



HAL
open science

L'appréhension de la prévention des Risques Psychosociaux : perception des acteurs et des organisations. Une étude des différences culturelles entre les services de santé au travail interentreprises (SSTI) et les servicios de prévention agents (SPA)

Maria del Carmen Santamaria Galindo

► **To cite this version:**

Maria del Carmen Santamaria Galindo. L'appréhension de la prévention des Risques Psychosociaux : perception des acteurs et des organisations. Une étude des différences culturelles entre les services de santé au travail interentreprises (SSTI) et les servicios de prévention agents (SPA). Education. Université Paul Valéry - Montpellier III, 2019. Français. NNT : 2019MON30053 . tel-02934150

HAL Id: tel-02934150

<https://theses.hal.science/tel-02934150>

Submitted on 9 Sep 2020

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.



THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur

Délivré par **UNIVERSITE PAUL VALERY.**
MONTPELLIER 3

Préparée au sein de l'école doctorale ED 58
Et de l'unité de recherche LIRDEF

Spécialité : **SCIENCES DE L'EDUCATION**

Présentée par **CARMINA SANTAMARIA**

TITRE DE LA THESE

**L'appréhension de la prévention des
Risques Psychosociaux : perception des
acteurs et des organisations. Une étude des
différences culturelles entre les Services de
Santé au travail Interentreprises (SSTI) et
les « Servicios de Prevencion Ajenos »**

Soutenue le 30 Novembre 2019 devant le jury composé de

Mme Benedicte GENDRON, Professeur des Universités, Université Paul Valery. Directrice

Mr Daniel GILIBERT, Professeur des Universités, Université Paul Valery. Président

Mr Jose Maria PEIRO, Professeur des Universités, Université de Valencia. Rapporteur

Mme Jeanne MALLET-MONTEL, Professeur émérite des Universités. Université d'Aix Marseille. Rapporteur



Délivré par **UNIVERSITE PAUL VALERY. MONTPELLIER 3**

Préparée au sein de l'école doctorale ED 58
Et de l'unité de recherche LIRDEF

Spécialité : **SCIENCES DE L'EDUCATION**

Présentée par **CARMINA SANTAMARIA**

TITRE DE LA THESE
L'appréhension de la prévention des
Risques Psychosociaux : perception des
acteurs et des organisations. Une étude des
différences culturelles entre les Services de
Santé au travail Interentreprise (SSTI) et les
« Servicios de Prevencion Ajenos » (SPA).

Soutenue le 30 Novembre 2019 devant le jury composé de

Mme Benedicte GENDRON, Professeur des Universites, Université Paul Valery. Directrice.

Mr Daniel GILIBERT, Professeur des Universités, Université Paul Valery. Président

Mr Jose Maria PEIRO, Professeur des Universités, Université de Valencia. Rapporteur

Mme Jeanne MALLET-MONTEL, Professeur émérite des Universités, Université d'Aix Marseille. Rapporteur

Tous mes remerciements

A l'équipe de direction de l'Asta, et notamment à Philippe Terride sans qui cette aventure n'aurait pas pu avoir lieu, qui a su se montrer à l'écoute, toujours partant pour suivre mes multiples questionnements ainsi que soutenir mes mises en pratique auprès des équipes de l'Asta.

Aux équipes pluridisciplinaires de l'Asta qui m'ont accueillie et consacré leur temps au début de cette aventure en accordant leur confiance à des interventions qui ont remis en question la façon de travailler dans le service. Gageons que le résultat de ce travail ne les déçoive pas.

A ma directrice de thèse Bénédicte Gendron qui a su, avec bienveillance et intelligence me donner les bonnes indications aux bons moments et m'inviter en douceur à emprunter des chemins intellectuels qui ont été décisifs pour l'aboutissement de ce travail. Elle m'a donné l'occasion de dépasser mon « cadre » intellectuel en allant à la rencontre de courants de pensée que je n'avais pas explorés jusqu'à là.

A mes enfants qui ont supporté mes fréquents quasi monologues sur des sujets devenus « obsessionnels » durant ces dernières quatre années.

Au reste de ma famille qui a soutenu mes efforts, et particulièrement à ma famille du nord de la Catalunya dont des médecins du travail qui m'ont apporté leur concours au démarrage de ce projet.

A mes collègues doctorants, qui ont partagé cette aventure avec moi et surtout à l'approche de sa soutenance.

Aux associations qui ont collaboré dans la diffusion de mes questionnaires l'AFFIST en France et AEPSAL en Espagne et aux différents Intervenants en prévention de risques professionnels et techniciens de prévention qui ont participé aux entretiens. J'espère qu'ils pourront partager avec moi les analyses de mes résultats.

SOMMAIRE

Remerciements	3
----------------------------	---

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Carte Heuristique de la thèse	6
Introduction	8

PARTIE I CADRAGES : CONTEXTES ET EMERGENCE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

<u>Chapitre 1</u> : Santé, travail, santé au travail et santé mentale au travail : origines concepts et méthodes	14
---	----

<u>Chapitre 2</u> : Emergence des Risques Psychosociaux dans la santé au travail : une diversité de modèles et de concepts	20
---	----

<u>Chapitre 3</u> : Politiques Européennes de Santé au travail : adaptation de la directive cadre Européenne en Espagne et en France	28
---	----

<u>Chapitre 4</u> : Organisation de la santé au travail en France et en Espagne	37
--	----

<u>Chapitre 5</u> : Concepts pour penser la construction de la compétence « sur le tas »	56
---	----

<u>L'essentiel de la partie I</u>	72
--	----

PARTIE II PROBLEMATIQUE GÉNÉRALE ET DISPOSITIF METHODOLOGIQUE

<u>Chapitre 6</u> : Problématique abordée sous l'angle de deux cultures et intérêt de notre commanditaire	76
--	----

<u>Chapitre 7</u> : Dispositif méthodologique	83
--	----

<u>L'essentiel de la partie II</u>	115
---	-----

PARTIE III RESULTATS DE LA RECHERCHE ET ANALYSE REFLEXIVE

<u>Chapitre 8</u> : La construction de la compétence en prévention de RPS	118
--	-----

<u>Chapitre 9</u> : Discussions et ouverture	254
---	-----

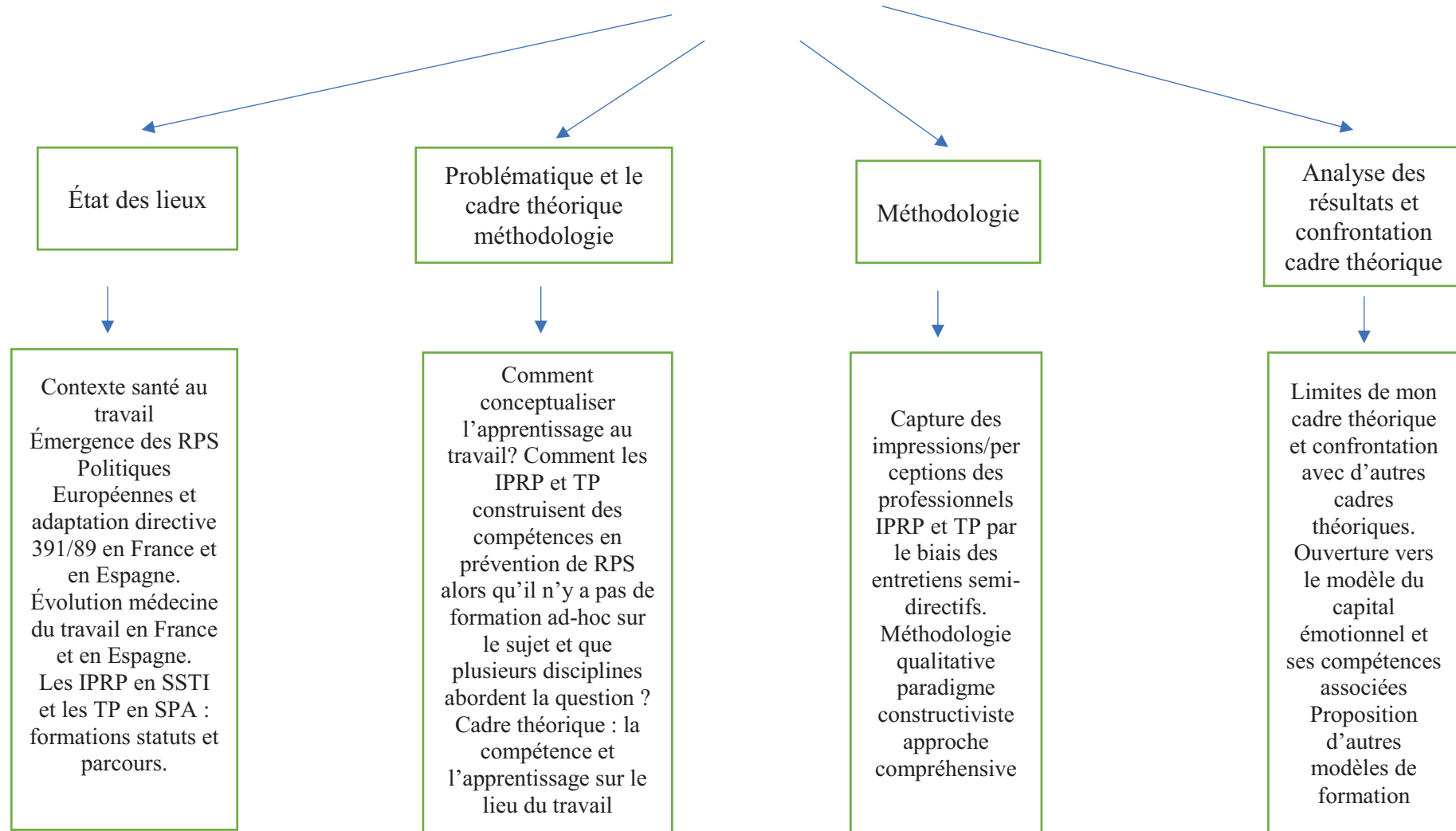
<u>L'essentiel de la partie III</u>	293
--	-----

CONCLUSION GENERALE

Conclusion :	296
<i>Bibliographie</i>	300
<i>Table des figures</i>	319
<i>Table des tableaux</i>	320
<i>Table des matières</i>	321

CARTE HEURISTIQUE DU TRAVAIL DE THESE

Comment, dans un métier émergent, les IPRP et les TP, construisent les compétences en prévention de RPS en SSTI et en SPA ? Étude de la perception des acteurs et des organisations. Différences des perceptions entre les professionnels espagnols et français.



INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION

La tertiarisation de l'économie, l'automatisation et l'informatisation de la production sont autant de changements organisationnels qui ont eu lieu au cours des vingt dernières années (Machado, 2015). Ils constitueraient des facteurs structurels favorables à la réduction des pénibilités et des risques professionnels, cependant cela n'a pas permis une amélioration des conditions de travail ni de la santé au travail. (Valeyre, 2004 cité par Machado, 2015).

Notre métier de psychologue clinicienne, nous a amené dans notre parcours professionnel à nous intéresser dans un premier temps à la santé mentale au travers des symptômes comme modes d'expression des pathologies concernant la sphère privée de préférence. Très rapidement, nous nous sommes trouvés face à des situations de souffrance qui avaient comme origine l'un des liens sociaux considéré comme plus important pour l'individu : le travail.

Durant ce temps, nous avons effectué une première mission au sein de l'association de santé au travail de l'Ariège (ASTA). Cette première mission consistait en une intervention en entreprise, où il avait été décelé un problème que le médecin du travail avait mis en relation avec les Risques Psychosociaux (RPS). Ne sachant pas comment organiser cette intervention, l'ASTA avait fait appel à nos services. Nous avons conçu et réalisé cette mission avec quelques membres salariés de l'ASTA dont le médecin du travail et les Intervenants en prévention de Risques Professionnels (IPRP). D'une part cette intervention nous a confortée dans notre ressenti qu'il y avait bien une difficulté à concilier deux logiques et intérêts qui nous paraissaient de plus en plus différentes. D'un côté la logique et intérêt entrepreneurial et gestionnaire dans un environnement économique de plus en plus compétitif, et d'un autre côté la logique et intérêt des salariés qui exprimaient un vécu douloureux sur leur travail qui les faisait souffrir pour de multiples raisons. D'autre part cette première mission nous a permis de constater que les IPRP n'étaient pas très à l'aise dans ce type d'intervention, exprimant un sentiment d'incompétence pour intervenir dans des problématiques de prévention des RPS. En effet, ces IPRP n'avaient pas de formation particulière en prévention des RPS.

En parallèle, conséquence en grande partie de nos origines et de notre situation géographique, notre intérêt s'est porté vers la Santé au Travail en Espagne pour essayer de comprendre comment les intervenants espagnols dans le domaine agissaient dans la prévention des RPS. Il nous a semblé que comprendre le traitement de cette question dans un autre pays européen pouvait nous apporter des éclairages sur notre recherche : comment

l'Espagne structurait la santé au travail et comment étaient formés les professionnels de la prévention ? Sachant que les pays membres de l'Union Européenne sont censés mettre en application la directive cadre 89/391 qui fut la première en matière de santé et sécurité des travailleurs, il nous a paru pertinent d'investiguer la manière dont cette question avait été traitée par nos voisins. Aussi avons-nous exposé nos inquiétudes et nos questions au directeur de l'Association de Santé au Travail de l'Ariège qui y a vu un intérêt pour l'ASTA, et nous avons cherché l'appui de l'Université de Montpellier, Paul Valéry 3 qui était partante pour mettre en place un projet de recherche et solliciter un financement de celui-ci par une Convention Industrielle de Formation par la Recherche (Cifre).

Notre recherche s'inscrit dans le cadre des politiques mises en place par le gouvernement en vue de pallier les potentiels effets délétères du travail sur la santé qui se sont rendus visibles dans des drames qui ont mobilisé l'opinion publique, à France Telecom (2008/2009) à Pôle emploi (2012), pour ne citer que les plus graves et médiatisés, et à la suite desquels les pouvoirs publics ont mis en place des plans de santé au travail ou des actions pour mesurer la satisfaction ou la détresse des travailleurs.

Le vocable « Risques Psychosociaux » voit alors le jour.

De la même manière, dans la continuation de la loi sur la modernisation sociale et celle de 2004 qui s'achèvera avec la réforme de la médecine du travail en 2011, on a assisté en France à la création des Services de Santé au travail Interentreprises dont la mission est de faire de la prévention des risques liés au travail et de préserver la santé des travailleurs. Une des principales conséquences de la réforme de la médecine du travail est l'injonction de pluridisciplinarité qui est adressée à ces équipes. L'État a voulu entourer le médecin du travail d'une équipe de professionnels dotée de compétences techniques et/ou organisationnelles, dans le but de renforcer son action. Parmi ces professionnels les Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP), derniers à avoir intégré ces équipes (2003) se retrouvent avec la mission de faire de la prévention des Risques Psychosociaux, concept flou et en mal de définition (Gendron, 2016). Notre intérêt s'est porté vers ces professionnels du fait que nous avons pu déceler un sentiment d'inconfort lorsque nous les avons accompagnés dans leur mission de prévention des RPS qui s'était déroulée au sein d'une entreprise Ariègeoise. En effet les IPRP salariés de l'ASTA, des professionnels généralistes formés à l'hygiène et sécurité et à l'ergonomie ne voulaient pas aborder la question de la prévention de RPS qu'ils jugeaient trop vague et imprécise et pour laquelle ils se disaient insuffisamment formés.

Déjà en 2013/2014, lorsque nous fîmes notre intervention à l'ASTA, la question était suffisamment confuse et floue pour que l'on ne sache pas de quoi on parlait : s'agissait-il du collectif, de l'individuel, des problèmes organisationnels, des problèmes psychologiques, et puis comment devait-on les aborder ? avec qui ? etc... autant des questions qui n'avaient pas vraiment trouvé réponse.

Auparavant les rapports Nasse Légeron (2008), suivis de ceux du collège d'expertise nommé à cet effet (2010) et du rapport Lachmann (2010) avaient vu le jour, et étaient censés aider à clarifier des concepts. De son côté, l'Institut National de Recherche en Sécurité (INRS) avait commencé à travailler sur des outils méthodologiques pour approcher cette question auprès des entreprises d'une manière plus scientifique. Cependant la question étant récente, ces professionnels d'un métier émergent se trouvaient parfois dans l'inconfort et l'impuissance liés aux interventions complexes en entreprise pleines d'enjeux et au fait que leur positionnement ne leur paraissait pas clair en Service de Santé au Travail Interentreprises, où ils avaient commencé à « exister » à peines depuis 2003.

Dans le passage de la médecine du travail à la santé au travail en France qui comporte la mise en place des équipes pluridisciplinaires d'infirmières, IPRP et assistantes/s en santé au travail pour compléter les compétences médicales, le législateur a voulu placer le médecin en France comme coordonnateur de ces équipes, mais nous verrons plus loin que cette articulation ne va pas de soi. (Barlet, 2015, Charpentreau, 2015)

Ainsi, lors de notre master de recherche en psychologie du travail et des organisations, réalisé en 2015, nous avons commencé à questionner la place des IPRP au sein de ces équipes et nous avons pris des contacts en Espagne, avec des médecins du travail et des técnicos de prevención (TP), qui vivaient cette situation de manière différente.

En effet, l'État Espagnol semblait appliquer la directive cadre Européenne 89/391 mentionnée plus haut, de manière différente que l'État Français, ce qui nous semblait placer les IPRP espagnols dans une situation assez différente des IPRP français puisque, d'une part les services de santé au travail interentreprises espagnols (SPA) étaient privatisés, d'autre part le médecin espagnol n'était pas placé comme coordinateur des équipes pluridisciplinaires, et enfin l'État espagnol avait mis en place une seule et unique formation diplômante de Master censé donner à tous les TP les mêmes compétences en prévention des RPS.

Malgré toutes ces avancées, les IPRP et les TP ne s'estimaient pas compétents dans le traitement de la prévention des RPS.

Ainsi, comprendre la construction de la compétence en prévention de RPS dans le milieu de la santé au travail est devenu pour nous un objet d'étude dont la compréhension constitue l'objectif de cette thèse.

Pour le Service de Santé au Travail Interentreprises commanditaire de cette thèse, il y avait un intérêt fort dans la compréhension d'un phénomène qui pouvait aussi avoir comme retombées la professionnalisation des intervenants en prévention des risques professionnels et l'amélioration des dynamiques d'équipes pluridisciplinaires.

Pour aborder notre objet d'étude, nous avons commencé par tracer les contours du contexte politico-sociétal en France et en Espagne où émergent les risques psychosociaux (RPS). Nous avons contextualisé nos objets de recherche en retraçant l'histoire et le parcours des notions de santé, de santé au travail comme construction sociale, et de santé mentale au travail. Nous verrons au travers de ce parcours qu'il y a des liens entre l'émergence et le traitement social de ces concepts.

Nous nous sommes ensuite intéressé au concept de Risques Psychosociaux (RPS) et aux différentes approches existantes dans la littérature dans le but de l'éclaircir. Nous montrerons qu'en France il existe différentes approches de ce concept, que nous avons voulu différencier en fonction de la manière dont ces différents courants abordent le « sujet ». Nous verrons d'un côté les approches centrées sur les modèles du stress et de l'autre celles centrées sur l'activité de travail.

Aussi nous examinerons l'organisation de la santé au travail, à partir de la directive cadre Européenne 89/391 et la manière dont celle-ci est déclinée en France, dans les Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI) et en Espagne, dans les Servicios de Prevención Ajenos (SPA) et plus particulièrement, le statut du métier émergent d'IPRP en France et des TP en Espagne dans l'objectif de comprendre quelles sont leurs spécificités et de voir de quelle manière celles-ci peuvent avoir un rapport avec la construction d'une compétence en prévention de RPS.

Enfin à partir des courants théoriques de la compétence et des courants anglo-saxons sur l'apprentissage dans les lieux du travail nous essaierons de comprendre la construction de la compétence « sur le tas » c'est-à-dire à partir de l'activité de travail. Pour ce faire et en suivant une méthodologie qualitative nous ferons en premier lieu état des résultats des entretiens semi-directifs menés avec 10 IPRP en France et 10 TP en Espagne ainsi qu'avec des médecins du travail en SSTI en France et en SPA en Espagne que nous questionnerons sur leur activité de prévention de RPS ainsi que sur les ressources et contraintes présentes

dans leur environnement de travail pour mieux comprendre la perception de ces professionnels concernant leurs compétences en prévention de RPS et leurs organisations de travail.

Dans une dernière partie nous présenterons les résultats issus des entretiens d'explicitation sur l'activité de prévention de RPS des IPRP et des TP en France et en Espagne pour rendre compte des compétences, et des savoir-faire nouveaux développés dans l'exercice des activités de prévention des RPS.

Nous proposerons, au vu de ces résultats, un élargissement de notre cadre théorique avec la prise en compte du capital émotionnel et ses compétences associées.

Nous ferons une analyse des limites de notre recherche sur un plan scientifique et de ses différents biais liés à la position du chercheur praticien et aussi aux limites des entretiens d'explicitation dans l'analyse de l'activité essentiellement et envisagerons d'autres méthodologies et d'autres cadres théoriques pour aborder ce travail, comme la didactique professionnelle et la recherche-action.

Enfin nous terminerons par des recommandations en matière de formation pour ces métiers émergents ainsi que des propositions concrètes pour améliorer la position des IPRP en SSTI et l'organisation du travail dans ces structures.

**CADRAGES : CONTEXTES ET EMERGENCE DE
LA SANTÉ AU TRAVAIL**

CHAPITRE 1- Santé, travail, santé au travail et santé mentale au travail : origines, concepts et méthodes

Nous nous attacherons dans ce chapitre à définir les concepts de santé, de travail, de santé au travail et de santé mentale au travail dans le but de chercher des liens entre eux.

-La santé

Plusieurs courants de la pensée grecque ont assimilé la santé à l'équilibre et à l'harmonie. D'autres- Platon à leur tête- se méfiaient d'une trop grande importance attachée au corps, *idéal éthique pour les uns ou faveur divine pour les autres*, l'époque classique a été exceptionnellement prolifique tant sur le plan physiologique qu'en réflexions philosophiques. La culture grecque nous présente deux figures opposées de la santé : l'une séculière, l'autre accordant aux dieux le premier rôle.

Au Vème siècle avant J.C. la représentation de la santé subit l'influence des transformations épistémologiques, méthodologiques et rhétoriques. La responsabilité de la santé échoit aux hommes et non plus aux dieux de la mythologie.

Selon un fragment attribué à Démocrite les hommes demandent la santé aux dieux dans leurs prières mais ils ne savent pas qu'en fait ils ont le pouvoir de la santé en eux-mêmes. La régularité (taxis) et l'ordre (kosmos) sont ainsi restitués dans le champ du pouvoir humain ; il appartient à chacun d'établir une relation saine avec l'environnement naturel. (Von Stade, 1995). Pour Hippocrate et Aristote, la maladie *est un combat mené par le corps naturellement enclin à la santé*. Avec l'interprétation de Galien (II siècle de notre ère) elle est considérée comme un dysfonctionnement de l'organisme.

La médecine moderne se réfère à deux philosophies médicales antiques, celle d'Hippocrate et celle de Galien. (Pichot, 1995). Au moyen âge, Hippocrate et Galien demeurent les maîtres à penser des médecins. On dénombre 4000 médecins en France entre 1450 et 1500. Tous exercent dans les villes alors que plus des trois-quarts de la population habitent la campagne. On peut se demander comment se soignait la population de l'Europe médiévale. L'on pouvait recourir aux pratiques magiques. Il existait aussi une médecine qui trouvait l'approbation de l'Église, c'était la guérison grâce aux reliques. Le saint devient à cette époque le concurrent du médecin.

En Europe, l'organisation des soins est restée jusqu'au XIX^e siècle très dépendante des initiatives privées et d'œuvres caritatives puisque le rôle des institutions religieuses était dominant.

Il faudra attendre le XVIII^e siècle pour que la maladie cesse progressivement d'être considérée comme une fatalité et que le corps redevienne un sujet de préoccupation. L'industrialisation explique le développement de la santé publique : d'une part pour des simples critères de productivité des ouvriers (médecine du travail), d'autre part par crainte des émeutes et sous la pression des syndicats. Enfin, la Première et la Seconde guerre mondiale contribuent au développement de la prise en charge médicale de masse et à la mise en place de politiques d'assistance sociale : c'est la naissance de l'État-providence.

Après la pandémie de grippe espagnole de 1918, la santé publique prend une dimension mondiale avec l'organisation mondiale de la santé (OMS), qui dans le préambule de sa constitution en 1946 définit la santé comme un état complet de bien être physique, mental et social.

- Le travail

Au sens économique le travail est l'activité rémunérée qui permet la production des biens et des services.

Pour Pirenne (1975) le sens du travail se situe, au Moyen âge, dans le maintien de la condition sociale dans laquelle on est né, qui est d'origine divine. Dans une société à forte dominance agricole et religieuse, essayer de faire fortune équivaut à commettre le péché d'avarice.

Au cours du moyen âge le mouvement monastique s'est fondé sur le travail (règle de Saint Benoit)

A partir du XV^e et XVI^e siècle, selon Lefranc (1957), le mot commence à prendre l'acception que nous lui connaissons aujourd'hui. Meda (2007) souligne que la notion de travail est historique et que la notion actuelle est le résultat d'une sédimentation de 3 couches de signification : travail facteur de production (XVIII^e siècle) travail essence de l'homme (début XIX^e) travail pivot de la distribution des revenus, droits et protections caractéristiques de la société salariale (fin XIX^e) .

Machado (2015) cite Paugam (2002) qui distingue trois paradigmes pour comprendre les liens entre individus et travail : homo faber, homo economicus et homo sociologicus. « L'homo faber » parle de l'acte du travail lui-même. « L'homo economicus » d'une satisfaction tirée de

la rétribution du travail et « l'homo sociologicus » renvoie au cadre social dans lequel s'exerce le travail.

Mais comme l'indique Osty (2010), « l'entreprise du XXe siècle s'est construite en rupture avec une logique communautaire et un système d'échanges localisés. En lieu et place de la tradition professionnelle et domestique s'est progressivement imposée la logique rationalisatrice et scientifique de l'organisation de la production : le taylorisme représente l'avènement de la société industrielle et manifeste une recherche constante de productivité et d'accroissement des volumes de production.

Concernant le travail en tant que valeur, il est aussi plurivoque que l'activité professionnelle elle-même, (Dreulhe, 2015) ainsi il est bien difficile d'imaginer que le travail puisse être source de souffrance tant il apparaît encore pour beaucoup comme une source d'équilibre.

Pour autant, les rapports au travail ne sont pas les mêmes pour tous. Pour les personnes qui ont les meilleurs revenus, le travail est une composante parmi d'autres d'un ensemble de facteurs, famille, amitiés, etc..., qui contribuent à l'épanouissement personnel ; pour d'autres (ouvriers, employés, chômeurs), le travail est surtout la condition d'appropriation d'un ensemble de biens qui leur permet l'accès à une vie bonne et parfois heureuse (Dreulhe, 2015) Tant pour les uns comme pour les autres, et au regard de ce que nous avons exposé, les deux questions, santé et travail, devraient, il nous semble, et c'est le point de vue que nous défendons ici, pouvoir aller de pair. Et c'est pour cette question, que nous nous sommes intéressée à la notion de santé au travail. Que devient-elle ? Que nous emmène-t-elle comme éclaircissement dans ce débat ?

- *La santé au travail : une construction sociale*

L'existence des effets pathogènes du travail est connue de longue date et décrite à partir du XVIème siècle par des médecins savants qui se sont intéressés aux pathologies professionnelles. Le cadre de référence demeure celui du médecin italien Bernardino Ramazzini qui publie à partir de 1700 un traité sur les maladies des artisans dans lequel il répertorie les pathologies le plus répandues dans plus de 50 professions.

A partir de la fin du XVIII siècle les questions de santé en lien avec l'activité professionnelle évoluent et, avec la révolution industrielle, on va évaluer les conditions générales de fatigue et l'intensité des tâches (Cottureau, 1983)

Le constat d'une morbidité qui traverse les classes ouvrières et qui rend plus difficile le recrutement des soldats lorsque l'État se lance dans les guerres coloniales, pousse les autorités publiques à s'emparer de la question et à commander une série d'enquêtes sur les conditions d'existence des classes ouvrières. Ceci marquera le début de l'hygiénisme où nous retenons les apports de Louis René Villermé.

L'œuvre de Villermé est exemplaire. Il ne remet pas en cause le système mais il prêche pour la restriction du travail des enfants. Dans la deuxième partie du XIX siècle avec le capitalisme industriel on assiste à une montée en puissance de l'hygiénisme qui se traduit par la loi de 1893, première loi généraliste sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels.

De nombreux savants se lancent dans la construction d'inventaires sur les influences du travail sur la santé. L'approche toxicologique est dominante mais les conditions de travail sont aussi étudiées sous l'angle des risques de contagion ou ceux d'ambiances extrêmes (chaleur, humidité...)

Face aux discours des hygiénistes, la rhétorique patronale veut ignorer les risques réels avec une volonté de protéger l'activité économique de toute intrusion externe.

Le mouvement ouvrier commence à se structurer en France sur un plan politique à partir de 1880. Alors que plusieurs pays européens se dotent entre 1883 et 1891 d'une loi d'indemnisation des accidents du travail, c'est seulement en 1898 que sera votée en France la loi d'indemnisation des accidents, forme de compromis entre dépendance ouvrière et responsabilité patronale.

Il faudra encore attendre 20 ans de débats parlementaires pour arriver à la loi de 1919 sur les maladies professionnelles qui reprend les principes et l'esprit de celle de 1898.

La santé au travail est intégrée au système de sécurité sociale mis en place dans l'après-guerre. Ce modèle social évoluera lentement et conflictuellement vers une société dans laquelle l'activité professionnelle salariée est le support majeur d'intégration sociale. Cependant, ce capitalisme salarial connaît des évolutions avec l'installation du chômage de masse et de la précarité et ne permet plus de soutenir l'association bénéfique entre travail et conditions de vie.

En 1948 est fondée l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dont l'ancêtre, le Comité d'Hygiène, a été présidé par la France. Selon cette organisation, la santé ne se limite pas à l'absence de maladie ou de déficience, c'est aussi un état de bien-être physique, mental

et social et qui pour nous va s'exprimer dans toutes les facettes de la vie y compris dans le travail.

- La santé mentale au travail

Pour introduire la réflexion, nous citons le Canada, pays où existe une longue tradition de recherche en psychologie concernant les questions de santé au travail et de santé mentale au travail.

Le Centre Canadien d'Hygiène et de Sécurité au Travail (CCHST) définit ainsi la Santé au travail : « *La santé au travail est une approche globale et intégrée en matière de santé qui vise toutes les personnes dans un lieu de travail et l'organisation dans son ensemble. Cette approche s'applique à une grande variété d'aspects touchant à la santé, conditions physiques et psychosociales, environnement, pratiques en matière de santé, ressources personnelles etc.. par l'intermédiaire de programmes, de politiques et de pratiques* » .

A la recherche d'une définition de la santé mentale au travail, Morin (2008) cite le modèle de Kasl (1992) qui met l'accent sur la valeur du sens du travail et son influence sur la santé mentale au travail. Elle cite également Isaksen (2000) qui observe comment les sujets qui donnent un sens au travail supportent mieux le stress que les autres.

En psychologie du travail, et plus récemment, Machado en France (2015) cite le modèle de *Labelle et al* (2001) qui définit la santé mentale comme un composé du bien être psychologique et de détresse. Ce modèle s'intéresse aux aspects cognitifs et affectifs de la santé mentale. Cet auteur cite également le modèle de Keyes et Lopez (2002) qui développent une conception de la santé mentale autour de ses aspects positifs et négatifs.

Ces auteurs considèrent la santé mentale comme un ensemble structuré en niveaux. Il y aurait ainsi le niveau le plus élevé de bien-être avec une absence de maladie mentale et le niveau le plus bas de bien-être avec une importante présence de la maladie mentale.

Ce même auteur cite les troubles mentaux à la lumière du Manuel diagnostique DSM-5 (2013)¹ qui résulteraient « *d'une interaction entre plusieurs facteurs, psychologiques, biologiques et sociaux, dont des facteurs d'origine professionnelle* ».

¹ DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par l'Association américaine de psychiatrie décrivant et classifiant les troubles mentaux.

Le problème de la taxinomie en psychopathologie est difficile car celle-ci peut avoir quelque chose de réducteur. En effet, depuis l'Antiquité ce souci de classification n'a jamais véritablement cessé, Pinel ayant inauguré lui-même par une classification la psychiatrie contemporaine (Besançon, 1993)

Rappelons simplement qu'en France toutes les enquêtes diagnostiques statistiques et épidémiologiques sont basées depuis 1968 sur une classification faite de vingt catégories divisibles en un nombre variable de sous-catégories (INSERM, 1969)²

Cette classification a été supplantée par le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM III, III-R, IV et maintenant V). Ce manuel qui est le résultat de conférences, de consensus de milliers de psychiatres nord-américains, se veut essentiellement descriptif et non théorique. Il différencie 17 catégories de troubles mentaux repartis en plusieurs axes :

- Axe I : Diagnostic psychiatrique proprement dit portant un numéro de code
- Axe II : Troubles de la personnalité, et troubles spécifiques du développement (exemple : retard mental)
- Axe III : Etat somatique du malade
- Axe IV : Intensité des stress psychosociaux, évaluée de 1 à 7
- Axe V : Niveau d'adaptation et de fonctionnement le plus élevé dans l'année écoulée.

Ceci dit, il nous paraît important de souligner, que la prise en charge des troubles mentaux par la psychiatrie exclut toute intervention des soignants dans les organisations de travail.

En France, c'est étrangement du côté de la psychiatrie que sont apparues les prémices d'une « psychopathologie du travail ». Tout a commencé dans les années 1945-1950, lorsqu'une poignée de psychiatres milite pour une réforme de l'institution asilaire. Sivadon, Veil, Le Guillant s'interrogent sur les moyens de rendre l'hôpital plus humain et, surtout, de faire en sorte que le patient ait une chance d'en sortir guéri.

Aussi, progressivement, d'autres modèles que nous décrirons plus loin, se sont intéressés à la maladie mentale dans le contexte du travail, comme les modèles du stress et de la clinique de l'activité, et ont essayé de conceptualiser la souffrance dans- où par le travail- en dehors de toute taxinomie d'origine psychiatrique. Nous allons aborder dans le chapitre qui suit l'émergence du concept des Risques Psychosociaux

² INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

CHAPITRE 2 L'émergence des Risques Psychosociaux dans la santé au travail : une diversité de modèles et de concepts

L'expression « risques psychosociaux » (RPS) est apparue dans les années 2000 comme une extension du mot stress autour duquel elle s'est construite.

La discussion autour des RPS s'est diffusée dans un contexte particulier d'accélération des logiques gestionnaires qui se sont éloignées des valeurs du travail au sein des organisations et où les conditions de travail se sont détériorées y compris sur le plan physique. Si entre 2010 et 2012 selon une analyse des occurrences de l'expression « risques psychosociaux » dans les dépêches de l'Agence France-Presse (AFP) l'usage du terme décroît à la faveur de l'émergence d'autres thématiques et enjeux sociaux, comme la pénibilité, on observe à partir de 2002 une certaine reprise médiatique du phénomène. Cependant sa terminologie n'est pas encore stable ni bien définie. Elle concerne des concepts assez poreux qui désignent des causes d'origine professionnelle, qui sont qualifiées de risques professionnels, (comme ceux en provenance du management ou de l'organisation) ou des effets sur la santé (comme le stress ou le harcèlement)

Ces risques sont au carrefour de l'individuel, du subjectif, et de l'organisationnel. Ainsi Machado (2015) préfère les dénommer risques psycho socio organisationnels (RPSO).

En Novembre 2007, à la suite de la conférence sur les conditions de travail d'octobre précédent, Monsieur Xavier Bertrand, ministre en charge du travail, demande un rapport sur la façon d'identifier, de quantifier et de suivre ces risques. Ce rapport, réalisé par le directeur de l'Ecole Nationale de la Statistique, Philippe Nasse, et le psychiatre Patrick Légeron, connu désormais sous le nom de « Nasse-Légeron » apparaît en 2008. Il recommande la mise en place d'une enquête consacrée aux risques psychosociaux au travail et demande à l'INSEE d'être le garant de la fiabilité de celle-ci en se faisant aider par un collègue d'expertise collective fonctionnant selon une méthode validée et impliquant en particulier la pluridisciplinarité.

En 2010 une mission d'information du Sénat, (Dériot, 2010) étudie le mal-être au travail et une mission d'information de l'Assemblée Nationale étudie les risques psychosociaux au travail et un rapport sur le bien-être au travail (Lachmann *et al.*, 2010) est réalisé à la suite d'une demande du Ministre de travail portant sur les conditions de santé psychologique au travail.

Le souhait formulé par le Ministre du travail est de disposer, sur les risques psychosociaux, d'un système de suivi, notamment statistique. Un tel souhait stimule le

monde scientifique, où de nombreuses disciplines se sont intéressées à la question. On observe néanmoins qu'une grande variété de concepts existent qui sont utilisés de manière différente par chaque discipline à l'intérieur desquels il peut y avoir aussi différents courants théoriques

Nous nous proposons de regrouper les nombreuses propositions qui existent dans la littérature scientifique de la façon suivante : les modèles qui restent attachés au concept du stress et les modèles francophones psychosociaux.

2.1 Les approches centrées sur les modèles du stress

Nous pouvons prendre comme point de départ la définition du stress qui est donnée par l'Agence Européenne de Santé et de Sécurité au Travail : « *Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'a une personne des contraintes que lui impose son environnement et les ressources dont elle dispose pour y faire face* ».

Ce concept, qui s'est développé dans un cadre scientifique, s'est galvaudé : il est évoqué partout et surtout dans le monde du travail.

Davezies (2001), nous rappelle que les trois domaines qui se rattachent à ce concept sont d'une part la biologie, où le stress renvoie aux mécanismes de réponse d'un être vivant en réaction à un agent agressif, l'épidémiologie, qui s'appuie sur différents modèles, comme ceux de Karasek et Theorell (1990) ou de Siegrist (1996) qui permettent de détecter des facteurs de stress liés à l'organisation du travail ou aux personnes, et enfin la psychologie, qui repose sur la notion de transaction entre la personne et son milieu social (Lancry et Ponnelle, 2004).

Parmi les approches basées sur les modèles du stress nous citerons :

- **L'approche biologique**, avec le modèle du SGA (Syndrome Général d'Adaptation) du biologiste Hans Selye. Dans ses travaux de 1936, Selye envisage le stress comme un processus biologique qui se déroule en trois phases :

- la phase d'alerte dans laquelle l'organisme mobilise ses réserves en activant le fonctionnement des organes vitaux. La libération des hormones épuise les sources habituelles d'énergie dans un temps relativement court ;

- la phase de résistance, où face à la persistance de la source de stress, l'organisme va chercher d'autres ressources énergétiques en sécrétant notamment du cortisol, mobilisé dans la production de sucres à partir des graisses et des protéines. Un taux élevé de cortisol est toxique pour l'organisme et génère notamment des pathologies cardiovasculaires ;

- la phase d'épuisement, lorsque la source de stress devient chronique et l'organisme ne réagit plus. Chez l'individu, la dépression mentale devient alors une échappatoire pour se détacher de la situation et réduire l'engagement

-L'approche causaliste, avec les modèles apparus dans les années 1980 : celui de demande/autonomie au travail de Karasek et celui de déséquilibre entre efforts/récompenses de Siegrist. Ces modèles visent à repérer des éléments objectifs de l'environnement en fonction des caractéristiques des situations de travail et des individus. Il s'agit de dépasser les seules perceptions individuelles face à un problème qui ne peut être traité avec les ressources disponibles.

Le modèle demande-autonomie au travail de Karasek pose l'hypothèse que la combinaison d'une demande psychologique du travail (V1) élevée et d'une autonomie décisionnelle (V2) faible augmente le risque de développer un problème de santé au travail. La V1 fait référence à la charge de travail, aux exigences mentales et aux contraintes de temps associées au travail. La V2 renvoie aux possibilités d'agir de la personne (latitude d'action et de décision) d'exercer un certain contrôle sur son travail et de développer ses compétences et ses habiletés professionnelles. A partir des années 1980, l'axe soutien social au travail a été ajouté à ce modèle.

C'est un des modèles le plus utilisés dans les recherches sur la santé au travail, jouant un rôle important dans l'évaluation des RPS.

Le modèle de déséquilibre « efforts/récompenses » de Siegrist est apparu à la fin des années 1990 et repose sur l'hypothèse que, lorsque dans une situation de travail il y a une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses, celle-ci peut être à l'origine de réactions pathologiques sur un plan émotionnel et physiologique. L'idée qu'il existe une réciprocité d'échanges est un principe fondamental de ce modèle : le salarié attend une récompense en échange de ses efforts. L'absence de récompense ou son insuffisance perçue sont génératrices de stress ou d'émotions négatives ; l'inverse serait créateur de bien-être.

Le modèle de Siegrist a été largement utilisé et validé par plusieurs études et son questionnaire (Effort-Reward Imbalance, ERI)³ s'utilise souvent comme complément à celui de Karasek.

-L'approche transactionnelle

Lazarus et Folkman (1984) mettent l'accent sur l'interprétation que la personne fait de la situation et sur sa signification au regard des contraintes internes et externes perçues. Cette interprétation repose sur la prise en compte d'un double processus évaluatif face aux exigences de la situation (excédant ou ne correspondant pas aux ressources) et face aux ressources dont la personne dispose (personnelles ou environnementales). On retrouve bien dans cette approche une transaction entre l'individu et la situation vécue, dans une dynamique à la fois cognitive et émotionnelle. Deux sortes d'évaluations sous-tendent la transaction :

-Confronté aux facteurs stressants l'individu fait une première évaluation ayant pour but de repérer les enjeux de la situation (stress perçu)

-Seconde évaluation qui porte sur les ressources personnelles et environnementales que la personne peut mobiliser pour réduire la tension de la situation (contrôle perçu)

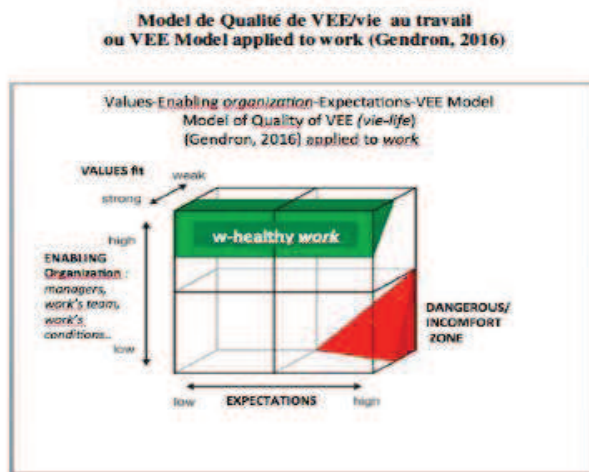
Le rapport entre le stress perçu et les possibilités d'action définira les stratégies d'adaptation (coping).

Gendron, 2016, avec son modèle Values, Enabling environment and Expectations (VEE), fait une tentative d'intégration de la valeur et de la capacitation dans le cadre d'une transaction au travail qu'elle définit comme incomplète car elle s'accorde sur le travail prescrit qui n'est pas le travail réel. A partir des visions différentes de deux parties signataires du contrat de travail, pour cette auteure l'intégration des valeurs et de l'environnement capacitant à son modèle, permet une avancée sur le modèle de Karasek et al. Les dispositions individuelles vont jouer un rôle déterminant sur la valeur que les individus accorderont à une tâche de travail, laquelle devra être suffisamment importante pour que l'individu veuille s'engager dans l'effort qui est requis pour apprendre à la réaliser. Cet engagement est lié et corrélé pour Gendron (2016, p. 240) aux valeurs qui sous-tendent le choix du métier par la personne et ses motivations, déterminant également sa qualité de vie de travail. Le modèle « Work's Values-Enabling organizations-Expectations » de Gendron (2016) ouvre les portes à une réflexion plurielle sur les ressources offertes aux personnes pouvant permettre leur

³ ERI : Questionnaire de Siegrist qui mesure le déséquilibre au travail entre efforts et récompenses.

capacitation ainsi que sur les valeurs qui sous-tendent le choix et également l'engagement dans l'activité.

Figure 1 Modèle qualité de vie au travail de Gendron (2016)



2.2 Les approches centrées sur l'activité de travail

Elles considèrent le travail comme un processus qui s'élabore dans un système d'organisation dont l'objectif est la production de biens ou de services. Au cœur de ce système, l'acteur développe une activité située entre des tensions et des modes de régulation, à partir d'un ensemble de ressources qu'il peut mobiliser (individuelles, collectives et organisationnelles). Il s'agit pour lui de faire face, en même temps, aux exigences multiples définies par l'organisation et au maintien de sa santé physique et psychique. La question des possibilités d'agir (pouvoir d'agir) de l'acteur sur /dans son travail et de la reconnaissance de ses actions dans la situation, formera l'enjeu essentiel en matière de santé. Trois principaux modèles sont représentatifs de ces approches : l'ergonomie, la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité

- L'ergonomie

L'ergonomie de l'activité qui domine dans les pays francophones, est une discipline de l'action (Falzon 2004, Lancry 2009). Elle vise à analyser et transformer les situations de travail pour mieux les adapter aux personnes, améliorer la sécurité pour mieux préserver la santé, et rendre la production plus efficace. Pour l'ergonome, la santé est la résultante des interactions entre la personne au travail et son environnement. Le sujet n'est pas un sujet passif, mais un opérateur – acteur qui pense et agit au cours de l'activité, d'où le concept de pratique réflexive. Il existe au cours de l'activité des tensions et des régulations qui se jouent entre les exigences de l'organisation et les ressources de l'individu. Des pathologies surviennent lorsque les tensions sont trop fortes ou les régulations individuelles ou collectives impossibles.

L'intervention ergonomique à partir de sa méthodologie d'analyse est courante depuis longtemps dans la prévention des risques professionnels. Mais les RPS ne sont que depuis très peu de temps investis par les ergonomes, pour diverses raisons. D'une part, les dimensions sociales et relationnelles qu'impliquent les RPS n'ont pas été considérées en ergonomie, et, d'autre part, les dimensions subjectives qu'engagent les RPS incitent les ergonomes à la prudence.

-La psychodynamique du travail

S'appuyant sur la psychanalyse, elle développe un cadre conceptuel original et important, considérant le travail comme élément producteur de santé, de sens et d'identité.

Dynamique, en psychologie clinique, renvoie à la dimension du conflit psychique. Cela veut dire que l'investigation prend en compte d'un côté le sujet qui est porteur d'une histoire singulière préexistante, et d'un autre côté une situation de travail dont les caractéristiques ont été fixées, en grande partie de manière indépendante de la volonté du sujet.

La psychodynamique utilise peu le vocable RPS et se concentre sur les dynamiques psychiques et sur l'activité créatrice des personnes (Dejours, 2000). La souffrance est un concept –clé de la psychodynamique du travail. L'accent est porté ici sur les défenses que le sujet mobilise pour se défendre de cette souffrance.

Elle accorde une place importante à la notion de défense individuelle, mais aussi aux défenses collectives mises en place par le collectif du travail pour rester en santé.

Un autre de ses concepts clé est la notion de reconnaissance qui intervient en tant que jugement de beauté par les pairs ou jugement d'utilité par les supérieurs hiérarchiques. Ainsi souffrance, reconnaissance et défenses, constituent-elles les trois piliers de la psychodynamique du travail (Molinier 2011).

La psychodynamique du travail est une discipline en débat qui réinterroge en profondeur le travail et son organisation au regard des cadres éthiques et politiques qui fondent une société (Travailler 2011).

-La clinique de l'activité

Elle s'inscrit également dans une approche clinique, mais non psychanalytique, qui cherche à comprendre les processus psychologiques (et leurs développements) en relation avec le travail. Elle insiste sur l'importance de l'étude de l'activité de travail qui prend un double sens :

- en référence au réel exécuté : ce qui est fait en situation de travail (proche de l'ergonomie) ;

- en référence au réel de l'activité : ce qui est présent chez le sujet mais qui est empêché, qui aurait pu être fait, ou encore ce qui est fait pour ne pas faire ce qui est à faire...

Elle s'attelle aussi à prendre en compte l'analyse des rapports sociaux qui se rattachent à l'activité concrète, notamment dans l'articulation de l'individu et du collectif dans la construction identitaire (Clot, 2010). La santé au travail est mise en relation avec le pouvoir d'agir, d'initiative et de créativité du sujet en situation, c'est-à-dire en contraintes de travail Yvon & Fernandez (2002). Il ne s'agit pas du bien-être au travail mais surtout de bien faire au travail : autrement dit de donner la possibilité au sujet de s'engager et d'agir avec les autres. Cette approche constructiviste peut être rapportée à la définition de la santé proposée par Canguilhem (1996) : « Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi ».

La méthodologie de recherche qui est utilisée par cette approche, est celle de l'autoconfrontation croisée et celle de l'instruction au sosie qui, visent à créer des controverses entre professionnels sur leur métier et ainsi à impulser des débats sur le travail. En synthèse, dans ces modèles qui sont centrés sur l'activité, il est essentiel de pouvoir cerner que la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité sont davantage en prise sur des dimensions subjectives et intersubjectives du travail. Mais toutes trois mettent l'accent sur la centralité du travail vis-à-vis des autres activités humaines, pour traiter des RPS.

En Espagne la question des RPS semble avoir été abordée d'une manière différente. Si elle a suscité également beaucoup d'intérêt dans les sphères politiques et universitaires, nos recherches sur les approches théoriques espagnoles nous ont emmenée à rencontrer un ensemble de méthodes développées par différentes universités espagnoles : Barcelona et Valencia (Peiro, 2006, 2013) principalement, et basées essentiellement sur les modèles du stress et leur déclinaison en outils de mesure des risques psychosociaux. Nous allons voir dans le chapitre qui suit le cadre des politiques européennes qui ont organisé la prévention des risques professionnels dont les risques psychosociaux et comment l'État Français et l'État Espagnol se sont positionnés par rapport à celles-ci.

CHAPITRE 3 Les politiques Européennes de Santé au travail : l'adaptation de la directive cadre en Espagne et en France.

La Directive cadre européenne n°89/391/CEE (12/06/1989)⁴ marque les principes généraux de la prévention de la santé et sécurité des travailleurs européens.

En France elle sera transposée par la loi 91-14 (31/12/1991)⁵ qui vise la mise en conformité du système de prévention français, par le biais d'une réforme de la médecine du travail.

Le système de la médecine du travail et des services de santé au travail, mis en place en 1946, constitue le premier réseau de prévention avec quelques 7030 médecins du travail. Avec cette réforme le gouvernement a contribué, par la création de services de santé au travail, à faire évoluer la médecine du travail vers une culture de promotion de la santé en milieu de travail :

- en amorçant un processus de rééquilibrage des missions du médecin du travail en introduisant l'aménagement de la périodicité des visites médicales ;
- en favorisant la convergence des disciplines complémentaires (ergonomie, métrologie, toxicologie, psychologie...) par le recours à des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) dotés de compétences techniques, médicales ou organisationnelles.

En Espagne, la Constitution espagnole⁶ donne mandat aux pouvoirs publics de veiller à la sécurité et à l'hygiène dans le travail. Sous ce mandat, la directive cadre européenne sera transposée dans la loi 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)⁷, modifiée et actualisée dans la loi 54/2003 du 12 Décembre qui modifie le cadre de la prévention de risques. (FETE-UGT)⁸

⁴ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs de l'Union Européenne.

⁵ Loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail

⁶ Constitution Espagnole : la Constitution Espagnole de 1978 devient la loi fondamentale de l'État espagnol le jour de sa publication au Journal officiel de l'État, le 29 décembre 1978.

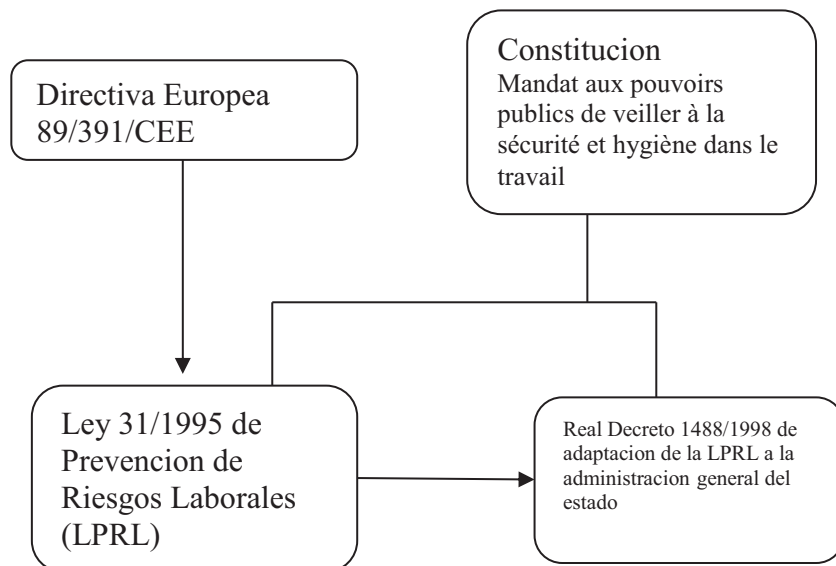
⁷ Ley de prevención de riesgos laborales publiée dans le Bulletin Officiel de l'État n°269 du 10/11/1995.

⁸ FETE-UGT : Syndicats espagnols : Union général des travailleurs.

L'objectif de cette loi est de promouvoir la sécurité et la santé des travailleurs, en fonction des principes suivants :

- Prévention des risques à la source
- Élimination ou diminution des risques liés au travail
- Information et formation des travailleurs en prévention.

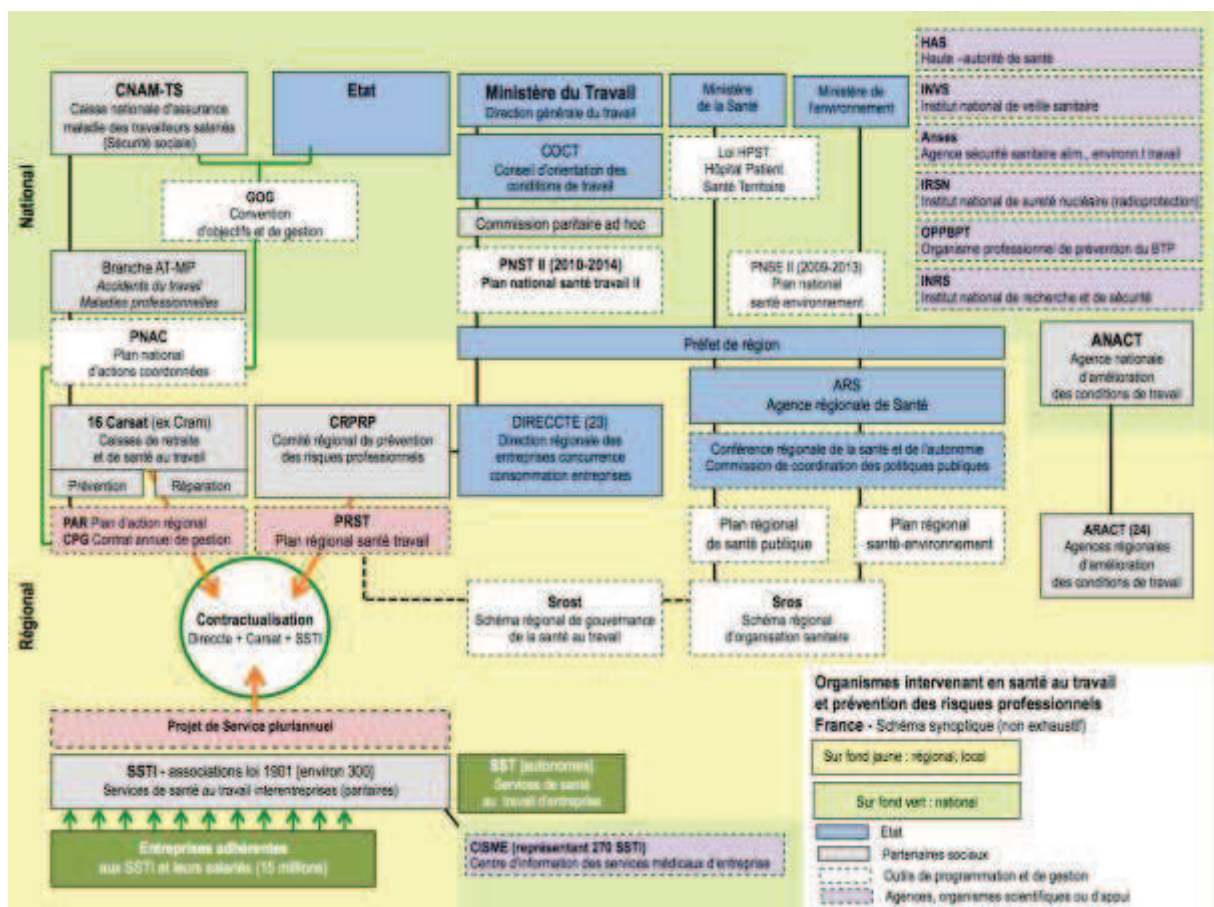
Figure 2 Relation entre la Directive Cadre Européenne et la loi de Prévention PRL



3.1 Organisation de la prévention de risques professionnels en France

L'organisation du système de prévention de risques professionnels *en France*, c'est-à-dire l'ensemble des institutions et acteurs qui ont pour but la prévention en matière de santé et de sécurité au travail des salariés, fait appel à de nombreuses institutions.

Figure 3 Organisation de la Santé au Travail en France



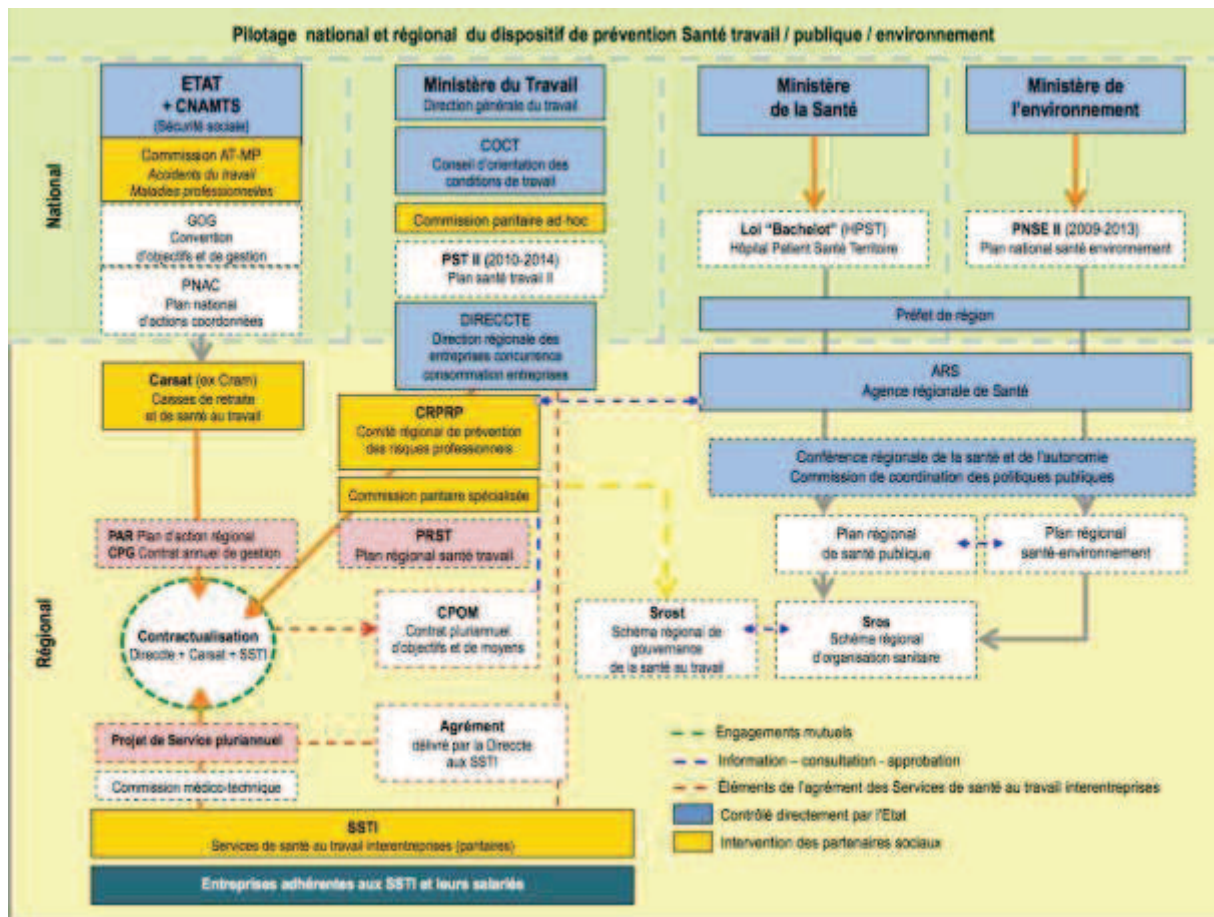
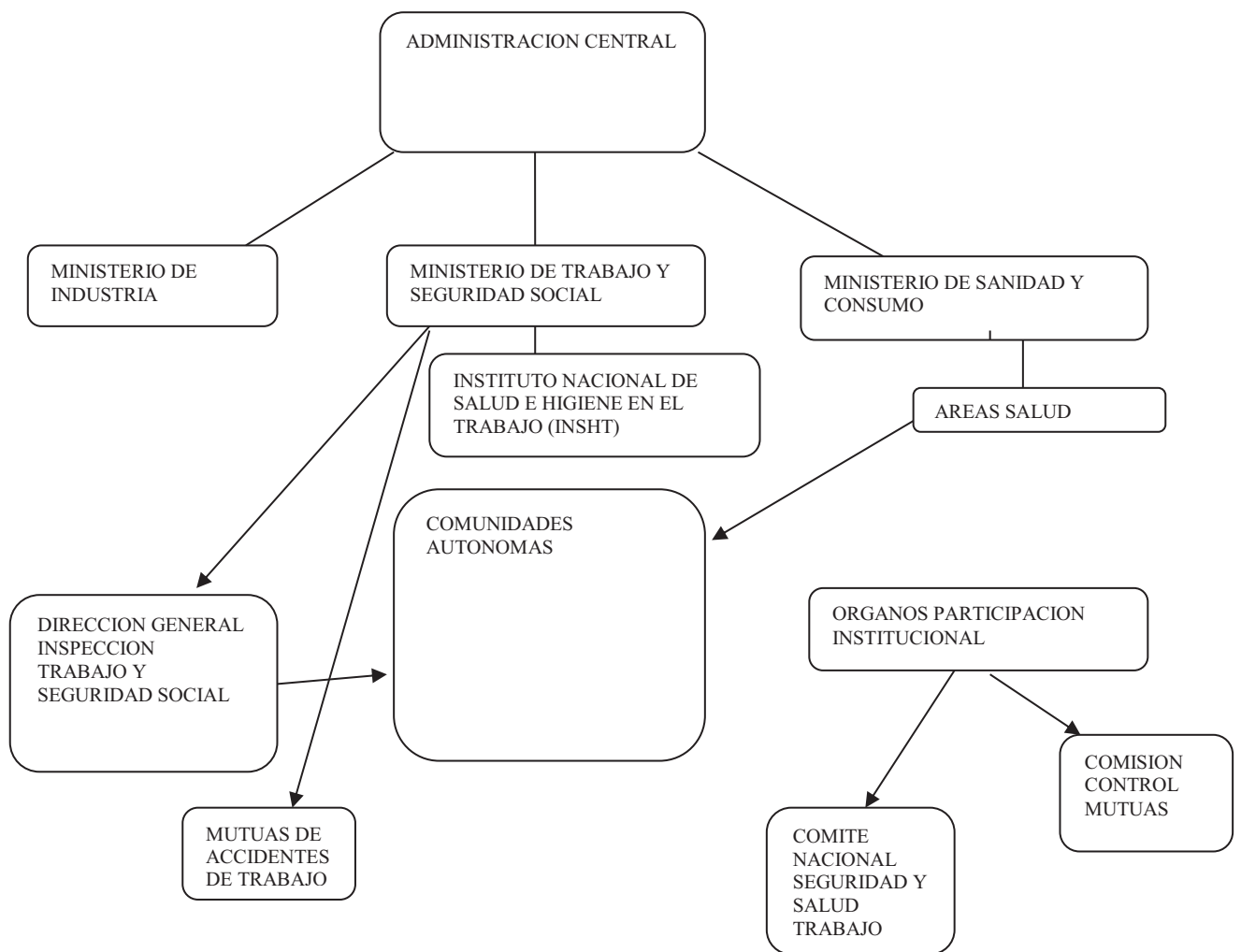


Figure 4 Pilotage national et régional du dispositif Santé Travail

3.2 Organisation de la prévention des Risques Professionnels en Espagne

Figure 5 : Organisation de la prévention des risques professionnels en Espagne.



