au niveau juridique. Ce phénomène peut regrouper différentes réalités sous un même vocable, accroissant sa complexité d'appréhension. L'aspect différé, l'origine multifactorielle et l'enjeu de poly-exposition concourent également à ce flou conceptuel, ainsi que l'existence de dénis, restreignant sa visibilité sociale.

La **seconde section** a permis de mettre en évidence la façon dont les RPS peuvent s'inscrire dans une approche restrictive des risques professionnels : le caractère « fourre-tout » du terme « RPS » présente un faible potentiel de déstabilisation et de remise en cause de l'organisation du travail d'une part, et la fait de parler de « risque » peut inscrire ce phénomène dans la continuité des risques professionnels dits-traditionnels. De plus, les approches disciplinaires physiologique, épidémiologiques, psychologique cognitive et comportementale et ergonomique en termes de facteurs humains tendent à promouvoir la mise en place de solutions individualisées de réparation et d'adaptation de l'homme au travail.

La **troisième section** a mis en relief la manière dont les RPS peuvent, de manière symétrique au contenu de la seconde section, s'inscrire dans une approche élargie des risques professionnels : la dimensions « psychosociale » peut permettre d'amorcer le débat sur le travail et son organisation. De plus, les approches disciplinaires ergonomique de l'activité, clinique de l'activité, psychodynamique du travail et sociologique contribuent au développement de solutions organisationnelles préventives et d'adaptation du travail à l'homme.

La **quatrième section** a souligné la manière dont les sciences de gestion peuvent se saisir des RPS dans une approche restrictive ou élargie, en mobilisant des modèles théoriques des différentes approches disciplinaires présentées au cours des deux sections précédentes. De plus, les sciences de gestion se sont peu intéressées à la dimension stratégique du champ des RPS, justifiant la focalisation sur un acteur expert de plus en plus mobilisé et potentiellement stratégique : les consultants en gestion des RPS.

Enfin, la **cinquième section** a permis d'exposer notre cadre d'analyse, établi à partir des travaux en sociologie du conseil en management et en sociologie de la traduction, ainsi que notre problématique de recherche, afin d'appréhender les pratiques des consultants dans la gestion des RPS.

Partie 2

Design général de notre recherche

L'objectif de cette seconde partie est de présenter le design général de recherche que nous avons adopté dans le cadre de ce travail de thèse. Cette partie sera divisée en deux chapitres : le **chapitre 3** est intitulé « *Des “contraintes empiriques” au “pragmatisme méthodologique”* » ; le **chapitre 4** a pour titre « *Paradigme épistémologique et démarche de la recherche* ».

Le **chapitre 3** « *Des “contraintes empiriques” au “pragmatisme méthodologique”* » nous permettra de mettre en lumière notre longue quête de terrain(s) d'enquête jusqu'à l'apparition de deux opportunités empiriques, et le rôle décisif de cette démarche dans la construction de notre objet de recherche ainsi que dans l'adoption d'une posture méthodologique de type pragmatique. Nous présenterons ensuite de manière détaillée nos deux terrains de recherche : le *réseau i3r PACA* et la *Polyclinique du Sud*.

Le **chapitre 4** « *Paradigme épistémologique et démarche de la recherche* » présentera le paradigme épistémologique interprétativiste pragmatique dans lequel s'ancre notre recherche, la démarche de recherche découlant de ce positionnement, ainsi que les techniques de collecte et d'analyse des données retenues.

Chapitre 3

Des « contraintes empiriques » au « pragmatisme méthodologique »

Plan du chapitre

| | |
|--|------------|
| Section 1. De la recherche de terrain(s) d'enquête aux « opportunités empiriques » : une quête décisive dans la construction de l'objet de recherche..... | 131 |
| <i>Sous-section 1.</i> Un domaine d'intérêt émergent, un corpus théorique peu structuré..... | 131 |
| <i>Sous-section 2.</i> La longue quête de terrain(s) d'analyse: refus et apports à la construction de l'objet de recherche..... | 134 |
| <i>Sous-section 3.</i> Les « opportunités empiriques » : opportunisme méthodique et adaptabilité aux contraintes du terrain..... | 138 |
| | |
| Section 2. Présentation détaillée des deux terrains de recherche : le réseau i3r PACA et la Polyclinique du Sud..... | 142 |
| <i>Sous-section 1.</i> Le réseau i3r PACA : origines, constitution et fonctionnement..... | 142 |
| <i>Sous-section 2.</i> La polyclinique du Sud..... | 150 |
| | |
| Résumé du Chapitre 3..... | 153 |

Le « design de la recherche », ou architecture de la recherche, constitue la trame méthodologique permettant d'articuler la littérature, la problématique, les données, leur analyse et les résultats obtenus. Il s'agit d'un processus évolutif comportant des itérations lors de son élaboration et tout au long de la démarche de recherche (Royer & Zarlowski, 2007). La fiabilité d'une recherche qualitative repose principalement sur la capacité et l'honnêteté du chercheur à décrire très concrètement le processus entier de sa démarche d'analyse, dans une optique de transparence et de reproductibilité (Miles & Huberman, 1991).

Ainsi, ce chapitre souhaite répondre à ces critères de transparence en décrivant précisément la manière dont s'est déroulée la recherche. Pour ce faire, nous nous attellerons à présenter le plus fidèlement possible le processus de recherche de terrains d'analyse, processus faisant partie intégrante de notre démarche de recherche globale. Nous retiendrons ainsi une présentation chronologique de notre quête de terrain(s), c'est-à-dire la succession de refus d'accès à ces terrains jusqu'à l'apparition de deux opportunités empiriques. Cette présentation diffère de la logique traditionnellement retenue en sciences de gestion, où les terrains sont présentés en fin de chapitre. Cependant, l'importance de cette « quête empirique » dans la construction de notre objet de recherche et dans notre positionnement méthodologique pragmatique a nécessité une telle logique de présentation.

Ainsi, nous présenterons dans une **première section** les (nombreuses) difficultés rencontrées au cours de notre quête de terrains d'analyse jusqu'aux « opportunités empiriques » nous ayant conduit à étudier les pratiques des consultants dans la gestion des RPS. Nous verrons que cette recherche longtemps infructueuse a joué un rôle décisif dans la construction de notre objet de recherche et de « pragmatisme méthodologique » (Gueguen, 2005).

La **seconde section** nous permettra de présenter de manière détaillée nos deux terrains de recherche, fruits de ces opportunités : une population de consultants spécialisés en gestion des RPS et appartenant, pour la grande majorité d'entre eux, à un réseau institutionnel régional en charge d'encadrer leurs pratiques ; un établissement privé de soins ayant eu recours à l'intervention d'un consultant afin de traiter la question des RPS.

Section 1. De la recherche de terrain(s) d'enquête aux « opportunités empiriques » : une quête décisive dans la construction de l'objet de recherche

Cette première section a pour but d'exposer les difficultés d'accès aux terrains d'enquête, difficultés ayant eu un impact majeur sur l'évolution de l'objet de recherche, évolution que nous analyserons dans cette section, et sur l'architecture méthodologique finalement retenue, que nous approfondirons par la suite.

La première partie de ce travail doctoral intitulée « *Construction de l'objet de recherche : Vers une étude des pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail* » présente une construction linéaire et « sans à-coups » de notre objet de recherche. Cependant, cet élément clé du processus de recherche, qui tend à traduire et à cristalliser le projet de connaissance du chercheur et son objectif (Quivy & Van Campenhoudt, 2006), a été construit de manière progressive, sur la base d'allers-retours entre la littérature et les terrains d'analyse possibles (Allard-Poesi & Maréchal, 2007). En effet, l'objet de recherche s'est précisé au fur et à mesure de la compréhension du phénomène à étudier et par l'adaptation constante aux terrains et à leurs opportunités d'enquête (*ibid.*, 2007). Ainsi, notre objet de recherche s'est construit au croisement de différents points de départ : un domaine d'intérêt émergent et un corpus théorique peu structuré, une recherche de terrain(s) infructueuse et l'apparition d'« opportunités empiriques ».

Sous-section 1. Un domaine d'intérêt émergent, un corpus théorique peu structuré

Comme le soulignent Quivy et Van Campenhoudt (2006), la formulation d'une question de départ doit traduire un projet de recherche et respecter des conditions de clarté, de faisabilité et de pertinence. Ainsi, la question de départ retenue, « *Qu'est-ce que l'expertise en risques psychosociaux au travail et comment s'opère-t-elle ?* », avait pour objectif d'exprimer de la manière la plus précise possible le projet de connaissance de notre recherche, et de servir de fil conducteur au processus de cette dernière. Cette question a émergé suite à l'apparition d'un domaine d'intérêt émergent, celui des RPS et des nouvelles formes de risques professionnels, et à partir du constat de l'hétérogénéité du corpus théorique sur les RPS, de sa faible structuration et de certaines de ses insuffisances, notamment en sciences de gestion.

Comme nous l'avons souligné dans notre introduction générale, l'émergence des RPS comme domaine d'intérêt au sein de la sphère scientifique mais également des sphères sociale, économique, politique et médiatique, nous a « naturellement porté » (Allard-Poesi & Maréchal, 2007) vers l'étude de ce thème. Les RPS, leurs enjeux, leur complexité et leur « potentiel de développement et d'approfondissement scientifique » nous paraissaient extrêmement attrayants, suite notamment à la réalisation d'un mémoire de Master 2 au cours de l'année universitaire 2007-2008 sur le fonctionnement interne et « coopératif » des pôles de compétitivité en région PACA, thème n'ayant pas suscité pareil engouement. La multiplication des initiatives, notamment de la part des pouvoirs publics, et l'« hyper-médiatisation » des suicides chez France Télécom (Du Roy, 2009), ont donc contribué à retenir les RPS comme thème de recherche.

La phase d'exploration théorique, dont l'objectif est d'assurer la qualité du questionnement en dépassant les « *interprétations éculées* » (Quivy & Van Campenhout, 2006, p.42), nous a également incité à retenir ce thème de recherche : la complexité conceptuelle du phénomène RPS et la multiplicité des logiques d'occurrence, largement abordées au sein de notre première partie, furent constitutives d'un questionnement et d'un intérêt pour ce sujet de recherche potentiel. De plus, le constat d'une diffusion et d'une utilisation exponentielle du terme « RPS » par les acteurs publics et privés, scientifiques et professionnels a participé à l'adoption de ce thème. Il convient de rappeler ici que ce manque de structuration du corpus théorique des RPS a été l'une des raisons principales de la constitution d'un Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (Gollac & Bodier, 2011). Au niveau des sciences de gestion, le management des RPS, et plus largement celui de la santé au travail, constituait, et constitue toujours, un « champ à défricher » (Abord de Chatillon & Bachelard, 2005), tel que nous l'avons également mis en évidence au cours de la première partie, notamment en terme de gestion des risques professionnels et de stratégies d'acteurs.

Enfin, les entretiens exploratoires menés auprès de sociologues spécialisés dans le domaine de la santé au travail et appartenant à notre laboratoire de recherche nous ont également permis d'opter pour une recherche autour des RPS. Ces entretiens sont, de manière complémentaire à l'exploration théorique, un moyen décisif d'éclairer la pertinence d'un cadre théorique de recherche : la mise en lumière de la richesse du phénomène à étudier, des

différents objets de recherche possibles inhérents à ce phénomène concourent à dégager des pistes de réflexion, des idées et des hypothèses de travail (Quivy & Van Campenhoudt, 2006). Ils ont notamment permis de remettre en question une première vision trop « psychologisante » des RPS (Bouffartigue, 2010), inspirée de premières lectures managériales principalement anglo-saxonnes et de type cognitivo-comportemental (Cooper, 2001 ; Ivancevich & *al.*, 1990).

Une « première idée » de notre objet de recherche s'est donc progressivement constituée de la fin d'année 2008 jusqu'à fin de l'année 2009. Cette formalisation s'est notamment traduite par la tenue d'un premier séminaire de thèse en Novembre 2009, avec une communication intitulée « *Prévention du stress professionnel et apprentissage organisationnel* ». Cette première production écrite et orale souhaitait poser les enjeux d'une recherche devant analyser la manière dont les organisations expertisent le stress professionnel, phénomène qui nous semblait mieux défini que celui des RPS, et le processus d'apprentissage à partir des succès et échecs de cette expertise. Cet objet de recherche nous paraissait d'autant plus pertinent qu'il nous permettait d'aller au plus près des pratiques managériales, de leurs difficultés et de leurs leviers d'action.

Ainsi, c'est dans cette perspective qu'un projet de recherche intitulé « *Le stress professionnel : prévention et apprentissage* » (Annexe 2) a été diffusé en Octobre 2009 sur le site Internet de l'Association Nationale des Directeurs des Ressources Humaines (ANDRH), suite à un contact noué avec le président de cette association au cours d'une réunion se déroulant au Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail (LEST-CNRS UMR). L'objectif était d'avoir accès à un terrain d'investigation avec lequel définir des modalités plus précises que le contenu de ce projet, concourant ainsi à la délimitation de l'objet de recherche. La diffusion de ce projet de recherche par l'ANDRH a permis de nouer des relations avec trois terrains d'analyse potentiels, ponctués par une triple impossibilité de coopération mais concourant à la construction de l'objet de recherche. Nous présenterons également deux autres terrains n'ayant pu se concrétiser, et ayant également participé à l'émergence et à la construction de l'objet de recherche.

Sous-section 2. La longue quête de terrain(s) d'analyse: refus et apports à la construction de l'objet de recherche

Un premier terrain de recherche fut envisagé suite à la réception d'un mail du responsable des ressources humaines d'un établissement public à caractère industriel et commercial chargé de l'exploitation du réseau de transports en commun d'une ville de la région PACA. En se basant sur le contenu du projet de recherche diffusé l'avant-veille par l'ANDRH, ce responsable manifestait son intérêt pour la mise en place d'une politique de bien-être au sein de son organisation, et sur la possibilité de bénéficier de connaissances scientifiques en la matière, voire de pouvoir profiter de leviers managériaux actionnables à court terme. Notre manque d'« opportunisme méthodique » (Girin, 1989), comportement caractérisé par l'impératif de flexibilité du chercheur confronté à des acteurs réfléchissant en terme d'utilité, voire d'instrumentalisation de la recherche, a abouti à un refus implicite du responsable des ressources humaines. En effet, l'envoi de notre part d'un mail de réponse reprenant les nécessaires et incontournables conditions d'intervention, de problématisation et de réinterrogation scientifiques participèrent sans nulle doute au refus de poursuivre toute collaboration de la part du responsable, du moins c'est ce que laissait présager l'absence de réponse.

Un second terrain de recherche potentiel s'est présenté, suite à la réception d'un mail envoyé par la directrice des ressources humaines d'un établissement public d'aménagement, ayant en charge un projet majeur de rénovation urbaine d'une ville de la région PACA. Ce mail proposait la tenue d'une rencontre à la mi-Novembre 2009 afin d'échanger sur l'éventualité d'une collaboration entre chercheur et acteurs de terrain autour du stress et plus largement des risques psychosociaux au travail. Lors de cette rencontre, la directrice des ressources humaines a exposé ses attentes : « *Comment entrer sur le terrain des RPS sans que cela ne devienne un piège ?* », « *Comment éviter que certains travailleurs en profitent pour remettre en cause l'ensemble de l'organisation du travail ?* », « *Comment mettre en place une prévention "sans pollution" ?* ». Elle exposa ensuite la spécificité de l'établissement public : une échelle hiérarchique très courte, un nombre important de parties prenantes (professionnels, tutelles, habitants, élus politiques), une forte demande de créativité dans une structure rigide. De manière similaire au premier terrain potentiel, la directrice était en attente de réponses managériales actionnables à court terme, ne souhaitant plus « *bricoler une prévention des RPS* ». Suite à cette rencontre, il était convenu de formaliser un nouveau projet

de recherche en lien avec les spécificités contextuelles de l'établissement public d'aménagement (Annexe 3). Ce nouveau document proposait d'analyser en détail les sources de stress et les logiques d'apparition des RPS dans cette structure, *via* l'étude des actions préalablement menées, de mettre en place des entretiens individuels et/ou collectifs auprès des acteurs de l'organisation autour de la question de l'amélioration des conditions de travail et d'observer des situations de travail. Ainsi, au niveau théorique, ce projet ouvrait la voie à la question de la contextualisation de la prévention, devant ainsi permettre la remise en cause de certaines visions théoriques à tendance universaliste de la prévention des RPS. Cependant, ce projet de collaboration a également échoué, la directrice ne souhaitant pas « *ouvrir la boîte de Pandore* » d'une prévention pouvant la « *dépasser* ».

Le troisième terrain de recherche potentiel, également en lien avec le projet diffusé sur le site Internet de l'ANDRH, concernait une proposition de collaboration formulée par un cabinet spécialisé dans la réalisation de bilans de compétences (Annexe 4). Une rencontre a eu lieu début Décembre 2009 avec une consultante de ce cabinet : son objectif était de diversifier son offre de services, du fait d'un nombre croissant de demandes adressées au cabinet portant sur la question des risques psychosociaux au travail. Suite à cette rencontre, un projet de collaboration portant sur la constitution d'« ateliers conditions de travail » ou « ateliers stress » a été retenu : ce projet reposait sur un partenariat entre le chercheur et la consultante afin de proposer aux entreprises clientes du cabinet une prestation « complémentaire » aux bilans de compétences (Annexe 5). Dans cette optique, le cabinet a organisé début Avril 2010 un petit-déjeuner regroupant une vingtaine de DRH autour d'une présentation intitulée « *Bien-être au travail : les véritables leviers d'action des DRH* », avec pour objectif de vendre ces nouvelles prestations de service à des clients potentiellement intéressés (Annexe 6). L'échec de la transformation de ce terrain de recherche potentiel en terrain de recherche effectif a été la conséquence d'une absence de sollicitation du cabinet autour de ce projet, qui a alors été progressivement abandonné.

En l'absence de nouvelles sollicitations en lien avec le projet de recherche déposé sur le site Internet de l'ANDRH, et suivant les conseils de chercheurs et enseignants-chercheurs avisés, la quête de terrains de recherche s'est orientée au cours de l'année 2010 vers l'un des acteurs centraux de l'expertise en RPS : les services de santé au travail. Le contact a été noué avec un groupement interprofessionnel médico-social, engagé dans une démarche de promotion de la santé au travail et d'amélioration des conditions de vie dans l'entreprise.

Trois entretiens de type exploratoire ont été menés auprès d'un médecin du travail et de deux psychologues du travail collaborant au sein de ce groupement. Leur position d'acteur de la scène des RPS leur conférait une connaissance certaine des enjeux liés à ces risques. Cependant, l'obligation de respect du secret médical, avancée par les trois acteurs interrogés, nous a incité à abandonner ce terrain d'analyse potentiel. De plus, l'un des deux psychologues soulignait le fait qu'« *avec les RPS, c'est déjà dur pour nous de mener l'expertise, surtout que l'on reçoit des personnes dans des situations parfois désastreuses... Alors imaginez si la personne doit en plus faire face à quelqu'un de plus et non identifié durant la consultation, ça risque de ne pas pouvoir se faire* », soulignant ainsi le caractère sensible de ce phénomène.

Enfin, toujours au cours de l'année 2010, la réception par mail d'une annonce de recrutement d'un consultant junior émise par un cabinet de consultants spécialisé dans l'intervention auprès des comités d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT), notamment en terme de prévention des RPS, apparaissait comme une occasion très intéressante d'accéder à un terrain de recherche et d'étudier au plus près le type d'expertise mené par les consultants. L'acte de candidature effectué, une première « réunion d'embauche » a eu lieu avec deux consultants de ce cabinet, réunion durant laquelle la possibilité de poursuivre nos travaux doctoraux en cas de recrutement a été abordée et acceptée. Dans la continuité du processus de recrutement, une étude de cas était transmise et devait être réalisée sous 48 heures. Une seconde réunion avec deux nouveaux consultants du cabinet eut lieu, ces derniers disposant de pouvoirs de décision plus importants que les deux premiers consultants. L'objectif de cette seconde réunion était, sur la base du contenu de l'étude de cas, de pratiquer une « mise en situation d'expertise et de restitution des résultats », les consultants jouant respectivement le rôle de l'employeur et du représentant syndical. Suite à ce second entretien, le cabinet de consultants a décidé de ne pas poursuivre le processus de recrutement, pour différentes raisons abordées en fin d'entretien, lors du *débriefing*. La principale critique portait sur notre vision trop théorique et trop consensuelle de la situation de travail et du rôle de l'expert, entrant ainsi en contradiction avec leur vision de ce que « devait être » un expert. En effet, l'un des deux consultants, d'une manière assez vive, soulignait « *ce sont les syndicats qui nous font bouffer, qui remplissent notre assiette. On ne peut pas se tirer une balle dans le pied, ou plutôt ils ne peuvent pas se tirer une balle dans le pied en faisant appel à un expert qui va dire « amen » à la Direction* ». De plus, le second consultant défendait l'idée de « *marché de niche* » sur lequel se place le cabinet, justifiant le fait que « *même si parfois le syndicaliste c'est un gros c*n, même si on sait pertinemment qu'il a tort,*

et bien on doit assumer notre position ». Une seconde critique, énoncée quelques jours plus tard par téléphone, a mis en évidence notre « *crainte du conflit* », et l'inadéquation de notre profil à des situations de blocage et de crise, situations ne pouvant se satisfaire d'une recherche de consensus.

Ainsi, comme nous l'avons présenté, les difficultés d'accès aux terrains d'enquête ont eu un impact majeur sur l'évolution de notre objet de recherche, de manière complémentaire au processus de construction théorique de cet objet, présenté durant la première partie de ce travail doctoral. Ces allers-retours entre la littérature et les terrains d'analyse potentiels ont permis de faire émerger des enjeux théoriques et pratiques autour de l'expertise en RPS, et d'améliorer la compréhension et l'appréhension du caractère complexe, notamment au niveau empirique, de cette expertise. Les deux premiers refus d'accès au terrain de recherche ont mis en évidence le caractère « sensible » de la gestion du stress et des RPS, et la facilité des acteurs d'entreprise à favoriser une vision salutogénique, notamment en termes de bien-être au travail. De plus, la volonté affichée par la DRH de ne pas « *ouvrir la boîte de Pandore* » témoignait de la complexité inhérente à toute action de gestion des RPS, nous invitant ainsi à dépasser une vision trop théorique de la démarche à mettre en place, démarche notamment défendue par les publications institutionnelles (ANACT, INRS etc.). Le troisième terrain potentiel nous a permis d'intégrer l'existence pour certains acteurs d'effets d'aubaine autour des RPS, sujet « à la mode » constituant un marché potentiel à exploiter. Le quatrième refus, formulé par les membres d'un service de santé au travail, soulignait les enjeux décisifs de l'expertise et la complexité de cette dernière pour les acteurs de la médecine du travail. Cette complexité faisait notamment écho à l'hétérogénéité conceptuelle constatée au cours de la phase d'exploration théorique et de revue de littérature.

Mais l'enseignement majeur de cette succession de refus pour notre objet de recherche est l'émergence du caractère potentiellement stratégique de l'expertise : le cinquième refus, reposant principalement sur l'inadéquation d'un profil consensuel à une situation de travail à aborder par le prisme de la lutte des classes, a été déterminant dans la compréhension des enjeux de notre thème de recherche. L'approche de l'expertise en terme de « marché », le fait de ne pas devoir aller à l'encontre du commanditaire de l'expertise sous peine de le voir « *se tirer une balle dans le pied* » entraient en contradiction avec une certaine partie de la littérature sur l'expertise, considérée comme neutre, objective et indépendante, mais permettaient surtout de constater l'absence de travaux en sciences de gestion éclairant la

dimension stratégique de l'expertise, notamment celle des consultants en gestion des RPS. Ces recherches infructueuses de terrain ont donc, implicitement, joué le rôle de « démarche exploratoire », permettant de dépasser les interprétations établies et de faire apparaître de nouvelles significations du phénomène étudié (Quivy & Van Campenhoudt, 2006). Parallèlement et complémentirement à notre revue de littérature, notre objet de recherche a donc été « suscité », « re-questionné » et clarifié par la succession des refus d'accès aux terrains de recherche.

Sous-section 3. Les « opportunités empiriques » : opportunisme méthodique et adaptabilité aux contraintes du terrain

Comme nous l'avons énoncé, la démarche de recherche de terrain(s) d'analyse ne peut s'opérer sans une certaine forme d'« opportunisme méthodique » (Girin, 1989), le chercheur devant être flexible et adaptable, notamment dans sa confrontation avec des acteurs intéressés prioritairement par leur propre intérêt et par les apports potentiels d'une recherche scientifique à leur situation professionnelle voire personnelle. Ainsi, les échecs successifs énoncés à la sous-section précédente ont participé à la construction de notre objet de recherche, mais ont également fait évoluer la logique même de notre quête de terrain(s), devenue progressivement beaucoup plus pragmatique. L'accès à des organisation et des acteurs à étudier constitue en effet l'une des difficultés majeures à laquelle doit faire face le chercheur qui envisage de mener une recherche qualitative en management (Baumard & al., 2007).

Ce pragmatisme méthodologique concourait alors à un changement de stratégie dans la quête de terrain(s) : plus de 18 mois après le début de l'étude doctorale, la nécessité de trouver et de fixer un ou plusieurs terrains se faisait de plus en plus « pressante », il fallait « *saisir intelligemment les possibilités d'observation qu'offr(ai)ent les circonstances* (de la recherche) » (Girin, 1989 cité par Allard-Poesi & Maréchal, 2007, p.52). Ce changement de stratégie s'est alors traduit de deux façons : la mobilisation du réseau de chercheurs et enseignants-chercheurs de notre laboratoire et la participation « intéressée » aux *Doctoriales en Provence 2010*.

Au niveau de la mobilisation du réseau de chercheurs et d'enseignants-chercheurs de notre laboratoire, l'objectif était de bénéficier des contacts potentiellement noués par ces derniers durant leurs recherches antérieures ou au cours de manifestations scientifiques, voire

sur la base de relations personnelles, contacts devant appartenir au champ des RPS. Ainsi, deux contacts ont été obtenus auprès d'un membre de notre laboratoire sensibilisé à nos difficultés d'accès aux terrains de recherche (Annexe 7). Ces deux contacts étaient des consultants spécialisés dans la gestion des RPS. Suscitée par l'échec du cinquième terrain potentiel, celui de l'intégration d'un cabinet-conseil en tant que consultant junior, l'étude des pratiques des consultants dans la gestion des RPS nous paraissait décisive et potentiellement enrichissante, tant au niveau théorique que pratique. De plus, le fait d'avoir développé une première lecture critique de leurs actions, en décelant notamment un décalage entre la vision théorique de leur rôle et la dimension potentiellement stratégique de ce dernier, le choix d'une population de consultants et de leur mode d'intervention comme objet de recherche nous paraissait à ce stade incontournable. Ces deux premiers entretiens, dont les modalités de collecte et d'analyse des données seront présentées au sein du chapitre 4, ont permis de « crédibiliser », à nos yeux, une étude doctorale portant sur les pratiques des consultants dans la gestion des RPS. Le second entretien a permis, durant l'échange, de faire émerger une nouvelle opportunité empirique : l'existence d'un réseau de consultants spécialisés en gestion des RPS et animé par un triptyque institutionnel composé d'ACT Méditerranée, de la DIRECCTE-PACA et de la CARSAT-Sud Est (nous présenterons ces acteurs dans la section suivante), réseau dont le consultant interrogé faisait parti. Après la prise de contact avec les animateurs de ce réseau, l'autorisation d'assister aux journées trimestrielles de ce réseau a été actée. Cette opportunité empirique constituait alors un moyen d'avoir accès à un certain nombre de consultants sélectionnés rigoureusement par les acteurs institutionnels, mais également devait nous permettre de nouer des relations de confiance sur le moyen terme tout en observant la « confrontation » de leurs pratiques durant les journées du réseau.

Parallèlement à la mobilisation du réseau de chercheurs et d'enseignants-chercheurs de notre laboratoire, la participation aux *Doctoriales en Provence 2010* avait pour objectif de rencontrer des acteurs du monde de l'entreprise, participant volontairement à cet événement, afin de leur faire part de notre projet de recherche. Considérées comme « un tremplin vers la vie professionnelle », les *Doctoriales* ont pour objectif de développer les relations entre le monde de la recherche universitaire et celui de l'entreprise, dans une optique d'insertion professionnelle et de valorisation des capacités d'innovation et d'adaptabilité des jeunes chercheurs. Cet événement offre également la possibilité aux doctorants d'être parrainés par un responsable d'entreprise, ce dernier s'engageant à favoriser la future insertion professionnelle du doctorant en lui permettant d'accéder à son organisation et à ses modalités

de fonctionnement interne. Ainsi, après désignation par les responsables des *Doctoriales en Provence 2010* de notre parrain, une première rencontre a eu lieu au sein des locaux de l'entreprise, la polyclinique du Sud, établissement privé de soins dont notre parrain est directeur général (nous le nommerons « le directeur »). Durant cette réunion, ayant eu lieu en Mai 2010, cet acteur s'est engagé à nous ouvrir, dans le cadre du parrainage, l'accès à « l'ensemble des réunions 'Délégués du Personnel', 'Comité d'Entreprise' et 'Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail' » afin de pouvoir « saisir les réalités du monde de l'entreprise ». Durant l'échange, en écho au contenu du formulaire de demande de parrainage mentionnant à la rubrique 'sujet de thèse' « *La prévention des risques psychosociaux au travail : vers une démarche contextualisée et adaptée* », le directeur nous a fait part du vote en CHSCT d'une expertise relative à l'évaluation des facteurs d'exposition aux RPS de l'ensemble du personnel de la polyclinique, expertise pouvant potentiellement nous intéresser. Ce vote a été motivé par l'accroissement des plaintes individuelles et collectives reçues par les instances du CHSCT. N'ayant pas connaissance, au moment de l'entretien, des futures modalités d'intervention du cabinet désigné, le directeur acceptait cependant le principe d'un suivi-observation de la post-expertise par nos soins, le suivi de l'expertise devant être négocié directement avec le cabinet désigné.

Avant de présenter plus en détail nos deux terrains d'enquête, il convient de préciser les concessions et adaptations aux contraintes empiriques ayant dû être opérées : au niveau du premier terrain d'analyse, **aucun des consultants interrogés n'a souhaité être accompagné durant une mission d'intervention**, prétextant généralement la « complexité » et la « sensibilité » des interventions RPS. La collecte des données, qui sera exposée en détail au chapitre suivant, s'est ainsi orientée vers la tenue d'entretiens semi-directifs autour de leurs pratiques de gestion des RPS, et, pour certains d'entre eux, sur l'analyse de contenu de rapports de mission. De plus, l'observation des réunions de consultants lors des journées trimestrielles du réseau et de la confrontation de leurs pratiques doit permettre d'analyser les accords et désaccords potentiels entre consultants.

Au niveau du second terrain d'analyse, le **consultant désigné pour réaliser l'expertise CHSCT a également refusé d'être suivi durant la mission d'expertise**, en prétextant également le caractère sensible de la mission. Le consultant, sous réserve d'acceptation du directeur de l'établissement de soins, s'engageait cependant à associer notre recherche à l'étape post-expertise. Nous verrons que la décision du directeur de ne pas recourir au cabinet

dans la mise en place des préconisations issues de l'expertise nous a permis d'analyser d'une manière originale **l'une des limites des pratiques des consultants dans la gestion des RPS.**

La présentation du processus de quête d'un terrain de recherche avait donc pour objectif d'explicitier les conséquences de ce processus sur la construction de notre objet de recherche, atténuant ainsi la présentation « linéaire » de notre première partie de thèse. Les refus successifs ont concouru à l'amélioration de la compréhension de notre thème de recherche, notamment dans sa dimension stratégique. Les allers-retours entre travaux théoriques et recherche d'un terrain d'analyse sont ainsi inhérents au travail de recherche : l'accès à tout terrain nécessite des négociations avec les acteurs empiriques, la construction d'une relation de confiance demandant du temps, de la patience et une certaine forme de sensibilité afin de ne pas bloquer l'accès au terrain (Marshall & Rossman, 1989 ; Lee, 1993). Cet « opportunisme méthodique », ou capacité d'adaptation pragmatique du chercheur, semble ainsi concourir à l'apprentissage par le chercheur des subtilités de sa pratique. Enfin, comme nous l'avons souligné et comme nous le développerons dans le chapitre suivant, cette adaptabilité doit également être mobilisée une fois le(s) terrain(s) officiellement accessible(s), le chercheur devant composer avec les problèmes et les opportunités empiriques se posant à lui (Royer & Zarlowski, 2007).

Section 2. Présentation détaillée des deux terrains de recherche : le *réseau i3r PACA* et la *Polyclinique du Sud*

L'objectif de cette section est de décrire précisément nos deux terrains de recherche. Nous présenterons donc dans une première sous-section le réseau *i3r PACA* auquel appartiennent la quasi-totalité des consultants interrogés (31 sur 37). Puis, dans une seconde sous-section, nous présenterons l'établissement privé de soins la *polyclinique du Sud*.

Sous-section 1. Le réseau i3r PACA : origines, constitution et fonctionnement

Le réseau *i3r PACA*¹⁹ a officiellement été créé le 8 Septembre 2009 avec le référencement de 31 consultant spécialisés en gestion des RPS. Nous présenterons les origines du réseau, les raisons et les motivations à la base de sa constitution, la logique constitutive du réseau (référentiel et modalités de sélection des consultants), ainsi que son mode de fonctionnement et le contenu des réunions trimestrielles. Nous nous appuierons sur le contenu des entretiens exploratoires menés auprès des membres du comité de pilotage de ce réseau. Cette présentation détaillée du réseau de consultants doit permettre d'exposer la spécificité de l'échantillon de consultants étudié, **cet échantillon n'étant pas représentatif de l'ensemble des consultants en gestion des RPS.**

Les origines du réseau i3r PACA

Les trois acteurs institutionnels régionaux qui ont été à l'initiative de ce réseau sont la DIRECCTE PACA, ACT Méditerranée et la CARSAT-SE.

La *DIRECCTE PACA* (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi en PACA), branche régionale de la DIRECCTE, rassemble des compétences de contrôle, d'animation et de conseil concernant les entreprises. Ces compétences peuvent prendre différentes formes : contrôle de l'application des règles en droit du travail et du respect des dispositions du code du travail (au moyen des services d'inspection du travail) ; le soutien au développement économique local, aux filières d'activité, aux pôles de compétitivité, l'animation des acteurs du service public de l'emploi et

¹⁹ Réseau des Intervenants respectant le Référentiel Régional sur la prévention des Risques psychosociaux en PACA

la coopération avec les collectivités territoriales sur des domaines tels que la formation, l'apprentissage et l'accompagnement des entreprises²⁰.

ACT Méditerranée, branche régionale de l'ANACT (Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail), développe diverses compétences : les interventions courtes en entreprises, le développement et l'animation de projets collectifs, l'animation de réseaux et la construction et diffusion d'outils et méthodes auprès des entreprises. Ainsi, ACT Méditerranée peut réaliser des diagnostics courts, accompagner un projet ou étudier sa faisabilité, élaborer un cahier des charges, animer des réseaux de consultants, de médecins du travail ou de préventeurs, établir des outils pour favoriser le transfert d'expérience²¹.

La *CARSAT-SE* (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail – Sud-Est), branche régionale de la CARSAT, doit contribuer à la protection sociale de la population des régions PACA et Corse. Ses missions concernent la gestion de carrière, le calcul de la retraite, l'amélioration de la sécurité, de l'hygiène et des conditions de travail au sein des entreprises et l'accompagnement des assurés fragilisés par un problème de santé ou de perte d'autonomie. Ces différentes prérogatives peuvent notamment prendre la forme d'accompagnement des entreprises dans leur démarche de prévention et de reconnaissance des maladies professionnelles, en plus de l'accompagnement individuel des assurés²².

Cette collaboration institutionnelle régionale a débuté durant l'année 2007 avec l'importance prise par la question de la santé au travail et des risques professionnels au sein du débat public. Les premières formes de collaboration ont pris la forme d'une participation commune à des colloques ou des séminaires, portant notamment sur les risques professionnels « traditionnels » tels que les risques physiques, chimique, CMR (Cancérogène, Mutagène, Toxique) ou TMS (Troubles Musculo-Squelettiques), ou la réflexion autour d'outils communs à mettre à disposition des entreprises. Le réseau i3r PACA est donc inscrit dans une logique de collaboration pré-existante, les RPS apparaissant progressivement dans les priorités institutionnelles nationales.

²⁰ <http://direccte.gouv.fr/les-missions-de-la-direccte.html>

²¹ <http://www.actmediterranee.fr/missions/>

²² <http://www.carsat-sudest.fr/nous-connaître/la-carsat-sud-est/missions.html>

Le comité de pilotage du réseau i3r PACA est ainsi composé d'un ingénieur de prévention (DIRECCTE PACA), d'un psychologue du travail (CARSAT-SE) et d'un chargé de mission (ACT Méditerranée), chargés de constituer et de contrôler le réseau.

Le réseau i3r PACA : une réponse institutionnelle commune à une demande des entreprises

La volonté affichée par les acteurs institutionnels interrogés est d'agir en pluridisciplinarité, en « *combinant les forces institutionnelles* » (ingénieur de prévention DIRECCTE PACA). Cette initiative régionale répondait à un accroissement de la demande venant des entreprises autour de la question des RPS : elle reposait d'une part sur la demande de « diagnostics courts RPS » auprès de la DIRECCTE (dans le cadre de ses attributions) et d'autre part sur la nécessité de sélectionner les plus consultants les plus « fiables ». En effet, la nécessité pour les entreprises de se saisir des RPS combinée à la complexité de ce phénomène, tant dans sa compréhension que dans son expertise, les rendait dépourvus de solutions opérationnelles. La possibilité qu'un diagnostic court soit réalisé par la DIRECCTE et la forte hétérogénéité des consultants présents sur le marché du conseil en RPS a progressivement conduit ces entreprises à se tourner vers les acteurs institutionnels.

Face à cet accroissement de la demande d'intervention, le triptyque institutionnel a, dans un premier temps, décidé de recenser les intervenants en RPS, sur la base de critères pré-définis tels que la réalisation d'une évaluation et d'un diagnostic de la situation de travail. Cependant, ce simple recensement ne permettait pas aux acteurs institutionnels de s'assurer des modalités d'intervention des consultants et de leur fiabilité. L'une des volontés étant de pouvoir « *passer la main à un réseau fiable et compétent* » (chargé de mission ACT Méditerranée), un contrôle plus strict des pratiques des consultants était nécessaire.

L'objectif premier de la constitution de ce réseau de consultants est donc, dans un premier temps, de faciliter la démarche d'évaluation des RPS dans les entreprises en sélectionnant les « *ressources régionales susceptibles d'accompagner les entreprises sur le champ des risques psychosociaux* »²³ afin d'améliorer la lisibilité de l'offre pour les entreprises. Puis dans un second temps, de créer un espace d'échange et de travail dynamique entre les consultants et

²³ Extrait de la lettre de lancement du réseau i3r (Annexe 8)

les institutionnels autour des RPS. Ce réseau doit également inciter les entreprises à sortir de l'approche strictement juridique des RPS, avec une capitalisation autour des expériences et du vécu des consultants. Ainsi, les consultants appartenant au réseau sont tenus de respecter les principes d'intervention en entreprise définis par le comité de pilotage, au risque d'être exclus du réseau.

La logique constitutive du réseau : référentiel et processus de sélection des consultants

Le triptyque institutionnel a établi un **référentiel commun** posant les critères à respecter par les consultants candidats à l'entrée dans le réseau (Annexe 9). Ce référentiel se place strictement dans le champ de la prévention primaire. Cette volonté de se placer au niveau de l'origine des maux et non de la réparation est la conséquence de différents choix : tout d'abord le fait de ne pas vouloir aller à l'encontre des démarches de prévention déjà existantes : celle de l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité) et celle de l'ANACT. Ainsi, le référentiel a identifié 5 phases communes à ces deux démarches. De plus, ce choix idéologique est également un choix pragmatique « s'imposant » aux acteurs institutionnels : en effet, les entreprises semblent plus familiarisées avec les démarches de prévention secondaire et tertiaire. Les démarches d'ordre organisationnel et de long terme sont beaucoup moins maîtrisées, voire même moins connues que les démarches individualisées.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Engagement n°1 :

L'intervention sera pilotée et réalisée par un consultant disposant d'une compétence et d'une expérience dans le domaine des risques psychosociaux. L'appel à des compétences complémentaires se fait de préférence au sein du réseau.

Engagement n°2 :

L'intervenant s'engage à privilégier la posture de conseil et d'accompagnement de la dynamique de l'entreprise.

Engagement n°3 :

Le consultant s'engage à mener une démarche de conduite de projet participative impliquant la direction, l'encadrement, les salariés et les instances représentatives du personnel aux étapes clés de la démarche.

Engagement n°4 :

L'intervention doit enrichir le lien entre organisation du travail, performance économique et santé au travail.

Engagement n°5 :

L'intervention sera centrée sur la prévention primaire ; l'objectif est d'agir prioritairement sur les facteurs de risques psychosociaux présents dans l'organisation pour les réduire ou les éliminer.

Engagement n°6 :

L'intervention devra prendre en compte le travail réel, son contexte et son vécu.

Figure 5 - « Les principes généraux »

(extrait du Référentiel Régional sur les Risques psychosociaux du réseau i3r PACA)

La figure 5 présente les « principes généraux » de la démarche d'intervention RPS attendue par les acteurs institutionnels : outre la volonté d'inciter les consultants du réseau à collaborer (*engagement n°1*), les dimensions organisationnelles et participatives sont centrales dans le référentiel. Ainsi, le consultant est tenu d'agir au niveau de l'organisation et du travail réel (*engagement n°5 et n°6*), d'accompagner la dynamique de l'entreprise plus que fournir des solutions « prêtes-à-l'emploi » (« faire faire » et non pas simplement « faire », *engagement n°2*) ; il doit favoriser la participation et l'implication de l'ensemble des acteurs de l'organisation (*engagement n°3*) dans une perspective de performance économique (*engagement n°4*).

Au delà des principes généraux, le consultant doit respecter des étapes d'intervention (figure 6, page suivante) Ainsi, le référentiel distingue cinq étapes distinctes :

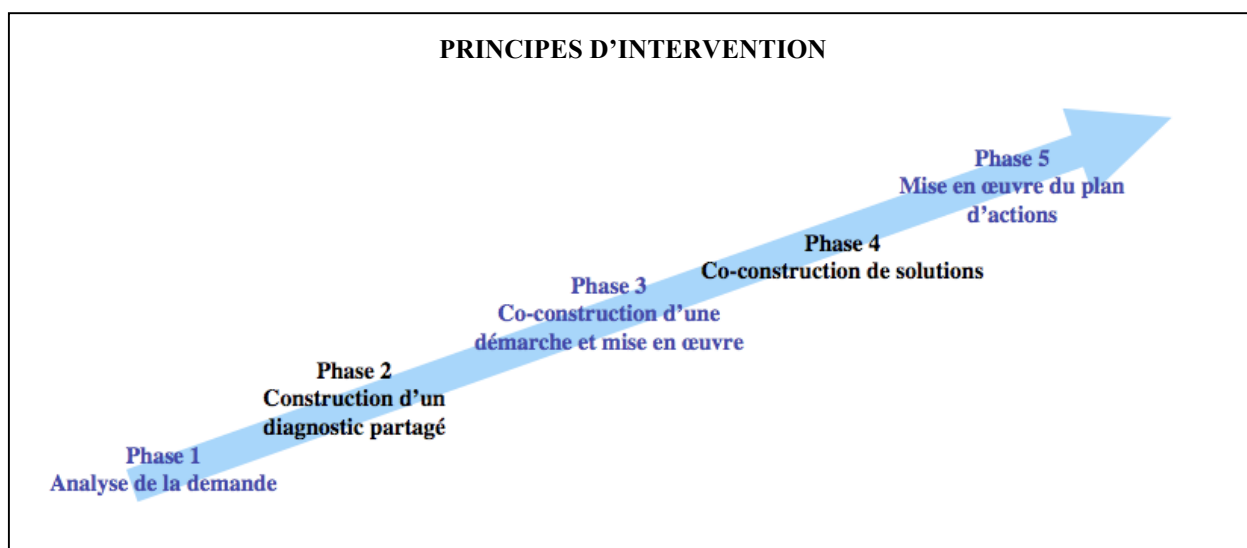


Figure 6 – « Les principes d'intervention »

(extrait du Référentiel Régional sur les Risques psychosociaux du réseau i3r PACA)

La première étape concerne l'*analyse de la demande* : le référentiel insiste sur la prise en compte des demandes des acteurs internes et externes, la compréhension de ces demandes et leur reformulation.

La seconde étape est la *construction d'un diagnostic partagé* : le référentiel souligne l'importance pour le consultant de poser une base commune de travail entre les représentants du personnel et la direction. Cette base commune de travail doit reposer sur les mots employés (définitions et concepts), les objectifs arrêtés, la méthodologie à employer et la mise en lumière du travail réel dans la démarche. Le référentiel insiste sur le fait que le diagnostic ne peut se construire de manière unilatérale : le développement d'un climat de confiance et d'échanges entre les membres de l'entreprise doit être promu. Cette seconde étape doit également reposer sur la constitution d'un comité de pilotage pluridisciplinaire qui, outre les représentants du personnel et de la direction, doit regrouper certaines compétences internes (animateur santé sécurité par exemple) et externe (médecin du travail...). Ce comité de pilotage est le garant de la démarche de prévention : à la base de la réflexion, il oriente la poursuite des travaux en validant ou rejetant les données et les propositions d'action. Le

référentiel considère le comité de pilotage comme le « *garant de la communication aux salariés tout au long de la démarche* »²⁴, devant permettre de construire la confiance, faciliter l'expression des salariés et contribuer à l'évolution des représentations.

La troisième étape est la *co-construction d'une démarche et sa mise en œuvre* : cette étape se place dans la continuité de la construction d'un diagnostic partagé via l'action du comité de pilotage pluridisciplinaire. Le comité doit décider d'une démarche commune (étapes, déroulement) et des outils à mobiliser. Ainsi, selon le référentiel, cette co-construction doit reposer sur le choix des indicateurs et des outils reconnus comme les plus pertinents et adaptés à la taille de l'entreprise, mais également le choix des « situations-problème » à observer et à analyser.

Enfin, les étapes 4 et 5, *co-construction de solutions et mise en œuvre du plan d'actions*, s'établissant à partir des principaux dysfonctionnements et facteurs de risque repérés, ont pour objectif de résoudre ces problèmes. Le référentiel insiste sur le fait que le consultant doit créer une dynamique interne visant à pérenniser la démarche, inclure les résultats de la démarche dans le document unique d'évaluation des risques professionnels et mettre en place les outils d'évaluation et de suivi.

Le **processus de sélection des consultants** reposait sur trois points : la présentation par le consultant de son propre cabinet et de ses activités, la transmission d'un CV résumant les différents types de missions menées et les références bibliographiques du consultant, et enfin la description détaillée d'une intervention menée en entreprise par le consultant sur le champ des RPS (Annexe 10). Cette description devait reprendre la formulation de la demande, les hypothèses préalables à l'intervention, la démarche d'expertise mobilisée et les préconisations réalisées durant l'intervention. De plus, les dossiers de candidatures ne pouvaient s'établir que par une personne physique implantée dans la région.

Ainsi, 77 dossiers ont été déposés : l'analyse des candidatures et le processus de sélection se sont opérés au regard du référentiel et des principes d'intervention à respecter. 31 consultants ont ainsi été regroupés dans un premier groupe et référencés comme respectant les critères du référentiel régional et les principes d'intervention imposés par le comité de pilotage du réseau.

²⁴ Extrait du référentiel, page 3

Un second groupe, composé de 12 consultants, a été constitué, regroupant les candidats dont les méthodes d'intervention correspondaient partiellement au référentiel, l'objectif étant de « *les faire monter en compétences* » (psychologue du travail, CARSAT-SE) afin qu'ils postulent à nouveau un an après (certains d'entre eux ont été interrogés durant l'année 2012). Enfin, le troisième groupe réunissait des consultants dont les pratiques ne correspondaient pas aux attentes du comité de pilotage et aux critères du référentiel : leurs approches étaient strictement individualisées (relaxation, kinésithérapie, sophrologie etc.) et ne permettaient pas d'interroger l'organisation du travail.

Le fonctionnement du réseau i3r PACA

Le fonctionnement du réseau repose sur la tenue de 4 journées de réunions organisées sur l'année. Ces journées sont divisées organisées en deux temps.

La première partie de la journée permet d'aborder les actualités institutionnelle, financière, juridique, et l'actualité régionale de la scène RPS. Ainsi, les membres du comité de pilotage informent les 31 consultants des différentes journées, colloques et séminaires en lien avec les RPS, les parutions sur cette thématique, notamment les publications institutionnelles de l'ANACT, de la CARSAT et de la DIRECCTE. De plus, le triptyque institutionnel présente les aides financières possibles, notamment celles du Fonds d'Amélioration des Conditions de Travail (FACT) ou l'Aide Financière Simplifiée (AFS) réservée aux interventions en PME et TPE. La matinée a également pour objectif la présentation des derniers textes juridiques autour des RPS et de la santé au travail. Afin de mesurer la visibilité du réseau auprès des entreprises, les acteurs institutionnels opèrent un tour de table des consultants, ces derniers devant les informer des sollicitations liées au réseau, les contacts établis *via* ce canal d'information, un « tableau de sollicitations » étant réalisé et progressivement mis à jour. Enfin, la première partie de la journée ouvre la tribune à des acteurs externes au réseau et directement liés à la gestion des RPS: médecin du travail, chargé de mission de la Direction Générale du Travail (DGT) etc.

La seconde partie de la journée s'ouvre sur deux présentations consécutives de cas d'intervention par deux consultants volontaires. Chacune des présentations doit respecter une durée de 45 minutes et la logique de présentation suivante : description du contexte

d'intervention, de la démarche mise en œuvre, des résultats du diagnostic, du plan d'action et des réalisations effectives. Un temps d'échange entre consultants sur le contenu de la présentation est prévu pour favoriser les échanges de pratiques, mais également pour faire part des différentes difficultés rencontrées durant les missions d'intervention.

Notre étude se focalisera sur l'analyse des consultants appartenant au groupe 1, c'est-à-dire les consultants référencés comme respectant les critères du référentiel régional et les principes d'intervention imposés par le comité de pilotage du réseau (dont certains ayant intégré ce groupe un an plus tard). Il s'agit donc d'un échantillon non représentatif de l'ensemble des consultants spécialisés en gestion des RPS. En effet, la première sélection de 31 consultants sur 77 dossiers de candidature témoigne des conditions strictes d'entrée et de référencement des consultants. Ces derniers ont donc été sélectionnés pour leur capacité à agir au niveau de l'organisation du travail, à promouvoir la participation et l'implication des membres de l'organisation où se déroule la mission et à l'accompagner dans l'appropriation de la démarche. Cette capacité doit ainsi s'exprimer par la réalisation d'une analyse de la demande, d'un diagnostic partagé et par la promotion d'une démarche co-constructive de mise en œuvre et de résolution des RPS. Enfin, notre étude portera également sur six consultants n'appartenant pas au réseau i3r PACA mais dont l'analyse nous semblait pertinente, du fait d'échanges informels noués durant deux colloques de recherche, de leur participation à l'élaboration du référentiel du réseau ou de leur volonté d'intégrer ce dernier (nous présenterons en détail les caractéristiques des consultants interrogés au sein du chapitre suivant).

Sous-section 2. La polyclinique du Sud

La polyclinique du Sud est un établissement privé de soins d'une ville de la région PACA. Construite en 1976, elle regroupe deux cliniques de centre ville. L'actionnariat de la polyclinique est composé d'une *holding* détenant 98% des parts, les 2% restants étant répartis entre 30 médecins de l'établissement. La *holding* est composée de 4 chirurgiens et d'une société représentée par un expert-comptable.

Au niveau du personnel salarié, la polyclinique emploie 500 salariés dont 27 cadres et 175 IDE (Infirmières/ers Diplômés d'Etat). Elle sous-traite les prestations de restauration et de lingerie. La capacité d'accueil de la polyclinique est de 346 lits et places, répartis entre les deux cliniques, accueillant respectivement 221 lits et 125 lits. Cet établissement mobilise 188 médecins libéraux dont 76 temps plein, appartenant à diverses spécialités médicales : urologues, chirurgiens viscéraux et vasculaires, ophtalmologistes, anesthésistes, pneumologues, cardiologues etc.

Au niveau de l'activité de la polyclinique, l'année 2009 a recensé 52 000 entrées dont 13 600 hospitalisations complètes, 26 600 hospitalisations ambulatoires (moins d'un jour), représentant respectivement 34% et 66% des hospitalisations, ainsi que 11 800 accueils et traitements d'urgence (ATU). Des projets de différentes envergures ont été retenus pour la période 2009-2013 : informatisation du dossier patient, mise en place d'une démarche de développement durable (tri sélectif, produits utilisés etc.), mais surtout le projet de regroupement des deux sites sur un même lieu avec la construction d'une nouvelle polyclinique de 28 000 m² en périphérie de la ville d'implantation. Ce projet doit permettre dans un délai de 3 ans de regrouper sur un même site toutes les activités.

Fin Avril 2010, conformément à l'article L. 4614-12 du Code du travail, les représentants du personnel du CHSCT ont voté à la majorité une expertise relative à l'évaluation des facteurs d'exposition aux RPS concernant l'ensemble du personnel de la polyclinique. Cette décision a été motivée par différents facteurs ayant alerté le CHSCT sur les risques potentiels, notamment psychosociaux, sur la santé et la sécurité des salariés. Ces facteurs concernaient principalement les plaintes individuelles et collectives reçues par les instances du CHSCT et émanant directement du personnel, exprimant notamment la fatigue physique et mentale des salariés, en plus d'une baisse de motivation, la dégradation de l'ambiance de travail au sein de l'établissement et celle de certains indicateurs représentatifs, notamment le taux d'absentéisme (passage de 12% à 15% entre 2007 et 2009, taux 3 fois plus élevé que la moyenne nationale) ou de turn-over (3 salariés sur 4 ont moins de 10 ans d'ancienneté).

Dans ce contexte, les membres élus du CHSCT ont commandité une mission d'expertise à un cabinet que nous nommerons *DAVEOS*. Cette mission d'expertise porte alors sur l'évaluation de la situation psychosociale de travail, la mise en évidence des facteurs pouvant être à l'origine des RPS et l'aide au CHSCT dans la formulation de proposition et de solutions

alternatives devant améliorer les conditions de vie et de santé au travail du personnel de l'établissement. Notre étude se focalisera, comme nous le verrons, sur l'analyse du rapport d'expertise réalisé par le cabinet DAVEOS et sur le processus de gestion des RPS mis en place suite à cette expertise, processus engagé par la Direction sans l'aide du cabinet DAVEOS. Nous soulignerons que cette configuration imprévue nous a permis, dans une logique d'opportunisme méthodique, d'analyser une des limites des pratiques des consultants en gestion des RPS : la « traduction empêchée » et la mise en marche d'une « réappropriation stratégique » par la Direction.

Résumé Chapitre 3

La **première section** a permis de présenter les difficultés rencontrées au cours de notre quête de terrains d'analyse et la succession des refus dans l'accès à ces terrains : un établissement public à caractère industriel et commercial chargé de l'exploitation du réseau de transports en commun d'une ville de la région PACA, établissement public d'aménagement, ayant en charge un projet majeur de rénovation urbaine d'une ville de la région PACA, un cabinet spécialisé dans les bilans de compétence, un service de santé au travail et un cabinet-conseil spécialisé dans l'expertise auprès des CHSCT. Ces différents refus ont concouru à la construction de notre objet de recherche, notamment dans son appréhension stratégique, et nous ont incité à adopter une posture méthodologique pragmatique, jusqu'à l'apparition de deux opportunités empiriques : le réseau i3r PACA et la polyclinique du Sud.

La **seconde section** a présenté de manière détaillée ces deux terrains de recherche : un réseau de consultants issu d'un besoin des entreprises, basé sur un référentiel articulé autour de principes généraux d'intervention de type primaire et de stricts critères de sélection, constituant ainsi un échantillon de consultants non représentatif de l'ensemble des consultants en gestion des RPS ; un établissement privé de soins ayant eu recours à l'intervention d'un consultant dans le cadre d'une expertise CHSCT mais n'ayant pas souhaité l'associer dans la mise en place des préconisations.

Chapitre 4

Paradigme épistémologique et démarche de la recherche

Plan du chapitre

| | |
|---|------------|
| Section 1. Une démarche de recherche ancrée dans le paradigme épistémologique interprétativiste pragmatique (PEIP)..... | 156 |
| <i>Sous-section 1.</i> Le paradigme épistémologique interprétativiste : statut de la connaissance, nature de la « réalité », chemin de la connaissance et critères de validité..... | 156 |
| <i>Sous-section 2.</i> Le paradigme épistémologique interprétativiste pragmatique (PEIP) : l'apport du pragmatisme aux critères de validité de la connaissance scientifique..... | 160 |
| <i>Sous-section 3.</i> Le PEIP et ses implications pour notre recherche..... | 162 |
| | |
| Section 2. Collecte et analyse des données..... | 168 |
| <i>Sous-section 1.</i> La nature des données collectées..... | 168 |
| <i>Sous-section 2.</i> Les modes de collecte des données..... | 169 |
| <i>Sous-section 3.</i> Les techniques d'analyse des données..... | 180 |
| | |
| Résumé du Chapitre 4..... | 185 |

L'objectif de ce chapitre est de présenter le paradigme épistémologique dans lequel la recherche est ancrée ainsi que les choix méthodologiques opérés. Cette explicitation du travail de recherche et de la mise en œuvre de ce processus est indispensable, car elle permet de contrôler la démarche de recherche, d'accroître la validité de la connaissance qui est issue de cette dernière et de lui conférer un caractère immuable (Thietart & *al.*, 2007). De plus, cette explicitation permet de tendre vers l'objectivité scientifique, en permettant la « critique mutuelle entre chercheurs » sur la base de discussions autour des choix méthodologiques opérés, cette objectivité ne pouvant se satisfaire d'une suite de décisions individuelles et isolées (Popper, 1959).

La **première section** s'attachera à présenter le paradigme épistémologique dans lequel se positionne notre recherche : le Paradigme Epistémologique Interprétativiste Pragmatique (PEIP), positionnement découlant directement des difficultés d'accès aux données empiriques et de l'« adaptabilité forcée » de notre posture de recherche présentés au chapitre précédent. Nous présenterons également les implications de ce positionnement épistémologique pour notre démarche de recherche.

La **seconde section** présentera les modalités de collecte et d'analyse des données empiriques, ces différentes techniques étant également le fruit d'adaptations aux évolutions de l'objet de recherche, aux contraintes empiriques et à notre positionnement épistémologique.

Section 1. Une démarche de recherche ancrée dans le paradigme épistémologique interprétativiste pragmatique (PEIP)

L'objectif de cette section est de présenter le paradigme épistémologique dans lequel se positionne notre démarche de recherche et les modalités de cette démarche. Ainsi, après avoir défini l'interprétativisme, nous verrons que le choix du paradigme épistémologique interprétativiste pragmatique (PEIP) découle directement des difficultés d'accès aux données empiriques et du pragmatisme méthodologique induit par les différentes contraintes émanant des terrains d'analyse. Nous présenterons ensuite les implications du choix du PEIP pour notre démarche de recherche.

Sous-section 1. Le paradigme épistémologique interprétativiste : statut de la connaissance, nature de la « réalité », chemin de la connaissance et critères de validité

Comme nous l'avons souligné dans le chapitre précédent, l'explicitation du travail de recherche et de la mise en œuvre de ce processus est indispensable car elle permet de contrôler la démarche de recherche, d'accroître la validité de la connaissance et de lui conférer un caractère immuable (Thietart & al., 2007). Ainsi, comme le soulignent Perret et Séville (2007), « *la réflexion épistémologique s'impose à tout chercheur soucieux d'effectuer une recherche sérieuse car elle permet d'asseoir la validité et la légitimité d'une recherche* » (Perret & Séville, 2007, p.13). L'épistémologie permet de faire reposer le travail de recherche sur une certaine vision du monde, elle permet d'accorder un statut aux données produites, d'orienter vers un mode de collecte de données en lien avec cette vision du monde, et surtout de fixer les critères de scientificité de la recherche et la valeur scientifique des résultats attendus (*ibid.*, 2007). En d'autres termes, elle pose l'ensemble des présupposés sur le monde social et son mode d'analyse.

Le travail épistémique repose sur trois questions fondamentales (Piaget, 1967, Thiétart & al., 2007) :

- Qu'est-ce que la connaissance, son statut et la nature de la « réalité » ?
- Quel est le chemin de la connaissance scientifique ? Comment est-elle élaborée ?
- Quel est le statut et la valeur de la connaissance produite ?

Ces trois questions, qui sont au fondement de la légitimité scientifique des énoncés du chercheur, sont inter-reliées : en effet, la façon d’appréhender la connaissance, son statut et la nature de la « réalité » impactera directement la démarche de recherche et le chemin de la connaissance scientifique retenu. De plus, ce choix épistémologique aura également des incidences sur les critères de validité de la connaissance produite.

Nous avons souligné au sein du chapitre précédent le rôle décisif de la quête de terrain(s) d’analyse et des contraintes empiriques dans la construction de notre objet de recherche. Ces deux éléments ont également participé à l’adoption d’une posture interprétativiste, devenue progressivement pragmatique. En effet, le design de la recherche « émerge » durant le processus de recherche, il est rarement défini avant l’intervention du chercheur (Lincoln & Guba, 1985), il organise le monde tout en s’organisant lui-même (Mbengue & Vandangeon-Derumez, 1999). De plus, cette adoption épistémologique découle également de l’objet de recherche en lui-même : en effet, comme nous l’avons souligné dans la première partie de notre travail de recherche, l’étude des RPS, et plus largement de la santé au travail, nécessite une prise de distance vis-à-vis de l’objet de recherche et de questionnement, orientant alors vers une approche de type compréhensif (Volkoff, 2008).

L’interprétativisme constitue l’un des trois grands paradigmes épistémologiques traditionnellement identifiés en sciences de l’organisation, aux côtés du positivisme et du constructivisme (Kuhn, 1983 ; Thietart & *al.*, 2007). L’objectif de ce paradigme est de comprendre la réalité à l’aide des interprétations qu’en font les acteurs, la démarche de recherche étant alors contextualisée. Dans une perspective empirique limitée à l’analyse des discours des consultants sur leurs pratiques et à l’étude d’acteurs d’une organisation de la manière de gérer les RPS suite à l’intervention d’un consultant, ce choix semblait devoir s’imposer. De plus, la perspective d’analyser des rapports d’expertise et d’observer des situations d’échange/confrontation de pratiques entre consultants, ou celle de suivre la mise en place d’actions post-expertise RPS, concourait également à l’adoption de l’interprétativisme.

Quatre des cinq terrains potentiels d’analyse auraient pu nous orienter vers le choix d’une épistémologie constructiviste : en effet, bien que partageant avec l’interprétativisme une hypothèse relativiste (l’essence de l’objet de recherche ne peut être atteint) et l’idée de

dépendance du sujet et de l'objet (ne pouvant être appréhendés séparément), le projet du paradigme constructiviste est de construire la réalité, et non de l'interpréter (Thietart & *al.*, 2007). Ainsi, la concrétisation du premier terrain au sein de l'EPCIC chargé de l'exploitation du réseau de transports en commun, l'aboutissement du projet de collaboration au sein d'un établissement public d'aménagement (second terrain potentiel), le succès des « ateliers conditions de travail » ou « ateliers stress », ou l'embauche au sein du cabinet d'expertise spécialisé dans l'intervention auprès des CHSCT auraient entraîné une « implication personnelle » du chercheur dans le projet de recherche et l'adoption potentielle d'une posture constructiviste.

L'interprétativisme s'intéresse aux motivations des acteurs et à leur compréhension : au regard de notre objet de recherche, la compréhension et l'interprétation de la manière dont les acteurs pensent se saisir et agir autour des RPS sont centrales, ce phénomène étant marqué par la subjectivité. Notre objet de recherche repose sur l'idée d'une construction sociale potentiellement stratégique des RPS, inhérente aux pratiques des consultants. Le choix de l'interprétativisme nous amène à appréhender des interprétations dans une perspective subjective et contextuelle, ne pouvant être atemporelle et universelle. Ainsi, l'adoption d'une posture de type positiviste nous paraissait inadéquate : ce paradigme revendique un positionnement réaliste du statut de la connaissance, soutenant l'existence d'une essence propre à l'objet de connaissance et une indépendance du sujet et de l'objet dans la nature de la « réalité », cette dernière existant « en soi » (Perret & Séville, 2007). Dans cette logique, les pratiques des consultants dans la gestion des RPS dépendraient d'une réalité indépendante des sujets en répondant à des lois. Il serait alors possible d'objectiver ces pratiques et leur construction des RPS, et ainsi de développer une connaissance acontextuelle déconnectée des acteurs interrogés et des spécificités contextuelles.

Au niveau du statut de la connaissance, l'interprétativisme considère que l'essence de l'objet de connaissance ne peut être atteint, voire n'existe pas en tant que tel. Le monde social est fait d'interprétations issues des interactions entre acteurs dans des contextes spécifiques, les acteurs étant en position de choisir et de créer leur environnement par leurs pensées et leurs actions, guidés par leurs finalités (Le Moigne, 1995 cité par Perret & Séville, 2007). En adoptant une posture interprétativiste, nous souhaitons comprendre comment les consultants et les acteurs de la polyclinique du sud construisent le sens qu'ils donnent à la gestion des

RPS et plus largement à la réalité sociale. Nous ferons donc émerger des données qui sont des interprétations de la réalité (Mbengue & Vandangeon-Derumez, 1999).

Au niveau du chemin de la connaissance scientifique, nous développerons une démarche visant à prendre en compte les intentions, les motivations, les attentes, les raisons et les croyances des acteurs (Perret & Séville, 2007). Cette démarche contextualisée doit permettre de mettre en lumière la manière dont les consultants et les acteurs de l'organisation interprètent et « se représentent » la démarche de gestion des RPS. Il s'agit ainsi de « *donner à voir* » (*ibid.*, 2007, p.24) la réalité des acteurs étudiés, et plus précisément la manière dont ils l'interprètent. Nous ne participerons donc pas à la construction de la réalité des acteurs étudiés au fur et à mesure de la recherche, ce qui aurait pu être notamment opéré en suivant les consultants sur leur lieu d'intervention, mais qui n'a pas été possible.

La finalité de notre recherche est donc d'aboutir à une représentation la plus proche possible de la façon dont les acteurs perçoivent eux-mêmes la réalité (Mbengue & Vandangeon-Derumez, 1999). Cette finalité et ce chemin de la connaissance auront une incidence sur les critères de validité scientifique : en effet, les phénomènes sociaux sont, dans une posture interprétativiste, interprétés différemment par chacun des acteurs, y compris par le chercheur lui-même (Lincoln & Guba, 1985 cité par Mbengue & Vandangeon-Derumez, 1999). Ainsi, ce paradigme défend l'analyse d'événements idiographiques singuliers, en situation, les critères de validité reposant sur la description détaillée du phénomène étudié, tant au niveau historique que contextuel (Geertz, 1973 cité par Perret & Séville, 2007). Ces critères reposent également sur la capacité d'empathie du chercheur, ce dernier devant s'appropriier le langage et les terminologies propres aux acteurs afin d'en comprendre la teneur et plus largement la réalité sociale étudiée. Ainsi, dans notre analyse du rôle des consultants dans la gestion des RPS, nous devons être capables d'éclairer la façon dont les faits sont interprétés par les acteurs en développant des techniques compréhensives de recueil de données.

Cependant, les critères de validité de la connaissance de l'interprétativisme sont remis en cause : en effet, ce paradigme se heurte, avec le constructivisme, au fait que les modalités de validation des connaissances produites soient insuffisamment précises et pensées (Girod-Séville & Perret, 2002). À l'opposé, le paradigme positiviste défend le caractère immuable et universel des connaissances scientifiques. Il repose sur des critères précis et « discriminants », permettant de distinguer clairement les connaissances scientifiques des connaissances non-

scientifiques (Perret & Séville, 2007) : la vérifiabilité, imposant la vérification empirique d'une proposition, la confirmabilité, où la vérité est probable et non certaine, et la réfutabilité, où toute théorie scientifique doit admettre certains résultats pouvant l'infirmier. La « force » de ces critères est le fait qu'ils soient valables pour toutes les sciences, quel que soit leur champ d'application (*ibid.*, 2007). La logique hypothético-déductive des tenants du positivisme s'oppose au relativisme et à la logique inductive et/ou abductive de l'interprétativisme et du constructivisme. Ces paradigmes peuvent être ainsi accusés de ne produire que de simples « opinions », dépourvues d'assise scientifique (Girod-Séville & Perret, 2002), remettant en cause la fiabilité et la validité des connaissances produites.

Ainsi, afin de ne pas risquer d'émettre de simples « opinions », nous avons eu recours, en plus des critères de validité idiographique et empathique, aux apports du courant philosophique pragmatique, définissant des critères de validité de la connaissance dans une perspective relativiste (Gueguen, 2005). Ce courant doit permettre d'améliorer la définition de ces critères et, ainsi, de compenser les éventuelles « limites scientifiques » d'un ancrage interprétativiste uniquement validé par des postures idiographique et empathique.

Sous-section 2. Le paradigme épistémologique interprétativiste pragmatique (PEIP) : l'apport du pragmatisme aux critères de validité de la connaissance scientifique

Les tenants de l'interprétativisme, en niant l'existence d'une norme scientifique universelle et objective, « peuvent être accusés d'indifférentisme, de scepticisme, de subjectivisme » (Girod-Séville & Perret, 2002, p.319), où tout tend à se « valoir » et où le chercheur peut être incité à se satisfaire du contingent comme doctrine (Micaleff, 1990 cité par Girod-Séville & Perret, 2002). Ainsi, afin d'accroître la validité scientifique de notre démarche de recherche autour du rôle des consultants dans la gestion des RPS, nous nous sommes placés dans une perspective de pragmatisme méthodologique (Gueguen, 2005). Ce pragmatisme se caractérise par la volonté du chercheur de « maximiser » la validité et la fiabilité de la recherche scientifique (Thietart & *al.*, 2007) en fonction des contraintes empiriques, notamment le type et l'accessibilité des données.

La validité globale de la recherche vise à s'assurer de la pertinence et de la rigueur des résultats, et à évaluer le niveau de généralisation de ces résultats, tandis que la fiabilité de la

recherche tend à démontrer que les opérations de la recherche peuvent être répétées par un autre chercheur ou à un autre moment avec les mêmes résultats (Drucker-Godard & al., 2007). Cependant, au niveau qualitatif, validité et fiabilité reposeront surtout sur les précautions prises par le chercheur (*ibid.*, 2007). En effet, comme nous l'avons énoncé, la capacité et l'honnêteté du chercheur décrivant très concrètement le processus entier de sa démarche d'analyse, dans une optique de transparence et de reproductibilité (Miles & Huberman, 1991) participent à l'amélioration de la « scientificité » des résultats. Ainsi, la présentation chronologique de la recherche de terrain(s) d'analyse au cours du chapitre précédent s'inscrit dans cette perspective, atténuant ainsi l'idée d'une construction linéaire de l'objet de recherche et assurant la lisibilité de la démarche adoptée. C'est ainsi que le chercheur doit retracer l'histoire de sa recherche, indiquer quelles décisions ont été prises tout au long de l'étude et les justifier (Mucchielli, 1996).

Le « pragmatisme méthodologique » (Gueguen, 2005) est donc une posture épistémologique complémentaire dont l'adoption est la conséquence de cette longue quête de terrain(s) de recherche, mais également des difficultés rencontrées durant l'étude. En effet, comme nous l'avons énoncé, suite aux cinq refus successifs d'accès aux terrains d'enquête, nous avons dû adopter une certaine flexibilité et capacité d'adaptation dans la confrontation à des acteurs prioritairement intéressés par leur propre intérêt, et par les apports potentiels d'une recherche scientifique à leur situation professionnelle voire personnelle, ce que Girin nomme l'« opportunisme méthodique » (Girin, 1989). Nous avons souligné, dans cette logique adaptative pragmatique, la nécessaire prise en compte des contraintes empiriques dans notre démarche de recherche : l'impossibilité de suivre les consultants durant leur mission d'intervention et le refus de la direction de la polyclinique du Sud d'associer dans la continuité de l'expertise le cabinet dans la démarche de gestion des RPS, contraintes nous ayant conduit à intégrer et à « faire avec » ces contraintes empiriques.