En France le système de prévention est structuré autour du Ministère du Travail et autour du Ministère des Solidarités et de la Santé.

Du Ministère du Travail dépendent les Agences Nationales pour l'amélioration des conditions de travail ANACT qui sont déclinées dans le réseau d'agences régionales ARACT.

La Direction générale du Travail, chargée d'élaborer et coordonner la politique de prévention et la législation française et européenne en matière de santé et de sécurité sur les lieux de travail, est en relation directe avec les directions régionales et départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Le Ministère des Solidarités et de la Santé gère la Direction de la sécurité Sociale et les caisses Nationales de l'assurance maladie des travailleurs salariés chargés d'élaborer la politique et la législation en matière d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Le médecin contrôleur de la sécurité sociale se prononce sur la continuité ou pas de la prise en charge, par exemple, d'une longue maladie.

En Espagne, le système de prévention est structuré autour du Ministère de l'Industrie, du Ministère du travail et de la Sécurité Sociale et du Ministère de la santé et consommation.

Le Ministère de l'Industrie, du Commerce et du Tourisme est compétent en matière de réglementation sur la sécurité industrielle.

Le Ministère du travail et de la Sécurité Sociale gère l'Inspection du travail qui veille au respect de la loi de prévention.

L'administration Centrale de l'État gère l'Institut National de la Sécurité et de l'Hygiène dans le travail qui a un rôle d'analyse et d'étude que l'on pourrait comparer au INRS.

Le Ministère de la Santé gère les établissements de santé qui contrôlent les actions des services de prévention en matière de santé

« **Las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social**⁹ » *en Espagne* prennent en charge également le paiement des arrêts maladie et travaillent avec des équipes pluridisciplinaires. Lorsque l'arrêt est trop long, le médecin de la Mutua peut décider de remettre un salarié au travail, sans aucune consultation préalable.

Nous proposons ci-dessous un tableau synthétique reprenant ces éléments.

Tableau 1 Organisation différenciée de la santé au travail

FRANCE

ESPAGNE

Services de santé au travail Interentreprises (SSTI) Associations loi 1901	Servicios de Prevención Ajenos (SPA) Entreprises Privées
Sécurité Sociale, Carsat, Assurance Retraite	Seguridad Social, Sociedad Española de medicina y seguridad en el trabajo, Mutuas
INRS Institut National de recherche Sécurité au travail	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (Ministerio empleo y SS)
DIRECCTE (Ministère du travail)	Inspección de trabajo
Entreprises CHCST	Empresas Comité de Higiene y Seguridad
ANACT (Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail)	Servicios Autónomos
ARACT (Agence Régionale pour l'amélioration des conditions de travail)	Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social
AFSSET (Agence française de sécurité sanitaire environnement et travail)	
OPPBTP	
MSA	
Services Autonomes	

⁹ Mutua colaboradora con la Seguridad Social est l'association des employeurs créé pour gérer les contingences professionnelles maladies et accidents

Le système de prévention français paraîtrait à première vue plus étoffé avec le réseau des ANACT et des ARACT. Une différence majeure entre les deux systèmes étant que la prévention interentreprises ou santé au travail est un système associatif en France alors qu'en Espagne elle est structurée sous forme d'entreprises privées.

3.2 La prévention dans les textes de loi

La **loi française** no 91-1414 du 31 Décembre 1991 modifiant le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail, donne, dans son chapitre préliminaire, les principes généraux de prévention et délimite la responsabilité de l'employeur : « Le chef d'établissement met en œuvre les mesures prévues sur la base des principes généraux de prévention suivants » :

- éviter les risques ;
- évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- combattre les risques à la source ;
- adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants.
- prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- donner les instructions appropriées aux travailleurs.

La loi fixe dans le chapitre II du code du travail, section 1, Art. L 312-1 que : « l'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des salariés dans tous les aspects liés au travail » et dans l'Art L.312-2 que : « dans le cadre de ses responsabilités, l'employeur prend les mesures nécessaires pour la protection de la sécurité et de la santé des salariés, y compris les activités de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens nécessaires »

La **loi espagnole**, dernier texte consolidé du 28 Septembre 2013, ne mentionne pas de la même manière une responsabilité exclusive de l'employeur, mais impose à celui-ci le devoir de coordination lorsque les activités se déroulent dans plusieurs centres.

Elle dit que la protection du travailleur face aux risques exige des actions dans l'entreprise qui vont au-delà du respect des devoirs et des obligations de l'employeur et plus loin que la simple correction *à posteriori* des situations de risque. La loi exige la planification de la prévention à la source du projet d'entreprise, l'évaluation initiale des risques au travail ainsi que sa révision régulière et le contrôle afférent.

Elle fixe, dans la « *disposición adicional quinta* » la création d'une fondation sous la tutelle du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, avec la participation des Administrations Publiques et des organisations représentantes du patronat et des salariés destinée à promouvoir des actions d'amélioration des conditions de Sécurité et Hygiène dans le travail et qui aura un budget constitué des excédents de gestion des Mutuas (organismes de gestion des accidents de travail et maladies professionnelles).

La loi espagnole institue le Comité de Sécurité et de Santé comme organe de médiation entre patronat et salariat sur les questions de prévention des risques.

Nous allons voir maintenant comment sont organisés les services de santé au travail interentreprises et los servicios de prevención ajenos.

CHAPITRE 4 L'organisation de la Santé au Travail en France et en Espagne

4.1 Évolution de la médecine du Travail en France

Nous proposons d'aborder les principales dates qui ont marqué les évolutions de la médecine du travail en France

1946 : La loi du 11 octobre 1946 étend à tout le secteur privé l'obligation de créer des services médicaux du travail. Elle précise en son article 1^{er} que ces services seront assurés par plusieurs médecins qui prennent le nom de **médecins du travail** et dont le rôle, **exclusivement préventif**, consiste à **éviter toute altération de la santé des travailleurs, du fait de leur travail**, notamment en surveillant les conditions d'hygiène de travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs. (Crouzat, 2012). La réforme de 2004 complète la loi de modernisation sociale de 2002 : les services de médecine du travail deviennent des Services de Santé au Travail (SST) avec des compétences, à la fois, médicales, techniques et organisationnelles pour aborder les conditions de travail...

1979 : Introduction du "Tiers-temps" pour les médecins du travail (décret du 20/3/1979) : le médecin du travail est tenu de consacrer **un tiers de son temps de travail à ses activités en milieu du travail** (pour réaliser des études de poste, des Fiches d'Entreprise, des observations du travail réel pour en évaluer les risques, des conseils auprès des responsables et des salariés) (Crouzat, 2012)

1989 : Directive Européenne du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. **Art 7 Services de protection et de prévention : ... l'employeur désigne un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels** de l'entreprise et/ou de l'établissement... les travailleurs désignés doivent **disposer d'un temps approprié...** ils doivent avoir les **capacités nécessaires** et **disposer des moyens requis... être en nombre suffisant.** (Crouzet, 2012)

2002 : Circulaire d'application du Document Unique

La directive n° 89/391/CEE du Conseil des Communautés Européennes du 12 juin 1989, dite «**directive - cadre**», définit les **principes fondamentaux de la protection des travailleurs**. Elle a placé l'**évaluation des risques professionnels** au sommet de la hiérarchie des **principes généraux de prévention**, dès lors que les **risques n'ont pas pu être évités à la source**. Alors que la plupart des dispositions de la directive - cadre préexistaient en droit français, la **démarche d'évaluation a priori des risques**, qui doit contribuer fortement à l'amélioration globale de la santé et de la sécurité et des conditions de travail, **constitue la principale novation de ce texte communautaire**, au regard de l'approche française classique. (Crouzet, 2012)

2004 : Circulaire Pluridisciplinarité du 13 janvier 2004

La transposition de la directive de 89 : « ... Dans la mesure où la France était le seul pays d'Europe à assurer une couverture de tous les salariés – quelle que soit leur activité ou la taille de leur entreprise –, via la **médecine du travail**, les autorités françaises avaient cherché à s'assurer, pendant la négociation, que l'ossature de la médecine du travail autorisait une transposition correcte de l'article 7. La Commission Européenne, dans une déclaration annexée au procès-verbal du Conseil des ministres adoptant la directive, avait confirmé que **les services de médecine du travail existants en France depuis 1946 pouvaient être regardés comme services de prévention, au sens de la directive**.

La Commission a ultérieurement modifié sa position et engagé des démarches pré-contentieuses avec tous les États de l'Union. Dans une mise en demeure notifiée à la France le 4 mars 1997, elle a estimé que la seule existence des services de médecine du travail, ne suffisait à la transposition complète des dispositions de l'article 7 de la directive.

Dans un avis motivé du 26 juin 2002, la Commission conclue que le dispositif français de médecine du travail n'assure pas la transposition intégrale de la directive. Elle estime que « *le médecin du travail n'assure qu'une partie des fonctions confiées par l'article 7 de la directive qui consiste, aux termes de l'article L 241-2 du code du travail, à éviter toute altération de la santé des travailleurs. « **Il n'a pas de tâches dans le domaine de la sécurité, volet qui est inhérent aux activités de protection et de prévention des risques professionnels visées dans l'article 7, paragraphe I de la directive** ».*

Afin de satisfaire pleinement l'obligation communautaire, les autorités françaises ont donc entrepris, à partir de 1997, une évolution, consistant à élargir l'offre de prévention, en s'appuyant, certes, sur l'ossature des services médicaux du travail, mais en favorisant le recours à des **compétences nouvelles, techniques et organisationnelles**. Les partenaires

sociaux ont rejoint cette volonté en adoptant l'accord interprofessionnel de fin 2000 sur la santé au travail, lequel affirme la **nécessité de mettre en place une « véritable » pluridisciplinarité.**

C'est sur cette base qu'a été adoptée la loi du 17 janvier 2002, en conformité avec les règles posées par la directive et les souhaits exprimés par les partenaires sociaux...

« La protection de la santé et de la sécurité des salariés nécessite l'adoption d'une approche pluri- disciplinaire à la fois médicale, technique et organisationnelle des conditions de travail ». (Circulaire 2004, citée par Crouzet, 2012)

2004 : Réforme de la Médecine du Travail (décret 28/7/2004) les services de Médecine du Travail deviennent des Services de Santé au Travail. La principale modification de cette réforme de la Médecine du Travail, concerne la **compétence pluridisciplinaire** que doit apporter le service de santé aux entreprises, par l'intermédiaire des Intervenants en Prévention de Risques Professionnels (IPRP). (Crouzet, 2012)

Article L4622-10

Les priorités des services de santé au travail sont précisées, dans le respect des **missions générales prévues à l'article L. 4622-2,**

des orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, d'amélioration des conditions de travail, ainsi que de son **volet régional, et en fonction des réalités locales.** Dans le cadre d'un **contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)** conclu entre

le service d'une part et **l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale** compétents d'autre part,

après avis des organisations **d'employeurs**, des organisations syndicales de **salariés** représentatives au niveau national et des **Agences Régionales de Santé.** Les conventions prévues à l'article L. 422-6 du code de la sécurité sociale sont annexées à ce contrat. La durée, les conditions de mise en œuvre et les modalités de révision des contrats d'objectifs et de moyens prévus au premier alinéa sont déterminées par décret. (Crouzet, 2012)

4.2 Évolution de la médecine du travail en Espagne

1940 : Ordre du Ministère du travail du 31/01/1940 qui approuve le règlement Général de la Sécurité et Hygiène qui est destiné à « (...) protéger le salarié contre les risques du travail qui puissent mettre en péril sa santé et sa vie »

C'est le premier règlement approuvé en Espagne sur la Sécurité et l'Hygiène dans le travail qui aborde l'utilisation des techniques spécifiques pour prévenir les risques.

L'État, par ce règlement, devient celui qui doit prêter assistance et protection au salarié avec une action constante et efficace visant à protéger le salarié dans sa vie et son travail. L'autorité de contrôle devient l'Inspection du Travail qui doit veiller sur l'analyse des centres de travail, inspection des moteurs, transmissions, machines, circuits électriques, hygiène industrielle, sécurité...

1944 : Mise en place de la notion de représentation dans les entreprises de plus de 500 salariés et de 250 salariés pour la construction et l'industrie du métal ou la réparation des machines, des salariés au sein d'un Comité. Création des Comités d'Hygiène et de Sécurité.

Initiative inspirée par la législation Suédoise et l'accord de Saltsjöbad¹⁰. Doit siéger dans ce comité l'Ingénieur en Sécurité élu, et un médecin de travail diplômé de l'Institut National de Médecine, Hygiène et Sécurité au travail.

C'est la première description de la Gestion de la Prévention des Risques par les Ingénieurs. Ce sont ces ingénieurs qui sont à la base d'un long processus d'amélioration de la production. Ce processus existe encore aujourd'hui sans que l'on ait trouvé encore des compromis entre les parties.

1956 : Apparition des Services Autonomes de Santé¹¹ avec l'objectif de « (...) *maintenir et améliorer la santé des salariés, leur protection contre les risques, la promotion du personnel et sa protection afin d'augmenter le rendement individuel et collectif* »

¹⁰ Accord de Saltsjöbad : confédération de syndicats suédois

¹¹ Services Autonomes de Santé obligatoires pour les entreprises de plus de 1000 salariés.

Un décret trois ans plus tard réorganise les services Autonomes les rendant obligatoires pour les entreprises de plus de 1000 salariés. La création de ces services fait prendre une avance à L'Espagne de 3 ans sur la recommandation n° 112 de la O.I.T qui recommande aux États de créer ces organes dans les centres de travail.

4.3 Les Services de Santé au Travail interentreprises (SSTI)

La Loi du 20/07/2011 modifie l'organisation de la médecine du travail et précise l'aide que les Services de Santé au Travail Interentreprise (SSTI) peuvent apporter aux employeurs pour la gestion de la santé et la sécurité au travail :

Missions du SSTI:

Article L4622-2 Les Services Interentreprises de Santé au Travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils :

1°) **Conduisent les actions de santé au travail**, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;

2°) **Conseillent les employeurs, les travailleurs** et leurs représentants sur les **dispositions et mesures nécessaires** afin :

- **d'éviter ou de diminuer les risques** professionnels,
- **d'améliorer les conditions de travail**,

- de **prévenir la consommation d'alcool et de drogue** sur le lieu de travail,
- de prévenir le **harcèlement sexuel ou moral**,
- de **prévenir ou de réduire la pénibilité au travail** et la **désinsertion professionnelle** et - de contribuer au **maintien dans l'emploi** des travailleurs ;

3°) **Assurent la surveillance de l'état de santé des** travailleurs en fonction des **risques** concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la **pénibilité** au travail et de leur **âge** ;

4°) **Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions** professionnelles et à la **veille sanitaire**.

Article L4622-8

Les **missions** des services de santé au travail sont assurées par une **équipe pluridisciplinaire** de santé au travail comprenant :

- des **médecins** du travail,
- des **intervenants** en prévention des risques professionnels (IPRP) et des **infirmiers**.

Ces équipes peuvent être complétées par :

- des **assistants** de services de santé au travail et
- des **professionnels recrutés après avis des médecins** du travail.

Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire

Adhésion-Cessation

Art.D.4622-22.

Les droits et obligations réciproques du service de santé au travail interentreprises et de ses adhérents sont déterminés dans les statuts ou le **règlement intérieur** de celui-ci. Ces statuts et ce règlement sont communiqués à l'entreprise, **lors de la demande d'adhésion**, avec la grille des cotisations du service de santé au travail interentreprises et **un document détaillant les contreparties individualisées de l'adhésion**.

Dans les 6 mois suivant l'adhésion, l'employeur adresse au président du service de santé au travail un **document** précisant le **nombre et la catégorie des salariés à suivre et les risques professionnels auxquels ils sont exposés**. Ce document est établi après avis du ou des médecins du travail intervenant dans l'entreprise. Il est ensuite soumis au comité d'entreprise. Il est tenu à disposition du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

Art.D.4622-23.

La cessation de l'adhésion à un service de santé au travail interentreprises est décidée par l'employeur, sauf opposition du comité d'entreprise préalablement consulté. L'opposition est motivée.

En cas d'opposition, la décision de l'employeur est subordonnée à l'autorisation du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi qui se prononce après avis du médecin inspecteur du travail.

En l'absence d'opposition, l'employeur informe le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de sa décision

Art. R.4622-24

L'autorisation de cessation d'adhésion à un service de santé au travail interentreprises est réputée accordée par le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi si aucune opposition n'a été notifiée à l'employeur dans le délai **d'un mois** à compter de la réception de sa demande.

L'autorisation et le refus d'autorisation sont motivés. En cas d'autorisation implicite, les motifs sont fournis, sur demande, dans le délai d'un mois.

Article L4622-16

Le directeur du service de santé au travail interentreprises met en œuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et sous l'autorité du président, les actions approuvées par le conseil d'administration dans le cadre du projet de service pluriannuel.

Fiche d'Entreprise

Article D4624-37 : Pour chaque entreprise ou établissement, le médecin du travail ou, **dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire établit et met à jour une fiche d'entreprise** ou d'établissement sur laquelle figurent, notamment, les **risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés.**

Article D4624-38 : Pour les entreprises adhérentes à un service de santé au travail interentreprises, **la fiche d'entreprise est établie dans l'année qui suit l'adhésion** de l'entreprise ou de l'établissement à ce service.

Article L4622-11

Le service de santé au travail est administré **paritairement** par un conseil composé :

- 1°) De **représentants des employeurs désignés par les entreprises adhérentes** ;
- 2°) De représentants des **salariés des entreprises adhérentes**, désignés par les organisations syndicales représentatives au niveau national et interprofessionnel.

Le président, qui dispose d'une voix prépondérante en cas de partage des voix, est élu parmi les représentants mentionnés au 1°. **Il doit être en activité.**

Le trésorier est élu parmi les représentants mentionnés au 2°.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

Article L4622-12

L'organisation et la gestion du service de santé au travail sont placées **sous la surveillance** :

- 1°) Soit d'un comité interentreprises constitué par les comités d'entreprise intéressés ;
- 2°) Soit d'une **commission de contrôle** composée pour un tiers de représentants des employeurs et pour deux tiers de représentants des salariés. Son président est élu parmi les représentants des salariés.

Article L4622-13

Créé par LOI n°2011-867 du 20 juillet 2011 - art. 5

Dans le service de santé au travail interentreprises, une **commission médico-technique** a pour **mission de formuler des propositions relatives aux priorités du service** et aux **actions à caractère pluridisciplinaire** conduites par ses membres.

Article L4622-14

Le service de santé au travail interentreprises **élabore, au sein** de la **commission médico-technique**, un **projet de service pluriannuel** qui définit les **priorités d'action du service** et qui s'inscrit dans le cadre du **contrat d'objectifs et de moyens prévu** à l'article L. 4622-10. Le projet est soumis à **l'approbation du conseil d'administration.**

Commission Médico Technique (CMT)

Article D4622-74

Dans les services de santé au travail employant au moins **3 médecins** du travail, une **commission médico-technique** a pour mission de **formuler des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire** conduites par ses membres.

Elle est consultée, en temps utile, sur les questions relatives, notamment :

- 1°) **A la mise en œuvre des compétences** médicales, techniques et organisationnelles au sein du service de santé au travail ;
- 2°) **A l'équipement du service ;**
- 3°) **A l'organisation d'actions en milieu de travail et des examens médicaux ;**
- 4°) **A l'organisation d'enquêtes et de campagnes.**

Article D4622-75

La commission médico-technique est constituée à la diligence de l'employeur ou du président du service de santé au travail. Elle est composée :

- 1°) De l'employeur ou du président du service de santé au travail ou de son représentant ;
- 2°) Des médecins du travail du service ou, s'il y a lieu, de leurs délégués ;
- 3°) Des intervenants en prévention des risques professionnels du service ou, s'il y a lieu, de leurs délégués élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour **8 intervenants**.

Article D4622-76

La commission médico-technique se réunit au moins 3 fois par an. Elle communique ses conclusions, selon le cas, au comité d'entreprise, au **conseil d'administration paritaire**, au comité interentreprises, à la **commission de contrôle**, à la commission consultative de secteur. Elle présente chaque année à ces instances l'état de ses réflexions et travaux.

4.4. Les « Servicios de Prevencion Ajenos » (SPA)

Dans l'édition actualisée de la loi de prévention des risques professionnels (PRL) de 2019, publiée dans le « Boletín oficial del Estado » (BOE)¹² section 2 planification de l'activité de prévention et chapitre III organisation de ressources pour les activités de prévention il est dit que (traduction réalisée par nos soins)

-L'employeur doit avoir recours à un ou a plusieurs services de prevención ajenos lorsque :

Il n'y a pas de salarié qui exerce cette mission en interne ou qu'il n'a été constitué un service autonome.

-Pour être habilité en tant que service de prevención ajeno, celui-ci doit justifier des moyens humains et matériels nécessaires à l'exercice de son activité.

-Les ressources matérielles et humaines nécessaires sont citées comme suit :

a) justifier des compétences sur les disciplines préventives de **médecine du travail, hygiène industrielle et ergonomie et psychosociologie appliquées.**

b) justifier des compétences minimales d'un technicien supérieur pour chaque spécialité définie plus haut, sauf pour la spécialité de la médecine du travail pour laquelle il faudra justifier au minimum **d'un médecin du travail et d'un infirmier.**

c) Les experts des disciplines mentionnées plus haut travailleront en coordination sur les domaines suivants : plans de prévention, l'évaluation et l'identification des risques, les adaptations au poste de travail des salariés et la formation de ceux-ci.

d) justifier des techniciens de base et intermédiaires en fonction des caractéristiques des entreprises adhérentes, ce que nous détaillerons plus loin.

e) justifier de la mise à disposition des installations nécessaires à la réalisation des examens, mesures, analyses et des activités de sensibilisation et de formation.

f) Sans porter préjudice à la coordination des spécialistes, l'activité de santé bénéficiera, dans le service, des installations adéquates ainsi que de la confidentialité requise au traitement des données médicales.

¹² BOE : Bulletin Officiel de l'État Espagnol où sont consignés tous les événements législatifs, réglementaires, déclarations officielles et publications légales relevant des institutions nationales et les dispositions générales des communautés autonomes.

Les fonctions des SPA selon l'article 19 chapitre II de la loi de Prevención actualisée (2019) sont d'une part conseiller et soutenir l'employeur adhérent au service et d'autre part assurer les missions d'évaluation des risques où de surveillance de la santé. Pour cela faire les SPA peuvent sous-traiter à d'autres professionnels ou entités une partie de leur activité qui exige des connaissances spécifiques ou des installations complexes.

L'adhésion au SPA selon l'article 20 chapitre II de la loi de Prevención actualisée (2019) doit intervenir lorsque l'employeur ne dispose pas des ressources nécessaires pour développer l'activité de prévention. Il doit dans ce cas-là faire appel à un SPA, ce qui implique :

- Une identification du SPA avec lequel l'entreprise veut travailler.

- La spécification des activités de prévention qui font partie du contrat d'adhésion. Ainsi on peut sous-traiter au SPA la spécialité d'hygiène et sécurité ou celle d'ergonomie et psychosociologie appliquée. Dans le cas où c'est la spécialité d'ergonomie et de psychosociologie appliquée qui fait l'objet du contrat avec le SPA, ce dernier doit identifier, évaluer et proposer à l'entreprise toutes les mesures nécessaires en fonction des risques constatés dans l'entreprise et qui pourraient représenter un danger pour les salariés.

- Une obligation pour le SPA de suivi régulier et périodique de la mise en place dans l'entreprise des mesures proposées.

- Une obligation pour le SPA de consacrer les ressources humaines et matérielles nécessaires à la mise en place de l'activité de prévention.

- Une obligation d'indiquer la durée du contrat.

- Une obligation d'indiquer la contrepartie financière du contrat.

- L'obligation pour le SPA de réaliser un rapport annuel sur les activités de prévention réalisées dans l'entreprise ainsi que leur évaluation.

L'habilitation du SPA. Selon l'article 23, chapitre IV de la loi sur la prévention des risques professionnels dans sa version actualisée de 2019, le SPA sollicite l'habilitation auprès de l'autorité de travail dont il dépend géographiquement. Dans sa demande d'habilitation le SPA doit fournir les éléments suivants :

- Nom, dénomination et identification fiscale
- Description de l'activité de prévention développée
- Prévision du secteur ou des secteurs dans lesquels le SPA veut intervenir ainsi que le numéro d'entreprises et de salariés qu'il prétend suivre
- Prévision du personnel dédié à l'activité de prévention
- Identification des installations mises à disposition pour l'exercice de l'activité de prévention
- Engagement à souscrire une assurance de responsabilité civile dont le montant ne peut être inférieur à 1.841.000 euros
- L'habilitation à exercer est unique est valable sur **tout le territoire espagnol**

4.5 Le statut et la formation des Intervenants en Prévention de Risques professionnels (IPRP) dans le système de prévention interentreprises français (SSTI) et des Techniciens de Prévention (TP) dans le système de prévention externe espagnol

Pour la **loi française** un IPRP (Intervenant en Prévention des Risques Professionnels) est une personne, physique ou morale, dotée de compétences techniques, organisationnelles ou médicales (**hors médecine du travail**), dont la mission consiste à participer à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, en complément de l'action conduite par le médecin du travail.

Sont qualifiés « d'intervenants en prévention des risques professionnels », par le décret du 24 Juin 2003, les personnes ou organismes auxquels les services de santé au travail et les entreprises doivent faire appel.

- Dans la **loi française** l'IPRP apparaît comme une personne physique ou morale, ou une entité, à laquelle peut faire appel le service de santé au travail ou l'entreprise directement ;

Lorsque ces intervenants en France sont employés comme généralistes, ils ont généralement une licence en Hygiène et sécurité. Si un SSTI emploie des spécialistes, ceux-ci peuvent être des ergonomes avec une formation essentiellement en ergonomie, mais aussi avec des cursus mixtes ergonomie-psychologie, des psychologues, avec la spécialité psychosociologie où la spécialité psychologie du travail, (les derniers arrivés dans la convention collective des SSTI) ou des toxicologues.

Concernant **la loi espagnole** elle pose l'exigence de classer les fonctions de prévention à réaliser dans le service de prévention (SPA) comme suit :

- Fonctions de prévention de base,
- Fonctions de prévention de niveau intermédiaire,
- Fonctions de prévention de niveau supérieur, qui correspondent aux spécialités et disciplines préventives de médecine du travail, sécurité, hygiène industrielle et ergonomie et psychosociologie appliquées.

L'existence de ces fonctions au sein du SPA va déterminer et orienter les différents projets et programmes de formation développés.

-Concernant les fonctions de base,

Elles consistent dans la promotion des comportements de sécurité et l'utilisation des équipes de protection ainsi que le développement de la coopération entre salariés, dans la réalisation des évaluations des risques et l'établissement de mesures de protection de base compatibles avec le degré de formation des techniciens de prévention (TP).

Pour exercer ces fonctions de base le TP doit être en possession d'une formation professionnelle d'un minimum de 50 heures en prévention et d'avoir une expérience minimale de deux ans dans une entreprise avec des responsabilités équivalentes.

-Concernant les fonctions de niveau intermédiaire

Elles consistent dans la promotion de la prévention, dans la réalisation d'évaluations de risques, sauf celles réservées au niveau supérieur, dans la proposition de mesures de contrôle et de réduction des risques, dans la réalisation d'activités d'information et de formation des salariés, dans la planification de l'activité de prévention.

Pour exercer ces fonctions il faut posséder une formation d'un minimum de 300 heures en prévention.

-Concernant les fonctions de niveau supérieur

Elles sont les mêmes que celles citées ci-dessus mais la loi précise que le TP supérieur devra réaliser des évaluations de risques qui nécessitent d'établir une stratégie d'évaluation qui soit en mesure de prouver que les résultats obtenus correspondent à la situation évaluée, et devra interpréter ou appliquer les critères d'évaluation sur mesure.

La loi (article 37 chapitre VI) précise que pour réaliser des fonctions de TP supérieur il faut être diplômé supérieur de l'Université ce qui équivaut à avoir un Master 2, et avoir une formation en prévention d'un minimum de 600 heures.

La loi (article 37, chapitre VI) précise également que les SPA qui veulent effectuer une surveillance de la santé doivent avoir un médecin spécialiste en Médecine du Travail et une ou un infirmière/e.

Concernant les TP supérieurs qui sont les médecins du travail dans la loi espagnole (article 37, chapitre VI), il est précisé que leur rôle spécifique est de surveiller la santé des salariés et pour cela ils doivent connaître les maladies et les arrêts de travail des salariés pour être en mesure d'identifier une relation potentielle entre maladie et conditions de travail. Le personnel sanitaire (médecins et infirmières/rs) devront, selon la loi (article 37, chapitre VI) *« analyser les résultats des évaluations des risques avec des critères épidémiologiques et collaborer avec le reste des membres de l'équipe pour investiguer et analyser les relations possibles entre l'exposition aux risques professionnels et les dangers potentiels pour la santé, et proposer des mesures qui permettent d'améliorer les conditions et l'environnement du travail »*.

Depuis la réforme de la loi de prévention des risques de 1995, l'Espagne a créé un cursus de formation spécifique qui est censé dispenser le même contenu de formation à tous les techniciens de prévention qui veulent exercer des fonctions de technicien supérieur dans un SPA. Ce cursus est un Master en Prevención de Riesgos Laborales dont nous parlerons plus loin, auquel peuvent avoir accès toutes les personnes qui souhaitent devenir Techniciens Supérieurs en Prévention de Risques Professionnels, quelle que soit la filière de formation de laquelle ils viennent. Ainsi on peut avoir à faire à un technicien qui ait une formation initiale d'historien, ou de linguiste, et qui par le fait d'avoir fait un master de prévention, devient Technicien Supérieur de Prévention dans un SPA, au même titre qu'un médecin du travail.

Nous reprenons ci-dessous les explications données sous forme de tableau

Tableau 2 Différences entre SSTI et SPA

	SSTI	SPA
Obligations légales	Pluridisciplinarité de l'équipe de travail Associations loi 1901 Instances de contrôle : Comission de Contrôle Instances de Gestion : Comission Médico Technique Habilités pour travailler sur un territoire départemental	Entreprises privées Habilitation nationale
Nombre de salariés	Variable en fonction du territoire et du nombre d'entreprises existantes dans ce territoire	Variable en fonction du nombre d'entreprises suivies
Profils et qualifications des salariés	Médecins, Infirmières/rs de santé au travail, Assistantes médicales, IPRP (généralistes : Hygiène et sécurité et/ou spécialistes : ergonome et/ou psychologue du travail et/ou toxicologue).	Médecins, infirmières/rs, TP de base, intermédiaires où supérieurs : médecins du travail, en possession des trois spécialités : hygiène, sécurité et ergonomie et psychosociologie appliquée
Rôle du médecin du travail	Il est positionné en France par la loi et le décret de 2004 sur la pluridisciplinarité comme le coordinateur et animateur des équipes pluridisciplinaires	Il est un technicien supérieur dans un SPA et doit à ce titre faire suivre un cursus de formation d'un minimum de 600 au même titre que les autres TP supérieurs. Il a en charge la surveillance de la santé des salariés d'un point de vue médicale.

Il existe à la base des différences de formation très importantes entre les professionnels de la prévention, en France et en Espagne que l'Espagne a essayé de combler par la mise en place d'un « Master de Prevención de Riesgos laborales ». A notre sens, cet essai d'homogénéisation n'arrive pas à combler le fossé de formation initiale qui existe entre ces agents. Par ailleurs il existe des différences importantes au niveau de l'environnement de travail :

- Statut des SPA et des SSTI
- Instances de gouvernance
- Fonctions attribuées aux SSTI et aux SPA par les lois respectives
- Étendu de leur habilitation
- Notion de la pluridisciplinarité
- Rôle des médecins de travail dans les équipes pluridisciplinaires.

Ces différences nous paraissent déterminantes pour la conception que ces agents auront de leur métier et la manière dont ils vont pouvoir envisager la prévention des RPS.

Avant de présenter les concepts théoriques qui guideront notre recherche nous souhaiterions revenir sur une des différences de fonctionnement entre SSTI et SPA qui peut avoir une incidence très importante dans la construction de la compétence en prévention de RPS, c'est la notion de pluridisciplinarité.

4.6 La pluridisciplinarité une exigence de loi pour les SSTI et les SPA

A partir du scandale de l'amiante, en France les modalités d'action des médecins du travail commencent à être remises en question. Parallèlement, le manque d'attractivité de la spécialité rend difficile le renouvellement d'effectifs. Dans le cadre de la réforme de la médecine du travail, les acteurs institutionnels et politiques promeuvent une nouvelle forme de travail dans les SSTI qu'ils appellent **la pluridisciplinarité** et qui aura des répercussions sur les formes de division du travail. (Marichalar, 2011)

Plusieurs chercheurs se sont intéressés à cette question. En sociologie, Barlet (2015) souligne, que la mise en place de la pluridisciplinarité ne va pas de soi. Charpentreau, (2015) en psychologie du travail et des organisations, va plus loin en parlant de travail collectif pluridisciplinaire (TCP) pour éviter les confusions entre *pluridisciplinarité* et *interdisciplinarité*. Cet auteur pointe que la représentation de la *pluridisciplinarité* s'éloigne du sens théorique et qu'elle est définie par les acteurs de SSTI comme *la réalisation d'un travail collectif par différentes compétences*. Il conclut à l'existence d'une forme de TCP à minima qui prend différentes formes : **la co-action, la coopération, et l'aide/entre-aide**. Pour lui, cette pluridisciplinarité est dépendante de la représentation que chaque membre de l'équipe peut avoir de ce concept.

Ce travail collectif pluridisciplinaire implique un ensemble de professionnels de catégories différentes, qui sont obligés, pour réaliser l'objectif de prévention des risques en milieu professionnel, de se compléter, de s'articuler, de dépendre les uns des autres.

Pour nous, **la prévention primaire des RPS est le lieu d'exercice par excellence de la pluridisciplinarité**. Nous allons nous en expliquer. Concevoir un plan d'intervention sur la prévention des risques psychosociaux dans une entreprise implique une multitude de connaissances et de savoir-faire : connaissances des différents métiers que l'on va aborder, connaissances des déterminants des comportements humains, connaissances des enjeux véritables cachés souvent derrière les demandes explicites... et des savoir-faire sur le traitement des demandes, sur la posture à adopter, sur les différentes négociations, etc..., mais aussi des savoir-être qui ressembleraient à des compétences transverses. Ces compétences transversales, où encore *soft skills* sont, comme nous allons le voir, construites à partir de l'expérience.

De façon générale, les demandes d'intervention dans les entreprises sont adressées aux IPRP et TP par le biais des médecins et parfois c'est directement l'entreprise qui les sollicite. Les différences dans le fonctionnement des SSTI et des SPA à ce sujet sont saillantes et pourraient nous éclairer.

En effet, le médecin en France a un rôle de coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire, alors qu'en Espagne ce même médecin n'a pas du tout ce rôle et se trouve sollicité de manière ponctuelle à la demande du SPA. L'organisation des SPA en Espagne, étant sous forme d'entreprises privées, le travail est structuré autour des projets, y compris les interventions de prévention de RPS qui doivent se dérouler en équipe.

Barlet (2015) a montré qu'en France, ce rôle de coordination de l'équipe pluridisciplinaire est exercé de manière extrêmement différente par chaque médecin, et qu'il est fonction de son passé, de sa formation initiale, de son expérience, de ses appétences etc..

En Espagne, la structure privée des services, impose une exigence de rentabilité et d'efficacité : apporter une réponse au client dévient indispensable. Des lors, les services structurent leurs interventions en fonction du portefeuille des clients et de leurs problématiques. L'injonction est faite aux équipes de travailler en coordination, mais la loi ne donne aucune directive ne précise la manière dont cette coordination doit être effectuée, ni par qui.

En France, outre qu'en SSTI il n'y a pas de projet d'équipe autre que le maintien de la santé des salariés qui est placée sous la responsabilité des médecins, la division du travail, déjà signalée par Barlet (2015) ou Marichalar (2011) détermine le rôle que les différents professionnels auront à exercer auprès d'autres professionnels présents sur les lieux et nous précisons que cela peut se passer dans un contexte de rivalité et de lutte sociale pour la défense de la profession de chacun (Witorski, 2016).

A l'issue de cette introduction sur la pluridisciplinarité, nous postulons que **la prévention des risques psychosociaux dans les services de santé au travail (SSTI) est une activité qui peut concourir à l'exercice de la pluridisciplinarité car elle implique l'ensemble de l'équipe et de ce fait elle peut aussi alimenter la construction de la compétence en prévention de RPS**. En effet, c'est dans le va et vient entre un individu qui est chargé de faire de la prévention de RPS et qui se trouve être un psychologue du travail dans un grand pourcentage des cas (Charpentreau, 2015), et le collectif de travail représenté par l'ensemble d'acteurs du SSTI convoqués dans cette action : médecin, infirmiers, ergonomes, IPRP généralistes, que pour nous se construit la véritable compétence en prévention de RPS. Elle se situe non seulement dans le traitement de la demande mais aussi dans les analyses qu'y sont faites et dans le rendu aux entreprises. Cependant cette activité de prévention de RPS est difficile à appréhender. Nous avons suggéré qu'une des raisons de cette difficulté peut résider dans la difficulté à cerner le concept, une autre à notre avis peut aussi résider dans les différences de formation sur le sujet constatées parmi les différents professionnels qui s'y confrontent, et encore une dernière résiderait dans l'existence ou non, au sein du service, de réelles compétences en coordination de projets.

Si la loi place le médecin du travail comme coordinateur et animateur des équipes pluridisciplinaires, nous verrons plus loin que ce n'est pas parce qu'il y a injonction qu'il y a forcément compétences et plus particulièrement compétences en coordination dont on verra aussi plus loin qu'elles se basent essentiellement dans des compétences dites transversales ou *soft skills* envoyant à un capital émotionnel dont les compétences associées relèvent de réelles compétences professionnelles décrit par Gendron (2004) qui ne sont pas enseignées dans les formations initiales et moins encore dans les formations de médecine.

Peut-on, dans ce contexte, travailler en équipe pluridisciplinaire et participer avec ce travail à la construction d'une compétence en prévention de RPS ? C'est ce que nous allons essayer de démontrer plus loin.

Nous proposons d'examiner la question de la compétence et sa construction à la lumière des courants théoriques français et anglo-saxons.

CHAPITRE 5 DES CONCEPTS POUR PENSER LA CONSTRUCTION DE LA COMPÉTENCE « sur le tas » ?

5.1 La compétence : naissance d'un objet d'étude ?

A quel moment voit le jour la notion de compétence ? A-t-elle fait son apparition dans le monde de l'éducation ou de l'entreprise ? Cette question semble sujette à controverse si l'on croit les propos de Vidal et Labbé, (2019) pour qui la notion serait née dans « *l'univers de l'éducation et non pas dans celui des entreprises* ». Il semblerait selon ces auteurs que l'idée ait été reprise dans le monde du travail dans le même temps. On assiste presque de façon simultanée à son apparition dans l'entreprise lors de la remise en question « *des accords Parodi qui liaient la notion de qualification et de certification aux conventions collectives, à la classification et à la rémunération* » (Lenoir, 2016 cité par Vidal et Labbé, 2019). Un rapport établi par le ministère de l'Education nationale qui rend compte des travaux d'un groupe de spécialistes réunis pendant l'année universitaire 1992-1993, étudie les usages de la notion de compétence dans le monde du travail et de l'éducation, et ses auteurs soulignent dans l'introduction que depuis 1930 la compétence est inséparable de l'action. (Ropé et Tanguy, 1994). En effet selon ces auteurs, la notion serait née au sein de l'entreprise où elle se serait imposée en opposition à la notion de qualification, notion qui renverrait plutôt à des règles correspondant à des diplômes sanctionnant une formation de durée et contenu définis. Depuis, cette notion qui selon Rey, (2009) porte en elle « *le résultat de conventions et de négociations au sein d'institutions diverses (Etat, syndicats, associations patronales, institutions de formation, instances de contrôle et de résolution judiciaire des conflits)* », ne cesse de se diffuser dans les milieux éducatifs et sociaux et investit les champs de plusieurs disciplines dont la recherche évolue pour essayer de délimiter un concept qui reste faible comme en démontre sa pluralité (Vidal et Labbé, 2019). Nous allons en dessiner quelques contours.

5.2 La compétence et son développement

Diverses disciplines, psychologie, sociologie, ergonomie de l'activité et didactique s'entrecroisent pour dessiner l'idée sous-tendue par le terme compétence. En sociologie des professions Osty (2010) propose une réflexion sur les conditions d'émergence d'un modèle de la compétence comme mode de régulation sociale qui pourrait être prolongée dans la cristallisation et la production des règles partagées et actées par le collectif de travail, et de **ce fait s'inscrirait dans une norme sociale de jugement et d'évaluation qui nécessiterait la reconnaissance d'autrui pour advenir**. Notion polysémique, voire véritable mot-valise dont

cependant tout le monde pense qu'il est central dans la réflexion et les pratiques de formation. Concept attracteur étrange (Le Boterf, 1994 cité par Gendron, 2004), la difficulté à le définir semble pour Gendron (2004) en sciences de l'éducation, croître avec le besoin de l'utiliser. En effet pour cette auteure, le modèle de la compétence apparaît comme l'élément déterminant de la performance des organisations et soutient l'individualisation de l'activité, la responsabilisation et l'autonomie du salarié dans un cadre moins hiérarchisé et plus transversal de ce fait « *au-delà de faire de l'initiative et de la créativité des individus une source de performance, cet essor renvoie à l'émergence d'un nouveau rapport salarial et de nouvelles relations professionnelles* » qui auront une influence sur le devenir et la perception que le salarié aura de lui-même. Nous parlons ici du modèle de la compétence faisant la différence entre la notion de compétence et celle « d'être compétent ».

En ergonomie de l'activité, Montmollin (1984) considère que les compétences sont « *l'ensemble stabilisé de savoirs, de savoir-faire, de conduites types, de procédures standards, de types de raisonnements que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau et qui sédimentent et structurent les acquis de l'histoire professionnelle : elles permettent l'anticipation des phénomènes, l'implicite dans les instructions, la variabilité dans la tâche* »

Pour cette discipline, les compétences sont considérées comme des produits et des ressources de l'activité, pas uniquement liées à un niveau de maîtrise, d'expertise ou de réussite dans une tâche. **Il s'agit d'interactions entre les caractéristiques d'une personne et celles d'une situation ou d'une classe de situations qui se transforment peu à peu en fonction des résultats de l'activité.**

C'est sur quoi s'aligne Fernagu (2004) en sciences de l'éducation, pour qui « *la compétence serait au croisement des capacités d'un salarié et des moyens qui lui sont fournis par l'entreprise pour réaliser le travail* ». Pour cet auteur, **la compétence se situe bien dans la régulation qui s'opère entre un individu, la tâche qu'il a à effectuer et le milieu dans lequel il opère.** Il décrit la compétence comme finalisée en situation mais en même temps comme processus et état. « *Processus dynamique parce qu'elle articule des ressources (celles de l'individu et de l'environnement) et état parce qu'elle donne lieu à un certain degré de performance* ».

La compétence pour Jobert (2002), est une notion difficile à cerner, qui « *exprime la capacité à obtenir une performance en situation réelle de production. En s'intéressant à la*

situation d'effectuation de l'activité, on n'est plus du côté de la théorie, c'est-à-dire de la façon dont les choses sont censées se présenter et se régler, mais de la pratique » (Jobert, 2002). Cet auteur cite Granger pour qui l'activité est « *considérée avec son contexte complexe, et en particulier les conditions sociales qui lui donnent signification dans un monde effectivement vécu* » (G. G. Granger, (1968) 1988, p.6, cité par Jobert, 2002)

En effet, et c'est cela qui rend difficile le maniement de la notion de compétence, c'est la **difficulté à symboliser par le langage les habiletés qu'il a fallu déployer pour parvenir à un résultat**. Puisque la compétence, comme citée ci-dessus, est par définition située, elle n'est observable que dans le mouvement qui la produit.

La compétence renvoie aux habiletés propres d'un individu, à ses savoirs, à ses tours de main, et comme le souligne Jobert, (2002) à l'investissement subjectif de l'opérateur, à son désir mais aussi à son intelligence qui interviendra là où la règle n'est pas pertinente.

Dans la même lignée, Wittorski (2005) **précise que la compétence ne peut exister indépendamment d'une confrontation à une tâche, à une situation et à un contexte** ; elle se manifeste donc dans l'agir. **Cet auteur considère que leur mise en œuvre exige du sujet un certain rapport à la situation, au savoir et à soi.**

Pour cet auteur il s'établit un processus de négociation identitaire lorsque **le sujet passe de son activité à la compétence qui est attendue et/ou attribuée par un acte d'évaluation et en fonction de la réussite de l'activité du sujet**. En effet pour lui « *la compétence n'existerait que dans la mesure où l'organisation la « reconnaît » puisqu'elle désigne le processus d'attribution sociale qui vaut désignation, étiquetage et évaluation, et dont l'enjeu est la reconnaissance identitaire* » (Wittorski, 2005)

De la même manière que nous retrouvons la compétence décrite et décomposée dans sa forme individuelle, nous pensons aussi qu'elle fait retour à un contexte qui a besoin de certaines caractéristiques pour permettre à la compétence individuelle de continuer à évoluer, et ce contexte est décrit selon Wittorski (2007) comme contenant les composantes suivantes :

- L'existence de représentations mentales partagées et collectives.
- L'existence des références communes tant au plan des valeurs que des références théoriques
- Un climat et des modes relationnels dénués de toute forme de peur d'être vu, évalué et jugé.

-Des formes de management qui rendent possible la mise en place de communications internes et externes, des espaces de résolution collective de problèmes, de coordination des actions.

-La mise en place d'une démarche de projet.

Ceci nous ramènerait à des conditions organisationnelles et à une qualité de l'environnement organisationnel qui seraient propices à la construction de la compétence en prévention de RPS dans les SSTI et SPA :

-D'une part l'établissement d'un climat favorable à l'apprentissage dans l'organisation, pour nous les SSTI et les SPA, d'autre part de l'existence d'un espace organisationnel favorable à la mise en place d'un véritable travail en équipe pluridisciplinaire.

- De l'existence indispensable d'un partage de représentations théoriques sur la question des risques psychosociaux,

-Des conduites managériales favorisant le travail en équipe : le temps et la formation essentiellement.

-L'existence des possibilités de réaliser un travail de conduite de projet.

Aussi nous proposons d'examiner le rôle de l'activité du travail et de l'expérience dans la construction de la compétence

5.3 Le rôle de l'expérience et de l'activité de travail dans la construction de la compétence

A ce stade nous avons compris que la compétence a besoin d'un certain nombre de caractéristiques organisationnelles pour se construire, et nous nous demandons quel est le rôle de l'activité, productrice d'expériences, dans sa construction.

Mais comment comprendre l'activité au niveau conceptuel ? En examinant l'activité des IPRP et des TP sur le terrain serions-nous plus aptes à comprendre la construction de leur compétence ?

Faudrait-il prendre l'activité comme objet d'analyse pour comprendre la construction de la compétence ?

Si l'intérêt pour l'activité et son analyse s'inscrit dans un mouvement large de développement et de gestion de l'ensemble des activités favorisé par le numérique et l'information sur les processus, les démarches qualité etc... il s'inscrit aussi dans un mouvement de professionnalisation de l'enseignement supérieur, où des domaines

universitaires se sont structurés, s'articulant à des champs de pratiques sociales et/ou professionnelles.

Cet intérêt croissant pour l'activité relèverait aussi d'un essai de formalisation et de modélisation aux finalités diversifiées : production de référentiels, structuration de la formation par alternance, capitalisation et établissement de bases de connaissances, management des savoirs, démarche qualité, validation des acquis de l'expérience etc..

C'est dans ce contexte que l'on observe la définition des démarches de recherche et la quête de compréhension ou de connaissance sur la ou les activités. (Barbier et Durand, 2017).

On constate plusieurs approches conceptuelles de l'activité parmi lesquelles nous allons retenir l'approche par la cognition, et l'approche par l'expérience.

L'approche par la cognition,

Celle-ci privilégie la dynamique cognitive, et s'intéresse à la configuration des situations, de définition et de résolution des problèmes concrets, à la planification et à la représentation de l'action. (Barbier et Durand, 2017).

En sciences de l'éducation, l'approche de la didactique professionnelle décrite par Durand et Bourgeois (2012) s'intéresse à l'activité qui est « *une réponse d'un opérateur à la prescription qui définit une tâche à accomplir, organisée par rapport à des buts, c'est-à-dire la représentation des objectifs et sous objectifs de la tâche, ce qui procure à l'opérateur des indices pour lire, interpréter des situations et s'y orienter ; caractérisée par des modalités d'engagement de l'opérateur pour transformer l'environnement en fonction des buts poursuivis et du diagnostic opéré et régulée, c'est-à-dire ajustée aux objectifs, aux diagnostics posés et aux évolutions de la situation et de l'état du sujet* » Cette approche privilégie la dimension cognitive de l'activité et rend compte de celle-ci à partir d'une triple opposition entre l'invariance versus l'adaptation, la réussite versus la compréhension et l'orientation vers soi versus l'orientation vers le monde.

Ce composite d'invariance et de variabilité est expliqué à partir des concepts et des schèmes et d'invariants opératoires qui sont issus des théories piagetiennes. Pastre (2011) ou Vergnaud (1994) ont consacré de longues et fructueuses recherches dans le champ de l'éducation à la conceptualisation des schèmes invariants dans l'action. La mise en place de programmes de recherche sous cet angle implique la connaissance approfondie de cette

théorie ainsi que le goût pour l'approche cognitive et la possibilité d'envisager un travail de recherche-action avec les populations définies au préalable.

Ce programme nous a paru difficilement applicable compte tenu de nos contextes de recherche et de nos populations. A notre avis cette approche théorique ne nous permet pas de prendre en compte une partie importante des dimensions de cette compétence qui sont pour nous celle liée aux savoirs-être si importantes dans ces métiers, et qui s'expriment de manière parfois non formelle, et auxquels on a accès par le biais de l'introspection. Nous développerons ce point plus loin.

Par ailleurs, des questions purement pratiques comme l'éloignement géographique et l'impossibilité d'accéder à des terrains de recherche variés et éloignés nous ont conduit à nous écarter de ces approches.

L'approche par l'expérience

Cette configuration se fonde sur le présupposé que l'activité humaine est une expérience, ou s'accompagne d'une expérience avec un vécu subjectif inhérent à toute pratique ou engagement dans une situation. L'expérience serait l'expression d'une sensibilité généralisée et permanente des hommes à leur monde et à leurs propres existences dans ce monde. (Barbier et Durand, 2017).

L'expérience humaine selon ces auteurs articule deux versants : l'un spontané, inorganisé, global et indifférencié et l'autre structuré, qualifiable, communicable et réfléchi. Le mouvement de l'un vers l'autre a besoin d'une élaboration, d'une prise de conscience.

Dewey (1943) définit l'expérience comme étant au croisement de trois processus distincts : « l'experimenting », c'est à dire l'action que le sujet exerce sur le monde ; « l'experiencing », ce que le sujet éprouve ressent et vit autour de son action, émotions et sensations, et la pensée réflexive que le sujet exerce autour de son action, visant à élaborer un lien entre ce qu'il fait et ce qu'il éprouve.

La conception de l'expérience de Dewey relève d'une approche systémique où l'objet et le sujet agissent mutuellement l'un sur l'autre produisant « *une adaptation mutuelle du moi et de l'objet* » (Dewey, 2010). Cet auteur propose aussi un concept intéressant cité par Mayen (2007) qui est celui de la qualité de l'expérience. « *L'expérience emprunte aux expériences*

antérieures et modifie la qualité des expériences ultérieures ». Nous pouvons traduire cela par un ensemble de conséquences que chaque expérience pourrait avoir sur les ultérieures. Soit l'expérience est fructueuse et profitable, soit elle l'est moins et elle conditionnera le développement qui adviendra par la suite.

L'expérience pour Bourgeois (2016) serait le processus par lequel le sujet établit un lien entre son action et son vécu.

Barbier (2016) définit l'expérience comme un processus de transformation de soi et de transformation du monde.

“D'un côté, l'expérience consiste à établir une connexion, un lien nouveau entre action et vécu donc, un changement, un apprentissage, puisque je saisis un lien que je n'avais pas saisi jusqu'à là. Inversement, l'apprentissage ne peut être que celui d'un sujet engagé dans une activité qui se pose des questions, qui rencontre des problèmes à résoudre au cours de son activité” (Bourgeois, 2016)

Rose (2016) cite les éléments cognitifs qui composent l'expérience et qui correspondent à **des savoirs, savoir-faire et savoir-être produits dans l'activité de travail**, et qui renvoient à l'opinion que la personne a sur son parcours et au sentiment de progression dans l'accomplissement de son travail.

Mayen (2007) décrit la relation entre l'expérience et la compétence comme suit : *« l'expérience a souvent créé un sentiment de compétence. Elle a constitué un système de représentations, des situations, des buts et des objets du travail, de critères et indicateurs de réussite des variables pertinentes et essentielles à prendre en compte. Elle a généré des modes d'action estimés efficaces ».*

Nous nous rattachons à cette conception ; pour nous la diversité des situations et d'activités auxquelles les IPRP et les TP vont se confronter, contribueront à tisser une expérience. Cependant, il nous semble qu'il faut que le sujet puisse avoir conscience de cette expérience, en d'autres termes, la verbaliser, pour qu'elle puisse être associée éventuellement à de la compétence.

Pour la clinique de l'activité, que nous avons mentionnée dans le chapitre 2, l'activité est conçue comme étant insérée dans une matrice sociale qu'il convient de prendre en compte pour connaître le travail. L'objet de cette approche serait plutôt le système social de l'activité. En s'inspirant des conceptualisations du psychologue russe Leontiev, elle reprend les trois niveaux d'organisation de l'activité :

-l'activité proprement dite

-les actions

-les opérations

Pour ce courant théorique et les travaux de Clot, l'activité n'est pas le réel de l'activité. Il y a un ensemble de possibles qui ne sont pas réalisés par l'opérateur mais qui sont toujours actifs dans le psychisme du sujet de telle sorte qu'ils peuvent être à l'origine des souffrances, car empêchés. Ce que Clot appelle l'activité empêchée. Pour ce courant théorique le sujet met de lui-même dans son travail qui peut se trouver partiellement contrarié et empêché par les conditions mêmes du travail. Il se trouve sans cesse en train d'arbitrer entre ce qu'on lui demande et ce que cela lui demanderait s'il faisait le travail demandé, et cet arbitrage peut créer de la souffrance.

D'autres concepts sont chers à ce courant théorique, comme le collectif de travail. Puisque l'activité individuelle est insérée dans une matrice sociale, il considère que les collectifs ont élaboré des règles qui constituent son genre. Le professionnel qui se respecte exprime ces règles d'une façon qui lui est propre : son style. De sorte qu'acquérir un métier revient à intérioriser les règles du genre et développer son propre style. (Marc et Durand, 2012)

En utilisant ces concepts, et par le biais de recherches-action et d'autres méthodologies comme l'instruction au sosie, Clot et son équipe veulent avoir accès à la subjectivité de l'opérateur pour déceler, entre autres, ce que celui-ci enfouit dans son psychisme et qui serait éventuellement à l'origine de souffrances.

Le positionnement de cette discipline est résolument clinique, ce qui nous permet d'intégrer ces constructions théoriques dans notre pratique en tant que psychologue du travail. Ce que cette discipline nous apporte, dans son approche de l'activité et qui est un élément essentiel pour nous, **c'est la prise en compte de la subjectivité.**

En effet, nos filières de formation initiale, la psychologie clinique et la psychologie du travail nous poussent à donner une dimension essentielle à la prise en compte de la subjectivité du sujet lorsque nous abordons nos travaux pratiques et nos travaux de réflexion sur ceux-ci. En inscrivant notre thèse en sciences de l'éducation nous avons souhaité donner une dimension interdisciplinaire à notre travail, ce qui veut dire pour nous travailler sur des concepts et des théories qui sont d'usage en sciences de l'éducation pour aborder la question de l'apprentissage et de la compétence.

Cependant, l'abord de la prévention des risques psychosociaux dans le milieu du travail, implique que l'on ait une théorie et un positionnement sur le sujet.

Par ailleurs, une autre notion clé dans les travaux de Clot fait résonance à notre travail qui est celle de l'importance des collectifs du travail dans les organisations, pour préserver la santé des personnels qui y travaillent.

Nous retenons donc l'approche par l'expérience et l'activité comme source « d'apprentissage sur le tas » pour les IPRP et les TP mais aussi l'approche de la subjectivité de l'opérateur dans ce qu'il a à faire et ce qu'il a à dire sur ce qu'il fait, comme nous l'expliquerons plus loin.

Cependant ces théories évoquées jusqu'à présent ne prennent pas en compte le lieu dans lequel s'effectue l'apprentissage, l'environnement organisationnel qui est pour nous fondamental dans la mesure où nous nous situons dans un dispositif Cifre et que notre commanditaire attend aussi des retombées de notre thèse sous la forme de sa dimension applicative. Nous avons donc choisi de chercher du côté des théories de l'apprentissage sur le lieu du travail, et de ce fait nous avons quitté le paysage français pour explorer une approche très largement anglo-saxonne désignée par l'expression « workplace learning ».

Comme son nom l'indique, cette approche consiste à examiner comment les mécanismes généraux de l'apprentissage opèrent dans ce contexte particulier qu'est la place de travail, Durand, (2012).

Sur le plan théorique, alors que l'approche de l'activité est très marquée par la psychologie du travail et par l'ergonomie, celle-ci trouve ses racines dans la psychologie de l'apprentissage, en sciences de l'éducation et de la formation d'adultes. En effet, en considérant que les sciences de l'éducation se sont surtout intéressées aux institutions éducatives, certains auteurs de ce courant théorique comme Billett (2002, 2009) vont s'intéresser à la manière dont on apprend dans le cadre du travail et vont trouver des sources théoriques plutôt du côté de théories générales de l'apprentissage d'inspiration socio-historique, (Villemain & Lemonie, 2014).

L'entrée, dans ce courant théorique se fait par le lieu ou l'environnement. C'est bien le lieu qui fournit le potentiel d'apprentissage que l'individu va saisir ou non en fonction entre autres de ses caractéristiques personnelles.

Billett (2001) s'intéresse à la manière dont certaines circonstances de l'environnement vont permettre l'apprentissage. Il cite les activités « *Some of the knowledge required for*

expertise can be learnt through everyday work activities-just doing it » et il définit des facteurs organisationnels qui influencent le « workplace curriculum »

-tasks factors : activités de travail et objectifs, focus pour le développement

-work practice factors : la culture, la proximité entre le guide et l'apprenant, les relations entre managers, le temps, etc

-relationship factors : les tuteurs, la confiance, la permanence dans le lieu, l'âge et le genre des tuteurs etc..

Nous avons, selon cet auteur, trois sortes des facteurs qui interagissent, et qui nous permettent d'apprendre sur le lieu de travail.

Concernant les **tasks factors, les activités de travail**, Billett (2001) les caractérise dans leur potentiel d'apprentissage. Il fait la différence entre celles qui demandent une participation périphérique (*activities of low accountability and low complexity*) et celles qui demandent une participation complète (*full participation activities of high accountability et high complexity*)

D'autres transformations sont reconnues par ce courant, comme celles qui s'opèrent chez l'apprenant et qui vont bien au-delà des savoirs et des savoir-faire, elles concernent aussi l'image de soi et l'identité du sujet (Billett, Somerville, 2004) mais nous y reviendrons.

La visée de ce courant est surtout formative. L'approche par le workplace learning vise à rendre les environnements de travail plus formateurs.

En effet, les travaux sur le WPL s'interrogent sur les conditions qui permettent de favoriser l'apprentissage en situation de travail. A la suite de Billett ils insistent sur, **d'une part les facteurs individuels, caractéristiques des sujets, et d'autre part les facteurs situationnels, (environnement de travail), dont les relations interpersonnelles, et les caractéristiques de l'organisation.**

Comme caractéristiques personnelles ces approches mentionnent :

-l'engagement personnel qui serait d'autant plus important que le niveau d'études et l'expérience est élevée.

-L'interaction. Dans un environnement coopératif les personnes perçoivent leurs buts comme étant positivement interdépendants. C'est-à-dire que l'atteinte de buts de chacun est perçue comme dépendante de l'atteinte des buts des autres.

Pour que la coopération soit garantie, il est indispensable que les collaborateurs aient des compétences relationnelles permettant d'une part des échanges bienveillants et empathiques et d'autre part une résolution constructive de conflits.

Le rôle du sentiment de sécurité psychologique et le soutien du chef envers son équipe influencent la croyance en un collectif bienveillant, ce qui permet aux collaborateurs de manifester leurs doutes, de partager au sujet d'erreurs commises, de demander un feedback.

Ce type d'apprentissage n'est possible que si l'organisation le permet en octroyant des espaces physiques et temporels d'échanges informels entre collaborateurs en ne sanctionnant pas l'erreur mais en encourageant le partage d'erreurs dans le but d'apprendre en permettant que l'erreur soit traitée collectivement, en facilitant l'accès à la circulation d'informations pour qu'elles soient partagées de manière collective et non individuelle et en encourageant les projets collectifs.

Bourgeois et Durand,(2012) considèrent que « ... *s'interroger sur les « facteurs » susceptibles de favoriser l'apprentissage en situation de travail, suppose que l'on examine systématiquement les interactions entre facteurs individuels (dispositions) et situationnels (sociotechniques) : l'impact d'une caractéristique de l'environnement de travail (par exemple, des relations de travail au sein d'un collectif dominées par la compétition versus la coopération) sur l'apprentissage chez un individu, sera modulé par des facteurs personnels (par exemple son degré d'engagement dans la tâche) »*

Il est important, lorsque l'on parle d'apprentissage en situation de travail, de pouvoir distinguer et en même temps articuler 3 niveaux d'analyse : Micro, Meso et Macro.

- a) L'individu inséré dans un collectif de travail (groupe/équipe)**
- b) Le collectif de travail (groupe/équipe) composé d'individus en interaction rassemblés dans une même activité collective orientée vers des buts communs.**
- c) L'organisation qui comprend des individus et des collectifs en interaction et qui est elle-même située dans un contexte historico-culturel déterminé.**

Cette approche nous permet d'envisager le lieu de travail, et les activités qui s'y déroulent comme porteurs d'éventuels apprentissages pour les IPRP et les TP et partant des lieux où ces agents peuvent construire les compétences en prévention de RPS qui leur sont nécessaires dans l'exercice de leur activité.

A ce stade nous savons que la compétence a besoin d'un certain nombre de caractéristiques et conditions organisationnelles pour se construire, qu'elle est faite de savoirs de savoir-faire et des savoir-être, qu'elle existe et se construit par l'activité pourvoyeuse

d'expériences, et que les caractéristiques individuelles telles que le sentiment de confiance ou l'engagement dans des processus sont des facteurs qui permettent son avènement.

Nous proposons à ce stade un rapprochement entre les modèles ou approches de la compétence et celles de l'apprentissage sur le lieu de travail, et nous considérerons nos lieux de travail comme des espaces potentiellement formateurs pour peu qu'ils donnent aux salariés les chances de pouvoir s'engager dans un processus complexe comme celui de l'apprentissage.

Nous allons aborder le concept de la pluridisciplinarité et ses rapports avec le travail collectif, en relation avec la construction de la compétence.

5.4 Le travail collectif et la construction de la compétence

Comme nous l'avons déjà expliqué dans le chapitre 4, en France la pluridisciplinarité marque le passage de la médecine du travail à la santé au travail. En effet, c'est à partir de l'injonction de pluridisciplinarité que les services de médecine du travail incorporent progressivement des compétences techniques et/ou organisationnelles, dont les IPRP font partie (Barlet, 2015 ; Charpentreau, 2015)

Suite à la directive cadre Européenne de 1989, une première offre de prévention élargie dans les Services de Médecine du Travail voit le jour, notamment en proposant le recours à des nouvelles compétences. *L'Accord National Interprofessionnel* du 13 septembre 2000 intègre la notion de pluridisciplinarité comme le point central de la prévention de la santé au travail. (Charpentreau, 2015)

La réforme de la santé au travail de 2011 réaffirme l'importance de la pluridisciplinarité. « *La création d'au moins une équipe pluridisciplinaire en santé au travail est obligatoire (...). Cette équipe est composée dans les SSTI « au minimum » (selon l'article L.4622-8 du Code du travail) de Médecins du Travail, d'IPRP, d'Infirmiers Santé-Travail, et renforcée par des Assistants de Services de Santé au Travail et de professionnels recrutés après avis des Médecins du Travail (...). Les Médecins du Travail restent « animateurs » et « coordonnateurs » de cette équipe pluridisciplinaire* » (Fantoni-Quinton & Cuba, 2012, p.3) cités par Charpentreau, 2015.

A partir de cette injonction de la loi, plusieurs chercheurs, dont Barlet (2015) en sociologie et Charpentreau (2015) en psychologie du travail et des organisations se sont

attachés à montrer que la pluridisciplinarité ne va pas de soi, et qu'il y a autant de pluridisciplinarités que de médecins du travail (Barlet, 2015).

Charpentreau est allé plus loin, en 2015, pour démontrer que les conditions de la mise en place du travail pluridisciplinaire sont liées aux représentations que chaque membre de l'équipe a de ce travail.

Aussi nous souhaiterions comprendre de quelle manière la pluridisciplinarité peut aider à la construction de la compétence en prévention de RPS. Pour cela, une revue théorique des différents concepts qui nous ont aidé à penser le travail collectif sera faite. Nous choisissons pour ce faire, d'emprunter des développements théoriques en grande partie en provenance de l'ergonomie, discipline qui a élaboré des conceptions autour du travail collectif qui nous paraissent fort pertinentes.

En effet, De la Garza & Weill-Fassina (2000) cités par Charpentreau, (2015) utilisent et décrivent quatre formes du travail collectif :

-La co-activité qu'ils définissent comme se déroulant *« dans une situation dans laquelle deux spécialités différentes (ou plus) travaillent dans un espace géographique commun avec des buts différents, même à très long terme, en dehors d'un objectif global de fonctionnement de l'entreprise »* (De la Garza et Weill-Fassina, 2000, cités par Charpentreau, 2015)

-La co-action qui *« concerne des situations dans lesquelles des opérateurs poursuivent des actions différentes sur des objets différents avec des buts à court terme différents mais pouvant s'intégrer à long terme dans une activité commune »* (De la Garza & Weill-Fassina, 2000, cités par Charpentreau, 2015)

-La coopération *« caractérise une activité collective dans laquelle les opérateurs travaillent ensemble sur un même objet visant un même but proximal. Elle implique un partage du travail en fonction des connaissances et compétences, d'une certaine main d'œuvre et force physique présente, de l'état de santé des uns et des autres et des exigences immédiates du travail ; elle nécessite une disponibilité temporelle et personnelle des acteurs concernés »* (De la Garza & Weill-Fassina, 2000, cités par Charpentreau, 2015)

Schmidt (1994) cité par Charpentreau (2015), met en avant plusieurs fonctions de la coopération en lien avec un objectif prédéfini :

- 1) Augmenter les capacités physiques ou intellectuelles
 - 2) Combiner plusieurs spécialités
 - 3) Trouver les solutions les plus adaptées par la confrontation de points de vue de plusieurs spécialistes
 - 4) Aborder les situations complexes par la complémentarité des points de vue.
- (Charpentreau, 2015)

-La collaboration qui correspond à « *l'accomplissement sur un même objet d'opérations différentes qui s'articulent les unes aux autres avec un but commun à court ou moyen terme. Elle implique différentes unités de travail ne travaillant pas forcément dans le même espace géographique* » (De la Garza & Weill-Fassina, 2000 cités par Charpentreau, 2015).

Pour ces auteurs, il est nécessaire de compter sur quelques conditions préalables à la mise en place de ce travail collectif, et nous citerons trois d'entre elles auxquelles nous rajouterons une quatrième : la bienveillance.

1) La concertation

Selon De la Garza & Weill-Fassina, cités par Charpentreau, 2015, c'est « *un instrument du travail collectif pour se mettre d'accord, agir ensemble, ce qui suppose de confronter et d'ajuster des points de vue entre différents acteurs concernant des perspectives, des choix techniques, temporels ou autres* »

2) La coordination

Selon ces mêmes auteurs c'est « *la planification et l'organisation temporelle des activités. Elle implique un ordonnancement de comportements, d'actions et/ou des décisions, qui se fait en termes d'unités temporelles (...) et en relation avec les ressources humaines et matérielles* »

Le travail collectif, qui utiliserait la coordination permettrait, selon Charpentreau, 2015, « *à la fois l'émergence de savoirs cognitifs et opératoires communs qui*

débordent largement sur les savoirs inhérents à la tâche et concourt ainsi au développement de compétences collectives »

3) La communication

La communication facilite la mise en place d'échanges et de régulations nécessaires à l'efficacité et au bon déroulement du travail collectif (Leplat, 2006).

A ces différentes conditions du travail collectif nous rajouterons les 8 conditions de travail en équipe selon Muchielli (1975) qui nous semble essentiel pour mieux appréhender l'environnement de travail:

-Existence et fonctionnement effectif d'un réseau de communications adapté à la nature de la tâche.

-Utilisation de ce réseau selon ses plines possibilités par les personnes concernées, ce qui suppose que les communications interpersonnelles s'effectuent sans obstacles ni inhibitions à propos du travail, selon les voies prévues par le réseau.

-Existence d'une division du travail, donc de postes de travail définis, dont les responsabilités, les prérogatives, les territoires d'intervention et les modes de travail sont connus parfaitement des tenants des postes.

-Cette division du travail est acceptée par les intéressés, c'est-à-dire qu'ils adoptent les comportements de rôles permettant la prévision des actions et la complémentarité des fonctions.

-Cette division du travail est faite de telle sorte que la charge du travail est distribuée selon des critères acceptés, et que les facteurs de l'efficacité du groupe ont été analysés au même titre que les facteurs de satisfaction de chacun dans son poste.

-Existence d'une organisation-structuration du groupe

-Acceptation d'une autorité d'animation, de coordination et de contrôle

-Existence de normes de fonctionnement.

Muchielli (1975) souligne aussi la nécessité « *d'une relation socio-affective née de la commune motivation pour la tâche, de la confiance interpersonnelle et de la complète solidarité du groupe dans l'action* » Nous retrouvons la nécessité de confiance aussi dans les travaux de Charpentreau (2015)

Aussi nous rajouterons une quatrième condition qui est la bienveillance.

4) La bienveillance

Définie par Gendron (2016) comme une disposition de l'esprit incitant à la compréhension, cette notion s'est développée à partir d'une orientation éthique qui prend sa source, pour Noddings et al. (1984) cités par Gendron, (2016) dans l'expérience maternelle, lors d'activités comme éduquer des enfants, donner des soins aux malades ou enseigner. Noblit, Rogers et McCadden (1995) cités par Gendron, (2016) définissent **le concept de relation bienveillante comme un sentiment éprouvé envers l'autre et au travers duquel la reconnaissance et la réponse sont des conditions pour initier, maintenir et compléter la relation.**

Dans le domaine pédagogique, ses principales caractéristiques sont, pour les auteurs cités plus haut, **une attention « gratuite » envers l'autre ainsi qu'une entière disponibilité** (Gendron, 2016).

Cette auteure la définit comme « *une disposition d'esprit incitant à la compréhension, à l'indulgence envers autrui, à son écoute et à la prise en compte de ses attentes* » (Gendron, 2016).

Nous retenons cette quatrième condition que nous développerons plus loin et qui nous paraît indispensable pour la construction de compétences en matière de prévention de RPS dans les équipes pluridisciplinaires des SSTI où, comme d'autres chercheurs l'ont déjà signalé, les frontières de délégation entre corps de métiers et notamment entre médecins et IPRP peuvent être mal délimitées et par conséquent, se retrouver à l'origine de souffrances constatées chez les IPRP. (Marichalar, 2011, Barlet, 2015)

Nous allons, après avoir effectué une synthèse de la partie I, aborder dans la partie II et le chapitre suivant l'énoncé de notre problématique et les choix de nos méthodes de recueil de données.

L'ESSENTIEL DE LA PARTIE I

La première partie de ce travail consacrée aux cadrages et contextes nous a permis au premier chapitre d'aborder les frontières entre les notions de santé, de travail, de santé au travail et de santé mentale au travail. Si le concept de santé est lié étroitement, tout comme l'est la médecine, aux philosophies antiques d'Hippocrate et de Galien, il faut attendre le XVIII^e siècle pour que le corps devienne un sujet de préoccupation. On situe la naissance de la santé publique en 1946, avec l'Organisation Mondiale de la Santé qui définira la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social.

Concernant le travail, Meda (2007) souligne que la notion est historique et qu'elle est le résultat d'une sédimentation de 3 couches de signification : travail facteur de production (XVIII^e siècle) travail essence de l'homme (début XIX^e) travail pivot de la distribution des revenus, droits et protections caractéristiques de la société salariale (fin XIX^e).

La santé au travail relèverait plutôt d'une construction sociale. Alors que plusieurs pays européens se dotent entre 1883 et 1891 d'une loi d'indemnisation des accidents du travail, il faudra attendre en France l'année 1898 où sera votée la loi d'indemnisation des accidents, forme de compromis entre dépendance ouvrière et responsabilité patronale.

En 1948 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé non pas comme l'absence de maladie ou de déficience, mais comme l'état de bien-être physique, mental et social qui s'exprime aussi dans le travail.

En France, c'est étrangement du côté de la psychiatrie que sont apparues les prémices d'une « psychopathologie du travail ». Tout a commencé dans les années 1945-1950, lorsqu'une poignée de psychiatres milite pour une réforme de l'institution asilaire.

Progressivement, d'autres modèles, se sont intéressés à la maladie mentale dans le contexte du travail, comme les modèles du stress et de la clinique de l'activité, et ont essayé de conceptualiser la souffrance dans- ou par le travail- en dehors de toute taxinomie d'origine psychiatrique.

Le chapitre 2 nous a permis de délimiter le concept des Risques Psychosociaux (RPS), des risques professionnels dits émergents en comparaison à d'autres comme les risques liés à la manipulation de produits toxiques ou les risques liés aux ambiances sonores etc...

Eu égard à la diversité d'approches théoriques existantes en France et en Espagne, nous avons tenté de délimiter celles-ci et nous avons trouvé majoritairement des modèles s'inspirant des approches causalistes du stress en France et en Espagne, exception faite les modèles psychosociaux francophones dont la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité.

Le concept de RPS étant central dans notre travail de thèse, car c'est à sa prévention que les Intervenants en Prévention de Risques Psychosociaux (IPRP) et les Techniciens de Prévention (TP) sont confrontés, nous avons vu qu'il est complexe de l'appréhender, ce qui se traduit par une difficulté majeure pour ces agents. Comment doivent-ils se positionner par rapport à cette pratique de prévention alors que le concept en soi reste encore flou et mal défini ? (Gendron, 2016). Nous avons ensuite présenté la politique Européenne en matière de santé et de sécurité au travail et la manière dont l'État Français et l'État Espagnol ont adapté leur législation pour se mettre en conformité avec celle-ci. Nous avons vu qu'en France la médecine du travail a évolué vers la santé au travail avec un positionnement renforcé du médecin au sein des équipes dont les Intervenants en Prévention de Risques Professionnels (IPRP) font partie. Ces derniers sont censés apporter les compétences techniques et ou organisationnelles aux équipes comme nous l'expliquerons dans les chapitres qui suivent. En Espagne los « servicios de prevención ajenos » se sont structurés autour de deux compétences minimales : celles du médecin et de l'infirmière. A ces deux compétences se sont rajoutées des compétences techniques. Los Técnicos de Prevención (TP) sont venus renforcer ces compétences de la manière dont nous allons parler plus loin.

Les systèmes Français et Espagnol sont organisés sous la dépendance du ministère du travail et de la santé. Nous avons aussi présenté l'Organisation de la Santé au Travail en France et en Espagne, le statut juridique de l'IPRP en France et du TP en Espagne ainsi que leur formation, en repérant un élément essentiel pour notre recherche : **le fait que l'Espagne ait mis en place un master qui tente d'unifier toutes les connaissances des professionnels de la prévention de risques, ce qui n'existe pas en France.**

Nous avons constaté que, malgré ce master existant en Espagne, les différences de formation initiale entre ces professionnels demeurent toujours importantes.

Nous avons également abordé le concept de la pluridisciplinarité telle qu'elle est définie par la loi en France et en Espagne, et nous avons établi un rapport entre l'exercice de la pluridisciplinarité et la construction de la compétence en prévention des RPS.

Ceci nous amène directement à notre problématique qui sera de comprendre, eu égard à ce contexte, à ces différences de niveau de formation et d’appréhension de la question de RPS, **quelle est la perception que les professionnels ont sur leur compétence en prévention des RPS et comment ils la construisent « sur le tas » et dans des équipes pluridisciplinaires de santé au travail interentreprise et dans des « servicios de prevención ajenos »**. Nous avons, pour finir cette partie, cherché à clarifier les concepts théoriques qui peuvent nous aider à penser la construction de la compétence. Dans un premier temps, nous avons cherché à définir le concept de compétence et nous avons mis en évidence les différentes composantes qui le caractérisent : les savoirs et leur rapport aux connaissances, les savoir-faire qui seraient les tours de main propres à chacun et qui se déploient dans l’activité de travail, et les savoir-être parties les plus abstraites de la compétence et qui sont aussi appelées « *soft skills* ». Pour pouvoir nous approcher davantage de notre problématique et comprendre la construction de la compétence « sur le tas », dans le lieu de travail, nous nous sommes intéressée aux approches conceptuelles de l’activité, parmi lesquelles nous avons exposé les approches par la cognition, par l’expérience et par la clinique de l’activité qui nous ont toutes aidé à réfléchir pour guider notre travail, et nous avons présentée aussi les théories anglo-saxonnes de l’apprentissage sur le lieu de travail.

Que ce soit par l’approche théorique de la compétence, ou par celle de l’apprentissage situé, il nous semble que trois paramètres sont à prendre en compte dans la construction de la compétence renvoyant aux niveaux micro, meso et macro d’appréhension :

- l’individu
- l’organisation
- le collectif¹³ de travail

Ceci nous conduit à notre problématique que nous allons aborder dans la partie II de ce travail.

¹³ Collectif de travail au sens donné par Caroly (2012)

**PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE ET DISPOSITIF
MÉTHODOLOGIQUE**

CHAPITRE 6 PROBLÉMATIQUE ABORDÉE SOUS L'ANGLE DE DEUX CULTURES ET INTÉRÊT DE NOTRE COMMANDITAIRE

Nous allons dans ce chapitre argumenter nos choix épistémologiques en prenant en compte la dimension bi-culturelle de notre problématique. En effet, cette dimension a fortement influencé le *design* de notre recherche ainsi qu'elle a guidé nos questionnements. Approcher une problématique sous l'angle de deux cultures et de deux langues différentes, a des incidences importantes sur la manière dont on questionne les phénomènes, on traduit les observations et dont on guide nos entretiens. Traduire ces différentes perceptions a constitué un des objectifs du présent travail que nous nous efforçons d'explicitier.

6.1 Une problématique abordée sous l'angle de deux cultures

6.1.1 Un choix épistémologique

Cette recherche s'inscrivant dans la discipline de **sciences de l'éducation**, nous cherchons à produire une connaissance actionnable (Le Moigne, 2007) en étudiant un phénomène qui va correspondre à un projet de recherche intuitif et que nous pourrions énoncer avec la question générale suivante : **Comment se construit la compétence en prévention de RPS en SSTI et/ou SPA ?** Cette idée sert à établir le projet de recherche et partant, à guider intuitivement nos pas vers la recherche de la compréhension d'un phénomène. Dans ce sens notre contribution à la connaissance constitue l'émergence de celle-ci à partir des éléments du terrain qui sont les perceptions des sujets interviewés.

Les **sciences de l'éducation** concernent l'étude de différents aspects de l'éducation, et font appel à diverses disciplines : histoire de l'éducation, sociologie de l'éducation, didactique des disciplines, et psychologie des apprentissages, notamment. Inscrire notre recherche dans ce champ disciplinaire implique de donner une visée éducative à la production de nos connaissances et d'en faire, de la construction de celles-ci, la pierre angulaire de notre édifice qui servira à leur transmission ultérieure sur un autre champ, celui de l'entreprise et de la formation professionnelle.

Dans ce sens il nous semble que notre choix épistémologique correspond à celui du paradigme constructiviste qui considère toute méthode de recherche comme éligible si les trois grands principes suivants sont respectés :

- le comportement éthique du chercheur

-la rigueur critique sur le processus de recherche mis en œuvre ainsi que sur les résultats de ce processus

-l'explicitation des hypothèses sur lesquelles repose la recherche et celle du travail épistémique et empirique menés (Le Moigne, 1990 et 2007 ; Avenier, 2011, cités par Monier, 2017)

Sans vouloir parler d'hypothèses clairement établies en début de recherche, nous avons eu des questions qui ont guidé notre recueil de données et qui sont dérivées de la question initiale :

a) La compétence en prévention de RPS se construit-elle dans les parcours de formation initiale ?

b) Se construit-elle « Sur le tas » donc à partir de l'activité et l'expérience du travail ?

c) Se construit-elle dans les lieux de travail qui sont les Services de Santé Interentreprises (SSTI) et/ou les Servicios de Prevención Ajenos (SPA), donc en relation à l'équipe pluridisciplinaire ?

Les questions ainsi posées et déclinées nous permettent de faire le lien avec les concepts évoqués plus haut et en même temps nous amènent à dessiner les contours d'une approche expérimentale.

Si nous adoptons une perspective constructiviste comme nous venons d'énoncer, cela implique un positionnement du chercheur et des interactions multiples entre chercheur et praticiens.

Piaget (1967) cité par Monier (2017) a introduit l'expression d'épistémologie constructiviste et relève une dépendance sujet-objet : « *le propre d'une épistémologie constructiviste qui relie la connaissance à l'action est de situer sur les mêmes plans multiples le sujet et l'objet, leurs séparations n'étant que de méthode et pour ainsi dire provisoire* » (Piaget, 1967 : 1265, cité par Monier, 2017).

Par ailleurs, comme le souligne von Foerster (1981) cité par Monier (2017), l'interdépendance entre le sujet connaissant et le phénomène étudié sous-entend que la connaissance élaborée par le sujet connaissant n'est pas indépendante de celui-ci : l'expérience d'un phénomène est « *toujours le produit de la composition entre une part fournie par les objets et une autre construite par le sujet* » (Piaget & Garcia, 1983 : 30, cités par Monier, 2017)

Nous avons élaboré la connaissance du phénomène en étant en même temps chercheur et praticien, en ayant nous-mêmes fait l'immersion sur le terrain et en y étudiant notre propre pratique. De ce fait nous avons agi sur notre objet de recherche.

Avenier, cité par Monier (2017) relève cette influence du sujet connaissant : « (...) dans le processus d'élaboration des savoirs, ce qui provient de la situation étudiée est inséparablement enchevêtré à ce qui provient de la perception du chercheur. De plus, l'intention de connaître influence notre expérience de la situation et par conséquent, la connaissance que l'on en développe » (Avenier, 2011 : 203)

Dans cette perspective constructiviste où les subjectivités sont engagées dans les échanges et interactions, s'engage un processus de négociations interindividuelles qui visent à mettre à jour une réalité multiple (Monier, 2017)

6.1.2 Construction de l'objet de recherche et co-construction des connaissances

Avec la vision constructiviste, cet objet de recherche a été élaboré suite à une pré recherche menée dans le cadre d'un Master 2 de Psychologie du Travail et des Organisations ainsi que de multiples entretiens menés dans le cadre de ce Master avec différents acteurs sociaux : Médecins du Travail en Espagne, Intervenants en Prévention de Risques Professionnels en France (IPRP) Técnicos de Prevencion en Espagne (TP) et d'autres experts membres d'associations de Prévention en France et en Espagne.

Dans notre cas concret nous avons veillé à ce que notre question de recherche soit proche des situations de terrain et du cadre théorique. Pour cela notre expérience au cours du Master 2 nous a permis de rencontrer plusieurs acteurs de terrain, dans les services de santé entre autres, afin de les interroger sur la pertinence de notre recherche.

Les différents retours favorables ainsi que l'engagement de l'ASTA nous ont confortée dans notre projet de recherche.

6.1.3 Des questions sur la construction de la compétence sous une approche bi-culturelle et par étapes

Puisque nous nous intéressons dans notre recherche à la construction de la compétence de prévention de RPS dans les SSTI en France et dans les SPA en Espagne concevoir une méthodologie de recherche impliquait de prendre en compte des différences culturelles et des différences linguistiques.

Notre objectif premier n'était pas de faire de comparaison entre les deux systèmes qui sont par ailleurs trop différents pour permettre la comparaison sur un point, cependant nous avons voulu décrire les différences qui puissent nous aider éventuellement à comprendre notre question initiale.

En cherchant à rendre abordable notre objet de recherche, nous avons réfléchi à une méthodologie qui soit opérationnelle dans les deux pays, et à une manière d'aborder, lors des entretiens semi-directifs, les questions sur la compétence. Notre question initiale s'est décomposée de la manière suivante :

- 1- Quels sont les parcours de formation des IPRP et des TP et comment contribuent-ils à la construction de la compétence en prévention de RPS, d'après les perceptions des IPRP et des TP ?**
- 2- Quel est le contenu de l'activité de prévention de RPS que pratiquent les IPRP et les TP et quel est son rapport à la construction de cette compétence ?**
- 3- Quels sont les apports de l'organisation et notamment des équipes pluridisciplinaires à la construction de la compétence en prévention de RPS ?**

Pour pouvoir approcher ces questions sur le terrain, nous avons procédé par étapes durant ces quatre années puisque cette recherche s'est effectuée dans de constants va et vient et confrontations entre démarches déductives et inductives, théorie et éléments de terrain.

-Chaque étape correspond à une phase de recherche :

La première étape fut de caractériser la population des IPRP et des TP : qui sont-ils, où travaillent-ils ? quel est leur parcours de formation initial, mais aussi quelles sont leurs motivations pour travailler dans la prévention de RPS, et leur sentiment de compétence face à cette tâche ?

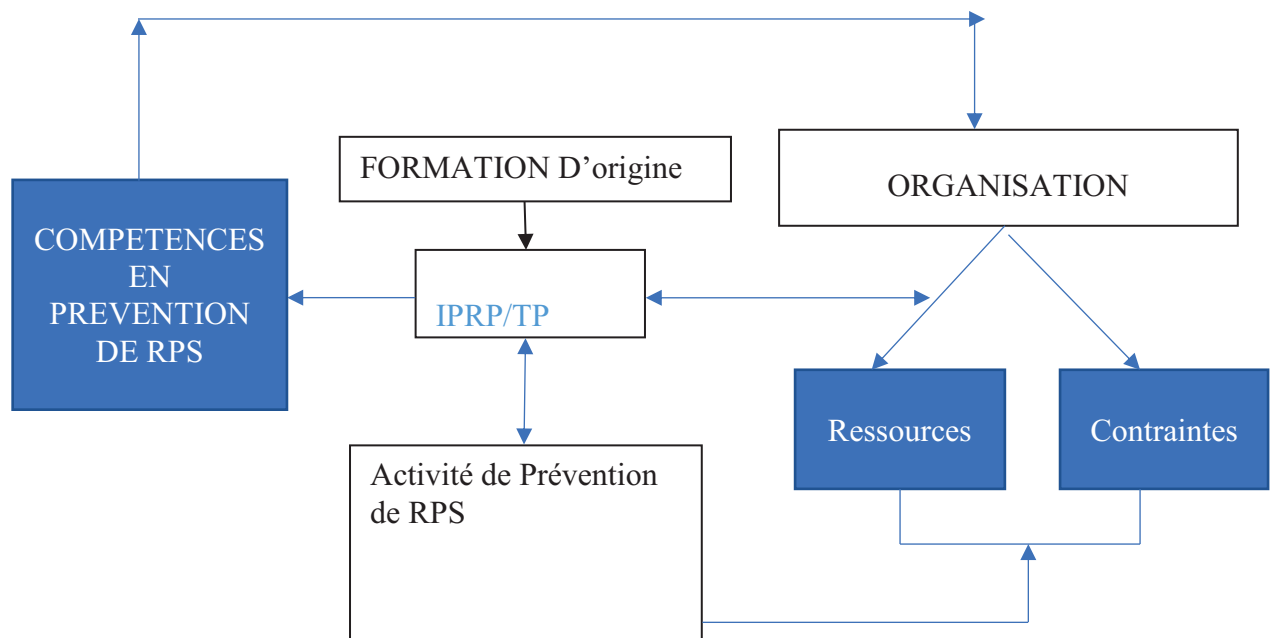
-La deuxième étape fut de connaître l'activité : que faisaient ces professionnels lorsqu'ils faisaient de la prévention de RPS ? En quoi consistait leur activité ?

-La troisième étape fut de connaître les SSTI et les SPA : comment sont-ils organisés ? De quel type de structure s'agit-il ? Quels professionnels sont présents sur place ? Quels types de relations existent entre eux ? Y a-t-il des ressources au sein de l'organisation pour apprendre à faire de la prévention de RPS ? Y a-t-il des contraintes qui rendent difficile l'apprentissage de la prévention de RPS ?

-Et enfin, à partir de notre travail de prévention de RPS en SSTI quel lien pouvons-nous établir entre une activité de prévention de RPS en équipe pluridisciplinaire et la construction de la compétence ?

Nous schématisons toutes ces questions ci-dessous

Figure 6 Représentation de nos questions de recherche



6.2 Un intérêt pour le commanditaire de notre thèse

Comprendre la construction de la compétence dans la prévention de RPS en SSTI, est une problématique qui intéressait l'Association de Santé au Travail de l'Ariège (ASTA) qui nous avait commandé cette thèse.

En effet les IPRP qui travaillent à l'ASTA ont une formation Hygiène et Sécurité d'un côté et une formation d'ergonomie de l'autre, et ils ne voulaient pas traiter la prévention de RPS ne se sentant pas compétents. De ce fait, le service avait adopté un fonctionnement qui consistait dans l'externalisation de toute la prévention de RPS vers un groupe pluridisciplinaire (ASTI)¹⁴ œuvrant en Midi Pyrénées et constitué de professionnels spécialistes dont des psychologues formés à la psychodynamique du travail (approche théorique déjà expliquée)

Cette externalisation comportait plusieurs risques : d'une part le manque de capitalisation de compétences qui ne restaient plus en interne mais qui s'élaboraient et partaient ailleurs, et d'autre part la difficulté à avoir des retours réguliers et pertinents sur les interventions de ces spécialistes dans les entreprises adhérentes au SSTI, vers les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire du SSTI, les médecins et les infirmières. De plus, la montée en puissance de la demande d'interventions en prévention de RPS dans le service amenait la direction à une nécessité de comprendre d'une part cette problématique et d'autre part d'aider l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire à augmenter leurs compétences nécessaires à ces interventions.

Ceci comportait également un enjeu : celui de diminuer à terme les inaptitudes au travail. La loi du 8 août 2016 et le décret du 27 décembre 2016 puis, plus récemment l'ordonnance du 22 septembre 2017 citée en référence, ont modifié les dispositions relatives à l'inaptitude médicale au travail du salarié.

Cette inaptitude peut être prononcée par le médecin du travail lorsque l'état de santé (physique ou mentale) du salarié est devenu incompatible avec le poste qu'il occupe.

Avant de prendre cette décision, le médecin du travail doit réaliser au moins un examen médical du salarié concerné et procéder (ou faire procéder) à une étude de son poste de travail. C'est uniquement lorsqu'il constate qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible alors que l'état de

¹⁴ Association loi 1901 qui fédère 8 Services de Santé au Travail d'Occitanie autour d'un plateau technique commun dédié à l'action pluridisciplinaire en santé au travail.

santé du salarié justifie un changement de poste que le médecin du travail peut le déclarer inapte à son poste de travail.

L'avis d'inaptitude oblige l'employeur à rechercher un reclassement pour le salarié.

Néanmoins, il peut procéder à son licenciement s'il est en mesure de justifier :

- de son impossibilité à lui proposer un emploi compatible avec son état de santé,
- ou du refus par le salarié de l'emploi proposé.

L'employeur peut également licencier le salarié si l'avis d'inaptitude mentionne expressément que tout maintien dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que son état de santé fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.

Depuis un certain nombre d'années l'ASTA est confrontée à une augmentation inquiétante du nombre d'inaptitudes au travail prononcés par les médecins du travail. Ces inaptitudes sont consécutives à des RPS dans un cas sur deux.

La Direction pensait qu'augmenter la compétence de l'équipe pluridisciplinaire en prévention de RPS pouvait avoir à terme un effet sur le nombre d'inaptitudes au travail prononcées

Ainsi, et du fait de notre statut, psychologue du travail et psychologue clinicienne, intervenante dans la prévention de RPS, notre mission auprès de l'équipe pluridisciplinaire de l'ASTA a consisté en partie à transférer des compétences dans la prévention de RPS à l'équipe pluridisciplinaire, au fur et à mesure que notre travail de recherche a avancé. Nous allons présenter, dans ce qui suit, notre dispositif méthodologique.

CHAPITRE 7 : DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE

7.1. Lieux de recueil des données

-Le Cadre de la CIFRE

En 2013, l'Association de Santé au travail de l'Ariège (ASTA) a fait appel à nos services en tant qu'intervenante extérieure sur une problématique qui était apparue dans une entreprise et qui relevait de la prévention de RPS. Nous avons organisé une intervention avec un des IPRP de l'ASTA, issu de la filière Hygiène et Sécurité. Ceci fut notre premier contact avec cette association. Un parcours de collaborations suivit qui décida la direction de l'ASTA et moi-même à explorer certaines questions qui, comme expliqué plus haut, apparaissaient de grand intérêt pour l'organisation du travail.

L'ASTA 09 est une structure qui a vu le jour le 11 mars 1953 sous la dénomination « Association Artisanale Interprofessionnelle de la Médecine du Travail ». C'est lors d'une Assemblée Générale Extraordinaire en 2005, que l'association prendra son nom actuel. L'association est gouvernée par un conseil d'administration, dont la composition est la suivante :

1 président (membre employeur), 1 président d'honneur, 1 vice-président (membre employeur), 1 trésorier (membre salarié CFE/CGC)¹⁵, 1 trésorier adjoint (membre employeur), 1 secrétaire (membre employeur), 1 secrétaire adjoint (membre employeur), 5 représentants syndicaux (membres salariés CFTC¹⁶, FO¹⁷, CGT¹⁸, CFDT¹⁹, CFE/CGC²⁰)

Elle emploie 30 salariés répartis comme suit sur organigramme

¹⁵ CFE/CGE : Confédération Française de l'encadrement, syndicat français de salariés fondé le 15 octobre 1944.

¹⁶ CFTC : Confédération française des travailleurs chrétiens, syndicat de salariés français se référant lors de sa fondation en 1919 à la doctrine sociale de l'Église

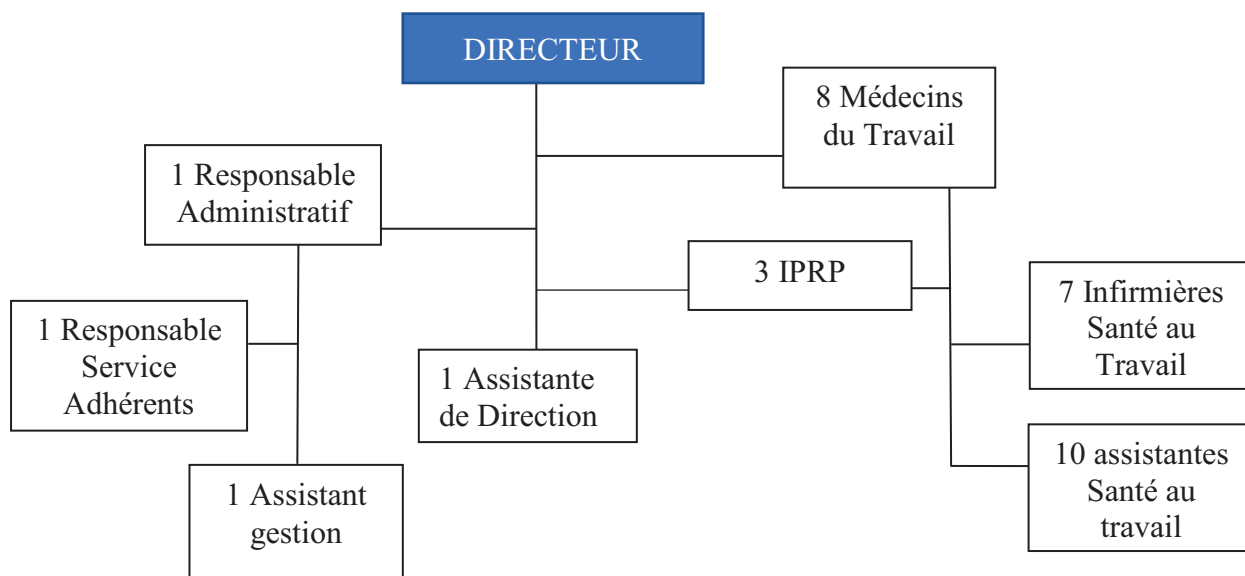
¹⁷ FO : Force Ouvrière, confédération syndicale française créée en 1947.

¹⁸ CGT : Confédération générale du travail, syndicat français de salariés créé le 23 septembre 1895 à Limoges.

¹⁹ CFDT : Confédération française démocratique du travail, confédération interprofessionnelle de syndicats français de salariés.

²⁰ CFE/CGC : Confédération française de l'encadrement

Figure 7 Organigramme ASTA



L'Asta couvre tout le département de l'Ariège et s'étend à toutes les branches professionnelles hors bâtiment et travaux publics. Elle compte 3056 entreprises adhérentes et suit 25296 salariés. 98% des adhérents sont des TPE de moins de 50 salariés qui représentent 66% des salariés suivis. Le nombre moyen de salariés suivis par structure adhérente est de 8 (Cf. annexe 1 pour une présentation de la répartition).

Chaque structure doit déboursier la somme de 100 € HT de cotisation par salarié et par an quelque soit le nombre de visites médicales, ainsi qu'une contribution unique aux frais de dossier de 53€ la première année d'inscription.

Aussi c'est notre intervention avec un des IPRP de l'ASTA, issu de la filière Hygiène et Sécurité qu'a donné suite à des réflexions de notre part concernant le rôle que jouaient ces IPRP qui nous semblaient peu formés, dans la prévention de RPS et le rôle aussi que pouvait jouer un service de santé au travail dans le traitement de cette problématique, d'une part vis-à-vis de l'entreprise mais aussi vis-à-vis de leur propre équipe de travail.

C'est à partir de ces réflexions que nous avons entrepris ce long travail de recherche qui a démarré par un master en Psychologie du Travail et des Organisations et qui s'est poursuivi avec cette thèse en Sciences de l'Éducation. Ce changement de discipline trouve son origine dans le sujet même de la thèse, qui traitant de la construction de la compétence et partant des

processus de professionnalisation, pouvait être abordée à partir de la discipline des Sciences de l'Éducation dont les apports et élaborations théoriques à cette question sont assez remarquables (Wittorski, 2008)

-Un niveau National

Nous voulions sélectionner notre population d'étude au niveau le plus large possible parmi l'ensemble des IPRP à échelle nationale. Puisque nous nous proposons d'étudier les différences dans l'application de la directive européenne et la mise en place de systèmes de prévention en santé au travail en France et en Espagne, nous avons pensé notre recueil de données à un niveau national et à un niveau international.

En France, nous avons diffusé un questionnaire sondage avec l'aide de l'Association Française des Intervenants en Santé au travail (AFFIST)²¹. Cette association a accepté de diffuser notre questionnaire sondage en ligne du mois d'Aout au mois d'Octobre 2016, ce qui nous a permis de sélectionner notre échantillon d'IPRP qui allaient pouvoir participer à notre étude.

Ce travail de recherche a ainsi été mené auprès d'un échantillon de 10 IPRP en France et de 10 TP en Espagne ayant tous eu une première expérience dans la prévention des RPS durant l'année 2016/2017. Nous avons également interviewé 6 médecins français et nous avons proposé un questionnaire fermé à 18 médecins espagnols.

Nous souhaitons au début interroger des IPRP et des TP faisant partie des SSTI ou des SPA. Cependant en raison de la complexité du terrain et de la différence de statut entre les SSTI qui sont des associations à but non lucratif et les SPA qui sont des entreprises privées, il nous a été difficile dans un premier temps d'approcher les TP travaillant en SPA car ils manquaient de disponibilité, et il pouvait y avoir assez rapidement une suspicion de la part de leur direction quant à ce type d'entretiens.

Le tableau suivant récapitule les caractéristiques des IPRP en termes de formation, de service d'appartenance et d'expérience professionnelle par pays :

²¹ AFFIST : Association française des IPRP de SSTI

Tableau 8 IPRP interviewés

France		
FORMATION	EXPERIENCE PROFESSIONNELLE	TYPE DE SERVICE DANS LEQUEL ILS TRAVAILLENT
Bac + 3 DUT HSE et licence responsable d'hygiène et sécurité	16 ans	SSTI
Bac+4 Hygiène et sécurité Licence toxicologie Master en pathologie humaine spécialisé en sociologie	10 ans	SSTI
Maîtrise en psychologie sociale cognitive, du travail et des organisations. Master2 en ergonomie	12 ans	SSTI
Master d'ergonomie Bac+7 doctorant en anthropologie clinique cognitive		SSTI
DESS risque industriel	4 ans	SSTI
DUT Génie électrique Maîtrise d'automatisation BAC+5 Ergonomie	10 ans	SSTI
Maîtrise de psychologie du travail Master en psychologie du travail et des organisations	6 ans	Consultante Indépendante au moment de l'entretien. En SSTI maintenant
Licence de psychologie Master1 psychologie du travail Master2 facteurs humains et systèmes de travail Psychologie du travail et ergonomie	5 mois	SSTI
Licence de psychologie DESS de psychologie sociale du travail et des organisations	12 ans	SSTI
Licence de psychologie Master2 en ergonomie	7 ans	SSTI

Dans un deuxième temps, durant l'année 2018, et pour traiter aussi de la partie applicative de notre travail de recherche, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec une population exclusivement de médecins intégrant notre SSTI. L'objectif étant pour nous de recueillir les perceptions que ces professionnels intégrant notre service avaient de la fonction de l'IPRP et de la prévention de RPS. L'analyse de ces entretiens dont les résultats seront présentés ultérieurement, nous permettra de donner une approche applicative de notre recherche au SSTI qui nous a engagé. Voici la population représentée sous forme de tableau :

Tableau 10 Médecins interviewés en France

FORMATION	EXPERIENCE
Médecin du travail	18 ans
Généraliste et médecin du travail en formation	9 ans en tant que généraliste
Généraliste, médecin du travail en fin de formation, diplômé de santé publique	9 ans comme généraliste, médecine universitaire prévention d'addictions, trois ans comme médecin du travail
Généraliste et médecin du travail	Plus de 15 ans comme médecin du travail
Généraliste et médecin du travail	17 ans comme médecin du travail à Bucarest
Généraliste, gériatre, médecin du travail en formation	9 ans dans un service de médecine interne praticien hospitalier en gériatrie

-Un niveau International

En Espagne nous avons recueilli des données sur l'ensemble du territoire mais nos contacts ont été plus souvent en Catalogne qu'ailleurs, pour des raisons pratiques. Cela nous a emmené à contacter la Asociación Española de Profesionales de Salud Laboral (AEPSAL)²² qui s'est portée volontaire pour diffuser notre sondage questionnaire qui avait essentiellement

²² AEPSAL : Asociación de especialistas en prevención y salud laboral

pour but de sélectionner une population de Técnicos de Prevención (TP) qui soient intéressés pour participer à la suite de notre recherche et donc aux entretiens individuels que nous leurs propositions.

Les principaux objectifs de AEPSAL sont les suivants :

- La promotion, et le développement de la connaissance scientifique en santé au travail, ainsi que l'amélioration de la sécurité et de la santé des salariés dans leurs lieux de travail
- La promotion scientifique et sociale des professionnels de la santé au travail sous toutes ses formes.
- La promotion des actions dans le cadre de la stratégie européenne de sécurité et santé au travail, comme la consolidation d'une culture de la prévention, l'adoption de mécanismes d'adaptation au changements dans les organisations et le bien être au travail.
- L'étude, promotion et divulgation politique, sociale, et institutionnelle de la santé au travail, comme science qui intègre différentes disciplines.

Les caractéristiques de l'association sont les suivantes:

- Une vocation d'intégration de tous les professionnels de la santé au travail.
- Une vocation Européenne
- Une vocation d'appui et de service de ses membres
- Un projet ouvert à la participation des associés
- La collaboration institutionnelle avec les autres associations, entités et autorités de la santé au travail.

Tableau 9 TP interviewés en Espagne

FORMATION	EXPERIENCE PROFESSIONNELLE	TYPE DE SERVICE DANS LEQUEL ILS TRAVAILLENT
Bac+ 3 en sciences du travail Master en prévention spécialité hygiène, sécurité et psychosocioergonomie	20 ans	SPP entreprise
Diplômée en ressources humaines (bac +5) Licence en sciences du travail Master en prévention spécialité ergonomie et psychosociologie	16 ans	SPP Hôpital
Docteur en biologie spécialité neurosciences Master en prévention spécialité hygiène, sécurité et psychosocioergonomie	+ de 20 ans	SPP Fédération d'écoles religieuses
Ingénieur de mines Master en prévention spécialité hygiène, sécurité et psychosocioergonomie	11 ans	SPP Entreprise
Diplômé en ressources humaines Master en prévention spécialité hygiène, sécurité et et psychosocioergonomie	20 ans	SPP Administration
Bac+ 5 Pédagogie Master en prévention spécialité hygiène sécurité et psychosocioergonomie	14 ans	SPA
Bac + 5 chimie Master en prévention hygiène, sécurité et psychosocioergonomie	10 ans	SPA
Bac + 5 droit et master en hygiène, sécurité et psychosocioergonomie	20 ans	SPA
Bac +5 Psychologie du travail et Master en Prévention hygiène, sécurité et psychosocioergonomie	20 ans	SPA
Bac +5 Ingénieur Industriel Master en hygiène, sécurité et psychosocioergonomie	15 ans	SPA

Comme décrit plus haut, nous aurions souhaité faire les mêmes types d'entretien avec les médecins espagnols mais dû à la difficulté de trouver des rendez-vous nous avons décidé de leur proposer un questionnaire en ligne présenté ci-dessous. Nous avons, par ce biais-là, recueilli 18 questionnaires en provenance des médecins espagnols qui nous ont renseignés sur leur formation et leur perception de la prévention des RPS et sur leur positionnement en tant que membres des SPA. L'analyse des résultats de ces questionnaires qui seront présentés en dernière partie nous permettra de voir d'une manière un peu plus claire, une différence qui sera saillante, sur le positionnement du médecin en France et en Espagne en SSTI et en SPA que pour nous va à avoir une influence dans la construction de la compétence en prévention de RPS en SSTI et en SPA et la perception de celle-ci par les IPRP et les TP.

7.2 Méthodes de recueil de données

Dans cette recherche deux types de méthodes de recueil de données cohabitent :

- la méthode qualitative avec les entretiens semi-directifs, les entretiens d'explicitation et les monographies réalisées à partir de notre activité de prévention de RPS à l'ASTA, et
- la méthode quantitative avec le questionnaire de sondage.

Le questionnaire de sondage

Nous avons effectué le recueil de données de différentes manières qui ont été choisies en fonction de notre objet d'étude et des possibilités offertes par le terrain. Dans un premier temps, et pour sélectionner notre population nous avons conçu un questionnaire de sondage en direction des IPRP et des TP. Le questionnaire rigide et standardisé a une fonction double. D'une part il nous assure que toutes les personnes interrogées ont été placées dans les mêmes conditions, d'autre part il facilite le dépouillement et l'interprétation, car on sait à quelle question précise se rapporte une réponse. Dans notre cas, l'usage du questionnaire de sondage se justifie car nous ne connaissons pas à la population à laquelle nous nous adressons à priori. Il nous a servi d'abord à prendre contact avec un ensemble plus large de la population des IPRP et des TP, et à sélectionner celle qui allait être présente dans les entretiens semi-directifs individuels.

Nous avons diffusé en ligne durant les mois d'août, septembre et octobre de 2016, un questionnaire de 10 questions fermées via les sites internet de l'AFSIT et de AEPSAL, en Français et en Espagnol.

Ce questionnaire nous a permis d'identifier un échantillon ad-hoc, que nous avons choisi représentatif de la population totale des IPRP et des TP, du point de vue de leur formation et ayant tous une première expérience dans la prévention de RPS. Nous n'avons pas pris en compte l'âge, le sexe, ou le nombre d'années d'expérience en prévention de RPS, ce qui aurait pu avoir une incidence sur la perception des interrogés. Nous avons éludé cet impact en utilisant la méthodologie qualitative qui nous a permis de questionner notre population sur la perception de leur compétence globale avant l'exercice de l'activité de prévention de RPS c'est-à-dire après leur formation initiale et après l'expérience en prévention de RPS.

La soumission de ce questionnaire nous a permis aussi d'identifier les professionnels souhaitant participer à des entretiens individuels.

Tableau 6

CONTENU DU QUESTIONNAIRE DIFUSE EN LIGNE POUR LES IPRP ET LES
TP

Le contenu du questionnaire :

-Quelle est votre formation ?
-Avez-vous déjà travaillé dans la prévention des RPS ?
-Une ou plusieurs fois ?
-Vous sentez-vous compétent pour travailler dans la prévention des RPS ?
-Pensez-vous avoir la formation nécessaire pour réaliser ce travail ?
-Si la réponse est non, pourriez-vous nous indiquer si la formation que vous souhaiteriez réaliser se trouve dans l'un des champs suivants : connaissance des comportements humains, organisation et entreprises où autres (indiquez)
-Êtes-vous motivée pour travailler dans la prévention de RPS ?
-Aimez-vous travailler en prévention de risques psychosociaux ?
-Pourriez-vous préciser si votre motivation dans la prévention de rps correspond à une de celles citées ci-dessous ?
-Seriez-vous d'accord pour m'accorder un entretien pour approfondir ces questions ? si oui pouvez-vous laisser votre adresse mail afin que je puisse vous contacter ? Merci pour votre collaboration

Nous avons utilisé une deuxième fois un questionnaire durant les mois d'Octobre et de Novembre 2018, lorsque nous nous sommes rendu compte que nous ne pourrions pas avoir accès aux entretiens semi-directifs avec les médecins espagnols. Nous avons cru important pour accéder à une meilleure compréhension de notre sujet, de connaître les opinions et les perceptions de ces professionnels à propos de leurs parcours de formation et aussi de leur expérience en prévention de RPS. Cependant, devant la grande difficulté de trouver des médecins disposés à nous accorder un rdv, il a été décidé de diffuser ce questionnaire via un forum auquel nous participons et qui est organisé par l'Agence Catalana de Salut laboral²³ Ce forum s'appelle **tapinet**. Voici le questionnaire que nous avons proposé aux médecins espagnols.

Tableau 7

CONTENU DU QUESTIONNAIRE DIFFUSE EN LIGNE POUR LES MEDECINS
ESPAGNOLS

Donde ha efectuado su formacion de Medecina del trabajo ? Ou avez-vous fait vos études de Médecine du travail ?
Ha trabajado en un servicio de prevencion ajeno ? Avez-vous travaillé dans un SSTI ?
Ha realizado usted intervenciones en prevencion de riesgos psicosociales en un SPA? Avez-vous réalisé des interventions en prévention de RPS dans un SSTI ?
Si este es el caso cual ha sido su tarea ? Si tel est le cas quelle était votre mission ?
Se relaciona habitualmente con los técnicos de prevencion en su trabajo ? Avez-vous des relations avec les TP dans votre travail ?
Si es asi como calificaria esta relacion ? Si tel est le cas comment qualifieriez-vous cette relation ?
Cree que el médico debe de trabajar en la prevencion de los riesgos psicosociales ? Pensez-vous que le médecin doit travailler dans la prévention des RPS ?
Solo o en equipo ? Seul ou dans une équipe ?
Cual piensa que debe de ser el papel de un médico en un SPA? Quel est le rôle à votre avis qu'un médecin devrait jouer dans un SSTI ?

²³ Agencia Catalana de Salut laboral dont l'objectif est de promouvoir la surveillance de la santé au travail

L'entretien semi-directif de description

Il est habituel de faire remonter l'origine de l'entretien de recherche ou interview, aux travaux de Roethlisberger et Dickson publiés en 1943, mais qui débutent en 1929.

Nous avons choisi l'entretien semi-directif de recherche à deux moments différents de notre travail.

- 1- Avant un sondage quantitatif pour explorer un domaine peu connu (durant notre master2R)
- 2- Après le questionnaire/sondage pour élucider des mécanismes langagiers en jeu dans le questionnaire, approfondir et affiner la connaissance de certaines attitudes.

Nous retenons la définition suivante de Blanchet (1991) : « c'est un entretien principalement entre deux personnes (il peut être étendu à un groupe), un interviewer et un interviewé qui est conduit et enregistré par l'interviewer. Ce dernier se fixe pour objectif, de « favoriser la production d'un discours de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche. »

La situation d'entretien est celle de communication et d'interaction humaine qui, utilisée à des fins de recherche, permet au chercheur d'obtenir des informations sur un interlocuteur.

Au cours d'un entretien, la personne interrogée exprime son point de vue sur un événement ou un sujet qui intéresse le chercheur, en prenant position par rapport à cet événement.

Selon Blanchet (1990) « Le contexte discursif représente le sens psychologique et social de l'énonciation, les pensées du locuteur, le cadre institutionnel et les identifications sociales qui président au discours. [...] Le sens du discours, qui n'est plus déduit d'un cadre préétabli, mais au contraire référé à un contexte discursif à découvrir, ne peut se dégager que par l'interprétation : opération qui consiste à déchiffrer par approximations successives le contexte discursif qui préside au discours : ses significations psychologiques et sociales qui en constituent le sens ».

L'entretien est un instrument qui permet d'étudier les systèmes de valeurs, les normes, les savoirs sociaux, les représentations dont le langage est le traducteur principal.

Il existe trois types d'entretien :

- l'entretien directif qui se confond avec le questionnaire, mais où les questions ne sont pas préétablies. L'enquêteur prépare à l'avance les points qu'il souhaiterait aborder en relation avec son objet d'étude. L'avantage de ce type d'entretien réside dans la précision de réponses obtenues qui peuvent éventuellement se comparer à d'autres réponses.

-L'entretien semi-directif n'est ni complètement ouvert, ni guidé par des questions précises. On procède à l'utilisation d'une grille de thèmes à traiter. Ce sont des questions relativement ouvertes et l'enquêteur doit respecter l'ordre du discours de la personne interrogée, en se forçant à recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois que l'interviewé s'en éloigne.

Selon Ghiglione et Matalon (1978) les entretiens non directifs et semi-directifs permettent d'obtenir des informations sur les représentations et les attitudes. Ces informations sont de deux ordres

-Cognitif : le sujet utilise des concepts et le langage, il structure à sa façon le champ qui lui est proposé et le délimite en fonction des normes (individuelles ou/et collectives)

-Affectif : attitudes du sujet par rapport au problème posé.

Blanchet (1991) distingue cinq processus dans l'énonciation d'un locuteur :

-L'appropriation : le locuteur, par l'utilisation implicite ou explicite du « je » et par la construction d'un référent, s'approprie de façon formelle la langue.

-L'ostention : c'est le processus par lequel le locuteur désigne des personnes, des objets, des moments en se référant à la situation réelle d'énonciation (ici, maintenant...)

-La temporalisation : le locuteur place des objets du discours dans une temporalité qui se réfère à l'égo, centre de la formulation.

-La modalisation : c'est le processus par lequel le locuteur traduit son attitude, sa position, son opinion à l'égard de son énonciation et de son interlocuteur.

-La figuration dialogique : le locuteur fonde et accentue son raisonnement sur son partenaire individuel ou collectif, réel ou imagé.

L'entretien d'explicitation

L'entretien d'explicitation est fondé sur le fait qu'il est possible d'accéder à l'expérience subjective d'un sujet et de la décrire. Vermersch (1994) s'inspire des concepts fondateurs de la phénoménologie développée par Husserl, notamment les théories de la conscience et de l'attention. Il propose un modèle fonctionnel de la conscience. L'idée fondamentale est que le sujet mémorise en permanence de manière passive ce qu'il vit, que tout ce qu'il vit fait l'objet d'une saisie attentionnelle et d'une trace mémorielle, qu'il en soit conscient ou non. Cette trace est conservée et peut, à tout moment, revenir à la conscience, de façon involontaire ou provoquée (par un entretien d'explicitation ou par une auto-explicitation).

Insatisfait de la manière d'étudier le fonctionnement intellectuel dans la science officielle, Vermersch (1994) jeune chercheur dans les années 1970 et 80, s'attache à développer des méthodologies d'observation et d'exploitation des traces en utilisant la vidéo, tout en étudiant les travaux des psychologues du début du siècle (James, Binet, Burloud, Janet, Guillaume, etc.). Des formations dans différents domaines (psychothérapie et PNL en particulier) le conduisent à reprendre l'analyse des déroulements de l'action à travers la possibilité de les faire verbaliser de manière détaillée par le sujet. C'est la naissance de l'entretien d'explicitation. Ce qui intéresse le chercheur, c'est de pouvoir analyser ce qui se passe dans la boîte noire, comme l'activité de mémorisation ou d'attention, et de trouver un moyen *d'accéder à ce qui restait inobservable depuis un point de vue extérieur*, c'est-à-dire *accepter d'étudier* tout le domaine de la « **pensée privée** ».

Vermersch (1994) constate que la caractéristique la plus fondamentale de ce domaine est de relever du niveau d'une analyse phénoménologique (c'est-à-dire le niveau de ce qui apparaît au sujet) et que cette pensée privée reste accessible au sujet qui en fait l'expérience. Pour l'étudier, une rupture est nécessaire par rapport au paradigme de la psychologie expérimentale : il s'agit d'envisager, à côté de l'observation classique en troisième personne (où le sujet est objet d'observation), **le point de vue en première personne**, exprimé par le sujet, témoignant de ses prises d'information et de la conduite de ses actes cognitifs.

Les préoccupations de Vermersch (1994) rencontrent celles des praticiens. Il crée en 1990 un Groupe de Recherche sur l'Explicitation, le GREX, où il développe, outre la formation à l'entretien d'explicitation, un programme de recherche. Ce programme approfondit les ressources des travaux de Jean Piaget sur la prise de conscience et se fonde sur les principaux concepts de la phénoménologie de Husserl, en intégrant les ressources actuelles sur l'émergence du sens.

Si l'entretien d'explicitation (EdE) permet un retour réflexif aussi bien sur le fonctionnement cognitif dans la réalisation d'une tâche que sur le vécu d'une pratique professionnelle, c'est qu'il centre son questionnement sur la mise au jour des éléments implicites du vécu de l'action. Suivant Piaget qui affirme que « l'action est une connaissance autonome », Vermersch (1994) considère *l'action comme une source privilégiée d'informations* pour comprendre les aspects fonctionnels de la cognition. Le concept d'action est pris dans sa dimension **procédurale** plutôt que sur les aspects conceptuels, généralisants, schématiques ou imaginaires et créatifs. L'action, comme connaissance autonome est largement opaque à celui qui l'a accomplie et, dans toute action, il y a *un savoir pratique pré réfléchi*, c'est-à-dire non conscient pour la personne qui agit. Essentiellement, il s'agit d'accompagner la personne dans les étapes de la prise de conscience.

Ces étapes correspondent à deux processus distincts : un processus de *réfléchissement* qui permet au sujet de recontacter son vécu subjectif, d'en déployer les aspects implicites et d'en effectuer une mise en mots ; un processus de *réflexion* sur le vécu mis à jour qui consiste à prendre pour objet de réflexion le contenu de la description. Les techniques d'explicitation concernent principalement la mise en œuvre du réfléchissement.

Faire apparaître la verbalisation de l'action est parfois spontané, mais le plus souvent, il s'agit de **créer les conditions nécessaires** pour que l'interviewé puisse rendre compte le plus finement possible de *ce qu'il a fait réellement*, de *comment il s'y est pris* pour faire ce qu'il avait à faire. Ce sont ces conditions et un changement didactique, le passage *de l'interrogation au questionnement*, qui constituent les principales caractéristiques des techniques d'explicitation :

- Proposer un **contrat de communication**.
- Tourner l'attention de la personne vers une **situation singulière** qui s'est effectivement déroulée. La verbalisation ne porte pas sur une classe d'actions, mais concerne une *tâche réelle, spécifiée dans le temps et dans l'espace*.

- Faire **évoquer** la situation de référence. Cela suppose que la personne entretienne avec ce dont elle parle une position particulière, la position de parole incarnée, qualifiée "d'impliquée", dans laquelle la personne est davantage en contact avec son expérience passée qu'avec la situation présente de communication en entretien.
- **Guider** vers *l'évocation sensorielle*, de manière à solliciter *la mémoire concrète*.

Cette mémoire se déclenche par l'activation d'un élément sensoriel qui fonctionne de manière involontaire, ce qui conduit à éviter toute volonté de recherche du contenu à rappeler.

- **Distinguer** des catégories de verbalisation (les satellites de l'action) et relancer le questionnement vers les informations concernant l'action.
- **Questionner en fonction du caractère préréfléchi de l'action** : questions *descriptives*, questions *sur les gestes* (témoins du préréfléchi), *relances sur les dénégations* (le préréfléchi n'est pas connu, le déni masque l'existant).
- **Questionner en fonction des propriétés de l'action** et de son déroulement.
- **Accompagner** la prise de conscience avec un guidage s'effectuant en *structures* (déroulement temporel, cycle de l'action) et non en contenus.

Plusieurs secteurs professionnels se sont emparés des outils issus de l'explicitation. Chacun d'entre eux, avec des finalités propres, a développé des recherches, des applications, des interventions, que ce soient **des formateurs et des enseignants** (aider et favoriser l'apprentissage, en partant de l'état réel des connaissances du sujet, en comprenant le processus cognitif de l'apprenant et en l'accompagnant à s'informer de ses stratégies effectives d'apprentissage) ; **des experts de la Validation des Acquis de l'Expérience** (favoriser la description d'activités réelles, pour faire émerger les compétences et les connaissances implicites mises en œuvre dans des situations concrètes.) ; **des professionnels des ressources humaines** : (repérer avec un employé les compétences que celui-ci met en œuvre et/ou celles qu'il pourrait développer ; aider à la reconversion professionnelle en entreprise (problèmes de santé, fermeture de services, etc.) ; **des consultants** (pour comprendre de manière concrète l'origine d'une demande d'intervention, comprendre le fonctionnement de l'institution et le travail réel.) ; **des entraîneurs sportifs de haut niveau** (avoir accès au vécu subjectif des sportifs, invisible sur la vidéo, afin d'améliorer les performances et d'en comprendre le fonctionnement) ; **des animateurs de séances d'analyse de pratique** : (permettre à une personne de prendre conscience de son activité et des fondements personnels de cette manière

d'agir en situation, pour mieux le vivre ou le modifier.) ; **des orthophonistes et autres thérapeutes** (comprendre le fonctionnement des personnes dans des situations singulières afin de faire émerger des prises de conscience et engager des stratégies de rééducation et/ou de changement) ; **des professionnels de la santé**, chaque fois que la prise en compte du point de vue du sujet est pertinente (interprétation des enregistrements de neuro-imagerie médicale, maladies chroniques, anticipation d'une crise d'épilepsie, soin des diabétiques) ; **des professionnels qui travaillent en équipe** (s'informer mutuellement lors de débriefing d'activité collective) ; **des chercheurs**, pour accéder à leur propre vécu et pour recueillir des informations du vécu subjectif d'autrui ; etc.