Ainsi, nos choix méthodologiques, et plus largement le design de la recherche adopté, relèvent plus d'une volonté pragmatique que d'un positionnement universel (Gueguen, 2005) : comme nous le présenterons dans la section suivante, nous retiendrons des techniques de collecte et d'analyse des données au regard de l'accessibilité de ces dernières et des différentes contraintes émanant du terrain. Nous sélectionnerons les éléments qui seront le plus en phase avec nos soucis de description, mais également en fonction de nos marges d'analyse empirique. Ainsi, le pragmatisme méthodologique tend à adapter volontairement et

sciemment les concepts et outils à la problématique de recherche et à la spécificité du terrain investigué (Gueguen, 2005).

Dans cette perspective, il y aura autant d'interprétations du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques dans la gestion des RPS que de chercheurs s'intéressant à cette problématique. Ces pratiques sont abordées dans une conception phénoménologique devant permettre leur intelligibilité (Le Moigne, 2007). La généralisation et la transférabilité des résultats n'est pas au cœur de notre recherche, même si nous pourrions mettre en évidence des situations dans lesquelles les résultats pourront être étendus (Mbengue & Vandangeon-Derumez, 1999). Nous nous positionnerons plus sur une logique de généralisation analytique (Yin, 2003) que de généralisation des résultats.

Cette transparence méthodologique est indispensable afin d'assurer la validité externe de notre recherche : l'énonciation des modalités de prise en compte du terrain, de l'adaptation aux spécificités empiriques et de l'ensemble des éléments de la démarche de recherche (Silverman, 2001 cité par Drucker-Godard & *al.*, 2007) doit permettre une généralisation du mode d'analyse. Il s'agit ainsi de mettre simultanément en lumière la relation entre l'objet de recherche, le contexte global où cet objet prend place, l'observateur, l'observé, le lieu d'observation, le point de vue et l'interprétation du terrain par l'observateur (Drucker-Godard & *al.*, 2007).

Sous-section 3. Le PEIP et ses implications pour notre recherche

Comme nous l'avons présenté au cours des deux sous-sections précédentes, la disponibilité des données, le type d'étude pouvant être réalisé et, plus largement, le contexte dans lequel se déroule la recherche, vont fortement influencer le processus de recherche et la démarche adoptée (Denzin & Lincoln, 1994 cité par Mbengue & Vandangeon-Derumez, 1999). Ainsi, l'adoption « partiellement contrainte » du PEIP nous amène à comprendre un phénomène de l'intérieur, les pratiques des consultants dans la gestion des RPS, pour appréhender les significations que les acteurs attachent à la réalité sociale, leurs motivations et leurs intentions (Allard-Poesi & Maréchal, 2007). Cette compréhension apparaît comme la seule qui permette d'assigner un sens aux comportements des acteurs (Schwandt, 1994 cité par Allard-Poesi & Maréchal, 2007). Il s'agit donc d'appréhender ces pratiques dans la

perspective même des consultants participant à la création de ce phénomène en fonction de leurs langages, de leurs représentations, motivations et intentions propres (Hudson & Ozanne, 1988 cité par Allard-Poesi & Maréchal, 2007).

L'adoption d'une **approche qualitative** doit nous permettre de collecter et d'analyser des données au plus proche des réalités empiriques (Baumard & Ibert, 2007), approche permettant au chercheur de bénéficier d'une grande flexibilité. Cette flexibilité est décisive pour notre approche ancrée dans le PEIP : en effet, elle permet d'adapter les méthodes de recherche aux contraintes empiriques, ce que l'approche quantitative permet beaucoup plus difficilement du fait de sa rigidité structurelle (basée sur des protocoles « lourds » d'enquêtes, construction de questionnaires etc.). De plus, les méthodes qualitatives visent à chercher du sens, à comprendre des phénomènes ou des comportements, ce qui nous semble tout à fait pertinent dans l'étude des pratiques des consultants dans la gestion des RPS. Il s'agit ainsi d'une démarche discursive de reformulation, d'interprétation, d'explicitation du phénomène étudié (Paillé & Mucchielli, 1996).

La mobilisation d'une démarche qualitative constitue la démarche privilégiée permettant de « porter » un matériau dense et complexe à un niveau de compréhension suffisant (*ibid.*, 1996), de rechercher les significations de situations uniques et très contextualisées (Wacheux, 1996). Cette démarche recouvre notamment des techniques interprétatives visant à décrire, décoder, « percer le sens », et non la fréquence, de phénomènes peu lisibles survenant dans le monde social (Moscovici & Buschini, 2003 cité par Coutelle, 2005). Dans une perspective d'enquête auprès des consultants spécialisés en gestion des RPS et des acteurs de la polyclinique du Sud, l'approche qualitative permettra de prendre en compte le point de vue du sujet (Silverman, 1993), devant concourir à une compréhension accrue de notre objet de recherche dans son contexte social et culturel.

Cette démarche implique un contact prolongé avec le terrain, et vise à développer une compréhension globale du phénomène étudié, notamment grâce à un processus d'attention approfondie du chercheur (Miles & Huberman, 1991). C'est dans cette perspective que nous avons assisté à 7 journées du réseau i3r PACA sur une période de 24 mois et à la quasi-totalité des réunions de Délégués du Personnel, Comité d'Entreprise, Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail et « Comité de pilotage RPS » au sein de la polyclinique du Sud sur cette même période. Nous verrons que nous avons veillé à assurer la

compréhension des pratiques des consultants dans la gestion des RPS à partir d'entretiens semi-directifs de type compréhensif (Kaufmann, 2006) et *via* la triangulation des données collectées (entretiens compréhensifs, observations non-participantes et analyse de documents internes et externes).

Le fait que nos deux terrains de recherche soient très différents nous a incité à adopter deux types de démarche de recherche qualitative, adaptés aux spécificités et aux contraintes de chaque terrain. Comme nous l'avons souligné, cette adaptation aux obstacles empiriques a été possible grâce à la grande flexibilité des techniques qualitatives de recherche. Nous verrons dans la section suivante que ce pragmatisme méthodologique se traduira également, et logiquement, au niveau des techniques de collecte et d'analyse des données. Ainsi, nous avons retenu pour l'étude auprès des 37 consultants spécialisés en gestion des RPS une démarche qualitative exploratoire et abductive. Pour l'étude au sein de la polyclinique du Sud, nous avons opté pour une étude de cas abductive portant sur le processus de gestion des RPS suite à l'expertise du cabinet DAVEOS.

La démarche de recherche auprès d'une population de consultants spécialisés en gestion des RPS : une démarche exploratoire

L'étude des pratiques des consultants dans la gestion des RPS auprès des 37 consultants interrogés a une visée exploratoire. Les études exploratoires ont pour objet de favoriser l'émergence de connaissances, voire de théories, et d'identifier de nouveaux concepts ou de nouvelles variables explicatives dans des domaines où les connaissances sont encore peu développées (Charreire Petit & Durieux, 2007 ; Royer & Zarlowski, 2007). De plus, ces études peuvent permettre de clarifier un problème qui a été plus ou moins défini, afin de constituer un socle de connaissances à une étude de plus grande envergure (Trudel & *al.*, 2007). En l'absence d'études antérieures portant spécifiquement sur ces pratiques, cette posture a logiquement été adoptée.

Notre démarche de recherche tend ainsi à découvrir et éclairer ce phénomène dans une optique explicative et compréhensive. Le choix pour l'exploration nous conduit soit vers une démarche de type inductif ou abductif (Charreire Petit & Durieux, 2007). La démarche de type inductif induit l'exploration de phénomènes mal connus dans leur environnement naturel

et sans mobilisation préalable de cadre conceptuel rigide (Van Maanen, 1998). Cependant, l'impossibilité de pouvoir suivre les consultants étudiés dans leur démarche de gestion des RPS nous a orienté vers la **démarche de type abductif**, consistant à procéder par allers-retours entre des observations et la construction de notre modèle théorique tout au long de la recherche (Charreire Petit & Durieux, 2007). En effet, comme nous l'avons présenté, notre recherche a été amorcée par une question de départ découlant d'une première revue de la littérature autour de l'expertise des RPS. Puis, au fur et à mesure des refus d'accès au terrain ayant contribué à l'amélioration de la compréhension des enjeux stratégiques de notre objet de recherche, nous avons progressivement « donné du sens » (*ibid.*, 2007) à nos observations empiriques, en nous orientant vers la question des pratiques des consultants. La connaissance produite a donc été le fruit d'interactions entre la théorie et les données empiriques autour de l'analyse des interprétations des consultants, c'est-à-dire une abduction interprétativiste.

C'est ainsi nous avons retenu, préalablement à la sociologie du conseil en management et à la sociologie de la traduction, le cadre théorique de la régulation de J.-D. Reynaud (1989), afin d'appréhender les pratiques des consultants dans la gestion des RPS. Cependant, ce cadre ne nous permettait pas d'interpréter notre terrain et de mieux comprendre ces pratiques. En effet, comme nous l'avons souligné en fin de première partie, ce modèle analyse la construction des règles par lesquelles un groupe social se structure et devient capable d'actions collectives, à partir d'une régulation de contrôle et d'une régulation autonome (*ibid.*, 1989). Les contraintes empiriques et la spécificité de notre objet de recherche rendaient inopportune la mobilisation d'un tel cadre théorique. L'analyse de ces deux types de régulation, voire de la régulation conjointe, aurait impliqué une immersion de notre recherche dans des réalités d'entreprise, notamment en suivant les consultants sur leur lieu de mission. Du fait de cette impossibilité, la sociologie de la traduction, combinée à la sociologie du conseil en management, nous a progressivement apparue comme étant la mieux adaptée à la mise en lumière et à la meilleure compréhension de notre objet de recherche. Le PEIP nous apparaît ainsi « abductif par essence », les allers-retours entre les travaux théoriques et la réalité empirique étant constitutifs d'une démarche pragmatique et adaptative.

Le choix de l'**étude de cas** est, selon Yin (1991, 2003), un choix permettant de saisir les caractéristiques complexes de phénomènes sociaux. En effet, l'étude de cas nous permet de prendre en compte la dimension contextuelle et spécifique d'une situation, ce qui nous paraît décisif dans l'analyse de la gestion des RPS par les acteurs de la polyclinique suite au départ du consultant. Ainsi, l'objectif de cette démarche est d'appréhender au mieux la richesse qualitative de la situation analysée et d'accroître la compréhension de cette dernière. Cette étude de cas relève également de la dimension exploratoire, car elle tend à comprendre et à favoriser l'émergence de connaissances sur un phénomène peu étudié.

L'étude de cas doit donc nous permettre d'opérer une analyse spatiale et temporelle de la gestion des RPS par les acteurs de la polyclinique suite au départ du consultant, gestion caractérisée par la complexité de ses conditions de réalisation, de l'enchaînement des événements du comportement des acteurs et de leurs implications (Wacheux, 1996). En effet, la dimension temporelle peut être éclairée d'une manière tout à fait pertinente à partir d'une étude de cas. Elle permet ainsi de suivre, ou reconstruire, un enchaînement d'événements dans le temps, en évaluant les causalités locales et en formulant une explication de cet enchaînement (*ibid.*, 1996). L'unité d'analyse retenue est donc le projet mis en œuvre par les acteurs de la polyclinique à partir de l'expertise réalisée par le cabinet DAVEOS.

La prise en compte de la composante temporelle et des aspects processuels est centrale pour la compréhension du phénomène étudié au sein de la polyclinique du Sud : la mise en évidence de l'enchaînement de faits et d'étapes, combinée à la contextualisation de cette analyse doit nous permettre d'appréhender le plus fidèlement possible les interprétations des acteurs. Il s'agit d'étudier l'évolution du projet de gestion dans le temps, ses aspects dynamiques (Grenier & Josserand, 2007) devant témoigner d'une certaine manière de « se saisir » du contenu de l'expertise de DAVEOS, et éclairant les potentielles limites des pratiques et du rôle du consultant ne pouvant poursuivre son action. Le « temps » a ainsi une place centrale dans cette étude de cas, l'étude portant sur le changement continu ayant lieu au cours d'un projet durant un laps de temps donné.

Enfin, comme nous l'avons présenté pour le premier terrain de recherche, nous avons également procédé au sein de la polyclinique du Sud à une **démarche de type abductif** dans

une optique de production de connaissances. Ainsi, d'une manière parallèle et complémentaire au premier terrain, nous ne sommes progressivement orientés vers les travaux en sociologie du conseil en management et en sociologie de la traduction afin de construire notre modèle théorique devant nous permettre d'interpréter le contenu des réunions observées, notamment les réunions du « comité de pilotage RPS », et les entretiens menés auprès des acteurs de la polyclinique du Sud, et permettant également de « donner progressivement du sens » à nos observations empiriques (Charreire Petit & Durieux, 2007).

Section 2. Collecte et analyse des données

Comme nous l'avons énoncé, la fiabilité de notre démarche de recherche repose, notamment à partir d'un ancrage dans le PEIP, sur la capacité et l'honnêteté du chercheur à décrire très concrètement le processus entier de sa recherche (Miles & Huberman, 1991). Ainsi, après avoir exposé notre ancrage épistémologique, nous devons décrire ici la nature des données collectées, les modes de collecte et les techniques d'analyse de ces données.

Sous-section 1. La nature des données collectées

Nous avons récolté des données de type primaire et de type secondaire. Les « *données primaires* » permettent de se confronter directement au phénomène que nous souhaitons étudier. Ainsi, nous les avons récoltées par différentes techniques : des entretiens avec les consultants et des observations de journées du réseau i3r PACA pour notre premier terrain, et des entretiens avec les acteurs de la polyclinique du Sud et des observations de réunions pour notre second terrain, ce recueil étant guidé à la fois par des considérations de cohérence et par des considérations pratiques (Royer & Zarlowski, 2007).

Dans un souci de **triangulation des données**, devant concourir à une compréhension accrue des pratiques des consultants dans la gestion des RPS, nous avons également adopté des méthodes permettant de recueillir des « *données secondaires* », données de seconde main participant à la compréhension du phénomène étudié. En effet, la triangulation des données a pour objectif d'assurer la fiabilité de la recherche, en combinant plusieurs natures, sources et techniques de recueil de données afin de compenser les biais potentiels inhérents à chacune d'entre elles (Coutelle, 2005). C'est dans cette optique que la combinaison de sources complémentaires de connaissances autour des pratiques des consultants dans la gestion des RPS doit permettre d'améliorer la précision de la description et de la compréhension de ce phénomène (Miles & Huberman, 1991). Ainsi, nous avons récolté ces données grâce à 19 rapports de mission ou d'expertise de consultants du réseau ou hors-réseau, à leur documentation commerciale et aux documents en lien avec le réseau pour notre premier terrain, et grâce au rapport d'expertise du cabinet DAVEOS et aux documents internes de la polyclinique du Sud pour notre second terrain. Nous pouvons également considérer comme données secondaires du premier terrain les entretiens menés auprès des membres du comité de

pilotage du réseau i3r PACA et les documents émanant de ce réseau, ces données ne nous permettant pas d'accéder directement à notre phénomène mais concourant à une compréhension accrue du rôle des consultants, notamment du rôle attendu par les acteurs institutionnels. L'ensemble de ces données est de type qualitatif, c'est à dire se présentant sous la forme de mots (Miles & Huberman, 1991), les données quantitatives, qui se présentent sous la forme de chiffres (*ibid.*, 1991) ne nous paraissant pas pertinentes dans le cadre de notre recherche exploratoire interprétative.

Sous-section 2. Les modes de collecte des données

Les consultants spécialisés en gestion des RPS

Au niveau de notre premier terrain de recherche, le recueil des données qualitatives a donc été réalisé autour de trois sources : les entretiens semi-directifs compréhensifs, l'observation directe et la documentation interne ou externe.

Nous avons conduit nos 37 **entretiens semi-directifs** auprès de consultants volontaires, dont 31 font parti du réseau i3r PACA. Nous avons pris contact et interrogé les 6 autres consultants dans une perspective pragmatique : ainsi, le contact de l'un de ces consultants a été fourni par un membre de notre laboratoire comme nous l'avons énoncé, un second consultant a été rencontré durant une présentation ayant eu lieu dans notre laboratoire de recherche, nous avons fait la connaissance de deux autres consultants dans le cadre de colloques de recherche externes à notre laboratoire, tandis que les deux derniers consultants présentaient la particularité d'avoir participé à l'élaboration du référentiel du réseau i3r pour l'un, et celle de vouloir intégrer le réseau pour l'autre.

L'objectif de ces entretiens semi-directifs était **d'interroger les consultants sur leur(s) pratique(s) effective(s), leur(s) manière(s) de gérer les RPS au cours de missions d'intervention**. Cette approche par la méthode d'entretiens pose d'importantes difficultés méthodologiques. En effet, comme le souligne Villette (2003), les consultants sont des « vendeurs de discours », parlant moins de ce qu'ils font mais plutôt de ce qu'ils « voudraient être ». De plus, le fait que la quasi-totalité de la population de consultants étudiée ait été sélectionnée sur la base de critères stricts d'intervention, énoncés dans le référentiel du réseau i3r, peut concourir à faire émerger des prescriptions de pratiques et de rôles convergentes

autour de ce que serait un « bon consultant en gestion des RPS ». Pour limiter au maximum ce risque de convergence, pouvant notamment s'exprimer par la multiplication des références de la part des consultants au contenu du référentiel et à l'adéquation de leurs pratiques d'intervention à ce contenu, nous avons collecté nos données *via* la méthode des entretiens compréhensifs (Demazière, 1997 ; Kaufmann, 2006). Cette approche doit permettre de limiter le caractère autoreproducteur des discours des consultants, en se fondant sur les capacités d'interaction et d'interprétation du chercheur. Comme nous l'avons vu en présentant le paradigme interprétativiste, l'empathie du chercheur est nécessaire aux conditions de validité scientifique des connaissances produites, le retrait émotionnel et intellectuel du chercheur durant l'entretien concourant à la production de « discours auto-promotionnels » des consultants, opinions de surface appauvrissant considérablement la richesse du contenu des entretiens et des interprétations possibles (*ibid.*, 2006). Dans la perspective des entretiens compréhensifs, les interviewés, en l'occurrence les consultants, sont considérés comme des « savants ordinaires », informateurs incontournables de leur propre rôle, au-delà des discours convenus et des pressions institutionnelles (Desmarais & Abord de Chatillon, 2010). Ainsi, le matériau récolté devient un « vecteur privilégié de production de significations sociales, de mise en forme de la réalité, de mise en cohérence de leur identité » (Demazière, 1997, p.399).

Il convient de préciser que notre technique de recueil de données par entretien a évolué durant notre démarche de recherche, toujours dans une logique d'interprétativisme abductif : ainsi, les premiers entretiens ont été de type non-directif (ou « peu directif »), c'est-à-dire qu'un simple thème général avait été défini au préalable, celui de l'action des consultants dans la gestion des RPS, sans réelle intervention du chercheur dans le processus d'entretien. Ce choix méthodologique pragmatique se justifie par le fait que l'objet de recherche s'est construit tout au long de notre démarche, et que ces premiers entretiens ont participé à cette construction. Progressivement, les entretiens se sont centrés autour des pratiques spécifiques des consultants dans la gestion des RPS, notamment dans leur dimension stratégique, nous amenant à adopter des entretiens de type semi-directifs. Cette évolution peut ainsi être considérée comme le passage de l'« entretien créatif » à l'« entretien actif », le premier permettant, lors des premières rencontres, de produire de la profondeur et de révéler au chercheur son propre objet de recherche (Douglas, 1985 cité par Baumard & *al.*, 2007) jusqu'à l'acquisition de connaissances suffisamment « solides » permettant mieux penser et rationaliser le contenu de l'entretien.

La durée de ces entretiens varie entre 38 minutes et 2h16. Ils ont tous été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité hormis deux entretiens où les consultants refusaient d'être enregistrés pour s'assurer de la confidentialité et de la non-exploitation « abusive » de leurs propos. Pour ces deux consultants, nous avons pris des notes et nous les avons mises « au propre » *via* le logiciel *Word* le jour même de l'entretien. La retranscription des entretiens est nécessaire, toute démarche qualitative imposant une forme d'enracinement et une capacité à s'imprégner des données (Paillé & Mucchielli, 2003). Les entretiens ont été réalisés soit dans le bureau du consultant, soit au domicile du consultant (faisant souvent office de bureau personnel), soit dans des lieux neutres (brasseries, cafés) ou par téléphone (après signification par le consultant de l'impossibilité d'un entretien en face-à-face, dû principalement à des contraintes de temps). Les consultants connaissaient l'objectif de notre recherche (analyse compréhensive des pratiques des consultants dans la gestion des RPS) car une présentation a été opérée, soit à partir du mail de demande de rendez-vous, soit durant les échanges informels noués durant les journées du réseau i3r PACA.

Un **guide d'entretien** a progressivement été élaboré, afin de s'assurer que l'interviewé se focalise sur les thématiques de notre recherche. La *première partie* de ce guide, phase introductive de l'entretien, s'articulait autour de la présentation, ou plutôt du rappel, par le chercheur de sa fonction, du commanditaire de la recherche (permettant notamment de préciser que cette enquête n'était pas commanditée par le comité de pilotage du réseau i3r), du type d'informations devant être récolté, et de l'explicitation des conditions de l'interview (respect de la confidentialité, durée approximative, possibilité de poser des questions). Cette première partie se conclue alors par la demande de permission de procéder à l'interview.

La *seconde partie* de ce guide s'ouvrait sur le parcours scolaire et professionnel du consultant, depuis le diplôme du baccalauréat jusqu'à leur emploi actuel, permettant notamment de mettre en lumière le profil disciplinaire du consultant.

La *troisième partie* du guide s'intéressait, dans une appréhension volontairement très large, à la description de leurs pratiques d'intervention : type de commanditaire, secteur d'activité et taille des entreprises expertisées, conditions et modalités concrètes d'intervention. Cette partie a progressivement bénéficié de l'avancée de la construction de notre objet de recherche et notamment des apports de la sociologie de la traduction (concepts de problématisation, intéressement, enrôlement, mobilisation des alliés et rallongement) : ainsi, le passage de

l'entretien « créatif » à l'entretien « actif » s'est principalement opéré dans le contenu de cette troisième partie du guide d'entretien et de l'entretien en tant que tel.

La *quatrième partie* du guide visait à comprendre les difficultés rencontrées par le consultant durant les missions d'intervention, en faisant notamment écho au contenu abordé lors de la troisième partie, justifiant le caractère nécessairement compréhensif et empathique de notre posture durant l'entretien. Cette quatrième partie pouvait se traduire de différentes manières : ainsi, une description des pratiques d'intervention considérée comme trop « linéaire » et/ou « schématique » pouvait nous amener à nous étonner de l'absence de difficultés durant le processus d'intervention, conduisant, généralement, le consultant à rectifier sa description au regard des difficultés et obstacles régulièrement rencontrés. Cet « étonnement faussement candide » n'avait pas lieu d'être durant un entretien où le consultant abordait rapidement ses difficultés d'intervention.

La *cinquième partie* du guide d'entretien s'articulait autour de la dimension stratégique de la démarche d'intervention des consultants dans la gestion des RPS : cette partie avait pour objectif de « prendre de la hauteur » vis-à-vis d'un phénomène caractérisé par sa complexité. Ainsi, l'objectif était d'amener le consultant à interpréter la manière dont il intervient autour des RPS en comparaison d'autres objets d'intervention (conduite du changement, TMS, risques chimiques etc.), la spécificité des interventions RPS et leurs difficultés potentiellement spécifiques, notamment autour des liens noués durant la mission avec les différents acteurs de l'organisation (Direction, représentants des salariés, services de santé au travail etc.).

Enfin, la *sixième partie*, réservée aux 31 consultants membres du réseau i3r PACA, avait pour objectif de comprendre la manière dont les consultants appréhendaient ce réseau, son fonctionnement, le contenu des réunions trimestrielles et, surtout, le contenu des échanges noués avec les autres consultants du réseau. Notre participation aux journées réseau, telle que nous la présenterons en traitant de l'observation comme méthode de collecte de données, nous a régulièrement permis de « rebondir » sur des faits observés durant ces journées, sur les incompréhensions constatées, voire sur les échanges « animés » entre consultants.

Ces entretiens, menés auprès des consultants du réseau i3r PACA et des consultants hors-réseau, sont présentés dans les deux tableaux ci-après.

| Nom de référence | Sexe | Statut | Commanditaire (Direction, CHSCT ou les 2) | Durée de l'entretien (hh:mm:ss) | Nombre de pages | Lieu d'entretien |
|------------------|------|--------------------------|---|---------------------------------|-----------------|--------------------|
| DAVEOS#1 | H | Directeur Cab.DAVEOS | Les 2 | 00:45:00 | 12 | Cabinet DAVEOS |
| INDEP#1 | F | Consultante indépendante | Les 2 | 01:26:36 | 21 | Bureau personnel |
| INDEP#2 | H | Consultant Indépendant | Direction | 01:20:10 | 20 | Bureau personnel |
| INDEP#3 | F | Consultante indépendante | Direction | 01:15:01 | 17 | Entretien par tél. |
| PHASA#1 | F | Consultante Cab.PHASA | Les 2 | 01:45:13 | 25 | Neutre |
| INDEP#4 | F | Consultante indépendante | Direction | 01:20:09 | 21 | Neutre |
| INDEP#5 | F | Consultante indépendante | Les 2 | 01:23:04 | 24 | Neutre |
| TERT#1 | H | Consultant Cab.TERT | Direction | 00:42:06 | 10 | Cabinet TERT |
| INDEP#6 | F | Consultante Indépendante | Les 2 | 01:28:51 | 26 | Neutre |
| PHASA#2 | F | Consultante Cab.PHASA | Les 2 | 00:51:49 | 14 | Entretien par tél. |
| ERGO#1 | F | Consultante Cab.ERGO | Les 2 | 00:45:17 | 11 | Neutre |
| INDEP#7 | F | Consultante indépendante | Direction | 01:16:25 | 18 | Bureau personnel |
| ERGO#2 | H | Directeur Cab.ERGO | Les 2 | 01:12:05 | 18 | Cabinet ERGO |
| INDEP#8 | H | Consultant indépendant | Direction | 01:05:15 | 15 | Neutre |
| PRO#1 | H | Consultant Cab.PRO | Direction | 01:07:08 | 16 | Entretien par tél. |
| INDEP#9 | H | Consultant indépendant | Les 2 | 01:01:05 | 15 | Neutre |
| HARP#1 | H | Consultant Cab.HARP | Direction | 00:59:35 | 15 | Cabinet HARP |
| INDEP#10 | F | Consultante indépendante | Direction | 01:04:10 | 12 | Entretien par tél. |
| INDEP#11 | F | Consultante indépendante | Les 2 | 01:22:25 | 24 | Neutre |
| CAFA#1 | F | Consultante Cab.CAFA | Direction | 01:05:00 | 15 | Neutre |
| CAFA#2 | F | Consultante Cab.CAFA | Direction | 01:02:59 | 13 | Cabinet CAFA |
| VAPA | H | Consultant Cab.VAPA | Direction | 01:21:48 | 22 | Cabinet VAPA |
| ROSO#1 | F | Directrice Cab.ROSO | Direction | 01:13:00 | 17 | Neutre |
| PRO#2 | H | Consultant Cab.PRO | Direction | 00:45:58 | 12 | Entretien par tél. |
| HARP#2 | F | Consultante Cab.HARP | Direction | 00:50:00 Non enregistré | 10 | Neutre |
| INDEP#12 | F | Consultante indépendante | Direction | 00:59:10 | 14 | Neutre |

| | | | | | | |
|-----------------|---|-----------------------------|-----------|----------|----|-----------------------|
| ERGO#3 | F | Consultante Cab.ERGO | Les 2 | 01:10:25 | 20 | Cabinet ERGO |
| INDEP#13 | F | Consultante indépendante | Direction | 00:57:53 | 15 | Entretien par tél. |
| ROSO#2 | H | Consultant Cab.ROSO | Direction | 01:04:26 | 17 | Neutre |
| ROSO#3 | F | Consultante Cab.ROSO | Direction | 00:38:13 | 7 | Neutre |
| DAVEOS#2 | F | Consultante Cab.DAVEOS | Les 2 | 00:55:35 | 13 | Neutre |

Figure 7. Détail des entretiens réalisés auprès des consultants du réseau i3r PACA

| Nom de référence | Sexe | Statut | Commanditaire (Direction,CHSCT ou les 2) | Durée de l'entretien (hh:mm:ss) | Nombre de pages | Lieu d'entretien |
|------------------|------|---------------------------|--|---------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| TECHNO#1 | H | Consultant Cab.TECHNO | Les 2 | 00:55:00 Non enregistré | 11 | Neutre |
| TERT#2 | F | Consultante Cab.TERT | Direction | 01:01:32 | 16 | Entretien par tél. |
| TECHNO#2 | H | Consultant Cab.TECHNO | Les 2 | 00:55:13 | 13 | Entretien par tél. |
| LYNX#1 | H | Consultant Cab.LYNX | CHSCT | 01:24:40 | 24 | Neutre |
| LYNX#2 | F | Consultante Cab.LYNX | CHSCT | 01:30:21 | 27 | Neutre |
| INDEP#14 | H | Consultant indépendant | Direction | 02:16:45 | 32 | Neutre |

Figure 8. Détail des entretiens réalisés auprès des consultants hors-réseau i3r PACA

Nous avons également mené 4 entretiens semi-directifs complémentaires auprès des membres du comité de pilotage du réseau i3r PACA : le psychologue du travail (CARSAT-SE), le chargé de mission (ACT Méditerranée) et deux ingénieurs de prévention (DIRECCTE PACA), ce poste ayant connu un changement à la fin de l'année 2010. Comme nous l'avons souligné, l'objectif de ces entretiens était de bénéficier d'une certaine forme de données secondaires. En effet, bien que produites par nos soins, ces données ne nous permettent pas d'accéder directement à notre phénomène, mais plutôt d'améliorer la compréhension des pratiques des consultants, notamment les pratiques attendues par les acteurs institutionnels. Ces entretiens ont également été enregistrés et retranscrits intégralement. Nous n'avons pas établi de guide d'entretien mais plutôt une simple grille d'entretien, structurée *ex ante* autour

du rôle des institutionnels, des motivations dans la constitution du réseau i3r, des modalités de constitutions et de fonctionnement de ce réseau, et enfin de leur vision des « pratiques théoriques » des consultants dans la gestion des RPS.

| Nom de référence | Sexe | Statut | Durée de l'entretien (hh:mm:ss) | Nombre de pages | Lieu d'entretien |
|------------------|------|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------|------------------|
| DIRECCTE#1 | F | Ingénieure de prévention DIRECCTE | 01:06:50 | 16 | DIRECCTE |
| DIRECCTE#2 | F | Ingénieure de prévention DIRECCTE | 00:50:00 | 12 | DIRECCTE |
| ACTMED#1 | F | Chargée de mission ACT Méditerranée | 00:58:25 | 14 | ACT Méditerranée |
| CARSAT#1 | H | Psychologue du travail | 01:03:14 | 16 | CARSAT |

Figure 9. Détail des entretiens réalisés auprès du comité de pilotage du réseau i3r PACA

Le recueil des données qualitatives primaires a également été réalisé à partir de phases d'**observation directe et non participante** des journées du réseau i3r PACA, à défaut de pouvoir suivre les consultants durant leur démarche d'intervention. Il convient de souligner la difficulté dans la mise en œuvre de cette technique de recherche (Coutelle, 2005), notamment du fait des possibles craintes ou suspicions liées à notre présence. Nous nous sommes donc, dès la première journée d'observation, présentés à l'ensemble des acteurs du réseau et nous avons régulièrement échangé avec eux, notamment durant les temps de pause, afin d'instaurer une relation de confiance et de clarifier les raisons de notre présence (Baumard & al., 2007). L'objectif de ces journées d'observation est de nous aider à mieux comprendre la manière dont les consultants interviennent dans la gestion des RPS, par la « confrontation » et le croisement des pratiques entre consultants, mais également entre ces derniers et la vision des acteurs institutionnels. Comme nous l'avons présenté au sein du chapitre précédent dans la présentation détaillée des terrains de recherche, nous avons ainsi pu observer les échanges entre les membres du comité de pilotage du réseau i3r et les consultants autour des actualités institutionnelle, financière, juridique, des publications institutionnelles, des aides financières possibles. De plus, nous avons observé les remontées d'informations des consultants vers le

triptyque institutionnel autour des sollicitations liées au réseau, ainsi que les échanges entre ces acteurs et les invités extérieurs (médecin du travail, chargé de mission de la Direction Générale du Travail etc.). La seconde partie de ces journées était beaucoup plus « riche d'enseignements » pour nous : en effet, les deux présentations consécutives de cas d'intervention et le temps d'échange autour de ces présentations nous a permis de « voir se confronter » les pratiques des consultants, de constater certaines incompréhensions voire oppositions, mettant en lumière des représentations de pratiques de gestion des RPS non homogènes. Nous avons, durant ces journées d'observation, opéré une prise de notes structurée entre faits observés et impressions, afin de saisir le plus complètement possible la complexité de notre phénomène. Nous avons ainsi pris note des événements, faits, activités, comportements et interactions perçues de la manière la plus fidèle possible (Coutelle, 2005). De plus, nous avons, dans la mesure du possible, remis au propre ces notes d'observation le jour même.

Enfin, en plus des entretiens menés auprès du comité de pilotage du réseau i3r, nous avons récolté des **données de type secondaire** via l'étude de 19 rapports de mission d'intervention de cinq cabinets différents, dont quatre cabinets appartiennent au réseau i3r PACA. Trois de ces rapports ont été obtenus par simple demande directe auprès de trois cabinets, quinze ont été récoltés auprès de deux cabinets dans le cadre de conventions de confidentialité (annexes 11 et 12), et enfin un rapport a été récupéré au sein du seconde terrain d'enquête, la polyclinique du Sud, auprès de la directrice de l'établissement de soin ayant eu recours à une expertise. De plus, nous avons analysé les documents produits par le réseau i3r PACA (comptes-rendus de journées, relevés de décision, documents de travail des consultants) et certains documents commerciaux de cabinets de consultants (brochures, *newsletter*, sites Internet). Ces données secondaires sont nécessaires pour opérer une triangulation des données et la validation de leur finalité (Baumard & al., 2007). Nous présentons ces différentes sources de données secondaires par documentation dans le tableau ci-dessous.

| Type de documentation | Comman- ditaire | Nbre de pages |
|--|--------------------|---------------------|
| Rapport de mission du cabinet ROSO <i>« Accompagnement des changements et amélioration des conditions de travail »</i> | Direction | 35 p. |
| Rapport de mission du consultant INDEP#2 <i>« Prévention des RPS dans un établissement médico-social et capitalisation d'une action collective »</i> | Direction | 36 p. |
| Rapport de mission du consultant INDEP#9 <i>« Accompagnement de la démarche de prévention des RPS »</i> | Direction | 22 p. |
| Rapports de mission du cabinet PHASA <i>« Analyse des pratiques managériales au regard des facteurs de RPS suite à l'alerte lancée par plusieurs salariés du site X sur des suspensions de « harcèlement »</i> | CHSCT | 70 p. |
| <i>« Évaluation des RPS »</i> | CHSCT | 105 p. |
| <i>« Impact des objectifs commerciaux sur la santé et les conditions de travail des salariés »</i> | CHSCT | 117 p. |
| <i>« Analyse de l'impact sur les conditions de travail et la santé du personnel du projet de déménagement du site X »</i> | CHSCT | 148 p. |
| <i>« Analyse des facteurs de tensions générateurs de RPS »</i> | CHSCT | 79 p. |
| <i>« Évaluation et prévention des RPS »</i> | CHSCT | 175 p. |
| <i>« Analyse des RPS des salariés de l'hôpital X »</i> | CHSCT | 90 p. |
| <i>« Cartographie des RPS faisant suite au suicide d'un salarié du site X »</i> | CHSCT | 197 p. |
| <i>« Analyse de toutes les circonstances du suicide intervenu le X à X »</i> | CHSCT | 231 p. |
| <i>« Accompagnement à la prévention des RPS »</i> | Direction | 51 p. |
| <i>« Etude sur les causes de l'absentéisme au sein de X »</i> | Direction | 102 p. |
| Rapports de mission du cabinet LYNX <i>« Analyse des facteurs de risques portant atteinte à la santé psychique et physique des salariés »</i> | CHSCT | 119 p. |
| <i>« Enquête concernant les problèmes exprimés de conditions de travail, relations de travail »</i> | CHSCT | 99 p. |
| <i>« Analyse des conditions de travail et de leurs effets sur la santé physique et psychique des salariés »</i> | CHSCT | 112 p. |
| <i>« Risques professionnels liés à l'organisation et relations de travail »</i> | CHSCT | 107 p. |
| Rapport de mission du cabinet DAVEOS <i>« L'exposition des salariés aux RPS »</i> | CHSCT | 69 p. |
| Documents du réseau i3r PACA (comptes-rendus de journées, relevés de décision, documents de travail des consultants) | CHSCT | 100p. |
| Documents commerciaux des cabinets de consultants | CHSCT | 30 p. |

Figure 10. Type de documentation utilisé au sein du premier terrain de recherche

Au niveau de notre second terrain de recherche, le recueil des données qualitatives a donc également été réalisé autour d'entretiens semi-directifs compréhensifs, l'observation directe et la documentation interne ou externe.

Nous avons conduit 5 **entretiens semi-directifs** : deux entretiens réalisés auprès du directeur de la polyclinique du Sud, deux entretiens collectifs auprès des représentants du personnel de la clinique et un entretien réalisé avec le médecin du travail. Comme nous l'avons énoncé, l'objectif de cette étude de cas longitudinale était d'opérer une analyse processuelle de la gestion des RPS par les acteurs de la polyclinique suite au départ du consultant. Il s'agit de suivre un enchaînement d'événements dans le temps en évaluant les causalités locales et en formulant une explication de cet enchaînement (Wacheux, 1996). Le suivi du projet mis en œuvre par les acteurs de la polyclinique à partir de l'expertise réalisée par le cabinet DAVEOS doit permettre d'analyser l'évolution de ce projet dans le temps. Ses aspects dynamiques doivent nous éclairer sur la manière dont les acteurs se saisissent du contenu de l'expertise, soulignant ainsi les limites potentielles des pratiques et plus largement du rôle du consultant qui ne peut poursuivre son action. Nous avons ainsi interrogé une première fois, avant la réalisation de l'expertise par le cabinet DAVEOS, la Direction et les représentants du personnel sur leurs perceptions de l'expertise à venir et leurs attentes vis-à-vis de celle-ci. Nous sommes retourné les interroger 18 mois plus tard autour de leurs perceptions *a posteriori* des apports de l'expertise et du processus engagé depuis le départ du consultant. L'entretien mené avec le médecin du travail n'a pas pu se dérouler comme cela était prévu, cet acteur considérant que les conditions de confidentialité n'étaient pas regroupées du fait du caractère « *trop facilement identifiable* » de son poste. Le médecin a quand même tenu à n'émettre aucune réserve sur le contenu de l'expertise réalisée par DAVEOS, souscrivant totalement à cette dernière. De plus, le consultant en charge de l'expertise a implicitement refusé notre demande d'entretien, en nous demandant de le contacter par mail puis en ne répondant jamais.

La technique de l'entretien collectif mobilisée auprès des représentants du personnel a été retenue dans une optique pragmatique, ces acteurs souhaitant maîtriser leur communication et « *parler d'une seule voix* » (représentante du personnel). Ce type d'entretien, vis-à-vis duquel nous formulions quelques réticences dans un premier temps, a permis de placer les

interviewés dans une situation d'interaction tout à fait intéressante, tout en permettant de repérer les informateurs clés ou « leaders d'opinion » (Fontana & Frey cité par Baumard & al., 2007) en stimulant leur réflexion sur le problème abordé. L'un des risques majeurs était de voir certains acteurs du groupe interrogé développer une réticence à participer et à se « révéler », mais l'absence de niveaux hiérarchiques différenciés limitait les jeux de pouvoir et favoriser l'authenticité des discours. De plus, l'entretien collectif a permis d'évaluer l'importance des questions pour les personnes interrogées et la compréhension de leur mode de pensée collectif (Coutelle, 2005).

L'essentiel des données qualitatives primaires récoltées au sein de la polyclinique du Sud l'a cependant été par la réalisation d'**observations directes et non participantes** de nombreuses réunions « Délégués du Personnel », « Comité d'Entreprise », « Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail » et « Comité de Pilotage RPS », de Juin 2010 à Décembre 2012. À l'instar de notre premier terrain de recherche, nous nous sommes présentés à l'ensemble des participants de ces réunions et avons échangé avec eux de manière informelle, afin d'instaurer une relation de confiance et de clarifier les raisons de notre présence. Cette clarification était d'autant plus nécessaire que le directeur nous présentait régulièrement comme étant son « filleul », terme issu de la relation de parrainage des *Doctoriales 2010*, ajoutant l'étonnement à la suspicion, tant au niveau d'une crainte d'« infiltration managériale » qu'à celui d'une relation familiale obscure. L'objectif de ces phases d'observation était de saisir l'évolution longitudinale de la gestion des RPS par les acteurs, en l'analysant notamment au regard du contenu du rapport d'expertise du cabinet DAVEOS. Nous avons également durant ces réunions opéré une prise de notes structurée entre faits observés et impressions, toujours dans l'optique de saisir le plus précisément possible la complexité de notre phénomène. Cette prise de notes a également, dans la mesure du possible, été remise au propre le jour même.

Enfin, nous avons récolté des **données de type secondaire** à partir de l'étude du rapport d'expertise du cabinet DAVEOS, élément à la base de notre analyse processuelle, mais également de documents internes à la polyclinique du Sud : documents de présentation, organigramme, documents de la médecine du travail et études préalables en santé au travail. Ces données secondaires ont également été mobilisées dans l'optique d'une triangulation des données et d'une validation de leur finalité (Baumard & al., 2007).

Sous-section 3. Les techniques d'analyse des données

Les consultants spécialisés en gestion des RPS

Afin d'analyser nos entretiens semi-directifs compréhensifs, nos périodes d'observation et nos documents internes et externes, nous avons effectué une **analyse de contenu**. Il s'agit d'une analyse en terme de « stock », visant à appréhender la nature de l'objet étudié et sa composition, ainsi que l'amélioration de la compréhension de cet objet (Grenier & Josserand, 2007). Elle repose sur le postulat que « *la répétition d'unités d'analyse de discours (mots, expression ou signification similaires, phrases, paragraphes) révèle les centres d'intérêt, les préoccupations des auteurs du discours* » (Allard-Poesi & al., 2007, p.493). Ce type d'analyse apparaît comme pertinent afin de surmonter la complexité perçue d'un phénomène pour lequel il existe peu de matériaux empiriques et/ou de recherches théoriques (*ibid.*, 2007).

Il existe deux type d'analyse de contenu : l'analyse lexicale et l'analyse thématique (Bardin, 2001 cité par Allard-Poesi & al., 2007). Nous avons mobilisé la seconde au détriment de la première. En effet, l'analyse lexicale retient le mot comme unité d'analyse pour s'intéresser « *à la nature et à la richesse du vocabulaire utilisé dans le discours ou le texte, et s'attache(r) à analyser la fréquence d'apparition des mots* » (*ibid.*, p.503). Ce type d'analyse nous paraissait inadéquat dans le cadre d'une étude autour des pratiques des consultants dans la gestion des RPS, retenir le mot comme unité d'analyse nous semblant comme trop restrictif. De plus, dans un champ aussi complexe que celui des RPS, les mots utilisés n'ont pas la même signification ni la même portée selon les acteurs, leur mobilisation pouvant recouvrir des réalités hétérogènes. Nous avons ainsi opté pour l'**analyse thématique**, qui retient pour unité d'analyse « *une portion de phrase, une phrase entière, ou un groupe de phrases se rapportant à un même thème* » (*ibid.*, p.503). En effet, le fait de chercher à repérer les thèmes récurrents permet d'élargir notre focale d'appréhension du contenu de nos données. La catégorisation de ces dernières a ainsi regroupé des groupes de phrases en fonction du sens donné par les acteurs et de notre interprétation compréhensive. L'analyse thématique se décompose en trois phases : la pré-analyse, l'exploitation des données et le traitement des résultats (Gavard-Perret & Helme-Guizon, 2008).

L'étape de pré-analyse consiste à définir les objectifs de l'analyse et les modalités de codage visant à répondre à notre problématique. Dans le cadre de notre recherche auprès des consultants en gestion des RPS, l'utilisation de l'analyse thématique devait nous permettre d'atteindre plusieurs objectifs. Dans un premier temps, il s'agissait de faire émerger des thèmes nous permettant de caractériser l'interprétation faite par les consultants de leurs pratiques dans la démarche de gestion des RPS. Cette étape devait également permettre de retenir des premières catégories *a priori*, au regard de l'état de la littérature et des premières propositions de recherche.

L'étape d'exploitation des données correspond au codage de ces dernières. Le codage permet de passer d'un monde empirique brut et désordonné à un monde organisé de concepts et d'idées (Allard-Poesi & *al.*, 2007). Ainsi, nous avons progressivement découpé et ordonné le contenu de nos entretiens, de nos notes d'observation et des documents internes et externes en unités d'analyse (groupes de phrases), que nous avons ensuite regroupé et codé au sein de « catégories de sens », ou d'« unités de sens » (Bardin, 2001). Il convient de souligner que nos catégories n'ont pas été fixées *a priori*. En effet, les unités d'analyse ont progressivement émergé tout au long de notre démarche de recherche, par allers-retours entre les techniques de collecte mobilisées, les données récoltées et la littérature, conformément à notre logique abductive. Comme le soulignent Miles et Huberman (2003), le processus de codification et de « recodification » est achevé lorsque l'analyse parvient à saturation et que les faits nouveaux peuvent être immédiatement classés. Ainsi, nos « premières catégories » étaient relativement « larges » : « profil du consultant », « type de mission », « démarche opérée », « problèmes rencontrés », « stratégies des consultants », « réseau i3r ». Progressivement, cette catégorisation est apparue comme insuffisante car peu précise. En bénéficiant de l'avancée de notre recherche, et notamment des apports des concepts de la sociologie de la traduction, nous avons retenu des catégories de codage beaucoup plus précises et articulées. Les catégories sont ainsi : « Profil disciplinaire du consultant », « Type de commanditaire », « Contexte de pré-intervention », « Modalités de problématisation », « Modalités d'intéressement », « Modalités d' enrôlement », « Modalités de mobilisation des alliés », « Modalités de rallongement », « Positionnement stratégique », « Spécificités de l'intervention RPS », « Fonctionnement du réseau i3r » et « Confrontation aux consultants du réseau ».

Pour assurer ce processus de codage, nous nous sommes appuyés sur la méthode dite de « comparaison systématique » popularisée par Lincoln & Guba (1985). Il s'agit dans un premier temps de prendre un extrait de texte (retranscription d'entretien, d'une journée d'observation ou extraits des documents internes et externes) afin de comparer son contenu avec le contenu d'un second extrait, permettant ainsi de constituer des catégories provisoires en cas de similarité des informations. Il convient de rappeler que nous avons cependant retenu un petit nombre de catégories avant de débiter le codage, à partir de notre revue de littérature. Ensuite, nous avons poursuivi ce processus de comparaison avec d'autres parties du texte. Une fois qu'une catégorie contenait de six à huit unités d'analyse, nous avons proposé une première appellation catégorielle. Le processus s'est poursuivi à partir des textes restants, jusqu'à la recension de l'ensemble des données. À partir de là, nous avons relu l'ensemble des catégories afin de les fusionner et/ou les subdiviser. Cette étape s'est achevée avec ce que Lincoln et Guba (1985) nomment la saturation des sources, caractérisée par une émergence de régularités et d'irréductibilité du nombre des catégories codées. Il s'agit ainsi d'une technique d'abstraction, permettant de passer du monde empirique au monde théorique, en effectuant des regroupements progressifs parmi les données empiriques récoltées (Angot & Milano, 2007). Pour ce faire, nous avons mobilisé le logiciel NVIVO 9, dans une optique d'aide à la gestion des données et à leur catégorisation. En effet, ce logiciel nous a permis, par son interface intuitive et sa facilité d'utilisation, à « fluidifier » le processus de catégorisation, de codage et de recodage jusqu'à la saturation des sources.

Enfin, la troisième phase de l'analyse thématique consiste à traiter les résultats de manière qualitative et à les interpréter. Cette étape a pour objectif d'apprécier l'importance des thèmes dans le discours, et donc de comprendre la manière dont ces derniers sont utilisés, en formalisant les relations qu'ils entretiennent entre eux, permettant d'en déterminer la structure (Allard-Poesi & *al.*, 2007). Dans notre cas il s'agit d'établir des liens entre les thèmes pour comprendre les modalités de pratique des consultants dans la gestion des RPS. Notre partie « Résultats » nous permettra de présenter le contenu de nos catégories, dans une perspective de compréhension des différentes modalités de problématisation, d'intéressement, d'enrôlement, de mobilisation des alliés et de rallongement perçues par les acteurs. Cette partie nous permettra également ensuite de dégager des « pratiques-type » de consultants en gestion des RPS, à partir de la formalisation des relations entre les catégories de codage. Nous pourrons ainsi comparer ces « pratiques-type », en mettant en évidence leurs différences et

leurs ressemblances, tant dans leur contenu que dans leur structure (Allard-Poesi, 1997 cité par Allard-Poesi & *al.*, 2007).

La polyclinique du Sud

Afin d'analyser nos entretiens semi-directifs compréhensifs et nos périodes d'observation, nous avons effectué une **analyse longitudinale**. L'étude des documents internes et externes a été réalisée *via* une analyse de contenu. L'analyse longitudinale vise à étudier les évolutions d'un phénomène au cours du temps (Forgues & Vandangeon-Derumez, 2007 ; Mendez, 2012), permettant ainsi de décrire la manière dont une variable évolue dans le temps (Van de Ven, 1992 cité par Grenier & Josserand, 2007). Ainsi, ce type d'analyse repose sur trois caractéristiques : les données recueillies doivent porter sur au moins deux périodes distinctes ; les acteurs concernés doivent être identiques ou comparables d'une période sur l'autre ; l'analyse vise à comparer les données entre, ou au cours, de deux périodes distinctes, voire à retracer l'évolution observée (Menard, 1991 cité par Forgues & Vandangeon-Derumez, 2007).

L'objectif de cette étude longitudinale est de mettre en évidence les « intervalles de temps » (Pettigrew, 1992), composant et structurant le processus de gestion des RPS après le départ du consultant. Ainsi, la description du processus doit permettre d'éclairer les éléments qui composent ce dernier, leur ordre et leur enchaînement dans le temps (Mendez, 2010 ; Bidart & *al.*, 2012). À l'instar du premier terrain d'enquête, nous avons opéré un codage de nos données. Cependant, le codage d'un processus ne présente pas les mêmes modalités d'opérationnalisation qu'un codage de contenu. Ainsi, le codage permettant de décomposer une variable processuelle peut se baser sur différentes variables : des actes, des activités, des significations, des relations, des définitions de situation, des perspectives ou des manières de voir les personnes (Miles & Huberman, 1991). Généralement, le codage s'opère autour de trois concepts génériques : les acteurs qui interviennent, les activités menées et les éléments du contexte (Grenier & Josserand, 2007).

Dans une optique pragmatique, nous avons retenu la méthode de **codification chronologique**, visant à respecter l'ordre temporel des données et l'enchaînement des actions et réactions, conduisant à un classement des événements par ordre d'arrivée (*ibid.*, 2007). Cette méthode

est le fruit de notre logique d'entrée sur le terrain. En effet, comme nous l'avons indiqué au cours de la section 1 de ce chapitre, ce terrain est le fruit d'une « opportunité empirique » suite aux *Doctoriales en Provence 2010*. Ainsi, nous avons eu accès à l'ensemble des réunions d'entreprise (Délégués du Personnel, Comité d'Entreprise, Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail) sans avoir défini strictement au préalable un objet de recherche. De plus, nous avons uniquement l'assurance par le directeur de la possibilité de suivre les étapes post-expertise. Nous avons donc décidé de suivre l'ensemble des réunions auxquelles nous avons accès, dans une logique d'inscription dans la durée et d'accroissement de la confiance des acteurs de la polyclinique. Cette « inscription empirique » nous a progressivement conduit à adopter la méthode de codification chronologique. Cette méthode a été définitivement retenue dès l'amorce par les acteurs de l'entreprise d'un processus de gestion des RPS, incarné par la constitution d'un « comité de pilotage RPS » et se réunissant à intervalles réguliers (en moyenne tous les 45 jours). Nous avons retenu comme « bornes de l'intervalle de temps » (Forgues & Vandangeon-Derumez, 2007) la restitution en CHSCT des conclusions de l'expertise par un consultant du cabinet DAVEOS (point de départ) et le dernier CHSCT ayant eu lieu au sein de la polyclinique et auquel nous avons pu assister (courant Décembre 2012).

Nous avons donc suivi « le fait en train de se faire » en collectant les données en temps réel d'un phénomène en cours de réalisation, les différentes réunions étant autant de points de collecte de données (*ibid.*, 2007) autour de la gestion des RPS opérée par les acteurs de la polyclinique suite au départ du consultant. Il convient de préciser ici que les entretiens menés auprès du directeur et des représentants du personnel ont également été appréhendés comme des points de collecte de données à deux instants précis du processus (avant la réalisation de l'expertise et dix-huit mois plus tard). Nous proposerons donc une liste chronologique des événements permettant ainsi de dégager une trajectoire dans la gestion des RPS, à partir de « phases ». Nous présenterons l'enchaînement des phases suivantes : « la problématisation des RPS du cabinet DAVEOS : restitution des conclusions de l'expertise », « la 'mise en marche' de la gestion des RPS initiée par la Direction : comité de pilotage et groupes de travail stratégiques », « 'Mise en arrêt' de la gestion des RPS : création d'un groupe sur la pénibilité au travail et dissolution du comité de pilotage ».

Résumé Chapitre 4

La **première section** a permis de présenter le Paradigme Epistémologique Interprétativiste Pragmatique dans lequel s'ancre notre recherche : ce paradigme vise à produire des connaissances à partir de l'interprétation et de la compréhension du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques. Le pragmatisme méthodologique a pour objectif de maximiser la validité et la fiabilité de la recherche en adoptant une posture de transparence méthodologique autour des choix et des adaptations opérés par le chercheur. La démarche de recherche qualitative doit permettre de nous situer au plus près des réalités empiriques et de nous adapter aux contraintes de chaque terrain : ainsi, nous réalisons une démarche exploratoire abductive au sein du réseau i3r PACA et une étude de cas exploratoire abductive au sein de la polyclinique du Sud.

La **seconde section** a exposé la nature des données collectées, les modalités de leur collecte et les techniques d'analyse de données retenues : les données de type primaire et secondaire, récoltées par entretiens semi-directifs, phases d'observation et analyse documentaire ont été analysés thématiquement pour notre premier terrain et de manière longitudinale et chronologique pour notre second terrain.

Partie 3

Résultats de notre recherche

Les pratiques des consultants

dans la gestion des risques psychosociaux au travail : des pratiques stratégiques différenciées aux limites de traduction

L'objectif de cette troisième partie est de présenter les résultats de notre recherche. Cette partie sera divisée en deux chapitres : le **chapitre 5** est intitulé « *Les pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail : des pratiques stratégiques différenciées* » ; le **chapitre 6** a pour titre « *La « traduction empêchée » et réinterprétée : le cas de la Polyclinique du Sud* ».

Le **chapitre 5** « *Les pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail : des pratiques stratégiques différenciées* » nous permettra de présenter les résultats de l'étude exploratoire menée auprès d'une population de 37 consultants, dont 31 appartiennent au réseau i3r PACA. Nous exposerons ainsi l'hétérogénéité des configurations de gestion des RPS, le caractère différencié des modes de problématisation, les modalités de « mise en marche » de la gestion des RPS, la volonté de « passer le témoin » aux membres de l'organisation, pour enfin repérer des « pratiques-type » de consultants en gestion des RPS, inscrits dans une logique globale de marché contribuant à faire de ces derniers des acteurs hybrides.

Le **chapitre 6** « *La « traduction empêchée » et réinterprétée : le cas de la Polyclinique du Sud* » exposera les résultats de l'étude de cas exploratoire longitudinale menée au sein d'un établissement de soins privé la polyclinique du Sud. Nous analyserons la problématisation réalisée par le cabinet DAVEOS suite à l'expertise CHSCT et le refus de la Direction de recourir à ce cabinet pour la mise en place des préconisations. Puis nous étudierons la « mise en marche stratégique » de la gestion des RPS initiée par la Direction, faisant progressivement « bifurquer » le processus à son profit. Et enfin, nous mettrons en évidence la progressive « mise en arrêt » de ce processus.

Chapitre 5

Les pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail : des pratiques stratégiques différenciées

Plan du chapitre

| | |
|---|------------|
| Section 1. Le triptyque « Consultant – Client – Public-cible » : des configurations de gestion des RPS hétérogènes..... | 191 |
| <i>Sous-section 1. Les consultants en gestion des RPS : taille de cabinet, type de commanditaire et profils disciplinaires.....</i> | <i>191</i> |
| <i>Sous-section 2. Les clients en gestion des RPS : un contexte d'intervention potentiellement décisif.....</i> | <i>200</i> |
| <i>Sous-section 3. Le public-cible : des « pré-problématisations » différenciées.....</i> | <i>205</i> |
| Section 2. La problématisation en gestion des RPS..... | 211 |
| <i>Sous-section 1. Les différents modes de problématisation des consultants.....</i> | <i>211</i> |
| <i>Sous-section 2. Obstacles à la problématisation et stratégies de problématisation.....</i> | <i>216</i> |
| <i>Sous-section 3. Modalités de problématisation et critiques entre consultants.....</i> | <i>218</i> |
| Section 3. La « mise en marche » de la gestion des RPS..... | 222 |
| <i>Sous-section 1. Le « comité de pilotage » : une « mise en marche » incontournable de la gestion des RPS.....</i> | <i>222</i> |
| <i>Sous-section 2. Les stratégies de « mise en marche » de la gestion des RPS.....</i> | <i>225</i> |
| <i>Sous-section 3. Le cas de l'expertise CHSCT : des limites à la « mise en marche » de la gestion des RPS.....</i> | <i>226</i> |
| Section 4. Le rallongement de la gestion des RPS..... | 229 |
| <i>Sous-section 1. Une volonté de « passer le témoin ».....</i> | <i>229</i> |
| <i>Sous-section 2. Les obstacles au rallongement de la gestion des RPS.....</i> | <i>231</i> |
| Section 5. Les consultants en gestion des RPS : « pratiques-type », stratégies de marché et profils hybrides..... | 234 |
| <i>Sous-section 1. Les « pratiques-type » des consultants en gestion des RPS.....</i> | <i>234</i> |
| <i>Sous-section 2. Des acteurs intégrés au sein d'un marché du conseil et de l'expertise.....</i> | <i>240</i> |
| <i>Sous-section 3. Les consultants en gestion des RPS : des acteurs hybrides.....</i> | <i>243</i> |
| Résumé du Chapitre 5..... | 247 |

L'objectif de ce chapitre est de présenter les résultats de l'étude exploratoire menée auprès d'une population de 37 consultants, dont 31 appartiennent au réseau i3r PACA. Ces résultats s'inscrivent en réponse à notre problématique de recherche :

Comment les consultants interviennent-ils en matière de gestion des RPS en termes de problématisation, d'intéressement, d' enrôlement, de mobilisation des alliées et de rallongement ?

Il convient de rappeler ici que **cet échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des consultants en gestion des RPS**. En effet, comme nous l'avons souligné dans la présentation détaillée de nos terrains de recherche, ces consultants ont été sélectionnés par un triptyque institutionnel composé d'un ingénieur de prévention (DIRECCTE PACA), d'un psychologue du travail (CARSAT-SE) et d'un chargé de mission (ACT Méditerranée), devant constituer et contrôler le réseau. L'objectif premier de ce réseau était de pouvoir proposer aux entreprises de la région PACA des consultants « fiables » et « compétents ». Le comité de pilotage du réseau a ainsi établi un référentiel commun (Annexe 9) placé dans le champ de la prévention primaire, incitant à la mise en place de démarches organisationnelles, participatives et d'accompagnement des acteurs de l'organisation. Ces principes généraux devaient se traduire en principes d'intervention, respectant une suite d'étapes : analyse de la demande, construction d'un diagnostic partagé, co-construction de la démarche et sa mise en œuvre et co-construction de solutions et mise en œuvre du plan d'actions. De plus, les six consultants hors-réseau, du fait de leur proximité avec le monde de la recherche ou avec le réseau i3r PACA, semblaient à première vue s'approcher de ces principes d'intervention.

L'objectif de notre démarche exploratoire était donc de collecter des données au plus proche des réalités empiriques, afin de comprendre le sens donné par les acteurs à leurs pratiques de gestion des RPS. À défaut de pouvoir suivre les consultants durant leur intervention, nous nous sommes basé sur la tenue de 37 entretiens semi-directifs. Le « risque majeur » de cette démarche menée à partir d'une population de consultants sélectionnés, pour la plupart, sur la base de stricts critères d'intervention était alors le fait de faire émerger des discours « préconçus » et des prescriptions convergentes de pratiques et de rôle autour de ce que serait un « bon consultant en gestion des RPS ». Ainsi, comme nous l'avons souligné au sein du chapitre 4, la mobilisation de la méthode des entretiens compréhensifs, combinée à l'observation des journées du réseau i3r PACA et à l'analyse de documents internes et

externes avait pour but d'aller au-delà de ces « discours de façade ». C'est ainsi que nous avons pu mettre en lumière **une certaine hétérogénéité des pratiques, porteuses de stratégies différenciées.**

Afin de mettre en lumière cette hétérogénéité, nous nous appuyerons sur notre cadre d'analyse élaboré à partir des travaux en sociologie du conseil en management et en sociologie de la traduction. Comme nous l'avons souligné, la combinaison de ces deux cadres théoriques nous paraît pertinente pour appréhender et éclairer ces pratiques : le triptyque « Consultant – Client – Public-cible » de la sociologie de la traduction doit nous permettre de « cadrer » les relations nouées par le consultant durant sa mission. La sociologie de la traduction doit nous permettre « d'alimenter » ces relations dans le cadre de ce triptyque, et ainsi d'analyser la manière dont le consultant tend à faire, ou ne pas faire, converger le client et le public-cible autour du projet sociotechnique que constitue la gestion des RPS. Cette analyse s'opérera à partir des concepts de problématisation, d'intéressement, d' enrôlement, de mobilisation des alliés et de rallongement, constitutifs du processus de traduction.

Nous verrons que cette hétérogénéité de pratiques peut se traduire à différents niveaux : choix du commanditaire, profils disciplinaires des consultants, contexte d'intervention, posture pré-intervention, modalités de problématisation, d'intéressement, d' enrôlement, de mobilisation des alliés et de rallongement. À partir de ce constat, et de celui des obstacles et des stratégies de consultants inhérents à chacune de ces étapes, nous essaierons de dégager des « pratiques-type » des consultants en gestion des RPS, en opérant une analyse critique de leurs discours, notamment au regard du contenu de 19 rapports de mission ou d'expertise et de celui des échanges au sein du réseau i3r PACA. Enfin, nous soulignerons le fait qu'ils sont intégrés dans une logique de marché, concourant à leur multi-positionnement et à leur hybridation.

Nous verrons ainsi que notre proposition de recherche « *les consultants en gestion des RPS développent des pratiques potentiellement stratégiques visant à promouvoir la représentation des RPS portée par leur client* » pourra être confirmée pour certaines « pratiques-type », mais ne pourra être étendue à l'ensemble de nos résultats, **la dimension stratégique de ces pratiques ne se limitant pas à la défense de la vision du commanditaire.**

Ainsi, la **section 1** a pour objectif de présenter l'hétérogénéité des configurations de gestion des RPS, en soulignant la différence des tailles de cabinets, du type de client, des profils des consultants, des contextes d'intervention et des définitions des publics-cibles, éléments revêtant des dimensions stratégiques « pré-intervention ».

La **section 2** exposera le caractère différencié des modes de problématisation des RPS par les consultants, les obstacles rencontrés durant cette étape et les stratégies mises en place par ces acteurs. Nous soulignerons également les conflits pouvant survenir entre consultants sur les modalités de l'étape de problématisation.

La **section 3** regroupera l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation des alliés dans une perspective d'analyse de la « mise en marche » opérée par les consultants au cours de leur démarche. Nous éclairerons ensuite les potentielles stratégies mobilisées par ces « acteurs-réseau ». Puis nous nous pencherons sur les limites de cette « mise en marche » dans le cadre des expertises CHSCT.

La **section 4** se focalisera sur l'étape de rallongement du réseau, la volonté de « passer le témoin » aux membres de l'organisation et les différents obstacles pouvant survenir.

Enfin, la **section 5** permettra de « faire remonter » de manière abstraite ces premiers résultats essentiellement descriptifs en dégagant des « pratiques-type » de consultants en gestion des RPS, mais également en soulignant l'existence d'une logique globale de marché, contribuant à faire du consultant un acteur hybride.

Section 1. Le triptyque « Consultant – Client – Public-cible » : des configurations de gestion des RPS hétérogènes

L'objectif de cette première section est de présenter le caractère hétérogène des configurations de gestion des RPS (configurations pré-interventions), en nous appuyant sur le triangle de la consultation « Consultant – Client – Public-cible ». Nous verrons ainsi que les profils des consultants interrogés diffèrent au niveau de la taille de leur cabinet, du type de commanditaire vis-à-vis duquel ils interviennent et de leur(s) discipline(s) de référence, éléments porteurs de stratégies différenciées potentielles. De plus, nous présenterons les deux types de client possibles et leur incidence sur le contexte d'intervention du consultant. Enfin, nous soulignerons les différentes modalités de définition du public-cible, qui sera appréhendé comme une étape de « pré-problématisation ».

Sous-section 1. Les consultants en gestion des RPS : taille de cabinet, type de commanditaire et profils disciplinaires

Taille des cabinets et composition de l'échantillon

L'objectif de cette première sous-section est de nous pencher sur le premier actant du triptyque « Consultant – Client – Public-cible ». Avant de nous intéresser plus spécifiquement aux choix individuels des consultants, il semble intéressant de souligner ici les différents types de cabinets « représentés » dans notre échantillon. On constate une **sur-représentation des structures de petite taille**, c'est-à-dire les structures composées d'un à moins de cinq consultants. De plus, on observe la quasi-absence de cabinets de taille intermédiaire, l'échantillon « passant » directement de cabinets de petite taille à d'imposantes structures de plusieurs centaines de consultants.

Ainsi, au niveau des cabinets représentés dans notre échantillon, il est possible de repérer :

- Quatorze consultants indépendants « en libéral » à l'origine de leur propre cabinet et travaillant « seuls » ou en partenariat ponctuels (de *INDEP#1* à *INDEP#14*) ;
- Un cabinet composé de deux consultants (cabinet *CAFA*, deux consultants interrogés) ;

-
- Deux cabinets composés de trois consultants (cabinets *ERGO*, *ROSO*, six consultants interrogés) ;
 - Un cabinet composé de cinq consultants (cabinet *HARP*, deux consultants interrogés).

À l’opposé, il est possible de repérer:

- Deux cabinets composés d’une centaine de consultants (cabinets *TERT*, *TECHNO*, quatre consultants interrogés) ;
- Un cabinet composé de quatre-cents consultants (cabinet *LYNX*, deux consultants interrogés) ;
- Un cabinet composé de six-cents consultants (cabinet *PHASA*, deux consultants interrogés) ;
- Un organisme de contrôle de plusieurs dizaines de milliers de collaborateurs (*VAPA*, un consultant interrogé).

Il existe cependant un « niveau intermédiaire » en termes de taille de cabinet au sein de l’échantillon étudié :

- Un cabinet de dix consultants (*PRO*, deux consultants interrogés) ;
- Un cabinet composé de dix-sept consultants (*DAVEOS*, deux consultants interrogés).

Ainsi, sur les trente-sept consultants de notre échantillon, nous avons donc interrogé :

- Vingt-quatre consultants membres de cabinets d’un à cinq consultants ;
- Quatre consultants membres de cabinets de dix à dix-sept consultants ;
- Neuf consultants membres de cabinets de plusieurs centaines de consultants.

Nous verrons **ponctuellement** au sein de ce chapitre comment ces différences de taille peuvent éventuellement impacter les pratiques de traduction des consultants en gestion des RPS.

Il existe **deux types de commanditaires de missions de gestion des RPS : les directions d'entreprise et les Comités d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT)**. En effet, les missions concernant les RPS peuvent être soit initiées par la Direction Générale ou le service Ressources Humaines d'une organisation dans le cadre de « missions de conseil », soit par les CHSCT dans le cadre de « missions expertises CHSCT ». Au niveau strictement légal (nous verrons les contextes d'intervention spécifiques à ces deux types de mission dans la sous-section suivante), les missions de conseil ne nécessitent le respect d'aucune condition spécifique, cette mission découlant d'une volonté de la Direction jouissant de son pouvoir de décision. À l'inverse, les missions expertises CHSCT sont strictement réglementées : le recours à l'expertise est prévu aux articles L.4614-12 et L.4614-13, R.4614-6 à R.4614-20 du Code du travail. Le CHSCT peut faire appel à un expert en cas de « risque grave » constaté dans l'établissement, pouvant être révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel ; ou en cas de « projet important » (également appelé « réorganisation »), modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail. Il convient de préciser que dans ce second cas, l'expertise doit être réalisée dans un délai d'un mois, délai pouvant être prolongé jusqu'à quarante-cinq jours selon les nécessités de l'expertise²⁵. Ainsi, une mission d'expertise CHSCT ne peut être réalisée que par des « experts agréés » auprès du ministère du Travail, agrément d'une durée maximale de 3 ans renouvelable²⁶.

Au niveau de notre échantillon de consultants en gestion des RPS, il est possible de dénombrer :

- Vingt-et-un consultants intervenant uniquement dans le cadre de missions de conseil auprès de la Direction ;
- Deux consultants intervenant uniquement dans le cadre de missions d'expertise CHSCT ;
- Quatorze consultants intervenant à la fois dans le cadre de missions de conseil auprès de la Direction et dans le cadre de missions d'expertise CHSCT.

²⁵ Informations récoltées sur le site de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)

²⁶ La liste des experts CHSCT agréés au 1^{er} Janvier 2013 est consultable dans la partie « Annexes » (Annexe 13)

Ce **choix du type de commanditaire peut revêtir une dimension stratégique, préalable à l'intervention même dans l'organisation**. Ainsi, nous avons pu repérer, dans les discours de certains consultants sur leurs pratiques, des stratégies militantes et des stratégies d'accès aux sphères de décision (ces stratégies ne sont évidemment pas le fait de l'ensemble des consultants interrogés).

Au niveau des **stratégies militantes dans le choix du type de commanditaire**, nous pouvons distinguer des stratégies militantes « pro-Direction » et des stratégies militantes « pro-CHSCT ».

Ainsi, au niveau des *stratégies militantes pro-Direction dans le choix du type de commanditaire*, TERT#1 souligne le fait que « *le positionnement de TERT est celui d'intervenir à la demande de la direction. C'est notre positionnement, d'autres cabinets ont choisi un autre positionnement* » (TERT#1). Ce positionnement exclue de fait toute intervention dans le cadre d'expertise CHSCT, et tout processus de demande d'agrément CHSCT. En effet, pour le cabinet CAFA, « *le fait de ne pas avoir l'agrément expertise CHSCT, c'est un choix. Le cadre de l'expertise CHSCT va totalement à l'encontre de notre méthode, vu que nous, on accompagne nos clients pendant un an* » (CAFA#2). Ce « militantisme pro-Direction » semble ainsi reposer à la fois sur une « *dimension idéologique* » (TERT#1), où ce choix correspond à des conceptions beaucoup plus larges des relations de travail et du pouvoir de décision, mais également sur un rejet des conditions inhérentes à l'expertise CHSCT : le fait de ne pas pouvoir accompagner le client, de ne pas pouvoir suivre le changement notamment. La dimension de stratégie de marché semble également sous-jacente (nous le verrons au sein de la cinquième section), ce positionnement pré-intervention concourant à un affichage clair auprès de clients potentiels.