Utiliser ce type d'entretien nous a permis d'accéder au plus près possible au déroulement de l'activité des IPRP et des TP sur leurs lieux de travail. Comme il nous était impossible d'y accéder physiquement, sur le terrain, car l'activité des IPRP et des TP est multiple et composite, nous avons décidé de la faire verbaliser et de l'actualiser dans les propos des interviewés de la manière décrite ci-dessus.

Grilles d'entretien semi-directif utilisées

-L'entretien semi directif de description a été utilisé auprès des IPRP et des TP et aussi des médecins de notre SSTI

Nous avons utilisé ce type d'entretien en vue de mieux connaître notre population choisie et d'approfondir avec eux leurs parcours de formation, leurs expériences professionnelles, leurs motivations à travailler dans la prévention de RPS et leur structure.

Ainsi et pour approfondir les questions abordées dans notre questionnaire sondage, et connaître notre population de manière plus approfondie, nous avons posé les questions suivantes :

Tableau 8

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF DE DESCRIPTION AUPRES DES IPRP/TP

Contenu à explorer	Questions
La formation antérieure : niveau de formation, durée de la formation, spécialité, raisons qui ont motivé le choix de la formation	<p>« Pourriez-vous nous dire ce que vous avez fait comme formation ? »</p> <p>« Nous raconter votre parcours de formation ? »</p> <p>« Pourriez-vous nous dire pourquoi vous avez choisi cette formation »</p> <p>« Quelles étaient vos motivations ? »</p>
Les motivations à travailler sur la prévention de RPS	« Pourriez-vous nous dire ce qui vous a poussé à travailler en prévention de RPS ? »
Les ressources et contraintes pour l'apprentissage de la prévention de RPS présentes dans l'organisation.	<p>« De quelles ressources disposez-vous au sein de votre organisation pour travailler sur la prévention de RPS ? »</p> <p>« Avez-vous identifié des contraintes dans votre structure pour travailler sur la prévention de RPS ? »</p>

Tableau 9

**GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF DE DESCRIPTION UTILISEE AVEC
LES MEDECINS**

Contenu à explorer	Questions
Formation	« <i>Pouvez-vous me décrire votre parcours de formation ?</i> »
L'expérience professionnelle	« <i>Pouvez-vous me raconter votre expérience professionnelle ?</i> »
Le passage de la médecine du travail à la santé au travail	« <i>Pouvez-vous m'expliquer ce que cela évoque pour vous ?</i> »
Le travail au quotidien	« <i>Pouvez-vous me raconter votre travail ?</i> »
L'arrivée des IPRP dans le service	« <i>Pouvez-vous me dire comment vous voyez l'arrivée de l'IPRP dans les services ?</i> »
La prévention des rps dans votre service	« <i>Que veut dire prévention des rps pour vous ?</i> » « <i>Pouvez-vous m'expliquer comment cela se passe dans votre service ?</i> » « <i>Avez-vous une formation en prévention de RPS ?</i> »

-L'entretien d'explicitation a exclusivement été mené auprès des IPRP et des TP

Pour l'entretien d'explicitation nous avons posé une seule question ouverte :

Pouvez-vous nous raconter votre travail en prévention de risques psychosociaux, et concrètement une expérience menée par vous de prévention de RPS ?

Avec cette question nous voulions comprendre le déroulement de l'activité de prévention de RPS pour y déceler éventuellement la manière dont les professionnels avait appris à le faire, à qui ils avaient éventuellement fait appel pour le faire, de quelles ressources ils avaient pu bénéficier, quelles difficultés ils avaient pu rencontrer au niveau organisationnel.

En interviewant ainsi ces professionnels nous leur avons donné la possibilité d'actualiser leur expérience en la conscientisant, ce qu'ils ont exprimé aussi de cette manière au cours des entretiens, comme nous montrerons plus tard.

Étapes	Actions
Accueil	Nous accueillons le participant où nous sommes accueillis par lui
Installation	Nous facilitons une installation confortable côte à côte de préférence pour faciliter l'entrée en communication
Présentation	Nous présentons l'objet de notre recherche
Autorisation d'enregistrement	Nous demandons l'autorisation d'enregistrer les échanges sur dictaphone afin de limiter la prise de notes et de pouvoir nous concentrer sur ce qui est dit. Nous présentons la nécessité de limiter notre interprétation subjective. Nous laissons le dictaphone à côté de l'interviewé.
Prise d'information générales	Nous relevons les éléments généraux nécessaires comme l'âge, le sexe, l'ancienneté dans l'entreprise. Nous notons le n° d'enregistrement du dictaphone.
Question d'amorçage	Nous posons la question principale : « Pouvez-vous nous raconter votre travail en prévention de risques psychosociaux et concrètement une expérience menée par vous en prévention de RPS » ?
Échanges et relances	Nous menons l'entretien en posture d'écoute active, en relançant les dires de l'interviewé de façon à ce qu'il retrouve son expression, ou en recadrant de façon à ne pas trop le laisser partir dans un discours éloigné de notre demande initiale

Clôture	Nous vérifions que nous avons fait le tour de la question et que l'interviewé nous a raconté tout ce qu'il avait à dire
Remerciement	Nous remercions l'interviewé pour sa participation à l'entretien

La monographie

La monographie peut être considérée comme l'étude approfondie d'une situation impliquant une enquête de terrain et une observation in situ (Dufour, Fortin, Hamel, 1991 cités par Charpentreau, 2015)

Nous avons réalisé deux monographies sur une activité participante, la notre, au sein du SSTI, afin de décrire de la manière la plus fine possible la situation avec toutes ses particularités.

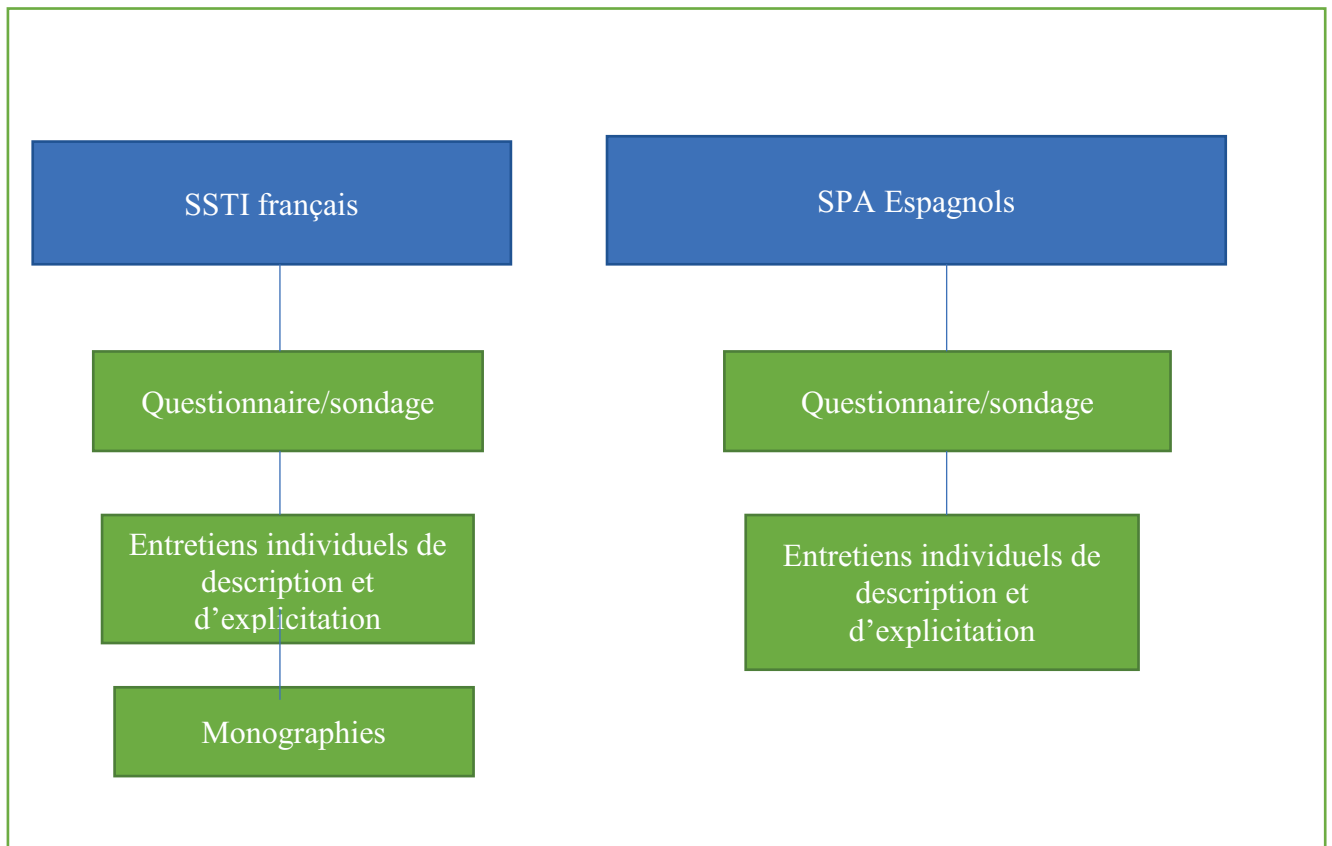
Comme il n'existe pas de modèle prédéfini de recueil monographique, nous avons défini le champ que nous voulions observer, qui était celui du travail pluridisciplinaire.

Nous avons décidé d'utiliser pour cela deux expériences de travail en équipe pluridisciplinaire que nous avons réalisé dans le cadre de deux interventions de prévention de RPS qui ont impliqué pour la première fois une bonne partie de l'équipe du SSTI.

Nous avons décidé de donner à la monographie la forme d'un récit narratif.

Nous présentons ci-dessous une figure qui schématise les méthodes de recueil des données

Figure 8 Méthodes de recueil des données



7.3 Outils et méthodes d'analyse

Les données ont été recueillies durant l'année 2017 de Janvier à Juin par le biais d'entretiens individuels semi-directifs de 1h à 1h et demie en moyenne par IPRP et par TP et d'une heure à une heure demie en moyenne par médecin.

Ces entretiens ont été effectués en suivant les grilles exposées ci-dessus.

Nous avons effectué un traitement de données en plusieurs étapes en mixant les approches quantitatives et qualitatives afin d'accéder au grain d'analyse le plus fin possible.

-L'analyse statistique du questionnaire sondage

D'une part et en premier lieu nous avons utilisé le questionnaire sondage pour sélectionner notre population. Les résultats de ce questionnaire ont été analysés à l'aide d'un logiciel de traitement statistique incorporé sur le site SurveyMonkey utilisé pour diffuser l'enquête. Comme nous n'avions pas d'hypothèses préalables, il s'agit uniquement des statistiques descriptives qui vont nous renseigner sur des tendances générales de la population.

-L'analyse thématique de contenu des entretiens d'explicitation

L'ensemble du corpus à analyser se compose de 10 entretiens d'explicitation en France, de 10 entretiens d'explicitation en Espagne et de deux monographies sur notre activité de psychologue du travail IPRP en SSTI.

Ce corpus a été obtenu dans les deux langues : le français et l'espagnol. L'espagnol étant notre langue maternelle, nous avons réalisé l'analyse des données dans les deux langues en utilisant la même méthodologie. Nous avons ensuite traduit les résultats de l'espagnol au français pour pouvoir livrer leur analyse en français.

Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement pour éviter le biais de la subjectivité.

Ensuite nous avons procédé à une analyse manuelle de contenu, dont nous présenterons les résultats ultérieurement. Celle-ci « *défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore la cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter-entretien* » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 98).

Pour Weber, il n'y a aucune bonne manière simple de faire une analyse de contenu (Weber, 1990, cité par Monier, 2017). Pour Bardin (2003 : 47), il s'agit d'un « *ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de descriptions du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/ réception (variables inférées) de ces messages* »

L'analyse de contenu se focalise sur le sens dont nous prenons en compte le contenu manifeste ou explicite, le contenu latent ou implicite.

Une fois la transcription des entretiens terminée nous avons fait un premier traitement qui nous a permis de dégager des thèmes. Ces thèmes correspondent à ceux déterminés dans le guide d'entretien mais naissent aussi de la lecture du corpus.

Chaque entretien a été ainsi découpé. Dans les entretiens de description nous avons dégagé, de notre première analyse, les thèmes suivants : **formation, expérience professionnelle, motivations pour le travail en SSTI/SPA.**

Dans les entretiens d'explicitation nous avons dégagé, de notre première analyse, les thèmes suivants : **compétences à la fin des études, apprentissage de la prévention des RPS, activité de prévention de RPS, attitude face à la prévention de RPS, compétences développées après l'expérience de prévention en RPS, connaissances acquises après l'expérience de prévention de RPS, rapport au travail collectif, ressources et contraintes de l'organisation pour la prévention des RPS.**

Nous sommes partis d'une lecture du corpus « à l'aveugle » qui nous paraît plus pertinente que de nous référer au guide d'entretien car elle nous permettait de maintenir une attention flottante sur l'ensemble du contenu de l'entretien sans nous focaliser sur les thèmes de la grille d'entretien et laissant ainsi l'opportunité à d'autres thèmes éventuels de se dégager.

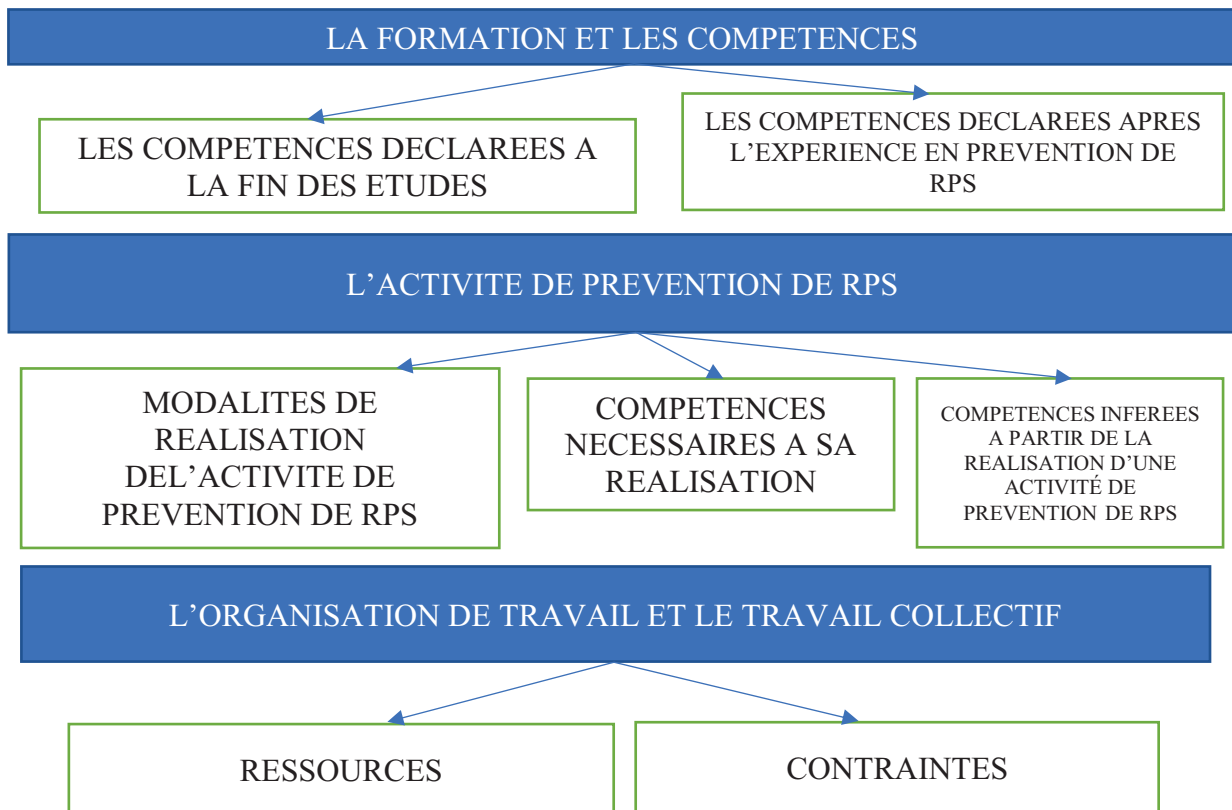
De l'ensemble des thèmes présents initialement dans le contenu des entretiens, nous avons éliminé le thème de « l'apprentissage de la prévention de RPS », « l'attitude des IPRP et des TP face à la prévention de RPS », ainsi que le « rapport au travail collectif. »

Nous avons fait ce choix car si ces thèmes étaient présents ils n'évoquaient pas de façon suffisamment claire pour nous leur rapport à la construction de la compétence et ils se retrouvaient dans d'autres thèmes : « L'apprentissage de la prévention des RPS » se retrouvait aussi dans les connaissances acquises après l'expérience en prévention de RPS, l'attitude face à la prévention des RPS » se retrouvait dans la motivation, et le « rapport au travail collectif » se retrouvait dans les ressources et contraintes de l'organisation.

Nous avons décliné les thèmes en sous-thèmes. Les thèmes étant génériques, ils englobent les sous-thèmes qui sont issus des réponses données par les interrogés et établis à partir d'un codage inductif. Nous les avons identifiés progressivement et nous les avons associés à des *verbatim* en vue de rendre transparente notre méthode d'analyse et d'apporter un éclairage pour le lecteur.

Voici les thèmes déclinés en sous-thèmes :

Figure 9 Analyse de contenu : thèmes et sous-thèmes



Ces thèmes extraits, nous les avons codés de la manière suivante : FC pour « Formation et compétences » APC pour « Activité de prévention et compétences » OTTC pour « Organisation de travail et travail collectif »

Nous avons codé les sous thèmes de la manière suivante : CFE « Compétences en fin d'études » CDAP « Compétences déclarées après la prévention de RPS » MA « Modalités de réalisation de l'activité de prévention de RPS » CN Compétences nécessaires à sa réalisation CI « Compétences inférées à partir de l'activité de prévention de RPS »

Une fois ces thèmes ajustés nous procédons à une analyse plus fine en découpant les thèmes en catégories auxquelles on attribue un code.

Nous avons ensuite associé à ces thèmes et sous-thèmes ce que l'on appelle des « catégories conceptualisantes » que nous créons et qui nous permettent de trier, et classifier l'ensemble des données. Une catégorie correspond à un condensé de significations (Paillé & Mucchielli, 2010 : 238) contribuant à la conceptualisation : la catégorie « se situe, dans son essence, bien au-delà de la simple annotation descriptive ou de la rubrique dénominative.

Elle est l'analyse, la conceptualisation mise en forme, la théorisation en progression » (Paillé & Mucchielli, 2010 : 147, cités par Monier, 2017)

Tableau 13 Analyse de contenu : thèmes et sous-thèmes

Code du thème et des sous thèmes	Thèmes	Catégories conceptualisantes
FC	Formation et compétences	-Le parcours de formation -La motivation pour ce choix
CFE	Compétences à la fin des études	-Quelles compétences peut-on énoncer en fin d'études -Quel sentiment de compétence en fin d'études face à la prévention de RPS
CDAP	Compétences déclarées après avoir effectué une activité de prévention de RPS	-Quelles compétences ils déclarent après avoir effectué une activité de RPS ? -Ressemblance avec les compétences initiales.
APC	Activité de Prévention et compétences	-Quel type d'activité de prévention de RPS ?
MA	Modalités de l'activité de prévention de RPS	-Quel type d'activité est réalisée. -Détails sur l'activité de prévention de RPS -Sentiments éprouvés dans l'activité : compétence ou pas.
CN	Compétences nécessaires à la réalisation de l'activité de prévention de RPS	-Quelles compétences sont nécessaires à sa réalisation ? -Comment on les acquière ?

CI	Compétences inférées à partir de l'activité de prévention de RPS	-Quelles compétences peut-on inférer de l'activité de prévention de RPS ?
OTTC	Organisation de travail et travail collectif	-A qui fait-on appel pour faire de la prévention de RPS ? -Fait-on appel aux professionnels, aux collègues ? -Que pense-t-on de ces apports ? -Besoins d'apports externes pour le travail de prévention de RPS ? -Travail-t-on seul ou travaille-t-on accompagné ?
R	Les Ressources	-Quelles ressources met l'organisation à votre disposition pour travailler sur la prévention des RPS ? -En quoi consistent-elles ? -Avez-vous besoin d'autres ressources ?
C	Les contraintes	-Il y a -t-il des contraintes au niveau de l'organisation dans l'activité de prévention de RPS -Spécificité des contraintes -Le rôle de la contrainte dans l'apprentissage de la prévention de RPS

Au total nous avons extrait une totalité de 24 catégories conceptualisantes et par une dynamique itérative d'analyse qui entraîne des aller et retours entre les corpus et les catégories, nous créons des liens entre *verbatim*s et catégories ce qui nous permet de leur donner un sens.

Nous proposons ci-dessous un tableau récapitulatif de l'ensemble de la procédure utilisée.

Tableau 14 Récapitulatif de la procédure d'analyse de contenu

Éléments de procédure d'analyse	Caractéristiques
Enjeux de l'analyse	Théorisation
Type de l'analyse	Analyse thématique du contenu par catégories conceptualisantes Analyse qualitative
Enjeux spécifiques de l'analyse	Interprétation du contenu Saisie du sens et de la signification
Nature des données	Complexes Abondantes
Type de contenu analysé	Contenu manifeste Contenu latent
Nombre de thèmes et sous-thèmes identifiés	3 thèmes
Nombre de sous-thèmes	7 sous-thèmes
Nombre de catégories identifiées	24
Unités analysées	Unités de sens : des phrases où morceaux
Étapes de l'analyse	Transcription intégrale des données Constitution des corpus Pré-analyse Découpage du corpus en unités de sens Organisation des données Traitement des résultats Présentation des résultats Présentation des conclusions
Comparaisons inter-entretiens	Émergence de similitudes et différences entre les entretiens

L'ensemble du corpus ainsi traité nous avons découpé et décontextualisée les unités de sens et re-contextualisé ensuite pour voir apparaître le sens du discours.

En plus du sens du discours, nous avons voulu soumettre notre corpus à une analyse non manuelle effectuée par le logiciel Alceste, dans le but de comprendre la manière dont les IPRP et les TP s'exprimaient sur leurs métiers.

-L'analyse du contenu à l'aide du logiciel Alceste

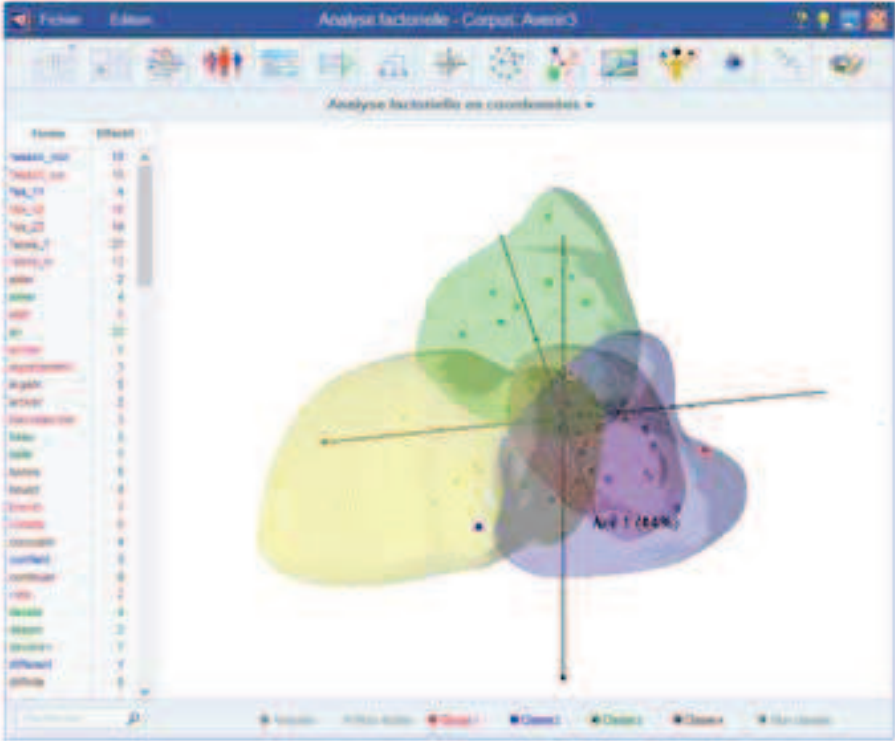
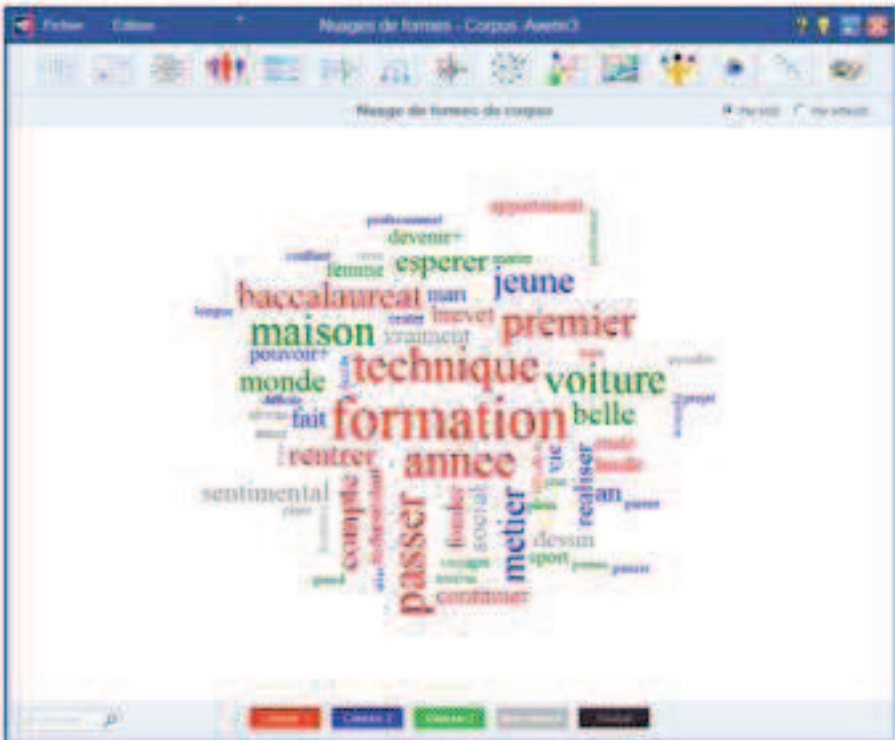
Nous avons soumis les corpus des textes français et espagnol recueillis dans les langues d'origine au traitement de texte Alceste.

Il s'agit d'un logiciel d'analyse de données textuelles, ou statistique textuelle, conçu en 1979 par Reinert, M. et diffusé par la société IMAGE²⁴, avec la collaboration du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS). Il s'est perfectionné au fil des ans et des observations issues des applications multiples réalisées depuis 1986, date de la création de la société IMAGE.

Alceste, à partir d'un corpus, effectue une première analyse détaillée de son vocabulaire, et constitue le dictionnaire des mots ainsi que de leur racine, avec leur fréquence. Ensuite, par fractionnements successifs, il découpe le texte en segments homogènes contenant un nombre suffisant de mots, et procède alors à une classification de ces segments en repérant les oppositions.

²⁴ IMAGE : Informatique, Mathématiques et Gestion, société créée en 1986 à l'initiative d'une équipe de chercheurs statisticiens désireux d'établir un pont entre la recherche universitaire et les entreprises.

Cette méthode permet d'extraire des classes de sens, constituées par les mots et les phrases les plus significatifs, les classes obtenues représentent les idées et les thèmes dominants.



Décrire, classer, synthétiser automatiquement un texte, tel est l'objectif principal du logiciel Alceste et pour nous il permet de répondre à la question comment les différentes personnes interviewées en France et en Espagne, parlent de la prévention de RPS, et mettre à l'épreuve notre analyse manuelle de contenu pour vérifier que les résultats obtenus par les deux méthodes différentes ne se contredisent pas et qu'ils sont cohérents.

Alceste nous permettait aussi de confirmer ou infirmer nos résultats obtenus manuellement, à partir de l'analyse de la co-occurrence des mots employés par ces agents lors des entretiens semi-directifs.

-L'analyse des monographies

Comme expliqué précédemment, la monographie est à l'origine un livre ou un traité non périodique, c'est-à-dire complet en un seul volume ou destiné à être complété en un nombre limité de volumes. On peut le définir aussi comme une étude approfondie limitée à un fait social particulier et fondée sur une observation directe qui, mettant en contact avec les faits concrets, participe de l'expérience vécue. De nos jours, le terme monographie est surtout utilisé lorsque l'on parle d'une « étude exhaustive et large portant sur un sujet précis et limité ou sur un personnage »²⁵

Dans ce travail de recherche nous avons utilisé la monographie afin d'objectiver les données en provenance de notre propre pratique. Elles sont issues du travail en collectif pluridisciplinaire.

Chaque monographie explicite une activité de prévention de RPS telle qu'elle a été menée par l'équipe pluridisciplinaire de l'ASTA que, nous rappelons, n'avait pas travaillée ensemble sur un même projet auparavant.

Nous avons repéré sur chaque monographie l'existence de 8 conditions de travail de groupe telles qu'énoncées par Muchielli, (2009, 11^{ème} édition) :

²⁵ Monographie : Étude approfondie limitée à un fait social particulier et fondée sur une observation directe qui participe de l'expérience vécue.

-Existence et fonctionnement effectif d'un réseau de communications adapté à la nature de la tâche

-Utilisation de ce réseau selon ses pleines possibilités par les personnes concernées ce qui suppose des communications interpersonnelles fluides,

-Existence d'une division du travail acceptée par les intéressés,

-Cette division du travail est faite de telle sorte que la charge du travail est distribuée selon des critères acceptés et que les facteurs de l'efficacité du groupe ont été analysés au même titre que les facteurs de satisfaction de chacun dans son poste,

-Existence d'une organisation-structuration du groupe,

-Acceptation d'une autorité d'animation, de coordination et de contrôle,

-Existence de normes de fonctionnement.

Nous présentons dans la partie qui suit l'ensemble de nos résultats

L'ESSENTIEL DE LA PARTIE II

Dans cette partie nous avons commencé par examiner différents aspects de notre problématique : d'une part son aspect bi-culturel qui a eu comme conséquence la définition d'une méthodologie de recherche adaptée et l'abord de différents aspects liés aux deux cultures dans lesquelles elle se déroule, essentiellement des aspects linguistiques et organisationnels en référence aux structures d'appartenance des différents professionnels interrogés. Nous argumentons aussi notre choix épistémologique qui précède nos questions et qui guidera le choix de notre méthodologie. D'autre part, nous avons mentionné le fait que notre thèse a comme objectif de répondre à la commande de l'Association de Santé au Travail de l'Ariège (ASTA) et ses intérêts, notamment l'intérêt du service de voir la dynamique des équipes pluridisciplinaire se mettre en place et la compétence en prévention de RPS augmenter. Nous avons aussi exposé les différences entre recherche qualitative et recherche quantitative et argumentons, en cohérence avec l'épistémologie développée au chapitre précédent, notre choix pour la recherche qualitative.

Nous avons proposé une triangulation de données et décrivons les lieux de recueil de celles-ci ainsi que les différentes méthodes de recueil utilisées qui sont : le questionnaire de sondage, l'entretien de description et l'entretien d'explicitation et les monographies.

Nous décrivons la population ainsi que les outils utilisés pour analyser les données : l'analyse statistique des questionnaires, l'analyse de contenu thématique, l'analyse de co-occurrence des mots à l'aide du logiciel Alceste et l'analyse des monographies. Nous abordons dans notre partie III les résultats de la recherche et l'analyse réflexive de ceux-ci.

**RÉSULTATS DE LA RECHERCHE ET ANALYSE
REFLEXIVE**

Quels sont les parcours de formation des IPRP et des TP et comment ces parcours contribuent-ils à la construction de la compétence ?

CHAPITRE 8 : LA CONSTRUCTION DE LA COMPÉTENCE EN PRÉVENTION DES RPS

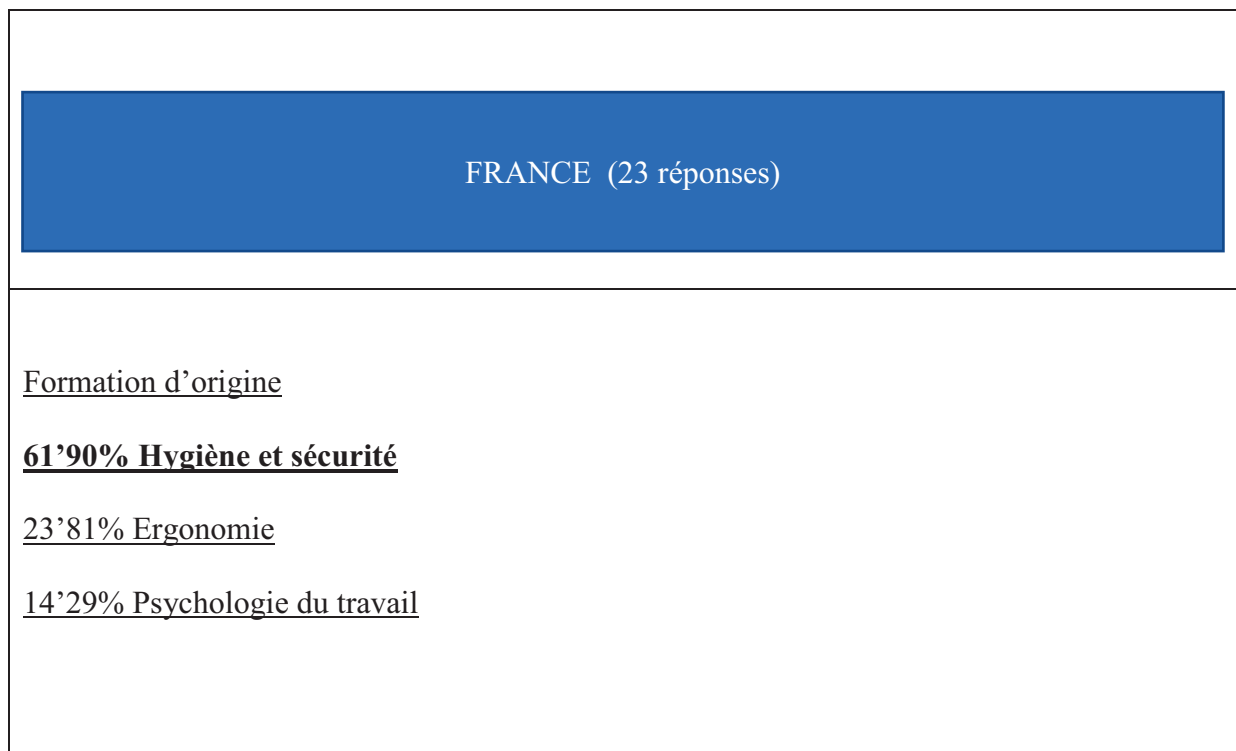
8.1 En formation initiale



Nous allons présenter ci-dessous les résultats concernant notre première question : quelle formation initiale en prévention de RPS ont fait les IPRP et les TP ? Quelles sont les compétences attendues en fin de formation d'après la recherche documentaire et quelles sont les compétences que les IPRP et les TP disent avoir acquis à la fin de leurs études.

8.1.1 Présentation des résultats issus du questionnaire de sondage en France et de la recherche documentaire

Nous présentons ci-dessous les parcours de formation des IPRP en fonction de leur réponse au questionnaire sondage.



Un total de 23 réponses nous est parvenu suite à la diffusion du questionnaire via le site internet de l'Association Française des Intervenants en Santé au Travail (AFFSIT) sur l'ensemble des IPRP répertoriés au nombre de 1200 au niveau National selon le CISME²⁶.

Dans notre recherche documentaire nous relevons que :

-La filière Hygiène, Sécurité et Environnement (HSE)

La filière la plus représentée dans nos réponses est l'Hygiène Sécurité et Environnement (HSE) à hauteur de **61'90%** des professionnels ayant répondu à notre questionnaire sondage. Cette formation se décline en France sous la forme d'un Bac + 2, DUT, mais il existe aussi des licences professionnelles d'un an. Elle est instituée dans le paysage universitaire français depuis les années 70 et actuellement il existe 17 parcours universitaires qui délivrent ce diplôme (Onisep, 2018)¹⁷

Objectif des DUT :

Former des spécialistes de la gestion des risques, de la santé et de la sécurité au travail ainsi que de la protection de l'environnement, au sein d'entreprises et administrations.

Dans l'industrie ou dans le secteur public, ces agents veillent à la sécurité du personnel et des installations (chaufferies, installations électriques, installations de ventilation, d'aération, de gaz médicaux) et contribuent à l'amélioration des conditions de travail.

Les connaissances scientifiques et technologiques acquises au cours de la formation devraient leur permettre d'identifier un risque (incendie, pollution), de l'analyser, de mettre en place des mesures préventives, et de vérifier leur efficacité. **Ils animent, forment, et informent le personnel et ils organisent des stages de sensibilisation à la sécurité.**

Les techniciens diplômés peuvent occuper des postes de technicien en hygiène, sécurité, environnement industriel, de technicien en prévention des risques industriels, de pompier industriel, d'animateur de sécurité du BTP, de technicien en dépollution, d'inspecteur du travail et de l'emploi

Compétences générales

- S'informer sur les questions d'actualité,
- Avoir une maîtrise du français permettant de s'exprimer, d'acquérir de nouvelles compétences, de comprendre un énoncé scientifique et de rédiger une solution à un problème,

²⁶ CISME : Rebaptisé PRESANSE, le 1^{er} janvier 2018 le Cisme est l'association des SSTI français.

- Avoir une connaissance suffisante de l'anglais permettant de progresser pendant la formation (niveau B1),
- Être actif dans sa formation : travailler en autonomie et en groupe, écouter, participer et avoir envie d'apprendre.

Compétences techniques et scientifiques

- Avoir des bases scientifiques solides,
- Avoir des capacités d'observation, d'analyse et de synthèse,
- Réutiliser ses connaissances dans différents contextes (pluridisciplinarité).

Qualités humaines

- **Avoir l'esprit d'équipe et savoir s'intégrer dans les travaux de groupe via les projets, travaux pratiques,**
- Savoir s'impliquer dans ses études et fournir le travail nécessaire à sa réussite.

Le DUT Hygiène, sécurité, environnement est accessible à tout titulaire d'un baccalauréat : notamment bac S, STI2D, STL ou bac pro à dominante scientifique. Accès sur dossier, voire tests et/ou entretien.

17 Instituts d'études Universitaires sont recensés par le site de l'ONISEP²⁷ qui dispensent ces formations :

Les professionnels qui ont répondu à notre questionnaire, proviennent en majorité de cette filière de formation et nous allons les retrouver aussi dans notre échantillon choisi *ad-hoc* pour les entretiens individuels. En effet bien qu'actuellement il y ait une tendance à faire travailler les psychologues du travail sur la prévention des RPS, avant l'arrivée des psychologues dans les services, qui est assez récente, ces professionnels de l'hygiène et la sécurité avaient aussi à travailler sur la prévention de RPS ce qui pourrait expliquer leur inquiétude face à cette mission pour laquelle ils ne se sentent pas compétents et leur envie d'être présents à l'entretien approfondi. (N'oublions pas que la dernière question de notre questionnaire visait à solliciter ces professionnels ayant répondu, pour un entretien approfondi)

²⁷ ONISEP : Organisme national d'information sur les enseignements et les professions

-La filière ergonomie

Assez présente dans le paysage français de la sécurité et santé au travail l'Ergonomie de langue française est une filière qui a su s'implanter sur le territoire national et qui gagne de plus en plus de terrain et de présence dans les Services de Santé au travail Interentreprises. Nous avons reçu des réponses à notre questionnaire où les professionnels de l'ergonomie apparaissent à hauteur de **23,81%**

Selon la fiche métier de l'ONISEP, les entreprises et les collectivités font appel à l'ergonome pour améliorer leurs performances, concevoir des systèmes de travail et de nouveaux produits, organiser la production, prévenir les risques professionnels, etc. **L'approche globale de ce professionnel devrait donc viser à une meilleure adaptation des situations, des lieux, des produits, avec le maximum de confort, de sécurité et d'efficacité pour l'utilisateur.** Ces professionnels procèderaient en plusieurs étapes : étude de l'existant, diagnostic et propositions, suivi de la mise en place des nouvelles procédures ou de l'environnement de travail.

Les ergonomes travailleraient dans les domaines de la santé, du handicap, de la médecine du travail, de la sécurité, de l'informatique, de l'ingénierie et de l'architecture, en tant que salariés ou en libéral. Leurs connaissances seraient larges, et ils devraient s'adapter et se déplacer au gré des missions qui leur seraient confiées.

Nos recherches sur la Société d'Ergonomie de Langue Française, (SELF) nous emmènent aux définitions suivantes de l'ergonomie où nous voyons aussi l'évolution de son objet au fil du temps :

1-L'adaptation de l'homme à son métier (Bonnardel – 1947)

2-L'adaptation de la machine à l'homme (Faverge, Leplat et Guiguet – 1958)

3-L'ergonomie est l'étude scientifique de la relation entre l'homme et ses moyens, méthodes et milieux de travail. Son objectif est d'élaborer, avec le concours des diverses disciplines scientifiques qui la composent, un corps de connaissances qui dans une perspective d'application, doit aboutir à une meilleure adaptation à l'homme des moyens technologiques de production, et des milieux de travail et de vie. (SELF – 1969)

4-L'ergonomie peut-être définie comme l'adaptation du travail à l'homme, plus précisément, comme la mise en œuvre de connaissances scientifiques relatives à l'homme et nécessaires pour concevoir des outils, des machines et des dispositifs qui puissent être utilisés avec le maximum de confort, de sécurité et d'efficacité. (SELF – 1970)

5-La mise en œuvre des connaissances scientifiques relatives à l'homme et nécessaires pour concevoir des outils, des machines et des dispositifs qui puissent être utilisés par le plus grand nombre avec le maximum de confort, de sécurité et d'efficacité. (SELF – 1988)

6-L'ergonomie est une technologie dont l'objet est l'aménagement des systèmes hommes-machines ou, plus largement, des conditions de travail, en fonction de critères dont les plus importants regardent le bien-être au travail (confort, satisfaction, santé, sécurité, etc.).

7-Science du travail, ou l'ensemble des sciences du travail. (Leplat, 1989)

8-L'ergonomie (ou Human Factors) est la discipline scientifique qui vise la compréhension fondamentale des interactions entre les humains et les autres composantes d'un système, et la profession qui applique principes théoriques, données et méthodes en vue d'optimiser le bien-être des personnes et la performance globale des systèmes – **Les praticiens de l'ergonomie, les ergonomes contribuent à la planification, la conception et l'évaluation des tâches, des emplois, des produits, des organisations, des environnements et des systèmes en vue de les rendre compatibles avec les besoins, les capacités et les limites des personnes.**

(International Ergonomics Association, 2000)

Nous voyons la transformation de la définition qui amplifie et élargit son objet au fil de l'eau et du temps qui passe et dans laquelle plusieurs auteurs comme Le Plat, Falzon, Faverge, Ombredane, Rabardel, etc... pour ne citer que quelques-uns, contribuent depuis des décennies avec leurs recherches et ne cessent d'agrandir le champ de son intervention.

Dans les publications du syndicat des cabinets de conseil en ergonomie, l'on trouve les précisions suivantes concernant le métier d'ergonome :

Objets de travail de l'ergonome

L'ergonome, comme précisé ci-dessus, **étudie les relations entre l'Homme et un système de travail, afin d'améliorer les conditions de travail, en termes de sécurité (prévention des accidents), de santé, de pénibilité, d'accessibilité, de confort ou pour favoriser l'épanouissement des salariés.** L'ergonome conduit des interventions et réalise des études ou des recherches dans des domaines divers comme :

- l'accompagnement des projets de correction ou de conception des espaces, de process, de machines complexes, de systèmes informatiques ou de produits,

- - les conditions de réalisation du travail, les conditions d'usage et la santé,
- - la fiabilité et la performance des systèmes complexes, techniques ou organisationnels,
- - **les actions liées à la prévention et à l'évaluation des risques professionnels,**
- - **l'insertion et le maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés,**
- - **la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences...**

Par exemple, l'organisation d'un atelier, d'un entrepôt, l'aménagement de la cabine d'un chauffeur routier, la conception du cockpit d'un avion de ligne... font appel aux compétences de ce professionnel. L'ergonomie des dialogues (ou cognitive) s'intéresse à l'utilisation des produits de consommation : téléphone portable, système d'alarmes, assistance à la conduite automobile... La discipline est aussi très présente dans la conception des logiciels et progiciels ainsi que des sites Internet.

La démarche de travail de l'ergonome

Il rassemble la documentation existante (littérature et données d'entreprise). Il construit les conditions sociales d'acceptabilité de son intervention (analyse et reformulation des demandes qui lui sont faites). **Il procède à des analyses de l'activité** des travailleurs ou d'utilisateurs sur le terrain. Il met en place des simulations du travail ou de l'usage futur. **Il peut rendre compte de ses travaux** par divers moyens de diffusion et de communication (présentations en entreprise, publication de rapports, d'articles spécialisés, rédaction d'ouvrages, participation à des débats scientifiques, interventions auprès de la communauté des professionnels et des

chercheurs). **Il peut enfin participer à des actions de recherche et à des activités de formation** en entreprise ou à l'université.

De manière générale, la spécificité de la contribution de l'ergonome aux différents projets, qu'ils soient industriels, organisationnels et/ou architecturaux, **réside dans sa capacité à rendre compte de l'activité réelle des travailleurs à partir d'une approche systémique des situations de travail, à en décrire ou anticiper les conséquences** (en termes de santé et de performance), et à traduire ces connaissances en prescriptions et recommandations opérationnelles pour les autres acteurs (ingénieurs, architectes, médecins du travail, représentants des salariés...). Il peut également organiser des simulations sur des situations d'usage qui contribueront à instruire les différents choix de conception. Une fois les tests réalisés, l'ergonome doit savoir défendre ses préconisations, faire émerger des solutions satisfaisant les différents services d'une entreprise ayant parfois des attentes contradictoires.

La nature de sa contribution s'ajuste au phasage temporel du projet pour lequel il est appelé. Selon la problématique, l'ergonome intervient en équipe avec divers professionnels de la santé au travail (psychologues, médecins du travail, techniciens de prévention, responsables RH, etc.) ou porteurs de compétences techniques spécifiques (architecte, ingénieur, gestionnaire, sociologue, responsables sécurité, programmistes, designers industriel...).

Méthodologie d'action

Les outils de la démarche ergonomique sont divers : **analyse de la demande, entretiens, observations, simulations, métrologie, animation de groupes de travail, conduite de projet, etc.** La compréhension des enjeux du travail suppose généralement de mobiliser différents outils, dont l'ergonome maîtrise les intérêts et les limites respectifs.

Les données collectées sont mises en forme puis interprétées afin d'aboutir à la réalisation d'un diagnostic de la situation de travail.

Cette analyse convoque les connaissances du champ de l'ergonomie afin d'interpréter des constats potentiellement très hétérogènes concernant la santé et le vécu du travail, la sécurité, la production, la maintenance, la qualité, la gestion des ressources humaines, les achats, la commercialisation...

Les décideurs/commanditaires définissent ensuite les orientations à donner au travail de l'ergonome, qui peut alors participer à la co-construction des solutions et à leur mise en place. L'intervention de l'ergonome suppose toujours la construction d'un positionnement auprès de différents acteurs qu'il tente de mobiliser de manières différenciées.

Formation :

Dispositifs de qualification et certification

Les formations qui permettent d'exercer en qualité d'ergonome sont de niveau master dans la filière universitaire. Le nombre de masters mentionnant « ergonomie » dans leur appellation a considérablement augmenté ces dernières années. Un master de qualité en ergonomie est une formation qui répond aux exigences de la profession et des employeurs. Deux cadres convergents font aujourd'hui référence dans la profession : les critères d'obtention du Titre d'Ergonome Européen, formulés par l'Association pour la Reconnaissance du Titre d'Ergonome Européen²⁸ d'une part, et ceux formulés par le Collège des Enseignants Chercheurs en Ergonomie²⁹. Ces deux outils constituent une base de certification officielle pour la première et officieuse pour la seconde de la qualité de formation des ergonomes (contrairement au Titre d'Ergonome Européen, l'appellation « ergonome » n'est pas protégée en France).

En fonction de leur caractère généraliste ou spécialisé, ces masters sont ouverts à des étudiants très divers, venant des sciences humaines et sociales (psychologie, sciences cognitives, sociologie, anthropologie), des sciences de la vie et médicales (bio-physiologie, biomécanique, médecine), et des sciences et techniques (génie industriel, architecture, hygiène et sécurité, sciences et techniques des activités physiques et sportives).

Le développement de l'offre de formation initiale est donc important. De nombreux professionnels s'orientent également vers l'ergonomie par la voie de la formation continue. Des possibilités de doctorat existent également, par le biais de financements privés (bourses CIFRE, contrats de recherche...) ou publics (contrats doctoraux, attachés d'enseignement et de recherche).

²⁸ ARTEE : (<http://www.artee.com/criteres-d-obtention-du-titre.php>)

²⁹ CECE : (http://www.ce2-ergo.fr/rech_form/recommandations_master.pdf)

Plus généralement, d'autres organismes représentant les ergonomes œuvrent autour des thématiques de la formation, de la dynamisation de la recherche, du développement des métiers, de la déontologie et de la visibilité des métiers d'ergonome : ce sont par exemple le CICF-SNCE³⁰, CICF³¹ pour les ergonomes conseil, l'ADECAPE³², et , de façon plus générale, la SELF³³, et l'ARTEE³⁴

Compétences techniques principales

La capacité de l'ergonome à intervenir suppose une culture générale et scientifique diversifiée afin d'être capable de prendre en compte de nombreux paramètres (physiologiques, biomécaniques, psychiques, cognitifs, sociologiques, techniques, etc.). **Des connaissances en droit du travail**, dans le domaine "hygiène, sécurité et conditions de travail" sont également nécessaires. La veille bibliographique et la formation continue sont une condition du maintien de cette capacité d'intervention.

L'emploi/métier requiert d'être capable de :

- - **Analyser une demande d'intervention et la reformuler**
 - - Rassembler et analyser la documentation disponible, consulter des personnes ressources
 - - Analyser, mettre en cohérence et synthétiser les données issues de l'observation, des entretiens, des documents internes, et des travaux bibliographiques disponibles.
- Suivre des processus méthodologiques rigoureux respectant les contraintes de la démarche professionnelle.**
- Mobiliser les connaissances sur le fonctionnement de l'homme au travail et des organisations pour comprendre et expliquer les situations de travail ou d'usage
- - **Produire une analyse globale de la situation.**
 - - **Savoir gérer son positionnement vis-à-vis d'une diversité d'acteurs sociaux.**

³⁰ CFCF-SNCE : syndicat national des cabinets conseil en ergonomie faisant partie de la fédération nationale

³¹ CFCF : Chambre de l'informatique, de l'ingénierie et du conseil de France

³² ADECAPE : Association d'Ergonomes de Collectivités, d'Administrations Publiques et d'Entreprises

³³ SELF : Société d'Ergonomie de Langue Française

³⁴ ARTEE : (Association pour la Reconnaissance du Titre d'Ergonome Européen).

- - **Négocier les conditions sociales, techniques et financières de son intervention.**
- - **Innover et faire preuve de créativité dans les processus de conception.**
- - Mettre en place des simulations du travail ou de l'usage futur.
- - **Accompagner des projets de conception ou d'organisation.**
- - **Valoriser les résultats par une rédaction et une présentation adaptées aux normes et aux exigences des destinataires du produit (entreprise, institution publique, revue scientifique...).**
- - Rédiger des publications (rapports d'étude, notes de synthèse, articles...).
- - Organiser et gérer son temps pour achever les travaux dans les délais impartis.
- - Respecter la confidentialité des données recueillies et le cadre déontologique de la pratique (<http://www.artee.com/charte-deontologie.php>).

- Participer au travail collectif d'élaboration des règles de métier dans les réunions professionnelles.

- Communiquer dans des colloques, conférences ou séminaires sur des thèmes appartenant au domaine d'investigation (ou à des domaines connexes).

Les contextes de professionnalisation sont diversifiés : essentiellement consultant ou salarié du secteur public (recherche) dans les années 1980, l'ergonome peut aujourd'hui être salarié d'une grande entreprise, d'un service de santé au travail, d'institutions de prévention, de collectivités territoriales, d'administrations publiques.

Les formes de spécialisation de la pratique relèvent essentiellement de trois champs :

- Ergonomie physique : ambiances de travail (sonore, thermique, éclairage), aménagement physique de l'espace et des moyens de travail (poste de travail, cabine de conduite, cockpit, conception de produit, etc.)

- Ergonomie organisationnelle : adaptation des règles et procédures au travail réel, conception du fonctionnement d'un service, d'un atelier, d'un hôpital.

- Ergonomie cognitive : interfaces hommes-machines, logiciels, prises de décision (nouvelles technologies, sites et applications internet)

Il ne faut cependant pas exagérer les clivages entre ces formes de spécialisation : face à une demande d'entreprise, la plupart des ergonomes doivent adopter une posture généraliste dans un premier temps, pour éventuellement spécialiser leur champ d'action par la suite en fonction de leurs compétences mais aussi (et surtout) des problématiques spécifiques et singulières des situations de travail concernées. En particulier, il est assez rare dans les faits de réaliser des interventions dissociant complètement ergonomie physique et organisationnelle, par exemple.

Le syndicat National des cabinets conseil en ergonomie mentionne parmi les orientations possibles des étudiants en ergonomie, la possibilité d'insertion dans les services de santé au travail interentreprises et autonomes.

Comme nous voyons dans cet aperçu, les formations pour avoir une mention ergonomie dans le diplôme et le parcours universitaire sont multiples. Nous trouverons par la suite, dans nos entretiens individuels, des parcours différents et multiples de professionnels de la prévention qui arrivent à avoir une mention d'ergonome avec une année de master 2 par exemple, alors que le socle de la formation est tout autre.

-La filière psychologie du travail

14,29% de la totalité des répondants à notre questionnaire, sont des professionnels issus de **La psychologie du travail et des organisations** est une branche de la psychologie qui s'intéresse à l'organisation technique et scientifique du travail et aux problèmes humains au sein d'une organisation pour améliorer la production de celle-ci.

La psychologie du travail et des organisations — ou **psychologie organisationnelle** dans le cadre du comportement organisationnel s'intéresse à des études concernant la façon de perfectionner les responsables pour :

- adapter les personnes au travail proposé en sélectionnant le personnel motivé et correspondant au poste ;
- faire en sorte que les postes plaisent aux gens en créant un environnement de travail qui stimule le moral et la productivité ;
- évaluer les résultats et créer des incitations à la performance ;
- favoriser le travail en équipe et la réussite du groupe.

Il existe également un courant de **psychologie clinique du travail**, enseigné au CNAM³⁵, qui cherche à comprendre et à expliquer les processus psychiques mis en jeu dans l'activité, avec pour objectif d'aider un collectif professionnel à trouver les ressources pour surmonter les difficultés du travail, si possible en faisant évoluer le travail pour l'adapter à l'homme (et non pas l'inverse).

Pour bien comprendre ce qu'est la psychologie du travail, il faut commencer par replacer cette discipline dans les champs dont elle fait partie. La psychologie du travail est une discipline de la psychologie expérimentale, elle-même étant une discipline de la psychologie « générale ». La psychologie du travail est une discipline récente, qui ne compte, sous cette dénomination, qu'une vingtaine d'années d'existence. Mais les prémices de cette discipline sont à trouver dans la période de la fin du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle, notamment avec le célèbre Taylor, premier à se pencher sur l'étude du travail avec une vision scientifique.

En 1913, on parlait de « psychologie industrielle ».

Plus tard, dans les années 1930, apparut un nouveau courant, qui considérait que le comportement de l'Homme au travail dépendait des dynamiques de groupe, c'est le courant des relations humaines avec entre autres Mayo et son expérience de la Western Electric Company. Il pensait au départ que le rendement des ouvrières n'était pas suffisant parce que leurs conditions de travail n'étaient pas adéquates. Alors il a tenté de modifier l'éclairage du lieu de travail, puis la température, et pour chaque changement le rendement augmentait. Après quelques recherches, il s'est rendu compte que ces expériences avaient amené les ouvrières à se constituer en groupe social, notamment avec des normes de production qui dictaient un rendement élevé. On s'intéressait alors aux relations entre les personnes sur leur lieu de travail pour augmenter leur rendement de travail, ainsi qu'à leurs besoins (Abraham Maslow) d'épanouissement, de sécurité, besoins physiologiques.

Ensuite, il y a eu la période des théories de la contingence, pendant laquelle on a cherché à adapter la personne à la machine et vice-versa. Cette nouvelle conception de l'être humain au travail était en partie une conséquence des mouvements contestataires de soixante-huit. C'est l'époque des « cadres sup' », modèles de réussite, qui fera de l'ombre aux conditions de travail des ouvriers toujours difficiles.

³⁵ CNAM : Conservatoire Nationale des arts et métiers. Établissement public de formation professionnelle supérieure tout au long de la vie, recherche appliquée et diffusion de la culture scientifique et technique.

Les années 1980 ont vu se développer la gestion par le stress et les flux tendus, c'est l'ère du management participatif, du management par projet, de la direction par objectif. Dans ce cadre, la psychologie du travail cherche à développer des solutions pour trouver des compromis entre ce que veulent les organisations d'une part, et le bien-être des travailleurs d'autre part.

La **psychologie clinique du travail** n'a pas de visée en termes de productivité. Son objectif est atteint si les psychologues ont pu provoquer, par leur intervention, la réouverture de champs psychiques chez les travailleurs, qui trouvent les ressources pour faire évoluer leur rapport au travail et/ou leur travail lui-même, afin que la souffrance psychique revienne (ou reste) dans le champ de ce qui leur est supportable. On parle de la promotion de la santé mentale au travail et de l'étude des processus psychiques mis en jeu.

Pour exercer avec le titre de psychologue en France, il faut être titulaire d'une licence de psychologie et d'un master de psychologie car la profession est réglementée ; l'exercice professionnel exige l'inscription dans le fichier départemental ADELI³⁶ (Santé). La psychologie du travail est une discipline enseignée à l'université ou à l'École de psychologues praticiens. La spécialité de psychologie du travail est complétée par un stage obligatoire de cinq-cents heures en milieu professionnel et validé devant un jury universitaire.

Le titre RNCP²⁰ de psychologue du travail s'obtient à la suite d'un cursus suivi au sein du Conservatoire national des arts et métiers - CNAM. Un institut du CNAM, l'Institut national d'étude du travail et d'orientation professionnelle, propose plusieurs spécialités de masters. La liste des spécialités de masters de psychologie en France se trouve par le site de l'Onisep, base officielle des formations en France.

On peut trouver des psychologues du travail dans les laboratoires de recherche universitaire, au sein de Pôle emploi²¹ dans des équipes affectées à l'orientation professionnelle, dans les organismes de formation professionnelle, dans les organismes d'insertion ou de réinsertion professionnelle, dans les cabinets de recrutement, dans les cabinets de conseil en ressources humaines, en reclassement, en outplacement ou encore dans les services de ressources humaines de certaines entreprises et institutions, et depuis 2013 ils ont intégré la convention collective des SSTI.

³⁶ ADELI : Automatisation des Listes, répertoire géré par l'Agence Régionale de la Santé pour le compte du Ministère chargé de la Santé qui enregistre les professions de santé réglementées par le Code de la Santé Publique et le Code de l'Action Sociale et des Familles.

Le réseau européen des psychologues, a mis en ligne un référentiel de compétences pour le métier de psychologue du travail qui est structuré comme suit :

1. Connaissances générales :

Ces connaissances sont à réactualiser régulièrement en intégrant les connaissances nouvelles issues de la recherche.

1.1. Connaissances théoriques :

- Savoir situer les courants de connaissance en psychologie et dans les champs voisins (sociologie, droit, gestion, économie, neurosciences, etc.)
- Savoir-faire un état des connaissances théoriques sur un sujet de recherche
- Savoir prendre connaissance des travaux issus de la littérature scientifique nationale et internationale.
- Savoir rédiger des textes dans une langue autre que le français (anglais obligatoire)

1.2. Connaissances méthodologiques :

Connaître les différentes méthodes et techniques de recherche en psychologie et être capable de concevoir des dispositifs de recueil et de traitement des données adaptés aux personnes et aux contextes de manière à mettre en pratique ces différentes méthodes et techniques.

- Savoir utiliser des bases de données nationales et internationales et constituer une bibliographie - Savoir utiliser les « Technologies de l'Information et de la Communication » les plus récentes
- Savoir conduire une observation
- Savoir mener une étude de cas
- Savoir mener des entretiens cliniques et/ou de recherche et en faire une analyse de contenu - Savoir conduire une réunion et en faire un compte rendu
- Savoir élaborer et valider un questionnaire
- Savoir réaliser et interpréter des analyses statistiques à partir de matériaux quantitatifs
- Savoir construire et utiliser, et le cas échéant, choisir le test psychologique adapté à la problématique individuelle et au type de bilan, en assurer la passation et l'analyse des résultats

- Concevoir un dispositif fondé sur la méthode expérimentale
- Savoir mettre en place un protocole scientifique permettant d'analyser les effets de pratiques et de prises en charge psychologique

1.3. Connaissances professionnelles :

Être capable de situer son travail au regard du Code de Déontologie des Psychologues :

- Connaître le Code de Déontologie des Psychologues (actualisation de février 2012) et le prendre comme cadre de référence dans la mise en œuvre et l'analyse de sa pratique

Être capable de situer son travail au regard de l'Éthique de la Recherche :

- Connaître les fondements de l'éthique de la recherche et les implications concrètes des réglementations en vigueur dans la conduite des travaux de recherche

Être capable de situer son travail dans un contexte réglementaire et institutionnel :

- Connaître les dispositifs institutionnels concernant le travail : prescriptions législatives et réglementaires, instances de contrôle, syndicats et associations professionnelles
- Connaître les conditions d'exercice du métier de psychologue

Être capable de situer son travail dans un champ d'activités professionnelles :

- Connaître les structures où exercent ou sont susceptibles d'exercer les psychologues
- Connaître les organismes et associations de psychologues susceptibles d'accompagner le professionnel dans sa pratique, sa formation permanente, et dans l'application du code de déontologie des psychologues.

2. Compétences professionnelles

Être capable de construire des projets d'intervention allant de l'analyse de la demande jusqu'à l'évaluation de l'action.

2.1. Analyse de la demande

Etre capable de susciter une réflexion sur la(les) demande(s) d'intervention auprès des interlocuteurs impliqués :

- Savoir référer les connaissances théoriques aux situations-problèmes rencontrées sur le terrain - Rechercher dans les bases de données nationales et internationales les références de travaux en rapport avec les cas à traiter
- Utiliser des méthodes d'investigation adaptées à la situation donnée et au(x) public(s) concerné(s) : observations, entretiens, ...

2.2. Diagnostic et propositions d'intervention

Être capable d'établir un diagnostic :

- Synthétiser et interpréter les données recueillies en référence aux connaissances psychologiques et au contexte d'intervention
- Proposer une reformulation de la demande initiale au(x) demandeur(s) en fonction des besoins mis à jour et des objectifs visés

Être capable d'élaborer des propositions d'intervention

- Selon les cas, construire un projet de conseil, d'orientation, de prévention, de soin, de formation, d'évaluation, de diagnostic organisationnel, d'accompagnement d'un changement organisationnel,...

Être capable de présenter, d'organiser et de planifier l'intervention avec la(les) personne(s), le(les) groupe(s) et l'(les) organisation(s) concernée(s)

- Rédiger un pré-rapport, un compte rendu, ou une synthèse, adapté aux personnes et situations rencontrées, et approprié aux organisations et institutions concernées
- Transmettre un compte rendu oral et/ou écrit, adapté aux destinataires

Être capable d'obtenir une adhésion, une contractualisation (alliance).

2.3. Interventions psychologiques et psychosociologiques

Être capable de prendre en charge ou d'accompagner un changement individuel et/ou organisationnel :

- Assurer des entretiens de suivi (soutien ou de soin) psychologique et/ou psychosocial, et/ou d'accompagnement adaptés aux personnes et situations rencontrées (entretiens individuels, couple, famille, groupe, service,...)
- Mettre en place si besoin un groupe de travail et/ou de pilotage pour accompagner la démarche - Ajuster l'intervention selon l'évolution de la situation
- Évaluer l'intervention dans un temps T1, T2, T3....

La liste présentée ci-dessous propose des exemples issus de quelques champs professionnels, sans prétendre à l'exhaustivité. Les spécificités liées à chaque spécialité sont présentées dans le supplément au diplôme

2.4. Positionnement professionnel dans une équipe ou réseau pluridisciplinaires

- Savoir garder une position réflexive visant une analyse de l'implication et une autonomie par rapport au(x) problème(s) à traiter et aux personnes consultées.
- Référer sa pratique au Code de déontologie des psychologues et à l'Éthique de la profession.
- Exercer la fonction de psychologue dans la connaissance et le respect du droit du travail.
- **Savoir se positionner professionnellement** dans une équipe pluridisciplinaire et situer son rôle par rapport aux autres intervenants du secteur d'exercice (santé, social, éducation, travail, justice,...).
- Être capable d'analyser les politiques sociales et leur répercussion sur les pratiques professionnelles.
- Intégrer dans sa pratique la dimension du travail en réseau et en partenariat.
- Se situer dans une démarche de formation personnelle permettant notamment de discerner son implication dans la compréhension d'autrui et dans la manière dont les interventions sont conçues et menées.
- Participer à la formation initiale des étudiants par l'accueil de stagiaires sur le terrain et leur encadrement.

Parmi nos répondants au questionnaire seulement 14,29% sont de formation initiale psychologues du travail.

« Le psychologue intègre les SSTI en prenant une place spécifique. Il est l'acteur clé dans la prévention des RPS. Ces risques désignent un vaste ensemble de variables qui se situent à l'interaction des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles, et de l'activité professionnelle, d'où leur complexité et le caractère composite » (Charpentreau, 2015)

Ce même auteur rajoute, *« qu'il doit faire face à des situations complexes, qui lui demandent des compétences diplomatiques, des capacités d'adaptabilité et de créativité afin de répondre au mieux aux besoins de l'entreprise »*

Comme il l'indique dans sa thèse (2015) qui porte sur l'identité des psychologues en SSTI : les psychologues sont présents dans la convention collective seulement à partir de 2013. Malgré ce référentiel de compétences qui se recoupe sur certains points avec celles énoncées et attendues pour les ergonomes, d'après les travaux de Charpentreau il est demandé de plus en plus aux psychologues de se cantonner aux interventions de prévention de RPS.

Quant au reste de filières de la psychologie comme la psychologie clinique ou la psychologie sociale ou la psychosociologie les membres issus de ces disciplines ne sont pas représentés de façon significative à notre connaissance aujourd'hui en SSTI en France.

8.1.2 Présentation des résultats issus du questionnaire/sondage et de la recherche documentaire en Espagne.

Espagne (18 réponses)

Formation d'origine

66,67% autre : les trois spécialités (hygiène, sécurité, ergopsychosociologie)

22,22% Ergonomie et psychosociologie

11,11% Sécurité

-Concernant les parcours de formation d'origine :

Une majorité, **66,67%** des TP en Espagne, ont fait le même master de prévention avec les trois spécialités obligatoires : Hygiène, sécurité et psychosocioergonomie .

Si l'on rajoute le pourcentage des techniciens issus de la sécurité directement, cela nous donne 77,78 % des TP ayant fait toutes les spécialités.

Le pourcentage des techniciens ayant fait de l'ergonomie reste à peu près équivalent en France et en Espagne, même s'il est un peu plus élevé en France 23'81% contre 22'22%.

Quant à la psychologie du travail elle est absente du paysage des professionnels de la prévention des risques professionnels.

L'Espagne et la France ont traité la question de la formation des techniciens en prévention de risques professionnels de manière assez différente. En France comme nous avons vu, il y a des disciplines qui sont plus ou moins présentes dans la prévention de risques. En Espagne, le secteur de la formation initiale et continue a réagi à la modification de la loi de prévention en mettant en place un master de prévention de risques professionnels qui est devenu indispensable pour accéder aux postes de techniciens.

Le master de Prevención en riesgos laborales et ses trois spécialités

Le "Máster Universitario de Prevención de Riesgos Laborales: Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial y Ergonomía y Psicología Aplicada", de l'Université UNED³⁷ a comme objectif la formation des professionnels de la prévention des risques professionnels. Il y a cinq disciplines universitaires qui ont contribué à l'élaboration de ce master : Sciences, Droit, Psychologie, Sociologie et Ingénierie Industrielle.

Les matières sont organisées dans trois spécialités : Sécurité au travail, Ergonomie et psychosociologie appliquée, et Hygiène Industriel. Un total de 60 ECTS conduit au diplôme avec des possibilités de formation continue en alternance.

Objectifs

Les principaux objectifs du Master sont :

- Apprendre à identifier et évaluer les risques dus au travail.
- Acquérir des connaissances générales et spécifiques sur les différentes spécialités : Hygiène, Ergonomie et psychosociologie appliquée et Sécurité Industrielle.
- Recevoir une formation transversale utile à la vie professionnelle.
- Connaître des outils et développer des aptitudes et des compétences utiles pour garantir le niveau de protection de la sécurité et la santé des salariés.

³⁷ UNED : Universidad Nacional de Educación a Distancia, Université publique Espagnole fondée en 1973.

- Gérer les ressources nécessaires à la mise en place de la planification et des interventions pour l'amélioration des conditions de travail.
- Acquérir des connaissances nécessaires à l'obtention du diplôme.
- Appliquer les connaissances acquises à la réalité des entreprises et des organisations.

COMPETENCES

Les compétences qui sont annoncées en début de programme par l'Université sont les compétences « *nécessaires aux différents postes de travail en relation avec les fonctions de technicien supérieur de risques professionnels* ». (Uned, 2018/1019)

Générales

- Planifier, organiser et développer des activités propres à la prévention de risques professionnels.
- Savoir prendre des initiatives, développer la créativité et le sens de la responsabilité avec intérêt en ayant une satisfaction personnelle pour les réussites dans le champ de la prévention de risques professionnels.
- Savoir appréhender la gestion et contrôle de la qualité comme facteur qui peut améliorer la prévention de risques professionnels.
- Savoir intervenir seul et en équipe identifier les erreurs et proposer des solutions alternatives pour améliorer processus et résultats dans la prévention des risques professionnels.
- Acquérir une vision globale et coordonnée des processus de production de biens et services

Spécifiques

- Connaître les principes juridiques, économiques et organisationnels en matière de prévention de risques, et les normes spécifiques en matière de santé au travail, sécurité au travail, hygiène industrielle, ergonomie et psychosociologie appliquée ainsi que leurs applications.

- Développer une capacité à évaluer, identifier et contrôler les risques de l'organisation et de la charge du travail afin de préserver la sécurité et la santé des salariés tout en faisant attention à la nature de l'activité, aux équipes de travail, aux produits qui sont utilisés ainsi qu'aux caractéristiques des postes de travail, des salariés et des équipes.
- Être capable de développer une compétence en analyse des besoins et des risques en sécurité et en hygiène. Planifier les mesures de prévention en fonction des risques détectés sur les différents postes de travail en fonction des secteurs d'activité, des produits, et des installations de l'entreprise en appliquant les normes et les mesures qui permettent de préserver l'environnement.
- Être capable de comprendre et d'utiliser les principes des techniques de sécurité et d'hygiène industrielle, d'ergonomie et de psychosociologie appliquée en prenant en compte les perspectives juridique, technique, psychologique, sociologique et économique.
- Démontrer une capacité à la négociation et à la représentation dans différents aspects des relations de travail et pouvoir conseiller les organisations syndicales.
- Être capable d'intervenir dans des situations de risque grave et imminent en identifiant la situation et en proposant des actions concrètes pour combattre le risque tout en étant capable de coordonner les différents intervenants dans une optique pluridisciplinaire de prévention de risques professionnels.
- Être capable d'appliquer les différentes techniques d'évaluation et de conseil en matière de prévention. Promouvoir les comportements et conduites de la culture de prévention dans les entreprises avec la participation active des salariés et chefs d'entreprise. (Uned, 2018/1019)

Pour pouvoir occuper des postes de technicien supérieur de prévention de risques professionnels en Espagne, il faut un diplôme universitaire et une formation technique.

Le contenu de cette formation se trouve dans l'Annexe VI du décret Royal 39/1997 du 17 Janvier dans lequel est approuvé le Règlement des Services de Prévention dans son article 37 et dans le Décret Royal 899/2015 (BOE num. 243, du 10 octobre 2015) qui modifie le RD 38/1997.

Prérequis

Pour accéder aux enseignements officiels du Master il faut avoir un diplôme universitaire officiel en rapport avec les thèmes du Master et de préférence en psychologie, droit, sociologie, sciences et ingénierie. De façon exceptionnelle toutes les autres personnes en possession d'un diplôme universitaire pourront avoir accès au Master.

Les matières

Bases de la prévention des risques au travail. Risques chimiques. Risques biologiques et médecine du travail.

Techniques de sécurité au travail

Ergonomie et Psychosociologie appliqués

Formation

Techniques de communication

Gestion de la prévention de risques professionnels

Bases juridiques de la prévention de risques professionnels

Spécialité Sécurité dans le travail

Spécialité Hygiène industrielle

Spécialité Ergonomie et Psychosociologie appliquée

Travaux pratiques et mémoire

Compléments de formation en techniques de communication et gestion de la prévention des risques professionnels.

Compléments de formation en Sécurité.

Compléments de formation en Hygiène Industrielle ergonomie et psychosociologie.

Mémoire Fin de Master

COMPLEMENTS DE FORMATION

Le cas échéant en fonction du niveau du candidat la commission de coordination peut proposer à l'étudiant de prendre des cours complémentaires dans l'une des matières suivantes :

Psicología del Trabajo	6 ECTS
Principios básicos de química y estructura	6 ECTS
Matemáticas I (Química)	6 ECTS
Fundamentos de Física I	6 ECTS
Sociología de las Organizaciones	6 ECTS

8.1.3 Présentation des résultats issus des entretiens individuels semi-directifs

Pour comprendre la construction de la compétence nous avons décidé de questionner ces professionnels directement sur la compétence ressentie en fin d'études et la compétence développée après avoir effectué des missions de prévention de RPS.

En France

COMPETENCES DECLAREES A LA FIN DES ETUDES (connaissances, savoir-faire, qualités humaines)	COMPETENCES DEVELOPPEES A PARTIR DE L'EXPERIENCE DE PREVENTION DE RPS
Formation Hygiène et sécurité : Savoir négocier Se nourrir dans les échanges	Meilleure vision de l'ensemble
Formation Hygiène et sécurité et pathologie humaine : Sociologie, prise en compte de la situation globale, aspect économique, aspect organisationnel et technique, et l'humain dans l'ensemble <i>« Quand on va voir une boîte on prend en compte comment elle va au niveau économique, où elle en est si elle est en crise »</i>	Appris à faire de la prévention des rps Appris à s'adapter aux situations Appris à jouer et à s'adapter sur le terrain Appris à faire dans un temps réduit Appris à renoncer à certaines valeurs Appris à développer sa propre méthodologie d'intervention Appris à être à l'écoute <i>« Quand on est intervenant il faut s'adapter »</i>

<p><i>cela va générer un impact sur l'organisation et sur la personne »</i></p>	<p><i>aux situations, il faut pas arriver avec une grille type pour cloisonner notre champ de vision à la charge de travail etc... »</i></p>
<p>Formation Psychologie et ergonomie : Observer l'activité des opérateurs. Observer la méthodologie des situations de travail. Savoir analyser l'activité de travail. Comprendre une situation, savoir faire un diagnostic et trouver des axes d'amélioration.</p>	<p>Conduire de projets, connaissances en psychologie sociale, savoir faire des régulations collectives, Partager des situations rencontrées sur le terrain avec les salariés « <i>moi je n'ai jamais réussi à ce que l'on me parle dans un entretien alors qu'en allant sur le terrain il y a des moments où.. alors c'est à moi à rassurer le gars pour qu'il me fasse confiance..</i> »</p> <p>Amélioration de la méthodologie et de la connaissance des outils existants. Accompagnement au changement organisationnel</p> <p>Être à l'écoute S'adapter Être patient Être rassurant</p>
<p>Formation ergonomie : Savoir faire des entretiens individuels et collectifs Savoir enseigner Savoir observer le terrain Savoir concevoir les interventions</p>	<p>Une envie d'aller vers les autres Une meilleure compréhension des autres Une analyse de la relation à autrui « <i>d'une part il faut avoir envie de travailler sur les RPS et d'autre part il faut avoir envie d'aller vers les autres et de comprendre les autres et ça voilà c'est une qualité que tout le monde n'a pas forcément, au-delà de la compréhension de l'activité il y a aussi la question de la compréhension, ce n'est pas une question d'empathie mais une question de compréhension et d'analyse de l'autre, la relation à l'autre...</i> »</p>

<p>Formation Risque Industriel :</p> <p><i>« Je ne me sens compétent en rien, mais un peu plus en risque chimique, tout ce qui est technique...on a besoin de compétences à un moment donné..il nous faut des psychologues du travail... »</i>Connaissances scientifiques, connaissances sur les risques chimiques, technique, sur le travail en hauteur.</p> <p>Connaissances sur les machines à outils, sur la pollution, l'environnement.</p> <p>Savoir monter des projets</p> <p>Connaissances sur l'organisationnel</p>	<p>Il préfère transférer au psychologue du travail ou au psychologue clinicien. <i>« Je ne suis pas à l'aise avec le sujet de RPS « si je dépiste je transfère l'info...ce n'est pas mon champ de compétences... »</i></p>
<p>Formation ergonomie :</p> <p>Savoir faire des études de poste, des interventions en entreprise.</p> <p>Savoir analyser les postes de travail.</p> <p>Savoir aménager les postes de travail</p> <p>Connaître les métiers.</p> <p>Savoir-faire du pilotage de projet</p> <p>Savoir travailler ensemble</p> <p>Compétences organisationnelles</p> <p><i>« on ne s'est jamais sentis compétents, on s'est toujours trouvé en limite de compétences... »</i></p>	<p>Compétences en dialogue social</p> <p>Animation de réunions et temps d'échange</p> <p>Interventions après diagnostic</p> <p>Intérêt par les processus de régulation</p> <p>Meilleure autonomie</p> <p>Être plus clair : où on veut aller et pas aller</p> <p>Apprendre à s'affirmer</p> <p>Apprendre à être patient</p> <p>Apprendre à écouter</p> <p>Développer la volonté du questionnement</p> <p>A ne pas se précipiter dans l'action</p> <p>A ne pas subir les urgences des autres</p> <p>A agir pour le bien-être des gens</p> <p>A respecter l'autonomie des personnes</p> <p><i>« ..au début on remettait un diagnostic en croyant que ça allait changer les choses et au bout d'un moment tu t'aperçois que ça ne change pas et qu'il te faut changer ta pratique... »</i></p> <p>Pratique réflexive</p> <p><i>« plutôt que de m'intéresser au problème je</i></p>

	<p><i>vais m'intéresser à la manière dont on règle le problème... »</i></p> <p><i>« ...il faut s'attarder à la manière dont on dialogue entre nous »</i></p>
<p>Formation en psychologie du travail et des organisations :</p> <p>Manager des projets</p> <p>Conduire des projets</p> <p>Analyser la demande</p> <p>Créer des réseaux de partenaires</p> <p>Rechercher de partenaires financiers</p> <p>Présenter des projets</p> <p>Suivre des projets et des budgets.</p>	<p>Amélioration de la méthodologie d'intervention</p> <p>Construction de la méthodologie sur mesure</p> <p>Négociation du temps de l'intervention</p> <p>Acquisition d'autonomie dans les interventions</p> <p><i>«.. Des fois on s'engage dans une démarche d'évaluation et on oublie d'échanger et à un moment donné ça bloque.. »</i></p> <p>Prudence dans les interventions</p> <p>Mieux communiquer</p> <p>Encaisser la charge émotionnelle</p> <p>Aller vers les autres</p> <p>Passer le relais quand la charge émotionnelle est trop forte</p>
<p>Formation en psychologie du travail et des organisations :</p> <p>Avoir une écoute éthique</p> <p>Autonomie</p> <p>Savoir travailler en équipe</p> <p>Savoir s'adapter</p> <p>Faire de la recherche</p> <p>Faire preuve de compréhension</p>	<p>Avoir une écoute éthique</p> <p>Être autonome</p> <p>Être capable de s'adapter</p> <p>Être bienveillant</p> <p>Savoir être <i>«...en fait le psychologue est en contact avec les gens donc il faut un savoir être même si aujourd'hui il y a beaucoup de personnes qui sont contre cette expression, mais je dirais qu'il est plus important que le savoir technique... je fais en sorte que ma personne soit agréable pour tout le monde...j'essaye de favoriser l'écoute et de favoriser la confiance.. »</i> <i>« ..il faut être</i></p>

	<i>conciliant et parfois virulent, il faut être soi-même...je crois qu'il faut une part de vérité... »</i>
<p>Formation en psychologie du travail et des organisations :</p> <p>Savoir traiter des données statistiques</p> <p>Savoir-faire du conseil en formation</p> <p>Savoir-faire du recrutement</p> <p>Savoir animer des groupes de parole</p> <p>Savoir rendre et présenter des résultats</p>	<p>Amélioration de la synthèse</p> <p>Amélioration de l'esprit d'analyse</p> <p>Échanger avec les équipes</p> <p>Acquisition de la méthode qualitative</p> <p>Connaissances sur la santé au travail et les entreprises</p> <p>Avoir du sang froid « <i>parce qu'on intervient sur des questions qui sont chargées émotionnellement</i> »</p> <p>L'écoute</p> <p>L'empathie « <i>..j'aurais tendance à m'en méfier... ça me paraît tellement générique...</i> »</p>
<p>Formation psychologie du travail et ergonomie :</p> <p>Faire de l'analyse de protocoles.</p> <p>Faire de l'analyse de la demande</p> <p>Faire des entretiens collectifs</p> <p>Faire des entretiens individuels</p> <p>Faire des observations de l'activité</p>	<p>Être empathique : considérer la personne dans son système de référence</p> <p>Être à l'écoute</p> <p>Savoir négocier</p> <p>Être patient</p> <p>Habilité à nouer des rapports</p> <p>Être pédagogue : rassurer</p> <p>Habilité pour intervenir dans les systèmes humains et saisir le jeu des acteurs</p> <p>Habilité pour attraper les représentations de chacun et les mettre sur la table d'une manière sécurisée pour essayer de les transformer et les faire pivoter pour que tout ça reprenne un peu un chemin bienveillant...</p>

8.1.4. Analyse et discussion des résultats : quelle construction de la compétence en prévention des RPS en formation initiale ?

Les résultats obtenus à notre questionnaire de sondage nous ont permis d'avoir une « cartographie » des différents niveaux de formation des IPRP et des TP répondants.

Comme nous pouvons le constater, la formation initiale des intervenants en prévention des risques psychosociaux est assez différente entre l'Espagne et la France.

En France quelques disciplines se sont stabilisées comme l'Hygiène et sécurité, l'ergonomie et la psychologie du travail plus récemment ; (Les psychologues du travail sont rentrés dans la convention collective des SSTI en 2013).

En Espagne, depuis la loi de « Prevención de riesgos laborales » (PRL) de 1995, plusieurs Universités ont créé un Master unique en prevención de riesgos laborales qu'il faut posséder si l'on veut être recruté en tant que TP.

Nous proposons à la suite un tableau qui récapitule les différences saillantes que nous avons relevé entre les techniciens français et les techniciens espagnols :

Tableau 13 Différences dans la formation suivie par les IPRP et les TP

France	Espagne
Les parcours de formation des IPRP sont souvent mixtes, et en provenance de trois filières principales : hygiène et sécurité, ergonomie et psychologie du travail.	Formation homogénéisée par l'existence et l'obligation du master en prévention avec les trois spécialités : hygiène, psychosocioergonomie, sécurité
Techniciens moins expérimentés dans la prévention de RPS (66,67% plusieurs fois)	Techniciens plus expérimentés dans la prévention de RPS (83,33% plusieurs fois)
Les techniciens déclarent avoir moins de savoir-faire pour réaliser la prévention de RPS et donc ne pas se sentir confortables dans l'exercice de la mission	Techniciens qui disent avoir un savoir-faire qui leur permet de sentir confortables dans la réalisation de la tâche
Haut niveau de motivation dans la réalisation de la mission	Haut niveau de motivation dans la réalisation de la mission
Les IPRP éprouvent du plaisir à travailler dans la prévention de RPS	Les TP éprouvent du plaisir à travailler dans la prévention de RPS

Les résultats de notre questionnaire de sondage nous montrent que l'on trouve une différence dans les perceptions des techniciens de deux pays : 44,44% de techniciens en France disent que leur savoir-faire pour réaliser de la prévention de RPS leur donne un sentiment de confort dans cette mission, contre 61,11% de techniciens en Espagne, qui dit que leur savoir-faire leur permet de se sentir confortables dans cette mission.

Par ailleurs une majorité des IPRP en France (64%) assure ne pas avoir la formation qui convient pour faire de la prévention de RPS, chiffre qu'avoisine celui des TP en Espagne (61%) qui disent ne pas avoir suffisamment de formation pour faire de la prévention de RPS.

Cette question soulève chez nous quelques interrogations qui restent cependant un peu éloignées du sujet de notre recherche mais que nous ne pouvons ne pas mentionner : **Pourquoi en Espagne ces mêmes techniciens se satisfont-ils de leur savoir-faire même s'ils savent qu'il n'est pas suffisant ? Est-ce lié à des caractéristiques socio-culturelles : l'organisation de services sous forme d'entreprises privées, où d'autres éléments de motivation liés à cette organisation : qualité du leadership, soutien social etc... ? Est-ce lié à des caractéristiques individuelles : meilleure estime de soi, sentiment d'efficacité ? Ce sont des variables dispositionnelles (Gilibert, 2014) dont l'influence dans l'apprentissage ont été prises en compte en psychologie sociale différentielle.**

Est-ce que le fait d'avoir mis une formation homogène sur le marché avec un même diplôme pour tous influe sur le sentiment de confort dans cette mission ? « *De toutes manières tout le monde est au même point, donc on fait avec* » (verbatim entretien individuel). Par ailleurs, en France, 50% des IPRP ayant répondu à notre questionnaire déclarent souhaiter approfondir leur formation dans le champ des connaissances relatives au comportement humain. En Espagne ils sont 54,55% à déclarer souhaiter approfondir leur formation dans le champ des comportements humains.

Le niveau de motivation et le plaisir à travailler dans la prévention de RPS est confirmé par les techniciens espagnols et aussi par les français. Un peu plus élevé encore en France ou 79% des techniciens se disent motivés et trouvent du plaisir à travailler contre 67% en Espagne. **L'origine de la motivation à hauteur de plus de 60% étant dans les deux pays l'acquisition de connaissances bien avant toute autre considération y compris matérielle.**

L'analyse des entretiens individuels semi-directifs nous permet d'approfondir l'analyse de nos résultats. L'on confirme à partir des dires de notre échantillon français (10 IPRP) représentatif de la totalité de la population des IPRP qu'il y a des différences importantes dans les parcours de formation de ces professionnels.

L'analyse des résultats montre que 30% de parcours de formation en France sont mixtes psychologie-ergonomie. 20% de notre échantillon a fait une première formation à forte composante technique, hygiène et sécurité qui se poursuit dans 10% de cas par un complément en ergonomie. 10% des diplômés Bac + 5 sont purement techniques. 10% des diplômés techniques bac + 3 sont complétés par un parcours d'ergonomie.

Les filières de psychologie, psychologie du travail et des organisations sembleraient bien représentées, **50%** de notre échantillon, dans les SSTI (dans nos réponses au questionnaire sondage elles étaient représentées à hauteur de 14%). Ceci peut s'expliquer du fait que les professionnels de la psychologie étant davantage intéressés par la question de la prévention de RPS, ont demandé à être reçus dans un entretien semi-directif. 20% des parcours de psychologie restent stabilisés dans la filière psychologie du travail et des organisations, et 30% devient mixte entre psychologie et ergonomie, créant en même temps un sentiment de confusion chez l'agent qui fait ce choix-là *«ce n'est pas simple, toutes ces complications des labos que ne se mettent pas d'accord, à chaque formation française, que ce soit en psychologie du travail ou en ergonomie, chaque laboratoire a son discours...il faut être pragmatique...quand on a bac+ 5 on ne sait pas à quelle chapelle on appartient »*

S'il existe une complémentarité évidente entre les deux disciplines, nous avons bien vu que les compétences attendues des ergonomes dans leurs cursus de formation sont de plus en plus voisines de celles attendues des psychologues, même si certains IPRP s'en défendent car le diplôme de psychologue est un titre protégé, cela n'empêche pas l'envie et la motivation d'avoir des connaissances dans les deux domaines.

On voit dans les dires de notre échantillon de TP en Espagne (10 TP) la même diversité de parcours de formation, à la différence que tous ont terminé par un même master.

Si l'on peut faire une, deux ou trois spécialités dans ce master, le 90% des TP ont tous fait les trois spécialités.

Les parcours de formation initiale des TP sont également très différents, et la motivation principale pour leur orientation vers le Master de trois spécialités semble être liée à une question d'opportunité professionnelle pour 40%. Les 60% restant s'orienteraient vers cette formation pour une mise en conformité avec l'exigence légale, et par un désir de connaissances nécessaires à l'exercice de leur activité.

L'Espagne a fait le choix de mettre en place une formation unique qui homogénéise les parcours de formation mais qui ne donne pas pour autant le sentiment à ces professionnels d'être compétents dans ce qu'ils font comme le montrent les *verbatim* retranscrits ci-dessus : « *..notre Master est très anglosaxon et on touche à tout on nous dit beaucoup de choses de psycho mais je ne me sens pas spécialiste..* »
« *...je crois que c'est une erreur que l'on mette ensemble ces disciplines...psychosociologie et ergonomie sont complémentaires mais il y a matière à faire une spécialité de chacune d'entre elles* »

Si les parcours de formation contribuent à la construction de la compétence, il nous semble que celle-ci ne se construit pas entièrement à partir de ces parcours de formation. Ceux-ci nous semblent plutôt aider les professionnels à rentrer dans le monde du travail et stabiliser leurs emplois, mais c'est à partir de cette rentrée dans le monde du travail que la compétence va commencer à se construire en prévention de RPS et évoluer. Nous proposons d'analyser ci-dessous ce qui est dit dans les entretiens individuels à propos de la compétence ressentie en fin d'études et en construction après l'expérience de prévention de RPS.

De façon générale **on constate que la totalité de professionnels interviewés semble déclarer posséder des compétences à la fin de leurs études qui correspondent aux compétences qui sont attendues de ces mêmes professionnels par les organismes de formation qui mettent en place les différents diplômes sur lesquels ces agents se sont formés.**

Il est intéressant pour nous de constater qu'après l'expérience en prévention de RPS, ces professionnels disent avoir développé une meilleure approche de la méthodologie d'intervention s'ils ne la possédaient pas à leur début, **mais ils disent tous, à 100%, avoir développé des compétences qui sont du registre de l'être, que l'on qualifie souvent de compétences transversales, et qui n'étaient mentionnées dans aucune présentation des différentes filières de formation.** Nous les avons mis en évidence dans le tableau ci-dessus, mais nous les reprenons pour en faciliter la lecture :

Tableau 16 compétences développées auto-déclarées

SOI	AUTRUI
Apprendre à s'affirmer	Être à l'écoute (2)
Être patient (2)	Analyser la relation à autrui
Encaisser la charge émotionnelle	Envie d'aller vers les autres (2)
Être autonome	Meilleure compréhension des autres
Être capable de s'adapter	Être rassurant
Être bienveillant	Être patient (2)
Être pédagogue : rassurer	Être empathique : considérer la personne dans son système de référence
	Avoir une écoute éthique

Nous constatons ainsi que ce que ces professionnels disent avoir développé comme compétences sont des compétences qui appartiennent au registre des compétences qui sont plutôt des habiletés de l'être, des compétences appelées aussi sociales ou émotionnelles plus récemment (Gendron, 2016)

En est-il de même sur cette question en Espagne ?

(Nous ne mentionnons pas la formation d'origine des TP car ils ont tous terminé par le même master)

COMPETENCES DECLAREES A LA FIN DES ETUDES	COMPETENCES DEVELOPPEES A PARTIR DE L'EXPERIENCE DE PREVENTION DE RPS
Évaluer les risques dans l'entreprise	Utiliser la méthodologie ISTAS 21 ³⁸ validée.
Planifier les mesures de prévention de risques	Faire des entretiens
	Faire des observations en milieu de travail.
Connaître le fonctionnement de l'organisation de travail.	Être motivé
Connaître les organisations	Être patient
	Être en empathie

³⁸ ISTAS 21 : Adaptation du questionnaire CoPsoQ de Copenhague à l'État Espagnol.

<p>Savoir négocier</p> <p>Savoir faire des propositions</p> <p>Savoir conseiller le chef d'entreprise et les salariés</p> <p>Savoir vendre</p> <p>Savoir prendre des décisions</p> <p>Savoir chercher de l'information</p> <p>Savoir chercher l'appui des experts</p>	<p>Être enthousiaste</p> <p>Être assertif</p>
<p>Savoir-faire de la recherche</p> <p>Savoir enseigner</p> <p>Savoir préparer des cours</p> <p>Savoir diriger un laboratoire Universitaire</p>	<p>Méthodologie de l'intervention</p> <p>Recherche d'information</p> <p>Savoir communiquer</p> <p>Développement des habiletés de communication diplomatique</p> <p>Compréhension de la motivation des personnes</p> <p>Compréhension des comportements humains</p> <p>Être à l'écoute du bien-être ou mal-être des personnes</p> <p>Augmentation de l'empathie</p>
<p>Analyser une situation</p> <p>Coordonner des travaux</p> <p>Travailler en équipe</p> <p>Manager des équipes</p> <p>Gérer des budgets</p>	<p>Amélioration de la méthodologie d'intervention</p> <p>Savoir rechercher de l'information</p> <p>Savoir communiquer</p> <p>Augmentation de la capacité à communiquer avec diplomatie</p> <p>Augmentation de la connaissance de la motivation des personnes</p> <p>Augmentation de la connaissance des raisons du bien-être ou mal-être des personnes</p> <p>Augmentation de l'empathie</p>
<p>Connaître l'organisation du travail</p>	<p>Amélioration de la méthodologie</p>

<p>Savoir vendre</p> <p>Savoir être polyvalent</p>	<p>Connaissances en psychosociologie</p> <p>Faire des évaluations</p> <p>Aller vers autrui</p> <p>Motiver les gens</p> <p>Contrôler mes émotions</p> <p>Savoir communiquer en public</p> <p>Être patient</p> <p>Être en empathie</p> <p>Être motivé</p> <p>Être enthousiaste</p> <p>Savoir chercher des appuis</p> <p>Être assertif</p>
<p>Pédagogie</p> <p>Préparer des cours</p> <p>Organiser des formations</p>	<p>Connaissances en psychosociologie</p> <p>Amélioration des solutions à apporter</p> <p>Apprendre à être en empathie</p> <p>Avoir un contrôle des émotions</p>
<p>Compétences dans la gestion de ressources humaines</p> <p>Plutôt connaissances dans les produits etc.. par rapport à la chimie, .. « ...le reste tu l'apprends en travaillant... »</p>	<p>Augmentation de la réceptivité concernant la prévention</p> <p>Appréhender le psychosocial</p> <p>Savoir être en empathie</p> <p>Savoir dialoguer</p> <p>Contrôler mes émotions</p>
<p>Travailler en équipe</p>	<p>Empathie</p>
<p>Analyse de la demande</p> <p>Facteur humain</p> <p>Organisation du travail</p>	<p>Empathie</p> <p>Gestion des talents</p> <p>Capacité de communication</p> <p>Vision ouverte des problèmes</p> <p>Travail éthique</p> <p>Capacité d'innovation</p> <p>Créativité</p>

Nous proposons des tableaux récapitulatifs des différents référentiels de compétences tels que exposés plus haut, et nous rappelons une des définitions de la compétence énoncée au chapitre 5, celle de Wittorski qui nous parait aborder d'autres aspects de la compétence que ceux qui se limitent à l'action et à la réalisation concrète. En effet, Wittorski (2005) non seulement **précise que la compétence ne peut exister indépendamment d'une confrontation à une tâche, à une situation et à un contexte** et qu'elle se manifeste donc dans l'agir mais **introduit aussi l'idée que sa mise en œuvre exige du sujet un certain rapport à la situation, au savoir et à soi.**

C'est cet aspect de la compétence, lorsqu'il s'agit de rapport à soi et à la situation, que nous allons tâcher de retrouver dans ces référentiels de compétences. Ainsi, en les examinant de près nous constatons que toutes les filières mentionnent des objectifs, des connaissances à acquérir, et des savoir-faire énoncés avec des verbes d'action.

C'est seulement dans la filière hygiène et sécurité qu'il est fait mention des « qualités humaines ». Pour l'instant nous allons adopter ce terme qui ne nous convient pas, mais qui est utilisé par un des organismes de formation que nous avons trouvé sur le site internet de l'ONISEP.

Tableau 14 Compétences attendues dans les différentes filières de formation en France

FILIERE HYGIENE ET SECURITE		
OBJECTIFS	SAVOIR-FAIRE	QUALITES HUMAINES
Former des spécialistes de la gestion de risques, de la santé et de la sécurité au travail ainsi que de la protection de l'environnement au sein des entreprises et des administrations	Travailler en autonomie	Esprit d'équipe, écouter et avoir envie d'apprendre

FILIERE ERGONOMIE

OBJECTIFS	CONNAISSANCES	SAVOIR-FAIRE	QUALITES HUMAINES
<p>Étudier les relations entre l'Homme et un système de travail, afin d'améliorer les conditions de travail en termes de sécurité (prévention des accidents), de santé, de pénibilité, d'accessibilité, de confort ou pour favoriser l'épanouissement des salariés.</p>	<p>Culture générale et scientifique diversifiée, droit du travail en hygiène, sécurité et conditions de travail</p>	<p>Analyser et reformuler une demande d'intervention</p> <p>Rassembler et analyser la documentation disponible et consulter les personnes ressources</p> <p>Analyser et synthétiser les données issues des observations et des entretiens</p> <p>Innover et faire preuve de créativité dans les procédures de conception.</p> <p>Participer au travail collectif d'élaboration des règles de métier</p>	

FILIERE PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL

OBJECTIFS	CONNAISSANCES	SAVOIR-FAIRE	QUALITES HUMAINES
<p>Adapter les personnes au travail en sélectionnant les personnes motivées correspondant au poste.</p> <p>Faire que les postes plaisent aux gens en créant un environnement de travail qui stimule le moral et la productivité</p> <p>Evaluer les résultats et créer des incitations à la performance</p> <p>Favoriser le travail en équipe et la réussite du groupe</p>	<p>Champs de la psychologie et de la sociologie, droit, gestion et économie.</p> <p>Méthodes de recherche</p> <p>Nouvelles technologies de l'information et la communication (TIC),</p> <p>Connaître le code de déontologie</p>	<p>Observer</p> <p>Savoir faire des études de cas</p> <p>Savoir faire des entretiens</p> <p>Analyser et interpréter des résultats</p> <p>Choisir des tests</p> <p>Faire une analyse de la demande</p> <p>Faire un diagnostic</p> <p>Savoir proposer des interventions</p> <p>Savoir élaborer des comptes rendus</p> <p>Savoir réaliser des Entretiens individuels et collectifs</p>	<p>Adopter un positionnement professionnel réflexif au sein d'une équipe</p>

Dans aucun des trois référentiels trouvés sur les pages internet de l'ONISEP, les compétences ne sont classées de cette manière, mais nous avons décidé de les présenter ainsi pour faciliter leur lecture. Nous voyons bien une démarcation assez nette entre ce qui est attendu de la part d'un généraliste de la prévention avec un DUT hygiène et sécurité, et ce qui est attendu de la part d'un ergonome ou d'un psychologue du travail en termes de compétences.

Nous constatons ainsi que la filière de l'ergonomie et celle de la psychologie du travail s'attachent à développer des compétences qui parfois se recoupent. Elles font toutes les deux référence à l'analyse de la demande, et il nous semble que globalement l'ergonomie, dans ses dernières évolutions, mentionnerait de plus en plus la prise en charge de l'individu dans le but d'alléger une potentielle souffrance qui viendrait des conditions de travail. Cependant, aucune de ces deux filières ne fait mention de qualités humaines où en rapport avec l'être, ou le soi comme énoncé par Wittorski (2005). Concernant la filière de la psychologie du travail, les seules compétences qui soient attendues et que l'on puisse rapprocher de l'être sont celles du positionnement ou de la posture attendue pour le psychologue du travail.

En Espagne

Tableau 15 Compétences attendues par le « master de prevención de riesgos laborales »

MASTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

OBJECTIFS	CONNAISSANCES	SAVOIR-FAIRE	QUALITES HUMAINES
Apprendre à identifier et à évaluer les risques au travail.	Acquérir des connaissances en Hygiène et Sécurité, en Ergonomie et Psychosociologie et en Sécurité Industrielle	Planifier et développer les activités de prévention des Risques Professionnels Innover et créer Appréhender le « contrôle qualité » et la gestion comme des facteurs de prévention de risques professionnels Savoir intervenir seul et en équipe Savoir négocier	Développer un sentiment de responsabilité et de satisfaction personnelle au travail

Dans la présentation qui est faite en Espagne des compétences attendues des techniciens de prévention, on voit que les objectifs et les connaissances sont strictement en rapport avec la prévention des risques professionnels. **Cependant, il n'est fait aucune mention des qualités humaines ou relevant plutôt de l'être, hormis le développement d'un sentiment de satisfaction personnelle au travail qui pourrait éventuellement être développé par ces professionnels.**

Nous allons présenter ci-dessous les résultats à la question de la formation et de la compétence telle que ressentie et exprimée dans les entretiens individuels.

A partir des résultats de nos entretiens individuels en Espagne, nous constatons que malgré la différence dans les parcours initiaux, et le fait que l'Espagne ait mis en place un Master qui vise à homogénéiser les compétences en prévention de risques professionnels dont les RPS, les compétences que ces professionnels déclarent avoir au cours des entretiens, à la fin de leurs études sont plutôt en rapport direct avec les compétences propres à leurs études initiales. **80% déclarent avoir appris à utiliser une méthodologie de prévention de RPS, et 40% avoir appris à mieux communiquer en public et avec diplomatie.**

Comme en France, les TP déclarent avoir acquis des compétences qui ne relèvent ni du savoir ni des savoir-faire, mais plutôt à notre sens des compétences sociales où des compétences émotionnelles (Goleman 2011, Gendron, 2016) que nous citons ci-dessous à nouveau pour faciliter la lecture :

Tableau 17 Compétences développées auto-déclarées en Espagne.

SOI	AUTRUI
Être motivé x	Être en empathie xx
Être patient x	Être à l'écoute du bien-être ou mal-être des personnes
Être enthousiaste x	Augmentation de l'empathie xxx
Être assertif x	Augmentation de la connaissance de la motivation des personnes
Contrôler les émotions xx	Augmentation de la connaissance des raisons du bien-être ou mal-être des personnes
Être créatif	Savoir dialoguer
	Apprendre à communiquer
	Apprendre à innover
	Travailler de manière éthique
	Gérer les problèmes

L'empathie est citée dans 80% de cas. La patience dans 20% de cas. Le contrôle des émotions dans 20% de cas, l'écoute en 10% de cas, l'enthousiasme et la motivation en 20% de cas.

De la même manière que leurs collègues français les TP Espagnols semblent avoir développé des compétences qui ne faisaient pas partie de leur formation initiale et qu'ils ont pu acquérir, selon leurs dires, en pratiquant la prévention des RPS dans leur structure. Ces compétences appelées *soft skills* où compétences transversales, sont à notre avis indispensables pour travailler dans les métiers dans lesquels on doit traiter avec des publics en difficulté. En même temps qu'elles aident à rentrer en résonance avec la problématique humaine - et la prévention de RPS est le lieu par excellence où s'expriment souffrances et difficultés - elles aident ces professionnels à se protéger et à rester à une distance qui nous paraît indispensable à l'exercice des métiers dits émotionnels.

A partir de ces résultats l'on peut conclure que certaines compétences indispensables car utiles et nécessaires à la prévention de RPS ne s'acquièrent pas en formation initiale. Les professionnels disent avoir développé en travaillant d'autres compétences que celles qui étaient attendues par leurs différentes filières de formation initiale.

Pour accéder à une compréhension plus approfondie de notre question de recherche nous avons décidé de faire des entretiens d'explicitation sur l'activité de prévention de RPS que ces professionnels disent faire et dont nous allons aborder les résultats.

L'activité de prévention de RPS est explicitée par les IPRP et les TP. Que peut-on extraire des dires des IPRP et TP sur la perception de leur compétence en prévention de RPS ?

8.2 Dans l'exercice de l'activité de travail

Nous avons expliqué plus haut que, pour aborder cette question qui nous permettra de comprendre la construction de la compétence en prévention de RPS en SSTI et SPA, nous avons fait le choix de récolter nos données relatives à l'exercice professionnel à l'aide des entretiens d'explicitation (Vermersch, 1994).

Ce choix a été motivé par une difficulté qui rendait impossible notre accès au terrain d'observation directe de l'activité de prévention de RPS. Comme nous l'avons expliqué, les IPRP et les TP travaillent dans des contextes multiples et très variés. Une partie de leur activité se déroule en entreprise, et une autre partie se déroule au bureau, et entre les deux, il y a un nombre infini d'opérations mentales que les IPRP et les TP effectuent au vu de la question qu'ils doivent traiter. Ces opérations mentales, qui peuvent être du domaine cognitif mais aussi du domaine affectif, concernent les différentes phases de l'activité de prévention de RPS que les IPRP et les TP doivent traiter. Il nous était impossible de bâtir une méthodologie de recherche qui prenne en compte cette extrême singularité, sauf si nous avions fait le choix de faire de la recherche clinique auquel cas un seul cas aurait suffi à illustrer notre propos.

Notre ambition, à l'égard de notre objet de recherche et de notre commanditaire, était d'avoir une vue un peu plus large que le seul sujet de la clinique.

Dans ces conditions il nous a paru opportun, comme argumenté plus haut, de réaliser des entretiens d'explicitation.

Pour suivre la même structure rédactionnelle que sur la question précédente, nous présentons un tableau qui récapitule la question telle qu'elle a été posée à notre échantillon d'IPRP et de TP en France et en Espagne en vue de connaître parmi l'ensemble de répondants ceux qui avaient eu une première expérience de prévention de RPS.

8.2.1. Présentation des résultats issus du questionnaire de sondage en France

France

Avez-vous eu une première expérience en prévention de RPS ?
De la totalité des réponses obtenues, 23 au total, 47,83% ont répondu : oui 52,17% ont répondu : non

Cette première question dans notre approche de l'activité de prévention de RPS avait comme objectif de nous aider à établir un échantillon *ad-hoc* parmi l'ensemble des répondants au questionnaire sondage, soit un total de 23 IPRP en France.

Comme nous le voyons, une moitié de répondants ayant dit ne pas avoir d'expérience en prévention de RPS, nous avons retenu notre échantillon de 10 IPRP parmi la moitié d'IPRP restante auxquels nous avons proposé un entretien d'explicitation.

Il est intéressant de constater qu'en France 1 IPRP sur 2 dit ne pas avoir de l'expérience en prévention de RPS.

8.2.2. Présentation des résultats issus du questionnaire de sondage en Espagne

Espagne

Avez-vous eu une première expérience en prévention de RPS ?
83,33% ont répondu : oui, plusieurs fois 16,67% ont répondu : non

Parmi l'ensemble de TP répondants en Espagne, nous voyons que le pourcentage de ceux ayant travaillé dans la prévention de RPS est plus élevé. Nous avons récolté 18 réponses en provenance de l'Espagne, chiffre qui est plus faible que le taux de répondants en France,

cependant, le pourcentage d'entre eux qui ont une expérience en prévention de RPS étant plus élevé, nous pouvons nous demander si le fait d'avoir mis une exigence en Espagne de Master avec les trois spécialités ne favorise pas l'entrée dans l'activité, dans l'expérience, et donc dans la construction de la compétence.

Nous allons présenter les résultats des entretiens d'explicitation qui nous ont permis d'accéder à l'activité de prévention de RPS au travers de l'actualisation que l'interviewé en fait dans son discours.

8.2.3 Présentation des résultats issus des entretiens d'explicitation en France

Rappelons que la question qui a été posée aux IPRP et aux TP a été la suivante : pouvez-vous nous raconter une activité de prévention de RPS dans laquelle vous êtes intervenu ?

FRANCE

1-Le premier IPRP interviewé a démarré son activité de prévention de RPS **en étroite collaboration avec le médecin** « *avec le médecin on a réfléchi et on est parti du rapport Lachmann¹ ...il nous a bien plu ce rapport et il parlait de dialogue social, de management, de l'implication de la direction, du dialogue, du travail en soi, et il incitait à parler sur le travail...»*

Ensemble, ils ont trouvé un mode d'agir « *on a commenté le rapport Lachmann avec les entreprises et avec les chefs d'entreprise...on avait un power point et on expliquait comment on voulait procéder...ce qui se passait bien ou pas dans l'entreprise... »*

Cette première phase d'adaptation a permis de faire évoluer les pratiques « *j'ai testé, et j'ai fait évoluer le PowerPoint et petit à petit j'ai travaillé sur un module de formation pour la prise en compte des RPS »*

Une motivation d'aide poussait l'IPRP à se questionner « *...je me demandais comment je pouvais les aider... »*

L'arrivée des outils de l'INRS³⁹ a aidé dans un premier temps à consolider des pratiques **« l'INRS a mis au point une grille d'évaluation .. je m'en sers comme trame auprès du groupe de travail et on évalue les thématiques... »**

L'IPRP a pu s'approprier cette grille et elle a commencé à l'appliquer **« l'entreprise m'appelle et on applique la méthodologie INRS ²⁴»**

Pour cette IPRP qui n'a pas de formation de spécialiste, l'évidence est d'avoir recours à d'autres spécialistes **«...je ne peux répondre et je propose de travailler en binôme avec une psychologue clinicienne ou une psycho ergonomie qui travaille en groupe... »**

2-Le second IPRP de notre échantillon nous raconte **qu'à partir d'une demande du médecin, il peut prendre des rendez-vous avec les entreprises pour faire la fiche d'entreprise par exemple, mais que parfois « je vais sans la demande du médecin »** Cet IPRP a développé une stratégie d'approche de l'entreprise et pour ne pas mettre en porte-à-faux la personne il met en avant la fiche d'entreprise qui est obligatoire. **Il voit tous les salariés** sous couvert du collectif et ainsi il peut faire remonter le problème et protéger la personne. Mais il dit bien que **c'est en fonction du médecin**. **« C'est suivant l'intervention, comment le médecin l'oriente »**. Parfois, cet IPRP intervient sans le médecin. Il peut avoir les demandes en direct de l'entreprise, ou de la part de certains salariés. De lorsqu'il va voir l'entreprise s'il décèle une pathologie **il la fait remonter au médecin**. Sinon, si le salarié lui dit qu'il est mal par rapport au travail, il essaye d'approfondir et de voir pourquoi il est mal. **« ...je vais essayer d'approfondir et de voir pourquoi il est mal, d'élargir le champ, est ce que c'est l'individuel ou le collectif...de dissocier la part liée à la personnalité... »** mais il sait que certains médecins ne vont pas aller plus loin, **« d'autres essayent d'aider la personne... »** Il essaye, lorsqu'une demande lui arrive, de la clarifier, de remettre en place le contexte, il la traite et il fait un rapport au médecin. **Il dit que parfois ils ne sont pas d'accord mais qu'il fait toujours valider au médecin** **« ...pour moi le médecin du travail étant salarié protégé inattaquable, il faut qu'il valide, il prend la responsabilité, dans le texte de loi c'est écrit...je lui transmets mon travail, qu'il soit au courant... »** Cela ne lui fait pas plaisir forcément mais il veut se protéger. **Il décrit l'utilisation d'une méthodologie basée sur questionnaire dans un premier temps qu'il aurait abandonné car « ...trop limitatif.. »** Il pense que lorsque l'on intervient en entreprise il faut s'adapter à la situation.. **« ...il ne faut pas arriver avec une grille type pour cloisonner notre champ de**

³⁹ INRS : L'Institut national de recherche et de sécurité est un organisme français qui a pour mission de coordonner les actions en faveur de la santé et la sécurité de l'homme au travail.

vision à la charge de travail etc... » il dit avoir travaillé avec un autre IPRP psychologue qui pour lui avait un déroulé déjà « orienté » car elle travaillait avec une optique charge de travail qui était limitative ce qui l'a empêché de faire des découvertes ailleurs que dans ce champ...

Cet IPRP ne veut pas s'arrêter à un diagnostic «...après je réunis tout le monde sur les problématiques d'échange, entretiens, restitutions, phase de parole collective...j'aime beaucoup car cela modère certains discours...» Cet IPRP travaille autant dans les entretiens individuels que dans les collectifs, mais il se prémunit toujours de l'accord du médecin, même si certains ne veulent pas participer. A partir de ces entretiens il propose des pistes d'action et un groupe de travail pour essayer de travailler sur une piste. Pour lui on finit par créer une méthodologie à soi. «...il y a beaucoup de créativité, car l'intervenant ne peut se dissocier de sa propre personnalité...»

3-Pour la troisième IPRP de notre échantillon ayant un parcours double en psychologie et ergonomie, les choses ne sont pas simples. Elle avait l'impression au départ qu'on lui collait une étiquette « ... *j'avais l'impression, je n'ai pas de titre de psy et on n'arrêtait pas de m'embêter pour faire de la prévention des RPS...j'ai eu tous les titres psycho psychosocioergo...on me demandait de régler les problèmes mais j'étais au début du métier, je n'étais pas à l'aise. Et il m'a fallu trois ans pour me dire que dans toute situation ...qu'il n'y avait pas que ça, qu'il fallait interroger les organisations...depuis les choses ont évolué.. »* Cette intervenante dit avoir mis trois ans pour comprendre que dans toute situation il fallait aussi interroger les organisations, « ... depuis les choses ont évolué.. quelqu'un qui m'avait rassuré c'était un collègue qui travaillait en prévention de RPS et qui avait intégré la question du travail réel et du travail perçu, et je me disais qu'il fallait ce double cursus.. car l'ergonomie a quelque chose à dire sur la méthodologie des situations de travail, mais il faut être formé à la psychologie pour comprendre les processus de régulation collective...pour moi la psychologie sociale est prégnante... » Cette intervenante sent bien la complémentarité entre les disciplines et elle déplore que l'ergonomie ait attiré de préférence des gens en provenance du milieu Hygiène et Sécurité. Elle croit que les gens en provenance de la psychologie sont plus à l'aise mais elle dit qu'il n'y a pas d'outil verrouillé.

Pour son intervention elle analyse la demande « ... *j'interviens soit pour analyser la demande du médecin et orienter une réponse en disant qu'il faut chercher un spécialiste.. »* soit elle

peut faire des entretiens, mais le plus souvent elle fait des accompagnements collectifs soit dans les diagnostics, avec mise en place d'un comité de pilotage⁴⁰, soit elle fait des observations de terrain pour comprendre l'activité du collectif : comprendre le travail pour mieux le transformer, son but serait de créer un référentiel commun pour construire des outils fédérateurs.

Au niveau des outils dans un premier temps cela lui arrivait d'utiliser des outils existants comme la grille INRS. Concernant d'autres outils c'étaient pour elle des outils d'épidémiologie qui n'aidaient pas à comprendre le travail pour le transformer

Elle fait aussi, dans le cadre de la prévention de RPS, des accompagnements au changement « ...on n'est pas moins résistant au changement si on ne comprend pas le changement, s'il n'y a pas un accompagnement, une implication, une prise en compte du facteur humain dans le changement... »

Dans ces accompagnements, dont on sent bien la culture de l'ergonome, elle s'attèle à accéder au subjectif du travail et au réel du travail.

Pour elle son terrain de prédilection est le milieu du travail, l'observable reste « ... son moyen de travail privilégié... »

3-Le quatrième IPRP interviewé fait un doctorat financé par une bourse CIFRE et travaille sur l'étude des relations dysymétriques entre professionnels. Il a organisé une intervention dans une entreprise à la demande du médecin qu'il nous raconte et Il nous dit qu'il ne fait pas d'intervention seul. Il est référent RPS dans le service et il organise les interventions à deux ou trois. Ses collègues ont une formation mixte d'ergonomes et de HSE et interviennent à différents moments. Dans l'intervention qu'il nous raconte avec le médecin, la relation était tendue car « *elle était plutôt en ligne de combat, voulait mettre la pression à l'entreprise* ». Il leur a fallu négocier avec le médecin qui faisait pression, « *on s'est retrouvé avec un médecin qui n'était pas fiable et qui lui-même nous mettait une pression importante pour orienter notre action... et on a décidé de calmer le jeu de ne pas répondre tout de suite, ...de refaire de séries d'observations et d'entretiens... »*

Il a conçu une intervention mixte quantitative et qualitative avec des observations participantes et des entretiens. Il a fait le choix de la méthode quantitative car elle allait permettre d'asseoir sa méthodologie face à une entreprise très rétive « *on a décidé de proposer de construire un questionnaire...parce qu'on avait en face une direction qui était*

⁴⁰ Co-Pil : Comité de Pilotage mis en place pour mener une action de diagnostic RPS en entreprise

extrêmement agressive et a qui il fallait que l'on soit en mesure de présenter des données qu'ils puissent accepter et le volet quantitatif était quelque chose qui permettait d'asseoir la méthodologie et ...ça nous permettait de répondre et de fermer la discussion à l'autre médecin.. » Pour lui les relations sont compliquées mais cela constitue l'objet de sa recherche.

5-Le cinquième IPRP interviewé nous raconte une intervention qui a eu lieu au départ sans le médecin du travail car il n'y en avait pas dans le secteur. Il avait été sollicité par un adhérent.. «... c'était la première fois que cela lui arrivait... » Il avait reçu une demande d'un adhérent qui lui avait dit « ... j'aimerais que vous faisiez une intervention de prévention de RPS... » et il avait donné son accord.

Il était un peu inquiet car dans le secteur **il n'y avait pas de médecin.** « ...il allait arriver mais comme je le connaissais par ailleurs je lui ai parlé du projet en off pour qu'il soit au courant et qu'il soit d'accord parce que je savais qu'il allait arriver officiellement...»

Il a proposé de monter un comité de pilotage, ce qui a été fait. Il a ensuite fait un découpage en unités de travail par métiers et « ...il a pris des porte-parole de différents métiers qui allaient recueillir les données de terrain en fonction de veilles systématiques de l'INRS...»

Par la suite ils ont monté des réunions de travail avec chaque porte-parole pour aborder 26 thématiques.

Entre temps le médecin du travail est arrivé, et ils ont fait l'intervention à trois, avec une assistante en santé et sécurité, le médecin et lui-même. « ...chacun a animé des groupes et on a rassemblé des données sur 26 thématiques qui allaient de l'insécurité économique à la charge de travail, la reconnaissance et les marges de manœuvre, la latitude décisionnelle etc... »

Cet IPRP a conçu son intervention avec l'aide du questionnaire INRS. Après avoir recueilli les données il a proposé des pistes d'action à l'entreprise. Il pense que « ...sa méthodologie est critiquable mais ça en est une... »

Lorsqu'ils auront vu tous les groupes de travail qui représentent les douze métiers de la maison de retraite ils compileront toutes les données pour faire un retour à la direction et à tous les porte-parole.

Par la suite ils intégreront les résultats au Document Unique de l'Entreprise⁴¹.

⁴¹ DU : Document Unique créé par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 en application des articles L4121-2 et L4121-3 du Code de travail.

6-Le sixième IPRP interviewé est arrivé dans le service en 2007. Quelques années après il a eu une collègue psychologue du travail qui est arrivée. Avant cela il faisait les interventions seul.

Il nous raconte l'expérience de prévention de RPS réalisée dans une maison de retraite.

En premier lieu, tel qu'il le retrouve dans ses souvenirs, ils sont allés à la rencontre de l'entreprise, et après ils procédé à l'analyse de la demande ensemble. « ...*la demande c'était pour aller aider l'encadrement qui était en difficulté...il y avait des tensions et des tensions relationnelles dans les équipes et on avait rencontré la directrice...* »

Lorsqu'ils ont rencontré la directrice ils se sont rendu compte que de son côté à elle il y avait des difficultés aussi « ...*elle était débordée, elle n'était pas présente...elle déléguait beaucoup...* » Pour cet IPRP l'activité de la directrice était à prendre en compte dans l'analyse.

Ils ont co-rédigé une proposition avec des méthodologies qui étaient basées sur des entretiens individuels et les comptes rendus à la direction. Cette méthode d'intervention d'avait pas donné les résultats escomptés.

Cet IPRP a beaucoup aidé sa collègue débutante Psychologue du travail « *Elle me sollicitait parce qu'elle avait besoin d'analyse, elle avait inventé son poste, mais elle n'avait personne avec qui en discuter parce que les médecins, eux, la plupart du temps ça leur passait au-dessus de la tête...* »

Ils s'étaient rendu compte que leurs approches étaient complémentaires « ...*on se disait que l'on faisait le même métier avec des approches différentes elle passait plus par l'entretien individuel et moi par l'observation et l'analyse de l'activité...* »

Cette complémentarité se manifestait dans l'échange : « ...*il y avait beaucoup de situations où ils se disaient qu'il y avaient des RPS mais qu'il fallait rentrer par une autre porte...*»

Au début de leur pratique il se rappelle qu'il faisait beaucoup de diagnostics mais il décrit une pratique qui a évolué «...*on fait des interventions de soutien, on cherche à accompagner l'entreprise sur des projets en y intégrant la dimension psychosociale et ça change beaucoup de choses...* »

Cet intervenant, formé essentiellement à l'ergonomie parle des interventions qui visent à favoriser des espaces de dialogue sur le travail. Il se donne comme objectif de rendre l'entreprise plus autonome dans la gestion de ses problématiques de prévention.

Au début de leur pratique ils étaient très attentifs à ce qui sortait de nouveau et ils se

formaient.

Cette pratique qui a évolué au fil du temps est décrite par l'IPRP : « ...au début on remettait le diagnostic à l'entreprise et rien ne changeait. Maintenant on passe moins de temps sur le diagnostic et on accompagne l'entreprise dans l'action dans une approche plus systémique... »

7-La septième IPRP interviewée ne fait pas partie d'un SSTI au moment du recueil des données. Elle travaille à son compte pour un cabinet de conseil. Elle nous raconte une intervention qu'elle a faite dans une entreprise de 150 salariés et 100 saisonniers dans l'industrie agroalimentaire. Cette entreprise fait partie d'un groupe en France racheté par un groupe américain qui a sollicité le cabinet pour lequel elle travaille pour inscrire les RPS dans le document unique (DU)

Elle a fait évoluer cette demande qui lui paraît trop complexe à traiter et a proposé à l'entreprise de mettre en place une démarche de prévention qui mobilise l'ensemble des acteurs de la prévention internes ou externes. « ...je propose à l'entreprise de mettre en place une démarche de prévention des risques psychosociaux en mobilisant l'ensemble des acteurs de la prévention et de réfléchir à comment mettre en place et engager une démarche de prévention en matière de RPS au sein de l'entreprise... »

Cette IPRP parle de ses difficultés à convaincre l'entreprise, « ...elle était réticente et voulait une réponse technique à une demande technique mais...on ne peut pas coller à la demande et donc je suis en train d'accompagner l'entreprise à mettre en place une commission de pilotage sur les représentations de chacun autour des RPS... »

Cette IPRP trouve qu'il y a beaucoup d'idées reçues et elle a décidé « ... de faire d'abord passer un questionnaire et de travailler ensuite sur les petits groupes pour creuser les éléments et amener les collectifs à approfondir les questions qui posent problème... »

Elle commence par sensibiliser l'ensemble de l'encadrement à la démarche pour promouvoir en même temps un peu la culture des RPS.

« ...ils sont très au point sur le risque physique mais il y a eu deux suicides qui étaient l'élément déclencheur... »

Ces interventions sont courtes. Le cabinet lui donne entre 7 et 8 jours maximum, ce qui est très peu à son sens. « ...on accepte la mission parce qu'il faut bosser et qu'il faut gagner le client... qui nous fera après intervenir sur un plan organisationnel... »

Elle n'aime pas faire ses missions sur si peu de temps. Il lui en faudrait davantage « ...c'est le point faible de mon activité : qu'il est difficile de dire au client ce ne sont pas 7 jours qu'il me faut mais quinze... »

Dans son cabinet on utilise certains outils comme le karasek⁴² ou le siegrist mais elle préfère utiliser les outils de l'INRS.

Elle utilise aussi d'autres outils comme un questionnaire canadien qui lui a été présenté mais elle pratique surtout des entretiens individuels et collectifs.

Il lui semble que sa méthode a évolué malgré que l'entretien individuel pour elle ne soit toujours pas facile « ... c'est difficile à gérer parce qu'il y a une charge émotionnelle parfois qui n'est pas simple et il faut pouvoir l'encaisser... »

Elle intervient seule mais parfois elle va chercher de l'aide auprès d'autres psychologues du travail.

Elle ne peut pas rester sans échanger car pour elle «... c'est un sujet délicat, c'est un des seuls risques où quand on intervient on peut en générer encore plus donc il faut vraiment faire attention... »

9-Le neuvième IPRP que nous avons interviewé nous a expliqué une première expérience qu'il a eue en prévention de RPS lors de ses stages quand il faisait ses études de psychologie du travail, en cabinet de conseil où il avait été recruté pour s'occuper d'une prestation conduite par un questionnaire le WOOQ⁴³, pour lequel il était parti se former à Liège.