Les *stratégies militantes pro-CHSCT dans le choix du type de commanditaire* défendent une conception « symétrique » à celle des consultants de TERT et de CAFA : une stratégie de positionnement d'intervention à la demande des CHSCT. Ainsi, le consultant LYNX#1 souligne que « *c'est la position du cabinet et la mienne de fait : on va chercher l'origine du côté de l'organisation du travail* » (LYNX#1). Cette dimension militante est revenue à de nombreuses reprises dans les entretiens menés auprès des consultants de ce cabinet : « *Il y a une dimension partisane, un engagement différent. Ça c'est certain, parce qu'il y a de la*

*bagarre. (LYNX#2) » ; « On n'a pas du tout envie de répondre à des demandes de directions : nous on a choisi de travailler pour les élus » (LYNX#2). Cette dimension transparaît également sur le site Internet du cabinet LYNX, mentionnant clairement « LYNX est du côté des salariés ». De plus, comme nous l'avons souligné pour les stratégies militantes pro-Direction, il semble également exister une certaine **dimension idéologique** chez ces consultants : « je suis beaucoup plus à l'aise dans les demandes d'expertises pour les élus que pour les demandes de directions. C'est peut-être ma personnalité, c'est une sorte de positionnement » (LYNX#2). Cependant, à la différence des « pro-Direction » (et à l'instar de la vision du consultant du cinquième terrain potentiel de recherche, considérant que « même si parfois le syndicaliste c'est un gros c*n, même si on sait pertinemment qu'il a tort, et bien on doit assumer notre position »), ce positionnement revêt une vraie dimension de lutte des classes, d'opposition frontale à la Direction détentrice des moyens de production et exploitant le travailleur. En effet, LYNX#1 souligne « l'importance de permettre de pointer que la direction savait » (LYNX#1), parlant de l'état des conditions de travail de l'organisation. Ce positionnement pré-intervention exclue ainsi toute tentative d'échange et de construction uniquement avec la Direction : « Il n'y a jamais de contractualisation entre nous et la direction, sans que les élus soient informés, voire précurseurs » (LYNX#1). Ce positionnement est un positionnement de soutien, d'aide aux élus : « nous sommes une aide aux élus, pas aux syndicats, aux élus. Oui, c'est pour eux que l'on travaille, vraiment explicitement. On est soutien aux élus du personnel. D'abord » (LYNX#2). Ce soutien est notamment justifié par le fait que les élus du CHSCT soient dépassés par la situation, qu'ils ne parviennent plus à faire face à la Direction : « Ils ont tout à gérer au niveau du CHSCT, toutes les plaintes des salariés, il faut qu'ils regardent tout : les projets, l'emploi, si les salariés ne s'en vont pas, gérer les pré-retraites, les risques chimique, psychosociaux etc. On agit en soutien, c'est très net. On est un soutien, je nous vois comme ça. » (LYNX#2). De plus, cette stratégie pro-CHSCT dans le choix du type de commanditaire semble être, à l'instar des « pro-Direction », une stratégie de marché (nous le verrons au sein de la cinquième section), voire de « marché de niche »²⁷ : ce positionnement offre ainsi une visibilité aux élus de CHSCT et clients potentiels, les nouveaux contrats se « décrochant » principalement suite au « bouche-à-oreille (et aux) élus qui se rencontrent » (LYNX#2). Enfin, il est intéressant de souligner que ces stratégies militantes pro-CHSCT sont portées par deux consultants extérieurs au réseau et n'intervenant que dans le cadre d'expertises CHSCT. En effet, en étant*

²⁷ Terme prononcé par l'un des deux consultants du « cabinet-cinquième terrain de recherche potentiel ».

de fait « *toujours dans le rapport de force* » (LYNX#2), le cabinet LYNX n'a « *aucun intérêt d'être présent dans le réseau de consultants i3r* » (LYNX#2).

Au niveau des **stratégies d'accès aux sphères de décision dans le choix du type de commanditaire**, il est intéressant de souligner le caractère de « commodité d'intervention » recherché par certains consultants, se traduisant par la réalisation d'interventions à la demande de la Direction, les missions de conseil offrant plus de marges de manœuvre que les expertises CHSCT. Cette stratégie pré-intervention se différencie du positionnement militant pro-Direction car elle ne fait pas état d'un positionnement « idéologique » pouvant exclure de fait l'intervention dans le cadre de missions d'expertise CHSCT. C'est ainsi que le consultant INDEP#6, intervenant à la fois auprès des Directions et des CHSCT, considère que « *quand on est en conseil, on peut plus facilement étaler la durée de la mission, on n'a pas le même cadre, la réglementation de durée, et l'on peut plus facilement mettre en place un comité et un accompagnement, ou alors un bilan* » (INDEP#6). Ici, cette « commodité d'intervention » se traduit par la possibilité de pouvoir « *insuffler de vrais changements dans l'entreprise* » (VAPA). En effet, entrer par la Direction permet d'assurer « *un confort d'intervention, ça permet de travailler avec les gens qui ont le pouvoir, le pouvoir d'agir, les marges de manœuvre* » (VAPA). De plus, à la différence des expertises CHSCT où le consultant doit être « *en priorité là pour rendre un peu plus égalitaire les discussions entre Direction et syndicats dans le CHSCT* » (ERGO#2), la mission à l'initiative de la Direction doit permettre d'engager un processus, « *un engagement, donc du long terme* » (CAFA#1). Le choix de la Direction comme commanditaire peut donc également englober le fait qu'elle offre des marges de manœuvre accrues *via* les missions de conseil.

Ainsi, le choix du type de commanditaire, préalable à toute démarche et à tout développement de pratiques dans l'organisation, peut « déjà » revêtir une dimension stratégique dans les « pratiques » de **certain**s consultants. Les stratégies militantes, pro-Direction ou pro-CHSCT, se caractérisent par le choix idéologique de n'intervenir qu'auprès d'un acteur bien précis, refusant ainsi l'éventualité de s'ouvrir à l'autre type de commanditaire, choix constitutif d'une logique d'affichage stratégique, voire « politique ». Il est intéressant de souligner, à ce stade de la présentation de nos résultats, le fait que les deux cabinets les plus « repérables » en termes de stratégies militantes pré-intervention, TERT et LYNX, sont deux cabinets de grande taille (respectivement cent et quatre-cents consultants), pouvant ainsi nous orienter vers un potentiel « *effet taille* » de ces stratégies militantes. Au

niveau des stratégies d'accès aux sphères de décision, ces dernières reposent sur l'idée que la décision d'avoir pour commanditaire une Direction d'organisation permet d'accroître l'efficacité de l'intervention, notamment son inscription dans le long terme, *via* des marges de manœuvre accrues, cet acteur détenant le pouvoir de décision.

Les profils disciplinaires des consultants : stratégie de spécialisation et stratégie d'ouverture disciplinaire

Les 37 consultants interrogés sont issus de nombreux horizons disciplinaires. Il nous semble difficile d'attribuer une discipline stricte à chaque consultant, ces derniers ayant, pour une majorité d'entre eux, des profils de type pluridisciplinaire. Il convient de soulever ici le fait que dans le cadre du réseau i3r PACA, le comité de pilotage institutionnel a « *abandonné l'idée d'origine de les (ie les consultants) classer par discipline* » (ACTMED#1), ces acteurs refusant d'être « *enfermés dans des cases disciplinaires* » (PHASA#1). Cependant, il est possible de distinguer certaines spécificités, notamment en termes de « monodisciplinarité » et de « pluridisciplinarité ».

Ainsi, nous pouvons distinguer dans notre échantillon :

- Douze consultants monodisciplinaires (regroupant neuf ergonomes, deux sociologues et un médiateur) ;
- Vingt-cinq consultants pluridisciplinaires (profils pouvant mêler « parcours école de commerce », économistes, sociologues, psychologues du travail, coachs, « analystes du travail », ergologues, ingénieurs, anciens cadres d'entreprise).

Cette **bipolarisation disciplinaire peut revêtir une dimension stratégique, également préalable à l'intervention même dans l'organisation**. Ainsi, nous avons pu repérer des stratégies de spécialisation disciplinaire et des stratégies d'ouverture disciplinaire.

Au niveau des **stratégies de spécialisation disciplinaire**, certains consultants, principalement ergonomes, axent l'ensemble de leurs discours autour de leur discipline spécifique. Ainsi, en soulignant, au nom des consultants du cabinet ERGO : « *on travaille avec l'approche ergonomique, c'est ça aussi notre spécificité* » (ERGO#1), le consultant ERGO#1 souhaite se différencier des approches pratiquées par les autres cabinets. Cette

différenciation par la spécialisation, que l'on peut considérer également comme une stratégie de marché (nous le verrons au cours de la cinquième section), défend l'idée de « force disciplinaire » dont les autres consultants « profanes » ne disposeraient pas. Cette force repose sur un concept que les « autres » n'appréhendent pas : le « travail réel ». Ainsi, leur « *spécificité est de regarder le travail. Le travail réel* » (PRO#1), c'est-à-dire « *prendre les choses comme elles sont vraiment dans la vraie vie* » (HARP#1). Il s'agit d'une « *plus-value dans (leurs) interventions sur les RPS* » (ERGO#2), permettant la réalisation de diagnostics plus riches et plus pertinents, qui doivent « *ouvrir sur des pistes qui ne sont pas explorées à travers d'autres techniques d'analyse de recueil de données* » (ERGO#2). Il est intéressant de souligner également le fait que de nombreux ergonomes « moquent » les consultants non-ergonomes désirant s'approprier leurs techniques d'analyse. Parmi elles, l'observation, technique considérée comme spécifique à l'approche ergonomique par les consultants ergonomes, mais qui s'est « perdue » dans d'autres disciplines : « *les ¾ des gens qui vous parlent d'observation ne savent pas ce que c'est !* » (ERGO#3). Les autres cas de monodisciplinarité, c'est-à-dire les deux sociologues et le médiateur, n'ont pas fait état de postures stratégiques vis-à-vis de leurs disciplines respectives, cette spécialisation étant le fruit logique de leurs parcours universitaire ou post-universitaire, influant leur posture et leur démarche, par exemple : « *moi en socio, j'utilise les mêmes démarches que dans le cadre universitaire : l'école de Chicago, la démarche empirique inductive etc. parce que le terrain est prépondérant, j'ai besoin de beaucoup de matériau* » (TECHNO#1). Nous verrons que cette stratégie de spécialisation disciplinaire, et plus largement les cas de monodisciplinarité, se traduiront durant le processus de gestion des RPS, abordé à partir de la seconde section de ce chapitre.

Concernant les **stratégies d'ouverture disciplinaire**, elles peuvent se traduire au niveau des cabinets et au niveau des consultants eux-mêmes. Ainsi, au niveau des cabinets, la pluridisciplinarité peut poursuivre un **objectif d'adaptation à la demande émanant des commanditaires** : « *Les équipes sont pluridisciplinaires (...), c'est en fonction de la demande. On peut avoir des sociologues, des psychologues, des ergonomes, des ingénieurs en organisation, des économistes, des médecins, parfois des psychiatres, et d'anciens dirigeants issus des grandes écoles.* » (TECHNO#1). Cette adaptation à la demande peut notamment revêtir des questions d'« *adaptation à la culture d'entreprise* » (TERT#2), voire d'adaptation au climat de l'organisation, en « *(envoyant) un sociologue des organisations si le contexte est très syndiqué, car il maîtrise les enjeux syndicaux, les rapports de force entre partenaires*

sociaux, (...) un psychologue clinicien si c'est une situation conflictuelle entre individus, (...) un coach si un individu est isolé et en difficulté » (TERT#2). Il semble logique qu'une telle stratégie d'adaptation disciplinaire soit le fait de grosses structures telles que les cabinets TECHNO et TERT (une centaine de consultants chacun), cette stratégie reposant sur le fait de pouvoir disposer d'un nombre suffisant de consultants issus de divers horizons disciplinaires. Toujours au niveau des cabinets, la pluridisciplinarité peut également permettre de **multiplier les angles de vue sur un problème donné**, notamment un phénomène aussi complexe que les RPS. C'est ainsi que ROSO#1 considère qu'« *il est important d'avoir des personnes d'horizons disciplinaires différents* », devant permettre d'« *aller au cœur de la confrontation des différents diagnostics* » (ROSO#1). Ici, l'enjeu est moins un enjeu d'adaptation à la demande qu'un enjeu d'amélioration de la qualité du diagnostic. Enfin, toujours au niveau des cabinets, la pluridisciplinarité peut faire office de **stratégie d'affichage** : en effet, cette ouverture disciplinaire peut être mise en avant « *surtout en terme d'image et d'affichage* » (TECHNO#2), le cabinet devant ainsi bénéficier de retombées positives, notamment en termes de chiffres d'affaires, la pluridisciplinarité pouvant être gage de pertinence du diagnostic RPS auprès de clients potentiels. Au niveau des consultants, l'ouverture disciplinaire semble être un **gage de richesse d'analyse**, justifiant le fait de ne pas vouloir être « enfermés dans des cases » par le comité de pilotage du réseau i3r PACA, comme nous l'avons énoncé. C'est ainsi que « *le fait de circuler entre les théories de Clot, Dejours, Schwartz, tout en restant en cohérence, ça donne une grille de lecture plus riche, la force des approches complémentaires* » (DAVEOS#1). Cette ouverture individuelle à différentes disciplines semble décisive pour de nombreux consultants, toujours en lien avec un phénomène aussi complexe que les RPS.

Cette première sous-section avait donc pour objectif de présenter le premier actant du triptyque « Consultant – Client – Public-cible ». Après avoir présenté les consultants composant notre échantillon d'analyse, caractérisé par une sur-représentation des structures de petites tailles, nous avons mis en évidence le fait que ces consultants avaient des commanditaires potentiellement différents (Direction, CHSCT ou les 2), ainsi que des profils disciplinaires différents (monodisciplinarité ou pluridisciplinarité). Nous avons également mis en évidence l'**existence possible de stratégies dans le choix du commanditaire ou de stratégies inhérentes au profil disciplinaire du consultant/cabinet** : ainsi, le choix du commanditaire peut être réalisé *via* une stratégie militante (pro-Direction ou pro-CHSCT)

et/ou une stratégie d'accès aux sphères de décisions. De plus, le profil disciplinaire peut être également porteur de stratégies, avec les stratégies de spécialisation disciplinaire ou d'ouverture disciplinaire. La prochaine sous-section permettra de présenter le second actant du triptyque : le client.

Sous-section 2. Les clients en gestion des RPS : un contexte d'intervention potentiellement décisif

La sous-section précédente a permis de présenter, au-delà du type de cabinet et des profils disciplinaires des consultants de notre échantillon, les deux types de commanditaires possibles pour une action de gestion des RPS : les Directions d'organisation et les CHSCT, respectivement dans le cadre de missions de conseil et de missions d'expertise CHSCT. Afin de poursuivre la définition des actants du triptyque « Consultant – Client – Public-cible », nous nous focaliserons ici sur les motivations possibles du client souhaitant recourir à un consultant. Il s'agit alors d'aborder les **différents contextes d'intervention d'une mission de gestion des RPS**. Mise à part la présentation d'une potentielle stratégie de contournement, nous ne ferons pas écho à des stratégies particulières de consultants, mais plutôt à des contextes potentiellement stratégiques, pouvant impacter les pratiques des consultants. Le fait que la quasi-totalité de ces acteurs ait souligné l'importance du contexte d'intervention dans le déroulement de leur mission nous amène à rendre compte dans nos résultats de cette variable potentiellement décisive. Nous verrons ainsi les difficultés d'intervention inhérentes aux RPS, le contexte d'engagement de la Direction et les situations de rapport de force.

Les difficultés d'intervention inhérentes aux RPS : flou conceptuel, dénis et stratégie de contournement

Comme nous l'avons présenté au sein du second chapitre de notre travail doctoral, les RPS font état d'un périmètre flou : l'absence de définition stabilisée, les spécificités inhérentes à ce phénomène (aspect différencié, origine multifactorielle, poly-exposition) et l'existence de conditions de visibilité sociales restreintes (dénis liés notamment à l'absence de signes tangibles) concourent à développer une vision de ce phénomène comme celle d'une « boîte de Pandore ». Il est très intéressant de constater que cette même expression a été employée par huit consultants différents, afin de souligner les craintes de la Direction d'entrer

sur le champ des RPS. En effet, les dirigeants se demandent *« j'y vais, j'y vais pas... La peur d'ouvrir la fameuse boîte de Pandore » (INDEP#13)*. De plus, ces acteurs semblent craindre la « récupération stratégique » d'une démarche RPS, une sorte d'effet d'aubaine permettant de les mettre en cause : *« les directions ont peur d'ouvrir la boîte de Pandore. Ils disent « avec vos trucs, ça va être terrible, tout le monde va dire qu'il est stressé etc. » (TERT#1)*. Cette « notion qui n'est pas bien définie » (INDEP#5), posant notamment la « question de (s)a mesurabilité » (INDEP#8), favorise le développement de rejets de la part des directions d'entreprises. Ces rejets peuvent prendre généralement deux formes : *« il y a avait deux parades : le déni, et d'autre part le renvoi à des questions plus personnelles, ce sont les individus qui sont fragilisés, c'est plus facile de dire que cela provient de la sphère privée » (LYNX#1)*. Le déni pur et l'individualisation des RPS peuvent ainsi contribuer à retarder le démarrage d'une mission RPS, augmentant ainsi la complexité d'intervention et les chances de succès futures des missions : *« quand on arrive sur des situations RPS, on arrive sur des situations étant déjà hyper difficiles, c'est que ça fait un moment que ça bout, et que ça pose problème » (INDEP#8)*. Face à ces difficultés d'intervention inhérentes aux RPS, les consultants peuvent mettre en place une **stratégie de contournement** : en constatant que les directions *« sont plus rassuré(e)s avec des objets plus tangibles et mesurables » (INDEP#8)*, certains consultants vont opter pour des termes qui « font moins peur ». Ainsi, *« on ne parle plus de démarche contre le stress, mais on interviendra en disant on va faire un pré-diagnostic de ce qu'est une crise de croissance, de ce que c'est. Essayons d'objectiver. Là, le comité de direction a accepté de faire cette démarche » (INDEP#7)*. Cette stratégie de contournement tend ainsi à substituer aux termes « RPS », « stress » ou « souffrance » des termes moins « lourds émotionnellement », tout en prônant une démarche visant à objectiver le phénomène investigué, afin de rassurer la Direction et limiter tout rejet ou déni.

Un contexte d'engagement : l'implication décisive de la Direction

L'importance du contexte d'intervention des consultants n'a pas uniquement été abordé durant nos entretiens à partir des spécificités inhérentes au phénomène RPS. En effet, les consultants ont également souligné l'existence de « bonnes conditions d'intervention ». Ainsi, pour la quasi-totalité des consultants interrogés, **la condition principale de réussite d'un projet de gestion des RPS repose sur l'engagement de la Direction dans la démarche**. En effet, cet engagement permet notamment d'assurer au consultant une vraie

liberté d'intervention : *« concernant les missions à l'initiative de la Direction, on a toutes les marges de manœuvre ! (ERGO#2). Ainsi, « quand la Direction est à l'initiative de la démarche, quand il y a un vrai engagement, il y a moins de chance qu'il y ait un déni de diagnostic. C'est moins violent » (INDEP#13).* Comme nous le verrons en abordant les situations de rapport de force, ces situations d'engagement et d'implication de la Direction dans la démarche permettent de *« plus facilement dialoguer que quand (sic) la Direction est rentrée dans le processus contrainte et forcée » (INDEP#13).* Ainsi, comme le souligne PHASA#1, consultant d'un cabinet intervenant à la fois dans le cadre de missions de conseil et de missions d'expertise CHSCT : *« le conseil en direction, on est commissionnés par la Direction, donc tout est assez simple, tout est assez lisse, quand on déploie un projet » (PHASA#2).* Toujours dans une optique comparative entre mission à l'initiative de la Direction et à l'initiative du CHSCT, INDEP#6 considère qu'*« une mission a plus de chances de réussir quand elle est amorcée par la direction que dans le cadre d'une expertise CHSCT » (INDEP#6).* Ainsi, l'intérêt majeur du consultant est ici de sensibiliser les membres de la Direction aux « bienfaits » de la démarche RPS, car quand cet acteur *« a engagé le truc, qu'il lance la démarche, qu'il est partant, quand il a compris l'intérêt, il a compris les enjeux, il est d'accord etc. Après ça roule ! » (INDEP#14).* Enfin, l'apparition d'un tel contexte d'engagement, au-delà de la stricte volonté de la Direction, peut être facilité dans certains cas, permettant ainsi de faire le lien avec la stratégie de contournement : le fait d'intervenir dans le champ des RPS par la « porte » du Document d'Evaluation des Risques Professionnels (DUER) permet d'être *« dans un rapport qui est plutôt ouvert, de recherche de compréhension pour les acteurs de décision » (INDEP#6).* Le fait que la Direction ait recours à l'intervention d'un consultant dans le cadre d'une obligation légale, celui de la rédaction du DUER, permet d'avoir *« moins de tensions dans les rapports de travail, donc moins de tension pour nous » (INDEP#6).* Ce « terrain déminé » permet ainsi d'établir des relations beaucoup plus constructives avec les membres des directions que dans le cadre d'expertises CHSCT notamment.

Les situations de rapport de force : interventions « imposées » et blocages de la Direction

Au-delà des réticences des directions liées aux spécificités des RPS, le contexte d'intervention peut mettre en scène des **situations de blocage beaucoup plus fortes : les situations où la Direction se voit imposer une démarche de gestion des RPS.** L'une des

principales formes de démarche imposée aux directions est l'expertise CHSCT : comme nous l'avons présenté, cette démarche est initiée par le CHSCT, pouvant faire appel à un expert agréé en cas de « risque grave » ou de « projet de réorganisation » modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail. De plus, l'employeur ne peut s'opposer à l'entrée de l'expert dans les locaux de l'entreprise, il doit lui fournir les informations nécessaires à l'exercice de sa mission tout en assumant les frais de l'expertise²⁸. Comme le souligne INDEP#6, intervenant à l'initiative des directions et des CHSCT, *« dans une mission de conseil tu n'as pas forcément ce jeu d'acteurs, ces luttes, ton interlocuteur c'est la Direction » (INDEP#6)*. Ainsi, les raisons du recours à l'expertise CHSCT sont principalement des problématiques lourdes, *« comme un déménagement, une réorganisation, un renouvellement stratégique, ou dans le cas d'harcèlements, de conflits lourds, de dépression, voire, dans les cas les plus dramatiques, de suicides (TECHNO#2), « souvent quand la situation s'est vraiment dégradée » (INDEP#6)*. Ce type de mission ne semble donc pas s'inscrire dans une logique de prévention et de résolution des problèmes, mais plutôt dans une **logique de rapport de force** entre la Direction et les élus du CHSCT. Comme le souligne clairement LYNX#2, intervenant strictement à la demande des CHSCT : *« quand les élus du CHSCT demandent une expertise, on est dans le rapport de force, ils rentrent dans une bagarre dure. Quand ils demandent une expertise légale, ça veut dire que les élus rentrent dans un conflit ouvert avec la direction. Pour en arriver là, ça veut dire que l'entreprise n'a pas entendu du tout ce qu'ils voulaient. C'est un conflit, il n'y a pas d'expertise CHSCT sans un conflit ! Puisque que l'expertise légale, c'est le dernier recours des élus » (LYNX#2)*. Le contexte d'intervention des expertises CHSCT repose donc dans l'extrême majorité des cas sur un rapport de force frontal entre acteurs patronaux et élus de l'organisation, où *« l'expertise CHSCT peut être un moyen de pression entre les acteurs » (TECHNO#1)* alimentant une *« guerre de tranchées » (INDEP#9)*. Une seconde forme de démarche de gestion des RPS imposée aux directions est l'injonction de l'inspection du travail ou de la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail) : cette mesure exceptionnelle peut être le fruit d'un constat par les services compétents d'une situation de travail présentant des risques exceptionnels, révélés notamment par une infraction grave aux règles d'hygiène et de sécurité, ou lorsque que l'entreprise ne respecte pas les mesures de prévention préconisées par l'inspection du travail ou par la CARSAT²⁹. Ainsi, ce contexte

²⁸ Informations récoltées sur le site de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS).

²⁹ www.carsat-sudest.fr/

d'intervention met également en scène des situations de blocage : *« nous avons eu le cas d'une boîte qui faisait appel à nous après injonction de l'inspection du travail... C'était plutôt tendu ! Elle a été mise en demeure de mettre en place une étude de prévention des risques. (ROSO#2). Ainsi, « le processus qui mène à la demande d'intervention a son importance » (ROSO#1).*

Ces démarches imposées contribuent alors à faire émerger des **blocages de la part de la Direction**, dont les rejets et dénis de l'existence même des RPS (préalablement abordés) font parti. En effet, qu'il s'agisse d'expertises CHSCT ou d'injonctions de l'inspection du travail ou de la CARSAT, le fait qu'une Direction se voit imposer une démarche de gestion des RPS concoure à la mise en place de stratégies de sa part : dans le cadre des expertises CHSCT, en considérant que *« le cabinet d'expertise c'est le bras armé des représentants du personnel » (PHASA#2)*, les directions tendent à **dé légitimer l'expert**. Considérant ces « intervenants imposés » comme des *« menaces pour la Direction » (LYNX#2)*, voire des *« emmerdeurs » (INDEP#6)*, les responsables d'organisation pourront également essayer de promouvoir des formes de défense, notamment sur *« le nombre de jours, le budget, la méthodologie, l'accès aux informations, les modalités de sélection des salariés que l'on va auditionner, le calendrier prévisionnel » (PHASA#1)* de la mission RPS. Ces défenses peuvent également prendre la forme du **développement de solutions alternatives de résolution des RPS**, visant à « contrecarrer » les missions qu'on leur impose : ainsi, *« certaines entreprises peuvent se servir des numéros verts par exemple, en disant on a pas autant d'appel que ça, donc les gens ne vont pas si mal que ça ! Alors que ça ne tient pas ! » (PHASA#1)*. Globalement, ces solutions de type tertiaire, axées sur l'individu, semblent constituer une vraie logique de défense, notamment vis-à-vis de l'obligation pénale de sécurité que les directions doivent respecter. Ainsi, ces solutions alternatives, pouvant également être développées en dehors de toute démarche imposée, constituent selon de nombreux consultants interrogés une solution *« clef en main (sans) besoin de réfléchir trop » (INDEP#11)*. Ces solutions présentent de nombreux avantages pour les directions : *« c'est plus rapide, ça coûte moins cher, du moins à court terme, et c'est moins compliqué pour les entreprises parce que ça fait chier de se réinterroger sur l'organisation (PHASA#1).*

Cette seconde sous-section avait ainsi pour objectif de présenter le second actant du triptyque « Consultant – Client – Public-cible », dans une optique de description des contextes

d'intervention possibles des missions de gestion des RPS. Ainsi, nous avons principalement mis en évidence **l'existence de contextes d'intervention potentiellement stratégiques**, pouvant impacter les pratiques des consultants : les difficultés d'intervention inhérentes aux RPS peuvent donc contribuer à accroître la complexité d'intervention des consultants, ces derniers pouvant ainsi développer des stratégies de contournement visant à « traiter des RPS sans en parler ». Un second type de contexte apparaît comme beaucoup plus constructif : le contexte d'engagement de la Direction, caractérisé par une volonté de co-construction de cette dernière et contribuant potentiellement au succès de la démarche de gestion des RPS. À l'opposé, les situations de rapport de force, caractérisées par l'imposition de la démarche à la Direction, sous la forme d'expertises CHSCT ou d'injonctions institutionnelles, contribueront à l'apparition de blocages stratégiques de la part de la Direction, tant au niveau de la délégitimation de l'expert qu'à celui du développement de solutions alternatives individualisées, ou de dénis. La prochaine sous-section permettra de présenter le troisième actant du triptyque : le public-cible.

Sous-section 3. Le public-cible : des « pré-problématisations » différenciées

Les deux sous-sections précédentes ont permis de présenter d'une part les consultants de notre échantillon d'analyse, caractérisés par leur taille, le type de commanditaire et leurs profils disciplinaires, éléments potentiellement stratégiques ; puis, d'autre part, les clients et contextes d'intervention des consultants, contextes potentiellement décisifs pouvant être caractérisés par des difficultés d'intervention inhérentes aux RPS, un engagement des acteurs *via* l'implication de la Direction et des situations de rapports de force. Afin de ponctuer la définition des actants du triptyque « Consultant – Client – Public-cible », nous nous focaliserons ici sur le public-cible, c'est à dire **l'élément posant problème et constituant un frein ou un obstacle à l'action du commanditaire**, ce public-cible justifiant alors le recours au consultant. Bien que cet élément tende à évoluer tout au long de la démarche d'intervention, de nombreux consultants ont fait état de pratiques de définition et de conditions de définition du public-cible, préalables à toute amorce d'intervention. Cette étape fait notamment écho à l'étape d'« *analyse de la demande* » du référentiel i3r PACA, défendant l'idée d'une prise en compte des acteurs internes et externes, la compréhension de ces demandes et leur reformulation ; cette étape fait également référence à la « *phase préliminaire* » ou de « *préparation de l'intervention de conseil* » présentées dans notre état de

la littérature, phases englobant les premiers contacts entre le consultant et la réalisation d'un « *pré-diagnostic* ». Nous présenterons ainsi les différentes formes de « pré-problématisation » soulevées par les consultants issus de notre échantillon d'analyse : la pré-problématisation objective, la pré-problématisation adaptative et la pré-problématisation militante.

Au niveau de la **pré-problématisation objective**, cette première étape repose sur une analyse et une reformulation de la demande à partir d'éléments objectifs afin de délimiter les contours du problème RPS, délimitation qui sera poursuivie lors de l'étape de problématisation (qui sera présentée au sein de la section suivante). Ainsi, cette étape s'articule autour d'une « *analyse de l'existant* » (TERT#2), visant à opérer un « *recueil de traces dans l'entreprise* » (INDEP#11). Ce recueil peut consister à « *analyser dès le départ les indicateurs existants* » (INDEP#13) via notamment « *le bilan social, le rapport annuel de la Médecine du travail* » (INDEP#11), la réalisation de ce « *pré-diagnostic pouvant potentiellement faire évoluer la demande* » (INDEP#4). Cette pré-problématisation objective ne semble pas strictement réservée aux interventions à l'initiative de la Direction : en effet, comme le souligne INDEP#6, intervenant auprès des deux types de commanditaires, « *peu importe qui me sollicite, je fais toujours en sorte que l'on puisse avoir une analyse de la demande qui soit faite d'une part avec la Direction, puis d'autre part avec des représentants du personnel, un CHSCT, des IRP, des délégués syndicaux, des délégués du personnel* » (INDEP#6). Au-delà des indicateurs, cette pré-problématisation peut être réalisée à partir d'entretiens avec des « acteurs-clés » de l'organisation : ainsi, INDEP#3 « *rencontre les personnes dites ressource, le médecin du travail, les personnes concernées par la problématique. (II) élabore progressivement la demande, mais c'est vraiment une « élaboration partagée »* » (INDEP#3). De plus, il semble intéressant de souligner ici le fait que cette **pré-problématisation objective peut être liée à une spécificité disciplinaire** : ainsi, HARP#1 souligne qu'« *en tant qu'ergonomes, il y a toute une étape préalable : on demande tous les chiffres que l'on peut récupérer au niveau du groupe. (...) on demande tout ce qui est rapports CHSCT, qui peuvent nous aiguiller, notamment quand il y a eu des problématiques difficiles à traiter* » (HARP#1). À l'instar de la référence constante au « travail réel » dans une stratégie de spécialisation disciplinaire, les ergonomes dénomment cette étape de pré-problématisation l'étape de « *demande reformulée* » (ERGO#3) ou d'« *approche globale* » (ERGO#1), consistant à « *montrer le décalage entre le théorique et le réel* » (PRO#1), afin de ne « *jamais répondre à une demande telle qu'(elle a été) présentée au départ* » (ERGO#3). Cette étape semble également constitutive d'une logique stratégique de

spécialisation disciplinaire, les ergonomes tendant « à travers (leur) méthodologie (à) démontrer (leur) équidistance » (ERGO#2). Enfin, cette étape de pré-problématisation objective peut permettre, dans un souci de transparence auprès des acteurs de l'organisation, de « clarifier les effets de ce que l'on va faire » (CAFA#1), voire de rappeler aux acteurs de l'organisation ce à quoi ils s'engagent en amorçant une démarche de gestion des RPS.

Au niveau de la **pré-problématisation adaptative**, cette étape diffère de la pré-problématisation objective du fait de l'intégration prioritaire des opinions du commanditaire dans son opérationnalisation. Le premier pré-diagnostic du public-cible, c'est-à-dire la première formalisation par le consultant de l'objet d'intervention RPS, évoluera « à partir (des) réactions, oppositions, précisions (jusqu'à) l'élaboration d'une seconde formalisation » (INDEP#3). Ce mode de pré-problématisation s'inscrit dans une logique adaptative plus large visant à adopter une « manière de procéder (qui) va forcément dépendre de la nature de la demande, et de celle du commanditaire » (DAVEOS#1), le consultant étant ainsi « piloté par une demande » (DAVEOS#1). Nous pourrions parler ici de co-construction partielle, opérée entre le consultant et le commanditaire, visant à lui « faire dépendre à la fois sa vision de son entreprise pour demain et sa vision de son entreprise aujourd'hui, ce qui va bien ou pas et (...) cibler une problématique a priori (INDEP#13) ». Ici, les membres de l'organisation sont considérés comme secondaires, le consultant souhaitant construire sa démarche sur des fondements posés par la Direction. Nous verrons que ce type de pré-problématisation est potentiellement constitutif d'une stratégie de marché, visant à « s'adapter » aux besoins du commanditaire, sans forcément défendre une idéologie militante (ce qui sera le cas de la pré-problématisation militante). Enfin, toujours au niveau de la pré-problématisation adaptative, cette logique de pré-détermination du public-cible peut potentiellement être subie par le consultant, notamment du fait des « joies de la négociation de marché » (INDEP#1), la Direction négociant « à la baisse » les tarifs d'intervention, et refusant certaines modalités d'intervention tout en privilégiant d'autres, notamment « les questionnaires (qu'ils) aiment bien, comme le WOCCQ³⁰ parce que c'est plus court et moins cher » (INDEP#1).

Au niveau de la **pré-problématisation militante**, cette modalité d'appréhension de cette étape de pré-définition du public-cible est clairement liée aux stratégies militantes exposées au sein de la première sous-section, principalement concernant les stratégies

³⁰ Working Conditions and Control Questionnaire (méthode quantitative de diagnostic du stress professionnel)

militantes pro-CHSCT. Ainsi, suite à leur désignation en tant qu'experts, les consultants du cabinet LYNX vont en priorité, et de manière quasi-exclusive, rencontrer les élus et « pré-problématiser » le public-cible avec eux : *« on rencontre les élus, on voit ce qui se passe, on réfléchit ensemble. Eventuellement, on peut aussi demander un rendez-vous avec la Direction pour identifier certains interlocuteurs »* (LYNX#1). Cette rencontre peut prendre la forme d'un *« premier rendez-vous où l'on rencontre le CHSCT, le secrétaire plus les membres élus, pour analyser la demande, comprendre ce qu'il y a derrière »* (PHASA#1). Ainsi, cette pré-problématisation militante peut prendre deux formes : *« soit on les a aidé à faire la délibération et du coup on sait déjà la demande qu'il y a derrière parce qu'on les a aidés, soit on prend la demande parfois bancale, du coup l'idée c'est de comprendre ce dont ils ont vraiment besoin, et savoir s'il y a un risque de contestation par l'entreprise »* (PHASA#1). Cette prise en compte du « risque de contestation par l'entreprise » nous amène à atténuer l'idée de stricte militantisme de certains experts CHSCT : en effet, mis à part le cabinet LYNX, caractérisé par un positionnement strictement militant n'intervenant qu'à la demande des CHSCT et ne faisant pas parti du réseau i3r PACA, les autres consultants experts CHSCT interviennent également dans le cadre de missions de Direction. Cette « ouverture » nous amène à avancer l'idée d'une certaine forme d'attention portée aux positions de la Direction, même si le commanditaire reste le CHSCT (constituant ainsi une certaine forme de pré-problématisation adaptative). C'est ainsi qu'INDEP#6 considère que, suite à la première rencontre avec les élus CHSCT, *« si on ne prend pas le temps de rencontrer la direction pour construire un cahier des charges, et que l'on prend uniquement la position des élus, on va se planter »* (INDEP#6). Idem pour ERGO#1, pour qui *« même quand il s'agit d'une expertise CHSCT, on intègre la direction, ça fait parti de notre conception »* (ERGO#1). Ainsi, le fait d'intervenir à la demande des CHSCT n'inscrit pas de fait les experts CHSCT dans la pré-problématisation militante, hormis dans le cas d'une intervention exclusive, voire idéologique, auprès de ces élus.

Enfin, l'étape de pré-problématisation, outre ses dimensions objective, adaptative ou militante, peut être caractérisée par la volonté du consultant de savoir « où il a mis les pieds » et *« pourquoi ils ont fait appel à nous ? »* (CAFA#1). En effet, en soulignant régulièrement dans les entretiens le fait que *« la demande officieuse est rarement la même que la demande officielle »* (INDEP#5), les consultants développent certaines techniques afin de clarifier le contexte d'intervention où ils interviennent : *« rencontrer la direction, et IRP s'il y en a, les*

rencontrer séparément et les mettre ensuite ensemble dans une salle (afin) de connaître les postures de chacun vis-à-vis du dialogue social (CAFA#2). Cette **stratégie de repérage** peut consister à interroger le commanditaire sur ses motivations à la mise en place d'un projet de gestion des RPS : *« quand une entreprise nous dit « je veux faire quelque chose sur les RPS » tout de suite on lui demande pourquoi. On ne considère pas que cela va de soi » (PRO#2).* Ainsi, l'idée de cette stratégie de repérage semble reposer sur la volonté de s'assurer certaines conditions d'intervention, notamment *« l'implication des parties prenantes et la co-construction, et ça peut importe le type de mission et le commanditaire » (DAVEOS#2),* gages théoriques préalables de réussite de la mission d'intervention.

L'objectif de cette première section était ainsi de présenter le caractère hétérogène des configurations de gestion des RPS, c'est-à-dire des situations antérieures à l'amorce du processus de traduction et de constitution d'un projet sociotechnique. Ainsi, nous nous sommes attelés à définir les actants du triangle de la consultation « Consultant – Client – Public-cible », triptyque « cadrant » les principaux acteurs et éléments non-humains mobilisés dans la démarche de gestion des RPS. Nous avons souligné le fait que les consultants interrogés présentent des différences de taille de cabinet d'appartenance, deux types de commanditaire et des profils disciplinaires pouvant diverger. Ces éléments peuvent ainsi être porteurs de stratégies différenciées : stratégies militantes dans le choix du commanditaire, stratégie d'accès aux sphères de décision, et/ou stratégies de spécialisation ou d'adaptation disciplinaire. Au niveau du client, abordé par le prisme du contexte d'intervention, il pourra avoir une incidence sur la dimension contextuelle des pratiques des consultants : en effet, les consultants peuvent devoir faire face à des blocages et dénis liés aux spécificités inhérentes aux RPS, pouvant concourir au développement d'une stratégie de contournement de la part des consultants. D'une manière plus décisive, ces blocages peuvent être constitutifs de situations de rapport de force où la Direction se voit imposer une mission de gestion des RPS. À l'inverse, les consultants peuvent également intervenir dans des contextes plus « positifs » et « constructifs », caractérisés par l'engagement des acteurs, et surtout celui de la Direction, dans la démarche. Enfin, concernant le public-cible, cet actant est également constitutif d'une configuration de gestion des RPS préalable à l'amorce du processus de traduction par les consultants : ces acteurs « pré-problématisent » d'une manière différenciée le public-cible, dans une logique objective, adaptative ou militante.

L'objectif des sections 2 à 4 est de présenter les « pratiques effectives » des consultants, articulées autour des dimensions de problématisation, d'intéressement, d'enrôlement, de mobilisation des allées et de rallongement, dimensions constitutives d'une gestion des RPS appréhendée comme la construction par le « consultant – acteur réseau » d'un projet sociotechnique visant à mettre en relation le client et le public-cible.

Section 2. La problématisation en gestion des RPS

L'objectif de cette seconde section est d'exposer dans un premier temps le caractère potentiellement différencié des modes de problématisation des RPS par les consultants durant la démarche de gestion des RPS. Puis, dans un second temps, nous exposerons les obstacles rencontrés par les consultants durant cette problématisation et les stratégies mises en place pour y faire face. Enfin, nous soulignerons les critiques pouvant être émises par certains consultants autour des modalités de problématisation d'autres consultants.

Sous-section 1. Les différents modes de problématisation des consultants

Comme nous l'avons présenté durant la présentation de notre cadre d'analyse, notre objectif est d'éclairer la manière dont les consultants en gestion des RPS « font réseau », c'est-à-dire font potentiellement converger le client et le public-cible autour d'un même projet de gestion des RPS. Le consultant agit ainsi comme un « acteur-réseau » à l'origine de la démarche concourant à élaborer un projet sociotechnique. Cette analyse des pratiques de traduction du consultant, après avoir présenté l'hétérogénéité des configurations de gestion des RPS, passe tout d'abord par l'analyse des modes de problématisation. Comme nous l'avons exposé, la problématisation consiste à formuler les contours du « problème RPS », formulation préalable indispensable à toute action de changement. Ainsi, l'objectif théorique de cette étape est de faire passer les actants de représentations isolées des RPS à une acceptation de coopération, dans une perspective de mise en mouvement autour de la gestion de ces risques. Ce passage passe ainsi, toujours au niveau théorique, par la formulation d'un « point de passage obligé », c'est-à-dire un énoncé incontournable lors des premières phases de construction du réseau.

Cette étape fait notamment écho à l'étape de « *construction d'un diagnostic partagé* » du référentiel i3r PACA, soulignant l'importance pour le consultant de poser une base commune de travail entre les représentants du personnel et la direction; cette étape fait également référence à la phase de « *diagnostic* » présentée dans notre état de la littérature, regroupant la phase de collecte des informations, d'analyse et de synthèse des informations récoltées ainsi que l'examen détaillé du problème à résoudre. Nous présenterons ainsi les différentes formes de problématisation soulevées par les consultants issus de notre échantillon d'analyse : la

problématisation co-constructive, la problématisation adaptative et la problématisation militante.

Au niveau de la **problématisation co-constructive**, cette première forme de problématisation tend à s'inscrire dans la continuité de l'étape de « pré-problématisation objective », présentée dans la section précédente et caractérisée par une analyse et une reformulation de la demande à partir d'éléments objectifs, afin d'amorcer la délimitation des contours du problème RPS. Ainsi, la problématisation co-constructive repose sur un point de passage obligé : **la réalisation d'un diagnostic partagé**. Cette réalisation repose généralement sur la mobilisation de méthodes « *quantitati(ves) pour aller vers du qualitatif* » (CAFA#2). Comme nous l'avons indiqué dans la phase de pré-problématisation, le « *recueil d'indicateurs, l'analyse documentaire, les interviews des acteurs-clés et acteurs ressources, et la mise en place d'un questionnaire* » (VAPA) sont constitutifs d'une volonté de réaliser le diagnostic le plus pertinent et objectif possible. Concrètement, les consultants pourront mobiliser des **questionnaires** « *pour repérer les populations à risque. Ça donne une photo de la situation de l'entreprise* » (CAFA#1). Cette approche quantitative « *permet de mettre en lumière des choses* » (HARP#1), de « *repérer les niveaux d'urgence* » (CAFA#2), et « *d'objectiver cette subjectivité individuelle* » (INDEP#14) en concourant à la formulation d'hypothèses autour des sources des RPS. Il convient de préciser que cette technique par questionnaire dépend globalement du nombre de personnes dans l'organisation : en effet, cette technique ne peut être « *utilis(ée) en dessous de 150 à 200 salariés, parce qu'après ça fait des groupes non significatifs* » (INDEP#7). Le consultant INDEP#13 n'a « *pas utilisé de questionnaires, vu qu('il) ne travaille qu'avec des petites entreprises. (Il) fai(t) donc de l'observation* » (INDEP#13). Ainsi, les **observations** sont également des techniques de recueil de données mobilisées dans le cadre d'une problématisation co-constructive, notamment les « *observations non intervenantes (où l'on peut bien demander aux personnes pourquoi elle fait comme ça, ce qu'elle fait, ce qu'elle doit faire etc.* » (INDEP#2), cette technique permettant « *de mettre des images sur les témoignages, (d')apprécier de manière un peu plus précise* » (ROSO#1) le contenu des entretiens et de l'activité de travail. En effet, les **entretiens** apparaissent décisifs pour les consultants s'intégrant dans une logique de problématisation co-constructive : « *il y a une partie très importante, un passage obligé, c'est le recueil des discours* » (INDEP#2). Ces entretiens peuvent ainsi prendre la forme d'« *entretiens ciblés : on rencontre des personnels de tous les métiers, on va approfondir des questions du quotidien, du matériel utilisé, des relations dans le collectif, du management etc.*

En parallèle on rencontre tout le staff direction : tous les directeurs de tous les pôles, jusqu'au PDG, sur de l'entretien pour voir leur vision de leurs structures. Ça permet de mesurer l'écart de perception sur les questions de santé dans l'entreprise » (HARP#1). Ces entretiens s'inscrivent ainsi dans une perspective visant à prendre en considération les représentations et les visions de différents types d'acteurs de l'organisation, des « *personnes ressources* » (INDEP#2) telles, que outre la Direction et les salariés, la médecine du travail, les représentants du personnel, voire l'inspection du travail. Cette « *idée de diagnostic partagé* » (INDEP#13) doit être au fondement d'une logique d'intéressement, d'enrôlement et de mobilisation des alliés (que nous présenterons au cours de la section suivante).

À l'instar de la pré-problématisation objective, il semble intéressant de souligner ici le fait que cette **problématisation co-constructive peut être liée à une spécificité disciplinaire**. Ainsi, « *le cœur de la démarche de l'ergonome c'est d'aller sur le terrain comprendre l'activité de travail déployée par les salariés, avec un outil phare : l'observation* » (INDEP#9). Cette technique, combinée à « *des entretiens individuels (et) des entretiens collectifs* » (ERGO#3), est constitutive d'une « *méthodologie d'ergonome* » (ERGO#2), reposant sur « *une position équidistante entre la Direction et les représentants des salariés, en disant clairement 'nous, on ne partage pas le point de vue de la Direction, on ne partage pas le point de vue des salariés, on partage le point de vue du travail réel* » (ERGO#2). Cette étape semble, une nouvelle fois, constitutive d'une logique stratégique de spécialisation disciplinaire. Parallèlement, il semble intéressant de relever cet « *aveu* » de ROSO#1, soulignant le fait de n'avoir « *pas trop de méthodes pour les observations, nous ne sommes pas ergonomes de formation. On va regarder, mais on ne va pas, comme font les ergonomes, « timer », relever ce que l'individu fait minute par minute, l'angle d'inclinaison* » (ROSO#1). Ainsi, il semble exister différentes formes d'observation, voire d'entretien et de traitement des questionnaires. Cette impossibilité pour nous d'analyser, dans le cadre de nos entretiens compréhensifs, les modalités d'opérationnalisation de ces techniques nous conduira à atténuer, au sein de la cinquième section, le strict positionnement de ces consultants dans la logique de problématisation co-constructive.

Au niveau de la **problématisation adaptative**, cette étape, contrairement à la problématisation co-constructive et dans la continuité de la pré-problématisation adaptative, tend à s'articuler autour des opinions et des représentations des RPS défendues par le commanditaire. En fonction du commanditaire, « *ça va centrer, ou plutôt polariser, sur des*

préoccupations différentes » (DAVEOS#1) car « *ce ne sera pas la même chose d'intervenir à la demande de la Direction ou à celle des représentants du personnel* » (DAVEOS#1). Cependant, peu de consultants ont ouvertement souligné le fait d'adapter leur problématisation au commanditaire, notamment au regard des prescriptions de pratiques portées par le référentiel i3r PACA, insistant sur le fait que le diagnostic ne peut se construire de « manière unilatérale ». Pour tenter de compenser cet « écueil » (notre proposition de recherche se basant sur le développement de pratiques potentiellement stratégiques visant à promouvoir la représentation des RPS portée par le client du consultant) nous avons alors comparé le contenu de rapports de mission de conseil et de rapports d'expertise CHSCT élaborés par le même cabinet : le cabinet PHASA. Ainsi, bien que ces interventions ne se déroulent généralement pas dans le même type de contexte d'intervention (tel que nous l'avons présenté au sein de la première sous-section), la simple lecture des intitulés des rapports tend à mettre en lumière l'existence d'une « **approche différenciée** » en fonction du **commanditaire**. En effet, les intitulés des deux rapports de missions de conseil « *Accompagnement à la prévention des RPS* » et « *Étude sur les causes de l'absentéisme au sein de X* », diffèrent fortement des intitulés des rapports d'expertise « *Analyse des pratiques managériales au regard des facteurs de RPS suite à l'alerte lancée par plusieurs salariés du site X sur des suspicions de 'harcèlement'* », « *Impact des objectifs commerciaux sur la santé et les conditions de travail des salariés* » ou « *Analyse des RPS des salariés de l'hôpital X* ». Les intitulés des rapports d'expertise apparaissent comme beaucoup moins « objectifs » (tel que nous le rappellerons pour la problématisation militante) que ceux des rapports de mission de conseil. Au niveau du contenu de ces rapports et de leur problématisation respective des situations concernées, on peut également observer deux « champs lexicaux » très différents :

- Pour les missions de conseil auprès de la Direction, le diagnostic est formulé en des termes « policés » : « *conduite de changement peu préparée* », « *ambiguïtés dans les responsabilités* », « *pertes de repères* », « *des conditions de travail ne permettant pas toujours de travailler en sécurité* », « *un accompagnement parfois insuffisant* » etc.
- Pour les missions d'expertise auprès des CHSCT, le diagnostic est formulé en des termes plus « offensifs » : « *facteurs de tension très prégnants provenant (...) de la culture d'état major de la Direction* », « *agents en situation de détresse professionnelle* », « *niveau de stress sévère* », « *niveau d'exposition des RPS fort à très fort* », « *charge de travail excessive* » etc.

Au niveau de la **problématisation militante**, cette forme de problématisation s'inscrit également dans la logique de stratégie militante exposée au cours de la première sous-section et dans la continuité de la pré-problématisation militante. Ainsi, nous constatons également que la dimension militante a uniquement émergé dans les discours de certains experts CHSCT, et non dans le discours de consultants potentiellement « pro-Direction ». Cette problématisation n'est pas considérée ici comme la base d'un processus de traduction et de convergence autour d'un projet commun, mais plutôt comme « *un outil de compréhension des situations, de stratégie pour aider les élus à savoir ce qu'ils ont en face* », l'expertise n'étant « *pas du tout un outil de changement* » mais « *un outil de stratégie syndicale* » (LYNX#2). Plus précisément, le changement « *n'est pas le but premier de l'intervention* » (LYNX#1), car il peut tout de même exister des situations de « *prise de conscience soudaine* » (INDEP#9) par la Direction suite à une expertise CHSCT. La problématisation dans sa dimension militante est une manière d'« *outiller les élus pour qu'ils aient de quoi travailler la question avec les directions une fois que (le consultant) sera parti* » (LYNX#2), c'est « *un temps de formation (...) une professionnalisation, une montée en compétence à faire sur ces sujets* » (PHASA#1) pour les élus du CHSCT. Les méthodes de collecte d'informations telles que les questionnaires, les entretiens ou les périodes d'observation semblent ici s'orienter vers une « *enquête à charge* » vis-à-vis de la Direction, afin de formuler « *des points de vigilance, des recommandations, des axes d'action éventuels* » (LYNX#1) aux membres du CHSCT. C'est ainsi que l'étude de quatre rapports d'expertise du cabinet LYNX a permis de mettre en évidence la part marginale de la partie « *Préconisations* », au profit d'un large état des lieux critique des pratiques de management. Ainsi, *grosso modo*, les résultats de l'expertise occupent 80% du rapport, contre 20% de préconisations, exprimées notamment en ces termes : « *recréer la confiance et rétablir le dialogue social* », « *mettre en œuvre une politique de prévention des RPS visible et lisible* », voire « *renforcer l'action du CHSCT et de la médecine du travail* ». Ce champ lexical témoigne d'un certain positionnement militant dans l'appréhension de la situation de travail et des relations sociales. Il convient de souligner ici que **toutes les problématisations opérées via les expertises CHSCT ne sont pas forcément militantes**, précision permettant d'atténuer la vision trop « anti-Direction » de ces démarches. De plus, comme nous l'avons souligné en traitant de la problématisation adaptative, certains rapports d'expertise peuvent adopter un champ lexical militant sans pour autant forcément partager idéologiquement ce point de vue, notamment du fait de l'adoption

d'un tout autre champ lexical dans les rapports de mission de conseil. Cette question de l'idéologie semble à ce stade la plus pertinente afin de différencier les pratiques militantes des pratiques adaptatives (tel que nous le verrons dans la cinquième section de ce chapitre).

Sous-section 2. Obstacles à la problématisation et stratégies de problématisation

Les pratiques des consultants en termes de problématisation s'articulent donc entre problématisation co-constructive, problématisation adaptative et problématisation militante. Cependant, les entretiens menés auprès de notre échantillon d'analyse ont permis de mettre en relief l'existence d'obstacles au cours de cette action visant à formuler les contours du problème RPS (ou du public-cible). En effet, pour reprendre les termes de la sociologie de la traduction, il existe des **controverses** dans la démarche d'intervention du consultant en gestion des RPS. Ces controverses, définies par la mise en concurrence par les actants d'une conception différenciée du projet et de ce que ce projet « devrait être », concourent à la non-linéarité du processus de traduction et à l'existence de « points d'achoppement ». Dans le cadre de la gestion des RPS, nous pouvons considérer ces controverses comme la mise en concurrence de représentations des RPS et de la manière de les gérer par les actants. Nous exposerons les controverses liées au rejet du diagnostic et les controverses liées aux tentatives de manipulation des données, mais également les stratégies fédératrices pouvant être mises en place par les consultants face à ces controverses.

Au niveau des **controverses liées au rejet du diagnostic**, elles tendent à s'inscrire dans la continuité des dénis et tentatives de blocages présentés au moment de la pré-problématisation : en effet, nous avons souligné le fait que la Direction peut, avant même le déclenchement d'une mission RPS, dénier l'existence de problèmes et/ou renvoyer ces problèmes à des questions d'ordre individuel. Nous avons également mis en relief le fait que la Direction peut délégitimer le consultant et mettre en place des solutions alternatives afin de « contrecarrer » le projet de gestion des RPS. Ainsi, au moment de la problématisation permettant d'établir un diagnostic, cette controverse peut également s'exprimer, tant à l'encontre du diagnostic en tant que tel, qu'à celui de l'acteur à l'origine du diagnostic, en l'occurrence le consultant (à nouveau). Ainsi, il peut exister « *des résistances de la Direction dans l'acceptation des éléments de diagnostic* » (ROSO#3), notamment quand ce dernier « *souline(e) que les membres de la Direction (sont) pour grande partie responsables de l'état*

de souffrance des salariés » (ROSO#3). En effet, « le problème que (le consultant) rencontre fréquemment c'est le déni des directions et des cadres » (INDEP#2). Ce type de déni n'est pas forcément le fait de missions imposées à la Direction : comme le souligne ERGO#3, la remise en cause du diagnostic peut être réalisée par la Direction « par rapport au fait que ça réinterroge l'organisation du travail (...) alors que la demande provenait de la direction. Le fait de dire qu'il y a des choses qui ne vont pas, c'est ça qui n'est pas accepté par cette Direction. » (ERGO#3). Ce type de controverse peut s'estomper progressivement, le temps que la Direction « digère (car) ça les remet en cause, ça les remet en cause gravement. Beaucoup font la découverte lors du diagnostic. C'est dur d'avoir à comprendre que quand les gens souffraient, c'était à cause des décisions d'organisation qu'il prenait. Et il n'avait jamais eu ce déclic là » (INDEP#9). Les controverses liées au rejet du diagnostic peuvent également porter sur le consultant : ainsi, cette « remise en cause du boulot du consultant » (INDEP#13) peut également aller « jusqu'à la remise en question de la crédibilité du cabinet » (ROSO#3) dans son mode d'intervention et dans la réalisation de son diagnostic.

Au niveau des **controverses liées aux tentatives de manipulation des données**, elles semblent moins porter sur la confrontation de représentations des RPS et de la manière de les gérer que sur la volonté d'influer la problématisation opérée par le consultant. Ainsi, la volonté du consultant d'avoir accès à certains documents nécessaires à son diagnostic, tels que les bilans sociaux, les indicateurs de turn-over, d'absentéisme, d'accident de travail, de maladie professionnelle, les documents de la médecine du travail *etc.* peut se confronter à un refus, voire une rétention d'informations de la part des détenteurs d'informations, ces dernières étant des « *données sensibles dans l'entreprise, que (certains) n'ont pas envie de donner* (INDEP#6). Ces tentatives de manipulation des données peuvent également être axées sur la volonté de requalifier les conclusions du diagnostic, de rajouter ou d'enlever dans le diagnostic des éléments pouvant faire « *plaisir au syndicat* » (INDEP#10), dans le cas d'une mission à l'initiative de la Direction. Au niveau des expertises CHSCT, il existe des « *cas où la Direction demande que le questionnaire soit mieux formulé, il y a parfois même une vraie pression pour le modifier* (TECHNO#1), cette « pression » tendant à limiter le pouvoir de déstabilisation des résultats, voire à l'annihiler.

Face à ces controverses, des **stratégies fédératrices** peuvent être mises en place par les consultants : ces stratégies ont pour objectif de convaincre et de fédérer l'ensemble des parties prenantes à la problématisation des RPS réalisée. Ainsi, cette implication doit

permettre de légitimer le diagnostic et d'assurer, à terme, son appropriation par les acteurs de l'organisation. Dans la logique de la réalisation d'un diagnostic partagé, ici le but est de **convaincre** les acteurs. La formation d'un comité de pilotage paritaire (qui sera abordé dans la section suivante) très tôt dans le processus d'intervention peut permettre de fédérer des acteurs aux intérêts potentiellement divergents. La « *co-validation du diagnostic* » (CAFA#2) tend à « redonner le pouvoir de diagnostic » aux membres de l'organisation : « *ils doivent se l'approprier pour pouvoir changer, pour pouvoir commencer le changement. Après ça déclenche plus facilement une participation* » (CAFA#1). Ce type de stratégie fédératrice s'inscrit ainsi « en réponse » aux controverses liées au rejet du diagnostic : le fait de fédérer l'ensemble des acteurs concernés par la gestion des RPS doit permettre d'éviter toute délégitimation du consultant, et plus largement tout rejet du diagnostic, la Direction et les élus ayant été associés à la réalisation de ce dernier. Un seconde type de stratégie fédératrice est le fait d'**assurer des conditions d'expression constructives** : ainsi, le fait de ne pas mélanger les niveaux hiérarchiques durant la tenue d'entretiens collectifs notamment, doit permettre aux acteurs concernés d'*avoir leur liberté d'expression* » en « *évit(ant) les effets de jeux d'acteur* » (INDEP#10). Cette démarche, pouvant potentiellement aller à l'encontre de la première stratégie fédératrice basée sur la co-validation du diagnostic, peut reposer sur la mise en place de « *groupes d'expression distincts* » (ROSO#1) afin que les acteurs puissent avoir une parole plus libre : « *dans ces groupes, on va éviter de mettre trop d'écart hiérarchique pour libérer la parole (...) ça favorise l'émulation, ça favorise aussi les échanges d'expérience entre différentes personnes* » (PRO#1).

Sous-section 3. Modalités de problématisation et critiques entre consultants

Après avoir exposé les différents modes de problématisation des consultants, les obstacles possibles durant cette étape et les stratégies pouvant être développées par ces acteurs, il nous semble intéressant d'aborder dans cette sous-section certaines critiques pouvant exister entre consultants autour des modalités de problématisation. En effet, nous avons pu assister au déroulement de journées du réseau i3r PACA et à la confrontation des pratiques des consultants en gestion des RPS. Comme nous l'avons présenté, il semble exister de réelles divergences dans la manière de formuler les contours du problème RPS et de faire passer les acteurs de représentations isolées des RPS à une acceptation de coopération. Nous retiendrons ici les deux critiques majeures formulées par certains consultants autour des

techniques de problématisation d'autres consultants : les critiques vis-à-vis de l'expertise CHSCT et les critiques sur les modalités d'appréhension de la situation de travail.

Au niveau des **critiques vis-à-vis de l'expertise CHSCT**, plusieurs consultants ont souligné la durée légale limite de cette expertise et le fait d'être imposé par le CHSCT comme conditions ne pouvant aboutir à une problématisation « sérieuse ». En effet, même si les experts CHSCT « *disent ce qui ne va pas* » (CAFA#1) ils peuvent être considérés par certains consultants comme ne pouvant être vecteur de changement : « *quand vous avez 30 à 45 jours pour agir, vous ne pouvez pas changer la situation !* » (CAFA#2). Le contenu de ces deux entretiens fait écho à un « accrochage » ayant eu lieu lors d'une journée du réseau i3r PACA : en effet, les consultants du cabinet CAFA ont réagi vivement à la présentation orale d'un expert CHSCT exposant sa démarche et valorisant sa volonté de mettre en route un processus de changement dans l'organisation expertisée. Le fait que l'expertise CHSCT dans le cadre d'une réorganisation soit limitée à 45 jours au maximum a ainsi suscité certaines questions dans l'assistance en lien avec les « réelles capacités d'amorce du changement ». Au-delà de cette durée légale, le fait même que l'expertise CHSCT repose sur l'imposition d'un expert à une Direction soulève des critiques : « *je ne comprends pas comment, à partir du moment où on impose à une direction un consultant etc., comment est-ce que cela peut porter ses fruits derrière ?* » (VAPA). Comme nous l'avons souligné via la présentation d'un contexte d'intervention de rapport de force, pouvant susciter le développement de blocages de la part d'une Direction se voyant imposer un expert, certains consultants ont, toujours durant les journées du réseau i3r PACA, critiqué la possibilité de construire un « diagnostic solide » à partir de conditions si « précaires ». « *Moi je serais dirigeant, mon frein à main serait remonté au maximum !* » (VAPA).

Au niveau des **critiques sur les modalités d'appréhension de la situation de travail**, le caractère « trop restrictif » de l'approche ergonomique a été souligné, certains consultants ne pouvant entendre qu'une telle approche puisse être à la base d'un diagnostic et d'une problématisation pertinente. Les ergonomes peuvent ainsi être considérés comme « *des gens qui ont beaucoup d'œillères, une vision très sécurité, très analyse du travail mais très très contrainte* » (INDEP#10), voire un « *mono – regard* » (ROSO#1). Il était intéressant de constater durant l'une des journées du réseau i3r PACA, suite à la présentation d'une étude de cas par un ergonomiste, la « fracture disciplinaire » entre les consultants ergonomes « ne trouvant rien à redire » à la présentation, et les autres consultants, dubitatifs pour certains,

voire très surpris pour d'autres : *« moi ce qui m'a surpris dans l'approche ergonomique de cette personne, c'est de considérer que la vision du consultant, c'est la réalité. La vision de l'ergonome, c'est la réalité. Alors qu'il n'observe qu'une personne, avec toute sa subjectivité, à un moment vraiment précis... J'ai été très surpris ! Après chacun ses pratiques, mais en tout cas, ce n'est pas la mienne ! »* (VAPA). Mais ces critiques portant sur les modalités d'appréhension de la situation de travail peuvent également être formulées « dans l'autre sens ». Ainsi, comme nous l'avons souligné en présentant la stratégie de spécialisation disciplinaire des ergonomes, certains de ces acteurs « moquent » les « non-ergonomes profanes » ne sachant pas correctement utiliser leurs techniques d'analyse : *« les ¾ des gens qui vous parlent d'observation ne savent pas ce que c'est ! »*³¹ (ERGO#3). La principale critique porte sur la mobilisation d'un jargon qui n'est « pas le leur » : *« dans le réseau, quand moi je parle d'activité de travail, je suis sûr que ça n'a pas le même sens que la majorité des autres personnes, hormis ceux qui sont ergonomes »* (ERGO#2). Cette délégitimation des non-ergonomes, au-delà des concepts d'observation et de travail réel, porte sur l'analyse de la demande, dont la maîtrise ne peut faire l'économie d'une formation spécialisée : *« aujourd'hui tout le monde parle de reformulation de la demande. Les ergonomes en parlent depuis toujours, parce que c'est la première étape. La formation au CNAM³² des futurs ergonomes sur la partie reformulation de la demande, eh beh ils souffrent ! »* (ERGO#3).

L'objectif de cette seconde section était tout d'abord d'exposer les différents modes de problématisation des consultants : nous avons ainsi présenté la problématisation co-constructive, la problématisation adaptative et la problématisation militante. Nous avons ensuite abordé les obstacles pouvant émerger de cette problématisation : les controverses liées au rejet du diagnostic et celles liées aux tentatives de manipulation des données. Ces controverses nous ont permis de mettre en lumière des stratégies fédératrices de consultants, visant à convaincre les acteurs et/ou à leur assurer des conditions d'expression constructives. Enfin, la dernière sous-section nous a permis d'aborder certaines critiques formulées entre consultants sur leurs modalités de problématisation : les critiques vis-à-vis de l'expertise CHSCT et les critiques sur les modalités d'appréhension de la situation de travail. La

³¹ Verbatim préalablement cité

³² Conservatoire National des Arts et Métiers

prochaine section doit nous permettre de présenter l'étape de « mise en marche » du projet, regroupant les étapes d'intéressement, d'enrôlement et de mobilisation des alliés.

Section 3. La « mise en marche » de la gestion des RPS

L'objectif de cette troisième section est de présenter les modalités de « mise en marche » de la gestion des RPS (nous regrouperons sous ce terme les étapes d'intéressement, d'enrôlement et de mobilisation des alliés, choix que nous expliciterons dans la première sous-section). Ainsi, dans un premier temps, nous constaterons l'existence d'un consensus, que nous atténuerons, entre la quasi-totalité des consultants interrogés autour de la constitution d'un comité de pilotage. Puis, dans un second temps, nous nous pencherons sur les stratégies de « mise en marche » de la gestion des RPS pouvant être mobilisées par les consultants. Enfin, nous nous intéresserons au cas de l'expertise CHSCT et ses limites dans cette « mise en marche ».

Sous-section 1. Le « comité de pilotage » : une « mise en marche » incontournable de la gestion des RPS

Comme nous l'avons exposé au sein de notre cadre d'analyse, le processus de traduction, dans la continuité de l'étape de problématisation visant à formuler les contours du problème RPS, passe par les étapes d'intéressement, d'enrôlement et de mobilisation des alliés. L'étape d'intéressement repose sur la mise en avant par le consultant des gains que le client et le public-cible auraient à participer au projet de gestion des RPS, chacun devant construire sa propre représentation des RPS, envisager son rôle et celui des autres actants du triptyque. L'étape d'enrôlement doit permettre d'articuler les rôles entre actants tout en les mobilisant dans l'action, chacun devant préciser la finalité de sa traduction des RPS et son intérêt à participer au réseau. Enfin, l'étape de mobilisation des alliés rend effective la coopération entre le consultant, le client et le public-cible dans le cadre d'un micro-réseau devant « porter » la gestion des RPS et participer à la convergence collective autour de cette gestion.

Nous avons décidé de regrouper ces trois étapes sous une même expression du fait de leur forte proximité et de la complexité de leur distinction à partir des discours des consultants. En effet, comme nous le verrons, les consultants interrogés traitent de la mise en place d'un « comité de pilotage » à la fois comme moyen d'intéressement, comme organe « enrôleur » et comme traduction effective d'une mobilisation des alliés. Le choix de

l'expression « mise en marche » a pour objectif de souligner le mouvement amorcé par le consultant *via* ces étapes du processus de traduction.

La « mise en marche » de la gestion des RPS fait écho aux étapes de « *co-construction d'une démarche et sa mise en œuvre* » et de « *co-construction de solutions et mise en œuvre du plan d'actions* » du référentiel i3r PACA : ces étapes reposent sur la constitution d'un comité de pilotage et la réalisation d'un diagnostic partagé qui sera à la base d'une démarche commune de gestion et de résolution des RPS. La « mise en marche » peut également être reliée aux étapes de « *plan d'action* » et de « *mise en œuvre des solutions retenues* » présentées dans notre revue de littérature, défendant l'idée d'une élaboration et d'une mise en œuvre collectives des solutions jugées comme étant les plus appropriées. Nous verrons ainsi les différentes fonctions du comité de pilotage dans la « mise en marche » de la gestion des RPS : le comité de pilotage comme moyen d'intéressement, comme organe enrôleur et comme mobilisation effective des alliés.

Au niveau du **comité de pilotage comme moyen d'intéressement**, le consultant peut mettre en avant très tôt dans sa démarche les avantages dont le client et le public-cible peuvent bénéficier en s'engageant dans cette voie. Cet « *élément incontournable* » (INDEP#7) peut ainsi être requis, voire imposé, auprès du commanditaire « *dans (le) cahier des charges* » (VAPA) du consultant ou « *au démarrage de chaque intervention* » (INDEP#10), comme condition de réalisation de la mission. De plus, le fait de « *mettre en place un comité de pilotage le plus hétérogène possible, représentatif, avec l'ensemble des acteurs et pas uniquement la direction générale* » (INDEP#12) doit contribuer à ce que chacun des actants construise sa propre représentation des RPS et envisage progressivement son rôle et celui des autres. Dans la continuité notamment d'une problématisation co-constructive, le comité de pilotage doit permettre de poursuivre cette logique « *de diagnostic partagé, faire parler les personnes, les impliquer, et surtout déboucher sur des plans d'action* » (INDEP#13).

Au niveau du **comité de pilotage comme organe enrôleur**, cette articulation des rôles prend la forme d'« *un laboratoire, une « mini-organisation* » (VAPA). Ainsi, « *le rôle des acteurs est bien distribué, le médecin s'occupe de ça, tu as l'ingénieur sécurité qui a des connaissances sur la réglementation, le directeur qui a les enjeux et les compétences stratégiques, et les élus qui sont proches du terrain et qui sont dans le vécu* » (INDEP#6). Le comité de pilotage remplit ici la fonction de structuration des rôles et d'amorce du processus

de gestion des RPS, dans une optique co-constructive et remplissant les conditions de représentativité des membres de l'organisation. L'objectif est ainsi « *d'avoir un patchwork de toutes les particularités des unités de travail* » (ROSO#1), aboutissant généralement à « *un groupe de travail entre 12 et 14 personnes maximum* » (INDEP#7).

Au niveau du **comité de pilotage comme mobilisation effective des alliés**, les actants se coordonnent entre eux, constituant un « micro-réseau », une « *mini – entreprise* » (VAPA) devant ainsi contribuer à l'émergence d'une vision commune des RPS, vision devant être ensuite diffusée dans l'ensemble de l'organisation. Ce comité doit « *rapprocher les positions et représentations des acteurs* » (INDEP#6), en profitant de sa configuration de « *petit groupe qui a plusieurs regards sur la question du travail, la question de la stratégie, les choix budgétaires, la politique d'ensemble etc.* » (INDEP#9), pour « *faire ensemble, donner du sens ensemble* » (INDEP#3) et aboutir à un diagnostic approfondi partagé. Ce travail de coopération des actant doit ainsi permettre « *de les faire tomber d'accord sur un même projet de prévention sur le long terme* » (INDEP#6), chacun s'investissant à son niveau et de manière collaborative dans le projet de gestion des RPS et s'appropriant les résultats de ce travail. Le consultant a pour rôle le suivi de ce comité de pilotage, dans une logique interactive, parfois même dès l'étape de problématisation : « *on présente au comité de pilotage un premier traitement, on leur propose de réagir et d'apporter un traitement complémentaire. Et après, si on a proposé quelque chose pour aller au delà de cet état des lieux, le comité de pilotage va suivre tout au long de l'action* » (ERGO#1).

Il convient cependant d'**atténuer la « portée » de ce consensus** entre consultants autour de la mise en place d'un comité de pilotage : en effet, d'une part, le fait que cette mise en place soit une des conditions imposées par le référentiel i3r PACA a, de fait, un impact prescriptif sur les discours des consultants. De plus, à l'instar de la logique de problématisation co-constructive, l'impossibilité pour nous d'analyser à partir de nos entretiens compréhensifs les modalités effectives de mise en place du comité de pilotage nous amènera à atténuer, au sein de la cinquième section, l'idée d'un strict recours au comité à des fins « co-constructives ».

Sous-section 2. Les stratégies de « mise en marche » de la gestion des RPS

Nous avons repéré, durant notre enquête, trois types de stratégie pouvant être développés par le consultant durant la mise en marche d'un comité de pilotage : les stratégies de suivi-contrôle, de transmission, et d'alliance.

Au niveau des **stratégies de suivi-contrôle**, le consultant est « *à la fois animateur et observateur* » (INDEP#6), observation opérée notamment à des fins de contrôle du fonctionnement du comité de pilotage. L'enjeu de cette posture pour le consultant est de s'assurer du bon déroulement des contenus des réunions de ce comité tout en remplissant le rôle de « gendarme », notamment en termes de sauvegarde des rôles de chacun : « *il faut toujours requalifier la posture dans laquelle ils viennent (...) je discute avec eux et je rappelle les rôles de chacun* » (CAFA#2). Le consultant anime alors le comité de pilotage à partir de ses compétences « techniques », en ayant « *un œil sur la méthodologie, sur les outils qu'on met en place* » (VAPA), mais également en opérant une prise de recul sur le fonctionnement même de ce comité, « *garantie (...) d'avoir une visibilité sur le déroulement* » (INDEP#6) du processus. Ainsi, « *le diagnostic sera beaucoup plus riche, il va être nourri de tout ce qui aura été observé, de tout ce qui aura été vécu ensemble* » (VAPA). Cette double posture doit permettre de stabiliser l'enrôlement des actants.

Au niveau des **stratégies de transmission**, le consultant tend à remplir son rôle d'« acteur-réseau » en « suivant » le comité de pilotage jusqu'à ce qu'il devienne autonome dans sa manière d'appréhender et de gérer les RPS. Ainsi, « *le consultant éduque le groupe, pour que progressivement, ces fonctions là soient remplies par le groupe* » (VAPA) jusqu'à « *même ne plus assister à certaines réunions, (et) revenir pour voir ce que les gens ont produit* » (VAPA). Le consultant souhaite ainsi que les membres du comité de pilotage s'approprient la démarche, « gagnent en maturité », jusqu'à ce que la présence du consultant ne soit plus nécessaire. Cette dimension de transmission peut également apparaître dès la constitution du comité de pilotage : la réalisation d'une « *session pédagogique* » (CAFA#1) ou d'« *une demi-journée de sensibilisation sur le concept des RPS, stress, violences etc.* » (ROSO#1) doit permettre d'assurer de solides conditions de mobilisation des alliés et de co-construction entre les membres du comité de pilotage parlant ainsi « le même langage ».

Au niveau des **stratégies d’alliances**, certains consultants interrogés ont mis en évidence la possibilité de nouer des relations privilégiées avec certains actants, client ou public-cible, notamment dans une perspective d’ancrage dans le terrain d’intervention. Ainsi, ce type d’alliance reste généralement *« implicite, informel »* (ERGO#1), mais peut notamment permettre au consultant de tester des hypothèses, d’analyser si sa vision de la situation est en phase avec celle de ces acteurs de terrain. L’alliance doit également permettre au consultant de bénéficier d’informations sensibles *« au fur et à mesure que la confiance se crée »* (INDEP#7), les acteurs étant plus enclins à *« lâche(r) des trucs qu’ils ne disent pas dans les premiers entretiens »* (INDEP#7). D’une manière complémentaire aux stratégies de transmission, cette alliance tend à trouver des « partenaires » qui pourront pérenniser la démarche de gestion des RPS dans le temps, suite au départ du consultant. Ce type de pratique stratégique doit évidemment poser la question de la neutralité du consultant, que nous aborderons dans la cinquième section, même si VAPA considère que *« les alliances, ça ne veut pas dire qu’il n’y a plus de neutralité »* (VAPA).

Sous-section 3. Le cas de l’expertise CHSCT : des limites dans la « mise en marche » de la gestion des RPS

L’existence d’un consensus entre la quasi-totalité des consultants interrogés autour de la constitution d’un comité de pilotage semble se limiter au cas des missions de conseil à l’initiative de la Direction. En effet, même si INDEP#6, intervenant à la fois dans le cadre de missions de conseil et d’expertises CHSCT, considère que *« la mise en place d’un « co’pil’ » pour rapprocher les positions et représentations des acteurs, c’est (s)a porte d’entrée, pour l’expertise comme pour le conseil »* (INDEP#6), l’absence de ce type de « mise en marche » semble prégnant dans les missions réalisées à l’initiative du CHSCT. Cela fait notamment écho aux critiques de certains consultants vis-à-vis de ce type de mission, critiques reposant sur l’impossibilité de réaliser une problématisation « sérieuse » et d’amorcer un changement, les consultants doutant de la dimension constructive d’une expertise imposée à la Direction.

La posture de l’expert CHSCT vis-à-vis de sa propre mission et de ses objectifs semble ici décisive : dans le cas d’une stratégie militante pro-CHSCT, la mise en mouvement des actants autour d’un projet de gestion des RPS ne semble pas être la priorité. Comme nous l’avons souligné, notamment à partir des entretiens des consultants du cabinet LYNX, la

problématisation des RPS n'apparaît pas, dans ce cas, comme le préalable d'un processus de traduction et de convergence autour d'un projet commun. L'expertise CHSCT est ainsi mobilisée à des fins de compréhension de la situation de rapport de force et d'« outillage stratégique » des élus du CHSCT. La « mise en marche » n'est pas le but premier de l'intervention.

Cependant, certains experts CHSCT envisagent cette expertise comme pouvant participer à la « mise en marche » de la gestion des RPS : *« même quand il s'agit d'une expertise CHSCT, on intègre la direction, ça fait parti de notre conception, même si au départ c'est un peu conflictuel. C'est ce qu'on présente au CHSCT » (ERGO#1)*. Cette posture se différencie de la posture militante du cabinet LYNX, soulignant le fait que l'absence de « mise en marche » des expertises CHSCT semble plus être le fait de la posture des consultants que de l'expertise elle-même. Ainsi, PHASA#1 considère que les travaux réalisés dans le cadre d'une expertise CHSCT doivent être *« appropriables par le CHSCT, tout en étant acceptés par la direction » (PHASA#1)*. Ici, la principale limite à la « mise en marche » de la gestion des RPS est le fait *« d'arriver à bouger les lignes sachant que tout est minuté » (PHASA#2)*. C'est autour de cette idée de temps et de moyens d'action limités que la plupart des consultants intervenant auprès des deux types de commanditaires mettent en évidence le « confort » d'une intervention à l'initiative de la Direction et, « en creux », les difficultés inhérentes aux missions d'expertise : *« c'est justement l'absence de ces moyens d'agir qui constitue une des grandes limites de l'expertise CHSCT. En y réfléchissant, je ne pourrais pas faire que de l'expertise CHSCT, j'aurais l'impression de ne servir à rien ! » (ERGO#2)*.

Ainsi, l'expertise CHSCT rencontre deux types de limite dans la « mise en marche » de la gestion des RPS : la **conception militante de l'expertise CHSCT**, défendant l'idée d'une expertise n'ayant pas pour priorité l'amorce d'un changement et la constitution d'un réseau visant à faire converger les acteurs de l'organisation. Ici, l'objectif de l'expertise, et de l'expert, est de permettre aux élus CHSCT d'affronter la Direction, de rééquilibrer le rapport de force, de les « outiller » afin de pouvoir, à terme uniquement, tendre vers un changement. La seconde limite dans la « mise en marche » de la gestion des RPS est liée aux **contraintes pratiques de l'expertise CHSCT**, notamment légales avec des expertises « réorganisation » limitées à 45 jours maximum, et à l'absence de moyens d'agir, les experts CHSCT étant, de fait, limités à l'évaluation d'une situation de travail dans un contexte d'expertise imposée à la Direction, seule à même d'engager le changement. **Le chapitre 6 nous permettra d'exposer**

le cas de la *Polyclinique du Sud*, permettant notamment d'illustrer une situation de « mise en marche empêchée » d'une expertise CHSCT suite à une décision de la Direction.

L'objectif de cette troisième section était de mettre en lumière les modalités de « mise en marche » de la gestion des RPS, c'est-à-dire les étapes d'intéressement, d'enrôlement et de mobilisation des alliés opérées par le consultant. Nous avons ainsi mis en évidence l'existence d'un consensus, qu'il conviendra d'atténuer au sein de la cinquième section, entre la quasi-totalité des consultants interrogés autour de la constitution d'un comité de pilotage. Ce comité est ainsi à la fois un moyen d'intéressement, un organe enrôleur et il assure la mobilisation effective des actants de l'organisation. Nous avons ensuite souligné les stratégies de « mise en marche » de la gestion des RPS mobilisées par les consultants : le suivi-contrôle, la transmission et les alliances. Enfin, nous avons analysé le cas de l'expertise CHSCT et de ses limites dans cette « mise en marche », limites reposant sur la conception militante de cette expertise et/ou ses contraintes pratiques. La prochaine section doit nous permettre de présenter l'étape de « rallongement » du projet, visant à diffuser la traduction des RPS et de leur gestion à l'ensemble de l'organisation.

Section 4. Le rallongement de la gestion des RPS

L'objectif de cette quatrième section est d'exposer les modalités de « rallongement » de la gestion des RPS. Plus que des étapes formelles, les discours des consultants font état d'une volonté de « passer le témoin ». Nous présenterons donc la manière dont les consultants souhaitent « rallonger » la gestion des RPS. Puis, nous nous intéresserons aux nombreux obstacles pouvant émerger durant cette étape.

Sous-section 1. Une volonté de « passer le témoin »

L'étape de « *rallongement* » fait référence, dans notre cadre d'analyse, à la diffusion de la traduction des RPS et de leur gestion depuis le micro-réseau, incarné ici par le comité de pilotage, jusqu'à l'ensemble des membres de l'organisation, *via* les représentants de chaque unité de l'organisation à leurs unités respectives. Nous avons souligné le fait que la situation de « réseau irréversibilisé » représente la forme aboutie du réseau, les actants partageant, de manière stabilisée et consensuelle, une même représentation des RPS et des solutions à mettre en place, justifiant ainsi le départ du consultant. Cette configuration finale peut ainsi permettre, comme nous l'avons souligné dans notre revue de littérature, l'« *évaluation finale des résultats obtenus* », visant à évaluer l'intervention réalisée et ses conséquences.

Les entretiens menés auprès de notre échantillon de consultants ont permis de mettre en évidence une étape de rallongement appréhendée comme une **volonté de passer le témoin** aux membres de l'organisation. Ainsi, dans la continuité des stratégies de transmission et de suivi-contrôle, les pratiques des consultants visant à rallonger la gestion des RPS prennent la forme de **postures d'accompagnement et d'autonomisation**.

L'objectif « *est que l'organisation se détermine elle-même, (...) les acteurs de l'organisation trouvent eux-mêmes leurs solutions* » (CAFA#2). Le consultant tend à passer d'une position d'expert à une position d'accompagnateur du processus, notamment à partir de la mise en place de groupes de travail devant assurer le rallongement de la gestion des RPS : « *on anime un groupe de travail, on les fait produire, on n'est pas en expert* » (ROSO#1). Le but pour le consultant est de ne pas partir « trop tôt », de ne pas « *les lâche(r) pas tout de suite, (...) un peu comme un enfant à qui on veut apprendre à marcher* » (VAPA). Cet accompagnement

peut s'opérer d'une manière plus ou moins formelle, le consultant pouvant être plus ou moins présent : ainsi, l'accompagnement peut être réalisé par la tenue de réunions « à 3 mois, à 6 mois et à 1 an » (CAFA#1) afin de constater l'état d'avancement du rallongement et « garder le contact avec les entreprises, pour voir ce qui a été mis en place » (ERGO#1), jusqu'à la mise en place d'un accompagnement beaucoup plus formel « parce qu'ils n'ont pas les acteurs, parce qu'ils n'ont pas le temps, parce qu'il faut les former, parce qu'ils ont besoin d'être rassurés par notre présence » (INDEP#6). Cet accompagnement formel peut passer « par de la formation vers l'encadrement, vers les élus qui le souhaitent : c'est une formation à la fois pour détecter les situations particulières qui peuvent apparaître, avoir des indicateurs, et les former sur la dimension organisationnelle du risque » (INDEP#14), ou comme nous l'avons dit, par « des groupes de travail plus spécifiques » (HARP#1). Ces groupes peuvent porter sur des thèmes problématiques soulevés dans le diagnostic réalisé par le comité de pilotage, comme « l'ambiance physique, le rapport avec la hiérarchie, la surcharge de travail, les moyens techniques disponibles, les marges de manœuvre, la qualité du service, le sentiment de reconnaissance etc. » (HARP#2). Ainsi, la gestion des RPS peut progressivement être étendue à d'autres membres de l'organisation que le strict comité de pilotage : « ce n'est pas forcément l'ensemble du comité de pilotage qui travaille sur le plan d'action, (il) peut aussi déléguer à d'autres groupes » (VAPA). L'objectif affiché est de « cimenter la démarche, donner véritablement un sens à l'action collective, voire même autonomiser l'entreprise dans sa façon de faire » (PRO#2). La conception du « succès » de l'étape de rallongement repose sur une organisation qui s'est « appropriée » la démarche : « c'est une transmission d'outil, de méthode, de passage de relais. A ce moment là, la mission est réussie. Ils vont se l'approprier, ils vont l'utiliser, ils vont repartir avec des petits outils. (ROSO#2). Cette appropriation tend à rendre les actants autonomes, « qu'ils continuent à se poser les bonnes questions sur des problématiques de fond » (HARP#1), « avec une démarche de veille active, un dispositif d'alerte, le document unique renseigné, un plan d'action qui vit etc. » (VAPA). Il conviendra dans la cinquième section d'**atténuer cette vision trop « lisse » de cette étape de rallongement** : outre le fait qu'il existe certains obstacles, que nous exposerons dans la sous-section suivante, les modalités opérationnelles du rallongement ne peuvent être totalement éclairées à partir des simples discours des consultants. Nous nous interrogerons ainsi sur le caractère effectif de ces pratiques de rallongement.

Sous-section 2. Les obstacles au rallongement de la gestion des RPS

Cette étape, bien qu'abordée par une majorité de consultants, n'apparaît pas comme « allant de soi » dans le discours de ces derniers. De **nombreux obstacles peuvent apparaître** à ce stade du processus de traduction. Ainsi, un premier obstacle est lié aux **difficultés d'appropriation** de la démarche par les actants : en effet, « *parfois les membres de l'organisation 'n'ont pas les épaules'* » (HARP#2) ou les compétences suffisantes pour assurer le rallongement du réseau et la diffusion de la traduction dans le reste de l'organisation. Certains membres « *ne savent pas comment faire, ils sont dans une impasse* » (ERGO#3). Ces difficultés d'appropriation peuvent notamment être corrélées à la dimension technique du diagnostic du consultant : « *sur certains éléments assez techniques, je reste persuadée qu'il y a aura certaines choses qui ne pourront pas être transférés réellement, qu'ils ne pourront pas faire tous seuls. Ils n'ont pas de compétence sur l'analyse du travail comme on peut nous le faire* » (ERGO#3). Ce type d'obstacle tend ainsi à « justifier » la posture d'accompagnement présentée précédemment. Un second obstacle repose sur **l'absence de marges de manœuvre économiques** permettant la mise en place d'action et de résolution des RPS : « *les solutions qui seront mises en place, c'est d'abord une question de moyens (...) Il y a forcément le poids de la réalité économique* » (PHASA#2). Les moyens alloués apparaissent ici comme le « nerf de la guerre », l'élément fondamental qui permettra, ou non, de mener un projet de gestion des RPS à son terme. L'absence de marges de manœuvre peut également découler de la **non-atteinte des sphères de décision** : en effet, comme nous l'avons présenté au cours de notre première section, de nombreux consultants font le choix d'intervenir strictement à la demande de la Direction afin de disposer de conditions d'intervention leur permettant de faire évoluer la situation. Cependant, il semble de plus en plus complexe de « *toucher le bon échelon* » (INDEP#8). Les organisations structurées en termes d'antennes ou de pôles posent un vrai problème de mise en œuvre des actions : « *quelques soient les mesures que l'on pourra préconiser, le pouvoir de décision n'étant pas local, l'efficacité n'est pas forcément à la clé. Ça c'est une nouvelle difficulté qu'il faut prendre en considération parce que les grosses entreprises se structurent comme ça de plus en plus* » (INDEP#6). Le fait d'intervenir uniquement sur un site ou une région induit un « *poids de la hiérarchie d'en haut, moins de marge de manœuvre* » (HARP#1) pour le rallongement du réseau, ce dernier étant trop « localisé ». Un obstacle plus « classique » est celui du **refus de la Direction** de poursuivre le processus de gestion des RPS : en effet, de par son pouvoir de décision, « *la Direction a toute latitude pour mettre en place les*

préconisations » (INDEP#6). Le fait que ce rallongement constitue « *du temps d'intervention, du temps que l'on va passer (PRO#1)* dans l'organisation et qui sera facturé contribue à l'apparition de ce type de refus. Certains consultants mentionnent le fait d'avoir « *très rarement la possibilité de suivre, voir ce qui a été fait* » (ERGO#3), notamment suite à des missions imposées telles que les expertises CHSCT. Le refus de la Direction peut être intégré dans un type d'obstacle plus large : le **court-termisme des entreprises**. Ce court-termisme va à l'encontre même du principe de prévention et de rallongement dans le temps du projet de gestion des RPS. Ainsi, « *le long terme avant c'était cinq - dix ans dans une entreprise, aujourd'hui le long terme c'est un an, deux ans parce que ça n'arrête pas !* » (INDEP#6). Le risque est que le processus « perde progressivement son souffle » jusqu'à disparaître, sans pouvoir s'être inscrit dans le temps : « *La vraie prévention, elle devrait s'inscrire sur le long terme, et on a beaucoup de mal à s'inscrire sur le long terme quand les directions elles-mêmes ne savent pas ce qui va se passer pour elles, compte tenu des actionnaires, dans les 6 mois* » (INDEP#5). L'étape de rallongement peut donc ainsi être entravée par des obstacles en termes de difficultés d'appropriation, d'absence de marges de manœuvre économiques, de non-atteinte des sphères de décision, de refus de la Direction ou de court-termisme des entreprises.

Enfin, concernant les expertises CHSCT, dans la continuité de leurs contraintes pratiques dans la « mise en marche » de la gestion des RPS, les **délais limités d'intervention** et l'**absence de moyens d'agir** constituent également des obstacles au rallongement du réseau, notamment du fait que la Direction ne soit pas « demandeuse » de l'intervention : « *c'est difficile de pouvoir appliquer des préconisations dans la durée, parce que ce n'est pas en un mois réellement que tu arranges la situation qui s'est dégradée dans l'entreprise* » (INDEP#6) surtout que la « *légalisation prévoit que le responsable n'est pas obligé de mettre en place les préconisations* » (INDEP#6). Comme nous l'avons préalablement indiqué, l'étude de cas au sein de la *polyclinique du Sud* (chapitre 6) nous permettra de mettre en lumière un cas où la Direction n'a pas souhaité collaborer avec le cabinet d'expertise dans la mise en place des préconisations, en « reprenant la main » sur le processus de traduction.

L'objectif de cette quatrième section était donc d'exposer les modalités de « rallongement » de la gestion des RPS. Nous avons mis en évidence le fait que cette étape est appréhendée comme une volonté de passage de témoin aux actants de l'organisation, devant

progressivement s'approprier la démarche. Ce passage de témoin s'opère alors à partir de postures d'accompagnement et d'autonomisation des membres de l'organisation. Nous avons également mis en évidence les obstacles pouvant émerger durant cette étape : difficultés d'appropriation, absence de marges de manœuvre économiques, non-atteinte des sphères de décision, refus de la Direction, et court-termisme des entreprises. Nous avons également souligné les limites et contraintes pratiques rencontrées par les experts CHSCT non-militants, ne pouvant rallonger le réseau du fait d'un contexte de rapport de force et/ou d'une contrainte de temps. À partir du constat de l'hétérogénéité des pratiques des consultants en gestion des RPS, des stratégies et des obstacles existants, la prochaine section nous permettra de distinguer des « pratiques-type », ainsi que l'existence d'une logique globale de marché contribuant à faire du consultant un acteur hybride.

Section 5. Les consultants en gestion des RPS : « pratiques-type », stratégies de marché et profils hybrides

L'objectif de cette section est d'opérer, à partir du constat de l'hétérogénéité des pratiques des consultants en gestion des RPS, une « montée abstractive » visant à établir des liens puis des « profils » de pratiques à partir de ressemblances et de divergences, tant dans leur contenu que dans leur structure. Ainsi, comme nous l'avons souligné au début de ce chapitre, la volonté d'analyser les pratiques de consultants en gestion des RPS à partir de discours d'acteurs issus d'un échantillon spécifique et non représentatif, car sélectionné sur la base de stricts critères d'intervention, soulevait un risque majeur : celui du discours « préconçu » et convergent autour ce que serait un « bon consultant en gestion des RPS ». La mobilisation de la technique de l'entretien compréhensif avait pour objectif d'aller au-delà de ces « discours de façade », en plus d'une triangulation des données à partir de l'analyse de rapports de mission de conseil et d'expertise, de journées d'observation du réseau i3r PACA et d'une recherche documentaire.

Nous avons donc pu mettre en évidence trois « pratiques-type » : les « **pratiques co-constructives** », les « **pratiques adaptatives** » et les « **pratiques militantes** ». Nous verrons dans une première sous-section comment ces pratiques peuvent se traduire à chacune des étapes d'intervention, en nous basant sur les descriptions des sections précédentes. Dans une seconde sous-section, nous mettrons en évidence le fait que ces pratiques, et plus largement les consultants eux-mêmes, doivent être appréhendés au prisme de leurs « stratégies de marché », nous permettant ainsi dans une troisième sous-section de souligner le caractère hybride de ces acteurs.

Sous-section 1. Les « pratiques-type » des consultants en gestion des RPS

Notre démarche exploratoire auprès d'une population de 37 consultants en gestion des RPS a permis de mettre en lumière une hétérogénéité de pratiques, pouvant se traduire à différents niveaux : choix du commanditaire, profil disciplinaire, contexte d'intervention, posture pré-intervention, modalités de problématisation, de « mise en marche » (regroupant l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation des alliés) et de rallongement. Nous allons

ainsi présenter les « pratiques co-constructives », les « pratiques adaptatives » et les « pratiques militantes » au regard de notre cadre d'analyse combinant le triptyque « Consultant – Client – Public-Cible » et les concepts de la sociologie de la traduction : problématisation, intéressement, enrôlement, mobilisation des alliés et rallongement. Cette relecture au regard de notre cadre d'analyse doit permettre de souligner les manières dont les consultants font, ou ne font pas, réseau au cours de leur démarche d'intervention.

Les pratiques « co-constructives » des consultants en gestion des RPS

Cette première « pratique-type » **correspond au modèle d'intervention défendu par les acteurs institutionnels**, notamment le comité de pilotage du réseau i3r PACA. Ainsi, le consultant « fait réseau », c'est-à-dire met en relation son client et le public-cible afin d'**amorcer une collaboration** devant, en fin de processus, les faire partager une même vision des RPS et des voies à suivre pour les gérer, voire les prévenir.

Le consultant s'inscrit ici comme **fédérateur** et **animateur** du processus, amenant progressivement les différentes parties prenantes à s'impliquer dans la démarche. Ainsi, le consultant doit tout d'abord opérer une « **pré-problématisation objective** » basée sur des éléments objectifs, afin de réaliser le diagnostic le plus complet et le plus précis possible, limitant les éventuelles contestations d'acteurs de l'entreprise. Comme nous l'avons souligné, cette pré-problématisation tend dans un premier temps à ne pas considérer la demande du commanditaire comme « gravée dans le marbre » mais comme un élément à questionner, à analyser, et à faire évoluer *via* une reformulation du problème, dont la formulation finale doit convenir à l'ensemble des acteurs (Direction, salariés, représentants du personnel, médecin du travail principalement). Cette première analyse peut s'articuler autour d'un recueil d'indicateurs (turn-over, absentéisme, accidents du travail, maladies professionnelles etc.), de documents internes (bilans sociaux, comptes-rendus de CHSCT, documents de la médecine du travail etc.) et de la réalisation d'entretiens ciblés avec des « personnes-ressources », devant permettre la réalisation d'un pré-diagnostic le plus fidèle possible. Ainsi, le consultant **pose les bases d'une démarche co-construite, il construit les fondements du futur réseau** autour de la gestion des RPS. La solidité de ces fondements repose sur le caractère objectif de ce pré-diagnostic, devant convaincre les membres de l'organisation de la **neutralité du consultant**.

La « *problématisation co-constructive* » s'inscrit dans la continuité de la logique visant à fédérer les acteurs de l'organisation : ici, le consultant détermine les contours du problème RPS avec la participation et l'implication des acteurs, qui acceptent de coopérer et de réaliser ensemble un « co-diagnostic ». Cette élaboration d'une base commune de travail autour de la gestion des RPS doit permettre de développer un climat de **confiance** et de **transparence**, favorisant l'**implication** des acteurs. Cette problématisation doit reposer sur des techniques de recueil des données telles que les questionnaires, les observations et les entretiens. Il convient de préciser que l'utilisation de ces techniques doit également assurer l'émergence de données objectives, toujours dans l'optique de bénéficier des données les plus fiables et pertinentes possibles, base d'une logique de co-construction. Ainsi, **le consultant, à partir des bases objectives de la pré-problématisation, conduit les membres de l'organisation à accepter de collaborer et amorce cette collaboration.** La solidité de cette problématisation repose sur le réel **partage de la réalisation du diagnostic**, contribuant à son acceptation par l'ensemble des parties prenantes.

La « *mise en marche co-constructive* », regroupant l'intéressement co-constructif, l'enrôlement co-constructif et la mobilisation co-constructive des alliés, place le consultant comme **initiateur du mouvement** visant à faire converger les membres de l'organisation autour de la traduction des RPS et des solutions à mettre en œuvre. Ici, le consultant doit **s'assurer de la collaboration effective** de ces membres : c'est ainsi que l'idée de comité de pilotage est très largement retenue. Cependant, l'inscription de ce **comité de pilotage** dans la logique co-constructive repose sur la **représentativité** de ce comité, base de sa légitimité et de la légitimité de son diagnostic approfondi. Ce « micro-réseau » apparaît comme la colonne vertébrale de la démarche de traduction, et donc de résolution, des RPS. La représentativité et la **pluridisciplinarité** des membres sont ici des conditions nécessaires, mais insuffisantes à l'inscription dans la logique co-constructive. En effet, les conditions d'expression et les moyens de « faire entendre sa voix » doivent être les mêmes pour tous, chacun devant « jouer son rôle » de représentant (ou de « porte-parole » selon les termes de Callon, 1986). Un traitement différencié de l'un des membres du comité de pilotage par le consultant tendrait à « faire basculer » cette « mise en marche » du processus de traduction dans une dimension adaptative (que nous présenterons plus loin). Ainsi, le consultant doit **fédérer, répartir les rôles, veiller à leur respect par les membres du comité de pilotage et surtout « faire faire » ces membres.** Ici, le consultant apparaît plus comme un **tuteur**, voire un « **garde-fou** », amenant les acteurs du micro-réseau à échanger, à faire évoluer leurs positions, jusqu'à

l'émergence d'une traduction consensuelle et stabilisée des RPS. Ainsi, les conditions d'opérationnalisation et de déroulement du comité de pilotage sont décisives pour l'inscription de ce dernier dans la logique co-constructive.

Le « *rallongement co-constructif* » doit permettre au comité de pilotage de diffuser à l'ensemble des membres de l'organisation la traduction co-construite. Le consultant doit permettre cette diffusion, toujours dans une logique visant à « faire faire » le comité de pilotage et dans une optique d'appropriation de la démarche par les différents acteurs. L'objectif est d'**autonomiser** l'organisation, jusqu'à la constitution d'un réseau irréversibilisé où il n'existerait plus qu'une seule représentation des RPS et un consensus sur la manière de les réduire (même si cette éventualité reste très théorique). Ainsi, c'est en permettant à l'organisation de gérer elle-même les RPS que le consultant comme « **acteur-réseau co-constructif** » a terminé sa mission.

Ainsi, les pratiques co-constructives des consultants en gestion des RPS défendent l'idée d'un consultant **indépendant, objectif, neutre**, et extérieur aux jeux stratégiques et aux rapports de force inhérents à la vie de l'organisation. Le consultant co-constructif **construit des relations équilibrées et neutres** avec son client et avec le public-cible : il s'agit d'un « vrai » acteur-réseau tel que défini dans les travaux en sociologie de la traduction.

Les pratiques « adaptatives » des consultants en gestion des RPS

Cette seconde « pratique-type » tend à **intégrer en priorité les opinions et les représentations du commanditaire** dans la démarche de gestion des RPS. Ainsi, le consultant tisse une relation privilégiée avec son client, avec lequel il construira ses modalités d'intervention.

Au niveau de la *pré-problématisation adaptative*, le consultant ne remettra pas, ou peu, en question la demande formulée par le commanditaire : cette demande va guider son action, va constituer un fil conducteur à son intervention. Le recueil, mais surtout le traitement des sources de données afin de réaliser un pré-diagnostic de la situation, tendront à ne pas aller à l'encontre de la vision du commanditaire, il s'agit ainsi de **donner une apparence d'objectivité à une demande subjective**. Le consultant pose ainsi les bases d'une démarche

de gestion des RPS guidée et « orientée » par le commanditaire. Dans un cas extrême, le commanditaire peut préalablement fixer le diagnostic et les actions qui seront à entreprendre, le recours à un cabinet de consultants n'étant qu'un moyen de validation de « son » diagnostic, un « tampon d'expert ».

La *problématisation adaptative* tend ainsi à promouvoir la vision du commanditaire : les contours du problème RPS correspondront à sa représentation de ce phénomène, les autres membres de l'organisation étant considérés comme secondaires dans cette formalisation. Qu'il s'agisse d'une Direction d'entreprise dans le cadre de missions de conseil et/ou de CHSCT dans le cadre de missions d'expertise, le consultant apparaît ici comme un « caméléon » dont l'**objectif est d'aller « dans le sens » de la demande**. Comme nous l'avons souligné, il s'agit d'une **approche différenciée en fonction du commanditaire**.

Contrairement à la démarche co-constructive, les étapes de « *mise en marche adaptative* » et de « *rallongement adaptatif* » ne semblent pas exister en tant que telles, ou alors en revêtant une forte dimension stratégique « tendant à les faire passer » pour des étapes co-constructives. Alors que l'étape de « mise en marche co-constructive » repose sur une mise en mouvement d'un comité de pilotage et une convergence des positions et des représentations des RPS, le « comité de pilotage adaptatif », s'il existe, semble devoir participer à la promotion de la vision du commanditaire. Ainsi, une **non-représentativité** des membres de ce comité au profit du commanditaire (plus de représentants de l'encadrement que de représentants du personnel par exemple), voire un « crédit » plus important accordé par le consultant à certains membres du comité de pilotage, peuvent éventuellement illustrer cette « mise en marche adaptative ». Nous adoptons ici la forme hypothétique car cette logique a pu transparaître dans certains discours de consultants, mais jamais de manière confirmatoire. Nous verrons notamment dans la sous-section suivante le fait que ces pratiques adaptatives peuvent intégrer, dans une stratégie globale de marché, des solutions « non traductives », c'est-à-dire n'ayant pas pour objectif de faire converger les acteurs (solutions visant à intervenir sur l'individu par exemple).

Les pratiques adaptatives des consultants en gestion des RPS défendent donc l'idée d'un consultant qui s'adapte à une demande et qui porte la vision du commanditaire. Cette « pratique-type » tend ainsi à confirmer notre proposition de recherche sur le fait que « *les consultants en gestion des RPS développent des pratiques potentiellement stratégiques visant*

à promouvoir la représentation des RPS portée par leur client ». Le consultant adaptatif **construit donc des relations déséquilibrées et non-neutres** : une relation d'adaptation au client, impliquant une relation au public-cible « commandée » par le client. Il s'agit ainsi d'une « **co-construction partielle** » entre le consultant et son client.

Les pratiques « militantes » des consultants en gestion des RPS

La dimension militante des pratiques de consultants en gestion des RPS est, souvent, clairement perceptible. Elle semble reposer sur la combinaison de deux éléments : un **type de commanditaire exclusif** (Direction ou CHSCT) et une **dimension idéologique** tendant à inscrire le consultant, et son cabinet, du même « côté » du rapport de force et de la lutte des classes que son client. Comme nous l'avons souligné en abordant les « stratégies militantes », ce type de pratiques résulte d'un **choix** et d'un **positionnement stricts**, vecteurs d'engagement « quasi-politique ». Au regard de notre échantillon d'analyse, il convient cependant d'atténuer la dimension « lutte des classes » pour les consultants « pro-Direction » : en effet, à l'inverse de consultants « pro-CHSCT », ceux-ci ont moins affiché l'idée d'une stricte opposition avec les élus du personnel et du « nous contre eux ».

Ainsi, la « **pré-problématisation militante** » consiste, à l'instar de la « pré-problématisation adaptative », à ne pas réorienter la demande ni redéfinir le public-cible sur lequel intervenir. Cependant, plus qu'une logique d'adaptation, cette non-reformulation repose sur l'**exclusivité des relations du consultant avec son commanditaire** et sur le partage d'une vision commune du monde du travail et de ses rapports de force. Le recueil d'indicateurs, de documents internes pour la réalisation du pré-diagnostic s'opère « à charge » au profit du commanditaire. La « **problématisation militante** » poursuit cette logique : la volonté de faire converger les acteurs autour d'un même processus n'est pas prioritaire. Le consultant **outille le commanditaire** et contribue à promouvoir une représentation des RPS tendant à imputer leur responsabilité au « camp adverse ». Ainsi, le consultant apparaît comme un **allié stratégique du commanditaire**. Il ne semble pas exister d'étapes du type « mise en marche militante » ou « rallongement militant » du fait que ces dernières sont constitutives d'un processus visant à faire converger les membres de l'organisation, ce qui n'est pas le but recherché ici.

Les pratiques militantes des consultants en gestion des RPS repose sur l'idée d'un consultant qui partage idéologiquement la position de son commanditaire. À l'instar des pratiques adaptatives, les pratiques militantes confirment notre proposition de recherche sur l'existence de pratiques stratégiques défendant la vision du commanditaire. Le consultant militant **construit donc des relations exclusives avec son client** dans une perspective de **soutien stratégique** : il ne peut être considéré comme un « acteur-réseau ».

Sous-section 2. Des acteurs intégrés au sein d'un marché du conseil et de l'expertise

Nous avons donc mis en évidence l'existence de trois « pratiques-type » de gestion des RPS par les consultants : les pratiques co-constructives, les pratiques adaptatives et les pratiques militantes. Dans une perspective de transparence méthodologique, il convient de préciser que nous souhaitons, à partir de ces « pratiques-type », positionner chacun des consultants interrogés dans l'une d'entre elles. Cependant, durant notre processus d'abstraction, il nous est apparu complexe, voire potentiellement faux, d'opérer une telle répartition, nous amenant à considérer des consultants strictement co-constructifs, strictement adaptatifs ou strictement militants (même si ce dernier cas est le seul plausible).

De plus, comme nous l'avons souligné dans notre revue de littérature, il existe un certain rapprochement dans le monde des consultants, rapprochement constitutif d'un « marché de l'expertise et du conseil » (Cristofalo, 2009). Ainsi, au-delà de la dimension stratégique des pratiques de consultants, **il convient d'appréhender leur positionnement stratégique, intégrant une logique de marché concurrentiel**. C'est ainsi que nous avons essayé de « prendre du recul » vis-à-vis des discours de consultants, notamment ceux prônant une dimension « purement co-constructive », **en élargissant notre focale d'appréhension au niveau des « réalités » et stratégies de marché pouvant impacter les pratiques des consultants en gestion des RPS**. C'est ainsi que nous avons pu mettre en lumière des profils et pratiques « peu valorisés » par les consultants interrogés durant nos entretiens, des techniques de vente de prestations complémentaires et certaines difficultés de fonctionnement du réseau i3r PACA, éléments témoignant de l'existence d'une logique globale de marché dans laquelle les consultants s'inscrivent.

Au niveau des **profils et pratiques « peu valorisés » par les consultants**, l'analyse du profil disciplinaire complet des acteurs interrogés et celle de leurs documents commerciaux a permis de mettre en relief une certaine « survalorisation », durant les entretiens, de leurs pratiques co-constructives au détriment de pratiques moins axées sur l'organisation et sur la convergence de l'ensemble des membres de l'organisation. En effet, VAPA peut « *alternativement mettre (s)a casquette de consultant, de formateur ou de coach. Et même à l'intérieur d'une même intervention. Cela va dépendre de l'objet d'intervention* » (VAPA). Ces trois postures apparaissent comme radicalement différentes mais surtout guidées par le commanditaire. Au-delà d'une pratique adaptative, cette « adaptabilité disciplinaire » souligne l'existence potentielle d'une stratégie de marché. Le fait que VAPA ait peu valorisé son profil de formateur durant l'entretien nous amène à nous poser une nouvelle fois la question de l'impact du référentiel i3r PACA sur les discours des consultants. C'est ainsi que ces consultants peuvent se positionner différemment dans le champ des RPS et de leur résolution, afin d'accroître leur capacité de réponse à une demande de gestion des RPS (réorganisation, formation voire soin). Ainsi, INDEP#12, défendant l'idée d'une nécessaire co-construction durant l'entretien, est également « *le 'réfèrent psy' de certaines grandes entreprises (...) choisie sur (s)es compétences de psychothérapeute* » (INDEP#12). Le cabinet TERT « *vend aussi des permanences psychologiques (...), écoute psychologique ouverte 7j/7 et 24h/24 gérée, animée par des psychologues cliniciens* » (TERT#1). De plus, le cabinet DAVEOS propose des « *formations adaptées à l'attention de l'encadrement* », le contenu étant « *adapté à la demande du commanditaire, l'élaboration des supports de formation se fait en fonction de cette demande* » (DAVEOS#2). D'autres profils ont pu apparaître dans l'échantillon analysé : formateur au dialogue social (INDEP#10), accompagnement individuel des victimes de stress (CAFA#1), formateur en gestion du temps et à la prise de parole en public (ROSO#1), programmeur neuro-linguistique (ROSO#2), victimologue (TERT#1). Ainsi, comme le souligne INDEP#3 en énonçant « *J'ai un DESS de psychosociologie... Bon c'est un diplôme de psychologue, mais à forte dimension sociologique !* » (INDEP#3), les consultants interrogés tendent à valoriser certaines de leurs pratiques, considérées comme plus « propres » au détriment de pratiques plus individualisantes. Leur inscription dans la logique co-constructive tend à limiter leur profil adaptatif, pouvant se traduire autant par des processus de traduction partiels que des processus de non-traduction tels que les actions de type secondaire ou tertiaire.

Au-delà des profils et pratiques peu valorisés dans les discours, témoignant d'une « adaptation stratégique discrète » des consultants aux différentes demandes possibles, l'existence d'une logique globale de marché peut également se vérifier par la volonté de **vendre des prestations de service complémentaires à la gestion des RPS**. En effet, l'entrée dans une organisation par la démarche de gestion des RPS « *peut en bout de chaîne en arriver même à un coaching du comité de direction* » (VAPA). Les consultants ont un « **impératif du chiffre d'affaires** » (Villette, 2003), ils apparaissent avant tout comme des prestataires de services envers les organisations, nous permettant de relativiser la « sensibilité co-constructive » régulièrement affichée. C'est ainsi que les consultants peuvent proposer un « panel » d'interventions autour de la gestion RPS, comme nous l'avons vu précédemment, et des services complémentaires, pouvant être proposés au fil de l'intervention : « *la demande initiale était sur l'étude des RPS, mais là on se trouve à accompagner l'entreprise dans la mise en œuvre des entretiens individuels d'évaluation, sur le plan de formation, l'analyse des processus de travail* » (ROSO#2). Cette stratégie est comparable à celle du « *pied-dans-la-porte* » (Joule & Beauvois, 2002), le consultant visant ainsi à profiter d'un effet de persévération du commanditaire, qui sera plus facilement enclin à accepter une nouvelle prestation de la part d'un acteur lui ayant déjà « rendu service ». Plus globalement, comme nous l'avons souligné dans l'étape de rallongement, le consultant peut proposer ses services afin de poursuivre la démarche de gestion des RPS, ce qui peut faire apparaître certains obstacles, dont le refus de la Direction. C'est ainsi que ce rallongement, toujours dans une logique de marché, peut s'adapter aux volontés du commanditaire, dont les demandes peuvent être éloignées d'une conception organisationnelle de la gestion des RPS : « *nous pouvons aider à la post expertise, à la mise en œuvre des actions. C'est du conseil, auprès de la direction générale, des programmes de formation, d'abord sensibilisation sur la nature des RPS, expliquer ce que c'est etc. C'est aussi mettre en place des programmes de formation pour les managers* » (TERT#1).

Enfin, les **difficultés de fonctionnement du réseau i3r PACA** témoignent également de l'existence d'une logique de marché concurrentiel inhérente aux pratiques des consultants en gestion des RPS. En effet, ce réseau met en scène des consultants collaborant difficilement mais souhaitant tout de même « participer à la vie du réseau ». Au niveau des difficultés de collaboration, il convient de présenter le double échec dans la volonté de construire un outil commun à l'ensemble des membres du réseau : le premier échec fait suite au souhait du comité de pilotage institutionnel de faire construire de manière consensuelle à l'ensemble des

consultants un document reprenant les points essentiels qu'un consultant doit respecter pour être considéré comme « fiable et pertinent ». Le second échec est lié à l'impossibilité de créer une fiche consensuelle sur la manière d'intégrer les RPS dans le Document Unique d'Evaluation des Risques professionnels (DUER). Au-delà des divergences disciplinaires et méthodologiques affichées, la question d'une collaboration entre concurrents directs est apparue problématique : « *il faut arrêter d'imaginer que des consultants concurrents vont travailler sous une même bannière* » (ROSO#2). L'existence d'une dimension concurrentielle et d'une logique globale de marché peut permettre d'expliquer ce double échec : « *le problème reste quand même le fait que l'on est en réunion avec l'ensemble de ses concurrents quoi ! ça n'incite pas à se lâcher !* » (PRO#2), certains dénonçant une « *observation entre concurrents* » (INDEP#12). Au-delà des limites de collaboration entre consultants, le fait que ces derniers « restent » dans le réseau malgré ces difficultés témoigne d'une stratégie d'affichage : « *faire partie du réseau, être sur la liste où les gens vont chercher des intervenants : c'est du business* » (HARP#1). Il s'agit ainsi d'une stratégie de différenciation vis-à-vis des intervenants en gestion des RPS non-labellisés : « *il y a bien sûr une stratégie d'affichage, de visibilité* (PRO#1), « *ça ouvre des opportunités de contrat* » (INDEP#2). Ainsi, au-delà du fait de présenter des modalités différenciées d'intervention en gestion des RPS, **les consultants semblent avant tout guidés par une logique de marché** et de mise en concurrence, dimension décisive dans le développement de leurs pratiques.

Sous-section 3. Les consultants en gestion des RPS : des acteurs hybrides

Tout au long de ce chapitre nous avons exposé l'hétérogénéité des pratiques des consultants en gestion des RPS, pouvant se traduire à différents niveaux : choix du commanditaire, profil disciplinaire, contexte d'intervention, posture de pré-intervention (ou pré-problématisation), modalités de problématisation, d'intéressement, d'enrôlement, de mobilisation des alliés et de rallongement. Nous avons pu ainsi distinguer trois types de pratiques : les pratiques co-constructives, les pratiques adaptatives et les pratiques militantes. Nous avons ensuite souligné le fait qu'il ne nous paraissait pas pertinent de distinguer des profils « purs », autrement dit des consultants adoptant strictement l'une des trois « pratiques-type » : en effet, les consultants sont intégrés dans des logiques de marché et d'impératif de réalisation d'un chiffre d'affaires suffisant pour ne pas disparaître, les incitant à élargir leur

offre de prestations et à combiner ces dernières dans un contexte de plus en plus concurrentiel.

Ce constat nous amène donc à considérer le **consultant en gestion des RPS comme un acteur hybride, pouvant**, selon la configuration de gestion des RPS, la sensibilité des acteurs (notamment la Direction) aux questions de santé au travail et les marges de manœuvre existantes, **adopter des pratiques du registre co-constructif ou du registre adaptatif** (nous traiterons du registre militant en fin de sous-section). Il semble en effet exister une **frontière floue entre ces deux registres d'action**, facilitant un certain « multi-positionnement » des consultants. Ces derniers apparaissent comme « tirillés » entre la neutralité co-constructive et l'adaptation pragmatique aux conditions d'intervention et aux besoins d'un commanditaire, qui a la possibilité de recourir à des intervenants concurrents. C'est ainsi que dans le cadre de nos entretiens, **aucun des consultants interrogés n'a fait part d'un cas de refus d'intervention « de son propre chef » suite à un contexte inadapté à ses pratiques**. Le consultant s'adapte en fonction des contraintes de la mission d'intervention, des marges de manœuvre et des attentes du commanditaire, contexte global pouvant lui permettre de développer des pratiques co-constructives et/ou adaptatives.

Comme nous l'avons présenté tout au long de ce chapitre, les consultants peuvent mettre en place, à chacune des étapes de leur démarche, des stratégies ponctuelles. Nous avons également énoncé certains obstacles pouvant jalonner cette démarche. La mise en évidence d'une logique de marché globale dans laquelle s'insèrent les consultants doit nous permettre de réinterpréter le développement de ces stratégies et de repenser la manière dont ces acteurs appréhendent ces obstacles, soulignant le caractère hybride de leurs pratiques.

Ainsi, concernant le choix du type de commanditaire, la **stratégie d'accès aux sphères de décision** peut être conséquente d'une volonté de pouvoir disposer de marges de manœuvre pour agir et co-construire, mais peut également témoigner d'une volonté de se situer au plus près de clients potentiels. La **stratégie de spécialisation disciplinaire** apparaît à la fois comme une volonté de s'inscrire dans les pratiques co-constructives du fait d'une discipline spécifique et comme une volonté de se différencier de la concurrence. La **stratégie d'ouverture disciplinaire** peut permettre un enrichissement de l'analyse et de l'objectivité du diagnostic d'une part, mais également jouer un rôle d'affichage pour le cabinet et/ou d'adaptation aux besoins possibles du commanditaire. La **stratégie de contournement** suite

au déni des RPS apparaît comme une volonté de dédramatisation du phénomène devant faciliter une approche partagée, mais aussi comme un moyen de s'adapter à la demande, de ne pas « perdre un marché ». Cette posture hybride doit notamment permettre de faire face aux controverses et blocages durant la démarche d'intervention. Les **stratégies de mise en marche de la gestion des RPS**, le suivi-contrôle, la transmission et les alliances, s'inscrivent également dans cette hybridation des pratiques du consultant : comme nous l'avons vu, les logiques de suivi et de transmission peuvent être un moyen d'être tuteur d'un réseau qui s'« irréversibilise », mais également un moyen de vendre de nouvelles prestations de services et d'accroître son chiffre d'affaires. Le fait de nouer des alliances peut à la fois permettre d'assurer une mise en marche basée sur un diagnostic fidèle et des alliés confiants, et une volonté de nouer des relations privilégiées avec le commanditaire.

Cette hybridation des consultants en gestion des RPS et de leurs pratiques semble cependant ne pas s'étendre au registre militant : en effet, les pratiques militantes se caractérisent, comme nous l'avons souligné, par la combinaison d'un commanditaire exclusif et d'une dimension idéologique. Cette dernière tend à établir une **frontière beaucoup plus imperméable** avec les pratiques co-constructives et adaptatives, notamment au niveau des militants pro-CHSCT : l'appartenance à ces cabinets va au-delà de la simple relation de travail, elle relève d'un partage d'une vision de la société en termes de lutte des classes. C'est dans cette perspective que nous considérons que l'ensemble des experts CHSCT n'appartient pas forcément au registre militant : les experts intervenant dans le cadre de missions de conseil auprès de la Direction ne peuvent intégrer ce registre, même si certaines de leurs interventions défendent la vision des élus. La question de l'idéologie nous semble à ce stade la plus pertinente afin de différencier les pratiques militantes des autres « pratiques-type ». De plus, même si cette question nécessiterait de plus amples recherches, l'appartenance au registre militant semble notamment reposer sur une question de taille de cabinet : ainsi, les deux cabinets repérés comme militants, à savoir LYNX et TERT, respectivement pro-CHSCT et pro-Direction, sont des cabinets d'une centaine de consultants. Cet « effet taille » permettrait notamment d'être visible et repérable par les « commanditaires-alliés », mais ceci reste à confirmer.

Ainsi, nous avons mis en évidence l'**hétérogénéité des pratiques des consultants en gestion des RPS**, pouvant se traduire dans le choix du commanditaire, le profil disciplinaire, le contexte d'intervention, la posture de pré-problématisation, les modalités de problématisation,

d'intéressement, d'enrôlement, de mobilisation des alliés et de rallongement. Cet état des lieux, en plus de celui des stratégies et des obstacles pouvant être existants à chacune de ces étapes, a permis de dégager **trois « pratiques-type »** : les **pratiques co-constructives**, les **pratiques adaptatives** et les **pratiques militantes**. Nous avons également souligné le fait que les consultants s'inscrivent dans une **logique globale de marché et de concurrence**, logique concourant à l'**hybridation de leurs pratiques et de leurs profils** (à l'exception des consultants militants). Ainsi, notre proposition de recherche « *les consultants en gestion des RPS développent des pratiques potentiellement stratégiques visant à promouvoir la représentation des RPS portée par leur client* » est confirmée mais insuffisante dans l'appréhension globale des pratiques développées par les consultants. En effet, toutes les pratiques ne visent pas à « faire porter » la vision des RPS du commanditaire-client : hormis le cas des consultants militants, défendant strictement la vision du commanditaire, ces pratiques ne peuvent être abordées d'une manière aussi schématique. Les consultants, inscrits dans un marché concurrentiel, s'adaptent au contexte d'intervention, aux marges de manœuvre, aux besoins du commanditaire, les faisant osciller entre des pratiques co-constructives et adaptatives. Dans notre conclusion générale, nous repartirons de ces résultats afin de les réintégrer dans notre revue de la littérature, réintégration devant permettre une mise en perspective de notre processus de recherche.

Résumé Chapitre 5

La **section 1** a permis de présenter l'hétérogénéité des configurations de gestion des RPS : différences de taille de cabinets, de commanditaire (Direction, CHSCT ou les deux), de profils disciplinaires (spécialisation ou ouverture disciplinaires), de contexte d'intervention (dénis, engagement de la Direction, rapport de force) et de pré-problématisation (objective, adaptative, militante). Nous avons également présenté l'existence de stratégies pré-intervention : stratégies militante, d'accès aux sphères de décision, de spécialisation disciplinaire, d'ouverture disciplinaire et de repérage.

La **section 2** a permis de mettre en évidence le caractère différencié des modes de problématisation des RPS par les consultants : problématisation co-constructive, adaptative et militante. Nous avons également mis en lumière l'existence d'obstacles à la problématisation : controverses liées au rejet du diagnostic et aux tentatives de manipulation des données. Enfin nous avons présenté les critiques entre consultants autour de la démarche de problématisation : critiques vis-à-vis de l'expertise CHSCT et sur les modalités d'appréhension de la situation de travail.

La **section 3** a exposé l'étape de « mise en marche » de la gestion des RPS, regroupant les étapes d'intéressement, d'enrôlement et de mobilisation des alliés, caractérisée par la mise en place d'un comité de pilotage. Nous avons également abordé les stratégies mises en place à cette étape par les consultants : suivi-contrôle, transmission et alliances. Enfin, nous avons souligné les limites de la mise en marche de la gestion des RPS dans le cadre des expertises CHSCT, dépendant de la posture de l'expert CHSCT ou de contraintes pratiques.

La **section 4** a présenté l'étape de rallongement de la gestion des RPS, reposant sur une volonté des consultants de « passer le témoin » au comité de pilotage et aux membres de l'organisation. Nous avons également mis en évidence l'existence d'obstacles : les difficultés d'appropriation par les membres de l'organisation, l'absence de marges de manœuvre économiques, la non-atteinte des sphères de décision, le refus de la Direction et le court-termisme des entreprises.

Enfin, la **section 5** a permis de dégager des « pratiques-type » de consultants en gestion des RPS : les pratiques co-constructives, les pratiques adaptatives et les pratiques militantes. Nous avons également mis en évidence l'existence d'une logique globale de marché, concourant à faire du consultant un acteur hybride, « tiraillé » entre les pratiques co-constructives et adaptatives.

Chapitre 6

La « traduction empêchée » et réinterprétée : le cas de la *Polyclinique du Sud*

Plan du chapitre

| | |
|---|------------|
| Section 1. La problématisation des RPS du cabinet DAVEOS : la restitution des conclusions de l'expertise..... | 248 |
| <i>Sous-section 1. Le contexte pré-intervention : premiers pas sur le terrain et premiers contacts.....</i> | <i>252</i> |
| <i>Sous-section 2. La présentation du contenu du rapport d'expertise du cabinet DAVEOS.....</i> | <i>255</i> |
| <i>Sous-section 3. Double restitution et refus de la Direction de poursuivre la collaboration.....</i> | <i>266</i> |
| Section 2. La « mise en marche » de la gestion des RPS initiée par la Direction : comité de pilotage et groupes de travail stratégiques..... | 270 |
| <i>Sous-section 1. Composition et première réunion du comité de pilotage : un comité non représentatif.....</i> | <i>270</i> |
| <i>Sous-section 2. Second comité de pilotage et définition des groupes de travail.....</i> | <i>273</i> |
| <i>Sous-section 3. Groupes de travail et remontées auprès du comité de pilotage.....</i> | <i>275</i> |
| Section 3. La « mise en arrêt » de la gestion des RPS..... | 280 |
| <i>Sous-section 1. Les apports perçus de l'expertise CHSCT « à dix-huit mois ».....</i> | <i>280</i> |
| <i>Sous-section 2. La « mise en arrêt » du comité de pilotage RPS.....</i> | <i>284</i> |
| <i>Sous-section 3. La mise en place d'un « comité de pilotage Pénibilité » et la dissolution du « comité de pilotage RPS ».....</i> | <i>287</i> |
| Résumé du Chapitre 6..... | 292 |

L'objectif de ce chapitre est de présenter les résultats de l'étude de cas exploratoire longitudinale menée au sein d'un établissement de soins privé : la polyclinique du Sud. Ces résultats s'inscrivent en prolongement des premiers enseignements tirés de l'étude exploratoire menée auprès des 37 consultants spécialisés en gestion des RPS. En effet, comme nous l'avons souligné, les pratiques des consultants peuvent rencontrer des obstacles dans la « mise en marche » de la gestion des RPS, notamment du fait de contraintes pratiques inhérentes à l'expertise CHSCT, reposant sur l'absence de moyens d'agir dans un contexte d'expertise imposée à la Direction (*cf.* Chapitre 5, Section 3, Sous-section 3) : le cas de la polyclinique du Sud s'inscrit dans cette perspective, le directeur ayant décidé de poursuivre la démarche de gestion des RPS initiée par une expertise CHSCT sans l'aide du cabinet d'expertise.

Pour rappel, l'accès à ce terrain de recherche est le fruit d'une opportunité empirique, suite aux *Doctoriales en Provence 2010* et au parrainage par un responsable d'entreprise. Dès notre arrivée sur le terrain en Juin 2010, nous avons pu accéder à l'ensemble des réunions « Délégués du Personnel », « Comité d'Entreprise » et « Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail ». Nous avons également eu connaissance du vote d'une expertise CHSCT, vote motivé par l'accroissement des plaintes individuelles et collectives reçues par les instances du CHSCT. Le directeur, dans le cadre du parrainage, a accepté le principe d'un suivi-observation de la post-expertise, le suivi de la mission d'expertise devant être négocié directement avec le cabinet désigné. Le consultant du cabinet désigné, le cabinet DAVEOS, a refusé d'être « suivi » durant la réalisation de son expertise, prétextant le caractère sensible de la mission, mais a accepté, sous réserve d'accord du directeur de la polyclinique du Sud, d'associer notre recherche à l'étape de post-expertise. Cependant, le directeur a refusé de recourir à ce cabinet dans la « poursuite » de la gestion des RPS, en décidant de « faire sans eux ».

L'objectif de cette étude de cas exploratoire longitudinale était donc, à partir du recueil de données qualitatives (entretiens individuels et collectifs auprès du directeur et des représentants du personnel avant l'expertise et 18 mois après, observations de réunions dont le comité de pilotage RPS, analyse documentaire dont le rapport d'expertise DAVEOS), d'opérer une analyse processuelle de la gestion des RPS par les acteurs de la polyclinique suite au départ du consultant. Cette étude devait permettre d'éclairer l'évolution de cette gestion dans le temps, la manière dont les acteurs se saisissent du contenu de l'expertise, afin

de mettre en lumière les limites potentielles des pratiques de consultants ne pouvant poursuivre leur action. Nous avons ainsi pu mettre en évidence l'**une des limites des pratiques des consultants dans la gestion des RPS** : la « traduction empêchée » et la **mise en marche d'une « réappropriation stratégique » des préconisations et du contenu du rapport d'expertise par la Direction.**

Afin de mettre en lumière ces éléments, nous distinguerons trois phases permettant de retracer la trajectoire de gestion des RPS : « la problématisation des RPS du cabinet DAVEOS : restitution des conclusions de l'expertise », « la 'mise en marche' de la gestion des RPS initiée par la Direction : comité de pilotage et groupes de travail stratégiques », « la 'mise en arrêt' de la gestion des RPS : création d'un groupe sur la pénibilité au travail et dissolution du comité de pilotage RPS ». Nous mobiliserons notre cadre d'analyse, combinant les travaux en sociologie du conseil en management et en sociologie de la traduction, afin d'éclairer le type de relations se nouant entre les différents actants et les modalités de traduction mises en place à chacune de ces phases.

Nous verrons que la problématisation formulée par l'expertise CHSCT ne pourra être « mise en marche », et que la gestion des RPS va progressivement être réappropriée stratégiquement par la Direction, participant à la dissolution de cette gestion dans une question plus large et au « degré de déstabilisation » moindre : celle de la pénibilité au travail.

Ainsi, la **section 1** a pour objectif de présenter la problématisation des RPS réalisée par le cabinet DAVEOS à partir de son rapport d'expertise. Nous présenterons nos premiers pas au sein de la polyclinique du Sud et les premiers contacts noués avec le directeur et les représentants du personnel. Nous détaillerons ensuite le contenu du rapport d'expertise, puis nous présenterons la double restitution du consultant et le refus de la Direction de poursuivre toute collaboration avec ce cabinet.

La **section 2** éclairera la « mise en marche » de la gestion des RPS initiée par la Direction. Nous verrons les modalités de désignation du comité de pilotage et des groupes de travail désignés par la Direction. Puis nous nous intéresserons au contenu de ces groupes de travail et à la manière dont le processus de gestion des RPS va progressivement « bifurquer » au profit des intérêts de la Direction.

La **section 3** permettra de présenter la manière dont le processus de gestion des RPS « mis en marche » par la Direction va progressivement être « mis en arrêt », notamment du fait de la création d'un comité de pilotage sur la pénibilité au travail, concourant à la dissolution du comité de pilotage RPS. Nous verrons ainsi la manière dont le directeur et les représentants du personnel percevaient l'évolution de la gestion des RPS, puis la tenue des deux derniers comités de pilotage RPS et enfin les conséquences de la création d'un « comité de pilotage Pénibilité » sur le processus de gestion des RPS.

Section 1. La problématisation des RPS du cabinet DAVEOS : la restitution des conclusions de l'expertise

L'objectif de cette section est de présenter la problématisation des RPS opérée par le cabinet DAVEOS, à partir de l'analyse approfondie du rapport d'expertise rédigé dans le cadre de cette mission et de la double restitution des résultats, au CHSCT et à l'ensemble du personnel. Nous rappellerons tout d'abord, dans une première sous-section, nos premiers pas sur le terrain et les premiers contacts noués avec les membres de la polyclinique du Sud. Puis, dans une seconde sous-section, nous présenterons en détail le contenu du rapport d'expertise DAVEOS intitulé « *L'exposition des salariés aux risques psychosociaux au sein de la polyclinique du Sud* ». Enfin, dans une troisième sous-section, nous analyserons la double restitution du consultant de DAVEOS et le refus du directeur de recourir à ce cabinet pour la mise en place des préconisations.

Sous-section 1. Le contexte pré-intervention : premiers pas sur le terrain et premiers contacts

Il convient de rappeler ici, avant d'aborder en détail l'analyse de l'expertise du cabinet DAVEOS, nos premiers pas sur le terrain et la manière dont les premiers contacts ont été noués, notamment avec le directeur et les représentants du personnel.

Ainsi, nous avons tout d'abord rencontré, le 3 Mai 2010, le directeur de la polyclinique du Sud afin de discuter des modalités de la relation de parrainage. Le directeur s'avouait « *enchanté d'avoir enfin un étudiant en économie gestion (sic)* », se plaignant du fait d'avoir habituellement des « *étudiants issus de spécialités hyper pointues et purement scientifiques* » comme la « *biologie moléculaire et toutes les disciplines de laboratoire* ». En effet, le directeur était parrain au sein des *Doctoriales* depuis l'édition 2006, et se désolait de n'avoir que des profils scientifiques « durs » « *parce que nous sommes une clinique de soins* ». Cet « enchantement » nous a permis d'avoir accès aux réunions « Délégués du Personnel » (DP), « Comité d'Entreprise » (CE) et « Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail » (CHSCT) afin de nous familiariser avec le monde de l'entreprise. Comme nous l'avons également indiqué préalablement, le directeur, après avoir appris à la lecture du

formulaire de parrainage notre intérêt pour la question des RPS, nous a informé du vote un mois plus tôt en CHSCT d'une expertise relative à l'évaluation des facteurs d'exposition aux RPS de l'ensemble du personnel de la polyclinique. Le directeur « *n'attend(ait) rien de l'expertise* », considérant que le CHSCT « usait et abusait » de ses prérogatives « *en (lui) imposant une expertise, un expert, pour lequel, en plus, (elle) doi(t) payer !* ». Cependant, ne souhaitant pas être mis en cause pour « délit d'entrave »³³, le directeur ne pouvait qu'accepter la réalisation d'une telle intervention en concluant notre premier entretien de manière fataliste : « *on verra bien ce que l'on pourra en tirer de cette expertise* ».

Nous avons ainsi participé, dans un premier temps, aux réunions mensuelles DP et CE et aux réunions bimestrielles CHSCT. L'objectif était de nous familiariser avec le terrain et les différents acteurs : nous avons profité de ces réunions pour nous présenter à l'ensemble des élus du personnel, faire état de notre volonté de développer un projet de recherche au sein de la polyclinique du Sud, afin de développer une relation de confiance et clarifier les raisons de notre présence. C'est ainsi que nous avons « pris la température de l'organisation » en ayant progressivement connaissance des différentes problématiques, plus ou moins décisives, de la polyclinique : gestion des entrées et sorties de patients, gestion des urgences, relations entre services, questions de rémunération, présentations des événements indésirables etc. Comme nous l'avons indiqué, notre objet de recherche n'était pas encore totalement constitué, notre présence dans les différentes réunions relevait principalement d'une posture opportuniste et pragmatique.

Cinq représentants du personnel, dont quatre membres du CHSCT, ont souhaité nous rencontrer afin que nous leur présentions notre projet de recherche : la réunion eut lieu le 27 Janvier 2011, soit six mois après notre arrivée sur le terrain et quelques jours avant le début de l'expertise du cabinet DAVEOS. Cette demande de rencontre reposait sur une certaine « *Crainte suscitée par (mon) arrivée soudaine* » et l'intérêt tout aussi soudain du directeur pour la question des RPS. Après avoir été rassurés de notre neutralité et de notre « désintéressement », les représentants du personnel nous ont fait part du contexte dans lequel s'inscrit le recours à l'expertise CHSCT : « *la question de la santé au travail et de la souffrance des salariés n'est pas tombée comme un cheveu sur la soupe, elle nous concerne*

³³ Acte ou omission portant atteinte à la mise en place, au fonctionnement des institutions représentatives du personnel ou à leurs prérogatives

depuis des années, depuis au moins 2006, même avant ». La technique de l'entretien collectif a permis de dégager un « leader d'opinion » (Fontana & Frey cité par Baumard & al., 2007), prenant naturellement la parole, et largement soutenu par les quatre autres représentants du personnel. Ainsi, cet échange a mis en évidence la réalisation en 2006 d'une enquête de la médecine du travail, initiée par le CHSCT, sur la question des conditions de travail et des RPS (Annexe 14). Cette étude transversale reposait sur un questionnaire anonyme devant « *évaluer les facteurs psychosociaux et la souffrance psychique* »³⁴. Les conclusions de cette enquête sont les suivantes : « *la souffrance psychique paraît présente sur l'établissement (...). La demande psychologique apparaît forte, la latitude décisionnelle faible, ainsi qu'à moindre niveau le soutien social (...). Les partenaires de la santé au travail de l'établissement (direction, représentants des salariés, service de prévention, décideurs...) doivent s'approprier ces résultats en les enrichissant de leur connaissance du terrain pour : - évaluer les facteurs de risques psychosociaux (...); - en déduire les actions concrètes qui permettront d'améliorer la situation.* ». Le leader d'opinion, seul élu à l'époque de cette enquête toujours présent, a ainsi souligné l'échec de cette dernière : « *il y a eu une grosse mésentente sur qui doit agir après l'enquête de la médecine du travail. Le CHSCT considérait que c'était du ressort de la Direction de mettre en place des actions pour lutter contre la souffrance (...). Mais pour la Direction, c'était au CHSCT de proposer des actions qu'ils pourraient ensuite juger !* ». C'est ainsi qu'aucune initiative à partir des résultats de cette enquête n'a été prise, justifiant ainsi une certaine suspicion suite à notre arrivée et à l'intérêt de la Direction pour les questions de santé au travail. Dans la continuité de notre entretien collectif, nous avons eu connaissance de la manière dont ces élus ont pris contact avec le cabinet DAVEOS : « *on* (le leader d'opinion et un second élu du CHSCT) *avait suivi une formation, une sensibilisation sur le thème des RPS au sein de ce cabinet en Avril 2008* ». Cette formation a eu un double impact : tout d'abord celui d'initier et de sensibiliser ces élus aux enjeux des RPS, notamment la nécessité de « *faire un tableau de bord, mettre en place des outils pour faire face à la situation* » ; ensuite celui du constat de leur propre incapacité à mettre en place de tels outils de manière autonome : « *on a jamais pu faire ce tableau de bord : le logiciel était totalement obsolète, il n'y avait pas de réelle volonté de la part de la Direction, et surtout on avait pas les outils nécessaires pour suivre au quotidien la situation, pour réaliser un diagnostic* ». Ce constat a ainsi incité les élus du personnel à envisager dans un premier temps le recours au cabinet DAVEOS qui, de plus, « *paraissait être le cabinet le plus sérieux lors du salon*

³⁴ Extrait de l'enquête de la médecine du travail sur les conditions de travail et les RPS au sein de la polyclinique du Sud (Annexe 14)

*Preventica*³⁵ », au-delà de la formation déjà suivie. Il semble intéressant de souligner le fait que l'idée d'un recours à un cabinet d'expertise, qui n'était qu'une hypothèse durant toute l'année 2009, s'est concrétisée au début de l'année 2010, suite à l'accroissement « *des problèmes d'ordre collectif, un fort absentéisme, un turnover important des cadres, des services déstabilisés* » mais surtout « *la tentative de suicide d'une IDE*³⁶ », ce dont le directeur ne nous avait fait part ni au cours de notre premier entretien, ni durant nos temps d'échange informels, avant et après les réunions DP, CE et CHSCT. De plus, le choix définitif du cabinet DAVEOS reposait sur le fait qu'il pouvait assurer un suivi lors de la phase post-expertise, suivi décisif pour les élus du personnel, au regard de leurs difficultés de diagnostic et de réalisation d'un tableau de bord. Le premier devis réalisé par DAVEOS « *a effrayé la Direction, (qui) a demandé de faire faire d'autres devis, avec d'autres cabinets, alors que rien dans les textes ne nous y oblige !* ». DAVEOS a ensuite « *fait un effort en acceptant de réduire le coût de l'expertise* », mais également « *en acceptant de prendre en charge les deux sites de la polyclinique et de rencontrer du personnel hors structure* », flexibilité fonctionnelle devant limiter les désagréments pour la Direction.

Le contexte de pré-intervention correspond ainsi à ce que nous avons nommé, au sein du chapitre précédent, une situation de rapport de force, caractérisée par une intervention « imposée » à la Direction par le CHSCT *via* le vote d'une expertise, mais également par l'existence de suspicions, notamment à notre égard. Nous avons également illustré deux premières stratégies de défense de la part de la Direction, en l'occurrence la délégitimation de l'expert et la volonté de réduire le budget de la mission. La prochaine sous-section a pour objectif de présenter en détail le contenu du rapport d'expertise DAVEOS intitulé « *L'exposition des salariés aux risques psychosociaux au sein de la polyclinique du Sud* ».

Sous-section 2. La présentation du contenu du rapport d'expertise du cabinet DAVEOS

L'objectif de cette seconde sous-section est de présenter le rapport d'expertise DAVEOS : nous décrirons ainsi le plus fidèlement possible le contenu de ce rapport afin de

³⁵ Salon annuel dédié à la maîtrise des risques et à la qualité de vie au travail (www.inrs.fr)

³⁶ Infirmière Diplômée d'Etat

cerner au plus près les modalités de problématisation du cabinet, modalités cristallisées dans ce document.

Le rapport d'expertise CHSCT du cabinet DAVEOS, intitulé « *L'exposition des salariés aux risques psychosociaux au sein de la polyclinique du Sud* », est un document de soixante-six pages, structuré en cinq parties :

- *1/ Introduction* (pages 1 à 4)
- *2/ Présentation de la clinique* (pages 5 à 6)
- *3/ Analyse organisationnelle* (pages 7 à 31)
- *4/ L'exposition des salariés aux risques psychosociaux* (pages 32 à 58)
- *5/ Conclusion et préconisations* (pages 59 à 66)

La partie *1/ « Introduction »* rappelle dans un premiers temps les **éléments de contexte et l'analyse de la demande opérée** : l'expertise relative à l'évaluation des facteurs d'exposition aux risques psychosociaux concernant l'ensemble du personnel de la polyclinique du Sud a été votée le 13 Avril 2010 à la majorité par les représentants du personnel du CHSCT. Les motivations de ce recours à l'expertise reposent sur la réception par le CHSCT de plaintes individuelles et collectives émanant du personnel, exprimant une fatigue physique et mentale associée à une baisse de motivation, une dégradation de l'ambiance de travail et la dégradation d'indicateurs représentatifs tels que le taux d'absentéisme (il semble ici intéressant de noter que le rapport ne fait aucune référence à une tentative de suicide, nous amenant à nous interroger sur la caractère véridique des propos des représentants du personnel à cet égard). Les **objectifs affichés par l'expertise** portent sur « *l'évaluation du niveau du stress, et/ou de souffrance, et/ou d'épuisement professionnel, et/ou de violence au travail* », sur la mise en évidence de certains facteurs de type organisationnel, technique, managériaux, humains pouvant être à l'origine de ces problèmes et sur « *l'aide au CHSCT à avancer des propositions et des solutions alternatives qui amélioreront les conditions de vie et de santé au travail du personnel de l'établissement* ». Les **axes de travail** retenus sont ainsi l'analyse des conditions réelles de travail des salariés (exigences liées à l'activité, charge de travail...), l'identification des situations pouvant cumuler le plus de contraintes en termes d'organisation de travail, d'environnement de travail et de lourdeur des tâches, l'identification des modalités de management en place (animation des équipes, appui à la professionnalisation, écoute des difficultés...), la mise à plat des modes

d'organisation du travail et de répartition des moyens alloués en effectif et leur impact sur les conditions de réalisation de l'activité, et enfin l'analyse des situations de difficultés individuelles et collectives en identifiant les modalités d'exposition des salariés. Dans un second temps, ces axes de travail doivent formuler des propositions relatives à la prévention des RPS et à l'amélioration des conditions de travail.

Toujours au sein de la partie « *Introduction* », le rapport énonce les **principes méthodologiques et le déroulement de l'expertise** : trois types de démarches ont été associées, à savoir une étude documentaire, une série d'entretiens individuels et collectifs et des temps d'observation des situations de travail. La première étape de l'expertise repose sur un travail exploratoire visant à appréhender l'organisation générale des activités de la clinique, *via* une étude documentaire des éléments transmis relatifs à l'organisation du travail et aux conditions de réalisation de l'activité, afin d'apporter une « *connaissance approfondie des métiers, de la population concernée et des modes d'organisation au sein des deux sites* ». La seconde étape est une série d'entretiens individuels et collectifs semi-directifs auprès des différentes catégories de personnel de la clinique, afin de saisir la relation des employés à leur métier, l'état de leur rapport à l'activité, leur vécu au regard de l'évolution de l'activité et leur perception individuelle des contraintes. La troisième étape repose sur des journées d'observation devant appréhender en situation les conditions de travail réelles. Enfin, la quatrième étape vise à opérer une analyse croisée de l'ensemble des éléments recueillis en vue d'en tirer les conclusions du rapport. La partie « *Introduction* » se ponctue avec l'annonce de la structure générale du rapport : un premiers temps d'analyse du contexte organisationnel de la polyclinique (historique de l'entreprise, descriptif de l'organisation du travail et modalités de prévention des risques), et un second temps de présentation de l'exposition des salariés aux RPS (analyse des difficultés organisationnelles rencontrées par les salariés en lien avec les facteurs sociaux).