Cet IPRP avait toujours aimé traiter les données statistiques, et il avait commencé par une première expérience où l'outil statistique était très important. « ...du coup je me suis appuyé plutôt sur la méthodologie préconisée par le WOOQ pour développer mes actions parce que de toutes manières il y avait des prémisses qui étaient intéressantes...j'avais développé une attirance pour le sujet... »

Il nous raconte une situation de prévention de RPS sur laquelle il est intervenu et qui s'est déroulée dans une petite structure qui vendait du gaz, et où le médecin du travail avait été alerté.

Il a expliqué au médecin que plutôt que partir sur la situation individuelle il fallait

⁴² Karasek : Outil d'évaluation des facteurs de risques psychosociaux au travail qui comporte trois dimensions : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social au travail.

⁴³ WOOQ : Working Conditions and Control Questionnaire, méthode de diagnostic collectif des risques psychosociaux liés au travail.

placer une démarche collective, et le médecin a été d'accord.

Il a d'abord rencontré la direction « ...je leur ait dit qu'il fallait un espace de dialogue comme un Comité de Pilotage (copil) ou un groupe de travail sur le sujet...et puis que ce soit leur action et pas la mienne...ce copil je lui ai présenté le sujet..à la suite j'ai posé ce que c'étaient les rps et je me suis appuyé sur la définition de Gollac qui est plus facile à l'époque de Nasse Légeron sur les RPS on revenait au stress et ça peut être individualisé par l'entreprise, c'est assez gênant alors que dans la définition proposée par Gollac⁴⁴ on peut poser que l'on va travailler sur les conditions organisationnelles, relationnelles et des conditions de travail...et à la suite je leur ai présenté les méthodes qualitatives et quantitatives... »

L'entreprise a décidé de mettre en place le questionnaire de Karasek²⁹ « ...avec peu de variables parce qu'ils étaient peu nombreux... »

Cet IPRP pense qu'avec le Karasek on est vite prisonnier des postulats théoriques et il préfère redéfinir des variables où définir une méthode plus proche du travail. « ... ils ont retenu les entretiens individuels et on a fait un échantillonnage aléatoire et j'ai réalisé des entretiens individuels pour identifier des motifs de satisfaction et des pistes d'action... et ensuite on a travaillé avec le groupe de travail qui s'est saisi des difficultés rencontrées pour trouver des pistes d'action...tout cela s'est mené sur un empan temporel de 6 mois... »

Par la suite il a présenté les résultats à l'entreprise « ...je leur ai dit soit vous pensez avoir suffisamment d'éléments pour arriver à définir des pistes d'action soit on définit une méthode plus proche du travail soit des entretiens collectifs ou de l'analyse de l'activité, et ils ont retenu des entretiens individuels. ..on a fait un échantillonnage aléatoire sur les deux catégories socio professionnelles et j'ai réalisé des entretiens...»

Une fois qu'il a analysé les résultats et identifié des pistes d'action, « ...on a travaillé sur ce matériel avec le groupe de travail et à lui de saisir et d'opérationnaliser, chose qu'ils ont faite assez brillamment d'ailleurs...»

L'entreprise a mis en place un outil qui lui permettait de mieux gérer les appels et de mieux les orienter, et ils ont entamé des dialogues sur les véhicules pour les commerciaux etc.. « ...ce sont les conditions de travail c'est basique...»

Il a fait cette intervention seul mais toujours en lien avec le médecin du travail ; « ...ils

⁴⁴ Le rapport Gollac, 14 mars 2018, présente une série de recommandations pour évaluer 6 grands facteurs de risques psychosociaux au sein d'une entreprise.

viennent rarement peut-être dans le lancement de l'action et sur les résultats mais entre les deux ils nous font confiance, mais on leur fait un reporting de comment les choses avancent... »

Cet IPRP maintenant occupe un poste de responsable et encadre 12 IPRP, mais il peut continuer à faire des sensibilisations auprès des managers ou des salariés, des tables rondes à l'intention des chefs d'entreprise, et aussi des médiations sous certaines conditions « ...j'en ai eu fait mais je leur ai dit on va intervenir sur les relations et l'organisation sinon je ne viens pas, comme il y a un droit de retrait c'est facile... »

10-Le dixième IPRP interviewé a un parcours mixte d'ergonomie et psychologie qui parfois le laisse un peu désemparé « ...aujourd'hui je ne sais plus qui je suis en fait on se sent plus ergo parce que je tiens beaucoup au fait que psycho c'est un titre ça veut dire que l'on a validé un master de psycho...»

Cet IPRP nous raconte une première expérience de prévention de RPS qu'il a eue lors d'un de ses stages en fin d'études dans un cabinet de conseil « ...on m'a fait entrer par la porte du harcèlement moral. Heureusement que ça a duré un an parce que si ça avait duré six mois,...j'ai mis six mois à retourner la demande qui s'est transformé en une analyse de l'activité des managers de proximité... »

Il raconte qu'il s'était aperçu du fait que cette population était très compressée « ...on leur demandait beaucoup de reporting et ils n'avaient pas la possibilité de manager correctement, on a fait tout un travail d'analyse de l'activité... »

Il explique comment c'est important pour lui de négocier au départ « ...j'étais rattaché au DRH et j'ai négocié avec lui les modalités de mes interventions...j'ai fait des entretiens individuels et des journées d'observation... »

Il avait fait quarante entretiens avec des managers sur le contenu de l'activité et des aspects organisationnels du vécu au travail.

Pour cet IPRP tout ce travail fait a permis une prise de conscience. Pas de transformations, mais une prise de conscience parce que l'année d'après il a su qu'un cabinet rentrait dans l'entreprise pour faire un module de formation auprès des managers de proximité.

Il dit que l'essentiel du travail de l'ergonome : l'analyse de la demande, comment on sélectionne et définit le périmètre de l'intervention, quelles sont les problématiques et les hypothèses que l'on met en œuvre, quelle méthodologie on met en place, et quels

résultats on obtient, n'a pas toujours les résultats escomptés.

Dans le cas de cette première expérience, cela a permis une prise de conscience.

Il travaille dans le SSTI et se rend compte que **les médecins savent peu traiter la problématique de la prévention des RPS.** « ...les médecins ne savaient pas du tout comment gérer ces questions, mieux maintenant, et ils appelaient la psychologue du travail : de suite viens dans mon bureau et prends le relais pour soutenir cette personne... »

Cet IPRP a mis en place des procédures actuellement « ...on s'est retrouvé à créer des outils qui permettent d'intervenir d'autres manières dans des situations individuelles...ça a permis de montrer le côté artisanal de l'époque qui existe un peu aujourd'hui, même si j'ai une démarche plus structurée...»

Ce qui a été important pour cet IPRP c'est de trouver le moment dans lequel il peut influencer le chef d'entreprise « ...c'est le moment où on arrive à retourner le dirigeant et à lui faire comprendre qu'il y a des choses qui se jouent dans sa structure et que s'il ne les prend pas en compte ça va péter... »

Il continue à peaufiner des outils qu'il met à disposition de ses collègues, des outils d'approche de la problématique générale de l'entreprise.

8.2.4. Présentation des résultats issus des entretiens d'explicitation en Espagne.

Nous rappelons la question posée : pouvez-vous nous raconter une expérience de prévention de RPS dans laquelle vous avez participé ?

ESPAGNE

1-Le premier TP interviewé travaille dans un service de prévention autonome d'une entreprise et il nous raconte plusieurs activités de prévention de RPS. Par exemple celle d'une banque qui a été réalisée à la demande de l'inspection du travail. **Cette banque, dit-il, a pris un questionnaire dont il ne connaît pas le nom, qu'ils ont modifié, et ils ont appelé cette intervention pré diagnostic.** D'autres interventions chez les buralistes se font en faisant passer un questionnaire, mais les gens le remplissent ou ne le remplissent pas, cela est égal, « ...ils se sont couvert face aux syndicats... »

Il est difficile pour ce TP de rentrer dans le détail des interventions réalisées.

Il dit que la méthodologie utilisée est celle de l'Institut d'hygiène et sécurité (IHS)⁴⁵ à laquelle ils rajoutent où enlèvent des questions.

Ce TP explique que en Espagne avec un médecin et une ou un infirmier on peut ouvrir un SPA qui peut travailler sur tout le territoire..

Les SPA font des contrats d'intervention annuels avec les entreprises, et la visite médicale ne rentre pas dans le prix.

Souvent le médecin n'est pas au courant de ce qui se passe dans l'entreprise « ..*nous avons adressé des demandes pour que l'on donne des évaluations de rps aux médecins pour qu'ils sachent à quels risques sont exposés les travailleurs...ici on ne fait pas de prévention...le médecin est limité à la visite seulement...* »

Il nous explique que la méthodologie est toujours la même, **ils font passer un questionnaire istas21** « ... *ils ont pris le copsoq⁴⁶ et ils l'ont traduit, il y a la version courte et la longue, et après notre gouvernement en Catalogne, lui a changé le nom car les syndicats majoritaires Comisiones Obreras (CCOO)⁴⁷ et Union General de Trabajadores (UGT)⁴⁸ ont fait pression...* »

L'activité de prévention de RPS de ce TP est décrite comme une simple passation de questionnaires, et de façon ponctuelle des entretiens.

Pour lui le TP n'a pas d'autonomie car il n'a pas le temps de faire tout ce qu'il doit faire et de visiter les entreprises.

2-La deuxième TP interviewée travaille dans un service de prévention autonome et elle nous explique une activité de prévention de RPS.

Elle fait la différence entre l'évaluation des facteurs et l'évaluation des risques. Elle est intervenue à la demande de l'inspection du travail.

Elle a proposé une méthodologie d'intervention en CHSCT. Elle a proposé la méthodologie du questionnaire Copsoq appelée Istars21 en Espagne, car elle trouve qu'il permet une grande participation. « ...*Cette méthodologie exige un compromis entre le*

⁴⁵ IHS : Institut d'Hygiène et Sécurité dans le travail dépendant du Ministère du travail, migrations et Sécurité Social Espagnol

⁴⁶ COPSOQ : Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Questionnaire de mesure des risques psychosociaux composée de 46 items regroupés en 24 échelles et rendant compte de six dimensions.

⁴⁷ CCOO : Syndicat espagnol Comisiones Obreras

⁴⁸ UGT : Syndicat espagnol, Union General de Trabajadores

comité d'hygiène et la direction et un travail collaboratif avec des représentants de la direction...»

Elle trouvait cette méthodologie intéressante car tout le monde s'impliquait dans son déroulement et dans la compréhension du concept des risques psychosociaux. « *...lorsque les gens sont d'accord au début, les mesures que l'on préconise après sont mieux acceptées...* »

Elle a mis beaucoup de temps pour distribuer et collecter les questionnaires car dans un hôpital tout le monde fait un travail posté. Elle avait recueilli 1000 questionnaires qu'elle a dû traiter. Toute la démarche lui a pris 2 ans. Elle avait constitué un groupe de travail qui se réunissait une fois par semaine pour analyser les résultats et proposer des pistes d'actions.

Lorsque le rapport final a été élaboré, elle l'a présenté aux syndicats, à la direction et à l'inspection du travail. Elle décrit cette première expérience comme quelque chose de très stressant où elle a dû recourir à des experts de Istars21 pour se faire conseiller.

« ...j'essaie d'avoir un réseau de gens experts en Espagne au niveau de risques psychosociaux... »

Elle avait choisi cette méthodologie car elle propose des mesures et elle donne des pistes d'action, elle est facile à utiliser.

3-Le troisième TP interviewé travaille dans un service autonome et il est docteur en biologie.

Il nous explique qu'en Espagne faire de la prévention de RPS est compliqué « *...parce que les gens qui travaillent en prévention considèrent qu'il sont là comme les extincteurs de feu, qu'ils sont seulement utiles en cas d'urgence...* »

Il a fait l'évaluation de RPS car il fallait le faire.

Il a utilisé la méthodologie du copsoq Istars 21, qui est rebaptisée en Catalogne et s'appelle CSUCAT. Il a fait ce choix parce qu'il y a des publications sur cette méthodologie qu'il a pu consulter.

« ...je ne me considère pas un expert, loin de là et j'ai besoin de me guider par une méthodologie qui a déjà fait ses preuves... »

Il avait consulté les différentes publications de « Fomento del Trabajo⁴⁹ » en Catalogne et il avait trouvé que Istars était une des meilleures méthodologies qui était gratuite et qu'elle avait un logiciel informatique qui lui permettait de présenter les données sous forme de graphiques de sorte que lorsqu'il regardait les résultats et les comparait à ce qu'il savait de l'organisation,

⁴⁹ Fomento del Trabajo : la plus importante organisation d'employeurs de Catalogne.

les choses correspondaient.

Cette deuxième intervention il l'a faite seul, mais il en a réalisé une première où il a été question de modifier le questionnaire Istas en rajoutant des variables pour le burnout où il a accompagné une étudiante de master et depuis il sait le faire seul.

Les résultats de son intervention avec la méthodologie Istas étaient assez parlants et cela a permis de proposer et de mettre en place des pistes d'action.

Une fois qu'il a fait passer le questionnaire et qu'il a en a analysé les résultats, ce TP sort trois documents de synthèse tels que proposés par la méthodologie Istas, et il les propose à la direction en expliquant quels sont leurs problèmes et quelles sont les actions qu'ils peuvent mettre en place pour parvenir à une solution.

Il propose une liste d'actions à la direction et aux représentants du personnel. Qui aura ensuite la charge de communiquer en direction du reste de l'entreprise. Il arrive qu'on lui demande de présenter les résultats aux salariés et là il profite de l'occasion pour faire de la pédagogie. Lorsqu'il se rend compte qu'un service ne fonctionne pas il essaye de ne pas stigmatiser son directeur et de proposer des solutions alternatives comme la mise en formation etc..

5-Le cinquième TP que nous avons interviewé est diplômé en relations de travail et il travaille dans un Service de Prévention Propre (SPP) de l'administration publique.

Il a été longtemps TP dans un SPA.

Dans sa première intervention en entreprise, lorsqu'il travaillait pour un SPA, ce TP s'est contenté de parler avec les syndicats et de passer un questionnaire qui a été traité par la suite sans donner lieu à d'autres interventions.

C'était la **méthodologie de l'Institut Navarro**⁵⁰.

Il pense qu'au-delà de toutes les méthodologies ce qu'il faut c'est expliquer aux gens.
« ...a la fin tu dois expliquer qu'il y a une série de facteurs de risques et qu'il faut répondre de la manière la plus sincère possible au questionnaire si l'on veut qu'il y ait des pistes d'action par la suite... »

Il n'utilise plus la même méthodologie qu'avant. Maintenant le service pour lequel il travaille a développé une nouvelle méthodologie basée sur le fpsico mais adaptée à l'administration avec des variables pour le personnel enseignant mais aussi pour le personnel sanitaire et le

⁵⁰ Institut Navarro : Institut Navarro de Santé au Travail. Organe autonome de santé publique et de travail de Navarra.

personnel de justice.

« ...il y a toujours un pourcentage de gens qui ne s'adaptent pas parce qu'ils ne comprennent pas les RPS, peut être que nous ne l'expliquons pas bien... »

Il travaille plus ou moins seul, il parle avec les salariés, il crée un groupe de travail collectif où il explique ce qu'il fait et la méthodologie qu'il va utiliser.

Il pense qu'il faut expliquer aux gens pour avoir leur adhésion parce que sinon on n'a pas assez de résultats. *« ...vous pourrez exprimer ainsi toutes vos inquiétudes qu'après, moi, je vais traiter de façon anonyme...»*

A partir de ces résultats il va proposer un ensemble de mesures ou des pistes d'action qui seront adoptées par l'entreprise et mises en application.

Il donne le questionnaire directement, ou il le fait passer, ou il leur propose une date où il repassera pour le récupérer.

Ces interventions durent en moyenne 5 mois.

Au moment de la restitution il ne fait pas d'entretiens collectifs. Il donne le rapport au responsable et si celui-ci l'appelle à ce moment-là il se présente et l'aide éventuellement à la mise en place des pistes d'action

Ce TP dit que *« ...parfois les gens ne collaborent pas et parfois ils collaborent... »*

Il explique qu'au-delà de ce type d'intervention il a mis en place une procédure d'intervention dans les cas de harcèlement, où il mobilise ce qu'il dénomme des personnes référentes, qui sont avertis en premier lieu par les personnes qui souffrent de harcèlement.

6-Le sixième TP interviewé est pédagogue de formation et elle travaille dans un SPA.

Elle a réalisé des études pour des entreprises, sur la discrimination, des procédures pour prévenir le harcèlement, tout ce qui touche à la gestion des équipes et au leadership en prévention.

Elle nous explique une intervention dans laquelle elle a eu à faire un choix de méthodologie qui s'est reporté **sur Istars 21 ou sur pfsico.**

Dans son cas, elle a préparé le questionnaire, a réalisé les entretiens, a mis les données sur informatique, a analysé et rédigé le rapport.

Parfois c'est l'entreprise elle-même qui la sollicite, et d'autres fois c'est un membre de leur équipe qui le fait.

« ...ici on est tous spécialisés dans des domaines différents et l'on fait appel les uns aux

autres pour traiter des aspects que l'on maîtrise moins... »

Lorsqu'elle reçoit la demande de l'entreprise elle prend rendez-vous avec celle-ci et elle va proposer une méthodologie d'intervention. Elle fait des entretiens individuels mais pas beaucoup et ponctuellement elle peut faire des entretiens collectifs.

«...lorsque l'on a rédigé le rapport on le présente au responsable et au responsable du comité d'hygiène et sécurité , j'essaie de faire des groupes de travail et si le groupe est très réduit je présente les mesures ou les pistes d'action à l'ensemble du personnel... »

Concernant le déroulement de l'intervention cette TP précise qu'on met à disposition de l'entreprise un lien informatique pour la réponse au questionnaire et qu'après avec l'analyse le compte rendu et la visite à l'entreprise, cela peut-être l'affaire de 5 ou 7 jours.

Une fois les résultats restitués, elle peut proposer à l'entreprise un accompagnement dans la mise en place de pistes d'action, et si elle ne le souhaite pas, il leur est proposé une contre visite 6 mois plus tard pour voir quel est le résultat après la mise en place des pistes d'action.

7-Le septième TP interviewé est ingénieur chimiste et travaille dans un Service de prévention autonome où sa mission consiste à faire le lien entre le service autonome et le SPA

Il nous explique une intervention de prévention de RPS dans laquelle il est intervenu. Cela s'est déroulé dans son entreprise. Il savait que certains postes d'encadrement subissaient une pression forte et il a eu la possibilité de se mettre en rapport avec la direction qui a accepté de faire un diagnostic de RPS.

Il a contacté le SPA qui travaillait avec eux et avec la psychologue qui travaillait dans ce SPA ils ont défini la méthodologie d'intervention.

« ...je n'ai pas voulu le faire seul. Je ne suis pas psychologue donc j'ai demandé l'aide de la psychologue du service ... »

« ...Avec elle on a décidé que j'allais décrire tous les postes de travail et m'occuper de garantir l'anonymat. Cela était très important... »

Ce TP a préparé les questionnaires avec la psychologue qui a fait le choix d'utiliser une méthodologie existante, Istars.

Ils ont corrigé ensemble les questionnaires et enlevé des questions qui n'étaient pas appropriées.

Ils ont pu élaborer trois sortes de questionnaires *« ...Un adapté aux ouvriers, un autre*

pour l'encadrement et un autre pour le personnel de direction... »

Après ce TP a fait passer les questionnaires en main propre, qu'il récupérait une heure après. Il les a envoyés à la psychologue qui faisait l'évaluation. Après l'analyse la psychologue leur a dit « qu'ils n'étaient pas si mal » mais qu'il y avait certains points à améliorer.

« ...on n'était pas si mal, on était dans une situation de production qui restait dans des standards corrects mais pas bons et nous avons essayé de faire attention à la pression et au temps de travail qui étaient trop rigides... »

Ils ont impliqué les membres de la direction avant le diagnostic et après, avec les résultats, en leur expliquant que le personnel d'encadrement avait trop de pression.

Pour ce TP il y avait un intérêt à faire intervenir une psychologue qui était de baisser le niveau de méfiance des syndicats à l'égard de ces interventions.

« ...au niveau de l'enquête on peut choisir une méthodologie mais elle a su aller plus loin et interpréter les résultats de manière cohérente... »

8-Le huitième TP interviewé est psychologue du travail et travaille actuellement dans un service de prévention propre mais a travaillé auparavant dans un SPA

Elle nous explique qu'elle a commencé à travailler dans un SPA où il fallait intervenir dans des entreprises très variées. Elle faisait des évaluations de risques psychosociaux mais au début seulement à la demande de l'inspection du travail car *« ... les entreprises étaient très réticentes, elles ne voulaient pas apprendre de mauvaises nouvelles... »*

Elle faisait plutôt des études de poste et parlait de charge mentale de travail car les entreprises n'étaient pas encore aptes à entendre parler des risques psychosociaux.

Au début elle a utilisé comme méthodologie la seule qui était publiée *« ... on utilisait la méthodologie de l'institut catalan d'hygiène et sécurité c'était la seule avant l'arrivée de istas, après on n'a utilisé que la méthodologie de istas mais le problème était qu'il fallait donner les informations aux syndicats après, et cela ne nous plaisait pas... »*

Elle nous explique qu'elle complète cette approche, participative, par la réalisation d'entretiens, et qu'elle a fini par remplacer la méthodologie istas par celle de l'institut, dont l'utilisation est plus simple.

Elle passe beaucoup de temps à faire de la pédagogie avec le chef d'entreprise, sur le bien-

être au travail.

Lorsqu'elle est intervenue dans les TPE⁵¹ elle faisait tout : la planification de la prévention et la mise en place du plan de prévention ainsi que sa gestion.

Dans les plus grandes entreprises l'intervention se fait à plusieurs.

Maintenant elle travaille dans un Service de Prévention Autonome et elle fait beaucoup de formation et sensibilisation car le public pour lequel elle travaille est sensible à la question de la santé au travail.

Elle s'est formée au « mindfulness⁵² » et elle est devenue aussi formatrice.

Elle fait de l'évaluation et du contrôle de ces interventions.

9-Le neuvième TP interviewé est docteur ingénieur industriel et travaille dans un SPA. Il encadre une équipe où il a une psychologue qui travaille sur des questions d'organisation et une autre qui travaille sur des questions émotionnelles.

« ...on travaille de plus en plus, dans les entreprises les questions de changement de comportements, sur le plan de la prévention en sécurité... »

Lorsqu'ils ont une demande ils constituent une équipe et parfois en fonction de celle-ci ils font appel à des ressources externes comme un anthropologue qui peut les aider dans l'analyse poussée des comportements.

Ils essaient de promouvoir dans leurs interventions des changements dans la culture de l'entreprise.

Lorsque l'intervention se déroule dans une entreprise qui ne veut qu'être en conformité avec la loi ils font une évaluation simple tout en prévenant l'entreprise que si elle ne change rien, cela va aggraver la situation. **Ils utilisent dans ce cas la méthodologie de questionnaire classique. Ils s'occupent de tout. Créer le groupe de pilotage, faire passer le questionnaire, l'analyser et rendre les résultats, et parfois ils aident dans l'implantation de mesures, mais ce type de clients ne sont plus intéressants pour le SPA dans lequel ce TP travaille.**

Ce SPA essaie de travailler avec des grandes entreprises qui ont envie de faire de choses. Ce TP nous explique que lorsque dans une grande entreprise, **le syndicat majoritaire est celui qui a financé la méthodologie istas, cela devient une lutte pour faire quelque chose dans le domaine du psychosocial.**

⁵¹ TPE : Très petite entreprise

⁵² Mindfulness : technique utilisée à des fins médicales ou de bien-être pour développer la capacité d'obtenir un certain état de conscience axé sur le moment présent.

« ...lorsque tu arrives dans une entreprise, et il y a beaucoup de gens de ce syndicat ils essayent de nous imposer le questionnaire... »

Lorsqu'ils sont appelés par une entreprise qui veut réellement faire avancer les choses, ils s'allient avec les ressources humaines pour faire évoluer des facteurs de communication, participation etc...

« ...nous avons les deux types de clients, ceux avec qui on fait les interventions classiques de questionnaire et les autres... »

En fait ce TP nous explique comment ils interviennent de façon classique, mais aussi les interventions qu'ils aiment développer, toutes celles qui sont liées aux neurosciences qui vont permettre de changer des comportements dans l'entreprise qui deviennent risqués.

Il souhaiterait pouvoir intervenir davantage dans les organisations et ne pas se cantonner à des interventions de questionnaire

10-Le dixième TP interviewé est juriste et travaille dans un SPA. Il avait commencé dans le SPA comme directeur des ressources humaines mais petit à petit il a été amené à intervenir et a fini par diriger le service.

Il nous raconte une activité de prévention de risques psychosociaux tout en nous disant que son service n'est pas représentatif de ce qui se fait en Espagne en prévention de risques. En fait ils sont partis d'un SPA classique, et ils ont développé des activités de conseil. Une des activités qu'ils développent en prévention de RPS est une intervention avec le Serious Game de Lego⁵³. Il nous explique qu'ils ont formé des personnes au sein du service que l'on appelle des « facilitateurs » qui sont labélisées par lego et qui interviennent sur des jeux de rôles. L'activité du jeu est très présente chez eux.

Ils n'utilisent pas les méthodologies classiques de diagnostic ni les entretiens individuels ni les entretiens collectifs. Ils essayent de former l'entreprise tout en jouant.

« ...ici le psychosocial est un sujet tabou alors il faut essayer de les accompagner dans leurs projets... »

Ce TP nous raconte qu'ils font par prédilection des interventions qui visent à changer les comportements.

« ...Avec la méthodologie du serious game tu joues et tu interprètes. Tu crées un groupe de

⁵³ Lego serious play : Méthodologie mise en place par Lego pour intervenir dans les entreprises sur des problématiques de management.

cadres et chaque cadre prend un rôle différent. Tu fais des groupes de 10 ou 12 personnes et tu leur demandes par exemple de construire une tour et en fonction de la manière dont tu la construis on voit quelle est la problématique...parfois c'est compliqué cela génère des émotions, les gens pleurent...»

Ce TP nous explique que son SPA veut sortir de l'étiquette intervention en prévention de RPS et que pour cela ils essayent d'apporter des solutions aux entreprises en les aidant à développer leur créativité au maximum.

Ils utilisent d'autres techniques comme la PNL⁵⁴ où ils vendent l'utilisation de serious games pour travailler au niveau émotionnel.

La recherche de créativité est présente chez eux qui veulent se démarquer de la concurrence en développant des techniques originales et différentes.

Ils sont à la recherche de la méthodologie qui soit la plus appropriée à la demande du client et souvent ils partent à la recherche des méthodologies qui ont fait leurs preuves dans d'autres pays pour la proposer à leurs clients.

8.2.5. Présentation des résultats issus de l'analyse du corpus à l'aide du logiciel Alceste

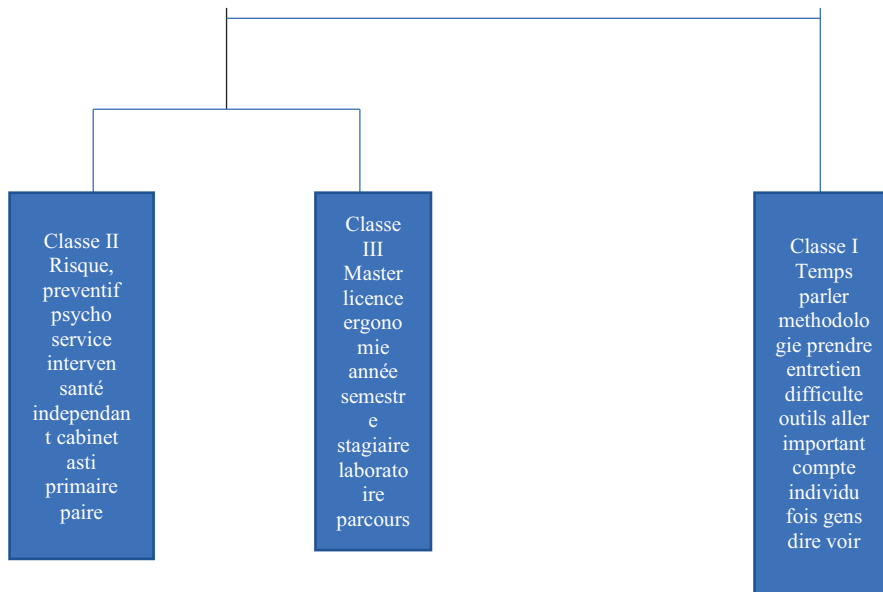
Rappelons que Alceste nous aide à comprendre comment s'expriment les personnes qui le font. Nous rendons compte ci-dessous des résultats qui évoquent des différences intéressantes entre les deux catégories de professionnels.

France

83% des unités textuelles du corpus ont été classées (niveau de pertinence très élevée) et 17% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 3 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatifs ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et coloriée suivant l'ordre d'apparition dans la classification. La classe 1 est la plus spécifique, détachée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 70,95% des unités textuelles classées : ses mots significatifs sont « **temps, parler, méthodologie, prendre, entretien, difficulté, outils, aller, important, compte, individu, fois, gens, dire, voir** ». Elle est suivie de la classe 2 qui représente 20,68% des unités textuelles classées : ses mots significatifs sont « **risque, préventif, psycho, service, intervention,**

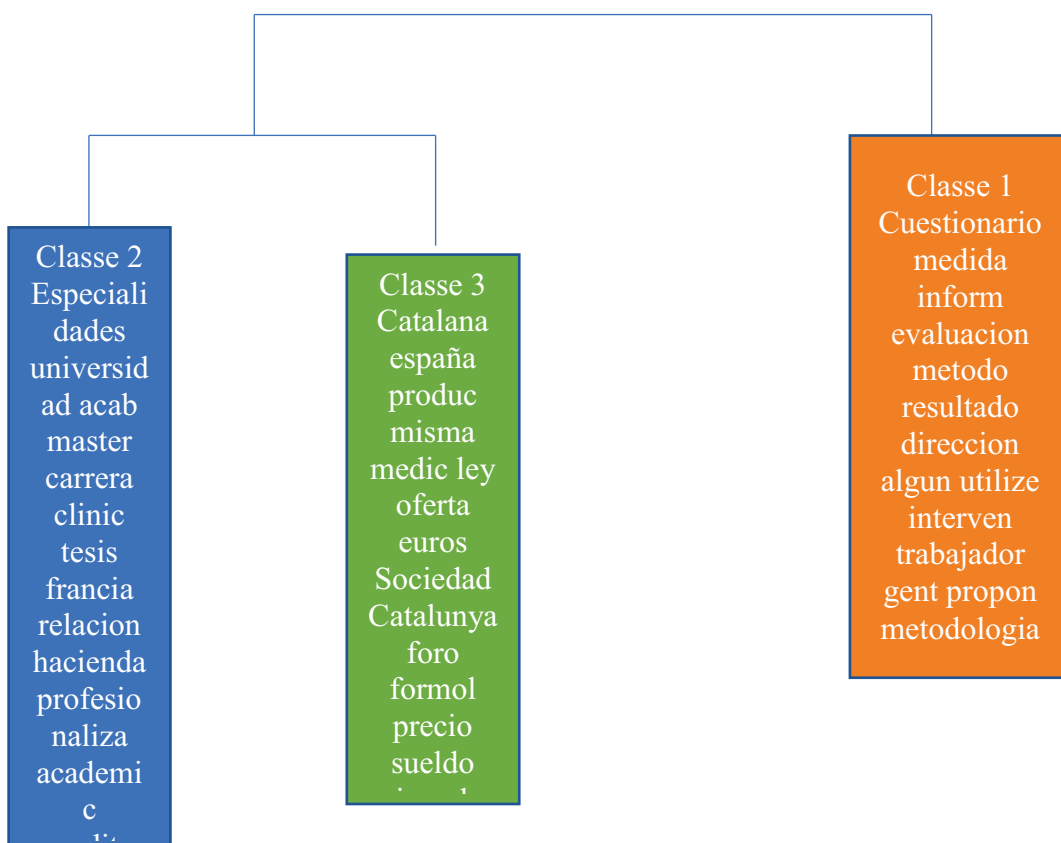
⁵⁴ PNL : Programmation neuro linguistique. Méthodologie élaborée dans les années 1970 pour décrire et reproduire des comportements efficaces en faisant évoluer les automatismes et les représentations mentales.

santé ». Elle est suivie de la classe 3 qui représente 8,36% des unités textuelles classées : ses mots significatifs sont « *master, licence, ergonomie, année, semestre, stagiaire* ».



Espagne

Sur 83% des unités textuelles du corpus classées (niveau de pertinence), la classe 1 représente 60,49% des unités textuelles classées et s’articule autour des mots : « *cuestionario, medida, informacion, evaluacion, método, resultado* ». La classe 2 représente 19,76% des unités textuelles classées autour de : « *especialidades, universidad, acab, master, carrera, clinic* ». Elle est suivie de la classe 3 qui représente 19,76% des unités textuelles classées : ses mots significatifs sont « *catalana, española, produc, misma, medic, ley* ».



8.2.6. Analyse et discussion des résultats

Dans l'ensemble des cas présentés, on retrouve à peu près la même trame d'intervention, et le même désir récurrent, de la part des intervenants, de trouver une méthodologie qui leur permette d'approcher l'entreprise.

Selon sa formation initiale, l'IPRP est plus ou moins « envahi » **par la question de l'analyse de la demande**, mais l'on voit bien qu'elle est centrale pour tous et que c'est à partir de celle-ci que l'intervenant pourra structurer sa prestation.

Nous avons vu dans la partie précédente qu'une des compétences attendues de l'ergonome est bien celle-ci : savoir analyser la demande. En psychologie du travail c'est aussi une des compétences attendues.

Cette analyse de la demande peut prendre plus ou moins de temps, mais le but est de clarifier la véritable demande qui se cache derrière celle qui est annoncée par l'entreprise qui sera ce à quoi devra se confronter « *in fine* » l'IPRP.

Analyser une demande signifie donc pouvoir déceler les embûches qui éventuellement peuvent se cacher derrière et qui, tôt ou tard, finiront par surgir dans l'intervention des IPRP. Ceux-ci sont souvent confrontés à « *l'angoisse* » de ne pas savoir au démarrage, « *où ils vont mettre les pieds* ». Ils ont été formés à cette analyse de la demande et dans leurs formations initiales on leur a dit qu'il fallait prendre le temps et faire très attention, mais nul IPRP ne peut se prémunir de toutes les formes de rencontres de chef d'entreprises qu'il aura à faire. Le champ de la relation humaine, qui représente la toile de fond de l'activité de l'IPRP peut, et s'avère être souvent, un terrain semé d'embûches.

La confrontation à l'entreprise, la proposition d'intervention, paraît aussi pour les IPRP, un moment crucial dans la démarche. Cette présentation comportera une part de négociation où il faudra fixer les limites éventuelles de l'intervention au moins que l'on puisse les fixer en cours de route...

Pour les IPRP qui travaillent en SSTI, la relation au médecin, et la manière dont l'intervention se construit ou pas avec celui-ci, paraît déterminante pour la suite de la prestation. **Dans cette relation qui devrait être de co-construction, il y a des parcelles de pouvoir qui vont se négocier dès le départ et qui fixeront aussi les périmètres de l'action de l'IPRP.**

Comme l'énonce Barlet (2015), il y a autant de médecines du travail que des médecins du travail, et, comme l'expriment les IPRP interviewés, il suffit parfois d'un médecin qui comprenne et qui ait des « appétences » pour les RPS, **pour que l'intervention se mette en place, et avec elle la possibilité, pour l'IPRP, d'apprendre par l'expérience.** D'autres IPRP auront à s'affirmer et à négocier des parcelles d'intervention avec des médecins pas intéressés ou peu connaisseurs du sujet, ce qui limitera leurs accès à l'expérience de prévention en RPS et à l'apprentissage.

En France le législateur a placé le médecin en tant que coordinateur des équipes pluridisciplinaires, ce qui quelque part laisse croire que c'est le médecin qui devrait décider du type de mission de prévention de RPS à mettre en place, mais le médecin est-il formé pour cela ? a-t-il envie de coordonner des missions qui parfois ont une grande envergure et qui se déploient sur plusieurs mois avec des interlocuteurs différents et dont les enjeux se négocient sur le terrain au fur et à mesure qu'ils apparaissent ?

En adoptant cette position le législateur a-t-il facilité la tâche des équipes de santé au travail sur le terrain ? où a-t-il plutôt préservé un collectif qui détient une position emblématique en France, où la médecine s'est constituée comme profession à partir du XVIII^e siècle, où elle a occupé une place de contrôle sur les structures sociales (Foucault, 1963) ?

Nous reviendrons sur cette question plus loin.

Concernant les approches méthodologiques de la prévention des RPS, elles nous paraissent être choisies plutôt sur mesure. On retrouve majoritairement dans les dires de ces agents, un abandon progressif de questionnaires, au profit de la réalisation des entretiens individuels et des entretiens collectifs avec une même préoccupation pour associer des représentants des salariés à la démarche, et la volonté de mettre en place une démarche aussi participative que possible. Le retour des résultats au chef d'entreprise paraît être un moment important et parfois très délicat, où l'IPRP peut ne pas se sentir à son aise, surtout s'il est intervenu seul. Il semblerait que les IPRP préfèrent majoritairement intervenir à plusieurs, et s'ils ne peuvent le faire, ils recherchent des ressources externes pour les aider dans leur réflexion. La durée de l'intervention semble variable, mais elle est en moyenne de 3 mois. A l'exception de l'IPRP travaillant à son compte qui peut la faire en 7 jours à la demande du cabinet conseil pour lequel elle travaille. **Il est aussi mentionné une charge émotionnelle qui serait liée à l'entretien individuel et qui ne semble pas facile à endiguer.**

Les IPRP français ne font pas les mêmes activités de travail en prévention de risques psychosociaux que les TP espagnols, et ne les décrivent pas de la même manière. **Nous n'avons pas une seule fois entendu parler d'analyse de la demande ni de temps d'intervention de la part des TP espagnols.**

Nous avons en revanche aussi décelé la même préoccupation pour l'approche méthodologique que les TP espagnols ont résolu en adoptant systématiquement un outil qui est le questionnaire CopSoq, de Copenhague qui n'est pas ou très peu utilisé en France. Ce questionnaire, dont la validation a été financée par un syndicat espagnol, rebaptisé Ista21, est utilisé par 80% des TP interviewés dans toutes les interventions de prévention de RPS.

Les entretiens semblent absents de la méthodologie utilisée en prévention de RPS en Espagne, mais l'approche participative qui est d'ailleurs recommandée par la méthodologie Ista21 est d'actualité. Les TP ont bien intégré que s'ils veulent avoir un maximum de participation il faut que les différentes instances de l'entreprise soient représentées. Une grande différence entre les deux approches réside dans la structure même des services. En France nous avons vu que le législateur a nommé le médecin comme coordinateur des équipes et que de ce fait les interventions des IPRP lui sont subordonnées. Le médecin lui-même nous apparaît comme un « instrument » essentiel au service de la construction de la compétence des équipes en prévention de RPS.

A l'inverse en Espagne le médecin ne joue pas de rôle spécifique en la matière en dehors de celui de la visite médicale. Il serait là pour traiter exclusivement des thèmes liés à la santé mais pas à l'organisation.

De ce fait il nous semble qu'il ne jouerait pas le même rôle en Espagne dans la construction de la compétence en prévention de RPS.

Au début du chapitre sur la méthodologie, nous avons expliqué notre choix d'utilisation du logiciel de traitement de données Alceste. Ce logiciel, essaye de répondre à la question suivante : comment parlent les personnes lorsqu'elles parlent de la même chose ?

Il est intéressant de constater que le même pourcentage d'unités textuelles a été retenu par le logiciel dans les deux langues.

Nous voyons à la lumière de ces résultats la différence existante dans la manière de parler des IPRP et des TP.

Les premiers parlent de leur travail en termes plutôt qualitatifs, faisant état dans leurs discours de leurs préoccupations sur la question du temps à consacrer aux interventions, et aux entretiens et aux approches individuelles. Arrive en classe 2 pour ces mêmes professionnels la question de la prévention et de l'organisation du service. Enfin, ces agents s'expriment en troisième lieu sur leur formation initiale et leur parcours.

Les TP s'expriment plutôt sur des interventions quantitatives, apparaissant en premier lieu dans leurs discours des questions de mesure, de méthodologie, de questionnaires et des résultats. Ces agents s'expriment en deuxième lieu sur leur formation initiale, leurs parcours et leur professionnalisation et en troisième lieu sur des questions d'organisation et de société.

Nous avons déjà constaté, dans nos résultats précédents, qu'il y avait des différences importantes dans les discours de ces professionnels. Le vérifier à l'aide du logiciel Alceste nous a permis de confirmer nos premiers résultats, qui montrent que la démarche de prévention de RPS est plutôt qualitative en France et quantitative en Espagne. Les IPRP semblent davantage concernés par la problématique individuelle et pour apporter des solutions sur mesure à chaque entreprise rencontrée. Leur parcours universitaire ne semble pas les préoccuper au même point qu'à leurs collègues espagnols qui semblent avoir moins d'autonomie et de temps dans l'exercice de leur mission restant davantage concentrés sur des questions de méthodologie à acquérir pour traiter de cette question, de leurs parcours universitaires ainsi que d'un éventuel choix de société concernant la prévention de RPS.

Pour aller plus loin dans la compréhension de la construction de la compétence à partir de l'activité nous proposons d'utiliser, à partir des entretiens d'explicitation, d'autres étapes décrites plus loin et qui nous permettront de passer de l'activité à la compétence.

8.2.7. Comment peut-on comprendre la construction de la compétence à partir de l'activité ?

Nous avons extrait un certain nombre d'activités de prévention des RPS à partir de discours des IPRP et des TP, en France et en Espagne.

Les IPRP réalisent des activités de prévention qui consistent essentiellement en formations/sensibilisations auprès des entreprises, interventions dans les organisations à la demande du médecin et/ou de l'entreprise, propositions d'intervention, mise en place de méthodologies participatives, entretiens individuels et collectifs, accompagnements au changement dans les organisations etc..Ils utilisent très peu les questionnaires et outils existant, préférant des élaborations éventuelles sur mesure, malgré qu'ils disent avoir eu besoin de se servir des outils existants au début de leur exercice.

Les TP utilisent de manière homogène le même outil qui est validé par l'Etat espagnol puisqu'il a été traduit et validé par l'un des syndicats le plus représentatifs (UGT). Malgré cela nous avons connaissance d'autres méthodologies existantes avec d'autres questionnaires, mais ils sont moins utilisés.

Les TP évoluent très rarement vers l'usage d'autres techniques comme l'entretien, considérant que cela est plus tôt réservé aux psychologues qui sont peu nombreux dans les services.

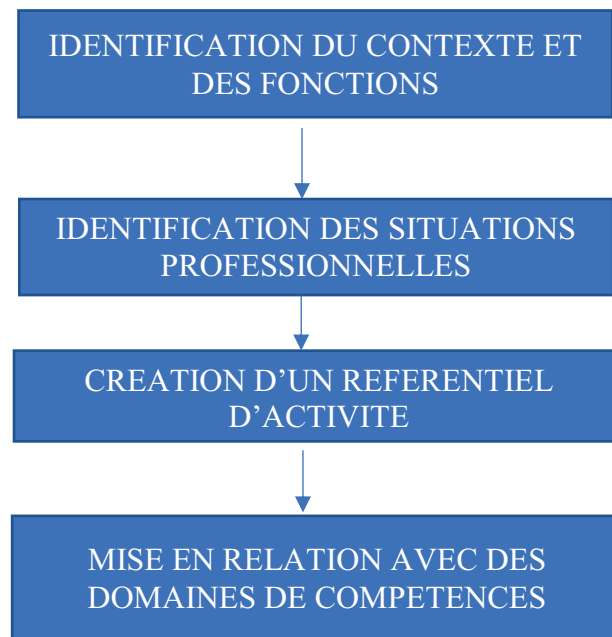
Qu'est-ce que l'on sait de plus sur la construction de la compétence à partir de l'activité de travail ?

Que peut-on inférer à partir de ces entretiens d'explicitation et de ces analyses de discours ?

Nous souhaitons partir du travail réel qui nous a été décrit par les professionnels IPRP et TP pour pouvoir inférer des compétences qu'y seraient associées. Pour commencer nous proposons de créer un référentiel de l'activité des IPRP/TP.

Pour avancer dans la compréhension de la construction de la compétence en matière de prévention de RPS dans les SSTI et les SPA, en partant du travail réel réalisé par ces professionnels tel que nous l'avons exposé *supra* nous proposons de procéder par étapes selon le schéma ci-dessous :

Figure 10 Procédure de mise en relation de l'activité avec la compétence

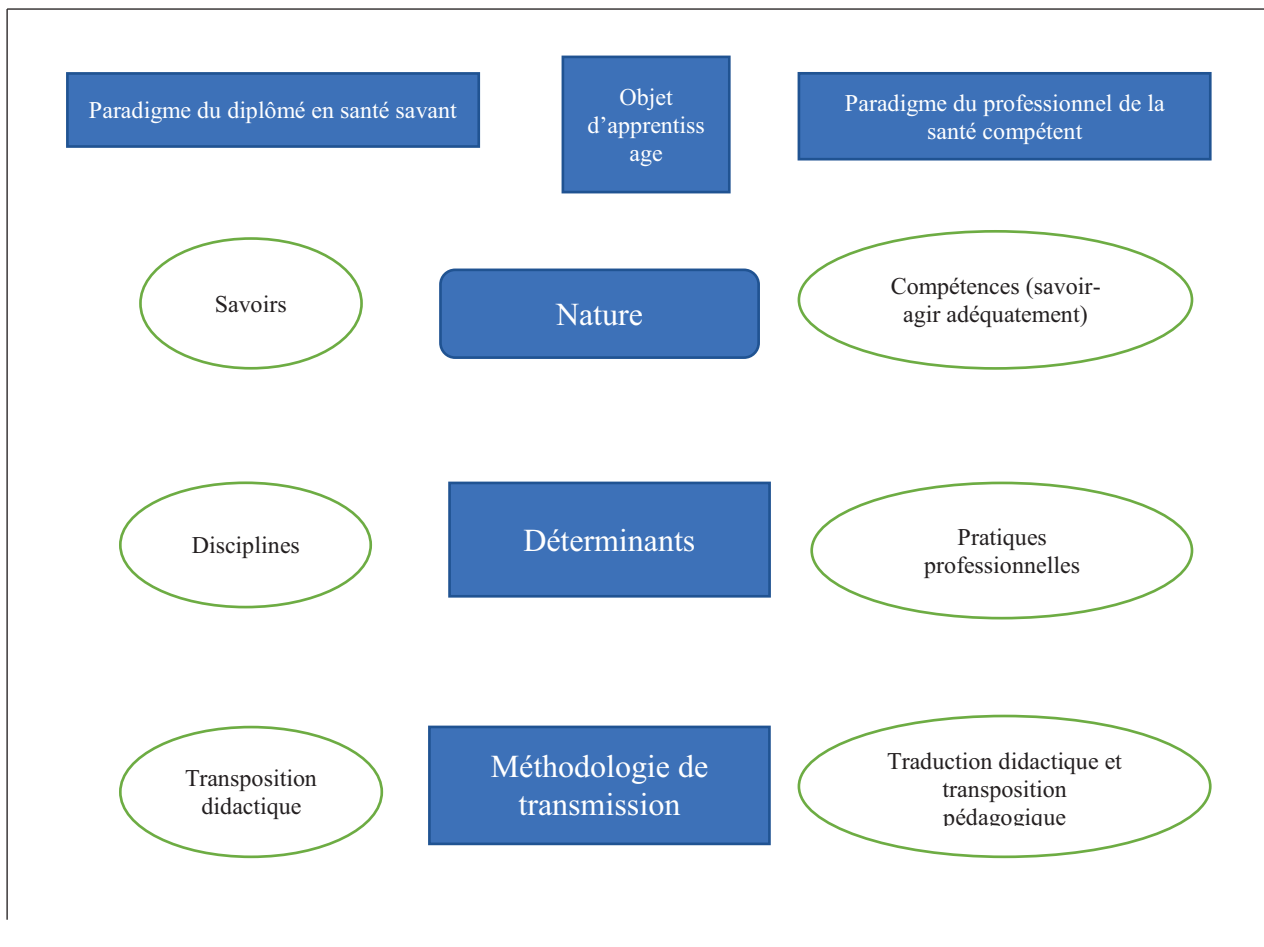


En effet, il s'agit pour nous de comprendre, à partir des dires des IPRP et des TP sur la nature de leurs activités si l'on peut établir un lien avec l'activité que ces professionnels disent réaliser avec les actions qu'y se déroulent, et des domaines de compétences (Parent et Jouquan, 2015, Wittorski, 2016)

En procédant ainsi, nous souhaitons comprendre quel serait le rapport existant entre le travail réel et la compétence. Ce parti pris que nous adoptons représente une rupture avec celle du paradigme dominant du diplôme savant et nous permet de considérer et de défendre la thèse que le travail réel permet l'acquisition de compétences. Déterminer ces compétences devient alors un enjeu pour pouvoir les modéliser dans le but de les enseigner et, partant, de permettre à ces agents de se professionnaliser.

Figure 11 Paradigmes du professionnel de la santé

Nous empruntons la figure suivante à Parent & Jouquan (2015)



Première étape : identifier des contextes et des fonctions

Qu'est-ce qu'une situation professionnelle ?

C'est la dimension contextualisée des pratiques professionnelles (Parent et Jouquan, 2015) qui suppose de prendre en compte le contexte professionnel que l'on considère comme un contexte d'apprentissage qui va caractériser la pratique professionnelle.

C'est ainsi que l'on peut définir une situation professionnelle, en mettant en perspective le contexte où s'exerce l'activité et la fonction ou rôle professionnel qui fonde cette activité.

A partir de nos résultats aux entretiens d'explicitation, nous allons proposer l'identification des **fonctions et des contextes suivants** :

Liste des fonctions assurées dans le cadre de divers contextes professionnels par les IPRP et les TP

- Fonction d'enseignement et de formation
 - Fonction de recherche
 - Fonction de management (M)
 - Fonction de coordination
 - Fonction de planification
 - Fonction de suivi et d'évaluation
 - Fonction de supervision
 - Fonction d'encadrement des pairs (EP)
 - Fonction d'encadrement des mémoires (EM)
 - Fonction d'encadrement des stages (ES)
- Développement d'un réseau professionnel (DRP)
- Gestion des données et de l'information (GDI)

Liste de contextes professionnels d'exercice de la prévention de RPS par les IPRP et les TP

- Entreprise petite, moyenne, grande
 - Hôpital
 - Clinique
 - Maison de retraite
 - Centre de santé
 - Cabinet privé
- Organisations non gouvernementale
 - Maisons médicales
 - Usines
 - Infirmes
 - Ecoles
 - SSTI/SPA

Seconde étape : Identifier les situations professionnelles

A la suite de cette identification de fonctions et de contexte d'exercice de l'activité nous allons procéder au regroupement des deux dans un tableau ci-dessous qui nous aidera à visualiser les situations professionnelles dans lesquelles interviennent les IPRP et les TP

Tableau 18 : Identification des situations professionnelles

Fonction Contexte	Enseignement	Recherche	M	Coord	Planif	Suivi	Supervision	EP	EM	ES	DRP	GDI
TPE/ME		X		x	x	x	x	x			x	X
Hôpital		X		x	x	x	x	x			x	X
Clinique		X		x	x	x	x	x			x	X
Ehpad		X		x	x	x	x	x			x	X
Centre santé		X		x	x	x	x	x			x	X
Cabinet		X		x	x	x	x	x			x	X
ONG		X		x	x	x	x	x			x	X
Usine		X		x	x	x	x	x			x	X
Infirmier		X		x	x	x	x	x			x	X
Ecole	x	X		x	x	x	x	x				X
SSTI/SPA		X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X

Ce tableau nous permet de comprendre que les IPRP et les TP déroulent leur activité dans des contextes variés, dans lesquels ils exercent des fonctions diverses et qui vont de la recherche, à la coordination, planification, suivi des interventions, encadrement de stagiaires, développement des réseaux professionnels et gestion de l'information et de la documentation.

Les activités de prévention de RPS ont un spectre d'intervention très large, ce qui demande une importante autonomie de la part des intervenants et des connaissances sur des secteurs d'activités très variés

Troisième étape : identification des activités professionnelles :

Concernant l'activité de prévention de RPS qui nous a été explicitée par ces agents, nous proposons aussi un tableau récapitulatif de celle-ci ci-dessous, pour faciliter la lecture.

Nous avons agrémenté ce tableau avec notre propre activité de prévention de RPS dans le SSTI où nous réalisons notre recherche.

Nous avons formulé les activités avec des verbes d'action.

Tableau 19 Identification des activités professionnelles

ACTIONS DANS LE CADRE DE L'ACTIVITE DE PREVENTION DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX EN SSTI et SPA
--

Activité	Actions	Définition	Outils et instruments	Acteurs impliqués	IPRP/TP
Prévention de RPS	Analyser la demande	En partant de la demande de l'entreprise, analyser le contexte, l'organisation, les enjeux	Entretien semi-directif	Responsable RPS, IPRP chargé de la prévention de RPS, autres collègues, entreprise adhérente	IPRP
	Élaborer une proposition d'intervention	En partant de l'analyse de la demande, élaborer une proposition d'intervention dans l'entreprise qui prenne en compte le contexte de l'organisation, la stratégie de développement de l'entreprise et les enjeux de celle-ci	Analyse documentaire, confrontation des informations avec les collègues	Responsable RPS, IPRP chargé de la prévention de RPS, médecin du travail, hiérarchie SSTI	IPRP/TP
	Faire une proposition à l'entreprise	Présentation de la proposition validée par le médecin du	Entretien	Responsable RPS, IPRP chargé de la prévention	IPRP/TP

		travail à l'entreprise		de RPS, entreprise concernée, médecin du travail	
	Concevoir un questionnaire ou méthodologie adaptée à l'entreprise	S'il s'avère nécessaire, concevoir un outil qui permette de réaliser l'intervention préconisée	Recherche documentaire	Responsable RPS, IPRP chargé de la prévention de RPS	IPRP/TP
	Réaliser des entretiens individuels	Entretien réalisé dans le cadre d'une demande de la part de l'entreprise, à visé de conseil	Analyse documentaire, confrontation des informations avec les collègues	Responsable RPS, IPRP chargé de la prévention	IPRP/TP
	Animer de groupes de travail	Groupes de travail à visée thérapeutique, ou groupes avec un objectif précis comme favoriser la cohésion d'équipe	Analyse documentaire, confrontation de données sur l'entreprise avec des collègues	Responsable RPS, IPRP, chargé de la prévention, à deux	IPRP/TP

	Réaliser des actions de sensibilisation et de formation	Mise en place des groupes de formation dans les entreprises	Création de supports de formation	Responsable RPS, IPRP, chargé prévention, médecins	IPRP/TP
	Dégagement des pistes d'action et d'amélioration	Mise en place de pistes d'action à partir d'un diagnostic réalisé en entreprise	Analyse documentaire et confrontation de données sur l'entreprise avec des collègues, médecins, direction.	Responsable RPS, IPRP, chargé de prévention, médecins	IRPR/TP
	Accompagner des	Mettre en place des actions	Analyse documentaire	Responsable RPS, IPRP,	IPRP/TP

	organisations vers du changement	d'accompagnement dans le cas de changement organisationnel comme des groupes de parole	et confrontation de données sur l'entreprise avec des collègues, médecins, entreprise	chargé de prévention, médecins	
	Réaliser des observations participantes	Dans le cadre d'un diagnostic RPS, où d'une souffrance au travail dans des équipes, observer le travail réel en entreprise		Responsable RPS, IPRP, chargé de prévention, ergonomes	IPRP

	Réaliser un diagnostic RPS	Mettre en place une démarche d'audit dans l'entreprise pour détecter les facteurs potentiels de RPS	Analyse documentaire, entretiens individuels et collectifs	Responsable RPS, IPRP, chargé de prévention	IPRP/TP
	Élaborer des comptes rendus pour l'entreprise	Réaliser un écrit à destination de l'entreprise qui rende compte de l'intervention réalisée	Analyse documentaire et des résultats de l'intervention	Responsable RPS, IPRP, chargé de prévention	IPRP/TP
	Réaliser des médiations centrées sur le travail	Intervenir dans le cadre d'un conflit entre salarié et employeur sous la forme de la médiation ⁵⁵	Analyse documentaire, confrontation de données avec les collègues	Responsable RPS, IPRP, chargés de prévention	IPRP/TP
	Concevoir un plan global de prévention pour l'entreprise				TP
	Inscrire des RPS dans le DU		Analyse documentaire, entretiens individuels et collectifs	IPRP, Responsable RPS chargé de prévention	IPRP

⁵⁵ Entremise destinée à mettre d'accord, à concilier ou à réconcilier des personnes, des partis, des États.

Quatrième étape : s'appuyer sur une taxinomie

Énoncer des compétences à partir des activités consiste à modéliser ces dernières pour en faire un objet d'enseignement et d'apprentissage. Dans l'approche intégrée par compétences, cette démarche permet de passer d'une logique professionnelle à une logique éducationnelle.

Pour cela, et comme le préconisent Parent & Jouquan, (2015), il faut s'appuyer sur une taxinomie qui va nous permettre de classer systématiquement les comportements cognitifs, affectifs et moteurs.

En effet, selon ces mêmes auteurs «...*Une taxinomie en éducation permet d'évaluer un programme mais également d'élaborer et de structurer un programme. Elle permet aussi d'organiser les activités d'évaluation des apprentissages...* »

Nous proposons une distinction qui nous paraît pertinente compte tenu des interventions des IPRP et des TP selon trois domaines qui sont : le domaine cognitif (les connaissances au sens commun, celles que l'on retrouve en partie dans les énoncés du diplôme) le domaine psycho-moteur qui intègre toutes les habiletés techniques liées aux interventions, et le domaine socio-affectif qui englobe toutes les dimensions relationnelles et qui pour nous est un de grands oubliés au niveau de l'enseignement des métiers dits émotionnels (Gendron, 2016).

La taxinomie qui a été validée dans le cadre de l'Approche par compétences intégrée, repose sur des choix empiriques qui intègrent ces différentes perspectives. (Parent, 2006, Parent & Jouquan, 2014, Charlier, 2000).

Nous explicitons les différents domaines retenus tels qu'expliqués par Parent et Jouquan (2015).

-Le domaine cognitif ferait référence aux activités d'apprentissage lorsqu'ils s'appliquent à des ressources formelles dans le champ de la rationalité et de la logique

-Le domaine métacognitif ferait référence aux activités d'apprentissage lorsqu'ils s'appliquent à la prise de conscience, à l'évaluation, à la planification de ses propres stratégies d'apprentissage

-Le domaine réflexif fait référence aux activités et phénomènes d'apprentissage, lorsqu'ils s'appliquent à la prise de conscience, à l'évaluation, à l'ajustement et à la planification de ses pratiques professionnelles.

-Le domaine opératif fait référence aux activités d'apprentissage lorsqu'ils s'appliquent aux ressources de la perception sensorielle et de la motricité en lien avec des gestes, des activités pratiques et des procédures ou activités protocolisées du registre administratif ou réglementaire.

-Le domaine psycho-affectif fait référence aux activités et phénomènes d'apprentissage lorsqu'ils s'appliquent aux ressources en lien avec la connaissance de soi ou d'autrui, avec les émotions et les perceptions, les affects.

-Le domaine social fait référence aux activités d'apprentissage lorsqu'ils s'appliquent aux ressources en lien avec les relations interpersonnelles ou avec les différents modes de communication.

Nous proposons un tableau ci-dessous, qui nous aide à classer les différentes activités explicitées par les IPRP et les TP en fonction des domaines :

Tableau 20 Activités et domaines

L'activité Concerne	S'exerce sur...	Vise...	Mobilise	Exemples de verbes d'action
Cognitif	Des représentations ou contenus de nature symbolique	La maîtrise, l'assimilation et la compréhension de ce contenu	Ressources de l'esprit, rationalité et logique	Calculer, connaître, comprendre, mémoriser, rédiger, raisonner, conceptualiser, identifier
Réflexif	La prise de conscience, l'évaluation, l'ajustement et la planification de ses propres pratiques professionnelles	Un regard critique, des remises en question, une analyse de l'action. La capacité à réorienter son action. La capacité de distanciation	Créativité et autonomie	Evaluer, décider, résoudre, contrôler, prévoir, réfléchir, analyser, transposer, décrire, lier, relier, comparer, justifier, expliquer, confronter, planifier.
Métacognitif	Prise de conscience, évaluation, ajustement, planification de ses propres stratégies d'apprentissage	Prise de conscience du processus d'apprentissage. Evaluation de celui-ci, ajustement et planification	Créativité et autonomie	Anticiper, ajuster, se contrôler, vérifier, s'analyser, transposer, planifier, s'auto évaluer, s'auto observer, changer, se remettre en question, prendre conscience...
Opératif	Des objets, des gestes, des activités pratiques ou techniques, des procédures	La manipulation des objets ou l'application de procédures	La perception, la motricité, la procéduralisation	Circuler, manipuler, expérimenter, observer, s'entraîner, appliquer.
Social	Les personnes et la gestion des interactions sociales	La gestion des interactions sociales et interindividuelles	L'intelligence relationnelle	Communiquer, écouter, animer, déléguer, exposer, coopérer, collaborer, former

Psycho-affectif	La personne elle-même et autrui	La gestion de l'investissement personnel et émotionnel	L'intelligence émotionnelle	Se concentrer, gérer ses émotions et celles d'autrui, se motiver, s'intéresser, percevoir, se connaître.
------------------------	--	---	------------------------------------	---

Guide d'aide à la décision pour catégoriser les activités-et les savoirs sous-jacents-dans le cadre de l'Approche Par compétences Intégrée (APCi) (Parent & Jouquan, 2015)

Si l'on applique cette catégorisation aux activités des IPRP et des TP décrites plus haut cela donne le tableau suivant

Tableau 21 Résumé des activités des IPRP et TP et des domaines

Domaine	Activités réalisées (France et Espagne)
---------	---

Domaine	Activités (France et Espagne confondues)
Réflexif	Analyser la demande
Cognitif	Faire une proposition
	Développer des méthodologies sur mesure
Opératif	Utiliser des questionnaires
Social et psycho-affectif	Réaliser des Entretiens Individuels
	Réaliser des entretiens collectifs
	Mettre en place une démarche participative
	Négocier l'intervention avec le chef d'entreprise
	Négocier l'intervention avec le médecin du travail

Nous croyons que le domaine psycho-affectif mérite une attention toute particulière dans le cadre des métiers dits émotionnels qui s'exercent en contact avec les publics en difficulté, car une partie de l'activité des IPRP et des TP peut être réalisée dans ces milieux où en France, le médecin signale l'existence d'un mal-être en rapport avec le travail qui demande une intervention de la part de l'IPRP dans l'entreprise. Les interventions sont moins médicalisées en Espagne, où les demandes viennent plutôt de l'inspection du travail, mais le TP devra, dans son intervention, utiliser des compétences et des habiletés qui sont en rapport direct avec le domaine psycho-affectif.