La partie 2/ « *Présentation de la clinique* » reprend les grandes dates de l'histoire de la polyclinique du Sud, depuis sa création jusqu'à son rachat en 2002 par cinq associés (quatre chirurgiens et un expert comptable). De plus, cette partie rappelle le projet de regroupement des deux sites en cours, avec la construction d'un nouvel établissement devant permettre de réunir toutes les activités sur un même lieu d'ici trois ans.

La partie 3/ « *Analyse organisationnelle* » se divise en deux sous-parties : une première sous partie intitulée « *Contexte organisationnel actuel* » et une seconde « *Analyse de l'activité et des conditions de réalisation : l'organisation du travail* ». Au niveau de la première sous-partie, le rapport décrit tout d'abord en détail l'**Organisation de la clinique** : comité de direction, services de soins, service pharmacie, service stérilisation, équipe administrative et financière, équipe Ressources Humaines, équipe logistique (économat, entretien, lingerie, logistique) et l'équipe des médecins libéraux. Ensuite, le rapport énumère les différentes **Instances d'organisation et de management** : le comité de direction, la commission médicale d'établissement (veille à l'indépendance professionnelle des praticiens), le comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail, le comité de lutte contre les infections nosocomiales, le comité de lutte contre la douleur (définit la politique de soins en matière de prise en charge de la douleur), la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (assiste et oriente toute personne s'estimant victime d'un préjudice du fait de la polyclinique), la cellule opérationnelle de gestion des risques (identifie les risques potentiels auxquels les patients et les personnels peuvent être exposés) et la commission restauration (veille à la qualité de la prestation de restauration). L'**Organisation des locaux et les caractéristiques du personnel** abordent : la répartition des services entre les deux sites et entre les différents niveaux, l'évolution des effectifs (+7% en trois ans), la répartition par sexe (87% de femmes), la pyramide des âges (équilibrée), la pyramide des anciennetés (trois salariés sur quatre ont moins de dix ans d'ancienneté, indiquant **un fort turnover**), la répartition en fonction des CSP (90% des salariés sont des employés ou techniciens), l'analyse globale de l'évolution de l'**absentéisme** (15%, soit **trois fois plus élevé que la moyenne nationale**, absentéisme surtout lié aux maladies et les accidents du travail (ont plus que doublé en trois ans). Le paragraphe **Management** décrit la politique de la Direction, ses objectifs et le **projet d'établissement**, constatant qu'« *au sein des services, ce document n'apparaît pas comme le véritable outil de management qu'il devrait être* » et que « *très peu de services se sont appropriés le projet d'établissement pour en faire le moteur d'une dynamique collective* », conduisant les équipes à fonctionner « *au jour le jour* ». Le rapport dénonce un « **manque d'outils** (...) *permettant une exploitation réelle des indicateurs* », des « *tableaux de bord trop génériques* » et un « **manque de sensibilisation aux outils de pilotage** » des cadres, ne permettant pas d'en percevoir l'utilité. Il met en évidence le fait que les différentes **fiches de poste**, quand elles existent, sont **construites selon des trames différentes**, et que certaines datent de plus de dix ans et **n'ont pas été réactualisées**. Le rapport souligne également les **problèmes de communication** au sein de la polyclinique,

notamment entre les salariés et la Direction : il aborde le « *paradoxe entre l'envie de communication (des salariés) et l'absence de participation aux temps de communication proposés* », caractérisé notamment par un **faible taux de participation** aux projets d'espace de parole et d'écoute. Le paragraphe **Gestion des ressources humaines et des compétences** présente le projet de service RH ciblé sur les conditions et l'organisation du travail, la communication, la politique et le dialogue social, la gestion des compétences et le management : il met en évidence les **limites de la politique de promotion interne** soutenue par la formation professionnelle et le **manque de compétences** de certains cadres « formés sur le tas » aux fonctions d'encadrement. Il souligne également les **carences du processus de formation** et le **manque d'information** sur les formations existantes. Enfin, les paragraphes **Politique d'investissement, Politique de qualité et de certification et Politique de prévention des risques** éclairent les investissements opérés, la démarche qualité mise en marche et la logique préventive à l'œuvre, dénonçant ainsi la **généralité des orientations retenues**, relevant des obligations légales (élaborer la cartographie des risques, mettre en place des plans de prévention etc.) et l'**absence d'axes propres** à la polyclinique. Le CHSCT est ainsi considéré comme **n'étant pas** « *un véritable partenaire de la clinique et des acteurs de la prévention* », du fait de l'absence de temps de travail communs avec les RH, avec les responsables qualité, et de l'**absence** d'« *axes clairement définis relatifs à la prévention des risques, qui ne permet pas au CHSCT de fonctionner selon une dynamique continue, à savoir des lignes directrices à suivre, des objectifs à atteindre, des plans d'action à mettre en œuvre et des indicateurs de performance et de suivi* ». Cette partie de l'expertise soulève également une **absence de moyens** du fait de l'inexistence d'un local attribué au CHSCT. La formalisation du **Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels** est également soulevée : ce document **ne permet pas d'identifier les risques inhérents à chaque type d'activité**, occultant ainsi les modalités d'exposition aux risques, il ne recense pas tous les risques (notamment pour les travailleurs de nuit), ni certains métiers (agents administratifs par exemple). De plus, le DUER, bien que recensant les actions de prévention potentielles à mettre en place, **n'est pas relayé par un plan de prévention annuel** spécifiant les actions prioritaires retenues pour l'année et les délais de mise en œuvre attendus. Il n'existe **pas**, de surcroît, **de planning de suivi et de régulation du plan de prévention**. Au niveau des RPS, le DUER est considéré comme ne retenant qu'une **approche trop** « *superficielle* » de ce phénomène. Cette première sous-partie de l'analyse organisationnelle se conclue en soulignant que : « *la démarche de prévention menée au sein de l'établissement apparaît comme une démarche construite principalement pour répondre aux exigences des textes*

réglementaires applicables, mais n'apparaît pas au centre des priorités de la clinique dans son mode de construction et de management ».

Au niveau de la seconde sous-partie « *Analyse de l'activité et des conditions de réalisation : l'organisation du travail* », le rapport d'expertise soulève, dans le paragraphe **Calcul de la charge de travail**, l'**absence d'outils permettant d'évaluer la charge de travail** des services ou postes de travail, notamment celle d'indicateurs tels que le ratio soignant patient, devant permettre « *a minima d'évaluer l'équité des moyens affectés à chaque service au regard des activités réelles* ». Les cadres sont ainsi obligés d'évaluer cette charge « *intuitivement, sans méthode ou critères rationnels et partagés, laissant toute la place aux représentations personnelles individuelles* ». Les **Demandes de renfort** sont appréhendés par l'absence de telle demande, justifiant un **manque de lisibilité du cadre sur la charge à venir** et l'**absence d'outils automatisés**. L'un des rares points positifs souligné est abordé dans le paragraphe **Gestion des plannings**, les équipes soignantes et administratives étant satisfaites de leurs rythmes de travail. Au niveau de la **Gestion des absences**, le « *pool* » (personnel soignant « volant », entre les services) **apparaît insuffisant** et **sous-dimensionné** du fait du taux d'absentéisme enregistré par la clinique, insuffisance notamment justifiée par un quota d'intérimaires représentant 10% de la masse salariale. Le paragraphe **Gestion de la charge mentale et psychique** soulève l'**absence de système de prévention** au sein de l'un des deux sites. Au niveau du **Travail de nuit**, il existe un **sentiment de peur et d'insécurité** du fait d'un « *manque de présence masculine* ».

La partie 4/ « *L'exposition des salariés aux risques psychosociaux* » se divise en quatre sous-parties : « *Rappels conceptuels de la notion de risques psychosociaux* », « *Principaux facteurs d'exposition* », « *Les stratégies d'adaptation* », et « *Les impacts sur la santé* ». La première sous-partie, après avoir brièvement défini les RPS, met en avant le fait que ces risques « *pénalisent la performance des entreprises en désorganisant le fonctionnement et en générant des coûts directs et indirects* ». L'objectif affiché est de procéder à un repérage des processus pouvant exposer des salariés à des difficultés de type psychosocial, afin d'exercer l'action préventive adaptée.

La seconde sous-partie « *Principaux facteurs d'exposition* » vise à « *restituer au plus juste les représentations et perceptions partagées par l'ensemble des salariés* » afin « *d'en mesurer la portée psychosociale, et d'en comprendre les raisons* ». Ainsi, le rapport distingue tout

d'abord des **Problématiques liées à la Direction** : l'existence d'un *climat social dégradé* exprimé « *de manière quasi unanime* », caractérisé par une perte de l'envie de venir au travail, l'activité professionnelle se réduisant à une logique financière, « *travailler pour gagner sa vie* » ; un *mode de management centré sur le contrôle*, les salariés ayant en permanence l'impression d'être contrôlés et surveillés « *dans leurs faits et gestes* », combiné à un sentiment d'iniquité dans les critères de contrôle ; un *excès d'autorité, manque de considération, de reconnaissance et d'équité* caractérisés par des attitudes vexantes et intimidantes, « *voire humiliantes* » et de brusques changements d'attitude, pouvant être « *extrêmement déstabilisants* » pour les salariés. Au niveau de la **Reconnaissance professionnelle**, ce paragraphe met en lumière un triple manque de reconnaissance : *à l'égard des salariés*, n'ayant jamais le sentiment que leur travail est bien fait, *au niveau des efforts, des compétences et des résultats*, du fait de l'absence de récompense salariale et de temps d'écoute, de partage et de « *construction* », et enfin *de la part du patient*, du fait de l'absence, de la part de la Direction, de communication des résultats des questionnaires remplis par les patients à leur sortie. L'expertise souligne que les problématiques liées à la Direction et la triple absence de reconnaissance conduisent à une « *absence de confiance mutuelle, la mise ne place de comportements déviants, le développement d'un climat de méfiance entre collègues et pour certains le développement d'un véritable sentiment de peur incompatible avec l'épanouissement ou le bien-être au travail* ». Le rapport s'intéresse ensuite à la question des cadres : **Une équipe de Direction à fédérer**, cette population de cadres se divisant en deux, une moitié estimant travailler dans de très bonnes conditions, une autre considérant « *ne pas être de véritables partenaires de la Direction* » car considérés comme de simples exécutants devant traduire les directives de la Direction. Le rapport se focalise sur cette seconde « moitié de population » en distinguant des facteurs de RPS : une *absence de collectif*, liée à la suppression des temps de réunions collectifs entre cadres soignants et facteur d'isolement des cadres ; un *manque de reconnaissance de la fonction et des responsabilités liées à la fonction de cadre*, certains cadres dénonçant le rôle de « *gendarme* » de la Direction, restreignant leur latitude de décision et constitutif d'un manque de considération de la fonction de cadre ; une *charge de travail conséquente empêchant d'assumer ses fonctions de cadre*, les cadres devant travailler dans l'urgence sans pouvoir connaître suffisamment le personnel, les patients, et suivre de manière « sérieuse » la qualité des soins opérés, mais également en étant « aspirés » par un mode de communication centré sur l'écrit et l'échange de mails, contribuant à une perte de lisibilité des priorités, un sentiment d'isolement des cadres et la perte du soutien social. Après s'être intéressé dans sa

seconde sous-partie aux problématiques liées à la Direction et aux cadres, le rapport souligne les **Problématiques liées aux équipes** : ce paragraphe présente tout d'abord l'existence de points positifs tels que la gestion des plannings, celle des congés et absences personnelles et l'autonomie dans la gestion des activités. Un *sentiment d'abandon* des équipes est souligné par le rapport : ce sentiment repose sur le manque de disponibilité des cadres soignants, rejoignant de manière cohérente le sentiment des cadres ne pouvant être suffisamment disponibles pour leurs équipes. Le rapport insiste sur l'impact d'un manque de régulation sur ce sentiment d'abandon : le sentiment de devoir « faire tout seul », celui de ne pas être soutenu, l'iniquité dans la répartition des tâches, le développement du travail dans l'urgence, les conflits au sein des équipes etc. Une *charge de travail trop importante* des équipes est également soulignée, du fait du rapport entre l'activité générale et les effectifs en présence, de la prise en compte insuffisante des variations d'activité, du manque de cohésion au sein des différents corps de métier et de l'absentéisme et du turnover générant des remplacements problématiques. De plus, cette surcharge de travail est la conséquence de patients aux pathologies de plus en plus lourdes et de plus en plus variées (Alzheimer, personnes âgées, patients de plus en plus exigeants et agressifs, pathologies multiples etc.). La *perte de sens au travail*, l'existence de *glissements de tâches* et les *évolutions négatives dans la relation entre le soignant et le patient devenu « client »* sont également mises en lumière dans le rapport : en effet, les salariés ont le « *sentiment d'être à l'usine* » sans pouvoir tisser de « vraies » relations avec le patient, les exigences devenant de plus en plus fortes, notamment du fait d'une relation marchande intensifiée ou d'exigences administratives « prenant le pas » sur la qualité du soin du patient.

La troisième sous-partie « *Les stratégies d'adaptation* » expose l'usage de ressources par les salariés pour « faire face » aux contraintes de l'organisation : l'entraide et les relations entre collègues, la dérogation aux règles, l'évitement (dénis des problèmes, refus d'affronter la hiérarchie), l'habitude (capacité de prise de recul), l'intensification de l'activité (augmentation du rythme de travail pour « absorber » la surcharge de travail) et le désinvestissement (implication minimale dans son activité de travail).

La quatrième sous-partie « *Les impacts sur la santé* » recense les problèmes de santé directement liés au travail dont les salariés ont fait état : fatigue chronique, augmentation de l'agressivité, troubles du sommeil, anxiété, mal-être, prise de médicaments, tension artérielle,

voire états dépressifs. Le rapport s'appuie sur le constat de la médecine de travail, soulignant une augmentation notable des plaintes des salariés lors de ses entretiens.

Enfin, la partie /5, « Conclusion et préconisations » recense dans un premier temps les « facteurs d'exposition les plus prégnants » :

- **Facteurs communs à toutes les catégories de salariés**
 - *Climat social dégradé*
 - *Mode de management jugé autoritaire, centré sur le contrôle*
 - *Manque d'écoute, de considération, de reconnaissance et d'équité*

- **Facteurs propres aux cadres**
 - *Absence de cohésion de la ligne managériale*
 - *Manque de reconnaissance de la fonction et des responsabilités liées à la fonction de cadre*
 - *Charge de travail et des difficultés pour assumer ses fonctions de cadre*
 - *Manque d'équité dans les processus d'évaluation*

- **Facteurs liés aux salariés**
 - *Sentiment d'abandon*
 - *Charge de travail estimée trop importante*
 - *Manque d'organisation des activités et des services*
 - *Gestion des effectifs mettant en difficulté le personnel*
 - *Perte globale de sens au travail*

Ainsi, le rapport d'expertise souligne le fait que « la Direction se doit de mettre en place rapidement des actions de régulation et de prévention, sans quoi l'exposition des salariés aux risques psychosociaux va perdurer et s'amplifier, engendrant une intensification des conséquences à la fois sur la santé des salariés, mais aussi sur la qualité des prestations proposées par l'établissement ». L'élaboration d'un certain nombre de préconisations doit alors permettre de guider les acteurs de la prévention dans la recherche active de solutions, au niveau primaire, secondaire et tertiaire. Le rapport insiste sur la nécessaire collaboration de tous les acteurs internes à l'établissement tels que la Direction, les représentants du personnel, le CHSCT et les salariés, et les acteurs tels que le médecin du travail, l'inspection du travail,

la CARSAT et un consultant externe. Cette collaboration doit ainsi prendre la forme d'un « groupe de veille permanent afin d'assurer de façon régulière le suivi des mesures réalisées dans le plan d'action ». En effet, la constitution d'un comité de pilotage pluridisciplinaire et la formalisation d'un plan d'action définissant les objectifs à atteindre, les actions à mener, les échéances et les moyens associés constituent pour DAVEOS un « pré-requis (devant garantir une véritable démarche de prévention ».

Le rapport retient trois axes majeurs à prendre en compte par la Direction : les « actions en lien avec le management, l'organisation, les activités », « les actions en lien avec le management de la démarche de prévention des risques » et « les actions préventives en lien avec le projet de regroupement des deux établissements » :

- **Les actions en lien avec le management, l'organisation, les activités**
 - *Travailler sur la cohérence de la ligne managériale*
 - Vision partagée de la ligne managériale, des fonctions, missions et responsabilités
 - Remettre en place du collectif et du lien entre les cadres et la Direction
 - Professionnaliser les cadres en termes de management
 - Évaluer les besoins en cadres ou cadres intermédiaires
 - *Objectiver les besoins en ressources au regard des activités réelles*
 - Réaliser un état des lieux sur les services les plus en difficulté
 - Agir sur l'organisation pour remettre le métier au cœur des activités
 - *Assainir le climat social et l'ambiance de travail*
 - Instituer un management participatif
 - Assurer une communication plus transparente
 - Valoriser l'expression individuelle et collective
 - Valoriser le travail et instituer des modes de reconnaissance
 - *Instaurer des moyens d'expression et d'accompagnement des salariés*
 - Élargir les domaines d'intervention de la fonction « psychologue » à l'accompagnement des salariés
- **Les actions en lien avec le management de la démarche de prévention des risques**
 - *Élaborer un processus de repérage des situations critiques en lien avec les RPS*
 - Réinvestir la démarche de prévention des risques (DUER, préventeurs)

-
- Organiser un système de vigilance relatif au repérage et à l'identification des RPS
 - Communiquer sur la démarche auprès du personnel
 - *Donner du poids aux instances de la prévention des risques et de la santé*
 - Auprès des salariés par une meilleure communication
 - Auprès de la Direction avec qui un véritable partenariat doit pouvoir s'instaurer
 - ***Les actions préventives en lien avec le projet de regroupement des deux établissements***
 - *Mettre en place un processus d'accompagnement au changement*
 - Décloisonnement des équipes/échanges de pratiques
 - Mise en place de groupes de travail réunissant la Direction, l'encadrement et les salariés concernés pour identifier l'organisation à mettre en place

Enfin, le rapport se conclut par un dernier paragraphe intitulé « *Accompagnement à la mise en place du plan d'action* » : le cabinet DAVEOS propose ainsi d'intervenir « *en cas de besoin sur l'élaboration/la mise en place/le suivi du plan d'action* », les modalités étant à définir avec le commanditaire, en l'occurrence le CHSCT. L'objectif affiché d'un tel accompagnement est l'aide à la définition du plan d'action, la mesure du niveau de réalisation de ce plan et des premiers effets des actions menées, l'identification et l'analyse des écarts entre le réalisé et le prévu, et enfin la mise à jour du plan d'action par la définition de nouvelles actions complémentaires « *permettant de consolider l'existant* » afin de « *d'initier une démarche de prévention permanente, régulièrement évaluée et mise à jour* ».

Cette longue, mais quasi-exhaustive, présentation du contenu du rapport d'expertise du cabinet DAVEOS a pour objectif de « cerner au plus près » le type de problématisation opéré par ce cabinet. En effet, comme nous pouvons le constater au regard de la cinquième et dernière partie du rapport, **la formulation des contours du problème RPS est principalement axée sur des facteurs organisationnels** : climat social dégradé, management autoritaire et inéquitable, manque de reconnaissance, charge de travail excessive, organisation défaillante, perte du sens au travail. Notre objectif ici n'est pas de savoir si cette problématisation est « plutôt co-constructive », « plutôt adaptative » ou « plutôt militante », même si les deux entretiens menés auprès de deux consultants du cabinet DAVEOS nous ont permis de mettre en relief des pratiques visant à s'adapter au commanditaire et à sa demande. Nous souhaitons surtout **insister sur la remise en cause de l'organisation du travail et du**

management par l'expertise CHSCT. En effet, comme nous l'avons vu, la combinaison d'une étude documentaire, d'une série d'entretiens individuels et collectifs et d'observations de situations de travail a conduit DAVEOS à préconiser des actions portant en priorité sur le management et sur l'organisation du travail. Nous verrons au cours des deux sections suivantes la manière dont la Direction va progressivement se « réapproprier stratégiquement » le contenu de cette expertise, en refusant la proposition d'accompagnement du cabinet DAVEOS et en « prenant les rênes » de la gestion des RPS.

Sous-section 3. Double restitution et refus de la Direction de poursuivre la collaboration

Comme nous l'avons indiqué, nous n'avons pu suivre le consultant durant l'expertise du fait de son refus pour des raisons de « sensibilité de la mission ». Cependant, nous avons pu assister à la double restitution des résultats de l'expertise auprès du CHSCT et des membres du personnel, ces deux restitutions ayant eu lieu le 13 Avril 2011.

La présentation en CHSCT a été réalisée à partir de la projection d'un *Powerpoint*, et articulée autour de cinq parties : « Rappel du contexte et des objectifs de l'expertise », « Déroulement de l'expertise CHSCT », « Analyse organisationnelle », « Exposition des salariés aux RPS », « Conclusion et préconisations ». Nous ne reprendrons pas ici le strict contenu de la présentation orale qui, logiquement, correspondait au contenu du rapport d'expertise présenté durant la sous-section précédente. Il convient cependant de relever le souci de présentation et de pédagogie du consultant, insistant notamment sur le fait que « *l'expertise retient les points de vue partagés PAR LA MAJORITÉ des salariés vus en entretien* », semblant anticiper tout rejet ou toute opposition au diagnostic, notamment du fait des acteurs de la Direction. De plus, nous pouvons également relever ce souci au moment de la présentation de la conclusion et des préconisations, le consultant énonçant bien distinctement la conclusion générale de l'expertise, apparaissant, comme nous l'indiquons, partiellement « en gras » sur le *Powerpoint* : « *La Direction se doit donc de mettre en place rapidement des actions de régulation et de prévention, sans quoi l'exposition des salariés aux risques psychosociaux va perdurer et s'amplifier, engendrant une intensification des conséquences à la fois sur la santé des salariés, mais aussi sur la qualité des prestations proposées par l'établissement, sur l'absentéisme, son coût et l'attractivité de la structure* ». Les personnes présentes étaient : le Président Directeur Général (PDG, qui est également

chirurgien au sein de la polyclinique), le directeur, le responsable RH, le médecin du travail, le surveillant général et les quatre représentants du personnel rencontrés le 27 Janvier 2011, en plus du consultant et de nous.

Durant la présentation du consultant, le PDG a, discrètement, demandé au directeur ce que signifiait le terme « RPS », témoignant d'un intérêt tout relatif pour l'expertise s'étant déroulée dans ses locaux. Suite aux préconisations et à la conclusion de la restitution en CHSCT, un temps de débat était prévu entre les membres du CHSCT et le consultant. Ainsi, le PDG prit la parole en premier en reconnaissant l'existence de « *certaines difficultés au travail* », mais en insistant sur le « *milieu très difficile* » et le « *contexte psychologique très différent* » du milieu dans lequel s'inscrit la polyclinique, pouvant justifier de l'existence de contraintes qui semblent « *irrémédiables à (s)es yeux* ». Le débat s'est progressivement lancé, concourant au croisement et à la confrontation des points de vue : les représentants du personnel ainsi que le médecin du travail « abondaient » dans le sens du rapport d'expertise, soulignant la perte du collectif de travail, la perte du sens au travail et la peur de l'erreur. Durant ces échanges, le PDG insistait sur « *l'évolution du contexte* », élément qui ne pouvait être mis de côté dans la compréhension des différents problèmes rencontrés et soulevés par le diagnostic. Le directeur se tenait en retrait, laissant le PDG s'exprimer et « représenter » la Direction durant le débat. Ponctuellement, le consultant intervenait, notamment pour rappeler l'obligation de sécurité de l'employeur et l'importance de remettre en place des réunions collectives afin de recréer du lien social, de l'implication et du sens au travail. Le PDG répondit qu'« *il faut avoir le temps de s'arrêter* », surtout que « *les comptes risquent vite d'être en négatif* ». Cette vision strictement gestionnaire entraînait clairement en contradiction avec le discours des représentants du personnel et du médecin du travail, qui insistaient principalement sur la surcharge de travail, l'absence de temps et l'impossibilité de bien faire son travail. Le débat s'est ainsi progressivement orienté vers les préconisations réalisées par DAVEOS, et la nécessité d'une « *mise en place d'un groupe de veille permanent* ». Le PDG s'orientait plus vers l'idée d'une mise en place de groupes de travail, afin de « *pointer dans chaque groupe et pour chaque individu ce qui ne va pas* ». Le consultant rappelait alors l'importance d'une action allant au-delà des individus, une action axée sur l'organisation et le collectif de travail. Le directeur, toujours très discret, notamment en comparaison de son comportement habituel au cours des réunions DP, CE et CHSCT, a d'abord considéré les conclusions de l'expertise comme des conclusions « *plutôt sévères, voire partiellement fausses* » mais ne semblait pas opposé à la mise en place d'un groupe de veille. Le « leader

d'opinion » des représentants du personnel s'interrogeait alors sur les moyens effectifs qui seront mobilisés pour améliorer la situation, en faisant notamment écho à l'absence d'évolution suite à l'enquête de 2006 sur les conditions de travail. Le directeur lui a alors assuré du fait que les moyens nécessaires seront mobilisés. Enfin, le consultant a ponctué son propos en disant : « *je reste à votre entière disposition pour un accompagnement éventuel* ».

La présentation devant les membres du personnel a eu lieu le même jour que la restitution en CHSCT, le 13 Avril 2011, devant une quarantaine de personnes. Le contenu du *Powerpoint* et la structure de la présentation étaient strictement identiques, même s'il était possible de constater, en comparaison de la restitution en CHSCT, une volonté moindre du consultant de convaincre et d'impliquer l'auditoire. En effet, cette restitution relevait plus d'un devoir de transparence et de sensibilisation du personnel qu'une volonté de réellement fédérer les auditeurs. Les membres du personnel ont, pour une grande majorité, considéré le diagnostic comme juste et pertinent, proche de leur vécu. Suite à la restitution, un temps de remarque, et non d'échange, était prévu : les remarques étaient TOUTES axées sur l'idée du « et maintenant ? ». En effet, durant la présentation de la conclusion et des préconisations, il était possible de distinguer le peu d'entrain, voire le peu de confiance, de la part des membres du personnel dans la future traduction effective de ces préconisations. Notre voisin, brancardier au sein de la polyclinique du Sud, se lamentait : « *c'est bien beau ce diagnostic, mais on sait très bien que rien va changer... C'est du fric foutu en l'air... J'aurais dû faire consultant !* ».

Il est intéressant de relever que, suite à la remise du rapport d'expertise aux membres du CHSCT et à cette double restitution, et malgré les déclarations d'intention du directeur, assurant aux représentants du personnel que les moyens nécessaires seront mobilisés pour amorcer une gestion des RPS, « rien ne se passait ». En effet, les réunions DP et CE des mois d'Avril, Mai et Juin 2011 ne faisaient aucunement référence à l'expertise et à ses préconisations, ni même à son existence. Le CHSCT du mois de Juin a cependant permis de « reparler » de cette expertise, durant le temps réservé aux « questions diverses » (c'est-à-dire que la discussion des conclusions de l'expertise n'était pas inscrite à l'ordre du jour du CHSCT...). Durant ces questions diverses, permettant habituellement aux membres élus du CHSCT de poser des questions d'ordre pratique à la Direction, le directeur a demandé directement aux représentants du personnel quel était l'objet de la demande de réunion lui étant formulée par DAVEOS. En effet, l'échange nous a permis de comprendre que les

représentants du personnel avaient rencontré, durant leurs heures de délégation, le directeur de DAVEOS afin d'envisager un accompagnement de la mise en place des préconisations. Le directeur de DAVEOS a ainsi contacté le directeur de la polyclinique du Sud afin d'envisager les modalités de fonctionnement du suivi. Passablement remonté, le directeur s'est fermement opposé à toute collaboration post-expertise : « *pour moi, le contrat avec DAVEOS est fini, je ne vois pas pourquoi il va venir ce monsieur* ». L'un des représentants du personnel a rétorqué : « *c'est une aide pour nous, pour mettre sur les rails le comité de pilotage* ». Le directeur opposait alors une fin de non-recevoir : « *Écoutez, moi j'ai signé une mission, j'ai payé, c'est fini. Moi je ne veux pas qu'il revienne dans le cadre d'une nouvelle prestation. Je veux être très clair là-dessus, j'attire votre attention là-dessus (...) On va voir comment ça va se passer, mais on ne fonctionne pas comme ça avec moi !* ». Le directeur décidait alors de « prendre les rênes » du comité de pilotage, en annonçant qu'une information allait circuler dans la polyclinique sur la création d'un tel comité, les salariés ayant un mois pour manifester leur volonté d'intégrer ce dernier.

Cette première section a permis de présenter la première phase du processus de démarche de la gestion des RPS amorcée par le cabinet DAVEOS *via* la réalisation d'une expertise CHSCT. Cette problématisation a permis de formuler les contours du problème RPS autour de **facteurs organisationnels** : climat social dégradé, management autoritaire et inéquitable, manque de reconnaissance, charge de travail excessive, organisation défailante et perte du sens au travail. La **double restitution**, en CHSCT et devant l'ensemble du personnel, par le consultant de DAVEOS **avait pour objectif d'amorcer un mouvement autour des RPS**, en incitant notamment les membres du CHSCT à passer de leurs représentations isolées de ces risques à une première acceptation de coopération. Cependant, comme nous l'avons vu au sein du chapitre précédent, les expertises CHSCT peuvent rencontrer certaines limites, notamment des contraintes pratiques du fait d'un refus de la Direction d'associer les experts à la mise en place des préconisations (voire le refus de mobiliser le contenu du rapport). La **Direction a ainsi refusé d'associer le cabinet d'expertise à la mise en place des préconisations**, notamment la constitution d'un comité de pilotage, **préférant assurer elle-même cette mise en place**. La section suivante nous permettra de mettre en relief comment ce blocage de la « mise en marche » amorcée par le cabinet DAVEOS va laisser place à une « mise en marche » stratégique et « réappropriée », amorcée par la Direction.

Section 2. La « mise en marche » de la gestion des RPS initiée par la Direction : comité de pilotage et groupes de travail stratégiques

L'objectif de cette seconde section est d'éclairer la « mise en marche » de la gestion des RPS initiée par la Direction après avoir refusé tout accompagnement de la part du cabinet DAVEOS, et contre l'avis des représentants du personnel élus au CHSCT. Nous rappelons ici que le caractère longitudinal de cette étude de cas exploratoire a pour but de mettre en évidence les évolutions d'un phénomène au cours du temps et la mise en évidence des intervalles de temps composant et structurant ce phénomène, en l'occurrence la gestion des RPS. Nous avons donc présenté dans la section précédente les « ingrédients » de la gestion des RPS, c'est-à-dire les éléments pertinents et nécessaires à la compréhension de l'amorce de ce processus : une problématisation remettant en cause le management et l'organisation du travail dans l'apparition des RPS. Cette seconde phase, ou séquence, va s'intéresser à un nouveau « segment temporel », la « mise en marche » de la gestion des RPS par la Direction, et va mettre en scène de nouveaux « ingrédients » : un comité de pilotage et quatre groupes de travail définis par la Direction. Nous verrons ainsi comment cette seconde phase va entraîner une bifurcation du processus (Mendez, 2010), c'est-à-dire une réorientation radicale de ce dernier au profit de la Direction.

Sous-section 1. Composition et première réunion du comité de pilotage : un comité non représentatif

Nous avons pu participer au « comité de pilotage RPS » après l'accord par mail du représentant du personnel participant au comité (Annexe 15), l'accord du directeur ayant été acté dès notre arrivée sur le terrain. Il est intéressant de constater que cet accord par mail du représentant du personnel pose une condition claire, celle de « *ne pas se substitue(r) à la possible intervention d'un expert* ». En effet, nous avons pu constater que les représentants du personnel tenaient toujours à ce qu'un consultant du cabinet DAVEOS intervienne afin de « chapeauter » la mise en place et le fonctionnement du comité de pilotage.

La première réunion du « comité de pilotage RPS » a eu lieu le 7 Septembre 2011 : cette première réunion amorçait indubitablement une nouvelle séquence du processus de

gestion des RPS. En effet, la composition définitive du comité de pilotage allait à l'encontre de la logique prônée par le rapport d'expertise. Pour rappel, ce rapport insistait sur l'établissement d'un **comité de pilotage permanent, pluridisciplinaire et amenant des acteurs internes et externes à l'organisation à collaborer**, « pré-requis » nécessaire à toute démarche de gestion. Cependant, le **comité de pilotage RPS était composé du directeur, du responsable sécurité et qualité, du DRH, du surveillant général, du psychologue du travail, d'un seul représentant du personnel élu CHSCT** (n'étant pas le « leader d'opinion » pré-cité), **et du médecin du travail**, en plus de notre présence. Ce « déséquilibre » au profit de membres de la Direction a ainsi rapidement été souligné par le psychologue du travail, s'adressant au directeur de la polyclinique du Sud : *« je tenais à vous informer que le fait qu'il n'y ait pas de délégué du personnel, de délégué syndical, de représentant syndical hormis (la représentante du personnel)... ça n'a pas été bien perçu... Surtout au niveau de la transparence. Je le signale parce que c'est considéré comme un manque de transparence du comité de pilotage »*. Le directeur a alors souligné la faiblesse du nombre de candidatures provenant des salariés, mais a surtout insisté sur le fait que l'*« on ne pouvait pas faire un groupe de plus de sept ou huit, et (qu')il m'était impossible de ne pas associer le responsable sécurité et qualité, le DRH, le surveillant général, le psychologue du travail et le médecin du travail. Forcément après il ne reste plus beaucoup de place ! »*. Le représentant du personnel a poursuivi en soulignant que l'intérêt d'un comité de pilotage était justement d'associer des personnes représentatives de l'entreprise. Le directeur coupait court en considérant qu'*« il n'est pas indispensable de les associer »*, et qu'ils pourront l'être *« une fois qu'une décision importante les concernant devra être prise »*. Le médecin du travail, souhaitant « sortir » de ce « blocage initial », a alors proposé un compromis : celui d'associer les salariés *« plutôt en aval, pas dans le comité de pilotage, mais plutôt dans les groupes de travail, sur certains sujets précis (...) pour qu'ils se sentent investis »*. L'intéressement et l'enrôlement des membres du comité de pilotage, en d'autres termes la mise en avant par le « directeur acteur-réseau » des gains à participer au comité et l'articulation des rôles, semblent ainsi relever d'une stricte logique fonctionnelle et stratégique, le **directeur composant le comité de pilotage du fait de leur fonction dans la polyclinique et de leur « étiquette Direction »**.

Les premiers échanges portaient alors sur *« le rôle et la fonction du comité de pilotage »* : un véritable flou autour des prérogatives et des logiques de fonctionnement apparaissait. Le représentant du personnel demandait alors si l'un des membres du comité de

pilotage avait déjà participé à un tel comité. Le responsable sécurité et qualité précisait qu'« *comité de pilotage (devait) déterminer les axes de travail, où l'on veut aller et quelles seront les actions prioritaires* ». La question du recours au cabinet DAVEOS était toujours présente : le représentant du personnel rappelait le manque de ressources internes pour mettre en place les préconisations, tandis que le surveillant général souhaitait « *se baser sur les états des lieux de l'expertise (afin) d'y distinguer les choses que l'on peut faire rapidement, peu coûteuses* », notamment certaines actions « à la marge ». Le représentant du personnel soulignait que selon DAVEOS, « *il semble important de cibler des actions transversales* », et non aussi restrictives que le souhaiterait le surveillant général. Le DRH reconnaît le fait de « *devoir partir du vécu des salariés, les idées et les solutions (devant) venir des gens quotidiennement confrontés au problème* ». Face au risque de psychologisation et d'individualisation soulevé une nouvelle fois par le représentant du personnel, sous-entendant l'indispensable recours au cabinet DAVEOS, le directeur considérait « *avoir les compétences suffisantes autour de cette table* » pour mettre en place les préconisations. Le directeur délégitimait ainsi toute intervention extérieure, considérant qu'« *elle ne (prenait) pas suffisamment en compte le contexte de la polyclinique, les spécificités* ». De plus, l'action sans recours à un consultant devait permettre d'« *avoir des résultats rapides* » selon le directeur. Ainsi, la « mise en marche » du comité de pilotage se heurtait tout d'abord aux questions mêmes de la fonction du comité de pilotage, à l'objet de ce dernier. Le représentant du personnel souhaitait « *parler du travail* », ce à quoi le directeur a répondu « *vous avez une ambition très haute* ». L'idée finalement retenue était celle d'opérer, avant toute chose, une **priorisation de l'action à réaliser** par le comité de pilotage. D'un côté, le psychologue du travail considérait que les priorités devraient être la communication et le collectif de travail, vision partagée par le médecin du travail et le représentant du personnel, soulignant également l'importance d'aborder la culture d'entreprise. D'un autre côté, le directeur soulignait l'importance du rôle de veille du personnel encadrant, et le fait que de nombreux problèmes puissent être de type « *persono-dépendant* » : incompétence, défaillances, formes de faiblesse individuelle.

Ces divergences, ou controverses, autour de la priorisation de l'action à réaliser par le comité de pilotage a permis de « ramener au cœur du débat » la question de la non représentativité du comité de pilotage perçue par le représentant du personnel : « *j'ai envie de revenir sur la frustration des délégués syndicaux, il serait intéressant de ne pas les laisser de côté* », ce à quoi le directeur a sèchement répondu « *La question a été traitée ! Vous avez été élu au*

CHSCT, vous représentez la 'chose' ! ». Ensuite, le directeur soulignait que « *ce premier comité de pilotage n'a pas été affiché, il n'y a pas eu d'information autour de sa tenue* » afin de débiter « *sereinement* », ce qui semblait en décalage au vue de la tension existante durant ce premier comité de pilotage. La réunion se concluait, chacun des membres du comité de pilotage devant « *retenir un plan d'actions avec un ordre prioritaire* » pour le second comité, qui devait avoir « *lieu dans un délai rapide* ».

Cette première réunion du comité de pilotage a ainsi permis de mettre en lumière un premier « détournement » dans la « mise en marche » de la gestion des RPS suite à la problématisation opérée par le cabinet DAVEOS. En effet, le fait que la Direction ait décidé de constituer un comité de pilotage composé essentiellement de membres « étiquetés Direction » va à l'encontre du caractère représentatif prôné par l'expertise CHSCT. Il convient de préciser ici que la Direction aurait pu « ne rien faire » suite à l'expertise et « ranger dans un tiroir » le rapport de DAVEOS. Cependant, nous verrons que cette mise en marche revêt une dimension stratégique de « traduction empêchée » et de renversement, ou réappropriation, de la gestion des RPS au profit de la Direction (soulignant une des limites des pratiques des consultants).

Sous-section 2. Second comité de pilotage et définition des groupes de travail

Le second comité de pilotage a eu lieu le 20 Septembre 2011, soit treize jours après le premier comité de pilotage RPS. Comme cela était prévu, chaque membre devait présenter un plan d'action priorisé (le médecin du travail était absent) : le psychologue du travail proposait de « *faire deux ou trois réunions de sensibilisation autour du sentiment d'appartenance à l'entreprise, et une réunion sur les questions pratiques et la manière dont les salariés perçoivent leur travail* » ; le représentant du personnel avançait l'idée d'un « *travail sur les outils à disposition afin de les étoffer, et une recherche de nouveaux outils, notamment pour les cadres* » qui ne disposent pas d'une « *visibilité suffisante de l'activité* » ; le responsable sécurité et qualité souhaitait « *clarifier les fonctions et responsabilités de chacun, travailler sur les valeurs pour que ce soit le plus fédérateur possible (...) et travailler vis-à-vis des services supports*³⁷ afin de limiter leurs frictions avec le personnel soignant » ; le surveillant général relevait comme « *premier point : la communication, avec la question du collectif, des*

³⁷ Service entretien, économat et logistique

indicateurs ascendants et descendants clairs et parlants (...) Ensuite : la clarification de qui fait quoi, avec les fiches de poste etc. Et enfin les problèmes liés aux soucis du quotidien, les petits dysfonctionnements de matériel qui pourrissent le quotidien ! » ; le DRH proposait de « *diffuser un QCM ou un questionnaire aux salariés pour dire clairement ce qui ne va pas dans leur travail* » ; et enfin, le directeur souhaitait, à l'instar du surveillant général, « *clarifier qui fait quoi, et surtout clarifier le rôle des cadres, leur autonomie et jusqu'où ?* ».

Dans une optique d'analyse processuelle, il est possible de constater dès cette étape de formulation de plans d'actions par les membres du comité de pilotage une certaine « **déconnexion** » vis-à-vis du contenu du rapport d'expertise de DAVEOS. En effet, la précision et la rigueur des préconisations formulées par ce rapport (cohérence de la ligne managériale, objectivation des besoins en ressources, mise en place de groupes de travail réunissant la Direction, les salariés et les partenaires sociaux par exemple) entraînent en contradiction avec l'« imprécision » et le caractère « évasif » des propositions des membres du comité de pilotage. Ces « nouveaux ingrédients » moins accusatoires pour la Direction vont progressivement **faire « bifurquer » le processus de gestion des RPS**, depuis une problématisation dénonçant les facteurs organisationnels à la constitution, nous allons le voir, de groupes de travail « diluant » la question de la responsabilité du management dans des thématiques vagues. Ainsi, à partir des propositions des membres du comité de pilotage, il a été décidé de « lancer » quatre groupes de travail devant théoriquement permettre de faire remonter des solutions du terrain. Ces quatre groupes sont justifiés par l'existence de problématiques au sein des fonctions support pharmacie deux sites de la polyclinique, des fonctions support entretien/économat/logistique et l'existence de problématiques « du quotidien ». Le directeur souhaitait « *ne pas voir trop grand dans un premier temps et d'abord travailler sur la question des fonctions support et des problèmes du quotidien* ». Les quatre groupes retenus étaient alors : « *Relations avec la pharmacie – Site 1* », « *Relations avec la pharmacie – Site 2* », « *Relations avec les services entretien/économat/logistique* » et le groupe de travail intitulé « *Venez avec vos idées pour améliorer le quotidien* ». Cette dernière appellation avait pour objectif, selon le directeur, de « *communiquer positivement afin d'inciter les salariés à venir dans un esprit constructif* » et ne pas faire émerger des plaintes ou un « *défolloir anti-Direction qui n'apportera rien de bon* ». Le représentant du personnel émettait une réserve sur ces groupes, considérant notamment que « *les problèmes du quotidien peuvent tout à fait être traités au sein des réunions de service* », appuyant ainsi le fait que les groupes de travail devraient aborder des thématiques beaucoup plus « englobantes », en lien direct avec le contenu du rapport d'expertise DAVEOS. De plus, le

fait que la participation à ces quatre groupes de travail relevait du volontariat attisait la crainte du représentant du personnel, persuadé que « *la greffe (n'allait) pas prendre* ». Malgré ces réserves, le directeur actait la constitution de ces quatre groupes, en répartissant leur animation entre les membres du comité de pilotage. Sitôt la répartition opérée, le directeur réfléchissait aux moyens de communiquer autour de ces groupes : sans passer par le moindre temps d'échange, le directeur décidait de « *faire un appel dans le journal pour la participation volontaire aux groupes, avec pour date limite d'inscription le 15 Octobre* ». Le directeur ponctue la réunion en considérant que le troisième comité de pilotage ne pourra être fixé qu'après la constitution des quatre groupes de travail et « *la tenue d'une ou deux réunions* ».

Sans vouloir « dénoncer » le caractère stratégique et la volonté délibérée de la Direction d'orienter la « mise en marche » de la gestion des RPS dans un sens la remettant moins en cause, il convient de souligner le fait que ces groupes de travail ne s'inscrivent pas dans la logique de la problématisation retenue par DAVEOS : au niveau du fond de ces groupes de travail, ces derniers tendent à « compartimenter » les différentes problématiques et à les limiter à des questions d'unités de service. Ce « **compartimentage** » **empêche de penser les problèmes d'organisation dans leur ensemble**, ce que l'expertise soulignait en préconisant des « *actions de régulation et de prévention* » au niveau organisationnel. Au niveau de la forme de ces groupes de travail, le fait de retenir le volontariat comme moyen de mobilisation allait à l'encontre d'une logique imposant la réunion entre les différents niveaux hiérarchiques afin, comme le souligne le rapport d'expertise, de « *réaliser un état des lieux sur les services les plus en difficulté* ». Ainsi, comme nous l'avons souligné, **ces groupes de travail tendent à faire bifurquer le processus de gestion des RPS** dans une logique pouvant exonérer la Direction de ses responsabilités dans l'exposition des salariés aux RPS.

Sous-section 3. Groupes de travail et remontées auprès du comité de pilotage

Les quatre groupes de travail retenus en comité de pilotage étaient donc :

- « *Venez avec vos idées pour améliorer le quotidien* » ;
- « *Relations avec la pharmacie – Site 1* » ;
- « *Relations avec la pharmacie – Site 2* » ;

-
- « *Relations avec les services entretien/économat/logistique* ».

Le groupe de travail « *Venez avec vos idées pour améliorer le quotidien* » s'est réuni le 24 Novembre 2011, piloté par le psychologue du travail membre du comité de pilotage. Ce dernier a débuté son propos en soulignant l'objectif de ce groupe de travail, en l'occurrence « *trouver des solutions pour améliorer le bien-être* », et en insistant sur le caractère décisif d'informations concrètes de la part des volontaires présents, le but étant de faire remonter les informations les plus fidèles au niveau du comité de pilotage. Il semble intéressant de souligner le fait que le psychologue a insisté sur l'idée que le groupe de travail doit « *apporter des propositions positives, réalisables* », les volontaires ne devant pas chercher à dire « *ce qui ne va pas, on veut plus de sous etc.* ». Cette précaution fait écho à la crainte du directeur vis-à-vis d'un groupe de travail devenant un « défouloir ». Dix personnes, sans dénombrer le psychologue du travail et nous-même, étaient présentes : six infirmières, trois aides-soignantes et le second responsable sécurité et qualité de la polyclinique. Un premier tour de table s'amorçait, visant à ce que les personnes présentes exposent ce qu'elles souhaiteraient voir abordé. Différents problèmes ont émergé : le travail dans l'urgence, les problèmes de communication, la gestion des lits, le projet de regroupement au sein de la nouvelle clinique, problèmes de stress, manque de respect de la part de la Direction. De plus, la moitié des personnes présentes ont fait part de leur simple curiosité et de la volonté de voir « *ce qui se met en place après le passage de DAVEOS* ». Ce groupe de travail a permis cependant de « confronter » le responsable sécurité et qualité à certaines infirmières et aides-soignantes, autour de la question de la mise en place régulière de nouveaux protocoles de soin à suivre. En effet, les soignantes reprochaient d'un côté la croissance exponentielle du nombre de protocoles, reprochant à « *ceux d'en haut (de vouloir) nous appendre notre travail !* ». Le responsable sécurité et qualité mettait en avant l'accroissement de directives à suivre obligatoirement et le fait que « *personne n'est venu directement (le) voir !* ». Le débat au sein de ce groupe de travail s'orientait et se ponctuait alors sur les manières d'améliorer la communication dans l'organisation et les pistes à creuser au niveau de cette communication.

Le groupe de travail « *Relations avec la pharmacie – Site 1* », animé par le responsable sécurité et qualité membre du comité de pilotage, a eu lieu le 9 Janvier 2012. Contrairement au premier groupe de travail, partant de questions ouvertes et d'un tour de table des difficultés à notifier, l'animateur de ce groupe a décidé de projeter un tableau *Excel* dans la salle de réunion, tableau devant être rempli tout au long de la réunion à partir des

différent témoignages des participants. Ce tableau était constitué de sept colonnes : Problématique, Services concernés, Causes, Solutions envisagées, Effets induits, Échéancier et Évaluation. Onze personnes étaient présentes : six infirmières, trois préparatrices en pharmacie, un cadre infirmier et un magasinier. Le responsable sécurité et qualité se désole de l'absence d'infirmières du service « Chirurgie », « *alors que c'est le service qui rencontre le plus de problèmes avec la pharmacie* », ainsi que de l'absence de médecins. Il convient de noter que le directeur n'a pas souhaité que la pharmacienne soit présente à ce groupe de travail, du fait de son caractère « *très expressif qui n'aurait pas fait avancé le débat* », selon les propos rapportés par le responsable sécurité et qualité. Différents problèmes ont émergé : les ruptures de stock, les délais entre ces ruptures et la nouvelle commande, les problèmes liés aux supports de prescription, l'envoi de substitutifs médicamenteux et le risque d'allergie des patients. À l'instar du premier groupe de travail, il semble intéressant de constater que ces échanges ont permis de « confronter » les infirmières aux préparatrices en pharmacie, notamment autour de questions très pratiques, comme le meilleur moment où les documents doivent être communiqués, et les différentes « débrouilles informelles » mises en place par ces actrices. Ensuite, d'autres problèmes ont émergé : le traitement personnel des patients, le transport des produits pharmaceutiques aux urgences, la gestion des commandes. L'animateur s'engage alors à faire remonter ces nombreuses difficultés au niveau du comité de pilotage.

Nous n'avons pas pu assister à la réunion « *Relations avec la pharmacie – Site 2* » du fait de notre indisponibilité : cependant, la logique adoptée par le surveillant général, animateur de ce troisième groupe de travail, était très proche de celle adoptée par le second groupe, en l'occurrence la projection d'un tableau *Excel*, tableau devant être rempli tout au long de la réunion à partir des différents témoignages des participants. Enfin, comme nous l'explicitons, le quatrième groupe de travail « *Relations avec les services entretien/économat/logistique* », devant être animé par le représentant du personnel, n'a pu avoir lieu comme cela était prévu.

Le comité de pilotage du 24 Janvier 2012 avait pour objectif de recenser les différents problèmes recensés au sein des quatre groupes de travail, chaque animateur devant présenter l'état d'avancement de leur groupe. Le psychologue du travail, animateur du groupe « *Venez avec vos idées pour améliorer le quotidien* », a repéré différents points d'amélioration possibles : la mise en place de réunions de service trois à quatre fois par an, avec ordre du jour affiché quinze jours avant et compte rendu affiché ou mis à disposition ; la mise en place de

référents qualité pour chaque service sur la base du volontariat, ce référent devant nouer un lien direct et régulier avec le service qualité ; l'amélioration de l'accueil des nouveaux salariés ; l'attitude des médecins vis-à-vis du personnel, cette attitude apparaissant comme une véritable source de souffrance pour le personnel.

Le responsable sécurité et qualité, animateur du groupe de travail « *Relations avec la pharmacie – Site 1* », a tout d'abord regretté, durant sa restitution, l'absence des infirmières du service « Chirurgie » et des médecins. Il s'est ensuite associé au surveillant général, animateur du groupe « *Relations avec la pharmacie – Site 2* », du fait de la proximité des problématiques rencontrées : le cas des ruptures de stock, des substitutifs médicamenteux, le traitement personnel des patients et la gestion des commandes par la pharmacie.

Le fait que le représentant du personnel n'ait pu mettre en place la réunion du groupe « *Relations avec les services entretien/économat/logistique* » a, *de facto*, créé une vive tension durant ce troisième comité de pilotage : le représentant du personnel, bien que reconnaissant « *porte(r) l'entière responsabilité* » de cette absence de réunion, soulignait le faible nombre d'inscrits et le fait que le peu de gens intéressés devaient déjà participer aux autres groupes de travail, craignant alors certaines « *redondances* ». Le directeur lui demanda alors des explications, considérant que « *les promesses n'ont pas été tenues* » et qu'elle-même n'a pas été tenue au courant, exprimant ainsi sa « *profonde insatisfaction* » en trouvant cela « *regrettable* ».

Le directeur concluait ce troisième comité de pilotage en acceptant le principe d'une mise en place de réunions de service trois à quatre fois par an et celle d'un référent qualité, les modalités d'accueil des nouveaux salariés restant « *à creuser* ». La question des relations avec les médecins devait être résolue par la mise en place de fiches de dysfonctionnement. Concernant les relations avec les pharmacies des deux sites, le directeur demandait aux deux animateurs concernés de valider directement avec les deux pharmaciennes. Enfin, pour le quatrième groupe, le directeur demandait d'être tenu au courant de son avancée.

Toujours dans notre optique d'analyse processuelle, nous pouvons confirmer la **progressive déconnexion de la « mise en marche » de la démarche de gestion des RPS initiée par la Direction de la problématisation réalisée par le cabinet DAVEOS** : en effet, alors que le rapport d'expertise préconisait une révision globale des modes de management et de

l'organisation du travail, le troisième comité de pilotage se concluait sur **des actions beaucoup plus restreintes et ponctuelles** : mise en place de réunions de service (sans réflexion sur les modalités de ces réunions), désignation d'un référent qualité (sans critère particulier), « réflexion à mener » sur l'accueil des nouveaux salariés et mise en place de fiches de dysfonctionnement. De plus, le fait que les animateurs des groupes de travail, n'aient pas « capitalisé » sur les échanges constructifs et les différents débats (entre le responsable sécurité et qualité et les soignantes ou entre les soignantes et les préparatrices de pharmacie), témoigne également d'un appauvrissement des remontées d'informations auprès du comité de pilotage. Comme nous l'avons indiqué, ces éléments, ou ingrédients, sont constitutifs d'un changement de séquence dans le processus de gestion des RPS, témoignant d'une **bifurcation stratégique de ce processus au profit d'une remise en cause extrêmement limitée du management et de l'organisation du travail**. Comme nous le verrons dans la section suivante à partir notamment de nos seconds entretiens auprès du directeur et des représentants du personnel, mais également auprès du médecin du travail, dix-huit mois après l'expertise CHSCT, ce processus va progressivement passer d'une « mise en marche » à une « mise en arrêt », la question des RPS se diluant progressivement dans la problématique plus large de la pénibilité au travail.

Cette seconde section a donc permis de mettre en lumière la « mise en marche » du processus de gestion des RPS par la Direction suite au refus de collaborer avec le cabinet DAVEOS dans la mise en place des préconisations. Nous avons présenté le **caractère non représentatif du comité de pilotage** désigné par la Direction, et le fait que les quatre **groupes de travail étaient déconnectés de la problématisation du rapport d'expertise**. De plus, nous avons mis en évidence la **bifurcation du processus de gestion des RPS**, tendant progressivement se cibler autour d'éléments remettant en cause le management et l'organisation du travail *a minima*. Nous verrons dans la prochaine section le fait que cette tendance se confirme, le processus de gestion des RPS ralentissant progressivement jusqu'à sa « mise en arrêt ».

Section 3. La « mise en arrêt » de la gestion des RPS

L'objectif de cette section est de présenter la manière dont le processus de gestion des RPS « mis en marche » par la Direction va progressivement être « mis en arrêt », notamment du fait de la création d'un groupe sur la pénibilité au travail, concourant à la dissolution du comité de pilotage RPS. Nous analyserons tout d'abord les perceptions du directeur, des représentants du personnel et du médecin du travail dix-huit mois après la réalisation de l'expertise par le cabinet DAVEOS. Puis nous présenterons le contenu des deux derniers comités de pilotage RPS, avant de nous intéresser à la création du comité de pilotage sur la pénibilité au travail et ses conséquences sur le processus de gestion des RPS.

Sous-section 1. Les apports perçus de l'expertise CHSCT « à dix-huit mois »

Cette sous-section, outre le fait de « strictement » présenter le contenu de la seconde série d'entretiens, a pour objectif, dans une perspective d'analyse processuelle et longitudinale, de comparer la teneur des propos du directeur et des représentants du personnel « avant et après l'expertise ». Ainsi, cette comparaison doit nous permettre d'éclairer l'éventuelle évolution de la perception de la gestion des RPS par ces acteurs, depuis le départ du cabinet DAVEOS jusqu'à la tenue de ces entretiens.

Comme nous l'avons souligné, le directeur nous avait fait part, au moment de notre arrivée au sein de la polyclinique, du fait de ne « rien attendre de l'expertise », considérant que le CHSCT « usait et abusait » de ses prérogatives, concluant alors cet entretien de manière fataliste : « *on verra bien ce que l'on pourra en tirer de cette expertise* ». L'entretien de Juin 2012 a permis de confirmer cette vision « délégitimante » de l'expertise CHSCT : « *Concernant l'expertise CHSCT... Je n'en tire pas grand-chose... Les gens ont besoin de s'exprimer, ils s'expriment...* ». Il semble intéressant de relever les nombreuses références aux évolutions globales de la société, devant permettre selon le directeur d'expliquer une importante partie du problème: « *quand vous savez que 10% de la société se sent heureux au travail... Je pense sincèrement qu'il s'agit d'un problème de société, plus qu'un problème spécifique à l'établissement, c'est la société qui évolue, les gens sont de moins en moins contents, de plus en plus frustrés, et donc les plaintes augmentent ! Tout simplement !* ». Le directeur soulignait également la « *perte du goût du travail* », mais également la « *perte de la*

valeur famille », l'avènement de la « *société du jetable* » et des « *salariés qui ne pensent qu'à leurs droits mais pas à leurs devoirs* ». Cependant, une évolution majeure apparaissait dans le discours du directeur : le **ciblage des cadres de soins et de leur responsabilité dans les dysfonctionnements de la polyclinique** : « *quand je lis dans l'expertise que la moitié des cadres ne se sent pas bien, qu'ils sont en position de souffrance, je trouve ça grossier : certains n'assument pas tout simplement ! J'ai pour habitude de dire qu'être cadre c'est 90% d'emmerdes et 10% de détente, certains voudraient que ce soit 90% de détente et 10% d'emmerdes ! Mais ça ne marche pas comme ça !* ». Le directeur soulignait alors les « *défaillances de l'encadrement de proximité* », certains n'assumant pas leurs responsabilités. Plus largement, le directeur délégitimait totalement le cabinet DAVEOS, ayant réalisé une « *enquête à charge, non objective* », surtout que « *ce cabinet est connu pour être proche des syndicats, alors bon hein...* ». De plus, le directeur considérait que certains se sont certainement « *dé foulés dans les réponses* ». La problématisation opérée par le directeur désignait donc clairement « *les cadres qui n'assument pas leurs responsabilités et certains salariés qui profitent des manques de ces cadres* » comme les principaux responsables de la situation.

Au niveau des actions mises en place depuis l'expertise de DAVEOS, le directeur considérait que « *le comité de pilotage, les groupes de travail, ça a permis de faire avancer certaines petites choses, de mettre en lumière certains petits dysfonctionnements* », trouvant cependant cela « cher payé » : « *ça a coûté 34 000 euros cette histoire quand même !* ». Au niveau de la composition du comité de pilotage, le directeur insistait sur le fait que cela a été réalisé en collaboration avec le représentant du personnel, et que la limite de huit personnes combinée à la présence indispensable de certains acteurs de la Direction « *empêchait de faire autrement* ». Au moment de l'entretien, le directeur souhaitait « *poursuivre les groupes de travail (...) si tant est que des choses remontent, des idées...* ». Ainsi, comme nous l'avons souligné, la principale évolution du discours du directeur reposait sur la désignation des cadres comme responsables des défaillances de l'organisation. Ce constat semble traduire une certaine forme d'**appropriation stratégique, partielle** (voire partielle) **du diagnostic** opéré par DAVEOS, ce cabinet ayant « uniquement » souligné l'absence de lien entre la Direction et les cadres et leur manque de professionnalisation. Enfin, le directeur nous faisait part de l'émergence de la question de la pénibilité dans les « nouvelles priorités » de l'organisation, se traduisant par une formation obligatoire des membres du CE et du CHSCT afin de « *donner leur avis sur*

l'accord pénibilité qui sera établi », soulignant également qu'« *il n'y aura pas de comité de pilotage spécifiquement dédié à la pénibilité* ».

Concernant les représentants du personnel, nous avons souligné, durant le premier entretien, outre les craintes liées à notre « arrivée soudaine », le fait que ces acteurs plaçaient d'importants espoirs dans l'expertise CHSCT, notamment suite à l'échec de la concrétisation des résultats issus l'enquête de la médecine de travail réalisée en 2006. Les représentants du personnel soulignaient également l'importance de l'accompagnement post-expertise dans le choix du cabinet DAVEOS. Durant le second entretien, tenu le lendemain du second entretien auprès du directeur, il convient de préciser le changement de « leader d'opinion » au sein du groupe, changement directement lié à la participation au comité de pilotage du « nouveau leader », logiquement plus légitime dans sa prise de parole prioritaire. Le premier constat est clair : « *on a l'impression qu'avec cette post-expertise, on pousse un brancard bloqué aux quatre roues !* ». Ainsi, les représentants du personnel soulignent les **difficultés de mise en place effective d'une « vraie » gestion des RPS**, soulignant les problèmes d'implication des salariés de la polyclinique et l'absence de remise en cause de la part de la Direction. Ces difficultés ne les étonnaient pas, surtout que, dès le vote de l'expertise, l'ex-leader d'opinion a « *été menacé par téléphone pour me faire comprendre qu'imposer une expertise était une mauvaise idée...* ». Ces acteurs déploraient durant ce second entretien le fait que « *quasiment rien ne se passe concrètement (...) et qu'il existe de vraies difficultés à passer à un VRAI plan d'actions, notamment au niveau de l'organisation et du management* ». Notre sentiment d'une certaine forme de stigmatisation des cadres par la Direction a été confirmé par les représentants du personnel : « *on a même l'impression que l'expertise a eu l'effet inverse, notamment pour les chefs de service, les cadres : ça a fait peser un poids encore plus lourd sur eux, le directeur tape sans cesse sur eux, en considérant que ce sont des gens qui ne foutent rien !* ». Plus largement, les représentants du personnel expliquaient le désinvestissement croissant des membres de la polyclinique par une suite de « *promesses non suivies d'effets* ».

Au niveau des actions mises en place depuis l'expertise de DAVEOS, le représentant du personnel membre du comité de pilotage insistait sur ses difficultés, dont celles à faire entendre sa voix : « *je me sens assez seul et isolé dans ce comité, je suis le seul représentant des salariés...* ». De plus, ce nouveau « leader d'opinion » reconnaissait que : « *c'est clair que l'on s'est fait clairement avoir sur la composition du comité de pilotage (...) on n'a pas vu le*

truc venir, le rapport de force etc. ». Il nous a également fait part d'un nouvel élément : le refus assumé d'intégrer un délégué syndical dans le comité de pilotage RPS, du fait qu'il « *est partout, il s'occupe d'énormément de choses, et surtout il dit oui à tout !* ». Les représentants du personnel nous présentaient alors différentes situations où ce délégué syndical développait des « stratégies individuelles » en étant « *volontairement instrumentalisable* ». Le représentant du personnel membre du comité de pilotage soulignait ensuite l'évolution du comportement du directeur au cours des trois comités de pilotage, passant d'une volonté affichée de s'appuyer sur le contenu du rapport d'expertise, lors du premier comité de pilotage, à un comportement beaucoup moins consensuel : « *dès le second comité de pilotage le directeur a pris les rênes en imposant le nombre de groupes et les thématiques, notamment la thématique sur les relations avec les services entretien, économat et logistique, je ne la sentais pas du tout !* ». Cet acteur a également, à nouveau, mis en évidence le manque d'implication des salariés, notamment des cadres, se sentant « *stigmatisés par le directeur* ». Enfin, les représentants du personnel nous ont fait part de la tenue d'une formation sur la pénibilité d'une durée de quatorze heures répartis sur deux jours, espérant qu'« *un comité de pilotage sera mis en place (afin de) rattraper nos erreurs et reprendre du pouvoir dans les rapports de force avec la Direction !* ». Cet hypothétique « comité de pilotage pénibilité » apparaissait aux yeux des représentants du personnel comme un espoir de « *reprendre la main face à un comité RPS qui patine un max* ».

Au niveau de l'entretien avec le médecin du travail, ayant également eu lieu en Juin 2012, celui-ci n'a pu se dérouler comme cela était prévu, cet acteur se considérant comme étant « *trop clairement identifiable* » pour exposer en détail ses ressentis sur le mode de fonctionnement du comité de pilotage RPS et, plus largement, sur la situation au sein de la polyclinique du Sud, en plus de la question du secret médical et professionnel. Le médecin du travail reconnaissait cependant une « *expertise bien faite et solide* », se déclarant ainsi « *tout à fait d'accord avec son contenu* ». De plus, le médecin du travail soulevait le fait que le directeur lui avait ouvertement dit qu'il ne souhaitait pas sa présence dans le comité de pilotage, mais qu'il avait dû l'intégrer sur demande express du CHSCT. Le problème majeur selon le médecin était un problème de marges de manœuvre et d'impossibilité de mettre en place une vraie réorganisation ; les quatre groupes de travail retenus « *ne traitent pas des vrais problèmes, ce sont des détails alors qu'il faudrait toucher l'organisation globale du travail* ». Le médecin déplorait également le fait que le directeur opérait une « *chasse aux cadres : lors de la restitution du cabinet DAVEOS, à la toute fin, le directeur nous a dit, à*

moi et au consultant, que de toute façon, il savait dans cette expertise qui avait dit quoi ! ».

Le médecin concluait notre échange informel en considérant que les groupes de travail et l'expertise en l'état, ne servaient malheureusement à rien.

Nous avons donc mis en évidence travail les perceptions du directeur, des représentants du personnel et du médecin du travail dix-huit mois après la réalisation de l'expertise par le cabinet DAVEOS, et l'évolution des deux premières : ainsi, le directeur conservait sa position visant à délégitimer l'expertise, mais adoptait une vision visant à **faire porter la responsabilités des maux par les cadres**, forme de **réappropriation stratégique du diagnostic** du cabinet DAVEOS ; les représentants du personnel, qui fondaient de nombreux espoirs en l'expertise CHSCT, déploraient dix-huit mois plus tard les difficultés liées à la mise en place d'une gestion des RPS remettant en question l'organisation du travail et le management. Cependant, ils espéraient profiter d'un éventuel « comité de pilotage pénibilité » afin de reprendre la main dans le rapport de force avec la Direction. Enfin, le médecin du travail abondait dans le sens des conclusions de l'expertise, tout en constatant le fait que les mesures prises n'étaient pas à la hauteur d'une vraie réorganisation du travail. Ces entretiens nous ont amené à tout d'abord envisager la survenue d'une nouvelle séquence dans le processus de gestion des RPS : celle de la « mise en arrêt » (par opposition à la « mise en marche ») de ce processus. Les deux-sous sections suivantes doivent nous permettre d'acter cette nouvelle phase du processus, traduction potentielle de sa bifurcation au profit des intérêts de la Direction.

Sous-section 2. La « mise en arrêt » du comité de pilotage RPS

Cette sous-section exposera le contenu des deux dernières réunions du comité de pilotage RPS, témoignant d'une nouvelle phase du processus de la gestion des RPS : la phase de « mise en arrêt ». Ainsi, comme nous l'avons indiqué au cours de la section précédente, la dernière réunion du comité de pilotage du 24 Janvier 2012 s'était ponctuée sur la décision du directeur de mettre en place des réunions de service trois à quatre fois par an, d'instaurer un référent qualité, de creuser des pistes devant améliorer l'accueil des nouveaux salariés, de mettre en place des fiches de dysfonctionnement et d'inciter les animateurs des groupes en relation avec les pharmacies de s'ajuster directement avec les deux pharmaciennes. Nous

avons ainsi mis en relief une déconnexion de la « mise en marche » de la gestion des RPS par rapport à la problématisation opérée par le cabinet DAVEOS.

Le comité de pilotage du 5 Juin 2012 nous a tout d'abord permis de faire connaissance du nouveau DRH, l'ancien ayant été remercié (sans autres précisions possibles). Il est intéressant de constater que, juste avant de débiter ce quatrième comité de pilotage, le directeur informait « en direct » le nouveau DRH de l'existence et du fonctionnement du comité de pilotage, n'ayant « *pas eu le temps de lui en parler avant* », témoignant du niveau d'intérêt prêté par le directeur au comité de pilotage. Nous n'avions pas eu connaissance, durant le laps de temps d'un peu plus de cinq mois, de la tenue de nouvelles réunions de groupes de travail. En effet, le tour de table opéré en début de réunion mettait en évidence l'absence de nouvelles réunions des groupes de travail formalisées, l'avancée de ces groupes ayant reposé sur des réunions plus informelles, voire improvisées. Ainsi, au niveau du groupe « *Venez avec vos idées pour améliorer le quotidien* », le psychologue du travail en charge de l'animation de ce groupe soulignait quelques avancées, principalement une augmentation de la régularité des réunions de service, la désignation d'un référent qualité dans chaque service et un projet de fiche de dysfonctionnement. Au niveau du référent qualité, le psychologue du travail soulignait la « *difficulté à concrètement les mettre en place* », notamment du fait de la surcharge de travail de l'ensemble des salariés. Cet animateur formulait également l'idée d'une « boîte à idées » devant être déposée dans chaque service afin de recueillir de nouvelles, reconnaissant le fait que « *très peu de gens nous ont fait part de leurs soucis ou de leurs idées d'amélioration* ». Au niveau des deux groupes « *Relations avec la pharmacie* », il y a eu peu d'avancées selon les animatrices, l'une des deux pharmaciennes n'ayant pas souhaité changer son mode de fonctionnement car « *elle n'en voyait pas l'utilité* » selon les propos rapportés par le surveillant général. Enfin, au niveau du groupe « *Relations avec les services entretien/économat/logistique* », le représentant du personnel a « *fait le tour des services afin de recenser les différentes difficultés rencontrées sur le terrain* » : les principaux problèmes relevaient du manque de communication et de ruptures de stock (couches, compresses).

À la suite de ce tour de table, le directeur demandait : « *Bon, maintenant, sur quoi relancer la démarche ?* ». Le long silence qui a suivi témoignait clairement de la « **mise en arrêt** » **progressive du processus de gestion des RPS**. Ainsi, le nouveau DRH, n'ayant pas connaissance du processus à l'œuvre, proposait de « *travailler sur le sentiment*

d'appartenance » des salariés de la polyclinique. Cette proposition soulevait l'accord du représentant du personnel et du médecin du travail, tandis que le directeur « faisait la moue ». Suite à un échange sur les nouvelles pistes à suivre, le directeur relevait la piste d'une réflexion portant sur les « valeurs », devant « *prioritairement concerner les cadres* », le directeur soulevant une nouvelle fois le caractère « *persono-dépendant* » de ces questions.

Le comité de pilotage du 3 Juillet 2012 débutait sur une question laissée en suspens : « *Comment aborder la question des valeurs, notamment les valeurs des cadres ?* ». Le directeur proposait que « *la Direction donne les valeurs, ou un cadre de valeurs, que les salariés s'approprient* », ou, à défaut, « *faire émerger les valeurs de la base, à partir des échanges entre salariés pour que cela remonte progressivement* ». La priorité affichée par le directeur est de s'assurer que les cadres « *fassent vraiment travailler les gens* », justifiant ainsi le fait de leur inculquer des valeurs précises. De plus, le directeur mettait en avant son « *souci gestionnaire, c'est-à-dire donner des soins de qualité pour que les patients reviennent* ». Il était ainsi saisissant de constater l'**émergence d'une opposition autour de la question de la transmission des valeurs** : le directeur, le responsable sécurité et qualité et le surveillant général défendaient l'idée de la formulation d'un « cadre de valeurs » tandis que le représentant du personnel et le médecin du travail considéraient que cela devait venir de la base. Le directeur a ainsi tranché en décidant de mettre en place à la rentrée 2012 « *quelque chose avec les cadres, à leur niveau, sur la réflexion, sur les valeurs (...) une formation pour les cadres pour qu'ils managent cette réflexion dans leurs équipes* ». De plus, le directeur décidait de ne pas fixer de nouvelle date de comité de pilotage jusqu'à la mise en place des formations au niveau des cadres, et surtout du fait de la « *possible constitution d'un comité de pilotage autour de la question de la pénibilité au travail* ».

Notre présence au sein de la polyclinique du Sud jusqu'au mois de Décembre 2012 nous a permis de constater le fait que les formations auprès des cadres ont pris du retard dans leur mise en place, notamment du fait des difficultés éprouvées par le DRH dans la quête de formations adéquates. À ce stade du processus, dans le cadre de notre étude longitudinale, **nous pouvons acter la « mise en arrêt » de la démarche de gestion des RPS**. En effet, l'analyse de l'évolution du processus depuis la problématisation des RPS par le cabinet DAVEOS jusqu'aux conclusions du cinquième comité de pilotage RPS témoigne d'une **nette réappropriation stratégique des préconisations de l'expertise CHSCT, réappropriation empêchant la traduction amorcée par DAVEOS**. Ainsi, les préconisations visant à mettre

en place un comité de pilotage représentatif et devant traiter des questions de management et d'organisation du travail ont, « en bout de chaîne », abouti à la mise en place de formations devant porter sur les valeurs des cadres. La dernière sous-section doit nous permettre de présenter la mise en place d'un « comité de pilotage Pénibilité », actant la dissolution, voire la disparition, du comité de pilotage RPS, et du processus même de gestion des RPS.

Sous-section 3. La mise en place d'un « comité de pilotage Pénibilité » et la dissolution du « comité de pilotage RPS »

Comme les seconds entretiens menés auprès du directeur et des représentants du personnel l'ont souligné, la question de la pénibilité au travail est devenue durant l'année 2012 une « nouvelle priorité » de l'organisation, se traduisant par une formation obligatoire des élus du personnel. Nous avons également souligné le fait que le directeur ne souhaitait pas la création d'un second comité de pilotage, « aux côtés » du comité de pilotage RPS, tandis que les représentants du personnel comptaient sur cet hypothétique comité afin de reprendre la main dans le rapport de force face à la Direction.

Cette « nouvelle priorité » découle directement du respect d'une obligation légale : en effet, la réforme sur les retraites a généralisé l'obligation de prévention de la pénibilité, l'employeur devant prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, mesures comprenant des actions de prévention de la pénibilité au travail. Ainsi, **la Direction a décidé de créer un « comité de pilotage Pénibilité » au détriment du comité de pilotage RPS pré-existant**, le directeur ne souhaitant pas « *multiplier les co'pil* ». Nous avons pu participer à deux réunions de ce comité de pilotage, le 4 Septembre 2012 et le 15 Octobre 2012, afin, en priorité, d'analyser le « sort réservé » aux RPS.

Ainsi, nous avons pu constater que **ce nouveau comité de pilotage n'était composé d'aucun membre du comité de pilotage RPS** : en effet, il était présidé par le nouveau DRH, qui n'avait assisté qu'à un seul comité de pilotage RPS, du second responsable sécurité et qualité, du délégué syndical « *persona non grata* », de trois infirmières, du standardiste de nuit et d'un brancardier, tous volontaires. Cette composition du comité de pilotage nous orientait sur le caractère « moins stratégique » de ce groupe. En effet, dès la première réunion, le DRH

rappelait le strict cadre réglementaire dans lequel s'inscrivait ce comité de pilotage, dont l'objectif unique était d'arriver à un accord en lien avec le contenu de la nouvelle législation. Même si l'une des infirmières souhaitait que la « *pénibilité fasse avancer la question des RPS* », l'objectif affiché n'était clairement pas celui-ci. Ainsi, le DRH avait fixé la date de cinq réunions afin d'aboutir à un accord acté en Janvier 2013, prétextant des « *délais très stricts à respecter* ». Cette première réunion était axée sur la méthodologie à employer : le DRH recensait différents documents sur lesquels les membres du comité devaient se baser afin de renseigner un tableau pré-établi. Ce tableau identifiait dix « facteurs de risque de pénibilité » : « *Les manutentions manuelles de charge* », « *Les postures pénibles* », « *Les vibrations mécaniques* », « *Agents chimiques dangereux* », « *Activités exercées en milieu hyperbare* », « *Températures extrêmes* », « *Le bruit* », « *Le travail de nuit* », « *Le travail en équipes successives alternantes* » et « *Le travail répétitif* » (Annexe 16). Ces dix facteurs faisaient écho au contenu du texte législatif sur la pénibilité, qui recensait ainsi des facteurs de risque de pénibilité très précis. Le « travail » des membres du « comité de pilotage Pénibilité » était donc dans un premier temps de simplement « cocher » les cases de ce tableau, si l'un des documents (DUER, documents de la médecine du travail, mais également rapport DAVEOS) traitait de l'un des dix facteurs.

La réunion du « comité de pilotage Pénibilité » du 27 Octobre 2012 s'ouvrait sur un échange informel entre le responsable sécurité et qualité et le délégué syndical, dans l'attente de l'arrivée du DRH. Le délégué syndical soulignait le fait que « *rien ne se passe concrètement (...) les groupes RPS se sont totalement essoufflés, on obtient que des trucs de façade* ». Le responsable sécurité et qualité indiquait en réponse que « *des choses ont quand même été faites : la mise en place d'indicateurs par exemple* », même si l'enjeu reste le fait de « *porter les choses, de les faire vivre* ». La réunion s'orientait sur la méthodologie de récolte de données à retenir afin de renseigner le niveau des dix facteurs de pénibilité. Le DRH faisait sans cesse écho aux « *délais à tenir* », l'accord sur la pénibilité devant absolument être acté début Janvier 2013. La technique du questionnaire était donc retenue pour interroger le personnel sur le « niveau de pénibilité perçu » en termes de manutention manuelle de charge, de postures pénibles, d'agents chimiques dangereux, de bruit, de travail de nuit et de travail répétitif, les facteurs vibrations mécaniques, activités en milieu hyperbare, températures extrêmes et travail en équipes successives alternantes n'ayant pas été jugé comme pertinents par le comité de pilotage.

Ainsi, le « comité de pilotage Pénibilité » arrivait à un « *Accord d'établissement sur la prévention de la pénibilité* » définissant des « *actions concrètes favorables à la prévention de la pénibilité* » au sein de la polyclinique (Annexe 17). Les situations de pénibilité retenues étaient alors :

- *Le travail de nuit* : tous les salariés affectés sur un poste de nuit sont ainsi considérés comme se trouvant dans une situation de pénibilité
- *La manutention manuelle de charges* : regroupant le transport, soutien de charges, levage, pose, poussée, traction, port ou déplacement de charge
- *Les postures pénibles* : concernent la position forcée des articulations
- *Les agents chimiques dangereux* : l'accent est mis en priorité sur les composés organiques volatils (COV)
- *Le bruit* : concernant un niveau d'exposition quotidienne au bruit de 87 dB ou un « niveau de pression acoustique de crête » de 140 dB

L'accord définit ainsi une proportion des salariés exposés en fonction de chacun de ces facteurs de pénibilité, dégagant des seuils d'exposition très précis (exemple : 29,73% de l'effectif total de la polyclinique est exposé aux manutentions manuelles de charges). Sur la base de ces expositions, le comité de pilotage a retenu quatre thématiques d'action : l'adaptation et l'aménagement des postes de travail, l'amélioration des conditions de travail notamment d'un point de vue organisationnel, le développement des compétences et qualifications et la réduction de la poly-exposition. Il semble intéressant de constater que, dans leurs détails, ces pistes ne remettaient pas en question le management et l'organisation du travail. Ainsi, les actions relevaient des ambiances physiques (éclairage), des équipements de travail, des horaires et cycles de travail, de l'utilisation de nouvelles techniques et d'une formation autour de la prévention des risques. Enfin, il convient de relever que cet accord mentionne explicitement : « *Le groupe de travail RPS, sera sollicité par le comité de pilotage aussi souvent que nécessaire pour initier la création de documents, suggérer des actions de prévention en lien avec les thématiques définies par le présent accord* ». Cependant, ce comité de pilotage RPS, ne s'étant plus réuni depuis le 3 Juillet 2012, semblait, à notre sens, plutôt témoigner d'une « mise en arrêt » du processus de gestion des RPS, au détriment d'un accord sur la pénibilité prioritaire au vue de sa dimension d'obligation légale.

L'objectif de cette étude de cas exploratoire était donc de permettre une analyse processuelle de la gestion des RPS par les acteurs de la polyclinique suite au départ du consultant. Nous avons ainsi pu mettre en évidence l'**une des limites des pratiques des consultants dans la gestion des RPS** : la « **traduction empêchée** » et la **mise en marche d'une « réappropriation stratégique » des préconisations et du contenu du rapport d'expertise par la Direction.**

Nous avons ainsi pu distinguer trois séquences, ou phases, du processus :

- La séquence de « **problématisation des RPS par le cabinet DAVEOS** » : cette phase avait pour point de départ la réalisation de l'expertise CHSCT et la double restitution des conclusions de cette expertise en CHSCT et à l'ensemble du personnel de la part du consultant. Cette problématisation avait permis de formuler les contours du problème RPS autour de **facteurs organisationnels** : climat social dégradé, management autoritaire et inéquitable, manque de reconnaissance, charge de travail excessive, organisation défaillante et perte du sens au travail. L'objectif de la double restitution était d'**amorcer un mouvement autour des RPS**, en incitant les membres du CHSCT à passer de leurs représentations isolées à une première acceptation de coopération. La Direction a alors refusé d'associer le cabinet d'expertise dans la mise en place des préconisations, en préférant assurer elle-même cette mise en place ;
- La séquence de « **'mise en marche' de la gestion des RPS initiée par la Direction** » : cette séquence du processus de gestion des RPS a mis en lumière la **progressive déconnexion de la « mise en marche » de la gestion des RPS initiée par la Direction de la problématisation réalisée par le cabinet DAVEOS**. En effet, nous avons pu constater, à partir de l'analyse des trois premiers comités de pilotage RPS et des réunions des groupes de travail le fait les préconisations de révision globale des modes de management et de l'organisation du travail ont progressivement « laissé place » à des **actions beaucoup plus restreintes et ponctuelles** : mise en place de réunions de service, désignation d'un référent qualité, « réflexion à mener » sur l'accueil des nouveaux salariés et mise en place de fiches de dysfonctionnement. Outre le fait de constituer une nouvelle séquence du processus de gestion des RPS, cette étape constitue une véritable bifurcation de ce processus, **bifurcation stratégique au profit d'une remise en cause extrêmement limitée du management et de l'organisation du travail.**

-
- La séquence « *‘mise en arrêt’ de la gestion des RPS* » : cette dernière phase du processus de gestion des RPS a permis de présenter **le ralentissement progressif de ce processus jusqu’à son arrêt**, du fait de la dissolution du comité de pilotage RPS dans la création d’un comité de pilotage Pénibilité, répondant uniquement à des obligations d’ordre légal. En effet, **la Direction s’est appropriée partiellement et stratégiquement le contenu de l’expertise**, en désignant progressivement les cadres de soins comme les principaux responsables des dysfonctionnements organisationnels, justifiant la mise en place « finale » de formations devant permettre de compenser leurs manques et, ainsi, de résoudre la « principale cause de RPS » : les carences des cadres. La constitution d’un comité de pilotage Pénibilité, constitution répondant à une obligation d’ordre légal, a permis d’acter la « **mise en arrêt** » de la gestion des RPS, ce nouveau comité se limitant à des facteurs quantifiables très restreints de pénibilité, définis légalement et ne permettant pas de remettre en question le management et l’organisation du travail. Ce processus représente à nos yeux une « **traduction empêchée et réinterprétée** » de la gestion des RPS.

Résumé Chapitre 6

La **section 1** avait pour objectif de présenter la problématisation réalisée par le cabinet DAVEOS *via* son rapport d'expertise. Nous avons tout d'abord présenté la manière dont les premiers contacts ont été établis avec les acteurs de l'organisation. Puis nous avons mis en évidence le fait que cette problématisation diagnostiquait l'importance des facteurs organisationnels dans l'exposition des salariés aux RPS. Nous avons enfin présenté la double restitution du consultant et le refus de la Direction de recourir au cabinet DAVEOS dans la « mise en marche » de la gestion des RPS, préférant l'assurer elle-même.

La **section 2** a permis de mettre en exergue la « mise en marche » de la gestion des RPS initiée par la Direction suite au refus de collaborer avec le cabinet DAVEOS. Nous avons ainsi pu soulever le caractère non représentatif du comité de pilotage désigné par la Direction, et le fait que les quatre groupes de travail étaient déconnectés de la problématisation du rapport d'expertise. Ces éléments ont ainsi été constitutifs d'une bifurcation stratégique du processus de gestion des RPS, s'orientant progressivement autour d'éléments remettant *a minima* en cause le management et l'organisation du travail

Enfin, la **section 3** avait pour but de présenter la manière dont le processus de gestion des RPS « mis en marche » par la Direction s'est progressivement « essoufflé » jusqu'à sa « mise en arrêt ». Nous avons ainsi souligné le fait que le directeur a progressivement imputé la responsabilité des RPS aux cadres de soin, conduisant à considérer la mise en place de formations spécifiques dédiées aux cadres comme une « fin » du processus de gestion des RPS. Enfin, nous avons montré les conséquences de la création d'un « comité de pilotage Pénibilité » dans la dissolution du comité de pilotage sur les RPS et dans l'arrêt du processus de gestion des RPS, témoignant d'un processus global de « traduction empêchée et réinterprétée » du processus amorcé par le cabinet DAVEOS.

Conclusion générale

Cette conclusion générale doit nous permettre de **résumer** et de **synthétiser les résultats obtenus sur deux terrains très différents**, tant au niveau de la population étudiée qu'à celui des techniques de collecte et d'analyse des données retenues, mais permettant cependant d'éclairer, de manière complémentaire, un même objet de recherche : les pratiques des consultants dans la gestion des RPS. Il conviendra de « **faire progressivement remonter** » ces résultats au niveau de notre étude de la littérature, afin d'analyser les éventuels apports de notre recherche. Nous soulignerons enfin **les apports et limites de notre recherche, tout en présentant nos perspectives de recherche et d'approfondissement**.

Notre volonté d'analyser les pratiques des consultants dans la gestion des RPS était le fruit de différents éléments : tout d'abord, le constat d'un faible nombre de travaux en sciences de gestion portant sur la question des pratiques d'acteurs dans le champ des RPS, les manières d'appréhender un phénomène aussi complexe et les positionnements potentiellement différenciés du fait d'une dimension stratégique inhérente au champ des RPS. Ensuite, le fait d'avoir eu accès à un premier terrain de recherche regroupant des consultants en gestion des RPS et à un second terrain ayant eu recours à un consultant nous a incité à retenir leurs pratiques comme objet de recherche. Enfin, le fait que le caractère potentiellement stratégique de ces « nouveaux experts » faisait écho à notre première partie de revue de littérature sur le rôle d'appui stratégique historique des experts nous a conforté dans ce choix d'objet de recherche.

Pour analyser ces pratiques, nous avons mobilisé un cadre théorique combinant la sociologie du conseil en management (Villette, 2003) et la sociologie de la traduction (Callon, 1986). La première devait nous permettre de repérer et de définir les acteurs mobilisés durant le processus de conseil, en l'occurrence le consultant, le client et le public-cible. La seconde devait « alimenter » ce cadre relationnel : la gestion des RPS était alors appréhendée comme la construction en réseau d'un projet sociotechnique ; le consultant comme l'acteur-réseau à l'origine de la démarche et devant concourir à rapprocher les différentes visions ; le « *réseau* » comme la mise en relation par le consultant du client et du public-cible concourant à la gestion et, si possible, à la résolution, des RPS ; les « *controverses* » comme les confrontations de différentes représentations des RPS et de leur gestion ; et enfin, la

« *traduction* » comme le succès de la construction du projet de gestion des RPS, témoignant de la convergence du consultant, du client et du public-cible autour d'une seule et même représentation des RPS et de leur gestion. Ce second cadre théorique était donc décisif pour éclairer les conditions à partir desquelles le consultant, le client et le public-cible peuvent se trouver en convergence, ou en divergence, autour du projet de gestion des RPS. De plus, nous nous sommes basé sur les cinq étapes constitutives du processus de traduction : la « *problématisation* » comme l'étape de formulation des contours du problème RPS, préalable indispensable à tout processus de convergence ; l'« *intéressement* » comme la mise en avant des gains potentiels que peuvent tirer le client et le public-cible à leur participation au projet ; l'« *enrôlement* » comme l'articulation des rôles proposés par le consultant et ceux que le client et le public-cible acceptent de jouer ; la « *mobilisation des alliés* » comme la coopération effective entre les parties prenantes du projet de gestion des RPS, *via* notamment la constitution d'un « micro-réseau » ; et enfin le « *rallongement* » comme l'ultime étape du processus de traduction, condition décisive de solidité du réseau permettant d'étendre le projet sociotechnique construit par le « micro-réseau ».

La mobilisation de ce cadre théorique devait donc permettre de répondre à la problématique suivante : « *Comment les consultants interviennent-ils en matière de gestion des RPS en termes de problématisation, d'intéressement, d'enrôlement, de mobilisation des alliés et de rallongement ?* » Au regard de notre littérature, de la construction de notre objet de recherche et de notre problématique, nous avons formulé la proposition de recherche suivante : « *Les consultants en gestion des RPS développent des pratiques potentiellement stratégiques visant à promouvoir la représentation des RPS portée par leur client* ».

Pour répondre à cette problématique, nous avons dans un premier temps mené une démarche exploratoire abductive à partir de trente-sept entretiens semi-directifs compréhensifs de consultants, échantillon non représentatif de l'ensemble des consultants en gestion des RPS. Nous avons également procédé à des phases d'observation de journées du réseau de consultants et de « confrontation » de leurs pratiques. Nous avons également réalisé quatre entretiens semi-directifs auprès des animateurs institutionnels du réseau, ainsi qu'une analyse documentaire de dix-neuf rapports de mission et de conseil, de documents commerciaux des consultants et de documents produits par le réseau. Dans un second temps, nous avons réalisé une étude de cas longitudinale exploratoire abductive au sein d'un établissement de soins privé ayant eu recours à l'intervention d'un consultant dans le cadre d'une expertise CHSCT

mais n'ayant pas souhaité l'associer dans la mise en place des préconisations. Cette analyse processuelle de la gestion des RPS devait nous permettre d'éclairer la manière dont les acteurs de la polyclinique opéraient suite au départ du consultant. Nous avons ainsi pu observer durant une période de deux ans les réunions de « Délégués du Personnel », « Comité d'Entreprise », « Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail » et du « Comité de pilotage RPS » mis en place suite à la réalisation de l'expertise CHSCT. Nous avons également mené une étude documentaire et cinq entretiens semi-directifs, dont deux auprès du directeur et deux auprès des représentants du personnel (au moment de l'expertise et dix-huit mois plus tard pour chaque type d'acteur(s)), le dernier entretien ayant été réalisé auprès du médecin du travail.

Nous avons ainsi mis en évidence au sein du premier terrain de recherche l'hétérogénéité des pratiques des consultants en gestion des RPS. Cette hétérogénéité peut ainsi se traduire dans le choix du commanditaire, le profil disciplinaire du consultant, le contexte d'intervention, la posture de pré-problématisation, les modalités de problématisation, d'intéressement, d'enrôlement, de mobilisation des alliés et de rallongement. Nous avons mis en évidence des stratégies et des obstacles à chacune de étapes du processus de gestion des RPS. De plus, nous avons distingué trois « pratiques-type » : les pratiques co-constructives, les pratiques adaptatives et les pratiques militantes. Nous avons également mis en relief le fait que les consultants s'inscrivent dans une logique globale de marché et de concurrence. Cette logique concourt à l'hybridation des pratiques et des profils des consultants, à l'exception des consultants militants, caractérisés par leur « appartenance idéologique ». C'est ainsi que ce premier terrain permet de confirmer notre proposition de recherche « *les consultants en gestion des RPS développent des pratiques potentiellement stratégiques visant à promouvoir la représentation des RPS portée par leur client* », tout en soulignant que cette proposition est insuffisante dans l'appréhension globale des pratiques développées par les consultants. En effet, la volonté de promouvoir la vision du commanditaire existe, mais ce n'est pas la seule. Il est indispensable de remonter au niveau du marché des consultants, cette logique guidant la majorité de ces acteurs : hormis le cas des consultants militants, les consultants tendent à s'adapter au contexte d'intervention, à l'existence ou non de marges de manœuvre, aux besoins du commanditaire, les amenant ainsi à « osciller » entre pratiques co-constructives et pratiques adaptatives.

Nous avons mis en relief au sein du second terrain de recherche l'une des limites des pratiques des consultants dans la gestion des RPS : la « traduction empêchée » et la mise en marche d'une « réappropriation stratégique » des préconisations et du contenu du rapport d'expertise par la Direction. Cette limite a été mise en lumière à partir du constat d'une bifurcation du processus de gestion des RPS au profit de la Direction. En effet, la première étape de ce processus reposait sur une problématisation des RPS formulant les contours de ces risques autour de facteurs de type organisationnel : climat social dégradé, management autoritaire et inéquitable, manque de reconnaissance, charge de travail excessive, organisation défaillante et perte du sens au travail. Le refus de la Direction d'associer le cabinet d'expertise à la mise en marche du processus contribuait à passer à une seconde étape, caractérisée par la composition stratégique du comité de pilotage RPS (sur-représentation d'acteurs étiquetés Direction) et par la mise en place de groupes de travail aux thématiques peu « déstabilisantes » pour le management et l'organisation du travail. Enfin, la troisième étape « actait » la bifurcation du processus de gestion des RPS au profit des intérêts de la Direction en ralentissant progressivement le processus jusqu'à sa « mise en arrêt » et la dissolution du comité de pilotage RPS dans le comité de pilotage Pénibilité, au « pouvoir de déstabilisation » (pour la Direction) moindre.

Ces résultats confirment, d'une manière complémentaire, la dimension fortement stratégique du champ des RPS : les acteurs, consultants mais également Direction et représentants du personnel, développent des pratiques visant à préserver leur intérêt dans un contexte global s'apparentant généralement à un rapport de force. Ainsi, au niveau de la tension historique entre approche restrictive et approche élargie, **les consultants**, hormis les consultants militants, **sont multipositionnés**. Contrairement à ce que pouvait laisser présager notre état de la littérature autour d'experts « strictement patronaux » ou « strictement syndicaux », la **logique de marché sous-jacente à l'activité de conseil et d'expertise semble être décisive dans ce multipositionnement**. Il convient cependant de ne pas confondre « pratiques adaptatives » et « multipositionnement » : en effet, les pratiques adaptatives, comme nous l'avons indiqué, tendent à intégrer en priorité les opinions et les représentations du commanditaire dans la démarche de gestion des RPS, tandis que le multipositionnement du consultant fait référence à la capacité des consultants d'adopter, en fonction du contexte et des marges de manœuvre, des pratiques co-constructives et/ou adaptatives. **La dimension idéologique présente chez les consultants militants va à l'encontre d'un multipositionnement dans la tension historique entre approche**

restrictive et approche élargie : ici, le consultant, à l'instar des experts auprès des organisations patronales ou syndicales, revendique ouvertement son appartenance à tel ou tel « côté » du rapport de force. Ainsi, le consultant militant apparaît comme un « consultant pur » par opposition au « consultant hybride ». Cette « pureté idéologique » **n'en constitue pas moins une stratégie de « marché de niche »**, pour reprendre une nouvelle fois les termes de notre interlocuteur du troisième terrain de recherche potentiel. Même s'il cela nécessitera de plus amples recherches, cette stratégie de niche des consultants militants semble, comme nous l'avons brièvement avancé, reposer sur un effet-taille : en effet, le cabinet LYNX, considéré comme pro-CHSCT, et le cabinet TERT, pro-Direction, sont composés d'une centaine de consultants, la viabilité d'un cabinet « militant » semblant ainsi reposer sur des enjeux de visibilité et de « taille critique ».

Le second terrain a mis en lumière l'une des limites de la gestion des RPS : l'impossibilité de poursuivre une mission du fait d'un refus de la Direction. Ce terrain éclaire d'une manière originale notre problématique, qui pose la question du « *comment* » de l'intervention des consultants. Ce cas y répond « en creux », c'est-à-dire comment les consultants « n'interviennent pas », ou plus précisément « comment les consultants ne peuvent pas/plus intervenir », et également comment leur problématisation peut être renversée. La **dimension stratégique est ainsi sous-jacente à la gestion des RPS**, et plus largement aux RPS, phénomène flou apparaissant comme **constitutif d'un terrain propice à la confrontation et à la mise en concurrence des représentations opposées**. Il semble ainsi exister différentes voies de traduction, de constitution d'un réseau, en fonction des intérêts du commanditaire : le consultant apparaît ainsi, dans le meilleur des cas, comme un tuteur co-constructif. Autrement dit, **le rôle que pourra jouer le consultant dépendra en très grande partie de « l'état d'esprit » du commanditaire**. Il ne peut y avoir co-construction en l'absence d'engagement préalable de la Direction, et d'engagement de l'ensemble des acteurs durant le processus.

Une autre question tend à émerger ici : **quelle expertise est possible autour d'un phénomène aussi complexe et aussi propice à la mise en place de stratégies visant à imputer la responsabilité à « l'autre » ?** Comme nous l'avons vu au cours de notre revue de littérature, les médecins du travail, qui ne sont pas inclus dans des logiques de marché contrairement aux consultants, peuvent également se positionner différemment vis-à-vis de cette expertise : certains tendront à développer une approche élargie, tandis que d'autres se limiteront à une approche centrée sur l'individu. Est-il possible d'opérer une « expertise

objective », formule s'apparentant à un pléonasme mais ayant une réelle importance pour notre recherche. Plus largement, cela semble poser la question du rôle et des pratiques du « tiers », notamment concernant une problématique aussi « contextualisée » et « spécifique » que les RPS.

La logique de marché inhérente à la plupart des pratiques de consultants représente une réelle menace pour la gestion des RPS : cette logique peut se traduire par « l'industrialisation du conseil et de l'expertise », tendant à rationaliser le processus de gestion des RPS, à reproduire les mêmes techniques de diagnostic, pouvant aboutir à un appauvrissement de ce dernier. En effet, le consultant *TERT#1* a longuement « fait l'éloge » de « *la méthodologie EQUER-P* », censée être la solution miracle à tous les problèmes de RPS. Même si les consultants de notre échantillon, principalement composé de consultants indépendants ou fonctionnant en petites équipes, ne semblaient pas majoritairement adopter ce type d'outil, ces éléments doivent être appréhendés pour éclairer les pratiques des consultants. **Une autre menace pour la gestion des RPS tend à être l'utilisation stratégique et abusive de concepts issus de l'approche élargie des RPS.** En effet, certains concepts tels que le « travail réel » ou la « qualité empêchée » se sont progressivement développés dans la sphère publique, perdant ainsi de leur sens mais surtout de leur rigueur méthodologique. C'est dans cette optique là que les critiques des ergonomes vis-à-vis d'autres consultants se « vantant » d'observer le « travail réel » se placent. La polysémie des termes employés, leur potentielle inscription différenciée dans la tension historique, mais surtout les qualités d'orateur du consultant « vendeur de discours » imposent une prise de recul sur les concepts mobilisés par ces acteurs. C'est ainsi que nous avons atténué le « consensus apparent » des consultants autour de la réalisation d'une problématisation et d'une « mise en marche » co-constructives, le contenu de ces discours pouvant recouvrir des réalités très différentes, notamment dans l'opérationnalisation de la démarche de gestion des RPS par le consultant.

Face à une expertise potentiellement subjective, l'une des voies à suivre semble être celle de l'**interdisciplinarité** : cette voie doit tout d'abord nous amener à « atténuer » notre état de la littérature bipolarisant les approches disciplinaires entre approches restrictive et élargie. **Ces approches peuvent tout à fait être combinées**, pouvant ainsi enrichir le travail d'expertise. Parler d'interdisciplinarité est différent que de parler de pluridisciplinarité : en effet, ces disciplines, afin de mettre en lumière le plus fidèlement possible les logiques à l'œuvre autour

des RPS, doivent se combiner, se conjuguer, s'inter-éclairer, et non simplement co-exister comme dans le cas de la stratégie d'ouverture disciplinaire de certains consultants. Par exemple, comme le souligne Volkoff (2010), les techniques statistiques ne peuvent mieux rendre compte d'une situation de travail qu'en étant articulées à une volonté plus large, plus qualitative de compréhension des situations, de combinaison des niveaux d'analyse en santé au travail et d'inter-enrichissement des techniques. Cette promotion de l'interdisciplinarité est également défendue par Molinier et Flottès (2012), soulignant la complémentarité des approches qualitatives et quantitatives, la première visant à repérer les transformations des conditions sociotechniques et du contenu subjectif du travail tandis que la seconde apporte des éléments démonstratifs décisifs, du fait de la puissance que confère la mesure du grande échelle (*ibid.*, 2012). Le croisement des disciplines ne doit donc pas se limiter à un simple « argument marketing » de consultants souhaitant maximiser la vente de leurs prestations de service.

Une autre question décisive semble reposer sur la **cible d'intervention RPS** : quelle cible privilégier ? Comme nous l'avons vu, la typologie habituellement retenue tend à opposer l'individu à l'organisation du travail, autour des notions d'actions secondaire et tertiaire d'une part, et d'action primaire d'autre part. Cependant, les sciences de gestion doivent s'interroger sur les raisons incitant le pouvoir managérial à privilégier les actions portant sur les individus au détriment d'action portant sur l'organisation du travail, voire sur le travail en lui-même. Au-delà de la stricte dimension stratégique et du « jeu de responsabilités », la cible individuelle présente un avantage certain pour le management : celui de l'« identifiabilité ». En effet, agir sur l'individu (et nous mettons volontairement de côté la dimension stratégique de l'action individualisée), c'est identifiable. Mettre en place des numéros verts ou des séances de relaxation, c'est identifiable. Vouloir agir sur le travail et son organisation, c'est beaucoup plus complexe. De plus, le fait que le turn-over des encadrants s'accroisse contribue à la mise en place de telles actions : dans cette perspective, c'est le court-terme et la visibilité de l'action qui prime, au détriment du long terme et d'une action qui « portera ses fruits plus tard ». Ces éléments nous permettent d'atténuer l'idée d'une stricte dimension stratégique des actions individualisées relevant uniquement d'une question d'imputation de responsabilité. Le « signal » a son importance dans l'action managériale. Ce constat tendrait à remettre en question la « toute-puissance » de la typologie « primaire – secondaire - tertiaire ». La cible d'intervention doit également être appréhendée en fonction d'éléments de temps. Ainsi, les

actions individualisées de court terme, ou d'urgence, sembleraient plus « acceptables » qu'une pérennisation de ces actions dans le temps.

Cette question de la cible d'intervention nous amène naturellement à parler du **travail comme objet d'intervention et levier managérial de résolution des RPS** : faut-il gérer le travail ? Réfléchir du travail ? Adapter le travail à l'homme ? Ces questions apparaissent d'autant plus décisives et complexes dans un contexte d'individualisation et d'intensification du travail. Comment convaincre les managers de parler du travail et d'agir sur le travail dans un monde toujours plus rationalisé et quantifié, autrement dit un monde atteint de « gestionnisme » (Detchessahar, 2011a) ? La présentation d'Yves Clot au sein du colloque COMPARISK 2013 sur la réalisation d'un cas d'intervention chez Renault axé sur le travail a permis de mettre en évidence toute la complexité d'une telle démarche (Clot, 2013). En effet, la réalisation d'une intervention devant promouvoir le conflit autour du travail passait par de strictes conditions d'intervention : la présence impérative des cinq syndicats représentatifs, l'élaboration d'un accord préalable posant l'obligation d'opérer des transformations de l'organisation du travail. Au niveau des modalités d'action, le dispositif reposait sur un premier niveau devant permettre la réalisation d'auto-confrontations croisées entre opérateurs et un second niveau devant assurer la transformation progressive du contenu de ces auto-confrontations croisées en conflit sur les critères et les buts du travail de qualité, en remontant depuis les opérateurs jusqu'à l'encadrement et à la médecine du travail. Cette ingénierie très complexe, et dont les premiers résultats ne peuvent émerger qu'à long terme, constitue de fait un **obstacle de taille pour les managers**. Même si toutes les actions autour du travail ne semblent pas devoir passer par un tel protocole, l'action individualisée apparaîtra généralement comme la plus simple, et la plus visible, notamment à très court terme. **Le problème de l'émergence et de la pérennisation d'une gestion des RPS axée sur le travail reste posé**. Les travaux de l'étude SORG préconisant notamment le développement d'une ingénierie de la discussion centrée sur le travail et l'activité concrète des acteurs, animée par un cadre « *de* » et « *dans* » l'activité (Detchessahar, 2011b) constituent une piste tout à fait intéressante à exploiter pour les sciences de gestion.

Plus largement, cela revient à nous interroger sur les modalités du « *management* » en tant que tel, au sens de Mintzberg (2001), c'est-à-dire le pilotage et l'animation d'une action collective finalisée. La gestion des RPS ne peut faire l'économie d'une mise en question du manager et de la « fonction management » : le manager apparaît comme l'acteur décisif, bien

plus que le consultant, pouvant progressivement mettre le travail au cœur du fonctionnement de l'organisation. C'est lui qui dispose, ou qui doit disposer, des marges de manœuvre pour organiser le débat autour de la qualité du travail. À l'inverse, le refus de voir ce qui « déborde » de la standardisation des tâches, de prendre en compte la part humaine du travail qui ne peut être « pilotée » ou « reportée » (au sens inscrite dans des tableaux de *reporting*) condamne la question du travail. Ici, le consultant en gestion des RPS ne peut qu'amener les acteurs de l'organisation à traiter de ces questions : on retrouve ainsi sa **fonction de tuteur co-constructif** qui nous paraît être son « **apport maximal** » possible. Le consultant aide, oriente, conseille, mais c'est le manager qui décide, tranche et réalise. Les pratiques co-constructives des consultants peuvent ainsi participer à remettre le travail au cœur du débat : ces pratiques constituent un moyen plus qu'une fin, le consultant devant forcément quitter l'organisation à un moment donné.

Quel sera le manager, et plus largement le management de demain ? La question des RPS semble présenter un avantage décisif ici : celui de pouvoir remettre « tout à plat », du fait de sa grande complexité, sous réserve de ne pas « sombrer » du côté stratégique, malheureusement potentiellement inhérent à cette question. On en revient ainsi aux modalités concrètes de promotion du travail dans les politiques managériales. Lesquelles peuvent-elles être ? Le **principe de subsidiarité** peut ici nous être d'un certain secours : en effet, la recherche du niveau pertinent d'action peut concourir à envisager un pilotage et une animation d'une action collective finalisée adaptés et acceptés. Cette subsidiarité relève plus d'une manière de réfléchir que d'une méthode managériale à proprement parler : le manager de demain devra, pour faire face à des phénomènes aussi complexes que les RPS, essayer de réfléchir en termes d'action managériale subsidiaire, en montrant ce qu'il y a à gagner au plus près. Cette logique tend à passer de l'application de grands principes généraux à une action plus spécifique. Cette vision induit une vraie révolution culturelle : l'abandon des « experts d'en haut » au profit des « experts de la base » et « du quotidien », la promotion du « *bottom-up* » au détriment du « *top-down* ». Une seconde révolution serait celle du passage de la vision d'un travailleur appréhendé comme un « sujet rationnel », guidé par un calcul coût-avantage, à un travailleur vu comme un « sujet sensible », en quête de reconnaissance de son identité (Lhuillier & Litim, 2009). Comme nous l'avons souligné durant notre premier chapitre, cette évolution, basée sur une approche élargie des risques professionnels, tendrait à remettre en cause le principe du pouvoir unilatéral et de la notion même de subordination,

notion située au cœur du contrat de travail et pilier fondamental de notre droit du travail (Mias, 2010).

Cette étude exploratoire sur les pratiques des consultants en gestion des RPS nous a ainsi permis de mettre en évidence certaines limites que peuvent rencontrer ces acteurs, mais surtout de remonter au rôle décisif du manager dans la gestion des RPS. Il semble que nos « pratiques-type » puissent être étendues à ces acteurs dans une optique d'apport à la théorie. Il convient de reconnaître que la non-représentativité de notre échantillon de consultants ait constitué une des limites de notre recherche, notamment du fait de la « sur-représentation » du discours co-constructif. Il conviendra à l'avenir, notamment en étroite collaboration avec l'équipe ANR STRIPAP (*Stress et Risques psychosociaux au Travail : Acteurs et Pratiques*, LEST-UMR 7317) d'approfondir cette piste de recherche, mais également de l'élargir à d'autres types d'acteurs de la scène RPS, qu'il s'agisse d'acteurs internes ou externes à l'organisation.

Nous souhaitons ponctuer ce travail doctoral sur un **point méthodologique** : en effet, le Paradigme Epistémologique Interprétativiste Pragmatique (PEIP) nous semble être un paradigme tout à fait intéressant, principalement du fait qu'il cristallise l'ensemble de nos difficultés dans notre quête de terrain(s) de recherche. Comme nous l'avons présenté au cours des chapitres 3 et 4, il nous semble profondément décisif de « donner à voir » son parcours méthodologique, les refus rencontrés, les contraintes auxquelles se plier, voire les « contorsions » à opérer dans le seul et unique but de pouvoir « recueillir de la donnée exploitable ». Cette transparence nous apparaît comme étant une condition incontournable à la mise en lumière du « vrai » chemin de la connaissance. La grande majorité des ouvrages méthodologiques fait peu de cas de ces difficultés, pourtant totalement constitutives du processus de recherche : le passage de la revue de littérature au terrain d'enquête n'est pas chose aisée. Au-delà même du principe abductif, l'évolution de la posture du chercheur se fait également, et surtout nous concernant, au regard des **contraintes imposées par le terrain**. Le pragmatisme méthodologique nous paraissait le plus adéquat pour mettre en lumière ces adaptations forcées.

Ce paradigme gagnerait à être formalisé et renforcé par les chercheurs en sciences de gestion, et plus largement en sciences sociales. Cette formalisation devrait participer au renforcement des critères de validité scientifique des travaux opérés à partir de cette posture. Le chercheur, notamment celui qui s'inscrit dans des démarches qualitatives, doit nécessairement être pragmatique, afin de s'adapter aux imprévus de cette « matière vivante et mouvante » que constitue l'être humain. Le chercheur pragmatique est un « innovateur (du) quotidien », il s'adapte aux contraintes, il tente, il échoue, il re-tente, jusqu'à avoir accès à une source de données exploitables et, si possible, intéressantes. La vision du chercheur s'inscrivant « de fait » et avant toute amorce de démarche empirique, dans un paradigme épistémologique précis, est tout à fait déroutante, notamment pour le jeune chercheur. Pour reprendre les termes de Royer et Zarlowski (2007), la recherche s'apparente plus à un savoir-faire qu'à un savoir : c'est un long processus d'apprentissage et de développement de son expérience à partir de la fréquentation du terrain et d'une succession d'essais-erreurs. Dans notre conception, la recherche n'a pas pour seul et unique but la production de résultats, elle peut (elle doit) mettre en lumière le « chemin tortueux » d'accès à la connaissance, lui-même porteur de connaissances et d'enseignements sur le milieu et l'objet étudiés. Ainsi selon Morse (1994, cité par Royer & Zarlowski, 2007), la patience, la sagesse, le savoir-faire lors de la collecte de données, la méticulosité, la persévérance et le goût de l'incertitude sont les éléments constitutifs du « bon chercheur ». Nous voilà rassuré.

Bibliographie

A

Aballéa F., Mias A. (2012), *Organisation, gestion de production et santé*, Toulouse, Octarès Éditions, 2012

Abord de Châtillon E. (2004), « Management de la santé et de la sécurité au travail : un problème de mesure ? », *Actes du 15^{ème} congrès de l'AGRH*, Montréal, pp. 2543-2565

Abord de Chatillon E. (2005), « Le DRH de demain face aux questions de santé et de sécurité au travail », *Management et Avenir*, 2005/2, n° 4, pp. 157 – 170

Abord de Chatillon E., Bachelard O., Carpentier S. (2012), *Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale*, Paris, AGRH, Éditions Vuibert, 2012

Abord de Chatillon E., Bachelard O. (2005), *Management de la santé et de sécurité au travail : un champ de recherche à défricher*, Édition L'Harmattan, Paris, 2005

Abord de Chatillon E., Bachelard O., Moscarola J. (2006), « Conditions de travail et nouvelles pathologies : des contingences sectorielles et personnelles », *Revue Management et Avenir*, N°10, Septembre 2006, pp. 101-114

Abord de Chatillon E., Carrier Vernhet A., Desmarais C. (2010), « Peut-on comprendre la souffrance psychosociale des salariés sans qu'ils ne s'en rendent compte ? », *Actes du XXIème Congrès de l'AGRH « Nouveaux comportements, nouvelle GRH ?*, 17-19 Novembre 2010, Rennes – Saint-Malo

ADECAPE – *Association Des Ergonomes de Collectivités, d'Administrations Publiques et d'Entreprises* (2011), « Ergonomes internes dans la tourmente des risques psychosociaux... Quelles marges de manœuvre ? », p.77-84, in Hubault F. (coord.), *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, OCTARES Editions, 1^{ère} édition, 2011

Akrich M., Callon M., Latour B. (2006), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Paris, Presses des Mines de Paris, 2006

Alis D., Dumas M., Poilpot-Rocaboy G. (2010), *Risques et souffrance au travail*, Paris, Dunod, 2010

Allard-Poesi F. (1997), *Nature et processus d'émergence des représentations collectives dans les groupes de travail restreints*, Thèse de doctorat, Université Paris Dauphine, 1997

Allard-Poesi F., Hollet-Haudebert S. (2012), « La construction du sujet souffrant au travail au travers des instruments scientifiques de mesure », *@GRH*, 2012/4, N° 5, pp. 45-74

Allard-Poesi F., Drucker-Godard C., Ehlinger S. (2007), « Analyses de représentations et de discours », chap.17, pp.492-518 in Thietart R.-A. (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007

Allard-Poesi F., Maréchal G. (2007), « Construction de l'objet de recherche », chap.2, pp.34-57 in Thietart R.-A. (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007

Alter N. (2006), « Sociologie du monde du travail », Quadrige Manuels, Éditions PUF

Alter N. (2011), « Don, ingratitude et management. Suicide et désengagement au travail », *Revue française de gestion*, Volume 37, N° 211, Février 2011

Alvesson M., Kärreman D. (2000), « Varieties of discourse : on the study of organizations through discourse analysis », *Human Relations*, N°53, pp.1125-1149

Amblard H., Bernoux P., Herreros G., Livian Y.F. (1996), *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Éditions du Seuil, 1996

Amblard H., Bernoux P., Herreros G., Livian Y.F. (2005), *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Éditions du Seuil, 2005

ANACT (2002), « 20 ans de CHSCT : les conditions de travail revisitées ? », *Travail & changement*, N°282, Novembre 2002

ANACT (2008), *Prévention du stress et des risques psychosociaux au travail*, Études et documents, séminaire scientifique du 26 Novembre 2007, Lyon, Éditions de l'ANACT, 2008

Anderson S., Coffey B., Byerly R. (2002), « Formal organizational initiatives and informal workplace practices : links to work-family conflict and job-related outcomes », *Journal of management*, volume 28, N°6, pp.787-810

André C., Lelord F., Légeron P. (1998), *Le stress*, Toulouse, Éditions Privat, 1998

Angot J., Milano P. (2007), « Comment lier concepts et données », chap.7, pp.173-191 in Thietart R.-A. (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007

Aptel M., Cnockaert J.C. (2002), « Liens entre les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur et le stress », Document de l'INRS, BTS Newsletter N°19-20, Septembre 2002

Askénazy P. (2004), *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Paris, Seuil, 2004

Askénazy P., Cartron D., De Coninck F., Gollac M. (2006), *Organisation et intensité du travail*, Octarès Éditions, Toulouse, 2006

Aubert N., Pagès M. (1989), *Le stress professionnel*, Paris, Éditions Klincksieck, 1989

Aubin G. (2003), « La Réforme sociale et la réparation des accidents du travail (1881-1898) », p. 17-34 in Le Gall Y., Gaurier D. Legal P.-Y., *Du droit du travail aux droits de l'humanité. Études offertes à Philippe-Jean Hesse*, Presses universitaires de Rennes, 2003

Aubin C., Pélissier R., De Saintignon P., Veyret J., Conso F., Frimat P. (2007), *Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail*, IGAENR/IGAS, Octobre 2007

Auvergnon P., Lerouge L. (2008), « Les droits d'Europe du Sud confrontés aux risques psychosociaux au travail » (Comptrasec, 20-21 Septembre 2007), *Revue française des affaires sociales*, N°2-3, Avril – Septembre 2008

B

Babeau O. (2007), « Les pratiques transgressives des consultants au service de la fabrique de la stratégie », *Revue Française de Gestion* 2007/5, N°174, pp.43-59

Babeau O., Chanlat J.-F. (2008), « La transgression, une dimension oubliée de l'organisation », *Revue française de gestion*, 2008/3 N°183, pp. 201-219

Babeau O., Ohana P. (2009), *Les échecs du consultant. Les comprendre et les éviter*, Éditions ESKA, 2009, Paris

Bachelard O. (2008), *Risques psychosociaux au travail, vraies questions, bonnes réponses*, Paris, Éditions Liaisons, 2008

Bakker A.B., Demerouti E., Taris T.W., Schaufeli W.B., Schreurs P.J.G. (2003), « A multigroup analysis of the job demands-resources model in four home care organizations, *International Journal of Stress Management*, Vol. 10, N°1, pp. 16-38

Baldasseroni A., Martinez W., Rosental P.-A. (2012), « Naissance d'une maladie : lexicométrie historique de la « silicose » dans les traités médicaux britanniques (1800-1980) », pp.65-82, in Courtet C., Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, Éditions La Découverte, 2012

Bandura A. (2003), *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle*, Paris, De Boeck, 2003

Banyasz L. (1998), « Approche psycho-ergonomique du stress au travail », *Documents de l'INRS*, N°173, Décembre 1998

Barel Y., Fremeaux S. (2012), « Le rôle des médecins du travail dans les actions de prévention primaire », *@GRH*, 2012/2 n°3, pp. 69-88

Bardin L. (2001), *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, 2001

Barkat S.-M. (2011), « Refondation institutionnelle et "risque psychosocial" », p.39-48, in Hubault F. (coord.), *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, OCTARES Editions, 1^{ère} édition, 2011

Baron X. (1989), « Du bon usage du consultant », *Personnel*, Décembre 1989

Barthe Y., Gilbert C. (2005), « Impuretés et compromis de l'expertise, une difficile reconnaissance. À propos des risques collectifs et des situations d'incertitude » in Dumoulin L., La Branche S., Robert C., Warin P., *Le recours aux experts. Raisons et usages politiques*, Grenoble, PUG, 2005

Baudelot C., Gollac M. (2003), *Travailler pour être heureux*, Fayard, Paris, 2003

Baumard P., Donada C., Ibert J., Xuereb J.-M. (2007), « La collecte des données et la gestion de leurs sources », chap.9, pp.228-262 in Thietart R.-A. (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007

Baumard P., Ibert J. (2007), « Quelles approches avec quelles données ? », chap.4, pp.84-106 in Thietart R.-A. (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007

Beaujolin-Bellet R. (2008), « Le territoire, laboratoire d'innovations en matière de gestion des conséquences des restructurations », *Revue de gestion des ressources humaines*, N°70, Octobre-Novembre-Décembre 2008, pp. 17-29

Beauvisage J. (2011), « La Loi Le Chapelier du 14 Juin 1791, fruit amer de la Révolution », *Les cahiers d'histoire sociale de l'institut CGT*, Numéro 117, Mars 2011, pp. 6-11

Beehr T. A., Newman J. E. (1998), « Job stress Employee Health and Organizational Effectiveness : a fact analysis, Model and Literature Review », *Personnel Psychology*, 1998, 51

Beehr T. A., Jex S. M., Stacy B. A., Murray M. A. (2000), « Work stressors and coworker support as predictors of individual strain and job performance », *Journal of Organisational Behavior*, Vol. 21, n°4, pp. 391-405

Bénion A. (2011), « Le processus de construction de la santé mentale dans le secteur des centres d'appels : le cas d'un établissement bancaire public », *Thèse de doctorat en sciences de gestion*, Université de Nantes, soutenue le 9 Décembre 2011

Ben Zur H. (2009), « Coping styles and affect », *International Journal of Stress Management*, Vol.16, n°2, pp. 87-101

Bernard P.-M., Lapointe C. (1987), *Mesures statistiques en épidémiologie*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1987

Berrebi-Hoffmann I. (2002), « Les multinationales du conseil », *Sociologies pratiques*, N°6, pp.47-69

Berteze S. (2005), « Les risques pour la santé et la sécurité des personnels hospitaliers : esquisse de panorama », *Performances*, N°25, pp.4-15

Bertrand T., Stimec A. (2011), « Voyage en pays de lean management », *Revue Française de Gestion*, 2011/5, n°214, pp. 127-144

Bidart C., Longo M.-E., Mendez A. (2012), « Time and process: An operational framework for processual analysis », *European Sociological Review*, N°28, pp.10-28

Billiard I., (2001) *Santé mentale et travail*, La Dispute, Paris, 2001

Biron C., Beaudouin M., Brun J.-P. (2003), « La santé psychologique au travail : du diagnostic à l'intervention » In : Audet M., Brun J.-P., Blais C., *Santé mentale et travail. L'urgence de penser autrement l'organisation*, Sainte-Foy : Presses de l'Université de Laval, 2003, pp. 119-37

Boltanski L., Chiapello E. (1999), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999

Bouffartigue P. (2010), « Le stress au travail, entre psychologisation et critique des conditions de travail », *XVII^{ème} congrès de l'AIS, 11-17 juillet -2010, Gothembourg*

Bouffartigue P. (2012), « Mesurer les risques psychosociaux ? », *Communication XIII^{èmes} journées Internationales de Sociologie du Travail, Mesures et démesures du travail, Bruxelles 25-27 janvier 2012*

Bouffartigue P., Pendariès J.-R., Bouteiller J. (2010), « La perception des liens travail/santé. Le rôle des normes de genre et de profession », *Revue française de sociologie*, Volume 51, N°2, pp. 247-280

Bourbonnais R., Brisson C., Larocque B., Vézina M. (2002), « Contraintes psychosociales du travail », chap. 13 in *Portrait social du Québec : Données et analyses*, Éditions

Bourbonnais R., Brisson C., Vézina M., Mâsse B., Blanchette C. (2005), « Psychosocial work environment and certified sick leaves among nurses during organizational changes and downsizing », *Relations industrielles/Industrial relations*, Volume 60, N°3, pp.483-508

Bourbonnais R., Brisson C., Vinet A., Vézina M., Abdous B., Gaudet M. (2006), « Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital settings », *Occupational and environmental medicine*, Volume 63, N°5, pp.335-342

Bourbonnais R., Gauthier N., Vézina M., Viens C., Durand P.J., Brisson C., Alderson M., Bégin P., Ouellet J.P. (2005), « Une intervention en centre d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail », *PISTES*, Volume 7, N°2, Mai 2005

Bourbonnais R., Vézina M., Jauvin N., Dussault J. (2007), « Mental health problems and mobbing among Quebec correctional officers in 2000 ans 2004 », *International journal of law and psychiatry*, Juillet-Octobre 2007, Volume 30, N°4-5, pp.355-368

Bougeois F., De Gasparo S. (2011), « La privation d'agir, objet commun d'analyse des TPS et TMS », p. 85-98, in Hubault F. (coord.), *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, OCTARES Editions, 1^{ère} édition, 2011

Boussard V. (2009), « Les consultants au cœur des interdépendances de l'espace de la gestion », *Cahiers internationaux de sociologie* 2009/1, 126, p. 99-113

Bouveresse L., Baujard C. (2010), « Approche organisationnelle du stress des salariés en relation service client : à la recherche d'un cadre d'analyse », *Atelier Recherche CEDAG-gestion - Université Paris Descartes*, 29 janvier 2010

Bower M. (1982), « The forces that launched management consulting are still at work », *Journal of Management Consulting*, 1(1), pp. 4-6

Brisson C., Blanchette C., Guimont C., Dion G., Moisan J., Vézina M., Dagenais G.R., Masse L. (1998), « Reliability and validity of the french version of the 18-item Karasek job content questionnaire », *Work & Stress*, Volume 12, N°4, pp.322-336

Brisson C., Larocque B., Bourbonnais R. (2001), « Les contraintes psychosociales au travail chez les canadiennes et les canadiens », *Revue canadienne de santé publique*, Volume 92, N°6, pp.460-467

Brun J.-P. (2008), *Management d'équipe - Sept leviers pour améliorer bien-être et efficacité au travail*, Paris, Éditions Eyrolles, 2008

Brun J.-P., Biron C., Ivers H. (2007), *Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail*, Rapport R-514, IRSST, Montréal

Brun J.-P., Biron C., Saint-Hilaire F. (2009), *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail*, Université de Laval, IRSST, 2009

Brun J.-P., Lamarche C. (2006), *Évaluation des coûts du stress au travail*, Rapport de recherche, Université de Laval, Québec, 2006

Bruno A.-S. (2008), « Quelques perspectives sur les travaux récents en « Santé et travail ». Les approches développées dans les revues de sciences sociales (2001-2007) », *Revue française des affaires sociales*, 2008/2 n°2-3, p. 71-96

Bruno A.-S., Geerkens E., Hatzfeld N., Omnès C. (2012), « Une santé négociée ou les limites de la gestion assurantielle du risque professionnel : la France au regard d'autres pays industrialisés (XIX^{ème}-XX^{ème} siècle) », pp.35-50, in Courtet C., Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, Éditions La Découverte, 2012

Bué J., Coutrot T., Guignon N., Sandret N. (2008), « Les facteurs de risques psychosociaux au travail. Une approche quantitative par l'enquête Sumer », *Revue française des affaires sociales*, 2008/2, N°2-3, pp. 45-70

Buisset C., Laville A., Volkoff S. (2001), « Enquêtes épidémiologiques et pratiques professionnelles dans le domaine du vieillissement au travail », pp.233-238 in Cassou B., *Travail, santé et vieillissement : relations et évolutions*, Toulouse, Octarès Éditions, 2001

Burchell B., Lapidó D., Wilkinson F. (2002), *Job Insecurity and Work Intensification*, Londres, Routledge, 2002

Buscatto M., Loriol M., Weller J.M. (2008), *Au-delà du stress au travail*, Toulouse, Erès Editions, 2008

Buzzi S., Devinck J.C., Rosental P.A. (2006), *La santé au travail 1980-2006*, Paris, Éditions La Découverte, 2006

C

Cabé M.-H., Robert-Tanguy P. (2008), « L'intervention sociologique : (re)donner du sens à des pratiques gestionnaires », *Sociologies Pratiques* 2008/1, N°16, p. 39-54

Callon M. (1986), « Éléments pour une sociologie de la traduction : la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'année sociologique*, Numéro spécial La sociologie des sciences et des techniques, N°36, pp.169-208

Callon M. (2006), « Sociologie de l'acteur-réseau », pp.267-276 in. Akrich M., Callon M., Latour B., *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Paris, École des Mines, 2006

Callon M., Latour B. (2006), « Le grand Léviathan s'apprivoise-t-il ? », pp.11-32 in. Akrich M., Callon M., Latour B., *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Paris, École des Mines, 2006

Canback S. (1998), « The logic of Management Consulting, Part 1 », *Journal of Management Consulting* 10 N°2, pp. 3-11

Canback S. (1999), « The logic of Management Consulting, Part 2 », *Journal of Management Consulting*, May 1999, Volume 10 N°3, pp. 3-12

Canguilhem G. (1947), « Milieu et normes de l'homme au travail », *Cahiers internationaux de sociologie*, n°3, p. 120-136

Canguilhem G. (2002), *Écrits sur la médecine*, Paris, Éditions Le Seuil, 2002

Caplan G. (1964), *Principles of preventive psychiatry*, Londres, Basic Books, 1964

Carricaburu D., Henry E. (2010), « Méconnaissances de la santé au travail », *Sciences sociales et Santé*, Volume 28, N°2, Juin 2010, pp. 5-9

Carricaburu D., Lhuilier D., Merle V. (2008), « Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital », *Santé publique*, N°3, pp.557-568

Carrier Vernhet A. (2011), « Implication organisationnelle et épuisement professionnel : une analyse par la théorie de la conservation des ressources », *Thèse de doctorat en sciences de gestion*, Université de Grenoble, soutenue le 30 Novembre 2012

Cartron D., Guaspere C. (2012), « La perception d'un « désajustement » dans sa situation de travail : les enseignements d'une revue de littérature sur les risques psychosociaux », *Travail et Emploi*, n°129, Janvier-Mars 2012, pp. 67-77

Cartwright S., Cooper C.L., Murphy L.R. (1996), « Diagnosing a healthy organization : A proactive approach to stress in the workplace ». In L. R. Murphy, J.J. Hurrell, S.L. Sauter and G. Keita (Eds.), *Job stress interventions*, Washington (D.C) : American Psychological Association, (p. 217-234)

Caspar P. (2008), « Les consultants sont-ils ce que l'on dit d'eux ? », *Savoirs*, N°16

Cassou B. (2001), *Travail, santé et vieillissement : relations et évolutions*, Toulouse, Octarès Éditions, 2001

Chakor T. (2013), « La promotion du bien-être et la prévention des risques psychosociaux au sein de la sphère professionnelle : des représentations divergentes aux enjeux préventifs », pp.133-146 in Florin A., Préau M. (dir.), *Le bien-être*, Paris, L'Harmattan, Coll. Logiques Sociales, 2013

Chanlat J.-F. (1999), « Nouveaux modes de gestion, stress professionnel et santé au travail », pp.29-61 in Brunstein I., *L'homme à l'échine pliée*, Desclée de Brouwer, Paris, 1999

Charreire Petit S., Durieux F. (2007), « Explorer et tester : les deux voies de la recherche », chap.3, pp.58-83 in Thietart R.-A. (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007

Chesnais M. (1993), *Enseigner la prévention des risques professionnels. L'arbre des causes*, Paris, Éditions INRS ED 1500, 1993

Chouanière D., Langevin V., Guibert A. (2007), « Stress au travail, les étapes d'une démarche de prévention », ED 6011, Juillet 2007, Édition INRS

Chouanière D., François M., Langevin V., Pentecôte A. (2007), « Dépister les risques psychosociaux, des indicateurs pour vous guider », ED 6012, Décembre 2007, Édition INRS

Cintas C. (2003), « NFOT et tensions sociales : vers de nouvelles problématiques de GRH », *Revue de gestion des ressources humaines*, N°50, pp.57-76

Clot Y., (1997), « Conduire un train : sens et non-sens du travail », *Psychologie du travail et des organisations*, N°3, pp.46-55

Clot Y. (1999), *La fonction psychologique du travail*, Collection Le travail humain, Paris, Éditions PUF, 1999

Clot Y. (2008a), *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, Éditions PUF, 2008

Clot Y. (2008b), « Une nouvelle prophylaxie sociale ? », postface à la 3^{ème} édition, *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*, Paris, La Découverte, Collection « La découverte/poche », 2008

Clot Y. (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux au travail*, Paris, La Découverte, 2010

Clot Y. (2013), *Communication Pré-congrès – Symposium du groupe francophone sur les RPS*, Colloque international COMPARISK 2013, 16-17-18 Janvier 2013, Bordeaux

Clot Y., Davezies P. (2011), « Des accords sur le stress qui sonnent faux », *Santé & travail*, n°74, Avril 2011, pp. 26-29

Clot Y., Faïta D., Fernandez G., Scheller L. (2000), « Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité », *PISTES*, Vol. 2, N°1, Mai 2000

Clot Y., Lhuilier D. (2006), « Introduction », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2006/1, N°1, pp.9-11

Clot Y., Lhuilier D. (2010), *Travail et santé : ouverture clinique*, Paris, Éditions Érès, 2010

Clot Y., Litim M. (2008), « Activité, santé et collectif de travail », *Pratiques psychologiques* 14, 2008, pp. 101-114

Clot Y., Zarifian P. (2009), « Souffrance en entreprise : quels remèdes ? Évaluation des performances, point aveugle », *Le Monde*, daté du 18.12.09

Cochoy F. (1999), *Une histoire du marketing. Discipliner l'économie de marché*, Paris, Éditions La Découverte, 1999

Codol J.-P. (1989), « Vingt ans de cognition sociale », *Bulletin de psychologie*, Tome 42, N°390, pp.472-491

Combalbert N., Favard A.-M., Bardouil-Lemaire N. (2008), « Évolution de l'offre de service en matière d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux au travail », *Santé Publique*, N°20, pp.129-136

Contandriopoulos A.P., Champagne F., Denis J.-L., Avargues M.-C. (2000), « L'évaluation dans le domaine de la santé, concepts et méthodes », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Volume 48, pp.517-539

Cooper C. L. (2001), *Theories of organizational stress*, Oxford University Press, 2001

Cooper C. L., Cartwright S. (1997), An intervention strategy for workplace stress, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 43, N°1, pp.7-16

Cooper C. L., Dewe P. J., O'Driscoll M. P. (2001), *Organizational stress : a review and critique of theory, research and application*, Foundations for Organizational Stress, A Sage Publications Series

Cottureau A. (2002), « Droit et bon droit. Un droit des ouvriers instauré, puis évincé par le droit du travail (France, XIXème siècle) », *Annales Histoire, Sciences Sociales*, 2002/6, pp. 1521-1557

Coupechoux P. (2009), *La déprime des opprimés. Enquête sur la souffrance psychique en France*, Éditions du Seuil, Avril 2009

Cour des comptes (2002), *La gestion du risque « Accidents du travail et maladies professionnelles »*, Journaux officiels, Février 2002, 260 p.

Courcy F., Savoie A., Brunet L. (2004), *Violences au travail : diagnostic et prévention*, Montréal, Presses universitaires de Montréal, 2004

Courtet C., Gollac M. (dir.) (2012), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, Éditions La Découverte, 2012

Coutarel F. (2011), « Des “TMS” aux “RPS”... quand tout nous invite à parler “travail” », p. 99-120, in Hubault F. (coord.), *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, OCTARES Editions, 1^{ère} édition, 2011

Coutelle P. (2005), « Introduction aux méthodes qualitatives en sciences de gestion », *Cours du CEFAG – Séminaire d'études qualitatives*, Année universitaire 2005, 20 p.

Coutrot T., Mermilliod C. (2010), *Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles*, DARES, n°081, Décembre 2010

Cox T., Griffiths A., Rial – Gonzalez E. (2000), *Research on work – related stress*, European Agency for Safety and Health at work, 2000, Office for Official Publication of the European Communities

Cox T., Karanika M., Griffiths A., Houdmont J. (2007), Evaluating organizational-level work stress interventions : Beyond traditional methods, *Work & Stress*, October-December 2007, Vol.21, N°4, pp.348-362

Cristofalo P. (2009), « L'institutionnalisation d'une fonction d'expertise et de conseil auprès des élus du personnel », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2009/1, N° 126, pp. 81-98

Cristofari M.-F. (2011), « Risques psychosociaux : des chiffres, des concepts, pour quels usages », p.3-18, in Hubault F. (coord.), *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, OCTARES Editions, 1^{ère} édition, 2011

Crozier M., Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Éditions du Seuil, coll. Points Essais

Cru D. (1995), « La parole créatrice d'idées », *Travail et sécurité*, N°532, pp.57-63

Cru D. (1996), « Les politiques de prévention des risques professionnels. Valoriser les savoirs collectifs », *Le Mensuel*, Décembre 1996, p.2

Cru D. (2001), « Le mal-être au travail, comment intervenir ? », *Travail, genre et sociétés* 2001/1, N°5, p. 57-73

Cru D., Lapeyrière S. (2011), « Les faits et les discours ne parlent pas d'eux-mêmes », p. 135-156, , in Hubault F. (coord.), *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, OCTARES Editions, 1^{ère} édition, 2011

Czarniawska B., Hernes T. (2005), *Actor-Network Theory and Organizing*, Malmö, Liber&Copenhagen Business School Press, 2005

D

Daniellou F. (1996), *L'ergonomie en quête de ses principes*, Toulouse, Octarès Éditions, 1996

Daniellou F. (2009), « L'ergonomie et les débats sur la performance de l'entreprise », *Introduction des 16èmes journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie*, 19 Mars 2009, 13 p.

Daniellou F., Béguin P. (2004), « Méthodologie de l'action ergonomique : approches du travail réel », in Falzon P., *Ergonomie*, Paris, Éditions PUF, pp.335-358

Daniellou F., Rabardel P. (1995), « Activity-oriented approaches to ergonomics : some traditions and communities », *Theoretical issues in Ergonomics Science*, Volume 6, Issue 5, p. 353-357

Danna K., Griffin R.W. (1999), « Health and well-being in the workplace : a review and synthesis of littérature », *Journal of management*, Volume 25, pp.357-384

DARES (2003), *L'exposition aux risques professionnels par famille professionnelle. Résultats Sumer 2003*, Document d'étude, N°121, 2006

DARES (2008), « Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », *Premières informations et Premières synthèses*, Mai 2008, 22.1

Daubas-Letourneux V., Thebaud-Mony A. (2001), « Les angles morts de la connaissance des accidents du travail », *Travail et Emploi*, N°88, pp.25-42

Daubas-Letourneux V., Thebaud-Mony A. (2003), « Organisation du travail et santé dans l'Union européenne », *Travail et emploi*, N°96, pp.9-33

Davezies P. (1991), « Eléments pour une clarification des fondements épistémologiques d'une science du travail », *Colloque national de la Société française de psychologie*, 6 décembre 1991, Clermont-Ferrand

Davezies P. (1999), « Évolution des organisations du travail et atteintes à la santé », *Travailler*, Volume 3, pp.87-114

Davezies P. (2001) « Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social », *Performances, Stratégies et facteur humain*, n°1, 2001, pp. 4-7

Davezies P. (2003), « Les maladies professionnelles », in *Dictionnaire historique et philosophique de la médecine*, Paris, Éditions PUF, 2003

Davezies P. (2004a), « Souffrance au travail : le risque organisationnel », *Conférence introductive aux Journées Médicales du CISME sur le risque organisationnel*, Février 2004

Davezies P. (2004b), « Les impasses du harcèlement moral », *Travailler* 2004/1, N°11, p.83-90

Davezies P. (2005), « La santé au travail, une construction collective », *Santé et Travail*, n°52, Juillet 2005, p. 24-28

Davezies P. (2007), « Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social », *Performances. Stratégies et facteur humain*, n°1, 2007, pp. 4-7

Davezies P. (2009a), « La prise en charge du stress au travail », *Actualités Claude Bernard*, XXXVème Colloque Régional, Lyon, 17 Octobre 2009

Davezies P. (2009b), « Souffrance au travail : comprendre avant d'agir », *Santé et Travail*, n°68, Octobre 2009

Dhaouadi I., El Akremi A., Igalens J. (2008), « Une analyse critique du management par la qualité totale : implications pour la GRH », *Revue de gestion des ressources humaines*, N°67, Janvier-Février-Mars 2008, pp. 2-22

Debout M. (1999), *Travail, violences et environnement*, Rapport du Conseil économique et social, Paris, Les Éditions des Journaux officiels

Dejours C. (1980), *Travail et usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, Paris, Le Centurion, Collection « Médecine humaine », 1980

Dejours C. (1993), *Travail et usure mentale*, Bayard Éditions, Paris, 1993

Dejours C. (1995), *Le facteur humain*, Collection « Que sais-je ? », Éditions PUF, Paris, 1995

Dejours C. (1998), *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Éditions Le Seuil, 1998

Dejours C. (2000), *Travail : usure mentale, de la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Bayard, 2000

Dejours C. (2007), *Conjurer la violence. Travail, violence et santé*, Paris, Editions Payot, 2007

Dejours C., Bègue F. (2009), *Suicide et travail : que faire ?*, Presse Universitaire de France, Collection Souffrance et théorie, 2009

Demazière D. (1997), « Kaufman Jean-Claude. L'entretien compréhensif », *Revue française de sociologie*, Volume 38, N° 2, pp. 398-399

Denzin N. K., Lincoln Y. S. (1994), « Entering the field of qualitative research » pp.1-17 in Denzin N. K., Lincoln Y. S., *Handbook of qualitative research*, Sage, 1994

Déplade M.-O. (2003), « Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale », *Revue française de science politique*, 2003/5, Vol. 53, p. 707-735

Desmarais C., Abord de Chatillon E. (2010), « Le rôle de traduction du manager. Entre allégeance et résistance », *Revue Française de Gestion*, Volume 36, N° 205, pp.71-88

Detchessahar M. (2001) « Le dire et le faire. Contribution à l'étude des nouvelles formes d'organisation », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n° 39, pp. 43-56

Detchessahar M. (2003). « L'avènement de l'entreprise communicationnelle », *Revue française de gestion*, Volume 29, n° 142, pp. 65-84

Detchessahar M. (coord.) (2009), « Les déterminants organisationnels et sociaux de la santé au travail : l'enjeu de la parole sur le travail », *Rapport de l'étude SORG pour l'ANR*, Programme SEST – Santé-Environnement Santé-Travail, 2006-2008

Detchessahar M. (2011a), « Management et santé », *Revue française de gestion*, 2011/5, n°214, pp. 65-68

Detchessahar M. (2011b), « Santé au travail : quand le management n'est pas le problème mais la solution », *Revue française de gestion*, 2011/5, n°214, pp. 89-105

Detchessahar M., (2011c), « Santé au travail : et si on refaisait du management », *Personnel*, N° 518, pp. 64-68

Detchessahar M., Devigne M., Stimec A. (2010), « Les modes de régulation du travail et leurs impacts sur la santé des salariés : deux établissements d'accueil des personnes âgées en quête de management », *Finance, Contrôle, Stratégie*, Volume 13, N°4, Décembre 2010, pp. 39-74

Detchessahar M., Grevin A. (2009), « Une organisation de santé... malade de gestionnisme », *Gérer et Comprendre*, N° 98, pp. 27-37

Detchessahar M., Le Loch C., Minguet G., Stimec A., (2012), « Les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail », in Abord de Chatillon E., Bachelard O., Carpentier S., *Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale*, Vuibert AGRH, 2012

Detchessahar M., Minguet G. (2012), « Santé au travail : l'enjeu du management », pp.233-248, in Courtet C., Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, Éditions La Découverte, 2012

Dériot G. (2010), *Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales par la Mission d'information sur le mal-être au travail*, Session extraordinaire de 2009-2010, N°642, Sénat de la République française, 2010

Derriennic F., Vézina M. (2001), « Organisation du travail et santé mentale. Les approches épidémiologiques », *Travailler* 2001/1, N°5, p. 7-22

Desbarats I. (2010), « Obligation de reclassement et obligation de sécurité : quelle articulation en matière de santé au travail ? », *PISTES*, Volume 12, N°1, Février 2010, pp.12-23

Dessors D. (2009), *De l'ergonomie du travail à la psychodynamique du travail*, Ramonville, Érès, collection « Clinique du travail », 2009

Devinck J.-C. (2010), « La lutte contre les poisons industriels et l'élaboration de la loi sur les maladies professionnelles », *Sciences sociales et santé*, Volume 28, N°2, Juin 2010, pp.65-93

Dewe P., Trenberth L. (2004), « Work stress and coping : drawing together research and practice », *British Journal of Guidance & counseling*, Volume 32, N°2, pp.143-156

De Blic D. (2008), « De la Fédération des mutilés du travail à la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés. Une longue mobilisation pour une « juste et légitime réparation » des accidents du travail et des maladies professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, 2008/2 n° 2-3, p. 119-140

De Clavière C., Faye S., Gonon S., Nérière Catelinois E., Philippe S. (2010), Rapport d'activité 2008-2009, Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles, 2010

De Keyser V., Hansez I. (1996), « Vers une perspective transactionnelle du stress au travail : pistes d'évaluation méthodologiques », *Cahiers de médecine du travail*, Volume 33, N°3, pp. 133-144

De Terssac G. (1992), *L'autonomie dans le travail*, Paris, PUF, 1992

De Terssac G. (2003), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Paris, Éditions Gilbert, La Découverte Recherche, 2003

Direction Générale du Travail (2011), *Synthèse de l'analyse des accords signés dans les entreprises de plus de 1000 salariés*, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Avril 2011

Djelic M.L. (2004), « McKinsey et l'ascension de l'industrie du conseil. L'arbre banian de la mondialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N°150, pp.107-113

Douglas J. D. (1985), *Creative interviewing*, Beverly Hills, Sage, 1985

Douillet P. (2010), « 'Risques psychosociaux' : un concept opérant... pour transformer l'organisation du travail ? », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 2, pp. 167-178.