Comme l'a signalé Gendron, (2016), le capital émotionnel aide à préserver la qualité de vie au travail et partant, à prévenir les risques psychosociaux dans les entreprises. Ce capital émotionnel est donc pour nous d'autant plus nécessaire à ces professionnels dont l'intervention est basée sur la transmission. En effet les IPRP et les TP doivent donner à l'entreprise les outils dont elle a besoin pour pouvoir mettre en place une prévention des risques psychosociaux efficace, mais ils ne le feront pas à la place de l'entreprise. Leur rôle sera plutôt d'accompagner ou de conseiller et de transmettre ce qu'ils connaissent déjà.

Nous suggérons à ce stade que des compétences émotionnelles sont nécessaires à l'exercice de la prévention de RPS.

Comme nous voyons dans ce tableau, les activités que les IPRP et les TP nous ont décrites apparaissent associées à des verbes que l'on retrouve dans le domaine social de compétences en majorité.

En effet, l'activité de prévention de RPS, décrite par les professionnels avec des verbes comme communiquer, écouter, animer, déléguer, exposer, coopérer, collaborer, former concerne essentiellement les personnes et la gestion des interactions sociales, dont elle vise la gestion en mobilisant essentiellement l'intelligence relationnelle.

Wittorski, (2007), établit une relation entre le domaine social et le domaine psycho-affectif des compétences.

En effet, pour nous les activités de prévention des IPRP et des TP telles que ces professionnels nous les décrivent, ont aussi un versant qui concernent le domaine psycho-affectif.

L'activité de prévention de RPS s'exerce sur la personne elle-même mais aussi sur autrui, et les professionnels intervenants, IPRP et TP doivent gérer leur implication émotionnelle dans le déroulement de celle-ci, ce qui mobilise leur intelligence émotionnelle et partant, leur demande une concentration, une gestion de leurs émotions et une gestion de leur motivation ce qui, pour nous, fait partie du domaine psycho-affectif.

Pour cette raison nous avons décidé de rajouter le domaine psycho-affectif au domaine social.

Nous avons ainsi catégorisé, à partir de l'activité telle qu'elle nous est racontée par les IPRP et les TP, les activités en fonction de leur domaine et en lien avec la taxinomie présentée, que nous avons mis en relation avec de domaines de compétences.

Nous proposons de voir ensuite la troisième question de notre problématique.

L'organisation SSTI et SPA contribue-t-elle à la construction de la compétence, et notamment à partir du travail en équipe pluridisciplinaire ?

8.3. Dans le travail d'équipe pluridisciplinaire

Dans un chapitre précédent, nous avons réalisé notre recueil de données à l'aide d'entretiens semi-directifs où nous avons questionné notre échantillon d'IPRP et de TP sur les différents aspects de notre problématique dont nous pensions qu'ils contribuaient à la construction de la compétence: La formation d'origine, l'activité de prévention de RPS dont nous avons exposé les résultats ci-dessus, et enfin, le rôle de l'organisation dans la construction de la compétence.

Pour aborder cette troisième exposition des résultats, nous commencerons directement par les entretiens semi-directifs en France et en Espagne.

Nous souhaiterions souligner que des déterminants culturels sont présents, qui auront un impact sur la construction de la compétence, sur lesquels nous nous attarderons en deuxième partie de cette question. Ces déterminants sont liés à l'organisation de la santé au travail en France et en Espagne et au rôle de la législation et de l'État dans l'application de la directive cadre Européenne 89/95.

Nous avons choisi de commencer cette troisième partie de présentation des résultats, sur les ressentis des IPRP et des TP en relation avec leurs structures d'appartenance. Nous leur avons demandé de nous expliquer quelles étaient les ressources que l'organisation mettait à leur disposition pour travailler sur la prévention de RPS, et quelles étaient les contraintes qu'ils rencontraient pour réaliser ce travail.

8.3.1. Présentation des résultats issus des entretiens semi-directifs avec les IPRP et les

TP : Des organisations avec des ressources et des contraintes

En France

FRANCE

Ressources	Contraintes
<p>1-Cette IPRP nous dit que ses ressources internes, au niveau de l'organisation pour travailler sur la prévention des RPS sont le temps et l'autonomie « <i>...parce qu'il faut des fois dans une entreprise du temps, c'est une pédagogie qui nécessite du temps...</i> » Pour cet IPRP c'est très important de pouvoir négocier en autonomie avec les entreprises et de leur demander d'engager des actions en contrepartie de son accompagnement. Elle peut aussi faire appel à des ressources en externe pour travailler la prévention de RPS. Ces ressources sont des spécialistes psychologues cliniciens ou du travail, mais elle souhaiterait être formée davantage au management. « <i>...j'aimerais guider l'entreprise là dedans, comment améliorer la formation, comment les guider là dedans...</i> »</p>	<p>1-Pour cette IPRP La contrainte viendrait plutôt du manque d'écoute de son organisation sur une demande des moyens supplémentaires pour aider les managers à se former et par rapport à cela elle dit « <i>...j'en ai parlé en entretien individuel mais je n'ai pas été entendue...</i> »</p>
<p>2-Pour cet IPRP ce qui constitue une ressource importante dans son travail</p>	<p>2-Cet IPRP préfère parfois intervenir seul plutôt qu'avec un médecin même s'il ne se</p>

<p>c'est son autonomie «...j'ai carte blanche... » mais il a peur que cela ne change ; « ...à partir de janvier ce sera 2 jours, dans l'idée que l'on doit voir tout le monde en un temps donné pour qu'il y ait une équité, pour ne pas favoriser une personne plus qu'une autre...» Pour lui le fait d'avoir carte blanche « ...permet de développer notre méthodologie d'intervention, de pouvoir agir selon notre ressenti, si je juge que pour une entreprise il faut faire 5 interventions j'en fais 5... » En même temps il pense que parfois il faut laisser murir l'entreprise et revenir après coup. Il n'a pas d'autres ressources « ...chacun se crée sa propre méthodologie d'intervention,...il faut qu'on nous fasse confiance... »</p> <p>Lorsqu'il ne se sent pas compétent il appelle un collègue «...j'essaie d'intervenir avec un collègue de travail, on n'est pas formés à ça, le soutien psychologique...je n'ai pas de méthodologie, j'essaie de faire parler les gens... »</p>	<p>sent pas toujours compétent : «...pour intervenir avec un médecin qui met un soufflon à tout le monde, faites pas ça, mais si c'est un médecin investi je préfère aller avec lui... »</p> <p>Pour cet IPRP «...il y a beaucoup de problèmes dans la santé au travail au niveau des RPS, du transfert de connaissances, sur l'arrivée de nouveaux... »</p> <p>Pour cet IPRP une autre contrainte considérable viendrait de la limitation du temps d'intervention.</p> <p>Il voit aussi une difficulté dans la relation aux médecins «...les médecins sont très directifs, certains mettent le code du travail en avant, et essayent de faire peur, d'autres les grilles karasek, même s'ils ne maîtrisent pas l'outil.. »</p>
<p>3-Pour cette IPRP les ressources viennent essentiellement du réseau professionnel extérieur, d'autres IPRP collègues, et du temps «...les ressources sont les autres lieux, les mentors que j'ai eu, j'ai été guidée,</p>	<p>3-Cette IPRP éprouve des contraintes dans son activité qu'elle appelle des problèmes de représentation «...pas de référentiel commun, chaque personne à sa façon de voir, psychologisant ou pas, il y a des formats différents...» Elle décrit aussi une contrainte</p>

outillée par mes pairs...» Pour le moment elle dit que le temps est toujours une ressource «...on n'est pas soumis à l'objectif, on est dans la création...mais parfois il faut lutter pour le temps, si on m'impose autre chose je dis que je m'en vais...»

liée au temps de l'intervention. «...moi je prends du temps, j'ai une dérogation pour une intervention de 10 jours mais il y a un règlement intérieur qui dit qu'on ne peut pas excéder deux jours par intervention, il y a un règlement commun aux SSTI qui dit qu'on ne peut pas excéder les 2,5 jours mais pour les RPS ce n'est pas possible... »

Cette IPRP a eu des problèmes dans le service car «...nous ne sommes pas productifs, j'ai été trop mal, mise à mal dans mon service, j'ai été en arrêt, aujourd'hui ça va mieux... »

Elle parle aussi d'une contrainte qui est **liée au positionnement du médecin** en tant que coordinateur et au fait qu'ils ne sont pas tous d'accord avec les interventions «...tu conçois, tu la transmets, et si cela ne convient pas, ça en reste là, il y a une négociation mais si un médecin n'est pas d'accord je ne change pas ma proposition sauf si je suis d'accord... »

Pour cette IPRP **il faut défendre son terrain** «...il faut défendre son périmètre...moi ce que je vise est la transformation des situations pathogènes de travail » **Elle dit qu'il y a la contrainte réglementaire**, «...la loi qui change tout le temps...il y a une convention qui a intégré nos métiers, il y a des métiers derrière les IPRP... »

et que dans le service **il n'y a pas de coordination technique qui puisse trancher en cas de désaccord avec le médecin.** «...chaque médecin est chef coordinateur de son équipe, mais si je suis en désaccord avec

	<p><i>le coordinateur de secteur personne ne tranche...»</i></p>
<p>4-Pour cet IPRP la possibilité de travailler avec d'autres professionnels est déjà une ressource «...je travaille avec ce docteur en épidémiologie qui est spécialisé dans les RPS donc on a décidé ensemble de travailler sur un volet... »</p> <p>Cet IPRP cite comme ressource le temps « ...c'est une des raisons pour lesquelles je suis là car les contraintes organisationnelles ne vont pas peser sur nous, en aucun cas sur une intervention on va nous dire vous avez trois jours...ce qui compte est la qualité de notre intervention... »</p>	<p>4-En même temps, certaines relations avec les médecins deviennent très contraignantes pour cet IPRP. « ...je suis sorti d'une intervention un jour où ce médecin, après m'avoir contredit devant le comité de pilotage, m'a fait un scandale en rentrant au service en me disant c'est inadmissible, vous avez fait l'apologie de la psychodynamique... » Il décrit un contexte très conflictuel avec le médecin où « ...il ne peut accepter cette situation...on était dans la situation je vais chercher tous les éléments possibles pour soit discréditer soit faire en sorte de planter l'intervention... »</p> <p>Pour cet IPRP la contrainte peut aussi venir de l'entreprise « ...tout d'un coup on a la direction qui a refusé d'entendre tout ce que l'on pouvait présenter en disant ce n'est pas vrai...c'était une confrontation permanente...mais il fallait que l'on change pour leur donner des choses plus positives... »</p> <p>Il illustre la difficulté à laquelle se trouve confronté l'IPRP « ...dans un premier temps on a refusé de modifier les choses après avoir présenté les résultats à l'entreprise, l'inspection du travail s'est retrouvée d'accord avec ceux-ci, ce qui a renforcé la difficulté avec le médecin du service et l'entreprise...on a été obligés de calencher et de rendre notre présentation plus acceptable pour la direction, adoucir... »</p>

<p>5-Cet IPRP cite comme ressources celles qui viennent de l'extérieur, et il dit travailler avec deux cabinets externes de psychologues cliniciens qui sont sur le secteur « <i>...je les mets en contact et l'entreprise les paie...</i> »</p> <p>Au niveau de l'organisation il dit ne pas pouvoir compter sur des ressources et regrette l'absence totale du management et aussi des psychologues du travail dans le service « <i>...j'ai demandé à la direction comment faire parce que notre psychologue a démissionné et maintenant ils font appel à un service extérieur et ils font appel à des permanences, j'ai demandé à ma nouvelle directrice et elle m'a répondu que cela ne me regardait pas, que cela passait par le médecin du travail et qu'elle allait en parler avec lui...</i> »</p> <p>De son côté il s'est adressé au médecin qui lui a dit qu'il n'était pas non plus au courant.</p>	<p>5-Cet IPRP cite la contrainte de la pression du temps qui finira par arriver. Il dit que les relations aux médecins sont différentes. Avec certains le travail est difficile.</p> <p>Il y a aussi pour lui la difficulté liée à cette mission : parfois on lui a demandé d'intervenir sur des problématiques où il ne sent pas compétent. Même si sur les RPS il n'est pas très à l'aise, il fait des interventions « <i>...je ne suis pas à l'aise avec ça je suis un apprenti, je ne vais pas donner des solutions ni rien...c'est un domaine...je trouve que c'est un concept extrêmement complexe, pas simple...</i> »</p> <p>Lorsqu'on lui demande d'intervenir sur des problématiques où il n'est pas compétent il transfère mais plutôt au psychologue du travail « <i>...je me suis aperçu que si je transfère au médecin il y a absence totale de réponse, même dans le service...</i> »</p>
<p>6- Cet IPRP dit qu'il arrive à construire avec ses collègues, et que le temps et l'autonomie sont des ressources pour lui « <i>...il y a de l'échange de pratiques ... et on nous laisse le temps et l'autonomie de l'organiser, on nous laisse faire tout ce qu'on veut des fois c'est même</i></p>	<p>6- Cet IPRP dit avoir très peu de soutien de la part de l'organisation « <i>...on a peu de soutien ou pas de soutien sur nos métiers.. ce que je t'ai raconté j'en ai jamais parlé au médecin ni à la direction...eux ils ont leur vision et leurs certitudes, on ne rentre pas dans les finesses du métier comme ça...</i> »</p> <p>Dans leur pratique il mentionne l'écart avec</p>

déroutant parce qu'on a l'impression qu'on n'a plus de direction... » Il peut aussi faire ses interventions comme il l'entend et se reconnaître dans ce qu'il fait... « ...on fait ce qu'on veut, c'est ça qui nous maintient en santé...il y a énormément de créativité ...on a une latitude extrême c'est ça qui est intéressant on peut expérimenter des choses et c'est ça qui nous a permis de progresser dans nos pratiques, on a une autonomie totale dans le service... » Cette ressource peut parfois s'avérer une contrainte pour cet IPRP « ...quelques fois c'est trop parce qu'on aime que les gens s'intéressent à ce qu'on fait c'est le besoin de reconnaissance...»

les médecins « ...par contre on avait un écart avec les médecins, le médecin voulait savoir qui est le méchant et qui est le gentil, il a besoin de ça pour poser les choses et nous on vise un changement, le diagnostic n'est pas une fin en soi, ce n'est qu'un moyen ou une étape, ce qui est essentiel c'est de provoquer le changement...»

Il y a pour lui une différence d'approche fondamentale « ...le médecin sait qu'il y a un méchant et un gentil il a déjà fait son diagnostic et il cherche dans son questionnement un coupable.. et on ne pose pas les mêmes questions..je cherche les grandes lignes dans l'organisation qui vont favoriser ou non tel type de comportement... » Il a conscience de la difficulté de débiter dans le métier « ...j'ai vu arriver dans les services des psychologues du travail débutants qui étaient encadrés par les médecins du travail et qu'on envoyait au casse pipe...»

Il parle de la difficulté **qu'il rencontre à exprimer la créativité avec certains médecins.** « ...quand tu intervies sous la coupe de certains médecins on ne te laisse pas, on connaît la qualité empêchée...»

Pour lui la contrainte « ...c'est le médecin du travail il faut qu'on passe par lui et on ne peut rien engager sans lui...et parfois on essaye un peu de le contourner car on sait qu'il ne va pas être une aide... »

Il y a aussi la contrainte de la **limite du temps** consacré aux interventions et la contrainte

	inhérente à être dans un service de santé au travail...
<p>7-Cette IPRP travaille à son compte et elle dit pouvoir compter sur des ressources externes et surtout faire appel à des psychologues du travail. Elle fait de l'autoformation et participe à des réseaux professionnels et à de l'échange des pratiques..Elle a pu être guidée par des consultants seniors au début de sa pratique « ...quand je suis arrivée au sein du cabinet j'ai été tutorée par un ingénieur qualité et puis un ancien médecin qui s'était reconverti en auditeur et un psychologue du travail...ils m'ont tutorée pendant quelques mois avant de me lâcher toute seule sur des missions... »</p>	<p>7-Pour cette IPRP la solitude dans les interventions est une contrainte importante « ... je vais demander à d'autres psychologues du travail d'intervenir avec moi quelques fois je suis seule parce qu'on est dans un travail que je peux faire seule mais bon l'isolement est un peu difficile... »</p> <p>Une autre contrainte serait le manque de temps dans les interventions « ...l'entreprise me donne 7 jours et demi et franchement c'est trop peu...c'est le point faible dans mon activité c'est que c'est difficile de dire au client ce n'est pas 7 jours dont on a besoin mais plutôt quinze...»</p> <p>Une autre contrainte serait l'entretien individuel dans la mesure où il y a une charge émotionnelle importante « ... c'est difficile à gérer parce qu'il y a une charge émotionnelle parfois qu'il faut pouvoir encaisser... »</p> <p>Pression du temps et de résultats (Indépendante)</p>
<p>8-Cet IPRP mentionne la ressource d'avoir un tuteur sur place. « ...c'est ma seule ressource en interne c'est celui qui va me répondre je sais que même s'il n'a pas de réponse toute faite il a un questionnement derrière et une logique une perception qui fait que je la prendrai forcément en compte... »</p>	<p>8-Pour cet IPRP l'analyse de la demande et la reformulation lui posent question « ...parce que ça nécessite de se remettre en question et de remettre en question le discours des gens, et cela nécessite de s'entretenir avec plusieurs personnes... »</p> <p>Pour lui, qui débute dans le métier, la relation au médecin peut devenir plus contraignante dans la mesure où certains d'entre eux ne</p>

<p>Aussi l'autonomie quasi-totale mais en dépendance du médecin du travail <i>« ...c'est lui qui chapeaute tout, absolument tout il doit être au courant de mes faits et gestes, à partir du moment où j'ai une demande il faut qu'il soit au courant de tout... »</i> Cet IPRP ne semble pas vivre cette relation comme une contrainte mais comme une ressource <i>« ...le médecin reste un support dans le sens où si j'ai des questions je ne sais pas s'il va pouvoir répondre, parce que ça reste un domaine...mon domaine est très spécifique et certains médecins sont sensibles à la psychologie du travail et d'autres non donc je reste seul dans mes choix et mes questions...mais si j'ai des doutes je peux quand même en parler.. »</i></p>	<p>connaissent pas la psychologie du travail.</p>
<p>9-Cet IPRP cite comme ressource le travail avec des stagiaires et avec d'autres collègues psychologues et l'échange avec les pairs</p>	<p>9-Au niveau des contraintes s'il rencontre des difficultés techniques <i>« comme on est deux psychologues on peut échanger et arriver à se rassurer dans les compromis que l'on trouve parce que mine de rien c'est ça... »</i> Sur certaines interventions lorsque l'on lui demande d'intervenir sur le stress post traumatique <i>« ...j'ai fini par dire à ma direction que je ne fais plus, qu'il faut trouver un autre système.. parce que je ne suis pas à l'aise ni avec ma formation ni avec ma posture... »</i></p>
<p>10-Cet IPRP a trouvé des ressources</p>	<p>10-Cet IPRP voit la contrainte</p>

dans la formation. Il s'est formé au fur et à mesure qu'il sentait qu'il n'était pas compétent dans ce qu'il devait faire. « *...je suis en formation gestion droit et économie parce que en ssti on intervient énormément sur des tpe et qu'il y a deux dimensions pour moi sur lesquelles je me suis senti en difficulté et sur lesquelles je pense qu'il fallait progresser pour mieux accompagner mes missions...* » Au niveau interne, il avait une collègue qui avait le même profil que lui « *... j'avais une collègue qui avait le même profil que moi avec qui j'ai beaucoup échangé qui est devenue une amie...* » Il parle de la nécessité d'avoir **ce soutien et cet échange.** Il cite aussi un autre collègue « *...qui a un socle hygiène et sécurité qui a fait le même master que moi en formation continue et qui a été très structurant pour moi...c'est quelqu'un qui est là depuis 10 ans et qui est rentré comme assistant de médecin et qui donc a progressé qui connaît bien la vie de la structure et qui est d'une aide pour moi dans le positionnement et la vie ici...* » Pour lui pouvoir faire des interventions à deux est très intéressant.

organisationnelle **liée à la restructuration du service mais aussi à l'usure des médecins** qui doivent traiter des situations de plus en plus délicates pour lesquelles ils ne sont pas formés. D'autres contraintes seraient liées aux **demandes spécifiques des entreprises** et à la réponse que l'on peut y apporter en tant que professionnel « *...ça fait des mois que je leur dis je me tiens à votre disposition et on voit bien la difficulté c'est que cette entreprise va probablement être fusionnée rachetée etc...donc encore une fois c'est un exemple un peu bateau parfois c'est plus subtil que ça mais si d'emblée on ne pose pas dans le cadre de l'accompagnement ce qui se joue du point de vue gestionnaire stratégique sur le positionnement de cette structure et éventuellement de ce rachat de ce regroupement on va user la structure à essayer de trouver des marges alors que dans six mois elle va être rachetée et si ça se trouve il y a des fonctions qui vont peut-être sauter donc l'intervention ne peut pas se faire en évacuant cette question-là... »*

Dans ce cas précis, cet IPRP ne peut pas oublier, de prendre en compte les enjeux qui se jouent pour l'entreprise, lors de son intervention. Ces enjeux qui peuvent parfois être cruciaux pour l'entreprise, vont obliger l'IPRP à se positionner d'une certaine manière et à revoir son intervention, à condition qu'il puisse et sache le faire...

SPP/SPA

Ressources	Contraintes
<p>1-Ce TP cite la ressource de la libre expression. Pouvoir collaborer avec un journal et pouvoir écrire des articles sur le fonctionnement de la prévention en Espagne l'aide. Il pense qu'il n'y pas des ressources organisationnelles pour faire de la prévention de RPS en Espagne. « <i>...la loi indique que l'on doit faire une visite médicale à l'embauche et après un arrêt maladie et quand cela est nécessaire mais ce n'est pas de la prévention ça...</i> »</p>	<p>1-Aucune information ni formation pas de culture de prévention Aucun pouvoir de décision. Aucune autonomie face aux décisions. Pas de planification du travail. Le travail arrive au fur et à mesure. Image du pompier qui éteint les feux. « <i>...dans un spa le technicien n'a pas de capacité de décision, celui qui a envie d'apprendre le fait mais sans méthode particulière, le service veut qu'il fasse son rapport, et il n'a pas le temps de visiter une entreprise une fois par an...</i> » C'est une perspective de business essentiellement « <i>...ici c'est du business pur et dur...</i> »</p>
<p>2-Ce TP nous cite comme seules ressources de l'organisation pour pouvoir faire la prévention de RPS un ordinateur et un bureau « <i>...on aurait besoin de ressources humaines parce que seule c'est difficile...</i> » Elle cite comme ressource le recours aux experts extérieurs « <i>...quand j'ai fait ma première évaluation de RPS j'ai fait appel à des techniciens qui</i></p>	<p>2-Pour ce TP la prévention en Espagne est une pure contrainte « <i>...elle est juste implantée dans les grandes industries...nous n'avons pas de culture de prévention c'est comme conduire alcoolisé, c'est une évidence mais la société fait semblant de ne pas le voir...</i> » Pour ce TP en Espagne la prévention est une pure formalité administrative. Pour ce TP la contrainte essentielle vient d'un positionnement de l'État qui n'est pas</p>

<p><i>maitrisaient les outils, des gens de Barcelone et de Madrid... »</i></p>	<p>favorable à la prévention. « <i>...je crois qu'il y a des gens qui sont très compétents mais on n'a pas de moyens ni des lois pour nous aider, pour aider les interventions de l'inspection du travail...il n'y a pas de sanctions... »</i> Elle nous dit qu'il n'y a pas d'information ni des données. D'un autre côté dans son organisation elle ne peut pas planifier son travail ni prendre des décisions « <i>...On ne te laisse pas planifier ni prendre des décisions et s'il y a un problème c'est de ta faute parce que tu as soulevé des choses qu'il ne fallait pas... »</i></p>
<p>3-Pour ce TP sa première intervention en prévention de RPS fut accompagnée par une stagiaire qui connaissait mieux que lui et qui lui a servi un peu de tutrice «<i>...elle s'est occupé de faire passer le questionnaire et de nous passer les comptes rendus après... »</i></p> <p>Il ne cite pas d'autres ressources au niveau de l'organisation, il a fait beaucoup de recherches personnelles « <i>..j'ai fait des recherches seul, j'ai fait des comparaisons entre les différentes méthodes, j'ai appris à faire seul.. »</i></p>	<p>3-Pour ce TP le travail avec les médecins lui complique les choses « <i>...je travaille avec un médecin mais comme il y en a très peu, ils travaillent à leur manière, ils ne veulent pas faire des visites etc.. et il faut que je rédige leurs protocoles d'intervention... »</i></p> <p>Le rôle du médecin en Espagne est juste limité à la visite médicale, le TP doit rédiger tous les différents protocoles d'intervention du médecin qui fera la visite après</p>
<p>4-Ce TP cite comme ressources l'appui sur des spécialistes pour pouvoir mettre en place des pistes d'action « <i>...on doit appeler l'expert, le coach, pour mettre en place des idées originales...»</i></p>	<p>4-La contrainte pour ce TP en SPA serait liée à une perception très lointaine de l'entreprise qu'il ne peut pas voir souvent, une seule fois par an, car ils n'ont pas le temps, et cela conduit à un désengagement vis-à-vis de l'entreprise pour lui « <i>... le TP en SPA a une</i></p>

<p>Il cite aussi le tuteur qui l'a bien aidé au début « ...tu as le tuteur au début pendant la période d'adaptation... »</p> <p>Et l'échange et la discussion avec les collègues ainsi que l'autoformation</p>	<p><i>vision lointaine de l'entreprise car il ne la voit qu'une fois par an, et il est compliqué comme ça de s'engager et de s'impliquer...»</i></p>
<p>5-Ce TP a travaillé en SPA et maintenant il travaille en SPP. Il trouve qu'il a plus de moyens actuellement qu'avant, et il a moins de pression.</p> <p>Il peut échanger avec les collègues et s'appuyer sur l'expertise externe.</p>	<p>5-La contrainte est liée pour ce TP au manque de moyens</p>
<p>6-Ce TP trouve sa principale ressource dans le travail en équipe. «...<i>je ne suis pas seule, ici on travaille en équipe et si j'ai un problème mes collègues m'aident...</i> » Dans ce SPA, c'est le TP qui organise le travail. En fonction des clients, il recherche les ressources en interne pour l'aider à faire son évaluation de risques.</p> <p>Elle recherche les ressources de formation « ...<i>je voudrais me former dans la mise en place de pistes d'actions...</i> »</p>	<p>6- Ce TP ne ressent pas de contrainte particulière</p>
<p>7-Ce TP cite les ressources du travail en équipe et le recours à des spécialistes</p> <p>« ...<i>il faut travailler la prévention de rps avec des spécialistes, donc des psychologues...</i> »</p>	<p>7-La contrainte pour ce TP est lié au manque de connaissances générales dans les organisations du travail, sur la prévention de RPS. Aussi au fait que n'importe qui peut, avec un master, devenir TP. « ...<i>un des problèmes graves en Espagne est que quelqu'un qui a fait lettres doit rédiger une enquête psychosociale...</i>» Pour ce TP, la</p>

	<p>politique de l'État n'est pas très intéressante, et les compétences des professionnels sur le marché sont nulles « ... <i>en Espagne c'est triste parce que tout le monde finit avec le même master mais ils viennent des filières différentes et ils ne connaissent rien...</i> »</p>
<p>8-Ce TP cite comme ressources le travail en équipe. C'était essentiel pour elle « ...<i>c'était un challenge parce que chaque entreprise est différente et il fallait intervenir et on devait se réunir pour décider entre tous de quelle manière on allait intervenir...</i> » Elle explique que dans son SPA, c'était le TP qui coordonnait le travail et qui allait à la recherche de ressources... » « ...<i>Dans les grandes entreprises le coordinateur avait la responsabilité de trouver les ressources nécessaires et de demander de l'aide à ses collègues...</i> »</p>	<p>8-Ce TP nous parle du rôle du médecin qui ne faisait pas partie de l'équipe vraiment «...<i>il était là pour s'occuper de la santé mais il ne travaillait pas vraiment avec nous...</i> » Elle ne le voit pas comme une contrainte Les contraintes pour ce TP sont plutôt liées aux manques de connaissances pour réaliser ce travail « ...<i>au début les gens ne connaissaient rien et il n'y avait pas de méthodologie ...</i>»</p>
<p>9-Pour ce TP le travail en équipe est la vraie ressource « ... <i>nous avons en ce moment deux psychologues une spécialisée dans les émotions et une autre sur des questions d'organisation et lorsque nous avons besoin d'un spécialiste on appelle quelqu'un de l'extérieur...</i> » Ils travaillent souvent sur des projets de neurosciences et c'est très motivant pour les collègues et cela créé une vraie motivation pour l'équipe.</p>	<p>9-Ce TP décrit un manque important de culture ce qui pour lui est une contrainte « ...<i>je te le dis, ils ne font pas la différence entre la passation d'un questionnaire et une évaluation...</i> » La difficulté est pour lui de travailler avec des entreprises qui ne connaissent rien et qui mélangent tout « ...<i>lorsque nous avons un client de ce style les résultats sont forcément pas bons...</i> » Pour lui la contrainte est l'échec qu'il y a en Espagne au niveau des organisations « ...<i>pour</i></p>

	<p><i>moi l'échec en Espagne est celui des organisations, personne ne veut regarder ce qui se passe au niveau de l'organisation... »</i></p> <p>Une autre contrainte pour lui c'est le manque de communication et de transmission de compétences dans le travail des équipes.</p> <p>Pour ce TP rester trop près de la loi est un vrai problème dans l'exercice du métier de TP car tu n'innoves pas. « <i>...En Espagne on t'apprend à faire respecter la loi en tant que TP et cela ne donne pas les compétences du futur... »</i></p>
<p>10-Pour ce TP la véritable ressource est la créativité et l'innovation. Amener des solutions novatrices dans les entreprises.</p> <p>Aussi ce TP fait confiance à la formation et au travail en équipe comme principale ressource</p>	<p>10-Pour ce TP la contrainte vient de la taille de l'entreprise. Ils sont en train de diversifier la clientèle, et ils préfèrent travailler avec les grandes entreprises qui comprennent bien la prévention. Pour lui et le SPA pour lequel il travaille les petites entreprises ne comprennent pas la prévention. De ce fait, petit à petit ils changent leur clientèle « <i>...nous ne sommes pas représentatifs dans notre secteur d'activité,..nous avons un plan stratégique et nous voulons changer notre clientèle à terme les TPE ne nous intéressent plus... »</i></p>

8.3.2. Présentation des résultats issus des entretiens semi-directifs avec les médecins du travail

Pour aborder cette partie de notre problématique nous avons interviewé les médecins de trois SSTI en France : un des SSTI est celui dans lequel nous réalisons notre thèse, un autre qui est un service plus important situé à Toulouse, l'Association toulousaine de Santé au Travail (ASTIA), et le dernier est un SSTI situé à Lavour (81).

La grille d'entretien semi-directif qui a été utilisée pour les entretiens avec les médecins du travail a été présentée dans le chapitre concernant la méthodologie. Elle a été mise en ligne sur le forum de TAPINET⁵⁶ avec l'autorisation des modérateurs du site.

Le traitement de ces entretiens a été fait en deux étapes : la première a été la retranscription intégrale pour échapper à la subjectivité de l'interprétation. La deuxième a été l'analyse thématique de contenu telle qu'explicité au chapitre 7 et qui vise à extraire un sens des corpus de données narratives, à partir d'une codification en catégories conceptuelles. A ce questionnaire ont répondu un total de 18 médecins du travail.

Nous proposons la présentation et l'analyse des résultats ci-dessous selon les différents thèmes dégagés pour les entretiens semi-directifs réalisés en France et pour le questionnaire distribué en Espagne.

Les thèmes dégagés de ces entretiens sont les suivants :

THEMES DE L'ENTRETIEN
FORMATION
MOTIVATION
PERCEPTION DES IPRP
PERCEPTION DE LA PREVENTION DE RPS

⁵⁶ TAPINET : Forum de la Société de Santé au Travail de Catalogne.

FRANCE

FORMATION	MOTIVATION	IPRP	PREVENTION DE RPS
Médecin du travail	Ce médecin exprime sa motivation de la manière suivante : « <i>c'est le seul métier de la prévention structuré en France où l'on gagne sa vie</i> »	A propos des IPRP ce médecin dira « <i>On a besoin d'avoir en interne des spécialistes pour être des points d'appui d'évolution des compétences</i> »	Interrogé sur la prévention de rps ce médecin dira « <i>On a un cursus de formation essentiellement des relations interindividuelles à un patient et donc on a une histoire de visites médicales d'aptitude annuelles qui renvoient à une pratique individuelle..c'est un des problèmes de la mutation qu'on est en train de vivre c'est de faire comprendre cette dimension collective au niveau d'une entreprise, on a un collectif à gérer..il y a beaucoup de services qui sont structurés</i>

			<p>avec un médecin coordonnateur et un responsable de préventeurs ce qui peut créer des cloisonnements .. »</p> <p>« J'ai toujours eu des actions de recherche sur les RPS..on peut proposer des accompagnements à différents niveaux, on peut aider l'entreprise à définir un cahier de charges pour sélectionner un consultant.. »</p>
Médecin du travail	Gout pour la pédagogie	Interrogée sur l'arrivée des IPRP dans les services ce médecin dit « C'est un soulagement quand j'ai commencé il fallait tout faire et je suis nulle en chimie donc je le faisais mal..à partir du moment où on a eu des IPRP on a pu faire les choses correctement.. » elle dit que cela n'allait pas de soi pour tous	Concernant la prévention de RPS elle dit « .. On savait pas ce que c'était et puis au moment où on a eu la psycho ergonome elle nous a expliqué le pourquoi du comment tout est devenu clair..j'ai appris en lisant les rapports de la psychoergonome.. »

		<p>les médecins « <i>..il y a eu des réticences, ma collègue ne travaillait pas beaucoup avec les IPRP elle craignait que quelqu'un d'autre fasse des bêtises car elle avait mis du temps à construire le relationnel... »</i></p>	
<p>Médecin généraliste médecin du travail en formation.</p>	<p>Manque d'intérêt pour la médecine générale et hospitalière</p>	<p>Il trouve que le travail en équipe est essentiel mais pour lui l'équipe se restreint à son assistante et infirmière, les IPRP sont transversaux, mais « <i>...ils ne sont pas là que pour les études de poste... »</i></p>	<p>Il a une vision très négative du RPS qui est liée à ce qu'il vit et croit vivre dans son service où « <i>si on lui demande de s'occuper du RPS dans une entreprise il répondra non tant que vous ne vous occupez pas du RPS du service »</i>. Aussi il dit qu'il y a de l'abus sur les RPS « <i>...il y a beaucoup des gens qui mettent leur souffrance sur le risque psychosocial et il n'y a pas grand-chose à voir...»</i></p>
<p>Médecin généraliste,</p>	<p>Il aime le contact</p>	<p>Il dit aimer que</p>	<p>Il aimerait apprendre</p>

médecin du travail	patient	<p>l'équipe soit pluridisciplinaire</p> <p><i>« c'est riche chacun a un point de vue un peu différent, un apport différent ».</i> Il trouve que c'est bien d'avoir d'autres points de vue. Il était content que les IPRP soient déjà là à son arrivée.</p>	<p>davantage et se spécialiser dans les rps. <i>«... j'ai du mal à cerner ce que c'est que les RPS, moi je vois plutôt derrière des pathologies, des déterminants, il y a plein d'écoles différentes...je veux m'améliorer... »</i> Il pense qu'au même titre que les déterminants organisationnels la personne son vécu et son psychisme, sa culture, sont déterminants et aussi les contraintes extérieures. Il parle d'autres déterminants comme la culture de l'entreprise, une culture qui privilégie le bien-être et la Qualité de Vie au travail (QVT) mais il dit des gens qui ont des facteurs qui prédisposent aux RPS <i>«je ne verrais jamais quelqu'un qui</i></p>
--------------------	---------	---	---

			<p><i>s'en fout qui est fainéant faire un burn-out » il pense qu'il faut être à l'écoute, cela permet d'avoir une ouverture d'esprit</i></p>
<p>Médecin généraliste et médecin du travail</p>	<p>Elle avait fait une spécialité médecine du travail en se disant que peut être cela lui servirait un jour</p>	<p>Pour elle le rôle des IPRP serait surtout de faire de la sensibilisation auprès des employeurs, de l'éducation sanitaire. Au départ elle ne les voyait pas dans les rps et maintenant ils sont indispensables « on ne peut pas s'en passer et surtout les psychologues sont un truc supplémentaire »</p>	<p>Sur les RPS elle dit qu'il faut être spécialisé « <i>parce que les RPS c'est pas évident pour interroger les gens et la hiérarchie il doit falloir s'y prendre d'une certaine façon..</i> » Elle dit qu'avant on n'en parlait pas, que petit à petit cela s'est installé et a pris des proportions énormes, et qu'il y a beaucoup d'inaptitudes et 50% seraient liées aux RPS et aux burnout ou états anxio dépressifs « <i>c'est bien d'avoir un psychologue sur place parce que les gens on ne les laisse pas comme ça, dans</i></p>

			<p><i>la souffrance on peut leur proposer quelque chose.. »</i></p> <p>elle dit qu'en tant que médecins ils sont démunis qu'ils essaient de voir avec la personne, qu'ils lui trouvent un rdv avec un psychologue mais qu'il est difficile de prendre le téléphone pour dire à l'employeur qu'ils ont un RPS, que parfois il se saisissent du CHSCT⁵⁷ pour en parler, que parfois on va <i>via</i> la fiche d'entreprise mais pas directement qu'ils ont du mal à établir le lien avec l'employeur. « <i>les RPS on l'apprend au fur et à mesure vraiment sur le tas et puis après on s'informe quand même on se documente...</i> »</p>
--	--	--	--

⁵⁷ CHSCT : Comité d'Hygiène, sécurité et conditions de travail, est une institution représentative du personnel au sein de l'entreprise ou de l'administration publique.

<p>Médecin généraliste et médecin du travail</p>	<p>Venir travailler en France</p>	<p>Le fait de pouvoir accéder à un psychologue du travail aide beaucoup des gens pour cheminer, pour faire des choix. Sur les interventions en collectif elle ne peut pas trop se prononcer parce qu'elle a vu un cas et ça n'a rien apporté « <i>les IPRP ça apporte surtout du point de vue technique ça enrichit l'équipe</i> »</p>	<p>Dans son pays les RPS n'existaient pas « <i>si tu es harcelé par ton chef si le chef en dessous te crois très bien sinon tu cherches ailleurs. Personne ne s'inquiète du sort de quelqu'un, la législation n'existait pas</i> » Elle trouve que c'est une bonne chose que les gens sachent que la loi les protège mais que cela doit représenter plus d'un tiers de son travail « <i>je fais de mon mieux avec ce que je peux, j'écoute la personne, j'essaye de voir de l'autre côté,, et je vous met en boucle si ça me dépasse..je ne maîtrise pas le sujet..ce sont des choses complexes c'est compliqué de te faire une opinion juste, il faut être à l'aise avec la</i></p>
--	-----------------------------------	---	--

			<i>subjectivité, ce n'est pas évident, entre le discours et le langage corporel..les RPS sont très importants ce serait bien de savoir comment les prendre.. »</i>
Médecin généraliste, spécialiste et médecin du travail en formation	Le soin lui pesait et il ne sentait pas du soutien social au travail	Il n'a pas connu sans les IPRP mais ça a été un des critères de choix pour faire de la médecine du travail le travail en équipe « <i>j'adore l'échange</i> » Il a une idée précise de ce qu'il peut demander aux IPRP « <i>je suis embêté par le côté on ne peut rien dire, c'est le secret médical alors que moi quand je les envoie sur un problème y compris sur un problème de RPS j'aime bien qu'ils regardent l'organisation de travail..cela veut dire que l'IPRP il faut</i>	Concernant les RPS il a été sensibilisé à des situations de travail qu'il a vécues qui lui ont paru très difficiles. Il ne s'est pas documenté « <i>ça m'a pesé je me suis dit comment est-ce possible ? où on est ?</i> » « <i>je ne connaissais pas du tout les rps, aucune sensibilisation</i> » il s'est informé seul. C'était dans les six derniers mois de sa pratique qu'il a commencé à se renseigner et se poser des questions sur l'organisation du travail et l'impact que cela pouvait

		<p><i>que je lui explique pourquoi et qu'il voie tout ça » Il est embêté par toutes ces questions autour du secret médical et il ne sait pas comment il devrait se placer pour travailler en équipe pluridisciplinaire. Il a des difficultés à comprendre dans quel cas il peut faire appel, et à quels IPRP. « Il y a la vision des IPRP qu'ont les médecins il y a les généralistes et les spécialistes et la question est à quel point on peut mobiliser un IPRP généraliste jusqu'à quel point il peut être compétent et y faire face à une situation sans se sentir en difficulté lui-même.. »</i></p>	<p>avoir sur la santé..</p>
--	--	---	-----------------------------

En Espagne

Comme expliqué précédemment, nous n'avons pas pu réaliser d'entretien semi-directif avec les médecins espagnols, et nous avons opté par un questionnaire avec des questions fermées qui a été présenté dans le chapitre concernant la méthodologie

ESPAGNE

NATURE DE LA TACHE DE PREVENTION DE RPS	QUALIFICATION DE LA RELATION AU TP	ROLE DU MÉDECIN DANS LA PREVENTION DE RPS	LE TRAVAIL DE PREVENTION DE RPS SE FAIT SEUL OU EN EQUIPE
Surveillance santé	Bonne	« <i>Le médecin doit être présent dans les suivis individuels</i> »	En équipe
Coordination	Productive	« <i>Le médecin doit coordonner et être force de propositions</i> »	En équipe
Surveillance santé	Bonne	« <i>Le médecin doit coordonner les interventions entre le SPA et l'entreprise</i> »	En équipe
Aucune	Délétère car « <i>de plus en plus on nous demande d'intervenir juste pour la visite médicale.</i> »	« <i>Surveillance de la santé individuelle et collaboration avec les techniciens pour améliorer la prévention globale. Visiter les entreprises et promouvoir la formation à la prévention</i> »	En équipe puisque la prévention est un objectif d'équipe.
Aucune	Très bonne	Ne sait pas	Seul et en équipe

Aucune	Cordiale et productive	« Médecin en suivi de santé et en collaboration avec les activités techniques »	En équipe
Aucune	Correcte	« Médecin en suivi de santé et visites aux entreprises, faire équipe avec les techniciens »	En équipe
Aider au reclassement des salariés victimes de harcèlement	Très bonne cordiale et de collaboration	« Collaborer dans la mise en place d'actions pour améliorer la vie des salariés »	En équipe
Aucune	Bonne	Surveiller la santé individuelle et collective	En équipe
Aucune	Cordiale	Faire la coordination entre techniciens, entreprise et salariés	En équipe
Aucune	Variable	Surveillance de la santé et conseil sur les possibles conséquences des troubles auprès des techniciens	En équipe
Aucune	De collaboration	Pluridisciplinaire	En équipe
Responsable de la spécialité de psychosociologie	Bonne	« Il doit établir des indicateurs de santé psychologique et faire des visites »	En équipe
Aucune	Très bonne d'équipe	« Faire la	En équipe

		<i>surveillance de la santé des salariés en fonction des risques auxquels ils sont exposés »</i>	
Attention aux salariés touchés par des problématiques psychologiques dues au travail	Succincte	« <i>Détecter les problèmes de santé conséquence du travail »</i>	En équipe

Nous avons jusqu'à présent, abordé la notion de la compétence en prévention de RPS à partir des dires de ses acteurs en SSTI et en SPA: d'une part les IPRP et les TP et d'autre part les médecins du travail. Nous ne prétendons pas avoir la totalité des dires des sujets intervenant dans la prévention de RPS en SSTI ou SPA, puisque d'une manière où d'une autre, d'autres acteurs, comme l'a déjà montré Charpentreau (2015) interviennent et concourent à l'exercice du travail en équipe pluridisciplinaire. **Si nous postulons qu'une part de cette compétence s'acquiert dans le travail en équipe pluridisciplinaire, nous allons voir si ce travail en équipe est possible, et s'il peut aider ou au contraire inhiber la construction de la compétence en prévention de RPS.**

8.3.3 Présentation des résultats issus des monographies

Dans ce qui suit nous allons effectuer nos analyses d'un travail pluridisciplinaire en rapport avec la tâche, celle d'une mission de prévention de RPS.

En effet, notre équipe de travail, différente à chaque fois, s'est constituée par rapport à une mission bien précise, celle d'effectuer des interventions de diagnostic de RPS : Ces missions ont été effectuées dans des entreprises différentes et à des moments différents.

Effectuer un diagnostic des RPS dans une entreprise signifie que l'on va intervenir pour diagnostiquer, à l'aide d'un recueil de données le plus exhaustif possible, en mélangeant plusieurs méthodologies de recueil et d'analyse de données, l'existence de facteurs de risque psychosocial dans l'entreprise.

Dans le SSTI où nous réalisons notre travail de recherche, il n'y avait pas de compétences ni de savoir-faire dans la prévention primaire⁵⁸ des RPS, avant notre arrivée. Toutes les interventions à caractère psychologique étaient sous-traitées au groupement pluridisciplinaire de l'ASTI. Nos interventions ont constitué des « premières » dans le service. Parmi les médecins intervenants, deux d'entre elles étaient des médecins du travail expérimentés et le troisième était un médecin bénéficiant d'un statut de « collaborateur ». Ce statut apparu en France pour pallier la pénurie des médecins du travail permet aux SSTI de recruter des médecins avec d'autres spécialités à condition qu'ils acquièrent la spécialité de médecin du travail dont la formation est prise en charge par le service. Durant la durée de leur formation ces médecins sont tutorés par un collègue médecin du travail confirmé.

Nous avons dit que l'équipe s'était constituée par rapport à la tâche, donc les coéquipiers étaient censés être motivés pour le travail, avec un désir de réussite supposé collectif.

Comme souligne Mucchieli (1975), « *le sentiment intime d'incompétence tout en étant à lui seul une motivation plutôt négative, loin de provoquer le rejet du travail en équipe le fait rechercher.* » Et par ailleurs, « *la motivation commune pour la tâche, facteur de cohésion et gage d'efficacité, ne peut s'en tenir à sa propre affirmation ! L'équipe agit (elle n'existe que dans l'action)* » (Mucchieli, 1975)

Nous avons démarré une activité nouvelle au sein de notre SSTI dans laquelle nous avons eu un rôle de chercheur-praticien. Cette activité était nouvelle pour nous, comme pour le reste de l'équipe. Nous nous sommes appuyée sur nos compétences générales de psychologue du travail, de psychologue clinicienne et de consultante en entreprise, pour la mettre en place, et nous avons bénéficié de la confiance de la Direction de notre SSTI pour initier cette pratique qui devait pour nous se trouver à l'origine d'un développement ultérieur de compétences dans le service.

En prenant appui sur les concepts théoriques évoqués nous avons décidé d'analyser deux monographies d'un travail de prévention de RPS réalisé en équipe pluridisciplinaire. L'un au démarrage de notre travail de thèse, fin 2017 et l'autre un an plus tard, fin 2018.

Nous avons repéré dans ces analyses **les modalités de coopération qui se mettent en place entre les participants et qui définissent un partage du travail.**

⁵⁸ La prévention primaire est destinée à supprimer les risques à la source et est la

Nous avons, pour cela, décidé d'observer si les 8 conditions de travail en groupe telles que définies par Muchielli, se trouvaient réunies. Ainsi nous avons réalisé des tableaux à double entrée ou l'on repère :

- 1-Le rôle de chaque membre de l'équipe intervenant dans le projet
- 2-La nature de la communication et des échanges entre participants : courrier, courriel où interaction verbale
- 3-Objectif de l'échange
- 4-Réunions d'équipe réalisées : nature et participants

MONOGRAPHIE ACTION N° 1

NATURE DE L'INTERVENTION : DIAGNOSTIC DE RPS RÉALISÉ ENTRE MAI 2017 et NOVEMBRE 2017

TYPE DE STRUCTURE : ASSOCIATION MEDICO SOCIALE COMPOSÉE DE 17 UNITÉS ET 380 SALARIES

DURÉE DE L'INTERVENTION : 6 mois

L'équipe a été mise en place pour la réalisation de la tâche.

1-Le rôle de chaque membre de l'équipe intervenant dans le projet

INTERVENANTS	ROLE
Directeur de l'Asta	Négociateur avec l'entreprise et garant du cadre
Médecins du Travail	Intervenants au titre de leur positionnement vis-à-vis de la loi en tant que coordinateurs d'équipe et référents de l'entreprise
Psychologue du Travail et psychologue stagiaire	Mise en place du projet : chargés de la conception de la méthodologie d'intervention et responsables du déroulement de celle-ci
IPRP	Participation aux réunions et échanges avec les autres membres de l'équipe sur le projet

2-La nature de la communication et des échanges entre participants au projet

Nature des échanges	Directeur	Médecin du Travail	Psychologue du Travail	IPRP
Courrier ou courriel à l'entreprise	x	x	X	0
Courriel entre membres de l'équipe	x	x	X	X
Interaction verbale avec l'entreprise	x	x	X	X
Lecture de documents produits par les psychologues	x	x	x	X
Courriel à l'entreprise concernant le déroulement de l'action	0	0	X	0

3- Objectif des échanges entre participants

Rôle des échanges	Directeur	Médecin du Travail	Psychologue du Travail	IPRP
Information (réunions à venir, ou partage des informations concernant l'entreprise)	x	x	X	x
Rappel des choses à faire sur le projet)	0	0	X	0
Relance sur les choses restantes à faire	0	0	X	0
Convocation à des réunions	0	0	X	0
Soumission des résultats à la discussion	0	0	x	0
Convocation Réunion de débriefing	0	0	X	0
Préparation et convocation à des réunions	0	0	X	0

4-Réunions d'équipe réalisées : nature et participants

Réunions d'équipe : nature et participants	Directeur	Médecin du travail	Psychologue du Travail	IPRP
Réunion de préparation du travail	x	x	X	0
Réunion intermédiaire : proposition premiers résultats	x	x	X	x
Réunion de préparation Co-pil	x	x	x	0
Participation Co-pil	x	x	X	0
Réunion de préparation à la restitution de résultats	x	x	X	0
Réunion de restitution de résultats	x	x	X	0

MONOGRAPHIE ACTION N° 2

NATURE DE L'INTERVENTION : DIAGNOSTIC RPS REALISE ENTRE SEPTEMBRE 2018 ET JANVIER 2019

DURÉE DE L'INTERVENTION : 3 mois

TYPE DE STRUCTURE : ENTREPRISE PUBLIQUE AVEC 130 SALARIES

1-Le rôle de chaque membre de l'équipe intervenant dans le projet

INTERVENANTS	ROLE
Directeur de l'Asta	Négociateur avec l'entreprise et garant du cadre
Médecins du Travail	Intervenants au titre de leur positionnement légal en tant que coordinateurs d'équipe et référents de l'entreprise
Psychologue du Travail et psychologue stagiaire	Mise en place du projet : chargés de la conception de la méthodologie d'intervention et responsables du déroulement de celle-ci
IPRP	Participation aux réunions et échanges entre membres de l'équipe
Infirmière santé au travail	Participation aux réunions et échanges entre membres de l'équipe et retour aux médecins

2-La nature de la communication et des échanges entre participants

Nature des échanges	Directeur	Médecin du Travail	Psychologue du Travail	IPRP	Infirmière santé au travail	
Courrier à l'entreprise	0	0	X	0	0	
Courriel à l'entreprise concernant l'action	0	0	X	0	0	

Interaction verbale entre membres de l'équipe	x	x	X	X	x	
Lecture de documents entre membres de l'équipe et renvoi	0	x	X	X	x	
Courriel entre membres de l'équipe	0	x	X	X	x	x

3-Objectif des échanges

Rôle des échanges	Directeur	Médecin du Travail	Psychologue du Travail	IPRP	Infirmière en santé au travail
Information (réunions à venir, ou partage des informations concernant l'entreprise)	0	x	X	x	x
Rappel des choses à faire	0	0	X	0	0
Relance sur les choses	0	0	X	0	0

restantes à faire					
Convocation à des réunions	0	0	X	0	0
Soumission des résultats à la discussion	0	0	X	0	0
Convocation Réunion de débriefing	0	0	X	0	0
Préparation et convocation à des réunions	0	0	X	0	0

4-Réunions d'équipe réalisées : nature et participants

Réunions d'équipe : nature et participants	Directeur	Médecin du travail	Psychologue du Travail	IPRP	Infirmière
Réunion de préparation du travail	x	X	X		
Réunion intermédiaire : proposition premiers résultats	0	X	X	x	X

Réunion de préparation Co-pil	0	0	X	x	X
Participation Co-pil	0	0	X	x	X
Réunion de préparation à la restitution de résultats	0	X	X	x	X
Réunion de restitution de résultats	0	0	X	x	X

8.3.4. Analyse et discussion des résultats : le travail en équipe pluridisciplinaire contribue-t-il à la construction de la compétence en prévention des RPS et comment cela est perçu par les acteurs?

On voit dans ces résultats assez uniformes, que **le temps** que l'on laisse à l'IPRP pour concevoir et réaliser son intervention est perçu par 50% d'entre eux comme une **ressource**. Son manque, où la crainte de subir une pression concernant le temps, est perçu comme une contrainte par 50% des IPRP.

L'autonomie est citée comme ressource par 40% des IPRP interviewés qui se déclarent satisfaits de celle-ci dans la mesure où elle leur permet de réaliser les interventions de manière indépendante. Cette autonomie est cependant nuancée par la contrainte que représente parfois la relation au corps médical. En effet 60% des IPRP interviewés mentionnent une contrainte liée à ce mode de fonctionnement qui positionne le médecin comme relation incontournable et comme passage obligé pour les IPRP.

30% des IPRP mentionnent **le tutorat** comme ressource importante. Celle-ci n'est pas à disposition dans tous les SSTI, et de ce fait les IPRP arrivant qui peuvent en bénéficier trouvent cet apport important pour leur développement.

40% des IPRP nous parlent de l'importance de **l'appui des réseaux externes**.

Au niveau des contraintes, **70% des IPRP interviewés trouvent que le positionnement des médecins est une contrainte**, qu'ils attribuent à leur manque de connaissances dans la prévention de RPS mais aussi à leur manque de connaissances et compétences en coordination, ou au lien de subordination que les médecins veulent mettre en place auprès des IPRP. **50% des IPRP interviewés citent la limite que leur impose l'organisation en termes de temps consacré aux interventions, comme une contrainte.** Enfin 10% des IPRP citent la contrainte réglementaire, et 10% invoquent des difficultés techniques comme contrainte.

Par ailleurs, nous constatons à partir de nos résultats, que les IPRP et les TP perçoivent leurs organisations de manière très différente d'un pays à l'autre, en ce qui concerne les ressources et les contraintes qu'ils y trouvent pour travailler sur la prévention de RPS.

En Espagne **40% des TP** considèrent le **recours à des experts externes** comme une vraie ressource, parce que dans l'organisation ils n'en trouvent pas. Ces professionnels se sentent obligés d'aller chercher de l'expertise à l'extérieur pour pouvoir mettre en place certaines actions de prévention de RPS.

20% des professionnels trouvent que le **tutorat** reste une ressource intéressante **et 40% trouvent que le travail en équipe** reste la ressource la plus importante.

Les équipes qui travaillent au sein d'un SPA sont composées essentiellement de TP et il y a seulement une ou un infirmier et un médecin dont le rôle consiste uniquement à surveiller l'état de santé du salarié à la demande. Ce professionnel n'est appelé que à la demande. C'est donc le TP qui a l'entière responsabilité d'organiser les actions de prévention en sollicitant le concours de ses collègues en fonction des spécialités présentes. L'on comprend mieux pourquoi le travail en équipe reste une des principales ressources évoquées. Quant aux contraintes, **le manque de temps et d'autonomie est mentionné par 30% de TP et l'absence de culture de connaissances et de politique d'État concernant la prévention est invoquée par 50% de TP.**

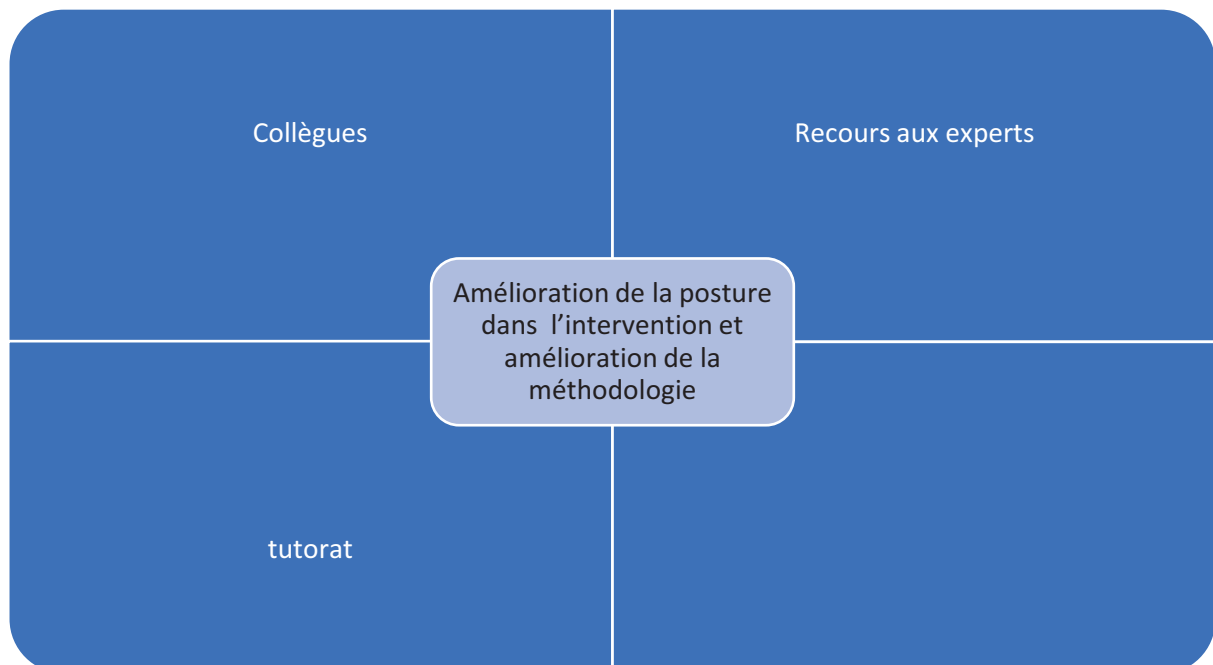
Le médecin n'est donc pas vu comme une contrainte. **Seulement pour 10% des interviewés il complique la réalisation du travail réel, obligeant le TP à être plus vigilant quant à l'application des protocoles que lui-même a mis en place.**

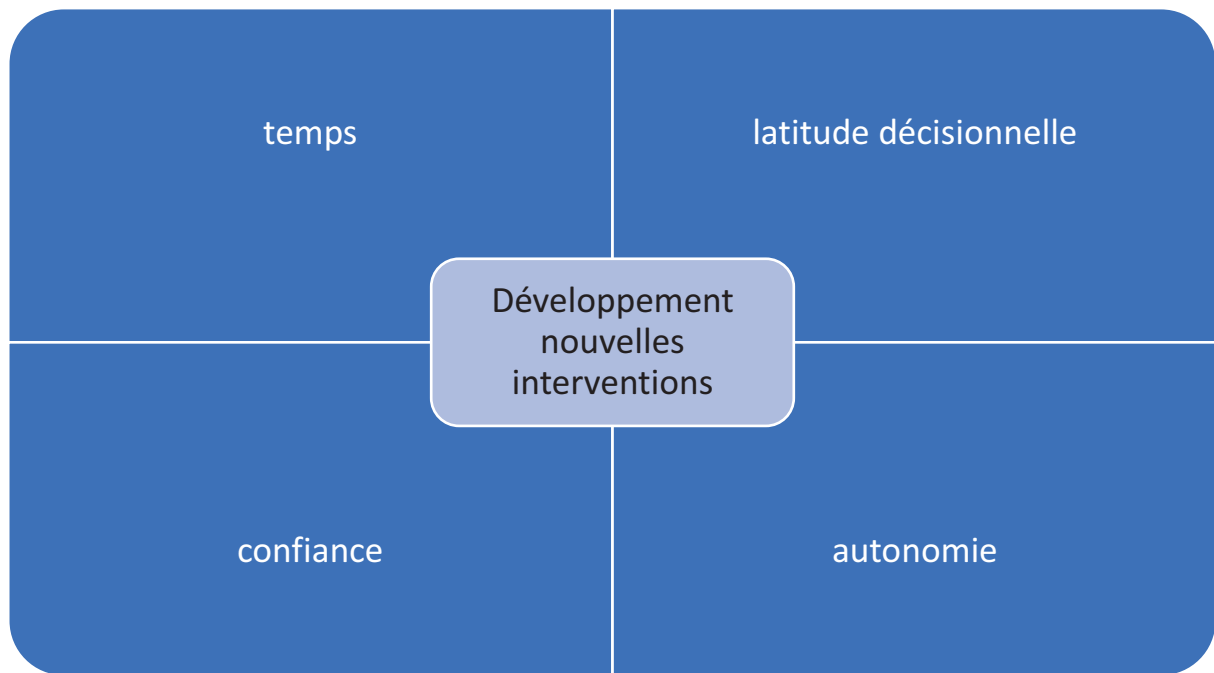
La proportion du recours à des experts externes est semblable dans les deux échantillons.

Que peut-on en déduire sur la manière dont ces professionnels ont perçu et « exploité » les contraintes et les ressources présentes dans leurs organisations de travail ?

Nous proposons ci-dessous des tableaux représentant les contraintes et les ressources organisationnelles ainsi que les nouveaux savoir-faire que ces professionnels disent avoir acquis après leur expérience en prévention de RPS.