Douillet P., Sahler B. (2006), « La prévention des risques psychosociaux au travail : un défi stratégique pour les DRH », *XVIIème Congrès de l'AGRH – Le travail au cœur de la GRH, IAE de Lille et Reims Management School*, 16 et 17 Novembre 2006, Reims

Drucker-Godard C., Ehlinger S., Grenier C. (2007), « Validité et fiabilité de la recherche », pp.263-288, chap.10 in R.-A. Thietart (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007

Dubet F. (2012), « Du sale boulot au plaisir du travail », pp.207-214, in Courtet C., Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, Éditions La Découverte, 2012

Duclos D. (1984), *La santé et le travail*, La Découverte, Paris, 1984

Duyck J.-Y., Lahmouz K. (2010), « Audit du stress professionnel et de l'implication organisationnelle dans un contexte de restructuration : le cas Assuria FC », *Management & Avenir*, 2010/8 N° 38, pp. 117-137

Dumoulin L., La Branche S., Robert C., Warin P. (2005), *Le recours aux experts. Raisons et usages politiques*, Grenoble, PUG, 2005

Dunham J. (2001), *Stress in the workplace : past, present and future*, London, Whurr Publishers, 2001

Dutton P.V. (2012), « Vers un nouveau paradigme de la santé et de la sécurité au travail », pp.27-34 in Courtet C., Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, Éditions La Découverte, 2012

Du Roy Y. (2009), *Orange stressé. Le management par le stress à France Télécom*, Éditions La Découverte, Paris, 2009

E

Edey - Gamassou C. (2004), « Prévenir le stress professionnel et promouvoir l'implication au travail, un enjeu de gestion des ressources humaines », *Les cahiers du CERGOR*, N° 01/04, Février 2004

Edey – Gamassou C. (2012), « Comprendre et prévenir les risques de l'engagement dans les métiers du care », pp.265-280, in Courtet C., Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, Éditions La Découverte, 2012

Edworthy A. (2000), *Managing stress*, Open University Press, Buckingham Philadelphia Editions, 2000

Emane A. (2008), « La santé au travail sous l'angle de la protection et de la réparation des risques professionnels. Évolution et perspectives », *Revue française des affaires sociales*, 2008/2 n° 2-3, p. 279-300

Evrard Y., Pras B., Roux E. (2000), *Market. Études et recherches en marketing*, Paris, Dunod, 2000

European Agency for safety and Health at Work (2007), *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*, Luxembourg, Official publications of the European communities, 2007

Ewald F. (1986), *L'État providence*, Paris, Éditions Grasset, 1986

F

Falzon P. (2004), *Ergonomie*, Paris, Éditions PUF, 2004

Falzon P. (2005), « Ergonomie, conception et développement », *Conférence introductive, 40^{ème} congrès de la SELF*, Saint-Denis, La Réunion, 21-23 Septembre 2005

Fernandez G. (2009), *Soigner le travail. Itinéraires d'un médecin du travail*, Erès, Collection Clinique du travail, 2009

Ferreras I. (2007), *Critique politique du travail. Travailler à l'heure de la société des services*, Éditions Sciences Po Les Presses, Paris, 2007

Ferré N. (2010), « Les institutions et les acteurs en santé au travail au Québec et en France : regard croisé », *PISTES*, Volume 12, N°1, Février 2010, pp.18-35

Folkman S., Lazarus R. S. (1980), « An analysis of coping in a middle-aged community sample », *Journal of health and social behavior*, Volume 21, N°9, pp.219-239

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (1998), *Impact économique de la santé et de la sécurité dans les États membres de l'Union Européenne*, Office for official publications of the European communities, 1998

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2007), *4^{ème} enquête européenne*, Luxembourg, Office for official publications of the European communities, 2007

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2010), *20 ans de conditions de travail en Europe. Premiers résultats à partir de la 5^{ème} enquête européenne sur les conditions de travail*, Dublin, <http://www.eurofound.europa.eu>, 2010

Fontana A., Frey J. H. (1994), « Interviewing. The art of science » pp.361-373 in Denzin N. K., Lincoln Y. S. (eds), *Handbook of qualitative research*, Beverly Hills, Sage, 1994

Forgues B., Vandangeon-Derumez I. (2007), « Analyses longitudinales », chap.15, pp.439-465 in Thietart R.-A. (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007

François M., Liévin D. (2006), « Démarche de prévention du stress au travail. La réalisation d'un diagnostic organisationnel », *Documents pour le Médecin du Travail*, N°107, 3^{ème} trimestre 2006

Frimat P. (2010), « Le travail... c'est la santé. La santé au travail... une pratique en question », *PISTES*, Volume 12, N°1, Février 2010, pp.7-13

G

Gaillard I., De Terssac G. (2012), « Risques Psycho-Sociaux et organisationnels : quel rôle du CHSCT ? », in. Aballéa F. (dir.), Mias A., *Organisation, gestion de production et santé*, Toulouse : Octarès, 2012 (sous presse)

Galland J.-P. (2008), « La prévention des risques technologiques et professionnels en France et en Grande-Bretagne, des années 1970 à nos jours », *Revue française des affaires sociales*, 2008/2, n° 2-3, pp. 301-321

Gaulejac V.d. (2009), *La société malade de la gestion : idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Points, 2009

Gaulejac V.d. (2010), « RPS : quels diagnostics ? Enjeux scientifiques et politiques », *Nouvelle revue de psychosociologie*, N°2, pp. 51-70

Gavard-Perret M.-L., Helme-Guizon A. (2008), « Choisir parmi les techniques spécifiques d'analyse qualitative », in Gavard-Perret M.-L., Gotteland D., Haon, C., Jolibet, A., *Méthodologie de la recherche, réussir son mémoire ou sa thèse en science de gestion*, Paris, Pearson Education, 2008

Geertz C. (1973), *The interpretation of cultures : selected essays*, New York, Basic Books, 1973

Gilles M., Volkoff S. (2012), « Pourquoi tant de chiffres ? Tensions autour de la quantification de la santé au travail en entreprises », pp.299-314, in Courtet C., Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, Éditions La Découverte, 2012

Ginrac A. (2011), « Le stress au travail, un état des lieux », *Management & Avenir*, 2011/1 N°41, pp.89-106

Giordano Y. (coord.) (2003), *Conduire un projet de recherche : une perspective qualitative*, Paris, Éditions EMS, 2003

Giraud B. (2007), « Le syndicalisme saisi par le management. Les conditions de production d'une expertise managériale », *Politix*, Vol. 20, N°79, pp.125-147

Girin J. (1989), « L'opportunisme méthodique dans les recherches sur la gestion des organisations », *Communication à la journée d'étude la recherche-action en action et en question*, AFCET, Collège de systémique, École Centrale de Paris, 10 mars 1989

Girin J. (1990), « Analyse empirique des situations de gestion : éléments de théorie et de méthode », pp.141-182 in Martinet A.-C., *Épistémologie et Sciences de gestion*, Paris, Économica, 1990

Girod-Séville M., Perret V. (2002), « Les critères de validité en sciences des organisations : les apports du pragmatisme », chap.12, pp.315-333 in. Mourgues N. (dir.), *Questions de méthodes en sciences de gestion*, EMS, 2002

Giust-Desprairies F., Giust-Ollivier A.-C. (2010), « La fabrication du risque psychosocial ou la neutralisation de la conflictualité », *Nouvelle revue de psychosociologie*, N°2, pp. 29-40

Glaser B.G., Strauss A.L. (1967), *The Discovery of Grounded Theory*, New York, Aldine Press, 1967

Glaserfeld E.V. (1988), « Introduction à un constructivisme radical », pp.19-43 in Watzlawick P. (Ed.), *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme*, Paris, Seuil, 1988

Goldberg M. (1995), *L'épidémiologie sans peine*, Paris, Frison-Roche, 1995

Goldberg M., Imbernon E. (2008) « Quels dispositifs épidémiologiques d'observation de la santé en relation avec le travail ? Le rôle de l'Institut de veille sanitaire », *Revue française des affaires sociales*, 2008/2 n° 2-3, p. 19-44

Goldenhar L.M., LaMontagne A.D., Katz T., Heany 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*, Volume 43, N°7, pp.616-622

Gollac M. (1997), « Des chiffres insensés ? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques », *Revue française de sociologie*, XXXVIII, N°1, pp.5-36

Gollac M. (2005), « L'intensité du travail : formes et effets », *Revue économique*, Volume 56, N°2, pp. 195-216

Gollac M. (2012), « Les risques psychosociaux au travail : d'une « question de société » à des questions scientifiques. Introduction », *Travail et Emploi*, n° 129, Janvier-Mars 2012, pp. 5-10

Gollac M., Bodier M. (2011), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Avril 2011

Gollac M., Castel M.-J., Jabot F., Presseq P., (2006), « Du déni à la banalisation. Note de recherche : Sur la souffrance mentale au travail », *Actes de la recherche en sciences sociales* 2006/3, 163, pp. 39-45

Gollac M., Volkoff S. (1996), « Citius, altius, fortius. L'intensification du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N°114, pp. 54-67

Gollac M., Volkoff S. (2000), *Les conditions de travail*, Paris, collection Repères, Éditions La Découverte, 2000

Gollac M., Volkoff S. (2006), « La santé au travail et ses masques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006/3, 163, pp. 4-17

Gollac M., Volkoff S. (2007), *Les conditions de travail*, Paris, collection Repères, Éditions La Découverte, 2007

Gomez P.-Y., Chevallet R. (2011), « Impacts des technologies de l'information sur la santé au travail. Hypothèses et interprétations à partir d'une observation expérimentale », *Revue française de gestion*, Volume 5, N° 214, pp.107-125

Gosselin H. (2007), *Aptitude et inaptitude médicale au travail. Diagnostic et perspectives*, Rapport pour le Ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, Paris, Janvier 2007

Greenberg J. (1987), « A taxonomy of organizational justice theories », *The academy of management review*, vol. 12, n° 1, pp.9-22

Greiner L., Metzger R. (1983), *Consulting to management*, Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall

Grenier C., Jossierand E. (2007), « Recherches sur le contenu et recherches sur le processus », chap.5, pp.107-139 in Thietart R.-A. (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007

Grosjean V., Ribert – Van de Weerd C. (2005), « Vers une psychologie ergonomique du bien-être et des émotions : les effets du contrôle dans les centres d'appels », *Le travail humain* 2005/4, Volume 68, p. 355-378

Gueguen G. (2005), « Pragmatisme méthodologique et analyse de l'environnement en stratégie », *XIV^{ème} conférence internationale de Management Stratégique*, AIMS, Pays de la Loire, Angers 2005

Guérin F., Laville A., Daniellou F., Duraffourg J, Kerguelen A. (2001), *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*, Lyon, Éditions de l'ANACT, 2001

Guignon N., Niedhammer I., Sandret N. (2008), « Les facteurs psychosociaux dans le travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », *DARES Premières synthèses*, Volule 22, N°1

Guilhot N. (2004), *Financiers, philanthropes. Vocations éthiques et reproduction du capital à Wall Street depuis 1970*, Paris, Éditions Raisons d'Agir, 2004

H

Hackman J.R., Oldham G.R. (1976), « Motivation through the design of work : test of a theory », *Organizational behavior and human performance*, Volume 16, pp.250-279

Häfner A., Stock A. (2010), « Time management training and perceived control of time at work », *The journal of psychology*, Volume 144, N°5, pp. 429-447

Hansez I., De Keyser V. (2002), « Du diagnostic des risques psychosociaux à la gestion organisationnelle du stress ». In Neboit M., Vézina M (2002), *Santé au travail et santé psychique* (pp. 189-206) Toulouse, France : Octarès. Collection Travail et Activité Humaine

Harvey S., Courcy F., Petit A., Hudon J., Teed M., Loïselle O., Morin A. (2006), « Interventions organisationnelles et santé psychologique au travail. Une synthèse des approches au niveau international », *Rapport de l'IRSSST*, R-474, Études et Recherches, 2006, 57p.

Hatchuel A. (1995), « Les marchés à prescripteurs. Crise de l'échange genèse sociale », pp.205-225 in. Jacob A., Vérin H. (éds.), *L'inscription sociale du marché*, Paris, L'Harmattan, 1995

Hatchuel A., Weil B. (1992), *L'expert et le système*, Paris, Économica, 1992

Hatzfeld N. (2006), « L'émergence des troubles musculo-squelettiques (1982-1996). Sensibilités de terrain, définitions d'experts et débats scientifiques », *Histoire et Mesure*, vol. XXI, n°1, p. 111-140

Hatzfeld N. (2008), « Affections périarticulaires : une longue marche vers la reconnaissance (1919-1991) », *Revue française des affaires sociales*, 2008/2, n°2-3, p. 141-160

Hatzfeld N. (2011), « L'émergence des TMS et la recomposition d'une pensée critique sur le travail (1985-1996), p. 19-38, in Hubault F. (coord.), *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, OCTARES Editions, 1^{ère} édition, 2011

Hatzfeld N. (2012), « La construction européenne et les maladies professionnelles : l'impulsion sociale des années 60 », pp.51-64, in Courtet C., Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, Éditions La Découverte, 2012

Haubold B. (2009), *Les risques psychosociaux*, Paris, Eyrolles/Éditions d'organisation, 2009

Henry E. (2005), « Militer pour le statu quo. Le Comité permanent amiante ou l'imposition réussie d'un consensus », *Politix*, n° 70, p. 29-50

Henry E. (2008), « La santé au travail : un domaine d'action publique comme un autre ? », *Cahiers Risques Collectifs et Situations de Crise*, n°9, p. 13-22

Henry E. (2011), « Nouvelles dynamiques de savoirs et permanence des rapports de pouvoir. L'impact – limité – des transformations – importantes – de l'expertise en santé au travail », *Revue française de science politique*, 2011/4, Volume 61, p. 707-726

Henry E., Jouzel J.-N. (2008) « Les politiques de santé au travail au prisme de la sociologie de l'action publique », *Santé Publique*, 2008/HS, Vol. 20, pp. 181-189

Henry O. (1992), « Le conseil, un espace professionnel autonome ? », *Entreprises et histoire*, N°7, pp.37-58

Hesse P.-J. (1980), « Les accidents du travail et la responsabilité pénale au XIXème siècle. Histoire des accidents du travail », *CRHES*, n°8, p. 61-102

Héas F. (2010), « Pénibilité au travail : reclasser ou prévenir ? », *PISTES*, Volume 12, N°1, Février 2010, pp.12-23

Hirigoyen M.-F. (1998), *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*, Paris, Éditions Syros, 1998

Hirigoyen M.-F. (2004), *Malaise dans le travail : harcèlement moral. Démêler le vrai du faux*, Paris, Éditions La Découverte, 2004

Hobfoll S.E. (1988), *The ecology of stress*, New York, Hemisphere, 1988

Hobfoll S.E. (1989), « Conservation of resources », *American Psychologist*, Volume 44, pp.513-524

Hobfoll S.E. (2001), « The influence of culture, community, and the nested-self in the stressprocess: Advancing conservation of resources theory », *Applied Psychology: An International Review*, Volume 50, N° 3, pp.337-421

Hollet-Haudebert S., Edey Gamassou C., Allard-Poesi F. (2010), « De l'instrumentation à l'instrumentalisation de la mesure du stress : Analyse du rapport d'enquête Technologia sur 'France Télécom' », *Actes du XXIème Congrès AGRH « Nouveaux comportements, nouvelle GRH ? »*, Rennes/Saint-Malo, 17-19 Novembre 2010

Honoré L., Martin D. P., Poilpot-Rocaboy G. (2010), « Nouveaux comportements : nouvelle GRH ? », *Revue de gestion des ressources humaines*, N°77, Juillet-Août-Septembre 2010, Éditions ESKA

Hordern F. (1991), « Le droit des accidents du travail au XIXème siècle », *Cahiers de l'Institut régional du travail d'Aix-Marseille II*, n°3, p.1-9

Hubault F. (coord.) (2011), *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, Toulouse Octares Éditions, 2011

Hubault F. (2011), « Risques psychosociaux, troubles psychosociaux, charge psychosociale... Questions de travail », p. 187-195, in Hubault F. (coord.), *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, OCTARES Editions, 1^{ère} édition, 2011

Huberman A. M., Miles M. B. (1994), « Data management and analysis methods » pp.428-444 in Denzin N. K., Lincoln Y. S. (eds.), *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, Sage, 1994

Hudson L. A., Ozanne J. L. (1988), « Exploring Diversity in Consumer Research », *The Journal of Consumer Research*, Vol. 14, N° 4, March 1988, pp.508-521

Huez D. (2008), *Souffrir au travail : comprendre pour agir*, Éditions Privé, 2008

I

ILO (2002), *Stress at work. Programme on Safety and Health at Work and the Environment*. Genève : Safe Work, 2002

Imbernon E. (2012), « Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique ? », *Santé Publique*, 2008/HS, Vol. 20, Supplément n°3, Mai-Juin 2008, pp. 9-17

INRS (2006), *Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention*, Dossier médico-technique, N°106, 2006

Ivancevich J.M., Matteson M.T. (1988), « Promoting the individual's health and well-being ». In C.L. Cooper and R. Payne (Eds.), *Causes, coping and consequences of stress at work*, New York : John Wiley & Son Ltd, (p. 267-300)

Ivancevich J.M., Matteson M.T., Freedman S. M., Phillips J.S. (1990), « Worksite stress management interventions », *American Psychologist*, 45, 252-261

J

Jacob G., Natanson M., « La fatigue au travail, la fatigue du travail », *Imaginaire & Inconscient*, 2010/1 n° 25, pp. 167-186

Jaffrès E., Thaller R. (2009), « Une lecture « politique » des risques psychosociaux. Remettre le travail au cœur des rapports de force », *Droit d'alerte - La lettre d'information de CIDECOS*, Octobre 2009, pp.1-7

James K. (1993), « The social context of organizational justice: cultural, intergroup, and structural effects on justice behaviors and perceptions », *Justice in the workplace*, Cropanzano Editions, pp.21-50

Johnson J. V., Hall E. M. (1988), « Job Strain, Work Place Social Support, and Cardiovascular Disease : a Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population », *American Journal Public Health*, Volume 78, N°10, pp.1336-1342

Joule R.-B., Beauvois J.-L. (2002), *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2002

Jouzel J.-N. (2008), « La dénonciation du problème des éthers de glycol en France. Les organisations syndicales face à l'après-crise de l'amiante », *Revue française des affaires sociales*, 2008/2, n° 2-3, p. 97-118

K

Karasek R. (1979), « Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain : Implications for Job Redesign », *Administrative Science Quarterly*, Volume 24, pp. 285-308

Karasek R. (1992), « Stress prevention through work reorganisation : a summary of 19 international case studies », *Conditions of work digest. Preventing stress at work*, Volume 11, N°2, ILO, pp.23-42

Karasek R., Theorell T. (1990), *Healthy Work : Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books, 1990, 380p.

Karasek R., Brisson C., Kawakami N., Houtman I., Bongers P., Amick B. (1998), « The job content questionnaire (JCQ) : an instrument for internationally comparative assessments of psychological job characteristics », *Journal of occupational health psychology*, Volume 13, N°1, pp.79-100

Kaufmann J.-C. (2006), *L'entretien compréhensif*, Paris, Éditions Armand Colin, 2006

Kelly F.J., Kelly H.M. (1986), *What they really teach you at the Harvard Business School*, New York, Warner Books, 1986

Kessler R.C., Andrews G., Colpe L.J., Hiripi E., Mroczek D.K., Normand S.L.T., Walters E.E., Zaslavsky A.M. (2002), « Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress », *Psychological medicine*, Volume 32, N°6, pp.959-976

Kiener A. (2001), « Le stress au travail : essai en vue d'un futur programme de prévention », *Revue de politique économique*, 10-2001

Kipping M., Engwall L. (2002), *Management consulting : émergence and dynamics of a knowledge industry*, Oxford, Oxford University Press, 2002

Koenig G. (1993), « Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles », *Revue de gestion des ressources humaines*, vol. 9, 1993, p. 4-17

Kompier M.A.J., Cooper C.L. (1999), *Preventing stress, improving productivity : European case studies in the workplace*, London and New York, Routledge, 1999

Kompier M.A.J., Cooper C.L., Geurts S.A.E. (2000), « A multiple case study approach to work stress prevention in Europe », *European journal of work and organizational psychology*, Volume 9, N°3, pp.371-400,

Kompier M.A.J., Geurts S.A.E., Gründemann R.W.M., Vink P., Smulders P.G.W. (1998), « Cases in stress prevention : the success of a participative and stepwise approach », *Stress medicine*, Volume 14, N°3, pp. 155-168

Kompier M.A.J., Kristensen T.S. (2001), « Organisational work interventions in a theoretical, methodological and practical context », pp.164-190 in Dunham J., *Stress in the workplace : past, present and future*, London, Whurr Publishers, 2001

Kornig C., Verdier E. (2008), « De très petites entreprises de la réparation automobile face aux normes publiques de la prévention des risques professionnels. Le cas d'une action collective territoriale », *Revue française des affaires sociales*, 2008/2 n° 2-3, p. 161-184

Kornig C., Verdier E. (2012), « Le garagiste, le restaurateur et la directive : les petites entreprises face à l'obligation d'évaluer les risques professionnels », pp.281-298, in Courtet C., Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, Éditions La Découverte, 2012

Kristensen T.S. (2005), « Intervention studies in occupational epidemiology », *Occupational and environmental medicine*, Volume 62, N°3, pp.205-210

Kubr M. (1996), *Management consulting : A guide to the profession*, 3^{ème} édition, Geneva: International Labour Office

Kühlmann T. M. (1990) « Coping with occupational stress among urban bus and tram drivers », *Journal of Occupational Psychology*, 63, 89-96, The British Psychological Society

Kuhn T. (1983), *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1983

L

Lachmann H., Larose C., Penicaud M. (2010), *Rapport sur le bien-être et l'efficacité au travail. 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*, Rapport fait à la demande du Premier ministre, Février 2010

Lallement M., Marry C., Lorient M., Molinier P., Gollac M., Marichalar P., Martin E. (2011), « Maux du travail : dégradation, recombinaison ou illusion », Dossier-Débat, *Sociologie du travail*, N°53, pp. 3-36

-
- Lancry A. (2007), « Incertitude et stress », *Le travail humain*, 2007/3, Volume 70, p. 289-305
- Landsbergis P.-A., Vivona-Vaughan E. (1995), « Evaluation of an occupational stress intervention in a public agency », *Journal of Organizational Behavior*, 16, pp. 29-48
- Langevin V., François M., Boini S., Riou A. (2011), « Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail », *Documents pour le médecin du travail*, N°125, TC 134
- Lanouzière H. (2011), « La prévention des risques psychosociaux du point de vue du Code du travail », *Semaine sociale Lamy*, N°1480, 21 Février 2011, pp. 6-11
- Lasfargue Y., Mathevon P. (2008), *Qualité de vie et santé au travail. Guide pour le management et la négociation des conditions de travail dans la société de l'information*, Collection Travail & Activité Humaine, Toulouse, Octarès Éditions, 2008
- Latour B. (1992), *Aramis ou l'amour des techniques*, Paris, Éditions La Découverte, 1992
- Latour B., Woolgar S. (1996), *La vie de laboratoire, la production des faits scientifiques*, Éditions La Découverte, Paris, 1996
- Laville A. (1986), *L'ergonomie*, Paris, Éditions PUF, 1986
- Lazarus R. S. (1991), « Cognition and motivation in emotion », *American psychologist*, Volume 46, N°4, pp.352-367
- Lazarus R. S. (1999), *Stress and émotion : a new synthesis*, London, Free Association Books, 1999
- Lazarus (2000), « Toward better research on stress and coping », *American psychologist*, Volume 55, N°6, pp.665-673
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer Publishing Company, 1984
- Lee R. M. (1993), *Doing research on sensitive topics*, Thousand Oaks, Sage, 1993
- Lefebvre B., Poirot M. (2011), *Stress et risques psychosociaux au travail*, Paris, Elsevier Masson, 2011
- Légeron P. (2001), *Le stress professionnel*, Éditions Odile Jacob, 2001
- Légeron P. (2004), « Le stress au travail : de la performance à la souffrance », *Droit social*, n°12, Décembre 2004, pp. 1087-1089
- Légeron P. (2008), « La prévention du stress dans l'entreprise », *Rencontre nucléaire et santé*, Paris
- Lepetit M., Lévy E. (2004), « Le consultant en organisation : prestataire de services et/ou acteur politique ? », *Revue internationale de psychosociologie* 2004/1, Volume X – N°22, pp. 76-90

Leplat J. (2000), *L'analyse psychosociologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*, Toulouse, Octarès Éditions, 2000

Lerouge L. (2005), *La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail*, LGDJ, coll. « Bibliothèque de droit social », tome 40

Lerouge L. (2009), *Risques psychosociaux au travail. Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*, Paris, Collection L'Harmattan, 2009

Lescarbeau R., Payette M., Saint-Arnaud Y. (2003), *Profession : consultants*, Québec, 4^{ème} édition, Gaétan Morin éditeur, 2003

Le Gall Y. (1981), *La loi de 1898 sur les accidents du travail, Histoire des accidents du travail*, CRHES, n°10, 1er semestre 1981

Le Moigne J.-L. (1995), *Les épistémologies constructivistes*, Paris, PUF, Collection Que sais-je ?, 1^{ère} édition, 1995

Le Moigne J. L. (2007), *Les épistémologies constructivistes*, Paris, PUF, Collection Que sais-je ?, 3^{ème} édition, 2007

Logan M., Ganster D. (2005), « An experimental evaluation of a control intervention to alleviate job-related stress », *Journal of Management*, Volume 31, N°1, pp.90-107

Lhuilier D. (2005), « Le sale boulot », *Travailler* 2005/2, N°14, p.73-98

Lhuilier D. (2006a) « Compétences émotionnelles : de la proscription à la prescription des émotions au travail », *Psychologie du travail et des organisations*, 12, p. 91-103

Lhuilier D. (2006b), « Cliniques du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2006/1, n°1, p. 179-193

Lhuilier D. (2009), « Travail, management et santé psychique », *Connexions* 2009/1, n°91, p.85-101

Lhuilier D. (2010a), « Les « risques psychosociaux » : entre rémanence et méconnaissance », *Nouvelle revue de psychosociologie*, N°2, pp. 11-28

Lhuilier D. (2010b) « L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé - travail », *Sciences sociales et santé*, Volume 28, N°2, pp.31-63.

Lhuilier D., Litim M. (2009), « Le rapport santé – travail en psychologie du travail », *Mouvements* 2009/2, N°58, p. 85-96

Lhuilier D., Giust-Desprairies F., Litim M. (2010), « Risques psychosociaux, Une nouvelle catégorie sociale ? », *Nouvelle revue de psychologie*, n°10, 2010

Lima L. (2009), « Les frontières de l'expertise », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2009/1, N°126, pp.149-155

Linhart D. (2012), « Une approche sociologique des nouvelles pénibilités au travail », pp.215-232, in Courtet C., Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, Éditions La Découverte, 2012

Lincoln Y. S., Guba E. (1985), *Naturalistic inquiry*, Beverly Hills, Sage, 1985

Loriol M. (2000), *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Paris, Editions Anthropos, 2000

Loriol M. (2003a), « Donner un sens à la plainte de fatigue au travail », *L'année sociologique* 2003/2, Vol. 53, p. 459-485

Loriol M. (2003b), « La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du *burn out* des infirmières », *Travail et emploi*, Avril 2003, N°94, pp.65-73

Loriol M. (2005), « Les ressorts de la psychologisation des difficultés au travail. Une comparaison entre infirmières, policiers et conducteurs de bus », *Cahiers de recherche sociologique*, N°41-42, Décembre 2005, pp. 191-208

Loriol M. (2006) « Ennui, stress et souffrance au travail », Chap. 13 in Alter N. (dir.), *Sociologie du monde du travail*, PUF, coll. « Quadrige manuels », p. 224-244

Loriol M. (2009), « Les contraintes psychosociales au travail : un regard sociologique », in Lerouge L. et al. (2009), *Risques psychosociaux au travail. Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*, Collection L'Harmattan, 2009

Loriol M., Boussard V., Caroly S. (2006), « La résistance à la psychologisation des difficultés au travail. Le cas des policiers de voie publique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006/4, n° 165, p. 106-113

Loriol M. (2011), « Pourquoi tout ce stress ? », *Sociologie du travail*, Volume 53, N°1

M

Mackay C.J., Cooper C.L. (1987), « Occupational stress and health : Some current issues » pp. 167-199 in Cooper C.L., Robertson I.T. (Eds), *International review of industrial and organizational Psychology*, Chichester, John Wiley & Sons Ltd, 1987

Mahiou I. (2010), « Reprendre la parole sur le travail », *Santé & Travail*, N°69, Janvier 2010, pp. 6-8

Marichalar P., Martin E. (2011), « Les syndicats et la souffrance », in Lallement et al., « Maux du travail : dégradation, recomposition ou illusion ? », *Sociologie du travail*, vol. 53, n°1, pp. 29-33

Marshall C., Rossman G. B. (1989), *Designing qualitative research*, Beverly Hills, Sage, 1989

Masse R., Zeggar H. (2001), *Réflexions et propositions relatives à la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001

May D.R., Gilson R.L., Harter L.M. (2004), « The psychological conditions of meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work », *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 77, N° 1, pp. 11-37

Mazzilli I. (2011), « Construire la GRH territoriale : une approche par les dispositifs de gestion et la théorie de l'acteur-réseau », *Thèse de doctorat en sciences de gestion*, Université de Grenoble, soutenue le 9 Novembre 2011

Mbengue A., Vandangeon-Derumez I. (1999), « Positions épistémologiques et outils de recherche en management stratégique », *Actes de la VIIIème conférence de l'AIMS*, Mai 1999, Chatenay-Malabry, 22 p.

Mc Call M., Bobko P. (1990), « Research methods and discovery in industrial/organizational psychology », pp.381-418 in Dunette M., Hough L. (eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, Consulting psychologists press, Palo Alto, CA, 1990

Mélan C., Cascino N., Barthe B., Galy E. (2012), « Mesurer la charge de travail : une approche pluridisciplinaire », pp.189-206, in Courtet C., Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, Éditions La Découverte, 2012

Ménal D. (2008), « La reconnaissance des maladies professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, 2008/2 n° 2-3, p. 205-212

Menard S. (1991), *Longitudinal research*, Sage university paper series on quantitative applications in the social sciences, Newbury Park, Sage, 1991

Mendez A. (dir) (2010), *Processus : concepts et méthode pour l'analyse temporelle en sciences sociales*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 2010

Mendez A. (2012) « Des méthodes longitudinales aux méthodes processuelles : réinternaliser les temps dans les analyses », pp. 911-913 in Allouche R., *Encyclopédie des ressources humaines*, Paris, 3e édition, Vuibert, 2012

Mias A. (2010), *Les risques professionnels. Peut-on soigner le travail ?*, Ellipses Édition Marketing, coll. « La France de demain », Paris

Micaleff A. (1990), « Épistémologie du marketing : convergence méthodologique » pp.183-210 in Martinet (ed), *Épistémologies et sciences de gestion*, Paris, Économica, 1990

Mikkelsen A., Gundersen M. (2003), « The effect of a participatory organizational intervention on work environment, job stress, and subjective health complaints », *International journal of stress management*, Volume 10, N°2, pp.91-110

-
- Miles A. M., Huberman A. M. (1991), *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*, Bruxelles, De Boeck, 1991
- Minguet G. (2011), « Santé au travail et action dirigeante. Constats et leçons issus de deux sites industriels », *Revue française de gestion*, 2011/5, N°214, pp. 145-164
- Mintzberg H. (2001), *Le management. Voyage au centre des organisations*, Éditions d'Organisation, 2001
- Mohr A. T., Puck J. F., (2007) « Role conflict, General Manager job satisfaction and Stress and the performance of IJVs », *European Management Journal*, Vol.25, N°1, pp. 25-35
- Moisson V. (2008), *Quand les déséquilibres occasionnent le stress : les conséquences individuelles et organisationnelles*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université d'Aix-Marseille III-IAE d'Aix
- Molinié A.F. (2003), « Interroger les salariés sur leur passé professionnel : le sens des discordances », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, N°51, pp.589-605
- Molinié A.F. (2005), « Se sentir capable de rester dans son emploi jusqu'à la retraite », *PISTES*, Volume 7, N°1, 17p.
- Molinier P. (2009), « Risques psychosociaux : le point de vue psychologique », in Lerouge L., *Risques psychosociaux au travail. Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*, Collection L'Harmattan, 2009
- Molinier P., Flottès A. (2012), « Travail et santé mentale : approches cliniques », *Travail et Emploi*, n°129, Janvier-Mars 2012, pp. 51-66
- Monteillet J. (2002), « Les arrêts "amiante" de la Cour de cassation du 28 février 2002. Un pas décisif vers l'indemnisation intégrale des salariés victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles », *Revue de Jurisprudence Sociale*, n°5, p. 403-420
- Montmollin M. de (1995), *Vocabulaire de l'ergonomie*, Toulouse, Octarès Éditions, 1995
- Montreuil E. (2011), *Prévenir les risques psychosociaux. Des outils pour agir sur la pénibilité et préserver la santé au travail*, Paris, Dunod, 2011
- Moorman R. (1991), « Relationship between organizational justice and organizational citizenship behavior: do fairness perceptions influence employee citizenship », *Journal of Applied Psychology*, vol. 76, pp. 845-855
- Morgan J. d. (1923), *L'industrie néolithique et le Proche-Orient*, Volume 4, Éditions Syria, 1923
- Moriceau C. (2009), « Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIXème siècle : entre connaissance, déni et prévention », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2009/1, n°56-1, p.11-27

Morin E.M. (1997), « Le sens du travail pour les gestionnaires francophones », *Revue psychologie du travail et des organisations*, Volume 3, pp.26-45

Morin E.M., Forest J. (2007), « Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail », *Gestion*, Vol.32, N° 2, pp.31-36

Morin E.M. (2010), « La santé mentale au travail : une question de gros bon sens », *Gestion*, Vol.35, N°3, pp.34-40

Morse J. M. (1994), « Designing funded qualitative research » pp.220-235 in Denzin N. K., Lincoln Y. S. (eds.), *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, CA, Sage, 1994

Moscovici S. (1969), « Préface » in Herzlich C., *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, Éditions Mouton, 1969

Moscovici S., Buschini F. (2003), *Les méthodes des sciences humaines*, Paris, Éditions PUF, 2003

Mucchielli A. (1996), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Éditions Armand Colin, 1996

Munoz J. (2002), *L'accident du travail. De la pris en charge au processus de reconnaissance*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2002

Murphy L.R. (1988), « Workplace interventions for stress reduction and prevention ». In C.L. Cooper and R. Payne (Eds.), *Causes, coping and consequences of stress at work*, New York, John Wiley & Son Ltd, pp. 301-342

Mustard C. (2004), « Work-related stress in the UK : A new « Management Standards » approach », *Work & Stress*, April – June 2004, Vol. 18, N°2, pp. 140-141

N

Nasse P., Légeron P. (2008), *Rapport sur la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, Rapport au Ministre du Travail, des Relations sociales et de la solidarité, 12 Mars 2008

Ndjaboué R., Vézina M., Brisson C. (2012), « Effets des facteurs psychosociaux au travail sur la santé mentale. Une revue de littérature des études prospectives portant sur trois modèles émergents », *Travail et Emploi*, n°129, Janvier-Mars 2012 pp. 23-34

Neboit M., Vézina M. (2002), *Stress au travail et santé psychique*, Collection Travail et Activité humaine, Toulouse, OCTARES Éditions, 2002

Neveu J.-P. (2007), « Jailed resources : conservation of resources theory as applied to burnout among prison guards », *Journal of Organizational Behavior*, N°28, pp. 21-42

Neveu J.-P. (2012), « Pour repenser la relation travail-santé psychologique : La théorie de la préservation des ressources », in Abord de Chatillon E., Bachelard O. et Carpentier S. (Eds.), *Santé et sécurité au travail : une perspective gestionnaire*, Paris, Vuibert-Collection AGRH, 2012

Niedhammer I., Bugel I., Goldberg M., Leclercq A., Guéguen A. (2002), « Facteurs psychosociaux du stress au travail et absentéisme pour raison de santé », in Neboit M., Vézina M. (2002), *Stress au travail et santé psychique*, Collection Travail et Activité humaine, OCTARES Éditions

Niedhammer I., Chastang J.-F., Lévy D., David S., Degioanni S. (2007), « Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale SUMER », *Travailler* 2007/1, N°17, pp. 47-70

Niedhammer I., Siegrist J., Landre M.F., Goldberg M., Leclerc A. (2000), « Études de qualités psychométriques de la version française du modèle déséquilibre Efforts/Récompenses », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Volume 48, pp.419-437

O

Oiry E. (2003), « La construction des dispositifs de gestion : une analyse par le concept de traduction » pp.215-245 in Boussard V., Maugeri S., *Du politique dans les organisations*, Paris, L'Harmattan, 2003

Oiry E. (2012), « La conception des instrumentations de gestion RH : l'apport du concept de rapport de prescription », *@GRH*, 2012/4 N° 5, pp. 11-44

Omnès C. (2006), « Le risque professionnel », *Revue française des affaires sociales*, 2006/4 n°4, p. 173-187

Omnès C. (2009), « De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention : la construction d'un risque acceptable », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2009/1 n° 56-1, p.61-82

Omnès C., Pitti L. (2009), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXème siècle. La France au regard des pays voisins*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009

OMS – Organisation Mondiale de la Santé (2005), *Santé mentale et vie professionnelle*, Conférence ministérielle de l'OMS sur la santé mentale, Helsinki, 12-15 Janvier 2005

P

- Paillé P., Mucchielli A. (2003), *L'analyse qualitative en sciences sociales et humaines*, Paris, Éditions Armand Colin, 2003
- Pallister C.R., Firth H. M., Feyer A. M., Paulin S. M. (2005), « Musculoskeletal discomfort and work-related stress in New Zealand dentists », *Work & Stress*, October – December 2005, 19 (4), pp.351 – 359
- Parkes C.R., Sparks T.J. (1998), *Organisational interventions to reduce workstress : are they effective ? A review of literature*, University of Oxford, Rapport 193, 52p.
- Paugam S. (2000), *Le salarié de la précarité : les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*, Paris, Éditions PUF, 2000
- Pauly V., Viers J. (2008), « L'apport de la sociologie à la prise en compte des risques psychosociaux dans l'entreprise », *Sociologies Pratiques*, 2008/1, N°16, p.25-37
- Pérez Y. A. (2004), *Pratique du conseil en entreprise*, Maxima, Laurent du Mesnil Éditeur, Paris, 2004
- Perret V., Séville M. (2007), « Fondements épistémologiques de la recherche », chap.1, pp.13-33 in Thietart R.-A. (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007
- Petit J., Dugué B., Coutarel F. (2009), « Approche des risques psychosociaux du point de vue de l'ergonomie », » in Lerouge L. et al. (2009), *Risques psychosociaux au travail. Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*, Collection L'Harmattan, 2009
- Pettigrew A. (1992), « The character and significance of strategy process research », *Strategic Management Journal*, Vol.13, pp.5-16
- Pezé M. (2008), *Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés*, Paris, Pearson Education France, 2008
- Piaget J. (1967), *Logique et connaissance scientifique*, Paris, Gallimard, 1967
- Piaget J. (1970), *Épistémologie des sciences de l'homme*, Paris, Gallimard, 1970
- Picard D. (2006), « Difficultés de la prévention des pathologies psychosociales liées au travail », *Revue management et avenir*, 2006/2, N°8, p. 199-217
- Pitti L. (2009), « Du rôle des mouvements sociaux dans la prévention et la réparation des risques professionnels : l'exemple de Penarroya, années 1960-1980 », in C. Omnès et L. Pitti, *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXème siècle. La France au regard des pays voisins*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009

Poincaré E. (1886), *Traité d'hygiène industrielle à l'usage des médecins et des membres des conseils d'hygiène*, Paris, Éditions Masson, 1886

Poirel E., Yvon F. (2011), « Comprendre et intervenir sur le stress au travail : une étude de cas », *PISTES*, Volume 13 N°1, Mai 2011, 12 p.

Ponnelle S., Lancry A. (2002), « Stratégies d'ajustement et ressources environnementales et personnelles dans la dynamique du stress », in Neboit M., Vézina M. (2002), *Stress au travail et santé psychique*, Collection Travail et Activité humaine, Toulouse, Octarès Éditions, 2002

Popper K. (1959), *The logic of scientific discovery*, New York, Harper & Row, 1959

Pot F.D. (2001), « La prévention du stress au travail », Réseau Éditions ANACT, Novembre 2001

Q

Quick J.C., Quick J.D. (1984), *Organizational stress and preventive management*, New York: McGraw-Hill

Quick J.C., Murphy L.R., Hurrell J.J., (1992), *Stress and well-being at work: assessments and interventions for occupational mental health*, Washington D.C.: American Psychological Association

Quick J.C., Quick J.D., Nelson D.L., Hurrell J.J. (1997), *Preventive stress management in organizations*, New York, American Psychological Association, 1997

Quivy R., Van Campenhoudt L. (2006), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2006

R

Raybois M. (2010), « Les « risques psychosociaux » : question de santé ou déni de cette question ? », *Nouvelle revue de psychosociologie*, N°2, pp. 71-81

Reynaud J.-D. (1989), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, 1989

Ribert-Van de Weerd C. (2009), « Apports de la psychologie des émotions à la compréhension du stress au travail », in Neboit M., Vézina M. (2002), *Stress au travail et santé psychique*, Collection Travail et Activité humaine, OCTARES Éditions

Richard D. (2012), « Management des risques psychosociaux : une perspective en termes de bien-être au travail et de valorisation des espaces de discussion », *Thèse de doctorat en sciences de gestion*, Université de Grenoble, soutenue le 26 Septembre 2012

Rick J., Briner R.B., Daniels K., Perryman S., Guppy A. (2001), *A critical review of psychosocial hazard measures*, The Institute for Employment Studies for the Health and Safety Executive, HSE books, 2001

Robert C. (2008), « Expertise et action publique », chap.11, p.309-335 in. Borraz O., Guiraudon V., *Politiques publiques. 1. La France dans la gouvernance européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008

Rolland J.-P. (2002), « Rôle de la personnalité dans les mécanismes du stress », in Neboit M., Vézina M. (2002), *Stress au travail et santé psychique*, Collection Travail et Activité humaine, OCTARES Éditions

Romano J. L. (1992), « Psycho – educational interventions for Stress Management and well – being », *Journal of Counseling and Development*, November/December 1992, Volume 71, pp. 92-109

Roques O., Roger A. (2004), « La gestion de la mobilité géographique des salariés. Le cas de Technicatome », *Revue française de gestion*, 2004/3, n°150, p. 71- 85

Roy F. (2008), « La consultation en entreprise. Théories, stratégies, pratiques », *Les presses de l'Université de Montréal*, Paramètres, 2008

Royer I., Zarlowski P. (2007a), « Le design de la recherche », chap.6, pp.143-172 in Thietart R.-A. (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007

Royer I., Zarlowski P. (2007b), « Échantillon(s) », chap.8, pp.192-227 in Thietart R.-A. (dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007

S

Sahler B. (2007), « Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail », *Commission Européenne, Fonds social européen*, Éditions Réseau ANACT

Sahler B., Berthet M., Douillet P., Mary-Cheray I. (2007), *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail*, Lyon, Éditions du réseau ANACT, 2007

Saint-Arnaud L., Bhérer L., Fontaine S., Gignac S., Gourdeau P., Legros G., Maranda L., Pelletier M. (2006), *La santé psychologique au travail : agir par la prévention. Guide d'animation*, Groupe de référence et d'intervention en santé mentale au travail, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Québec

Saint-Arnaud L., Gignac S., Gourdeau P., Pelletier M., Vézina M. (2010), « Démarche d'intervention sur l'organisation du travail afin d'agir sur les problèmes de santé mentale au travail », *PISTES*, Volume 12, Numéro 3, Novembre 2010, 17 p.

Sainsaulieu R. (1988), *L'identité au travail*, Paris, Collection Références, Presses de Sciences Po, 1988

Saliba M.L., Larmacovai G., Souville M., Viau A., Arnaud S., Verger P. (2007), « Les médecins face à la santé au travail : une étude qualitative dans le sud-est de la France », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Volume 55, N°5, pp.376-381

Sardas J.-C., Dalmasso C., Lefebvre P. (2011), « Les enjeux psychosociaux de la santé au travail. Des modèles d'analyse à l'action sur l'organisation », *Revue française de gestion*, 2011/5 n° 214, pp. 69-88

Schein E. H. (1988), *Process consultation : Its role in organization development*, 2nd ed. Vol. 1, Reading, Mass : Addison-Wesley

Scheller L., Arbib R., Druet L., Reure E. (2006), « Psychologue du travail à l'hôpital : un métier impossible ou en construction ? », *Nouvelle revue de psychosociologie*, N°1, pp.13-30

Schepens F. (2005), « L'erreur est humaine, mais non professionnelle : le bûcheron et l'accident », *Sociologie du travail*, vol. 47, n°1, p. 1-16

Schwandt T.A. (1994), *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, Sage Publications, 1994

Selye H. (1956), *The stress of life*, New York, McGraw-Hill, 1956

Siegrist J. (1996), « Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, Volume 1, N°1, pp. 27-41

Siegrist J. (2001), « A theory of occupational stress », pp.52-66, in. Dunham J., *Stress in the workplace : past, present and future*, London, Whurr Publishers, 2001

Siegrist J. (2012), « Risques psychosociaux au travail et santé : progrès scientifique et futurs défis », pp.161-172, in Courtet C., Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, Éditions La Découverte, 2012

Silverman D. (1993), *Interpreting Qualitative Data*, Londres, Sage, 1993

Simonet J., Bouchez J.-P. (2004), *Le conseil. Le livre du consultant et du client*, Paris, Éditions d'Organisation, 3^{ème} édition, 2004

Sorignet P.-E. (2006), « Danser au-delà de la douleur », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N°163, pp. 46-61

Sotty P. (2006), « L'évaluation des risques professionnels. Un processus de construction des risques, de rationalisation de leur gestion et de régulation entre les acteurs », *Revue management et avenir* 2006/2, N°8, pp. 179-197

Sparks D., Ingram M. J. (1979), « Stress Prevention and Management : a Workshop approach », *The Personnel and Guidance Journal*, November 1979

Stake R. E. (1995), *The art of the case study research*, Thousand Oaks, CA, Sage, 1995

Steger M.F., Dik B.J. (2009), « If one is looking for meaning in life, does it help to find meaning in work ? », *Applied Psychology, Health and Well-being*, Vol. 1, N° 3, pp. 303-320

Steiler D. (2006), « Evaluation du stress professionnel. Intérêts et limites des différents outils de recueil », *Gestion 2000*, Volume 23, N°4, pp. 293-309

Stora J.B. (2010), *Le stress*, Collection Que sais-je ?, 8^{ème} édition, Éditions PUF, 2010

Strauss A. L., Corbin J. (1990), *Basics of qualitative research : grounded theory procedures and techniques*, Newbury Park, Sage, 1990

Sultan-Taïeb H., Niedhammer I. (2012), « Le poids imputable à l'exposition au stress au travail en termes économiques et de santé publique : enjeux et écueils méthodologiques », *Travail et Emploi*, n°129, Janvier-Mars 2012, pp. 35-49

Supiot A. (2011), « Fragments d'une politique législative du travail », *Droit social*, Décembre 2011, N°12, pp.1151-1161

T

Tessier N. (2006), « L'impact des modes de gestion des cadres sur le stress au travail », *Revue management et avenir*, 2006/2, N°8, p.143-158

Thébaud-Mony A. (1991), *La reconnaissance des maladies professionnelles en France. Acteurs et logiques sociales*, Paris, La Documentation française, 1991

Thébaud-Mony A. (2003) « “Réparer” les atteintes liées au travail ? Rapports sociaux, droits et pratiques institutionnelles (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, Vol. 21, n°4, pp. 105-113

Thébaud-Mony A. (2006), « Histoires professionnelles et cancer », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N°163, pp.18-31

Thébaud-Mony A. (2007), *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, Paris, Éditions La Découverte, 2007

Thébaud-Mony A. (2010), « Les fibres courtes d'amiante sont-elles toxiques ? Production de connaissances scientifiques et maladies professionnelles », *Sciences sociales et santé*, Volume 28, N°2, Juin 2010, pp.94-108

Thébaud-Mony A., Robatel N. (2009), « Stress et risques psychosociaux au travail », *Problèmes politiques et sociaux*, La documentation Française, Octobre 2009, N°965

Theorell T. (2001), « Job characteristics in a theoretical and practical health context », in Cooper C. L. , *Theories of organizational stress*, Oxford University Press, New York, 2001

Théry L. (2006), *Le travail intenable. Résister collectivement à l'intensification du travail*, Paris, Éditions La Découverte, 2006

Thietart R.-A. (dir.) (2007), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Éditions Dunod, 3^{ème} édition, 2007

Thorwald J. (1966), *Histoire de la médecine dans l'Antiquité*, Paris, Hachette Éditions, 1966

Trudel L., Simard C., Vornarx N. (2007), « La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? », *Actes du colloque Recherche qualitative : Les questions de l'heure*, Hors-Série, N°5, pp.38-45

Turner A. N. (1982), « Consulting is more than giving advice », *Harvard Business Review* 60 (Sept.-Oct.), pp. 120-129

U

Ughetto P. (2007), *Faire face aux exigences du travail contemporain*, Éditions Réseau ANACT, 157p., 2007

Ughetto P. (2011), « Qui a besoin des risques psychosociaux ? 'RPS', construction d'un problème public et travail », p.49-75, in Hubault F. (coord.), *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, 1^{ère} édition, OCTARES Editions, 2011

UNIFAF, « Connaître, prévenir et prendre en compte les situations de souffrance au travail », *Les Cahiers de l'UNIFAF*, Février 2011

V

Valléry G., Leduc S. (2012), *Les risques psychosociaux*, Collection Que sais-je ?, Paris, Éditions PUF, 2012

Van de Ven A. H. (1992), « Suggestions for studying strategy process : a research note », *Strategic Management Journal*, N°13, Summer special issue, pp.169-188

Van de Ven A. H., Poole M. S. (1990), « Methods for studying innovation development in the Minnesota innovation research program », *Organization Science*, Volume 1, N°3, pp.313-335

Van der Klink J.L., Blonk R.W., Schene H., Van Dijk J.H. (2001), « The benefit of interventions for Work-Related Stress », *American Journal of Public Health*, February 2001, Volume 91, N°2, pp.270-276

Van Maanen J. (1998), *Qualitative studies in organizations*, Thousand Oaks, Sage publications, 1998

Vaxevanoglou X. (2002), « Le stress au travail et la santé psychique du point de vue de l'ergonomie de l'activité » in Neboit M., Vézina M., *Stress au travail et santé psychique*, Collection Travail et Activité humaine, Toulouse, Octarès Éditions, 2002

Verdier E. (2009), « La gouvernance de la santé au travail : le dialogue social recadré par un paradigme épidémiologique ? », *Communication aux Journées internationales de sociologie du travail*, Nancy, 25-26 Juin 2009, 26 p.

Verdier E. (2012), « La gouvernance de la santé au travail : le dialogue social recadré par un paradigme épidémiologique ? », pp.103-122, in Courtet C., Gollac M. (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, Éditions La Découverte, 2012

Verkindt P.-Y. (2005), *Le droit du travail*, Collection Connaissances du droit, Paris, Dalloz, 2005

Vézina M. (2002), « Stress au travail et santé psychique : rappel des différentes approches », chap. 1 in Neboit M., Vézina M. (2002), *Stress au travail et santé psychique*, Collection Travail et Activité humaine, OCTARES Éditions

Vézina M. (2008), « La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : nouveau défi pour la santé publique », *Santé publique* 2008/0, N°20, p. 121-128

Vézina M. (2010), « Santé mentale au travail : répondre à des besoins humains fondamentaux », pp.169-174 in Clot Y., Lhuillier D. (dir.), *Travail et santé : ouverture clinique*, Paris, Éditions Érès, 2010

Vézina M., Bourbonnais R. (2001), « Incapacités de travail pour des raisons de santé mentale. Institut de la statistique du Québec », *Portrait social du Québec : données et analyse*, Québec, Éditeur officiel du Québec, pp.279-287

Vézina M., Bourbonnais R., Brisson C., Trudel L. (2004), « Facteurs de risques psychosociaux », chap 19 pp.362-375 in *Manuel d'hygiène du travail*, Québec, Éditions Modulo-Griffon, 2004

Vézina M., Bourbonnais R., Brisson C., Trudel L. (2006), « Définir les risques. Note de recherche : Sur la prévention des problèmes de santé mentale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006/3, 163, pp. 32-38

Vézina M., Cousineau M., Mergler D., Vinet A. (1992), *Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au Québec*, Québec, Gaétan Morin éditions, 1992, 179p.

Vézina M., Stock S. (2005), « Collaboration interdisciplinaire dans le cas d'une intervention ergonomique », in Volkoff S., *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions et pièges*, Toulouse, Octarès Éditions, 2005

Viet V. (2008), « Présentation du numéro. Les risques professionnels seraient-ils singuliers ? », *Revue française des affaires sociales*, 2008/2, n°2-3, pp.5-12

Vigna X. (2007), *L'insubordination ouvrière dans les années 68. Essai d'histoire politique des usines*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007

Villette M. (2003), *Sociologie du conseil en management*, Paris, Éditions La Découverte, 2003

Vogel L. (2004), *Santé au travail. Huit terrains d'action pour la politique communautaire*, Bruxelles, BTS, 2004

Vogel L. (2009), « Enjeux et incertitudes de la politique européenne en santé au travail », *Mouvements*, N°58, pp.104-116

Volkoff S. (2005), *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions et pièges*, Toulouse, Octarès Éditions, 2005

Volkoff S. (2008), « La recherche et l'action en santé au travail. Idées ancrées et nouveaux obstacles », *Revue Française des Affaires sociales*, 2008/2, n°2-3, pp.13-17

Volkoff S. (2010), « Statistiques « ouvertes » et ergonomie « myope » : combiner les niveaux d'analyse en santé au travail », *Sciences sociales et santé*, Volume 28, n°2, Juin 2010, pp.11-29

W

Wacheux F. (1996), *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*, Paris, Économica, 1996

Weber M. (1971), *Économie et Société*, Paris, Éditions Plon, 1971

Weber R. P. (1990), *Basic content analysis*, Newbury Park, Sage, 1990

Weibel L., Brandenberger G. (2002), « Stress environnemental : l'altération des rythmes biologiques chez les travailleurs de nuit » in Neboit M., Vézina M. (2002), *Stress au travail et santé psychique*, Collection Travail et Activité humaine, OCTARES Éditions

Weiss J.M. (1972), « Psychological factors in stress and disease », *Scientific American*, Volume 266, N°6, pp.104-113

Whittle A., Spicer A. (2008), « Is Actor Network Theory Critique ? », *Organization Studies*, Vol. 4, N°29, pp.611-629

Wiar M. (2008), « L'approche centrée sur la personne au fil d'un audit en entreprise », *Approche centrée sur la personne*, 2008/1, N°7, pp. 61-70

Wisner A., (1995), *Réflexions sur l'ergonomie*, Toulouse, Octarès Éditions, 1995

X-Y-Z

Yin R. K. (1991), *Case studies research : design ans methods*, Newbury Park, Sage Editions, 1991

Yin R. K. (2003), *Case studies research : design ans methods*, Newbury Park, Sage Editions, 3^e édition, 2003

Yvon F., Fernandez G. (2002), « Les ASCT de la SNCF à l'épreuve du stress. Essai de psychopathologie du travail », *Cliniques méditerranéennes*, Volume 66, N°2, pp.125-144

Table des matières

| | |
|--|----|
| Introduction | 7 |
| Partie 1. Construction de l'objet de recherche : <i>Vers une étude des pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail</i> | |
| Chapitre 1. Les risques professionnels au cœur d'une tension historique | 24 |
| <i>La longue marche des risques professionnels</i> | 25 |
| Section 1. L'approche dominante des risques professionnels : les lois du 9 Avril 1898 et du 25 Octobre 1919 | 30 |
| <i>Sous-section 1. Une vision restrictive du risque professionnel : le risque « inéluctable »</i> | 30 |
| <i>Sous-section 2. Une responsabilité limitée de l'employeur : la responsabilité sans faute</i> | 32 |
| <i>Sous-section 3. Une logique de réparation et d'indemnisation des conséquences du risque professionnel</i> | 33 |
| <i>Sous-section 4. Une approche dominante de la santé au travail visant à adapter l'homme au travail</i> | 34 |
| Section 2. L'approche alternative des risques professionnels : mobilisations sociales, pression européenne et progression de la connaissance | 37 |
| <i>Sous-section 1. Une vision élargie du risque professionnel : le risque organisationnel</i> | 38 |
| <i>Sous-section 2. Une responsabilité étendue de l'employeur</i> | 41 |
| <i>Sous-section 3. Une logique de prévention et d'action en amont</i> | 42 |
| <i>Sous-section 4. Une approche alternative de la santé au travail visant à adapter le travail à l'homme</i> | 46 |
| Section 3. Le champ des risques professionnels : un champ stratégique en tension | 48 |
| <i>Sous-section 1. Les risques professionnels : un champ de construction sociale</i> | 48 |
| <i>Sous-section 2. Une construction sociale stratégique en tension : l'enjeu d'imputation de responsabilité</i> | 50 |
| <i>Sous-section 3. Un appui stratégique décisif : le recours à l'expertise</i> | 55 |
| Résumé du Chapitre 1 | 60 |
| | |
| Chapitre 2. Les risques psychosociaux au travail : un champ stratégique en tension | 61 |
| Section 1. Un périmètre flou | 63 |
| <i>Sous-section 1. Une absence de définition stabilisée</i> | 63 |
| <i>Sous-section 2. Des spécificités inhérentes aux RPS</i> | 65 |
| <i>Sous-section 3. Des conditions de visibilité sociale restreintes</i> | 67 |
| Section 2. L'inscription des RPS dans l'approche restrictive des risques professionnels | 70 |
| <i>Sous-section 1. L'inscription du terme « RPS » dans l'approche restrictive</i> | 70 |
| <i>Sous-section 2. L'inscription des approches disciplinaires des RPS dans l'approche restrictive</i> | 72 |
| <i>Sous-section 3. La promotion d'une logique de réparation et d'adaptation de l'homme au travail</i> | 80 |
| Section 3. L'inscription des RPS dans l'approche élargie des risques professionnels | 84 |
| <i>Sous-section 1. L'inscription du terme « RPS » dans l'approche élargie</i> | 84 |
| <i>Sous-section 2. L'inscription des approches disciplinaires des RPS dans l'approche élargie</i> | 85 |
| <i>Sous-section 3. La promotion d'une logique de prévention et d'adaptation du travail à l'homme</i> | 90 |

| | |
|--|------------|
| Section 4. RPS et sciences de gestion : une discipline bipolarisée, une dimension stratégique oubliée..... | 93 |
| <i>Sous-section 1. Les approches des RPS en sciences de gestion au cœur de la tension historique.....</i> | <i>94</i> |
| <i>Sous-section 2. La dimension stratégique oubliée des RPS.....</i> | <i>101</i> |
| <i>Sous-section 3. Un acteur central : les consultants en gestion des RPS.....</i> | <i>104</i> |
| Section 5. Cadre d'analyse et problématique de la recherche : vers une analyse des pratiques de traduction des consultants dans la gestion des RPS..... | 110 |
| <i>Sous-section 1. La sociologie du conseil en management : un cadre théorique permettant d'appréhender les relations tissées par les consultants.....</i> | <i>110</i> |
| <i>Sous-section 2. La sociologie de la traduction : des concepts théoriques permettant d'éclairer les pratiques des consultants.....</i> | <i>115</i> |
| <i>Sous-section 3. L'analyse des pratiques des consultants en gestion des RPS : un acteur-réseau à l'origine d'un projet sociotechnique en relation avec un client et un public-cible.....</i> | <i>121</i> |
| <i>Sous-section 4. Problématique et proposition de recherche.....</i> | <i>124</i> |
| Résumé du Chapitre 2..... | 127 |
| | |
| Partie 2. Design général de notre recherche..... | 128 |
| | |
| Chapitre 3. Des « contraintes empiriques » au « pragmatisme méthodologique »..... | 129 |
| Section 1. De la recherche de terrain(s) d'enquête aux « opportunités empiriques » : une quête décisive dans la construction de l'objet de recherche..... | 131 |
| <i>Sous-section 1. Un domaine d'intérêt émergent, un corpus théorique peu structuré.....</i> | <i>131</i> |
| <i>Sous-section 2. La longue quête de terrain(s) d'analyse: refus et apports à la construction de l'objet de recherche.....</i> | <i>134</i> |
| <i>Sous-section 3. Les « opportunités empiriques » : opportunisme méthodique et adaptabilité aux contraintes du terrain.....</i> | <i>138</i> |
| Section 2. Présentation détaillée des deux terrains de recherche : le réseau i3r PACA et la Polyclinique du Sud..... | 142 |
| <i>Sous-section 1. Le réseau i3r PACA : origines, constitution et fonctionnement.....</i> | <i>142</i> |
| <i>Sous-section 2. La polyclinique du Sud.....</i> | <i>150</i> |
| Résumé du Chapitre 3..... | 153 |
| | |
| Chapitre 4. Paradigme épistémologique et démarche de la recherche..... | 154 |
| Section 1. Une démarche de recherche ancrée dans le paradigme épistémologique interprétativiste pragmatique (PEIP)..... | 156 |
| <i>Sous-section 1. Le paradigme épistémologique interprétativiste : statut de la connaissance, nature de la « réalité », chemin de la connaissance et critères de validité.....</i> | <i>156</i> |
| <i>Sous-section 2. Le paradigme épistémologique interprétativiste pragmatique (PEIP) : l'apport du pragmatisme aux critères de validité de la connaissance scientifique.....</i> | <i>160</i> |
| <i>Sous-section 3. Le PEIP et ses implications pour notre recherche.....</i> | <i>162</i> |

| | |
|--|------------|
| Section 2. Collecte et analyse des données..... | 168 |
| <i>Sous-section 1. La nature des données collectées.....</i> | <i>168</i> |
| <i>Sous-section 2. Les modes de collecte des données.....</i> | <i>169</i> |
| <i>Sous-section 3. Les techniques d'analyse des données.....</i> | <i>180</i> |
| Résumé du Chapitre 4..... | 185 |
| | |
| Partie 3. Résultats de notre recherche : <i>Les pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail : des pratiques stratégiques différenciées aux limites de traduction....</i> | 186 |
| | |
| Chapitre 5. Les pratiques des consultants dans la gestion des RPS : des pratiques stratégiques différenciées..... | 187 |
| Section 1. Le triptyque « Consultant – Client – Public-cible » : des configurations de gestion des RPS hétérogènes..... | 191 |
| <i>Sous-section 1. Les consultants en gestion des RPS : taille de cabinet, type de commanditaire et profils disciplinaires.....</i> | <i>191</i> |
| <i>Sous-section 2. Les clients en gestion des RPS : un contexte d'intervention potentiellement décisif.....</i> | <i>200</i> |
| <i>Sous-section 3. Le public-cible : des « pré-problématisations » différenciées.....</i> | <i>205</i> |
| Section 2. La problématisation en gestion des RPS..... | 211 |
| <i>Sous-section 1. Les différents modes de problématisation des consultants.....</i> | <i>211</i> |
| <i>Sous-section 2. Obstacles à la problématisation et stratégies de problématisation.....</i> | <i>216</i> |
| <i>Sous-section 3. Modalités de problématisation et critiques entre consultants.....</i> | <i>218</i> |
| Section 3. La « mise en marche » de la gestion des RPS..... | 222 |
| <i>Sous-section 1. Le « comité de pilotage » : une « mise en marche » incontournable de la gestion des RPS.....</i> | <i>222</i> |
| <i>Sous-section 2. Les stratégies de « mise en marche » de la gestion des RPS.....</i> | <i>225</i> |
| <i>Sous-section 3. Le cas de l'expertise CHSCT : des limites à la « mise en marche » de la gestion des RPS.....</i> | <i>226</i> |
| Section 4. Le rallongement de la gestion des RPS..... | 229 |
| <i>Sous-section 1. Une volonté de « passer le témoin ».....</i> | <i>229</i> |
| <i>Sous-section 2. Les obstacles au rallongement de la gestion des RPS.....</i> | <i>231</i> |
| Section 5. Les consultants en gestion des RPS : « pratiques-type », stratégies de marché et profils hybrides..... | 234 |
| <i>Sous-section 1. Les « pratiques-type » des consultants en gestion des RPS.....</i> | <i>234</i> |
| <i>Sous-section 2. Des acteurs intégrés au sein d'un marché du conseil et de l'expertise.....</i> | <i>240</i> |
| <i>Sous-section 3. Les consultants en gestion des RPS : des acteurs hybrides.....</i> | <i>243</i> |
| Résumé du Chapitre 5..... | 247 |
| | |
| Chapitre 6. La « traduction empêchée » et réinterprétée : le cas de la <i>Polyclinique du Sud</i>..... | 248 |

| | |
|---|------------|
| Section 1. La problématisation des RPS du cabinet DAVEOS : la restitution des conclusions de l'expertise..... | 248 |
| <i>Sous-section 1. Le contexte pré-intervention : premiers pas sur le terrain et premiers contacts.....</i> | <i>252</i> |
| <i>Sous-section 2. La présentation du contenu du rapport d'expertise du cabinet DAVEOS.....</i> | <i>255</i> |
| <i>Sous-section 3. Double restitution et refus de la Direction de poursuivre la collaboration.....</i> | <i>266</i> |
| Section 2. La « mise en marche » de la gestion des RPS initiée par la Direction : comité de pilotage et groupes de travail stratégiques..... | 270 |
| <i>Sous-section 1. Composition et première réunion du comité de pilotage : un comité non représentatif.....</i> | <i>270</i> |
| <i>Sous-section 2. Second comité de pilotage et définition des groupes de travail.....</i> | <i>273</i> |
| <i>Sous-section 3. Groupes de travail et remontées auprès du comité de pilotage.....</i> | <i>275</i> |
| Section 3. La « mise en arrêt » de la gestion des RPS..... | 280 |
| <i>Sous-section 1. Les apports perçus de l'expertise CHSCT « à dix-huit mois ».....</i> | <i>280</i> |
| <i>Sous-section 2. La « mise en arrêt » du comité de pilotage RPS.....</i> | <i>284</i> |
| <i>Sous-section 3. La mise en place d'un « comité de pilotage Pénibilité » et la dissolution du « comité de pilotage RPS ».....</i> | <i>287</i> |
| Résumé du Chapitre 6..... | 292 |
| Conclusion générale..... | 293 |
| Bibliographie..... | 304 |
| Table des matières..... | 344 |
| Liste des illustrations..... | 348 |
| Annexes..... | 349 |

Liste des illustrations

| | |
|--|-----|
| Figure 1. Occurrence de l'expression « risques psycho-sociaux » dans les dépêches de l'AFP..... | 8 |
| Figure 2. Le modèle « Demande – Contrôle » de Karasek (1979)..... | 75 |
| Figure 3. Le modèle « Déséquilibre efforts – Récompenses » de Siegrist (1996)..... | 76 |
| Figure 4. Le triangle de la consultation..... | 111 |
| Figure 5. « Les principes généraux » du réseau i3r PACA..... | 146 |
| Figure 6. « Les principes d'intervention » du réseau i3r PACA..... | 147 |
| Figure 7. Détail des entretiens réalisés auprès des consultants du réseau i3r PACA..... | 174 |
| Figure 8. Détail des entretiens réalisés auprès des consultants hors-réseau i3r PACA..... | 174 |
| Figure 9. Détail des entretiens réalisés auprès du comité de pilotage du réseau i3r PACA.. | 175 |
| Figure 10. Type de documentation utilisée au sein du premier terrain de recherche..... | 177 |

Annexes

| | |
|---|-----|
| 1. Communiqué de presse « Six acteurs du domaine créent la FIRPS »..... | 350 |
| 2. Projet de recherche « <i>Le stress professionnel : prévention et apprentissage</i> »..... | 351 |
| 3. Projet de recherche collaborative LEST- Établissement public d'aménagement XXXX..... | 352 |
| 4. Projet de collaboration LEST – Cabinet Bilan de compétences..... | 354 |
| 5. Projet d'ateliers « Conditions de travail » avec le Cabinet Bilan de compétences..... | 355 |
| 6. Présentation " <i>Bien-être au travail. Les véritables leviers d'action des DRH</i> " du Cabinet Bilan de Compétences..... | 357 |
| 7. Mail de transmission de contacts de consultants par un membre du LEST..... | 359 |
| 8. Lettre de lancement du réseau i3r PACA..... | 360 |
| 9. Référentiel Régional sur les Risques psychosociaux..... | 361 |
| 10. Dossier de candidature des consultants du réseau i3r PACA..... | 365 |
| 11. Convention de confidentialité LEST - Cabinet LYNX..... | 367 |
| 12. Convention de confidentialité LEST- Cabinet PHASA..... | 370 |
| 13. Liste des experts CHSCT agréés au 1er Janvier 2013..... | 375 |
| 14. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail (Polyclinique du Sud)..... | 380 |
| 15. Mail d'acceptation de participation au comité de pilotage RPS (Polyclinique du Sud)..... | 385 |
| 16. Structure du tableau à remplir (Comité de pilotage Pénibilité)..... | 386 |
| 17. Accord d'établissement sur la prévention de la pénibilité (Polyclinique du Sud)..... | 387 |

Annexe 1. Communiqué de presse « Six acteurs du domaine créent la FIRPS »

Communiqué de presse
Six acteurs majeurs du domaine créent la FIRPS
Fédération des Intervenants en Risques Psychosociaux

Paris, le 6 décembre 2010.

ARTELIE CONSEIL, CAPITAL SANTE, IAPR, IFAS, PSYA et STIMULUS, respectivement représentés par leurs dirigeants, ont créé la Fédération des Intervenants en Risques Psychosociaux (FIRPS) lors d'une assemblée générale constitutive le 17 novembre 2010.

Dans un contexte où la prise en compte des risques psychosociaux dans le monde du travail se développe très fortement, les entreprises éprouvent de plus en plus le besoin de faire appel à des

cabinets spécialisés. Six acteurs majeurs fondent la Fédération des Intervenants en Risques Psychosociaux afin d'organiser la profession.

La FIRPS a pour ambition de regrouper de nombreux intervenants autour des objectifs suivants :

- Fédérer les acteurs de la prévention des risques psychosociaux
- Préserver l'indépendance de la profession
- Garantir l'éthique et la déontologie des pratiques
- Représenter la profession

Le premier conseil d'administration est composé comme suit :

- Président : Jacques Rondeleux, IAPR
- Secrétaire général : Patrick Légeron, STIMULUS
- Vice-présidents :

Romain Cristofini, CAPITAL SANTE ; Jean-Marie Gobbi, PSYA ; Laurence Saunder, IFAS

- Trésorière : Bénédicte Haubold, ARTELIE CONSEIL

Contact presse : Manon Ouellette, La Grande Ourse communication,
01 40 47 99 89 – 06 71 13 64 62 – manon@ouellette.com

Annexe 2. Projet de recherche « *Le stress professionnel : prévention et apprentissage* »

Projet de recherche

Thème : « Le Stress Professionnel : Prévention et Apprentissage »
(Terrain de recherche à définir)

**Tarik CHAKOR, Doctorant en Sciences de Gestion au LEST,
Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail
eMail :** tarik.chakor@univmed.fr
Tél : 06.20.73.56.16

La prévention des risques professionnels : un enjeu fondamental

Les risques professionnels, définis comme une situation de travail pouvant occasionner immédiatement ou en différé des effets négatifs sur la santé et la sécurité du salarié, représentent un triple enjeu pour l'employeur :

- Un enjeu économique : l'entreprise assume les coûts directs et indirects de ces effets négatifs (frais médicaux, désorganisation...)
- Un enjeu social : la santé et la sécurité au travail comme lieu de dialogue privilégié entre Direction et salariés, impactant sur le climat social
- Un enjeu juridique : obligation de sécurité de l'employeur, mise en place d'actions préventives, notamment pour traiter les risques psychosociaux.

Les risques dits psychosociaux, liés à la santé mentale des salariés, constituent un objet de recherche de plus en plus important, le stress étant considéré comme « le mal du XXIème siècle ».

Ainsi, la maîtrise de ces risques psychosociaux apparaît comme « l'enjeu du XXIème siècle » : la mise en place d'une politique de prévention adéquate, adaptée et adaptable, est fondamentale.

Mon projet de recherche

Dans le cadre de ma thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, je m'intéresse aux pratiques d'entreprises visant à prévenir les risques professionnels psychosociaux, et plus particulièrement le stress professionnel. La compréhension de la « mécanique » de ces risques, de leur apparition dans un milieu professionnel et de leur évolution est fondamentale, ainsi que l'analyse des actions à mettre en œuvre, éléments à la base de mon projet de recherche.

Ma **question de recherche** est la suivante: « *Peut-on analyser la prévention du stress professionnel comme un processus d'apprentissage organisationnel?* ».

Par cette interrogation, je désire démontrer le caractère fondamental de la mise en place d'une politique préventive de long terme, adaptative, qui « apprend » de ses succès et de ses échecs, qui s'ajuste aux évolutions contextuelles et qui s'intègre à une politique globale de santé et sécurité au travail.

Ma recherche pourra s'appuyer sur différentes sources de données, dont l'utilisation sera à définir, comme :

- des entretiens menés auprès de différents acteurs de l'organisation,
- des observations du terrain,
- des documents internes retraçant l'évolution de l'organisation, des politiques de formation, des chiffres sur la sécurité...

Le croisement de l'ensemble de ces données doit permettre de tendre vers un diagnostic pertinent et constructif, profitable à tous.

La mise en place de formations directement inspirées des constats du terrain et des témoignages des différents acteurs, la promotion de « groupes d'échange », voire une évolution de l'organisation du travail, pourront être autant d'éléments concrets à mettre en place.

Annexe 3. Projet de recherche collaborative LEST- Établissement public d'aménagement XXXX

Projet de recherche collaborative LEST-XXXX
Tarik CHAKOR, Doctorant en Sciences de Gestion au LEST,
Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail
eMail : tarik.chakor@univmed.fr
Tél : 06.20.73.56.16

La prévention des risques psychosociaux : un enjeu fondamental

La maîtrise des risques psychosociaux, et plus largement des risques professionnels, définis comme une situation de travail pouvant occasionner immédiatement ou en différé des effets négatifs sur la santé et la sécurité du salarié, représente un triple enjeu pour l'employeur :

- Un enjeu économique : l'entreprise assume les coûts directs et indirects de ces effets négatifs
- Un enjeu social : la santé et la sécurité au travail comme lieu de dialogue privilégié entre Direction et salariés, projet fédérateur, impactant sur le climat social
- Un enjeu juridique : obligation de sécurité de l'employeur et mise en place d'actions préventives, notamment pour traiter les risques psychosociaux.

Ces risques dits psychosociaux, liés à la santé mentale des salariés, constituent un objet de recherche de plus en plus important, le stress étant considéré comme « le mal du XXIème siècle ».

Mon projet de recherche

Dans le cadre de ma thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, je m'intéresse aux pratiques d'entreprises visant à prévenir les risques professionnels psychosociaux, et plus particulièrement le stress professionnel. La compréhension de la « mécanique » de ces risques, de leur apparition dans un milieu professionnel, de leur évolution dans un contexte donné est à la base de mon projet de recherche.

Ma **question de recherche** est la suivante: « La prévention des risques professionnels psychosociaux doit-elle faire l'objet d'une approche contextualisée, adaptée aux spécificités de l'entreprise? ».

Par cette interrogation, je désire mesurer l'impact des dynamiques historiques et temporelles de l'organisation, des représentations des acteurs et de leurs caractéristiques sur les risques professionnels et les actions préventives adaptées à développer.

XXXX : un contexte spécifique

Née d'une initiative de l'Etat et des collectivités territoriales, XXXX est une opération d'intérêt national qui a pour ambition de placer X au niveau des plus grandes métropoles européennes. Créateur de développement économique, social et culturel, XXXX est un accélérateur de l'attractivité et du rayonnement de la métropole X.

À partir des renseignements récoltés sur le site <http://www.####.fr/> et de notre premier entretien, il est apparu que XXXX présente un contexte très spécifique :

- EPIC mêlant à la fois éléments du secteur public et du secteur privé (ou comment de « l'investissement public doit générer de l'investissement privé »)
- Structure d'une cinquantaine de personnes regroupant 10 métiers différents, avec une échelle hiérarchique courte et une transférabilité inter-postes difficile
- Un besoin et une demande de créativité dans une structure rigide, voire *psychorigide*
- Une pression importante liée à la multiplicité des groupes concernés (politiques, professionnels, tutelles, habitants)
- Une instabilité potentielle liée aux élections risquant de modifier la composition du CA

Ainsi, **concrètement**, notre collaboration pourrait suivre la logique suivante :

Une **première étape** visant à analyser de manière plus précise les spécificités et éléments contextuels d'XXXX.

Cette analyse doit permettre de repérer les différentes sources de stress, les logiques d'apparition de troubles psychosociaux.

Comment ?

Sous réserve d'acceptation des personnes compétentes, il semblerait intéressant de procéder à :

- L'étude approfondie des actions de prévention déjà menées et leurs résultats (documents du CHSCT, de la Médecine du Travail, documents internes, rapports externes, etc.)
- La tenue d'entretiens individuels et/ou collectifs portant sur **l'amélioration des conditions de travail** auprès de différents acteurs-clés de l'entreprise (pour assurer une certaine représentativité des différents points de vue, légitimité et éviter « le défouloir improvisé »...)
- L'observation « réelle » de la mise en place de la politique de santé au travail : réunions du CHSCT, entretiens salariés/Médecine du travail, Conseil d'administration, application « sur le terrain »

Une **seconde étape** devant apporter des **solutions concrètes** pour XXXX (l'analyse des maux sans définir des « pistes de guérison » n'ayant aucun sens)

Ces solutions doivent aider XXXX à tendre vers une politique de prévention des risques psychosociaux adaptée à son contexte et à son évolution, et donc à une réelle amélioration des conditions de travail : outre le fait d'abandonner le « *bricolage préventif* », cette « prévention sur-mesure » sera légitime et légitimée, car fruit d'une consultation de l'ensemble des personnes représentatives.

Pour information, concernant mon travail de thèse, cette étude doit contribuer à améliorer la compréhension des actions préventives, notamment dans une perspective de contextualisation, dimension encore trop peu présente dans la littérature traitant du sujet.

Annexe 4. Projet de collaboration LEST – Cabinet Bilan de compétences

Projet de collaboration LEST – Cabinet Bilan de compétences

Suite à notre entretien du Mardi 1^{er} Décembre 2009, il est possible de retenir quelques pistes d'action et points de convergence, qu'il conviendra évidemment de discuter plus en détails, approfondir, éclaircir ou redéfinir :

- Tout d'abord il s'agirait d'une **action collaborative** entre le cabinet et le doctorant – chercheur, le cabinet n'étant pas sujet d'analyse et d'intervention.
- Cette collaboration permettrait d'aborder directement la problématique des risques psychosociaux au sein des entreprises clientes du cabinet, problématique qui n'est abordée par le cabinet que de manière indirecte jusqu'à présent (via le bilan de compétences).
- Cette collaboration pourrait prendre forme via la mise en place d' « ateliers - stress » (ou de manière préférable d' « ateliers - conditions de travail ») à mener au sein d'entreprises (entre 3 et 5, **à réaliser d'ici fin Juin**).
À première vue, X s'occuperait de la dimension individuelle et psychologique, tandis que je m'occuperais de la dimension collective et contextuelle.
- Ces ateliers pourront être précédemment testés auprès de personnes licenciées, via les ateliers CV & TRE déjà existants (**à réaliser d'ici fin Janvier**).

Reste à définir :

- Les entreprises clientes (secteur ? type d'activité ? effectif ? Problèmes spécifiques ?)
- Le contenu concret des ateliers : à préciser via échanges de mails pour interactions et apports de chacun
- « Statut juridique » du chercheur dans cette collaboration

Annexe 5. Projet d'ateliers « Conditions de travail » avec le Cabinet Bilan de compétences

Projet d'ateliers « Conditions de travail » Cabinet Marseille Le 12 Février 2010

Prévention des risques psychosociaux : concepts et actions

Qu'entend-t-on par « risques psychosociaux » ?

Ces risques regroupent une pluralité d'éléments pouvant porter atteinte à la santé du salarié :

- Le « stress » : *un état de stress survient lorsqu'il y a 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.* (Définition de l'AESST)
- Les « violences internes » : regroupent notamment le harcèlement moral et le harcèlement sexuel, correspondant à des agressions verbales ou physiques émanant de collègues ou de responsables hiérarchiques
- Les « violences externes » : agressions verbales ou physiques émanant de personnes extérieures à l'entreprise (usagers, clients, patients, élèves, etc.)
- La « souffrance au travail » (ou « mal-être au travail ») : fait état d'une situation psychologique précaire, d'une réduction ou disparition des mécanismes psychologiques de défense du salarié

Quels niveaux de prévention ?

La prévention des risques psychosociaux présente trois niveaux d'intervention :

- **Niveau primaire** : action « à la source », visant à agir sur l'organisation même du travail, pour réduire les facteurs de risque et leur impact négatif sur le salarié
Ex : répartition de la charge de travail, du temps de travail, des tâches etc.
- **Niveau secondaire** : action « corrective », visant à renforcer la résistance des salariés présentant des symptômes psychosociaux, améliorer leur adaptabilité
Ex : actions de formation (gestion du stress, du temps, des conflits), espace de discussion, pratiques de relaxation, sieste, conciergerie etc.
- **Niveau tertiaire** : action « curative », visant à prendre en charge les salariés en souffrance, réponse d'urgence pour traiter et réhabiliter le salarié
Ex : numéro vert, « ticket psy », thérapie cognitive et comportementale etc.

Quelles sont les étapes classiques d'une démarche de prévention ?

Les institutions spécialisées en Santé et Sécurité au travail (INRS, ANACT, etc.) présentent une suite d'étapes à suivre pour mener une action préventive :

- **Réalisation d'un pré-diagnostic de la situation** : recueil des premiers indicateurs (documents de la Médecine du travail, du CHSCT, temps de travail, turnover...), objectivation des problèmes psychosociaux, évaluation de leur dimension collective
- **Constitution d'un groupe projet** : interne à l'entreprise, mission de pilotage et pérennisation de la démarche de prévention, doit assurer l'implication de l'ensemble du personnel, composition représentative (membre de la Direction, du CHSCT, de la Médecine du travail, représentant du personnel), informer les salariés et assurer le suivi des actions
- **Diagnostic approfondi** : identification des sources/causes des maux et des groupes de salariés les plus affectés (cartographie), évaluation précise via observation de l'activité, entretiens individuels et collectifs, questionnaires. Implication et éclairage du groupe projet
- **Restitution des résultats** : communication des résultats aux différents acteurs de l'entreprise, qui devront se les approprier. Inciter les acteurs à donner suite au diagnostic
- **Élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action** : plan établi avec la participation des personnes concernées, en fonction du diagnostic établi. Hiérarchisation de ces actions selon résultats du diagnostic. Actions de CT, MT ou LT

-
- **Suivi** : assurer une veille de l'action préventive, apporter des corrections si besoin, notamment via le suivi des indicateurs retenus durant la démarche

Quels sont les facteurs de réussite d'une démarche de prévention ?

La littérature scientifique traitant de l'action de prévention des risques psychosociaux souligne six facteurs importants pour la réussite de la démarche :

- **Soutien de la haute direction/Implication de tous les niveaux hiérarchiques**
- **Participation des employés** à la discussion des problèmes, élaboration de solutions
- **Identification préalable des populations de travailleurs à risque**
- **Mise en place rigoureuse des changements requis** auprès des populations ciblées
- **Prise en charge de la démarche et des changements** par les membres de l'entreprise
- **Actualisation/Adaptation de la prévention** (pas un *one shot*)

Annexe 6. Présentation "*Bien-être au travail. Les véritables leviers d'action des DRH*" du Cabinet Bilan de Compétences

Bien-être au travail

« Les véritables leviers d'action des DRH »

Jeu 22 avril 2010

Pourquoi notre intérêt sur le sujet ?

- **Les métiers du cabinet sont impactés** : le bien être au travail est en lien direct avec le mode de management et la conduite du changement
- **Pour aider les managers** - et surtout les managers de proximité, nous devons apporter des réponses : qu'est-ce qui fait que les personnes sont différentes face au bien être ou au stress, et comment peuvent-elles en prendre conscience ?

> D'où notre volonté d'agir à travers **des outils de mesure individualisés et une démarche de questionnement** utile et opérationnelle à l'attention des RH et managers...

Le bien être au travail: un concept multi - dimensionnel


- Le **bien être** : n. m. *Etat agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit* (Larousse, 2010)
- Le **bien être au travail**: une multitude de définitions
=> épanouissement, accomplissement de soi, reconnaissance, climat détendu, réalisation d'objectifs, communication efficace etc.

La question du bien être dans l'organisation doit être posée :


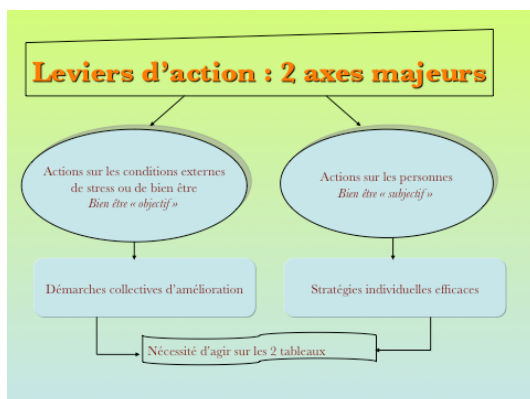
- Évolution du monde du travail : du travail industrialisé à la tertiarisation de l'économie
- Évolution juridique : importance croissante de la santé mentale au travail
- Un quadruple enjeu : économique, social, juridique, politico - médiatique

Et Vous ... ?

- En ce moment, quelle est **votre** principale source de bien être au travail ?



- En ce moment, quelle est **votre** principale source de stress au travail ?

ACTION SUR LES CONDITIONS EXTERIEURES

Diagnostic Environnemental

- Tarik – Docteurant « *Prévention des risques psychosociaux et Promotion du bien être au travail* »
- Analyse des sources de bien être / stress dans l'entreprise par :
 - Des entretiens semi directifs,
 - Des temps d'observation
 - L'analyse de documents d'entreprise
- Présentation de la synthèse des sources de bien être / stress dans l'entreprise : que peut-on faire à notre niveau, dans notre marge de manœuvre pour développer les conditions extérieures de bien être ?

ACTION SUR LA PERSONNE

Atelier « du stress au bien-être dans le travail »

- X- Psychologue du travail
- Un atelier pour développer les stratégies individuelles efficaces face au stress :
 - Définir et délimiter le bien être et le stress,
 - Mieux connaître ses réactions face au stress
 - Un outil de mesure et d'analyse des nuances de vécus du stress (exemple de profil)
 - Mettre en place des stratégies et des actions préventives individualisées
- Chaque personne vit un développement de soi

Une population clé sensible : les managers de proximité

- Les managers de proximité, un maillon essentiel, mais fragile

⇒ Que faire pour le renforcer ?



6° proposition du rapport « Bien être et efficacité au travail » :
Préparer et former les managers au rôle de manager.

Les leviers d'action des DRH

- Cartographier les sources objectives de stress de l'entreprise
- Responsabiliser les salariés et les managers face à ce phénomène
- Dédramatiser, simplifier le sujet par des solutions pragmatiques
- Soutenir les managers de proximité
- S'appuyer sur les références légales
 - Loi de modernisation sociale (2002)
 - Rapport bien être et efficacité au travail (2010)

Nous vous remercions de votre participation



Annexe 7. Mail de transmission de contacts de consultants par un membre du LEST

Bonjour,

Comme convenu je te transmets les coordonnées de deux consultants :

- **XXXX**, cabinet XXX, qui intervient dans des entreprises en prévention des RPS dans une perspective proche de celle d'Yves Clot :

<x.xxx@XXX.fr> : 06 15...

- **XXX**, qui travaille chez XXXX, actuellement pour le CHSCT de XXX : **< xxx@XXX.fr > : 06 24 ...**

Tu peux les contacter de ma part en précisant que tu démarres une thèse en gestion au LEST sur la prévention des RPS et que tu cherches

1- à comprendre l'activité des cabinets conseils, selon leur orientation et leurs références scientifiques;

2- A explorer , avec leur aide, des terrains d'enquête possibles en entreprise pour la thèse

Bonne chance

Paul Bouffartigue

Annexe 8. Lettre de lancement du réseau i3r PACA



Marseille, le 22 janvier 2010

Objet : Création du Réseau I3R PACA,
Réseau des Intervenants respectant le Référentiel Régional sur la prévention des Risques psychosociaux en PACA.

Affaire suivie par :

PL : Liste des consultants du réseau
Référentiel d'engagement

Le comité de pilotage :

G. CATSIVELAS,
geraldine.catsivelas@direccte.gouv.fr
F. NESA,
lorence.nesa@cram-sudest.fr
C. CARMIGNANI,
carmignani@anact.fr

Madame, Monsieur,

Afin de conforter la dynamique régionale, et faciliter la mise en œuvre concrète de la démarche d'évaluation des risques psychosociaux dans les entreprises, la DIRECCTE PACA, la CRAM-SE et ACT Méditerranée ont réalisé un recensement des ressources régionales susceptibles d'accompagner les entreprises sur le champ des risques psychosociaux, et mis en place un comité de pilotage.

Les 31 consultants référencés constituent depuis le 8 septembre 2009 le réseau des Intervenants respectant le Référentiel Régional sur les Risques psychosociaux, dénommé réseau I3R PACA. Tout consultant appartenant au réseau est tenu de respecter les principes d'intervention en entreprise définis par le comité de pilotage

Ce réseau permet de proposer un **appui aux entreprises** sur le champ des risques psychosociaux et a pour objectif de créer un **espace d'échange et de travail** dynamique entre les consultants et les institutionnels autour de ces risques.

Le réseau repose sur l'engagement des consultants, qui sont seuls responsables de la qualité de leurs interventions. Le choix du consultant appartient à l'entreprise, qui doit bien évaluer ses besoins, et peut contacter le comité de pilotage en cas de besoin.

La liste actuelle des consultants du réseau peut évoluer ; le comité de pilotage examinera une fois par an les nouvelles candidatures.

L'ensemble des documents et des travaux produits par le réseau I3R est **disponible sur le site www.sante-securite-paca.org**, rubrique **savoir > risques psychosociaux**.

Par la mise en place et l'animation de ce réseau, nous souhaitons avoir contribué à l'appui des acteurs de l'entreprise dans la mise en œuvre de leur démarche de prévention des risques psychosociaux.

Le Directeur Régional des
Entreprises,
de la Concurrence,
de la Consommation,
du Travail et de l'Emploi

Muriel GAUTIER

Le Directeur des Risques
Professionnels
Caisse Régionale d'Assurance
Maladie du Sud Est

Gérard MOUGEL

Le Directeur
ACT Méditerranée
et délégué régional ANACT

Yves Michel NALBANDIAN

Annexe 9. Référentiel Régional sur les Risques psychosociaux



RESEAU i3R PACA

Référentiel Régional sur les Risques psychosociaux

Le consultant du réseau i3R PACA s'engage à respecter les principes définis dans le présent référentiel lors de ses interventions en entreprise.

1 - PRINCIPES GENERAUX

Engagement n°1 :

L'intervention sera pilotée et réalisée par un consultant disposant d'une compétence et d'une expérience dans le domaine des risques psychosociaux. L'appel à des compétences complémentaires se fait de préférence au sein du réseau.

Engagement n°2 :

L'intervenant s'engage à privilégier la posture de conseil et d'accompagnement de la dynamique de l'entreprise.

Engagement n°3 :

Le consultant s'engage à mener une démarche de conduite de projet participative impliquant la direction, l'encadrement, les salariés et les instances représentatives du personnel aux étapes clés de la démarche.

Engagement n°4 :

L'intervention doit enrichir le lien entre organisation du travail, performance économique et santé au travail.

Engagement n°5 :

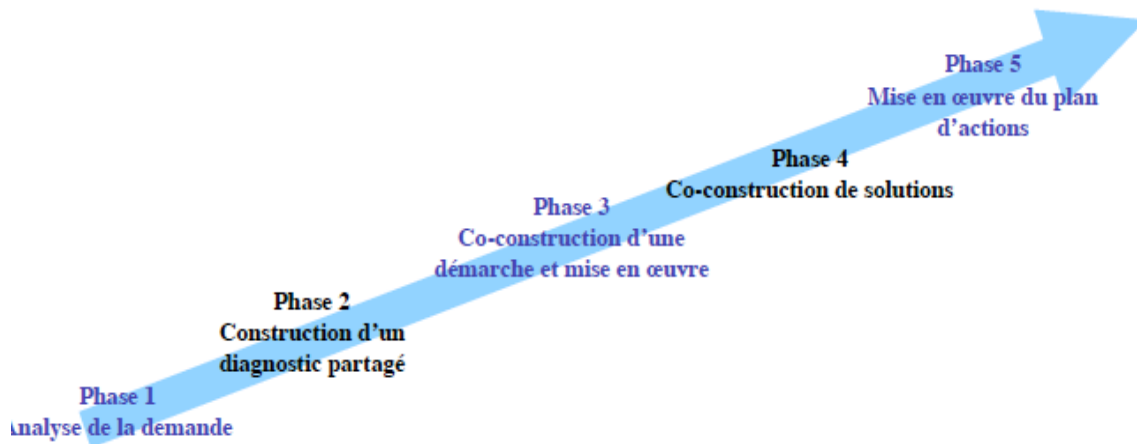
L'intervention sera centrée sur la prévention primaire ; l'objectif est d'agir prioritairement sur les facteurs de risques psychosociaux présents dans l'organisation pour les réduire ou les éliminer.

Engagement n°6 :

L'intervention devra prendre en compte le travail réel, son contexte et son vécu.

2- PRINCIPES D'INTERVENTION

Toute démarche d'intervention sur le champ des risques psychosociaux nécessite de respecter les phases suivantes :



Pour chacune des phases, les principes d'intervention suivants sont à respecter.

PHASE 1 : ANALYSE DE LA DEMANDE

Le consultant doit entendre la demande des différents acteurs internes et externes, la comprendre, la reformuler et l'enrichir après analyse.

PHASE 2 : CONSTRUCTION D'UN DIAGNOSTIC PARTAGE

➤ Poser une base commune de travail entre représentants du personnel et direction

Le consultant devra travailler avec chacun d'eux sur leur positionnement en cherchant à :

- Se mettre d'accord sur les mots (définition, concept)
- Se mettre d'accord sur les objectifs et la méthode
- Etablir les liens avec la santé
- Mettre en lumière le travail réel

Pré-requis :

La démarche ne peut pas être unilatérale, elle doit être partagée et le climat de confiance établi. Si les représentants du personnel et de la Direction n'ont pas de relations minimales, il est impossible d'envisager de mettre en place une dynamique de prévention des risques psychosociaux, qui demande échange et confiance.

Il faut qu'il y ait un accord sur les objectifs, la méthode, les situations, les transformations, les changements ...

➤ Constituer un comité de pilotage pluridisciplinaire

Le comité de pilotage sera constitué de représentants de la direction, du personnel (salarié représentatif, membre de CHSCT ou délégué du personnel...), de compétences internes (animateur santé-sécurité...) et externes (médecin du travail...).

Le comité de pilotage est le garant de la démarche : il travaille, fait des choix, valide les données et les propositions et oriente la poursuite des travaux.

Le comité de pilotage est le garant de la communication aux salariés tout au long de la démarche ; cela doit permettre de construire la confiance, faciliter l'expression et faire évoluer les représentations.

PHASE 3 : CO-CONSTRUCTION D'UNE DEMARCHE ET MISE EN ŒUVRE

Le comité de pilotage doit se mettre d'accord sur les étapes et les outils utiles à la démarche :

- Analyser les indicateurs, en choisir des pertinents, en comprendre la signification en terme de risques psychosociaux ;
- Choisir les outils (entretiens individuels-collectifs, questionnaires ...), adaptés à la taille de l'entreprise ;
- Choisir les situations à observer.

PHASES 4 ET 5 : CO-CONSTRUCTION DE SOLUTIONS ET MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION

Une fois les principaux dysfonctionnements et facteurs de risques repérés, le comité de pilotage devra mettre en œuvre des actions correctives en privilégiant la prévention primaire.

Le consultant veillera à :

- créer une dynamique interne pour pérenniser la démarche,
- inclure les résultats de la démarche dans le document unique d'évaluation des risques professionnels,
- mettre en place les outils d'évaluation et de suivi.

Réseau i3R PACA

Réseau des Intervenants respectant le Référentiel Régional sur les Risques psychosociaux

Comité de pilotage : composition et contacts

Géraldine CATSIVELAS, ingénieur de prévention, DIRECCTE, geraldine.catsivelas@direccte.gouv.fr

Florence NESA, psychologue du travail, CRAM-SE, Florence.nesa@cram-sudest.fr

Caroline CARDUNER, chargée de mission, ACT Méditerranée, c.carduner@anact.fr

Annexe 10. Dossier de candidature des consultants du réseau i3r PACA



RESEAU i3R PACA Réseau des Intervenants respectant le Référentiel Régional sur les Risques psychosociaux

1- PRESENTATION DU RESEAU DE CONSULTANTS

Afin de conforter la dynamique régionale, et faciliter la mise en œuvre concrète de la démarche d'évaluation des risques psychosociaux dans les entreprises, la DIRECCTE PACA, la CARSAT-SE et ACT Méditerranée ont réalisé un recensement des ressources régionales (consultants de la région PACA) susceptibles d'accompagner les entreprises sur le champ des risques psychosociaux. Les 3 institutions ont également mis en place un comité de pilotage destiné à animer ce dispositif.

Les consultants référencés constituent depuis le 8 septembre 2009 le réseau des Intervenants respectant le Référentiel Régional sur les Risques psychosociaux, dénommé réseau i3R PACA.

Tout consultant appartenant au réseau est tenu de respecter les principes d'intervention en entreprise définis par le comité de pilotage

Ce réseau permet de proposer un **appui aux entreprises** sur le champ des risques psychosociaux et a pour objectif de créer un **espace d'échange et de travail** dynamique entre les consultants et les institutionnels autour de ces risques.

Le réseau repose sur l'engagement des consultants, qui sont seuls responsables de la qualité de leurs interventions. Le choix du consultant appartient à l'entreprise, qui doit évaluer ses besoins, et peut contacter le comité de pilotage si nécessaire.

L'ensemble des documents et des travaux produits par le réseau i3R est disponible sur le site www.sante-securite-paca.org, rubrique savoir > risques psychosociaux.

2- DOSSIER DE CANDIDATURE DES CONSULTANTS

Toute personne physique implantée dans la région, ayant un statut de consultant et souhaitant rejoindre le réseau i3R, devra constituer un dossier contenant :

- La présentation du cabinet de consultants
- Le CV du consultant postulant au réseau i3R (2 pages maximum) et ses références : attention le réseau i3R se compose exclusivement de personnes physiques
- La description (sur 3 pages maximum) d'une intervention menée en entreprise par le consultant sur le champ des RPS, et reprenant :
 - la description de la demande
 - les hypothèses
 - la démarche employée
 - les préconisations

Attention : le cas d'intervention proposé ne devra pas avoir été mené en partenariat avec l'une des 3 institutions.

Les dossiers sont à envoyer aux 3 membres du comité de pilotage par courriel :

- Sandrine MOCAER, ingénieur de prévention, DIRECCTE
sandrine.mocaer@direccte.gouv.fr
- Florence NESA, psychologue du travail, CARSAT-SE
florence.nesa@carsat-sudest.fr
- Caroline CARDUNER, chargée de mission, ACT Méditerranée
c.carduner@anact.fr

Attention : La date limite de réception des futurs dossiers de candidature sera communiquée ultérieurement.

Instruction des dossiers

Un comité de pilotage régional composé par un agent de la DIRECCTE, de la CARSAT-SE et d'ACT Méditerranée examinera l'ensemble des dossiers reçus.

Les consultants recevront une confirmation de la réception de leur dossier de candidature, et seront informés des suites données par courriel.

CONVENTION

Entre

X, situé au X représenté par ##### , fonction

ci-après désignée par "Le partenaire",
d'une part

Et

L'Université de la Méditerranée,

Etablissement Public à caractère Scientifique, Culturel et Professionnel, dont le siège est sis 58 boulevard Charles Livon – 13284 Marseille cedex 07, représentée par son Président, M. Yvon BERLAND,

Et

Le Centre National de la Recherche Scientifique,

Etablissement Public à caractère Scientifique et Technologique, dont le siège est sis 3, rue Michel-Ange - 75794 PARIS Cedex 16, n° SIREN 180089013 - code NAS : 731 Z, représenté par son président, Monsieur Alain FUCHS et par délégation, par Monsieur Younis HERMES, Délégué Régional du CNRS pour la Circonscription Provence,

ayant donné mandat à l'Université pour la signature du présent contrat dans le volet recherche du contrat quadriennal de développement 2008-2011 du CNRS et de l'Université de la Méditerranée, signé le 7 juillet 2008,

ci-après désignés par « les établissements »
d'autre part

agissant conjointement au nom et pour le compte du Laboratoire **LEST /CNRS, UMR 6123,** Faculté des **Sciences économiques et de Gestion,**

ci-après désigné par « le laboratoire »

Le PARTENAIRE et le LABORATOIRE sont désignés ci-après par les "Parties"

Dans le cadre du travail pour la thèse intitulée : **La prévention des risques psychosociaux du travail : représentations, stratégies d'acteurs et « réalités préventives »**

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1 : Objet de la Convention

La présente convention concerne l'étude menée dans le cadre d'une thèse en **Sciences de Gestion**, débutée en **2008/2009**, par M. CHAKOR Tarik, doctorant.

ARTICLE 2 : Responsables Scientifiques

Cette étude sera effectuée par monsieur **CHAKOR TARIK**, sous la direction scientifique de Mme MENDEZ Ariel (**Maître de conférences, HDR**). Le correspondant du Partenaire sera M. ### (Fonction),

ARTICLE 3 : Durée de la Convention

La présente Convention est établie pour une durée de **### mois** à dater du **###**, Elle peut être renouvelée à la fin de cette période par un avenant qui précise notamment l'objet de cette prolongation.

ARTICLE 4 : Conditions financières

Pour ses études chez le Partenaire, l'étudiant ne peut prétendre à aucune rémunération de la part de celui-ci.

ARTICLE 5 : Conditions matérielles

Le Partenaire s'engage à faciliter et favoriser l'accès de l'étudiant auprès d'**organisations ayant fait l'objet d'une expertise CHSCT réalisée par XXX** afin de mener ses évaluations et enquêtes. Les formes de cette facilitation sont multiples, et notamment le partenaire pourra

1. diffuser, au moyen de ses organes de presse, une information concernant l'étude qui indique le contact permettant de participer,
2. contacter directement les agents concernés par l'étude,
3. autoriser l'étudiant à procéder à des évaluations, enquêtes et entretiens auprès des **consultants de XXX et des membres de CHSCT d'organisations sus-nommées**

Et en utilisant tous autres moyens, élaborés en concertation entre les Parties, qui s'avèreront utiles pour mener à bien l'étude.

ARTICLE 6 : Réunions et rapports

Des réunions entre les responsables scientifiques des Parties auront lieu tous les mois. L'étudiant adressera au bout de **deux ou trois mois** un compte-rendu de ses travaux aux responsables scientifiques des Parties.

ARTICLE 7 : Résultats issus de l'Etude

Les résultats issus de l'Etude appartiennent au Laboratoire. Celui-ci s'engage à communiquer au Partenaire les résultats de l'Etude afin que celui-ci puisse évaluer son intérêt éventuel pour une exploitation.

ARTICLE 8 : Responsabilités

1. Les matériels et équipements mis par une Partie à la disposition d'une autre ou financés par cette Partie dans le cadre d'un accord spécifique, restent la propriété de celle-ci.
2. Les accidents pouvant survenir à l'étudiant dans le cadre de son étude ou au cours du trajet depuis ou vers son domicile sont couverts par la législation sur les accidents du travail des étudiants, en application des dispositions de l'article L412 8° du code de sécurité sociale. L'étudiant aura souscrit une assurance responsabilité civile, il sera muni de sa carte de sécurité sociale en cours de validité.

Marseille, le
en 3 exemplaires originaux

XXX,

Président de l'université de la
Méditerranée

###

Yvon BERLAND

Directeur du Laboratoire,

Madame Ariel MENDEZ

Annexe 12. Convention de confidentialité LEST- Cabinet PHASA

CONVENTION D'ACCUEIL

Entre

XXX, Société par actions simplifiée au capital de XXX Euros
situé ...
N° SIREN ...
Représenté par X en sa qualité de Responsable d'équipe

ci-après désignée par "**La société**",
d'une part

Et

Le Centre National de la Recherche Scientifique,
Etablissement Public à caractère Scientifique et Technologique, dont le siège est sis
3, rue Michel-Ange - 75794 PARIS Cedex 16,
n° SIREN 180089013
Représenté par son président, Monsieur Alain FUCHS et par délégation, par Monsieur Younis
HERMES, Délégué Régional du CNRS pour la Circonscription Provence,
ci-après désigné par le « **CNRS** »

L'université d'Aix-Marseille ,
Etablissement Public à caractère Scientifique, Culturel et Professionnel, dont le siège est sis
58 boulevard Charles Livon – 13284 Marseille cedex 07,
N° SIREN 130 015 332
Représenté par son Président, M. Yvon BERLAND,
ci-après désignée par "**l'université**",

Le CNRS et l'Université ci-après désignés par « **Les Établissements** »,

Les Établissements agissant au nom et pour le compte du Laboratoire d'économie et de
sociologie du travail (LEST UMR 7317), dirigé par Madame Ariel Mendez

ci-après dénommé le « **Laboratoire** »

La société et Les établissements sont désignés ci-après par les "Parties"

IL EST PREALABLEMENT EXPOSE QUE :

M. Chakor, employé en qualité d'ATER par l'université, conduit une thèse de doctorat débutée en 2008 intitulée : « *Le positionnement stratégique des acteurs dans la prise en compte des risques psychosociaux au travail. Le cas des cabinets conseil spécialisés en prévention des RPS* », au sein du laboratoire LEST, sous la direction de Mme Ariel MENDEZ.

Dans ce cadre, il mène une étude portant sur « **Le rôle des cabinets conseil dans la prévention des risques psycho-sociaux** ».

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1 : Objet de la Convention

La présente convention a pour objet de définir les modalités de d'accueil de M. Chakor au sein de la société.

ARTICLE 2 : Responsables Scientifiques

Cette étude sera effectuée par monsieur **CHAKOR TARIK**, sous la direction scientifique de Mme MENDEZ Ariel (**Professeur des Universités, HDR**). Le correspondant du Partenaire sera M. X (Responsable d'équipe),

ARTICLE 3 : Durée de la Convention

La présente Convention est établie pour une durée de **6 mois** à dater du **1/06/2012**, Elle peut être renouvelée à la fin de cette période par un avenant qui précise notamment l'objet de cette prolongation.

ARTICLE 4: Réunions et rapports

Des réunions entre les responsables scientifiques des Parties auront lieu si besoin tous les mois. A l'issue de l'étude, et sous un délai de trois mois M. Chakor adressera un compte-rendu de ses travaux aux responsables scientifiques des Parties.

ARTICLE 5: Conditions financières

Pour ses études chez la société, M. Chakor ne peut prétendre à aucune rémunération

ARTICLE 6 : Obligation pour la société

La société s'engage à faciliter et favoriser l'accès de M. Chakor à **11 rapports d'expertise CHSCT et de mission réalisés par XXX et aux organisations expertisées** afin de mener ses évaluations et enquêtes. Les formes de cette facilitation sont multiples, et notamment :

1. la société pourra diffuser, au moyen de ses organes de presse, une information concernant l'étude qui indique le contact permettant de participer,
2. M. Chakor pourra contacter directement les élus de CHSCT concernés par l'étude après autorisation préalable du Responsable d'équipe,
3. la société autorise M. Chakor à procéder à des évaluations, enquêtes et entretiens auprès des consultants de XXX et des membres de CHSCT d'organisations sus-nommées après avis du Responsable d'équipe

Et en utilisant tous autres moyens, élaborés en concertation entre les Parties, qui s'avèreront utiles pour mener à bien l'étude.

ARTICLE 7- SECRET, PUBLICATIONS

7.1. Confidentialité

Les établissements conviennent de traiter l'information remise par le partenaire de manière confidentielle et secrète. De fait, ils s'engagent à :

- ne pas utiliser pour leur propre avantage, divulguer d'une manière quelconque l'information confidentielle ou au détriment du partenaire,
- ne pas permettre à un tiers d'utiliser l'information confidentielle à leur propre avantage ou au détriment de XXX.
- ne pas citer le nom des clients de XXX et/ou faire figurer des extraits de rapport permettant de manière directe ou indirecte une identification des clients
- détruire les rapports envoyés par le partenaire suite à la finalisation de la thèse de l'étudiant

La présente clause de confidentialité sera en vigueur pendant toute la durée de la convention et survivra 5 ans à compter de la fin du présent engagement.

Néanmoins, XXX ne pourra pas retarder ou interdire la publication de la thèse de M. Chakor.

7.2. Connaissances non issues de l'étude

Chaque partie s'engage à ne pas publier ni divulguer de quelque façon que ce soit les informations scientifiques, techniques ou commerciales autres que celles issues de l'Etude, et notamment les connaissances antérieures, appartenant à l'autre partie dont elle pourrait avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du présent contrat et ce, tant que ces informations ne seront pas accessibles au public. Cet engagement restera en vigueur pendant [5 ans] à compter de la date de signature du présent contrat, nonobstant la résiliation ou l'arrivée à échéance de ce dernier

7.3. Connaissances issues de l'Etude

Toute publication ou communication d'informations, de résultats ou du savoir-faire issus de l'Etude, par l'une ou l'autre des parties, devra recevoir, pendant la durée du présent contrat et les 6 mois qui suivent son expiration, l'accord écrit de l'autre partie qui fera connaître sa décision dans un délai maximum de 2 mois à compter de la demande. Passé ce délai et faute de réponse, l'accord sera réputé acquis.

En conséquence, tout projet de publication ou communication sera soumis à l'avis de l'autre partie qui pourra supprimer ou modifier certaines précisions dont la divulgation serait de nature à porter préjudice à l'exploitation industrielle et commerciale, dans de bonnes conditions, des résultats de l'Etude. De telles suppressions ou modifications ne porteront pas atteinte à la valeur scientifique de la publication.

Ces publications et communications devront mentionner le concours apporté par chacune des parties à la réalisation de l'Etude.

Toutefois, ces stipulations ne pourront faire obstacle :

- ni à l'obligation qui incombe à chacune des personnes participant à l'Etude de produire un rapport d'activité à l'organisme dont elle relève, dans la mesure où cette communication ne constitue pas une divulgation au sens des lois sur la propriété industrielle ;

- ni à la soutenance de thèse des chercheurs dont l'activité scientifique est en relation avec l'objet du présent contrat, cette soutenance devant être organisée chaque fois que nécessaire de façon à garantir, tout en respectant la réglementation universitaire en vigueur, la confidentialité de certains résultats des travaux réalisés dans le cadre de l'Etude.

ARTICLE 8 - PROPRIETE DES RESULTATS

8.1 – Connaissances non issues de l'étude

Les résultats obtenus par les Parties antérieurement à l'Etude restent leurs propriétés respectives.

Les résultats, même portant sur l'objet de l'Etude mais non issus directement des travaux exécutés dans le cadre du présent contrat, appartiennent à la Partie qui les a obtenus.

8.2 – Résultats issus de l'étude

Les résultats issus de l'étude appartiennent aux Etablissements. Ces derniers s'engagent à communiquer à la Société les résultats de l'Etude éventuel pour présentation et diffusion internes.

ARTICLE 9 : Responsabilités

1. Les matériels et équipements mis par une Partie à la disposition d'une autre ou financés par cette Partie dans le cadre d'un accord spécifique, restent la propriété de celle-ci.

2. Les accidents pouvant survenir à l'étudiant dans le cadre de son étude ou au cours du trajet depuis ou vers son domicile sont couverts par la législation sur les accidents du travail des étudiants, en application des dispositions de l'article L412 8° du code de sécurité sociale.

Chaque partie continue toutefois d'assumer, à l'égard du personnel qu'elle rémunère, toutes les obligations sociales et fiscales de l'employeur et d'exercer envers lui toutes les prérogatives administratives de gestion (notation, avancement, discipline, etc.). Toutes les indications utiles et notamment les éléments d'appréciation indispensables sont fournis par l'établissement qui utilise effectivement les services du personnel.

Les Etablissements et la SOCIETE assurent l'un et l'autre la couverture de leurs agents respectifs en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles sans préjudice d'éventuels recours contre les tiers responsables.

ARTICLE 10– RESILIATION

Le présent contrat peut être résilié de plein droit par l'une des parties en cas d'inexécution par l'autre d'une ou plusieurs des obligations contenues dans ses diverses clauses. Cette résiliation ne devient effective que trois mois après l'envoi par la partie plaignante d'une lettre recommandée avec accusé de réception exposant les motifs de la plainte, à moins que dans ce délai la partie défaillante n'ait satisfait à ses obligations ou n'ait apporté la preuve d'un empêchement consécutif à un cas de force majeure.

L'exercice de cette faculté de résiliation ne dispense pas la partie défaillante de remplir les obligations contractées jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation et ce, sous réserve des dommages éventuellement subis par la partie plaignante du fait de la résiliation anticipée du contrat.

ARTICLE 11 - LITIGES

Le présent contrat est soumis aux lois et règlements français.

En cas de difficulté sur l'interprétation ou l'exécution du présent contrat, les Parties s'efforceront de résoudre leur différend à l'amiable.

En cas de désaccord persistant, les Tribunaux français compétents seront saisis.

Marseille, le
en 3 exemplaires originaux

Pour **XXX**
X
Représentant habilité

Pour le **CNRS**
Le Délégué Régional,
Younis HERMES

Pour l'**université d'Aix-Marseille**
Le Président,
Yvon BERLAND

CHSCT : la nouvelle liste des experts agréés

Publié le 03/01/12 par ANACT |

Publication au Journal Officiel de l'arrêté du 23 décembre 2011 relatif au fonctionnement du CHSCT. Celui-ci liste les organismes agréés en qualité d'experts auxquels le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut faire appel.



L'arrêté du 23 décembre 2011 publié au Journal Officiel fixe la liste des experts agréés auxquels les CHSCT peuvent faire appel. Pour chaque organisme, la durée d'agrément varie d'une à trois années.

L'arrêté est pris sans préjudice des dispositions des arrêtés du 21 décembre 2009, 27 janvier 2010 et 23 décembre 2010. Il stipule que les personnes physiques, salariées, des organismes agréés ne peuvent effectuer des expertises que pour le compte de ceux-ci.

Le ministère en charge du travail rappelle que le CHSCT peut faire appel à un expert agréé :

1. Lorsqu'un risque grave, révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel est constaté dans l'établissement ;
2. En cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, prévu à l'article L. 4612-8 du code du travail.

LE DOSSIER THÉMATIQUE

PUBLICATIONS

Quel (s)
CHSCT (s)
pour demain
?

Le contexte économique, social et réglementaire des entreprises évolue. Les conditions de travail changent. Voilà des enjeux qui posent la question de...



BOITE A OUTILS

FORMATIONS

VIDEOS

Ces experts sont agréés pour le ou les domaines suivants :

1. Santé et sécurité au travail ;
2. Organisation du travail et de la production.

Sont agréés en qualité d'experts auxquels le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut faire appel, pour une durée de trois ans, du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2014, les organismes énumérés ci-après :

3E Conseil : 78, rue de Paris, 03200 Vichy, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

ALIAVOX : 24, villa des Cailloux, 95600 Eaubonne, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

ALTERNATIVES ERGONOMIQUES : 15, avenue Georges-Clemenceau, 91300 Massy, dans les domaines de la santé et sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

ANTEIS : 27, rue Michel-Hounau, 64000 Pau, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

CIDECOS : 9, rue du Puits-Gaillot, BP 1116, 69202 Lyon Cedex 01, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

GERN : 27, rue Watteau, BP 30081, 59430 Saint-Pol-sur-Mer, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

ORQUE : 73, rue des Ecoles, 31140 Aucamville, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

ORSEU : 3, rue Bayard, 59000 Lille, dans les domaines de la santé et sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

SYNDEX : 27, rue des Petites-Ecuries, 75010 Paris, dans les domaines de la santé et sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

TRAVAIL ET DÉVELOPPEMENT HUMAIN : 13-42, rue Colbrant, 59000 Lille, dans les domaines de la santé et sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

TRAVAIL ET FACTEUR HUMAIN : 110, rue Lamennais, 47000 Agen, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production.

Art. 2. – Sont agréés en qualité d'experts auxquels le comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail peut faire appel, pour une durée de deux ans, du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2013, les organismes énumérés ci-après :

7 ERGONOMIE : 1 bis, rue du Chanoine-Piéron, 54600 Villers-lès-Nancy, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

ABILIS ERGONOMIE : 10, rue Oberkampf, 75011 Paris, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

ANALUSIS ERGONOMIE : La Figuière, 130, avenue du Club-Hippique, 13090 Aix-en-Provence, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ; 29 décembre 2011 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 55 sur 113

CATEIS : Le Vénitien 27, boulevard Charles-Moretti, 13014 Marseille, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

CEFORE : 7, avenue Paul-Cocat, BP 2654, 38036 Grenoble Cedex 2, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

H. DEGAUQUE : 3-15, rue Jean-Mermoz, 59130 Lambersart, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

EMPREINTES ERGONOMIQUES : 7, rue Jean-Baptiste-Clément, 30540 Milhau, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

ENSC/IPB (département d'ergonomie) : université Victor Segalen, Bordeaux-II, 146, rue Léo-Saignat, 33076 Bordeaux Cedex, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

ERETRA : 17, rue de la Capsulerie, 93170 Bagnolet, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

ERGOLIA : 23, rue Oudry, 75013 Paris, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

ESSOR CONSULTANTS : 14, rue Gorge-de-Loup, 69009 Lyon, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

FHC CONSEIL : 11, avenue de Keflavik, 59510 Hem, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

JEAN-MARIE FRANCESCON : 44, rue Principale, 68210 Hecken, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

GRETACT : 16, avenue Victor-Hugo, 92220 Bagneux, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

Cabinet Laurence GUGENHEIM Conseil : 22, chemin des Plantiers, 31270 Frouzins, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

IDEFORCE : 47-49, avenue Simon-Bolivar, 75019 Paris, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

IDENEA ERGONOMIE : 30, chemin du Vieux-Chêne, 38240 Meylan, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

IDRH : 126, rue de Provence, 75008 Paris, dans le domaine de l'organisation du travail et de la production ;

INDIGO ERGONOMIE : 88, avenue de Beutre, 33600 Pessac, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

IRCAF RÉSEAU : 13, place du Coudoulier, 30660 Gallargues-le-Montueux, dans les domaines de la santé sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

MC CONSEIL : 5, rue Belle-Allée, 85290 Mortagne-sur-Sèvre, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

MLC ERGO : 24 bis, rue de la Comédie, 91560 Crosne, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

PHYSIOFIRM : centre d'affaires GAMMA, 641, avenue de Saint-Tronquet, 84130 Le Pontet, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

PROGEXA : 70, rue d'Hautpoul, 75019 Paris, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

SESAME : 106 A, rue Sainte, 13007 Marseille, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

STIMULUS : 205, rue Saint-Honoré, 75001 Paris, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

TECHNOLOGIA : 42, rue de Paradis, 75010 Paris, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

TRANSFORMATIONS SOCIALES : 5, avenue d'Albigny, 74000 Annecy, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

Benoît VANDOO LAEGHE : 9, chemin du Bron, 38110 Sainte-Blandine, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production.

Art. 3. – Sont agréés en qualité d'experts auxquels le comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail peut faire appel, pour une durée d'un an, du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2012, les organismes énumérés ci-après :

CAPITAL SANTÉ : 150, avenue Georges-Pompidou, 13100 Aix-en-Provence, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

ERGONOMIE CONSEIL : 27, rue Paul-Fort, 91310 Montlhéry, pour les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ;

ERGOS ERGONOMIE : Le Paradis, 177, avenue de la Boisse, 73000 Chambéry, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production ; 29 décembre 2011 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 55 sur 113

RÉSEAU POSSIBLES PACA : 48, rue de Breteuil, 13006 Marseille, dans les domaines de la santé, sécurité au travail et de l'organisation du travail et de la production.

note: Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, plus connu par le sigle CHSCT, est une institution représentative du personnel au sein de l'entreprise ou de l'administration.

Initialement prévu pour certaines industries, il est devenu **obligatoire** dans les établissements comptant au moins 50 salariés. Le système des CHSCT a été aussi étendu à la fonction publique hospitalière. Dans le reste de la fonction publique, il existait des comités d'hygiène et de sécurité, mais suite aux accords de Bercy sur le dialogue social dans la fonction publique, la loi du 5 juillet 2010 a étendu le champ des CHSCT à la fonction publique de l'État et à la fonction publique territoriale. Toutefois, les textes concernant la fonction publique territoriale ne sont pas encore parus.

Quel que soit le champ, public ou privé, dans lequel le CHSCT est institué, il réunit l'employeur, éventuellement assisté de proches collaborateurs, et une délégation du personnel.

Introduction

Le problème posé par les risques psycho-sociaux sur le lieu de travail (stress, violence psychologique...) est de plus en plus évoqué comme constituant une menace sérieuse pour l'intégrité physique et mentale des salariés (troubles musculo-squelettiques, angoisses et troubles dépressifs, maladies cardio-vasculaires...)

Les partenaires sociaux européens ont conclu un accord sur le stress au travail (08 Octobre 2004).

Selon une enquête IPSOS, réalisée en septembre 2000 pour le compte du Ministère chargé du Travail, les facteurs psychosociaux arrivent en tête des risques professionnels auxquels les actifs s'estiment le plus exposés.

Les conséquences sont sanitaires, mais également économiques : diminution de la productivité personnelle et collective, multiplication des arrêts de travail (des études européennes indiquent que le stress au travail serait directement lié à plus de 50% des journées de travail perdues dans l'Union européenne).

C'est pourquoi le Plan Santé au Travail 2005-2009 [1], établi en concertation avec les partenaires sociaux pour 5 ans par le Ministère de l'Emploi, du Travail et de la cohésion sociale, dans le but d'améliorer durablement la prévention des risques professionnels, prévoit la mobilisation des services de santé au travail pour mieux prévenir les risques psychosociaux. Ceci a été confirmé en Octobre 2007, à l'occasion de la conférence sur les conditions de travail.

L'étude présentée a été initiée par le CHSCT à l'automne 2006, dans le cadre de ses missions concernant les conditions de travail, en collaboration avec le médecin du travail. Il s'agit d'une étude transversale, reposant sur un questionnaire anonyme permettant d'évaluer les facteurs psychosociaux et la souffrance psychique, qui a été proposé à l'ensemble des salariés de l'établissement.

Le questionnaire

Le questionnaire a été choisi par le CHSCT, en collaboration avec le médecin du travail. Il est constitué de deux parties :

- Le questionnaire de Karasek : C'est actuellement le principal instrument d'évaluation des facteurs psychosociaux au travail [2,3,4].

Ce modèle comporte trois dimensions :

- la demande psychologique, qui porte sur des aspects quantitatifs et qualitatifs de la charge psychologique de travail

-
- la latitude décisionnelle, qui comporte deux sous dimensions, l'utilisation des compétences et l'autonomie décisionnelle. Elles se définissent par la possibilité d'utiliser et de développer ses compétences, pour la première, et par la marge de manœuvre dans la manière de faire son travail et de prendre part aux décisions, pour la seconde.
 - Le soutien social au travail, comportant des aspects relatifs au soutien socio-émotionnel et instrumental des relations avec la hiérarchie et les collègues. Le manque de soutien social constituerait un facteur de risque pour la santé.

Selon Karasek, la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (« Job Strain » ou charge mentale), constitue une situation à risque pour la santé.

La terminologie (« Isostrain » ou charge mentale à risque) est utilisée pour définir la situation qui cumule « Job Strain » et « isolation » (isolement).

De nombreuses études internationales témoignent de la validité prédictive du modèle de Karasek pour les maladies cardio-vasculaire [5], les pathologies mentales [6,7,8].

Les qualités psychométriques de la version française du questionnaire de Karasek ont été validées en population générale salariée à partir des résultats de l'enquête SUMER (24486 salariés ayant rempli ce questionnaire), par Niedhammer [9].

- Le GHQ12 :

Ce questionnaire s'intéresse aux dispositions psychiques anormales de l'individu, qui le gênent dans sa vie quotidienne : états de l'humeur, anxiété, troubles anxieux et/ou dépressifs.

Chaque item est comparé par l'individu à son fonctionnement normal.

Les réponses « un peu plus que d'habitude » et « beaucoup plus que d'habitude » reçoivent un score de 1, les autres un score de 0. Un score total supérieur à 2 permet de dépister un problème de santé psychique [10,11].

La version française a été validée [12].

Le questionnaire total a été distribué dans les services. Après l'avoir renseigné, les salariés de l'établissement ont pu le déposer dans une urne.

Recueil et analyse des données :

Les questionnaires ont été recueillis, saisis par le médecin du travail.

L'analyse des données a été faite dans SPSS (Statistical Package for Scientific Sciences) version 15.

Les scores de demande psychologique, de la latitude décisionnelle, et du soutien social ont été calculés, puis dichotomisés selon les seuils obtenus par Isabelle Niedhammer sur les données de l'enquête SUMER réalisée en 2003 sur 24486 salariés.

Les seuils sont de 21/22 pour la demande psychologique, de 70/72 pour la latitude décisionnelle et de 23/24 sur le soutien social [9].

Le « jobstrain » est défini par une faible latitude décisionnelle, une forte demande psychologique.

L'« isotrain » cumule en plus le faible soutien social.

Le score du GHQ12 est également dichotomisé en deux catégories, le seuil étant à 2/3. « santé mentale normale » « souffrance psychique ».

Des tests du Chi-2 et des tests exacts de Fisher ont permis les comparaisons des variables.

Commentaire des résultats

I. Déroulement général de l'enquête:

177 questionnaires ont été retournés (144 sur la PPR et 33 sur la PPR-P). Ce qui représente un taux de réponses total de 38,73 % (49,43 % pour la Polyclinique, 31,42 % pour le site de la Provençale).

Le taux de réponses inférieur sur le site de la Provençale peut certainement s'expliquer par la reprise, encore assez récente, du site dans l'établissement.

Il avait été choisi de ne pas indiquer d'âge, sexe, ni fonction ou service dans le questionnaire, afin de privilégier la réponse en confiance, sans souci d'anonymat. Aucune donnée ne permet donc de vérifier la représentativité des répondants par rapport à l'ensemble de la clinique, en l'absence de donnée socio-démographique.

Tous les questionnaires qui comportaient des données manquantes, n'ont pas pu être intégrés dans la construction du modèle de Karasek.

II. Comparaison des résultats de l'enquête à ceux d'autres études

Modèle de Karasek

Les graphiques suivants permettent une comparaison des résultats obtenus à ceux de l'enquête SUMER.

Pour chaque composante du modèle de Karasek (score de latitude décisionnelle, demande psychologique, soutien social et pourcentage de Jobstrain), les résultats de l'enquête SUMER sont présentés selon les secteurs d'activité (code NAF à 1 chiffre).

Conclusion

La souffrance psychique paraît présente sur l'établissement, à l'instar de ce qui est observé dans les secteurs de santé.

La demande psychologique apparaît forte, la latitude décisionnelle faible, ainsi qu'à moindre niveau le soutien social. Il en résulte une forte prévalence de la charge mentale et de la charge mentale à risque, en comparaison aux résultats de l'étude SUMER, y compris par rapport à la catégorie « Santé et action sociale ».

Les partenaires de la santé au travail de l'établissement (direction, représentants des salariés, service de prévention, décideurs,...) doivent s'appropriier ces résultats en les enrichissant de leur connaissance du terrain pour :

- évaluer les facteurs de risque psychosociaux en considérant le contenu, le contexte et l'organisation du travail. L'objectif primordial de cette évaluation étant bien sûr la prévention des altérations de la santé des salariés.

Le manque de soutien des collègues, et de la hiérarchie semble être un des premiers points à prendre en compte.

- en déduire les actions concrètes qui permettront d'améliorer la situation.

Annexe 15. Mail d'acceptation de participation au comité de pilotage RPS (Polyclinique du Sud)

Bonjour Tarik,

Vous trouverez ci-joint la position des membres du CHSCT à laquelle j'adhère. La première réunion est le mercredi 7 septembre à 15H.

Je vous ferai parvenir une convocation.

Bon été.

Le Directeur

Polyclinique du Sud
Directeur Général
Adresse
Code Postal
Tel :
Fax :

-----Message d'origine-----

De : chsct [mailto:chsct@polycliniquedusud.com]

Envoyé : jeudi 11 août 2011 14:45

À : xxx@polycliniquedusud.com

Objet : invitation de Mr Tarik Chakor au comité de pilotage RPS

Bonjour

Après concertation avec mes collègues, je suis d'accord sur le principe d'inviter aux réunions du comité de pilotage sur les RPS

Mr Tarik Chakor afin de bénéficier de ses connaissances, à la condition que sa participation ne gêne pas le travail du comité et ne se substitue pas à la possible intervention d'un expert.

Veillez agréer, mes respectueuses salutations.

Le représentant du personnel

Annexe 16. Structure du tableau à remplir (Comité de pilotage Pénibilité)

| | Identification des facteurs de risques de pénibilité Article D4121-5 CT | Document |
|--|---|----------------|
| Contraintes physiques marquées | Les manutentions manuelles de charges | |
| | Les postures pénibles (position forcée des articulations) | |
| | Les vibrations mécaniques | |
| Environnement agressif | Agents chimiques dangereux | |
| | Activités exercées en milieu hyperbare | |
| | Températures extrêmes | |
| | Le bruit | |
| Contraintes liées aux rythmes de travail | Le travail de nuit | |
| | Le travail en équipes successives alternantes | |
| | Le travail répétitif | |

| | | |
|--|-----------------|---------|
| | Document Unique | Exemple |
|--|-----------------|---------|

Annexe 17. Accord d'établissement sur la prévention de la pénibilité

| |
|---|
| <p style="text-align: center;">ACCORD D'ETABLISSEMENT SUR LA PREVENTION DE LA PENIBILITE</p> |
|---|

Entre

la Polyclinique du Sud...

D'une part

Et les organisations syndicales :

- La Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT) représentée par Monsieur XXX, Délégué Syndical,
- La Confédération Générale du Travail (CGT) représentée par Monsieur XXX, Délégué Syndical,

D'autre part

Sont convenus des dispositions suivantes

PREAMBULE

Le présent accord est conclu en faveur de la prévention de la pénibilité dans la Polyclinique, conformément à l'article 77 et suivants de la loi du 10 novembre 2010 portant réforme des retraites complétés par deux décrets n°2011-823 et 2011- 824 du 7 juillet 2011.

Dans ce cadre, la Direction et les Organisations syndicales se sont rencontrées à plusieurs reprises et ont engagé une négociation sur les modalités de la prise en compte de la pénibilité au travail au sein de la Polyclinique

Cet accord vise à définir des actions concrètes favorables à la prévention de la pénibilité dans la Polyclinique et le suivi de ces actions.

Le présent accord s'applique à l'ensemble des salariés travaillant dans la Polyclinique, en quelque lieu que ce soit.

Les salariés en contrat à durée déterminée et les salariés des sociétés extérieures intervenant au sein de la Polyclinique bénéficieront des actions de prévention mises en œuvre dans la limite de sa responsabilité légale en tant qu'Établissement utilisateur

CHAPITRE 1 : LES SITUATIONS DE PENIBILITE

Article 1 - Le diagnostic

Afin de tenir compte des modalités d'exposition liées aux caractéristiques du secteur d'activité de la Polyclinique, les signataires du présent accord ont constitué un groupe de pilotage composé d'un

responsable assurance qualité, de plusieurs membres des Instances Représentatives du Personnel (CE, DP, DS), d'un membre du CHSCT, de la Responsable des Ressources Humaines pour réaliser un diagnostic préalable des facteurs susceptibles d'engendrer des situations de pénibilité dans la Polyclinique.

L'objectif du Comité de Pilotage est de mettre en place une démarche pérenne de prévention de la pénibilité au sein de l'Etablissement.

Les parties signataires ont souhaité réaliser un travail conjoint pour qu'il constitue un élément de progrès du dialogue social dans la Polyclinique et qu'il soit donc un élément à favoriser la prévention des risques.

Ce diagnostic a été réalisé à partir :

1. De l'analyse de documents déjà existants dans la Polyclinique

- le document unique d'évaluation des risques
- la fiche d'Etablissement réalisée par le médecin du travail
- le bilan social
- les études internes menées dans la Polyclinique
- Les bilans annuels du CHSCT
- Le bilan des accidents du travail

2. D'enquêtes

- réalisées auprès de l'ensemble du personnel
- au travers des questionnaires sur le bruit et les postures pénibles

Cette méthodologie a permis de réaliser :

- un diagnostic préalable par facteur de risque de pénibilité
- de mettre en évidence les services et les catégories de personnel concernées et de prévoir des diagnostics approfondis sur les postes de travail « diagnostiqués comme pénibles » pour identifier les actions spécifiques qui permettront de réduire ou compenser les facteurs de pénibilité sur ces postes.

Article 2 - Les situations de pénibilité retenues

A l'issue de ce diagnostic, les parties signataires ont identifié les situations de pénibilité suivantes et les ont priorisé :

1. Le travail de nuit (défini aux articles L. 3122-29 à L. 3122-31 du code du travail)

Compte tenu de l'obligation de la Polyclinique d'assurer la continuité des soins, les parties signataires de l'accord ont convenu de considérer que l'ensemble des salariés affectés sur un poste de nuit quel que soit leur affectation et/ou leur qualification sont concernés par cette situation de pénibilité, soit 82 agents (équipes de soins et personnel au standard)

Ce facteur de risques est considéré comme prioritaire en termes d'actions de prévention à mener.

2. La manutention manuelle de charges définie à l'article [R. 4541-2](#) du code du travail (transport, soutien de charges, avec levage, pose, poussée, traction, port ou déplacement)

3. Les postures pénibles (définie comme position forcée des articulations)
4. Les agents chimiques dangereux (produits contenant un agent chimique dangereux, cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction, y compris poussières et fumées en application des articles [R. 4412-3](#) et [R. 4412-60](#)
Le comité de pilotage a décidé de mettre l'accent plus particulièrement sur les composés organiques volatils (COV)
5. Le bruit, c'est-à-dire un niveau d'exposition quotidienne au bruit de 87 dB ou un niveau de pression acoustique de crête de 140 dB (C. trav, art. [R. 4431-1](#))

Article 3 - Proportion des salariés exposés

Les effectifs concernés sont répertoriés dans le tableau ci-dessous

| FACTEURS DE RISQUES DE PENIBILITE Article D4121-5 CT | | EMPLOIS CONCERNES | Effectif exposé ETP par facteur | Effectif exposé % par facteur |
|--|---|--|---------------------------------|-------------------------------|
| Contraintes liées aux rythmes de travail | Le travail de nuit | <ul style="list-style-type: none"> • Infirmier(e)s • Aides soignant(s) • Standardistes | 76,22 | 17,21% |
| | Le travail en équipes successives alternantes | Non concerné | 0 | 0,00% |
| | Le travail répétitif | Non concerné | 0 | 0,00% |
| Contraintes physiques marquées | Les manutentions manuelles de charges | <ul style="list-style-type: none"> • Aide soignantes • Agents des services hospitaliers • Brancardiers • Manipulateurs radio • Préparateurs en pharmacie • ESG | 131,66 | 29,73% |
| | Les postures pénibles (position forcée des articulations) | <ul style="list-style-type: none"> • Infirmier(e)s • Aides soignant(s) • Agents des services hospitaliers • Employé(e) administratif, secrétaire, • standardiste • Brancardier • Econome • Préparateur en pharmacie • Peintre | 121 | 27,32% |
| | Les vibrations mécaniques | Non concerné | 0 | 0,00% |
| | Agents chimiques dangereux | <ul style="list-style-type: none"> • Infirmier(e)s • Aides soignant(s) • Agents des services hospitaliers • IBODE | 112,08 | 25,31% |

| | | | |
|--|---|-----|--------|
| Activités exercées en milieu hyperbare | Non concerné | 0 | 0,00% |
| Températures extrêmes | Non concerné | 0 | 0,00% |
| Le bruit | <ul style="list-style-type: none"> • Secrétaire • Brancardiers • Régulateurs • Infirmier(e)s • Aides soignant(s) • Agents des services hospitaliers • Comptable • Préparateurs en pharmacie • Employé(e)(e)s des services généraux | 110 | 24,84% |

Certains de ces salariés sont exposés à plusieurs de ces facteurs en raison du type d'activités de l'Établissement.

CHAPITRE 2 : ACTIONS EN FAVEUR DE LA PREVENTION DE LA PENIBILITE

Afin de fixer des objectifs réalistes et soucieux de s'inscrire dans une démarche porteuse en termes de promotion de la santé au travail et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les partenaires ont choisi de donner la priorité aux thématiques suivantes :

- L'adaptation et l'aménagement des postes de travail
- L'amélioration des conditions de travail notamment d'un point de vue organisationnel
- Le développement des compétences et qualifications
- La réduction de la poly-exposition

Article 1 - Adaptation et l'aménagement des postes de travail

1. L'aménagement des locaux

L'Établissement s'engage à être attentif aux ambiances physiques de travail telles que la lumière. Dans ce but, l'éclairage des salles de soins et des couloirs sera optimisé pour réduire la fatigue durant la nuit. Un éclairage partiel sera étudié en fonction des possibilités techniques (exemple : 1 néon sur 2 éclairé dans les couloirs et éclairage d'appoint dans les salles de soins).

2. Les équipements de travail

Afin de favoriser l'aide au lever et au coucher des personnes alitées tout en réduisant les mauvaises manipulations et les chutes, l'Établissement s'engage à favoriser le remplacement des lits mécaniques par des lits électriques et à équiper les lits qui ne le sont pas de potences.

Dans cet objectif, un recensement des lits sera réalisé par le technicien bio médical d'ici le 28 février 2013

Le résultat de ce comptage sera transmis au comité de pilotage par la Surveillante Générale

Un ordre de priorité de remplacement sera défini en Comité de Direction *par rapport*

- Aux pathologies prises en charge
- A l'état de dépendance des patients
- Au score de BRADEN moyen des patients accueillis dans le service

D'autre part, chaque service de soins sera équipé de fauteuils de repos «relax» pour améliorer les conditions de pause des salariés de nuit à raison de : un relax pour une équipe de deux salariés et deux au-delà.

Article 2 – L'amélioration des conditions de travail notamment d'un point de vue organisationnel

1. Mobilité d'un horaire atypique vers un horaire classique

De façon à diminuer le temps d'exposition aux facteurs de pénibilité représenté par le travail de nuit, les travailleurs de nuit au sens de l'article L.3122-31 du Code du Travail bénéficieront à leur demande d'une priorité pour occuper ou reprendre un poste de jour correspondant à leur catégorie professionnelle dans l'Etablissement quel que soit leur âge, leur ancienneté en tant que travailleur de nuit. En cas de demandes multiples, la priorité sera donnée au salarié le plus âgé.

A cet effet, une note de service pour une demande de sortie du travail de nuit sera diffusée au plus tard le 30 juin 2013 puis intégrée au livret d'accueil du personnel pour les nouveaux embauchés et portée à la connaissance du personnel de nuit actuellement en poste par voie d'affichage.

2. Les cycles de travail des salariés de nuit

Une étude de faisabilité sera menée par une sous commission du comité de pilotage sur la possibilité de faire évoluer le rythme de travail des salariés de nuit par consultation.

L'objectif est de limiter le nombre de nuits travaillées consécutives à deux pour ceux qui le désirent.

Chaque fois que cela sera demandé par la majorité du personnel de nuit d'un service, les plannings des salariés de nuit seront modifiés dans ce sens sinon leur mobilité sera facilitée.

3. L'utilisation de nouvelles techniques

Pour prévenir les TMS, l'Établissement s'engage à étudier la mise en place d'un archivage numérisé des dossiers patients.

Dans ce cadre après facturation les dossiers seront numérisés et les supports papier détruits.

Chaque utilisateur pourra interroger le dossier via son ordinateur et n'imprimer que les documents nécessaires.

Cette évolution permettrait de réduire la manutention des dossiers actuellement réalisée par l'archiviste et les équipes d'entretien.

Article 3 - Le développement des compétences et des qualifications

1. La formation

A compter de l'année 2014, le plan de formation intégrera une session annuelle de formation sur la prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP2S)

Les personnes formées seront représentatives de chaque métier de l'Établissement.

Ces personnels formés deviennent évaluateurs et sont ainsi en mesure de faire émerger et d'analyser les pratiques à faire évoluer pour réduire les risques liés à l'activité physique.

2. La sensibilisation

Les salariés, nouveaux embauchés ou déjà en poste, seront sensibilisés par des campagnes d'informations

- sur l'hygiène de vie (rythme et alimentation) dans le cas d'horaires atypiques comme le travail de nuit.
- sur le rôle et les missions du référent chimique dans l'Établissement.

3. Mise en place d'un parcours d'intégration

Ce dispositif vise à :

- accompagner la prise de fonction des nouveaux embauchés en les sensibilisant notamment aux dispositifs déjà existants dans l'Établissement en matière de prévention de la pénibilité.
- responsabiliser et impliquer les collaborateurs dans le cadre d'une mission valorisante dont le but est le transfert des compétences au sein de l'Établissement.

Dans cet objectif, un groupe de travail sera créé au plus tard en septembre 2013.

Article 4 - Prévention de la pénibilité dans le cadre de la conception pour la réduction de la poly-exposition

L'objectif est mettre en lien la prévention et les enjeux économiques de l'Établissement.

Il s'agit d'intégrer la gestion de la santé et de la sécurité au travail dans la politique d'achat de l'Établissement et dans le cadre de la conception des postes de travail

1. La politique d'achat

L'objectif est prendre en compte les éléments suivants :

- Le critère de maniabilité du matériel (ex: chariots)
- Le critère du risque chimique lors des achats de produits
- Le critère du risque lié au bruit lors des achats d'appareils médicaux

A cette fin, la procédure déjà existante sera complétée par le responsable de chaque achat

2. L'analyse ergonomique

Une analyse ergonomique de certains postes sera réalisée par un prestataire extérieur à l'Établissement d'ici à la fin de l'année 2013.

Sont concernés les métiers les plus exposés au regard du diagnostic effectué à savoir les aides soignantes, les agents des services hospitaliers et l'archiviste.

Article 5 – Indicateurs de suivi et objectifs chiffrés

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | |
| Amélioration des conditions de travail, notamment d'ordre | Favoriser le passage de jour pour le personnel de nuit | 100% des demandes satisfaites dans les 6 mois suivant la demande | Nombre de salariés ayant bénéficié à leur demande d'un retour temporaire en horaire |

| | | | |
|-----------------|---|---|---|
| organisationnel | <p>limiter le travail de nuit à 2 nuits consécutives</p> | <p>Réalisation d'une étude de faisabilité</p> <p>0% de départs liés au rythme de travail de nuit</p> | <p>de jour ou de sortie du travail de nuit</p> <p>Délai de satisfaction de la demande</p> <p>Nombre de personnels de nuit consultés sur le rythme</p> <p>Nombre de départs motivés par le rythme du travail de nuit</p> <p>Nombre de salariés pour lesquels la limite de 2 nuits consécutives a été mise en place</p> |
| | Remplacer les produits dangereux par des moins dangereux | | Evolution du % de produits éco labellisés acheté par an |
| | Améliorer les installations d'aération et d'assainissement de l'air des locaux de travail | Nombre de postes nécessitant une VMC | <p>Nombre de mesures conformes</p> <p>Nombre de dispositifs changés</p> |
| | <p>Intégrer les critères de maniabilité et de bruit lors des achats de matériel (ex: chariots)</p> <p>Intégrer les critères de prévention</p> | Réaliser 50% des fiches d'évaluation du produit et/ou matériel par les utilisateurs avant l'acquisition | <p>% de matériel acheté ayant fait l'objet d'une évaluation préalable auprès des utilisateurs</p> <p>% de produits achetés ayant fait l'objet d'une analyse préalable de la sécurité avec le référent risque chimique</p> |

Article 6 – La commission de suivi de la prévention de la pénibilité

Le suivi des mesures sera assuré par les membres du comité de pilotage qui ont participé au diagnostic. Des réunions de suivi seront organisées tous les trimestres.

Le groupe de travail RPS, sera sollicité par le Comité de Pilotage aussi souvent que nécessaire pour initier la création de documents, suggérer des actions de prévention en lien avec les thématiques définies par le présent accord.

Les indicateurs définis ci-dessus seront communiqués annuellement aux membres du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en même temps que le bilan annuel

Ce bilan comprendra :

- un état des mesures mises en œuvre (suivi des indicateurs défini ci-dessus),
- le taux de réalisation des objectifs
- les difficultés rencontrées

Cette commission de suivi pourra être saisie pour statuer sur des différences d'interprétation des clauses de l'accord ou pour régler les différends qui en découleraient.

Article 7 – Entrée en vigueur de l'accord et durée

L'accord entre en vigueur, conformément aux dispositions légales, à compter du lendemain de son dépôt.

L'accord est conclu pour une durée déterminée de 3 ans à compter du janvier 2013.

Article 8 : Révision et dénonciation

Le présent accord pourra être révisé par voie d'avenant.

Le présent accord pourra faire l'objet d'une dénonciation, par l'employeur ou les organisations syndicales signataires. La dénonciation sera notifiée à l'ensemble des signataires et fera l'objet d'un dépôt auprès de la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi ainsi qu'au Secrétariat-greffe du Conseil de Prud'hommes.

Article 9 : Publicité

Le texte du présent accord est notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives de la Polyclinique.

Le présent accord sera déposé en double exemplaire auprès de la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi (un original accompagné d'un exemplaire au format électronique), un exemplaire sera remis au Secrétariat-greffe du Conseil de Prud'hommes d'Aix en Provence.

Mention de cet accord sera effectuée sur chacun des tableaux d'affichage de la Direction.

Un exemplaire du présent accord est mis à la disposition des salariés, au service ressources humaines.

Fait à Aix en Provence le 2013, en cinq exemplaires originaux contenant chacun 5 pages numérotées de 1 à.9

Un exemplaire est remis à chacune des parties.

Pour la Polyclinique du Sud

Le Directeur

Pour la CONFEDERATION FRANCAISE DEMOCRATIQUE DU TRAVAIL (C.F.D.T.)

XXXX

Délégué Syndical

Pour la CONFEDERATION GENERALE DU TRAVAIL (C.G.T.)

XXXX

Délégué Syndical