Les ressources organisationnelles vont permettre aux IPRP de développer des interventions malgré les contraintes exprimées qui pèsent sur le travail





Les contraintes exprimées par les IPRP sont essentiellement

- La pression du temps
- Les activités imposées
- La relation au médecin

Les contraintes exprimées par les IPRP interviewés vont permettre à ces agents à développer des capacités de:

-négociation

-capacités d'affirmation

-capacités d'adaptation

-capacités de renoncement à certaines valeurs

-renforcement de l'autodéfense

-goût grandissant pour les activités de régulation sociale et collective

Tableau récapitulatif des savoirs faire initiaux et les nouveaux savoir-faire développés par les IPRP

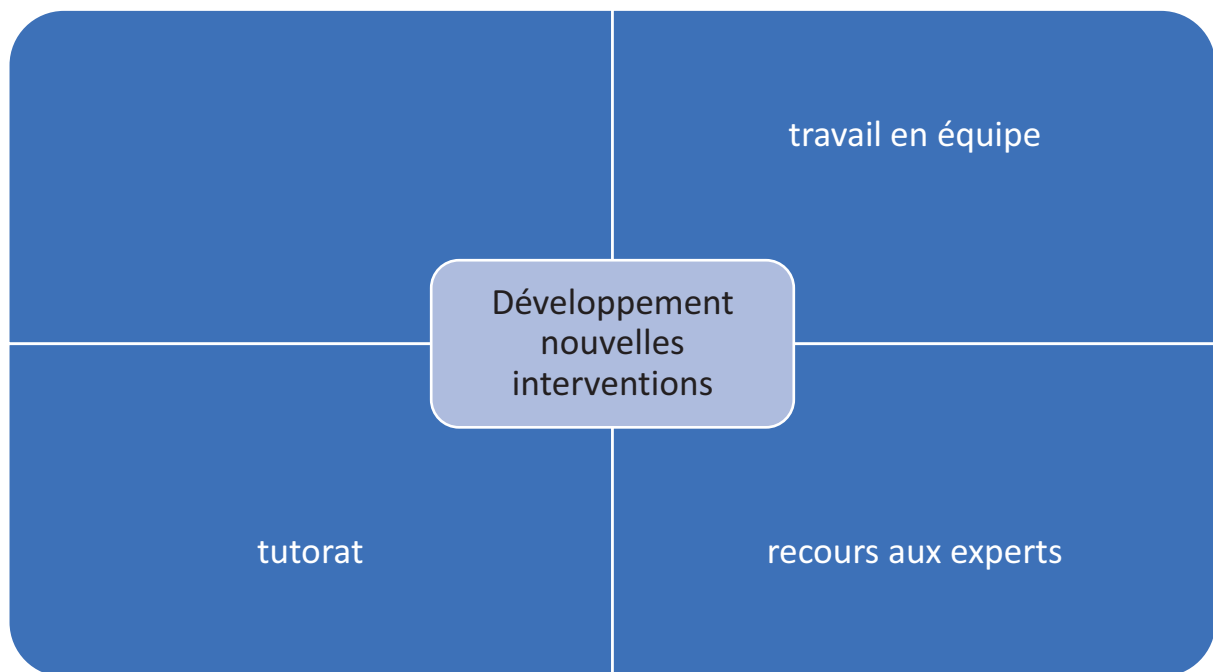
Formation	Savoir-faire initial	Nouveau savoir-faire
HSE	Vente et négociation	Meilleure vision, prise des décisions
HSE/pathol.	Prise en compte situation globale	Adaptation. Renoncement valeurs
Ergonomie	Analyse de l'activité	Auto défense et affirmation de soi.
Ergonomie	Analyse de l'activité	Capacité de négociation, appui sur expertise
Industrie	Mesure de risque	Capacité d'adaptation
Ergonomie	Analyse de l'activité,	Intérêt pour la régulation, dialogue, expérimentations
Psychologie du travail	Analyse de la demande conduite de projet	Amélioration méthodologie
Psychologie du travail	Écoute, travail équipe, capacité d'adaptation	Amélioration posture
Psychologie sociale	Traitement données	Amélioration connaissances qualitatives et apprentissage compromis,
Ergonomie	Analyse de la demande	Affirmation. Capacité de négociation.

Les nouveaux **savoir-faire des IPRP** enrichissent leurs interventions dans la prévention des RPS de la manière suivante :

-Amélioration de la posture dans l'intervention des interventions en prévention des RPS

- Amélioration des compétences relevant plutôt des savoir-faire : capacité de négociation, développement des attitudes d'écoute et d'empathie envers autrui, adaptation au contexte
- Augmentation de la curiosité et de la capacité à aller chercher des ressources externes
- Augmentation de la capacité de création de nouvelles interventions en prévention de RPS

En Espagne, les TP développent essentiellement de nouvelles interventions avec les ressources suivantes :



Les contraintes exprimées par les TP sont essentiellement :

le manque de temps, le manque d'autonomie et de pouvoir de prise de décision et l'absence de culture et de politique de prévention. Ces contraintes permettent à ces agents de développer les capacités suivantes :

Les contraintes exprimées par les TP interviewés vont permettre à ces agents à développer des capacités de:

-négociation

-capacités d'affirmation

-capacités d'adaptation

-renforcement de l'autodéfense

-goût grandissant pour les activités de régulation sociale et collective

Tableau récapitulatif des savoirs faire initiaux et acquis par les TP

Formation	Savoir-faire initial	Nouveau savoir-faire
Master Prevención (MP)	Mise en place du plan de prévention global de l'entreprise	Connaissance du système, développement travail collectif.
Sciences du travail. (MP)	Prise en compte situation globale, polyvalence, connaissances sur les organisations, vendre et prendre des décisions	Méthodologie d'intervention, Mesures à prendre, Conscience de la difficulté de convaincre les gens. Meilleure appréhension des RPS
Dr en biologie. (MP)	Former, enseigner, faire de la recherche	Méthodologie de l'intervention. Recherche des informations

Ingénieur (MP)	Maitrise d'ouvrage. Vision globale de l'organisation. Hygiène et sécurité	Méthodologie d'intervention. Recherche d'information
Sciences du travail (MP)	Connaissance des organisations. Polyvalence. Savoir vendre de services	Méthodologie d'intervention. Notions de psychosociologie. Apprentissage des évaluations. Apprentissage de la communication autour des RPS.
Pédagogie (MP)	Formation et ingénierie de la formation	Méthodologie d'intervention. Notions de psychosociologie. Pistes d'amélioration pour les organisations.
Chimiste (MP)	Analyse des substances. Toxicologie	Connaissances sur la méthodologie d'intervention et la manière de la vendre aux organisations.
Psychologie du travail (MP)	Écoute, travail équipe, capacité d'adaptation	Méthodologie d'intervention. Amélioration pédagogie intervention.
Ingénieur industriel (MP)	Traitement de données. Facteur humain. Ergonomie. Connaissance de l'organisation et travail en équipe.	Gestion des talents. Ressources humaines. Connaissances transverses liées aux RPS. Créativité pour la recherche de nouvelles solutions.
Juriste (MP)	Gérer les Ressources Humaines	Méthodologies d'intervention. Créativité. Utilisation de nouvelles méthodologies.

Si l'on regarde les deux tableaux sur les **nouveaux savoir-faire acquis par les IPRP et les TP, on voit**

- 1- Que les contraintes et les ressources que ces agents trouvent dans leur organisation de travail sont plus ou moins équivalentes, à une exception près : les TP ne ressentent pas de contrainte concernant le rapport au médecin.
- 2- Que les IPRP bénéficient des ressources organisationnelles importantes comme l'autonomie, un certain pouvoir de décision malgré

la présence du médecin et d'un temps de durée des interventions qui n'est pas trop limité pour le moment.

- 3- Les IPRP mentionnent un développement de nouveaux savoir-faire qui concernent des modalités d'action dans 40% des cas et des savoir-être dans 60% des cas.**
- 4- Les TP mentionnent à 100% une acquisition des savoir-faire techniques.**

Ces résultats correspondent à notre sens aux résultats obtenus par Alceste sur la manière dont les deux types de techniciens IPRP et TP parlent au sujet de la prévention des RPS. Les IPRP sont plus préoccupés par les aspects qualitatifs des interventions et les TP par les aspects plus quantitatifs ou méthodologiques. Cela pourrait s'expliquer à notre avis par l'avancement du développement de la méthodologie d'intervention en France, mais nous pensons aussi que la différence d'approche culturelle est importante et que le fait que les disciplines de formation initiale des IPRP aient déjà pris une longueur d'avance dans la recherche sur la question des RPS (ergonomie et psychologie du travail) a permis éventuellement à ces agents d'envisager les interventions techniques avec plus de sérénité et de pouvoir en conséquence se préoccuper par des questions de savoir-être. Mais il y a aussi une question culturelle peut-être à tenir en compte dans la mesure où l'Espagne s'est aligné sur un mode de développement plus proche du modèle anglo-saxon et plus proche des instances Européennes par la suite où la recherche quantitative est privilégiée, ce que l'on peut constater dans nos différents échanges avec des professeurs d'Université sur la question.

Ceci ne nous explique pas toute l'influence des organisations sur ces professionnels et comme le montrent nos résultats aux entretiens semi-directifs menés avec les médecins, les IPRP et les TP sont dans des rapports avec le corps médical, complètement différents ce qui à notre avis est déterminant pour la construction de la compétence en prévention de RPS.

En effet, la place du médecin du travail dans les équipes de santé au travail et ses relations avec les IPRP sont largement abordées par les professionnels de notre échantillon.

Ainsi il nous est apparu important d'interviewer des médecins du travail faisant partie des équipes pluridisciplinaires de santé au travail, et d'essayer de comprendre la perception qu'ils avaient de la prévention de RPS et de la place de l'IPRP dans leurs équipes.

Selon nos résultats l'ensemble des médecins français interviewés ont réalisé des interventions en prévention de RPS.

71% des médecins interviewés sont des médecins du travail. 29% bénéficie d'un statut de médecin collaborateur⁵⁹, et sont encore en formation.

Concernant leur motivation, on voit qu'elles sont toutes différentes. Ceci caractérise la population de médecins du travail, et peut être, partant, celle de la médecine du travail où, comme dit Barlet (2015), il y a autant de médecines du travail qu'il y a des médecins.

Dans l'analyse des résultats exposés ci-dessus on voit que **l'ensemble des médecins sont d'accord pour affirmer que la prévention des RPS est quelque chose qu'ils ne connaissent pas assez, difficile, pour laquelle ils ne se sentent pas ou très peu formés, donc un sujet qui pourrait se révéler même anxiogène pour eux.**

Concernant la perception qu'ils ont des IPRP, 10% mentionnent **la question du travail en équipe mais qui serait entravée en même temps par le respect du secret médical.** A ce propos, Charprentreau (2015) indique que « *les services de santé au travail interentreprises ne sont pas des établissements de soin. Dans ce sens, il n'existe pas de secret partagé et cela peut être un frein dans l'exercice de la pluridisciplinarité* »

Concernant la perception que les médecins ont des IPRP, **elle est loin d'être uniforme dans notre échantillon.** 20% des médecins reconnaissent en avoir besoin, **ce besoin serait en rapport avec la richesse technique et la complémentarité des points de vue que les IPRP apporteraient.** 30% n'expriment pas l'idée de nécessité concernant les IPRP, mais ils reconnaissent qu'ils apportent une richesse car ils ont d'autres points de vue, et 10% de ces 30% attribuent un rôle transversal aux IPRP.

Ne se dégage pas de ces résultats une idée claire concernant la prévention des RPS ni l'utilité des IPRP ainsi que leurs fonctions.

En Espagne, des quinze réponses obtenues à notre questionnaire, 40% des médecins ont réalisé des tâches de prévention de RPS parmi lesquels 26% ont réalisé des tâches de

⁵⁹ Médecin collaborateur : statut qui permet à un médecin quelle que soit sa spécialité, d'être recruté par un SSTI (décret n°2016-1358 du 11 octobre 2016)

surveillance de la santé individuelle et **13% seulement ont réalisé des tâches de coordination des équipes.**

70% des médecins ont qualifié leur relation aux TP de collaboration, bonne et cordiale et seulement 30% l'ont qualifiée de succincte, délétère et variable.

Concernant la fonction que doivent avoir les médecins du travail dans la prévention de RPS, 26% pensent qu'ils doivent faire des suivis individuels et **46% qu'ils doivent travailler en coordination et collaboration avec les techniciens.**

Concernant le travail de prévention de RPS il semble clair pour l'ensemble des médecins qu'il doit être un travail d'équipe, mais ces considérations restent purement théoriques dans la mesure où ils ne sont que 13% à avoir réalisé des tâches de coordination d'équipes.

Il semblerait à la vue de ces réponses que **pour les médecins du travail en Espagne, les interventions en prévention de RPS ne sont pas toujours d'actualité, car beaucoup d'entre eux, plus de la moitié, 60% travaillant en SPA n'ont pas eu accès à ces tâches.**

La prévention en SPA en Espagne est organisée en grande partie par des techniciens qui coordonnent les actions en entreprise et vont chercher les ressources nécessaires au traitement des problèmes, y compris la ressource médicale.

Le médecin souffrirait en Espagne d'un positionnement vis-à-vis de l'équipe pluridisciplinaire alors que pour lui son rôle devrait être celui d'un coordinateur d'équipe, il serait plutôt perçu par les techniciens comme quelqu'un qui doit surveiller la santé des salariés.

Certains d'entre eux, dans notre échantillon seulement 13%, ont des missions de coordination d'équipes, et notamment de responsabilité de la spécialité psychosocioergonomie.

Nous avons jusqu'à présent, abordé la notion de la compétence en prévention de RPS à partir des dires de ses acteurs en SSTI et en SPA: d'une part les IPRP et les TP et d'autre part les médecins du travail. Nous ne prétendons pas avoir la totalité des dires des sujets intervenant dans la prévention de RPS en SSTI ou SPA, puisque d'autres acteurs, comme l'a déjà montré Charpentreau (2015) interviennent et concourent à l'exercice du travail en équipe pluridisciplinaire.

Concernant la contribution du travail en équipe pluridisciplinaire à la construction de la compétence en prévention des RPS, nos résultats montrent que les rôles des différents

participants ont été distribués et exercés de manière spontanée, sans qu'il y ait eu une distribution préalable du travail, chaque intervenant adoptant le positionnement correspondant à son domaine de compétences.

Les communications ont été partagées par tous les membres de l'équipe, et la présence aux réunions a été respectée par l'ensemble de membres de l'équipe. Les rôles de l'échange sur des questions ayant trait à la coordination apparaissent réalisées plutôt par les psychologues, qui ont rappelé les échéances, les programme les réunions, et qui ont communiqué avec l'entreprise concernant l'action et préparé les comptes rendus et les restitutions du travail.

Qu'en est-il de la deuxième action, réalisée une année plus tard ?

On voit dans cette deuxième action, qu'un nouveau membre de l'équipe s'est rajouté, l'infirmière en santé au travail. Elle a été sollicitée par le médecin du travail, qui ne travaillant pas à temps plein dans le service, a considéré qu'elle devait faire le lien avec le reste de l'équipe en son nom, lorsqu'elle ne pouvait pas être présente.

On constate également que les temps de présence du directeur du service au niveau des échanges et de l'action ont fortement diminué. Les échanges entre membres de l'équipe sont restés constants.

La présence du médecin aux réunions a diminué du fait aussi de son temps partiel dans le service. Cependant il a été remplacé par l'infirmière censée le représenter. **On remarque que la communication vers l'entreprise est portée totalement par les psychologues, et que les échanges concernant la coordination des tâches émanent des psychologues.** Le soutien de l'équipe reste le même au niveau de la lecture des documents finaux.

Dans ces deux actions les tâches relevant de la coordination apparaissent portées essentiellement par les psychologues du travail.

Le Directeur a joué un rôle visant à garantir le cadre et le médecin est intervenu ponctuellement aux réunions et également a contribué avec sa relecture des documents finaux.

Par ailleurs, qu'en est-il des 8 conditions de travail en groupe énoncées par Muchielli (1975), qui s'avèrent pour nous des conditions préalables au travail de coordination, car elles témoignent dans un premier temps de l'existence d'un groupe de travail.

1-Existence et fonctionnement effectif d'un réseau de communications adapté à la nature de la tâche.

2-Utilisation de ce réseau selon ses pleines possibilités par les personnes concernées, ce qui suppose que les communications interpersonnelles s'effectuent sans obstacles ni inhibitions à propos du travail, selon les voies prévues par le réseau.

3-Existence d'une division du travail, donc de postes de travail définis, dont les responsabilités, les prérogatives, les territoires d'intervention et les modes de travail sont connus parfaitement des tenants des postes.

4- Cette division du travail est acceptée par les intéressés, c'est-à-dire qu'ils adoptent les comportements de rôles permettant la prévision des actions et la complémentarité des fonctions.

5- Cette division du travail est faite de telle sorte que la charge du travail est distribuée selon des critères acceptés, et que les facteurs de l'efficacité du groupe ont été analysés au même titre que les facteurs de satisfaction de chacun dans son poste.

6- Existence d'une organisation-structuration du groupe

7- Acceptation d'une autorité d'animation, de coordination et de contrôle.

8- Existence de normes de fonctionnement

(Muchielli, 2009, 11eme édition)

Ces deux actions montrent que le réseau de communications est existant et qu'il paraît adapté à la nature de la tâche. **Les postes de travail n'ont pas été prédéfinis, tout comme les territoires d'intervention. La charge de travail n'a pas non plus été affectée ni distribuée, mais la conduite de projet a été prise en charge par les psychologues essentiellement.**

Ce manque de définition des tâches, qui ne sont pas négociées systématiquement mais prises par les membres de l'équipe en fonction de leurs compétences, peut s'avérer fructueux dans un premier temps. Cependant, le flou entourant la structuration d'un projet d'équipe s'il peut avoir des effets structurants dans un premier temps, notamment lorsque les gens ne se sentent pas suffisamment compétentes dans leur tâche, (Muchielli, 1975) peut avoir comme conséquence négative plus tard à notre avis, la remise en question de la pratique, et par conséquent d'autres projets à venir.

En effet, à notre avis, un projet d'équipe, pour qu'il puisse contribuer à la construction de la compétence, nécessite que le groupe soit structuré, que l'autorité d'animation et de

coordination soit acceptée par tous les intervenants, et que le groupe ait développé des normes de fonctionnement qui pourront de ce fait continuer à exister et devenir une compétence du service.

Au travers de ces deux monographies on voit que l'autorité d'animation est laissée de manière implicite à la responsabilité des psychologues pilotes du projet, l'autorité de contrôle étant exercée dans ces cas-là exclusivement par le médecin.

Qu'en est-il du rôle du directeur dans la prévention de RPS en équipe pluridisciplinaire ? Il apparaît dans ces monographies occupant des fonctions de garant du cadre de l'intervention et négociant celles-ci avec les entreprises.

Jusqu'au où devrait aller son implication dans le lancement d'un projet d'équipe en SSTI ? Devrait-il se positionner en tant qu'élément essentiel fédérateur et garant du bon déroulement du travail en équipe pluridisciplinaire pour contribuer de ce fait et avoir un rôle dans la construction des compétences en prévention de RPS en SSTI ? (Wittorski, 2016)

Autant de questions que nous proposons de discuter dans l'ouverture de ce travail.

Concernant la possibilité d'utilisation du réseau des communications interpersonnelles **qui s'effectuent sans obstacles ni inhibitions**, elle est pour nous entièrement dépendante de la bienveillance existante dans le groupe de travail.

En effet, le groupe pluridisciplinaire, comme souligne Muchielli, (1975) oscille entre deux états extrêmes, tous deux aussi destructeurs de l'équipe : **d'une part les tensions interpersonnelles**, qui ont déjà été soulignées par Barlet (2015) comme existantes entre les groupes métier en santé au travail, mais aussi les rivalités d'influence ou la soumission au statut le plus élevé dans le groupe, et **d'autre part l'autosatisfaction liée au plaisir de discuter ensemble dans une atmosphère cordiale**.

La contribution du travail en équipe pluridisciplinaire à la construction de la compétence en prévention de RPS, qui se réaliserait et deviendrait concrète au fur et à mesure de son exercice, en « faisant », s'alimenterait aussi pour nous de moments de réunion de débriefing entre professionnels, où l'on peut échanger des points de vue qui peuvent s'avérer « constructeurs » de compétence de l'ensemble de l'équipe et partant, augmenter en retour la compétence des IPRP en prévention de RPS.

Nous pensons qu'une condition importante pour que la pluridisciplinarité ait lieu dans les équipes de santé au travail en France telles qu'elles sont constituées et où le médecin doit assumer des fonctions de coordination pour lesquelles il n'est pas ou peu préparé, **est la bienveillance**. Toute structure formelle du groupe est doublée de relations socio-affectives

nées de la commune motivation pour la tâche, de la confiance interpersonnelle et de la complète solidarité du groupe dans l'action, comme le souligne Muchielli (1975)

A notre avis, **construire une compétence collective en prévention de RPS, suppose l'existence d'une équipe où règne un climat qui permette l'accès à des connaissances qui, fruit des expériences de certains membres, pourront être partagées dans une confrontation constructive. C'est-à-dire un lieu de travail où la communication soit facilitée, et où les accords ou les désaccords puissent être exprimés.** Cela nécessite d'une non mise en question de la participation affective au groupe. Ainsi le partage de nouveaux savoirs ou savoir-faire acquis dans et par la pratique pourront être rétrocedés à l'ensemble du groupe lors de réunions de travail.

Dans nos services où la rivalité potentielle existe entre corps de métiers différents, et où la délégation du médecin du travail envers d'autres professionnels est parfois complexe, (Marichalar, 2011, Barlet, 2015, Charpentreau, 2015) du fait de sa formation initiale qui ne le prédispose pas ou peu, à un travail d'équipe, l'exercice de la bienveillance nous paraît indispensable à la mise en place de relations harmonieuses de collaboration et de coopération.

Pour Marée (2013) cité par Gendron (2016) « *la bienveillance serait une disposition portant à désirer le bonheur de l'autre et à le considérer avec empathie. Elle s'exprime par des relations harmonieuses, l'absence de conflits, l'altruisme, la justice et l'équité* »

Cette condition indispensable nous permettrait d'aborder sereinement la construction d'une compétence qui est dans notre cas portée initialement par certains membres de l'équipe, mais qui pourrait faire retour à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire sous forme de réunions de débriefing, ou des séances de formation et de sensibilisation.

Nous abordons ces aspects, dans le chapitre qui suit et qui est consacré à la discussion et à l'ouverture de la recherche.

CHAPITRE 9 : DISCUSSIONS ET OUVERTURE

9.1 Quelles compétences en prévention des RPS se construisent en formation initiale, dans l'exercice de l'activité de travail, et dans l'exercice de l'activité d'équipe pluridisciplinaire ?

En formation initiale

La compétence, en ergonomie de l'activité, selon Montmollin (1984) est : « l'ensemble stabilisé de savoirs, de savoir-faire, de conduites-types, de procédures-standards, de types de raisonnement, que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau et qui sédimentent et structurent les acquis de l'histoire professionnelle : elles permettent l'anticipation des phénomènes, l'implicite dans les instructions, la variabilité dans la tâche »

Parmi les caractéristiques de la compétence qui sont énoncées par cet auteur, on retient :

-La finalisation des compétences. Elles sont finalisées et concernent la mise en œuvre de connaissances pour la réalisation d'un but, pour l'exécution d'une tâche.

-Les compétences sont acquises. On n'est pas naturellement compétent pour une tâche. On le devient ou on l'est devenu par le biais d'un apprentissage formel ou non et par l'expérience.

-Les compétences sont organisées en unités coordonnées pour la réalisation d'un objectif

-La notion de compétence est abstraite et hypothétique. Les compétences sont par nature inobservables : ce que l'on observe en sont les manifestations. C'est à partir de ces manifestations que sont inférées les compétences (Montmollin, 1986)

Ce qui attire notre attention dans cette définition c'est la place qu'elle accorde aux connaissances, ou plutôt qu'elle ne leur accorde pas. On pourrait devenir compétent en stabilisant un ensemble de savoirs, et des savoir-faire dans l'exercice de la tâche.

Aussi si nous cherchons parmi toutes les autres définitions que nous avons avancées de la compétence au chapitre 5, il nous semble qu'aucune ne peut expliquer précisément le

mode d'acquisition de la compétence, mais toutes les définitions s'accordent pour dire que la compétence s'acquiert à partir des savoirs et des connaissances, dans les interactions sociales, dans les apprentissages et à partir de l'expérience.

La construction de la compétence reposerait donc sur une interaction entre les caractéristiques d'une personne et celles d'une situation ou d'une classe de situations qui se transforme peu à peu en fonction des résultats de l'activité. La mise en situation, la confrontation à la tâche, l'expérience et l'activité apparaissent dans toutes ces définitions de la compétence. (Montmollin, 1984, Fernagu, 2004, Wittorski, 2007, Jobert, 2002, etc..)

Par ailleurs, Rogalski (1995) cité par Leplat (2000) propose un modèle qui permet de dégager quelques éléments essentiels de la compétence :

-Des connaissances concernant le domaine de travail et qui sont mises en œuvre dans l'activité. Elles sont enseignées dans la formation quand celle-ci existe, ou acquises par la pratique.

-Des connaissances concernant le mode d'exécution des tâches ou les procédures propres à traiter les problèmes susceptibles de se présenter ;

-L'expérience qui est aussi appelée « connaissance épisodique » et qui est constituée d'épisodes d'activité mémorisées, des schèmes de conditions qui permettent de bien poser les problèmes ;

-Les connaissances relatives à l'usage des aides au travail : graphiques, tables, notices et autres moyens d'assistance.

Nous sommes bien d'accord avec cet auteur pour affirmer que les connaissances font partie de la compétence, et plus particulièrement les connaissances sur le travail qui seront érigées en savoirs par la communauté scientifique. Ce sont des modèles et propositions à forte composante cognitive, mobilisés essentiellement par les modèles de la formation initiale et de l'enseignement universitaire. En sciences de l'éducation, Fernagu (2004), avance que, pour un certain nombre d'approches, ce qui serait explicatif de l'action réussie, serait le fait de posséder des savoirs. La compétence deviendrait des « savoirs mis en œuvre ». On compléterait alors le repérage des savoirs par la distinction de niveaux de maîtrise, ce qui devient une approche par le savoir-faire : être compétent serait en relation directe avec l'action réussie. Dans ce sens être compétent devient savoir-faire (Fernagu, 2004).

Clot (1995) cite Malglaive (1992), pour qui les deux aspects complémentaires de la compétence sont savoirs en usage et la formalisation qui donnent une structure dynamique dont le moteur n'est autre que l'activité.

Dans le cas de la prévention des RPS et au vu de nos résultats de recherche nous pourrions avancer que les savoirs que les professionnels interviewés décrivent sont acquis et se stabilisent au cours de la formation initiale, mais qu'ils ne suffisent pas à donner le sentiment à ces agents d'être compétents pour la réalisation de cette tâche. En effet comme constaté dans la deuxième partie de notre recherche autour de la production des compétences par et dans l'activité de prévention des RPS, les compétences construites par les IPRP et les TP dans l'exercice de leur activité sont d'une toute autre nature. Ainsi une partie de leur compétence, celle qui concerne les savoirs, aurait été acquise au cours de leur formation initiale, dans l'enseignement universitaire puisque nous avons analysé les attentes des différents parcours de formation en termes des connaissances et des compétences professionnelles à maîtriser.

Aussi, dans les programmes dans le cadre du processus de Bologne en Europe (Letor, 2019), la notion de compétences s'inscrit dans l'enseignement supérieur.

En effet, selon Balas (2019), les évolutions sociétales de ces deux dernières décennies renforcent encore la place de la compétence et l'usage qui en est fait.

Le terme de compétence selon Malglaive (1994) cité par Fernagu (2004) a été introduit dans le discours des pédagogues par le biais de la pédagogie par objectifs. Son usage a été officialisé dans un premier temps dans l'expression « Bilan de compétences professionnelles et personnelles⁶⁰ » issu de la loi du 31 décembre 1991 (Journal officiel du 4 janvier 1992) puis dans un second temps par les lois portant sur la VAP⁶¹, puis la VAE⁶².

La formation est donc évoquée par les formateurs en fonction des objectifs à atteindre ou des progressions pédagogiques à effectuer. L'action de formation y est définie comme « un parcours pédagogique permettant d'atteindre un objectif professionnel » (art. L. 6313-2).

⁶⁰ Bilan de compétences : Les salariés du secteur privé ainsi que les demandeurs d'emploi peuvent bénéficier en France d'un bilan de compétences professionnelles et personnelles. (Association pour la Reconnaissance du Titre d'Ergonome Européen).

⁶¹ VAP : Validation des acquis professionnels

⁶² VAE : Validation des acquis de l'expérience

Cependant, et c'est le point de vue que nous défendons ici, les mondes professionnels regorgent de situations de travail pour lesquelles les enseignements universitaires ne suffisent pas à eux seuls, à pourvoir les gens de métier du sentiment de leur propre compétence comme aptitude à réaliser une tâche. La prévention de risques psychosociaux en est un exemple.

Cela étant, comme le montrent nos résultats, les professionnels en activité arrivent à déployer un savoir-faire appris en travaillant, et qui est différent de celui qu'ils ont appris dans les cursus de formation. Ce savoir-faire, dans le cas qui nous occupe, est empreint d'une troisième composante, les compétences soulignées par Gendron (2008) relevant du savoir-être. Pour cette auteure, être compétent est une combinaison entre savoirs, savoir-faire, et savoir-être. **Il y a là à notre sens, un changement de paradigme pour les formateurs, car les manières d'apprendre peuvent désormais être plurielles, et se construire en grande partie dans l'action. L'analyse de l'activité de ces professionnels est le moyen qui nous permet de l'affirmer grâce à un va et vient entre exigences épistémiques et praxéologiques, entre connaissances et action. (Albero, 2014)**

Dans le cadre de la confrontation de nos résultats avec notre cadre théorique, le modèle anglo-saxon de « Workplace learning » postule qu'apprendre au travail devient possible lorsque nous participons à l'activité d'un collectif. Billett (2001) explique que la participation à une pratique sociale résulte de deux facteurs qui sont interdépendants : d'un côté les opportunités de l'environnement de travail et le type d'activités dans lesquelles s'engage l'individu et d'autre part le type de guidage dont bénéficie l'individu, son accès et son positionnement dans la communauté. **Devenir compétent, pour cet auteur, reposerait sur des facteurs individuels, l'engagement de l'individu dans la tâche, et des facteurs organisationnels, les ressources et les contraintes que l'organisation met à disposition de l'apprenant : tuteurs, accompagnement, participation à des activités etc..**

Pour ce modèle théorique l'interaction sociale devient déterminante dans la construction de la compétence. En effet, au contact de l'organisation, de ses ressources, de ses contraintes, des relations entre collègues, tuteurs, etc. l'individu s'engage, c'est-à-dire qu'il décide ou non d'intervenir et de saisir l'opportunité d'apprendre qui lui offre l'environnement.

Lorsque nos IPRP et nos TP se confrontent à des situations, contournent des enjeux, réajustent leur action nouvelle pour la rendre plus adaptée, il y a acquisition de compétences dans la prévention des RPS.

Les deux systèmes de formation qui émergent en France et en Espagne à la suite de la directive cadre Européenne 89/391 diffèrent dans le sens où le choix en France se porte sur une spécialisation grandissante des disciplines concernées qui continuent à progresser dans leurs champs de recherches bien que l'on ait montré que certaines d'entre elles, comme l'ergonomie et la psychologie du travail affichent dans leurs référentiels des compétences qui finissent par se recouper, alors qu'en Espagne la formation des techniciens de prévention a été uniformisée et a été recensée dans la dernière mouture de la loi de prévention. (BOE 02/2019). En effet en Espagne il est demandé désormais à chaque technicien de prévention supérieur de posséder des compétences dans toutes les disciplines, et tous les professionnels spécialistes de la prévention de risques professionnels y compris les médecins du travail doivent être détenteurs du même master de prévention qui comporte dans ses enseignements outre les savoirs techniques relatifs aux différentes disciplines : médecine du travail, hygiène, sécurité et psychosocioergonomie, des enseignements en communication et négociation.

En mettant tous les techniciens au même niveau l'Espagne n'a pas réglé le problème de la provenance disciplinaire et de la formation de ces professionnels. Cependant, les choix qu'elle a effectués en matière de formation, pour adapter la loi à la Directive Cadre Européenne 89/391 nous parlent des choix de société. Pour répondre à une évolution du marché, l'Espagne propose un modèle où ces professionnels en provenance de filières différentes et sans rapport *à priori* avec la prévention, peuvent se mettre au même niveau en faisant un même et unique master. L'Espagne a décidé d'agir plutôt sur le modèle de l'organisation de la Santé au Travail en privatisant les Services de Prévention et en leur laissant une liberté d'action sur l'ensemble du territoire. Dès lors, les professionnels des disciplines différentes ne s'affrontent pas sur le terrain de la place à conquérir pour défendre un prétendu savoir où une connaissance mais plutôt, nous semble-t-il, sur le terrain du marché à gagner. Les techniciens supérieurs, médecins, ergonomes, psychologues du travail ou ingénieurs, sont tous au même niveau, et les coordinateurs de projets sont ceux qui gagnent le client et qui arrivent à fédérer les différents professionnels autour du projet en question.

La contribution à la construction de la compétence en prévention de RPS par la formation initiale est-elle réglée ? Au vu de nos résultats, pas plus que les IPRP, les TP ne se sentent compétents face à leur mission de prévention de RPS.

Les compétences que ces professionnels développent pour exercer, qui sont aussi comme nous avons vu des compétences transverses ou « *soft skills* » ne sont pas enseignées en formation initiale.

Il nous semble que d'un côté et d'autre des Pyrénées, en dépit des différences institutionnelles, culturelles et organisationnelles, les grandes absentes dans leur enseignement universitaire reçu sont les compétences transversales ou « *soft skills* » renvoyant au capital émotionnel.

Dans l'exercice de l'activité de travail

Les résultats de notre recherche montrent que les parcours de formation des Intervenants en Prévention de Risques Professionnels en France (IPRP) et les Techniciens de Prévention en Espagne (TP) tout en étant très différents, n'ont pas réussi à doter ces agents des compétences suffisantes pour réaliser leur mission de prévention de RPS. Ces compétences ne relèvent pas, comme le démontrent nos résultats, seulement des savoirs acquis dans les différentes filières de formation dans lesquelles ces professionnels ont été formés. **En ce sens, la construction de la compétence en prévention de RPS nécessite en même temps des ressources de l'individu telles que les savoirs acquis, mais également de l'environnement de travail qui va consolider des modes et formalités d'intervention.**

Si nos résultats montrent, au travers des dires des professionnels concernés, que d'une formation plus homogène, comme l'est celle que suivent les TP espagnols, découle une pratique plus homogène, le sentiment d'une faible compétence pour faire de la prévention de RPS qu'ont ces agents à la sortie de leur formation initiale, semble équivalent pour les IPRP et pour les TP. Par ailleurs, et comme le montrent nos résultats, l'exercice de l'activité de travail permet à ces agents de construire des compétences en prévention des RPS. Nous citons à ce propos Barbier (2017) pour qui « *Le monde que contribue à transformer l'activité par laquelle et dans laquelle s'engage un sujet humain est à la fois un monde physique, un monde mental et un monde social* » et « *l'activité c'est donc tout ce que fait un sujet au monde, qu'il travaille, qu'il pense, qu'il joue, qu'il rêve, et ce que le monde lui fait quand il le fait* ».

L'enquête sur l'activité permet au travers de l'introspection d'accéder à certaines données sur l'activité. « *Comme source de données empiriques, l'introspection fournit des verbalisations descriptives en seconde personne de ce qui peut apparaître au sujet, dans les limites de ce qui est déjà conscientisé ou qui pourrait être conscientisable* » (Vermersch, 2017)

Pas plus que d'autres données ces verbalisations ne sont vraies *a priori*. Le sujet rend compte de sa propre expérience et de ce fait, il rend compte d'une certaine manière de sa propre vision de son expérience mais la subjectivité est en elle-même partie prenante de cette recherche dans la mesure où nous avons fait le choix d'utiliser une méthode qualitative. Par ailleurs, comme le souligne Vermersch (2017), les techniques de l'entretien ont suffisamment avancé pour que l'on puisse maintenant avoir accès à un matériel de recherche grâce aux relances adéquates et à la qualité de présence et d'écoute d'autrui. Dans ce sens, notre formation de psychologue nous a été d'un grand secours pour relancer des réflexions qui auraient pu s'enliser, ou pour permettre au sujet de développer son récit en toute liberté sans se sentir contraint à un moment donné par la structure peut être trop envahissante que peuvent prendre certains entretiens semi-directifs.

Pour traiter les données sur l'activité en provenance des entretiens d'explicitation et pouvoir faire le lien objectivable avec les compétences, nous avons adopté une méthodologie empruntée aux référentiels de compétences.

Les référentiels de compétences se sont progressivement imposés (Nagels et Lasserre Moutet, 2013, cités par Bauvet, 2019) comme un outil incontournable lorsque l'on parle d'ingénierie des formations professionnelles. Nous en rappelons la définition selon Cherqui-Houot, (2009) cités par Bauvet, (2019) : « *document descriptif et normatif, qui définit les compétences attendues d'un individu dans un environnement donné, et qui en précise les conditions et modalités de mise en œuvre ainsi que les conditions et critères d'évaluation. Un référentiel de compétences fournit l'inventaire des compétences liées à des activités, des performances et des ressources dans un environnement donné* »

Nous avons extrait, à partir des entretiens d'explicitation sur l'activité des IPRP et des TP interviewés, quelques compétences liées aux activités de prévention de RPS que ces professionnels disent réaliser.

Nos résultats montrent que l'activité des IPRP et des TP dans la prévention de RPS telle que ces agents la décrivent, donc empreinte de leur appréciation subjective, comporte quelques volets qui sont plus ou moins équivalents en France et en Espagne.

Si les IPRP semblent plus en accord avec les exigences et les connaissances acquises dans leurs filières d'origine, **ils ont largement abandonné les interventions « outillées » par des questionnaires pour élaborer des interventions adaptées au cas par cas dans chaque entreprise.** Les TP **ont adopté majoritairement un outil d'intervention qui s'est généralisé au niveau national**, et regrettent que leur formation ne leur ait pas permis d'approfondir un peu plus leurs interventions. Cependant ils n'ont pas les moyens en termes de temps où d'autonomie pour explorer d'autres types d'interventions.

Concernant les compétences qu'ils disent avoir, les IPRP et les TP citent, au cours des entretiens, des compétences qui leur viennent de leur formation d'origine et ce n'est qu'après des interventions en prévention de RPS que ces professionnels disent avoir développé des compétences dans la méthodologie et la technique de l'intervention, ce qui relève des savoir-faire, mais aussi un ensemble de compétences comme :

Être à l'écoute, S'adapter, Être patient, Être rassurant, Avoir de l'empathie, Encaisser la charge émotionnelle, Être bienveillant, Aller vers les autres.

Compétences que l'on peut appeler sociales, transverses ou encore « *soft skills* » et qui ne font pas partie intégrante des programmes de formation universitaire initiales. Dans ce sens, nous voyons une cohérence dans nos résultats entre l'auto évaluation des compétences par les interviewés au cours des entretiens de description, et l'extraction des compétences à partir de l'activité que ces professionnels nous ont explicitée puisque nous avons vu que les compétences qui apparaissent le plus souvent associées à l'activité de ces agents sont aussi celles du domaine social.

Peut-on conclure à la vue de ces résultats que ces *soft skills* ne s'acquièrent qu'en travaillant ? Le système de la formation initiale tel qu'il est conçu en France ne permettrait-il pas d'apprendre des compétences qui mêleraient le caractère de l'individu et la socialisation dans un contexte spécifique (Bauvet, 2019) ?

Si nous nous référons au cadre théorique du Workplace Learning, Billett (2001) affirme que c'est dans le processus de socialisation essentiellement que l'individu apprend à faire ce qu'il a à faire.

Mais il précise également qu'une part importante de cet apprentissage revient à l'environnement dans lequel il pratique et qui peut s'avérer formateur par le biais des ressources qu'il met à disposition de l'apprenant : possibilités de tutorat, participation à des activités enrichissantes.

Dans ce sens notre cadre initial théorique mérite d'être élargi et étoffé par d'autres cadres théoriques qui nous permettent de prendre en compte une qualité particulière des compétences qui sont le fruit de cet apprentissage.

Wittorski (2007) cité par Baujard, propose une classification des compétences de la manière suivante :

Compétences	Contenu	Conditions
Cognitives	Capacités à combiner pour résoudre un problème, réagir aux nouvelles situations et savoirs expérientiels de compréhension de l'activité, valorisation de l'expérience individuelle.	Trouver des ressources dans l'environnement social (efficacité du travail)
Sociales	Aptitudes à résoudre des situations qui produisent un nouveau sens. Gestes, valeurs, expériences, bonnes pratiques et référentiels qui valorisent les contextes d'activité, les échanges de pratiques	Résoudre des problèmes au sein du collectif de travail afin d'agir et de créer sa propre compétence (se professionnaliser)
Affectives	Conscience sociale, adaptabilité professionnelle et habileté sociale dans une démarche éthique	Apprendre de son expérience auprès du groupe d'appartenance. Gérer ses émotions dans un processus de pensée

Nous retrouvons dans les propositions de cet auteur des compétences sociales et affectives qui correspondrait aux domaines social et psycho-affectif des compétences que nous avons inférées à partir de l'activité des IPRP et des TP.

Quelques-unes de ces compétences, pour aller dans le sens de Wittorski (2007), qui valorisent le contexte de l'activité, produisent un nouveau sens dans l'activité de prévention de RPS des IPRP et des TP et permettent à ces agents de se professionnaliser.

Concernant la compétence que Wittorski (2007) qualifie d'affective, elle peut prendre d'autres terminologies ; ainsi les travaux de Gendron (2004) montrent que l'ensemble des compétences émotionnelles, constitutives du capital émotionnel sont des ressources inhérentes à la personne et garantes de son développement personnel et professionnel.

Pour cette auteure (2011) « *il faut rassurer, accompagner, orienter, responsabiliser, pour créer une dynamique d'apprentissage individuel et collectif, dans un environnement favorable qui oblige à revisiter la fonction d'apprentissage pour y considérer, au-delà de la cognition, les affects et la conation* »

Goleman et Cherniss, 2001, cités par Gendron (2016) présentent les compétences émotionnelles de la façon suivante :

Tableau 24. Compétences émotionnelles selon Goleman et Cherniss (2001)

Compétences émotionnelles	Compétences émotionnelles personnelles	Compétences émotionnelles sociales
Reconnaissance	<i>Conscience de soi</i> -connaissance de soi -estime de soi -confiance en soi -conscience de sa propre culture..	<i>Conscience sociale</i> - empathie - service aux autres - conscience organisationnelle, et de l'autre culture..
Régulation	<i>Gestion de soi</i> -contrôle de soi -honnêteté, authenticité, diligence -adaptabilité -initiative, non jugement..	<i>Gestion des relations</i> - aider les autres à se développer - influencer, communiquer - gérer les conflits - avoir le leadership, initier le changement - construire des liens, travailler en équipe..

Que ce soit à partir des dires des IPRP et des TP ou à partir de leur activité, ce qui en résulte c'est d'une part le développement des compétences émotionnelles de reconnaissance dans son versant conscience sociale avec **l'empathie, le service aux autres, la conscience organisationnelle et de l'autre culture**. D'autre part, le développement des compétences émotionnelles de régulation dans son versant gestion des relations avec **l'aide à autrui, l'influence, la communication, la construction des liens ou le travail en équipe**.

Ces compétences qui vont être utiles dans plusieurs activités sur le marché du travail (Albandea et Giret, 2016 cités par Morlaix et Nesha Nohu, 2019) seraient apparentées à des savoirs méthodologiques ou à des savoirs comportementaux (savoir-être liés à l'estime de soi et nécessaires à l'adoption d'un comportement adéquat dans la résolution de problèmes).

L'activité nous confirme, dans les dires des interviewés, que la compétence en prévention des RPS qui se construit en travaillant concerne outre des savoir-faire techniques, des savoirs d'un ordre différent des savoirs scientifiques.

Ce sont des savoirs sur soi et sur autrui, sur les organisations et ses enjeux qui sollicitent une mise à distance des émotions individuelles pour une meilleure prise en compte des émotions d'autrui, et des besoins venant des groupes dans lesquels ces agents doivent s'insérer.

Reste à savoir s'il est possible de former ces professionnels aujourd'hui à ces compétences relevant des savoir-être dans leurs parcours de formation initial.

-Dans l'activité d'équipe pluridisciplinaire

Les IPRP et les TP nous ont décrit des contraintes et des ressources en provenance de leurs organisations respectives que nous avons mentionné dans nos résultats. Concevoir des situations de travail participant au développement professionnel est devenu un enjeu majeur et essentiel de l'ergonomie (Falzon, 2013). Les sciences de l'éducation se sont intéressées et ont montré également dans de nombreux travaux récents que dans le milieu du travail, nombreuses situations sont sources d'apprentissage et de développement. (Villemain & Lémonie, 2014).

Nos résultats ont montré que dans l'environnement de travail des SSTI et des SPA, ces professionnels sont arrivés à contourner des contraintes présentes dans leurs organisations de travail pour développer des nouveaux savoir-faire techniques et aussi des savoir-être.

Les contraintes de l'environnement de travail des IPRP et des TP ne sont pas les mêmes. Si l'on voit que la contrainte liée au positionnement du médecin et au manque de travail d'équipe est très présente dans les équipes des SSTI, la contrainte principale reste pour les TP l'absence de culture de prévention des RPS et le manque de moyens économiques.

Concernant les ressources organisationnelles ce sont plutôt l'autonomie et le temps qui sont mentionnées par les IPRP tandis que les TP vont mentionner plutôt le travail d'équipe.

Dans ce sens, ressources et contraintes contribuent, d'après nos résultats à fournir un cadre qui permette à ces agents de développer de nouveaux savoir-faire techniques et des savoir-être ou des « *soft-skills* » ou compétences émotionnelles.

Un SSTI ou un SPA peut favoriser le développement et l'apprentissage de la prévention des RPS à condition qu'il offre

-des contraintes acceptables, qui permettent l'implication des IPRP et des TP dans l'activité sans pour autant devenir source d'angoisse.

-laisse des marges d'autonomie et de prise de décision suffisantes dans la réalisation du travail tout en respectant l'indépendance des intervenants.

-propose une structure où les IPRP et les TP trouvent leur place et puissent faire face à des interventions souvent lourdes de prévention de RPS tout en pouvant s'appuyer sur un travail d'équipe structuré et cohérent.

Selon Baujard (2019) le vivre-ensemble implique de construire le lien social selon une « réciprocité élargie (...), ce que je donne à l'un me sera rendu, mais éventuellement par un autre » (Mauss, 1925 cité par Baujard, 2019)

Le bien vivre ensemble implique un autre concept, celui de la bienveillance. l'entreprise est avant tout un lieu de vie et une aventure collective selon Gendron (2016) qui ne peut être menée à bien que dans le respect d'autrui et grâce au savoir vivre en collectivité, et au savoir travailler ensemble.

Comme le montrent nos résultats, dans le service de santé au travail interentreprise où s'est déroulée notre recherche, la construction de la compétence collective en prévention de RPS ne va pas de soi.

Si nous avons montré avec les deux monographies ci-dessus exposées qu'il y a eu évolution et modification des comportements des intervenants d'une intervention à l'autre, nous avons vu aussi que la coordination des interventions en prévention des RPS en SSTI peut, comme l'indiquent nos résultats, reposer sur les IPRP et en l'occurrence sur les psychologues du travail.

Nous avons vu aussi qu'en Espagne, en SPA, ce sont tous les techniciens supérieurs (Bac+ 5 avec un master en prévention) qui peuvent coordonner des actions de prévention de risques professionnels y compris de prévention de RPS dans les entreprises.

La spécialisation accrue des disciplines peut avoir comme conséquence un cloisonnement de celles-ci (Barlet, 2015) et produire l'effet contraire à un prétendu travail pluridisciplinaire. D'une manière générale, selon Baujard, (2019), la transmission renvoie aux pratiques collectives mises en œuvre dans les organisations, qui peuvent contribuer à la formation d'un collectif générationnel. Dès lors, le savoir suppose une « intention d'action qu'il engage sur lui-même » (Barbier, 1991) cité par Baujard (2019).

La notion de collectif de travail, telle que définie par Caroly (2013) en ergonomie de langue française, est à distinguer de la notion de travail collectif. En effet, « *tout travail collectif n'implique pas (nécessairement) de collectif de travail* » (Benchekroun, Weill-Fassina, 2000, p.6) cités par Caroly (2013). « *Or, beaucoup d'études ont tendance à mal distinguer ce qui relève du collectif de travail et ce qui relève du travail collectif* ».

Pour cette auteure, un collectif de travail se construirait entre des opérateurs et des opératrices qui partageraient des objectifs renvoyant à la réalisation d'un travail de qualité. « *Ce collectif de travail créé aurait dans ce cas une fonction protectrice pour la subjectivité de l'individu dans son rapport à l'action. Cette fonction protectrice se joue notamment à travers la capacité du collectif à élaborer –ou ré-élaborer- des normes et des règles encadrant l'action, en lien avec les critères de qualité du travail, à gérer la conflictualité dans les rapports de travail et enfin à donner un sens au travail. Il permet à chacun de ses membres d'accéder à ce sens et aux critères de qualité du « travail bien fait », à travers les règles de métiers (Cru, 1988) qui sont fondées sur une histoire articulant des échanges entre les personnes au travail, qui favorisent la mobilisation du sujet dans son activité. En ce sens, la notion de collectif de travail est plus forte que la notion de groupe restreint en sociologie (Anzieux, Martin, 1990), ou que celle d'équipe prescrite en ergonomie. Le collectif fait partie de l'activité et n'est pas seulement un déterminant de la situation de travail* ». (Caroly, 2013)

Construire des règles de métier implique pour nous le « pouvoir travailler ensemble » ; or dans nos résultats, s'il n'apparaît pas d'obstacle particulier au travail d'équipe, puisque la communication semble fluide et que les interventions autour de la tâche semblent motiver suffisamment les membres de l'équipe pour qu'ils s'impliquent, nous pensons que la **condition sine qua non de cette implication est la bienveillance et que celle-ci relève en premier lieu d'une responsabilité managériale.**

Les travaux de Barlet (2015), Marichalar, (2011), Charpentreau, (2015) montrent que le passage de la médecine du travail à la santé au travail n'est pas aisé, que les rivalités entre corps de métier existent, et que les médecins ont des difficultés à déléguer une partie de leur travail. Les médecins en France n'ont pas une opinion claire et précise de l'utilité des IPRP dans les services, et parfois ils les sollicitent comme des *factotums*, ayant des difficultés à leur déléguer des actions concrètes dans le meilleur des cas lorsqu'ils savent ce qu'ils peuvent faire.

Sur l'ensemble d'autres risques professionnels comme le risque chimique ou le bruit, ils n'ont pas de difficulté à les interpeller. Également en ce qui concerne les études de poste préalables à la déclaration de l'inaptitude au travail. En effet, la dernière modification de la loi française en la matière oblige le médecin à la réalisation d'une étude poste avant de se prononcer sur l'inaptitude, seule parcelle de pouvoir laissée intacte au médecin (Marichalar, 2011). Cette problématique ne se présente pas de la même manière en Espagne où l'organisation est dirigée dans le but de produire des bénéfices et où tous les membres de celle-ci s'impliquent de la même manière pour l'obtention de ceux-ci.

Qui dirige réellement une association de santé au travail en France aujourd'hui ? Ou plutôt nous devrions dire qui peut la diriger ? Avec l'injonction légale qui pose le médecin du travail comme coordinateur des équipes pluridisciplinaires, le législateur n'a probablement pas réfléchi à l'organisation du travail réel. En mettant à profit notre étude sur la différence du modèle espagnol développé en Santé au travail interentreprises, où une direction et une organisation du travail sembleraient assurées par un responsable dans l'objectif de produire de la richesse et de rendre un service, nous pensons qu'en France ce même responsable pourrait aussi devenir le garant du cadre et impulser les dynamiques collectives qui permettraient à la compétence de se construire et aux équipes de santé au travail de rester en santé.

Construire une compétence collective demande *a minima* des espaces de débat sur le travail (Clot, 2014), une coordination réelle et une concertation qui précèdent la collaboration et la coopération. Ces compétences relèvent aussi de compétences sociales essentiellement. Le bien vivre et travailler ensemble implique pour nous une posture bienveillante à l'égard du collègue, et dans la prévention des RPS cette compétence est essentielle. Le rôle du Directeur des Associations de santé au travail est à notre sens à définir. Il s'agit d'un manager qui prêche l'exemple et qui, dans une vision du management éthique, impulse les dynamiques de travail collectives.

Dans cette nouvelle configuration et comme le souligne Gendron (2016) « *la performance financière n'est plus le seul critère d'appréciation de la performance d'une organisation. La performance globale inclut, au-delà de la dimension économique, des dimensions sociale et environnementale.*

Elle se réfère à une vision autre de la performance, non plus axée sur la maximisation des profits à court terme, mais plus respectueuse des parties prenantes (clients, salariés, fournisseurs, actionnaires, société civile, environnement) ; performance et responsabilité doivent s'articuler pour autoriser un engagement de l'organisation dans le développement durable, une performance bienveillante »

Nous souhaiterions conclure en disant que la compétence en prévention de RPS devrait faire l'objet d'une construction collective qui n'apparaît pas encore d'actualité dans nos services de santé au travail en France.

9.2 Apports et limites de la recherche

Ce deuxième point se propose d'aborder de manière non exhaustive quelques aspects qui auraient pu, à notre sens, être abordés autrement dans le cadre de cette recherche et qui constituent des limites à celle-ci. Ils concernent essentiellement le cadre et les choix méthodologiques. Par la suite nous ferons allusion aux apports de la recherche.

9.2.1 La recherche et son cadre épistémologique : un degré d'incertitude élevé

Nous avons fait le choix, comme nous l'avons explicité dans le chapitre concernant l'épistémologie et la méthodologie, d'opter pour une recherche qualitative correspondant à un choix épistémologique qui, en même temps nous conduit à adopter une posture en tant que chercheur. La réalité sociale se construit au travers de micro et de macro processus sociaux qui se développent dans un univers concret objectif et dans un univers subjectif de façon simultanée. A l'intérieur de ces processus les acteurs sociaux, selon Serbia, (2007) développent leur action et transforment le monde dans lequel ils vivent. Ces acteurs sociaux sont limités par le contexte mais ils produisent leur propre réalité. Lorsque le chercheur se confronte à cette réalité il n'est pas dans une relation sujet chercheur-objet de recherche qui serait habituelle dans les sciences de la nature. Même si le substrat biologique de nos comportements subsiste, la réalité est le résultat d'un processus complexe d'interaction sociale que nous appelons processus de socialisation. A partir de ce processus, l'être humain élabore un système de croyances et catégories qui vont l'orienter dans une réalité spécifique et qui vont aussi déterminer cette réalité. Ceci est la conséquence d'une construction sociale. Serbia (2007) souligne aussi que les sujets trouvent de nouveaux sens à leur action à partir du premier sens trouvé.

Faire un choix entre méthodologie qualitative et quantitative nous a conduit à choisir un positionnement du chercheur impliqué dans des phénomènes et co-construisant avec les interviewés une réalité sociale. Cependant, tout comme Serbia (2007) nous défendons l'idée que ce ne sont pas les problèmes qui doivent s'adapter aux exigences statistiques mais les différentes méthodes scientifiques qui doivent être disponibles pour le traitement de problèmes complexes.

« Les recherches quantitatives (...) nous permettent de caractériser une population à partir de variables qui sont des concepts opérationnalisés (...) la correspondance entre résultats et intentions de recherche va dépendre du fait que les questions puissent trouver des réponses quantitatives et que les variables mesurées répondent aux concepts utilisés, que l'échantillon soit juste et que l'analyse soit statistique » (Serbia, 2007)

Se départir de la logique du chiffre, et opter pour la recherche qualitative c'est aussi faire le deuil d'une certaine validité externe de la recherche et assumer un degré élevé d'incertitude de celle-ci. Cette validité externe correspond aux possibilités et conditions de généralisation et de réappropriation des résultats (Drucker-Godard & al, 1999 cités par Monier, 2017). La validité externe de la recherche se rapporte à la justesse d'extension des résultats obtenus au-delà de l'étude (Monier, 2017). Il s'agit d'évaluer si une généralisation semble envisageable au-delà des échantillons étudiés. Cependant nous pensons comme Serbia (2007) que les études quantitatives qui peuvent se montrer efficaces dans la capture des faits de la réalité sociale et des manifestations conscientes des sujets restent fermées et ne laissent pas de place à l'inattendu. L'on sait à l'avance combien d'information on peut obtenir, comment on va la mesurer, et sur quels aspects du phénomène on va focaliser notre attention.

Dans ces études rien n'est laissé au hasard. Les données s'obtiennent à partir de processus de codification qui les transforment en chiffres et auxquelles l'on applique des traitements statistiques.

La recherche qualitative est essentiellement basée sur la recherche du sens. Nous essayons de comprendre et d'interpréter les représentations, et les émotions qui pourraient orienter les comportements des acteurs.

Pour cette raison, comme souligne Serbia (2007) ses procédés restent ouverts et flexibles avec des multiples allers et retours entre données et théories. Cette ouverture dans le recueil de données nous permet d'avoir accès à la subjectivité des acteurs.

“Le recueil de données est ouvert du fait que le chercheur intervient dans le processus et que les données qu’il recueille le modifient lui tout comme lui modifie les données dans un processus dialectique sans fin » (Serbia, 2007)

Alors que notre recueil de données en recherche qualitative est enrichi par l'imprévu, dans la recherche quantitative ces données imprévues sont considérées comme des bruits à éliminer. La recherche qualitative nous a permis d'enregistrer plusieurs plans de la subjectivité, celle du sujet et celle du chercheur qui se superposent pour co-construire du sens.

Pour limiter ces biais et améliorer la validité externe de la recherche nous avons décidé de trianguler nos sources d'information ce qui confère à notre recherche un meilleur indice de représentativité.

9.2.2 Questions méthodologiques

Le positionnement du chercheur

Le positionnement d'un chercheur praticien comme l'est celui qui bénéficie d'une bourse CIFRE ne peut pas être le même que celui d'un chercheur comme le préconisent les Sciences Humaines et Sociales, qui reste complètement neutre à l'égard de ses objets d'étude.

Par le fait de notre pratique en tant que psychologue du travail mais aussi de psychologue clinicienne prenant en charge des consultations de souffrance au travail, nous avons influencé nos objets d'étude autant que ceux-ci nous ont influencé. Par ailleurs notre forte implication dans la vie du service, qui s'est traduite, entre autres, par la mise en place d'un axe RPS dans le projet de service, a certainement modifié notre perception de notre objet de recherche. Distinguer entre la position du chercheur et celle de psychologue du travail et parfois de psychologue clinicienne a été une tâche ardue qui nous a demandé un incessant va et vient entre théorie et pratique dans des temporalités différentes. On sait que la temporalité de la recherche n'est pas la même que celle de la pratique, et cela se vérifie sans cesse dans le changement des modes de réflexion qu'il a fallu engager.

La recherche et son terrain

Cette recherche s'inscrit dans un terrain jusqu'alors peu étudié, les services de santé au travail interentreprises et les servicios de prevención ajenos. En effet, à notre connaissance, seulement deux travaux de recherche récents, Charpentreau (2015) et Gouvenelle (à paraître) se sont penchés sur des questions voisines des nôtres à partir d'autres angles théoriques. En Espagne, nous n'avons pas connaissance des travaux de recherche portant sur les SPA ; c'est là un des apports de notre recherche à savoir le fait qu'elle s'inscrit dans un terrain espagnol que nous avons souhaité le plus similaire possible à celui des SSTI.

Notre terrain français a été limité par la distance géographique à un ensemble des SSTI répartis dans la région Occitanie. En Espagne, et du fait de la distance mais aussi de l'accessibilité des SPA, puisque ce sont des entreprises privées pas toujours enclines à partager des données qu'elles peuvent considérer comme confidentielles, nous avons été limitée par la difficulté de recrutement de techniciens faisant partie des SPA. Ainsi nous avons dû faire un échantillon mixte entre des populations travaillant actuellement en Service Autonome mais ayant travaillé en SPA et des populations travaillant actuellement en SPA.

Cette difficulté nous a obligé à écarter nos velléités d'étude comparative entre les deux populations.

L'accès à la population espagnole s'est fait en espagnol, notre langue maternelle. Toutes les données qui apparaissent dans ce travail ont été traduites par nos soins.

Le recueil des données

Déterminée par notre choix épistémologique, nous avons souhaité utiliser une méthodologie qui nous permette d'accéder à l'analyse des données la plus fine possible. Nous avons varié notre méthodologie en prenant en compte les possibilités du terrain comme expliqué *supra*.

« Les études de cas comme les expérimentations, peuvent être généralisables à des propositions théoriques et non à des populations ou des univers. En ce sens, l'étude de cas, comme l'expérience, ne représente pas un échantillon, et le but de l'investigateur est d'enrichir et de généraliser des théories et non d'énumérer des fréquences » (Yin, 2009).

Le concept de représentativité concerne ici non la quantité et l'extension de certaines caractéristiques de la population mais plutôt la reconstitution des expériences et du sens associé à certaines instances micro sociales dans le sens de Serbia. La représentativité de l'échantillon ne repose pas sur la quantité mais sur la subjectivité (valeur, croyance, motivation) des sujets en référence à un phénomène précis (Serbia, 2007). *«Le degré de cohérence des interprétations est l'indicateur de la validité des résultats d'un ensemble d'entretiens (...) dans ce genre de recherche la cohérence interne des données est plus importante que la représentativité du nombre »*. La connaissance de profils et une pré-compréhension culturelle de ceux-ci ont orienté nos choix dans la sélection de l'échantillon ainsi que la proximité et la familiarité entre chercheur et interviewé. Ces conditions nous ont assuré l'échange de communication recherché, sans prendre en compte les facteurs d'âge, de sexe, ou culturels. Cependant, l'accès aux entretiens individuels semi-directifs en Espagne a été limité car les SPA étant des structures privées, il nous a été difficile parfois d'obtenir des rendez-vous, et nous nous sommes contenté d'interviewer des TP qui avaient pour la plupart une expérience préalable en SPA mais qui, à l'heure actuelle travaillaient dans des services autonomes⁶³.

La Fiabilité de la recherche

La fiabilité de la recherche consiste en ce que les opérations en cause puissent être répétées par un autre chercheur, avec les mêmes résultats. Celle-ci s'établit en présentant les précautions prises par le chercheur. Pour que l'instrument de recueil, d'analyse et de compréhension des données soit fiable il faut qu'il puisse permettre à d'autres chercheurs d'obtenir des résultats semblables.

Cependant, le chercheur travaillant dans deux langues différentes, il se peut que cette méthodologie soit difficilement transférable à d'autres contextes que les SSTI et les SPA et à d'autres chercheurs ne possédant pas le maniement de la langue.

« En recherche qualitative, la validité et la fiabilité de l'instrument reposent largement sur les compétences du chercheur... »

⁶³ Service de Santé propre à l'entreprise. Possibilité qui est ouverte aux entreprises qui emploient plus de 500 salariés. (article D-4622-5 du travail)

C'est une personne-plus ou moins faillible qui observe, interroge et enregistre, tout en modifiant les outils d'observation, d'entretien et d'enregistrement d'une visite de terrain à une autre » (Miles & Huberman, 2003 cités par Monier, 2017)

La crédibilité de la recherche : écarter les biais

Dès le début du *design* de la recherche nous avons tenté d'écarter les biais mentionnés et relatifs au positionnement du chercheur, au contexte de la recherche, au recueil de données et à l'échantillon.

Concernant les biais dus au positionnement du chercheur et le biais d'interprétation, dû au fait que nous sommes en même temps chercheur et praticien comme mentionné *supra*, nous avons essayé de limiter ce biais en explicitant avant nos interventions si celles-ci relevaient de la recherche, ou si elles relevaient strictement du travail. Lorsque notre intervention concernait la recherche, nous avons gardé très présente à l'esprit notre trame d'entretien de façon à nous écarter le moins possible de nos objectifs.

Concernant les biais relatifs au contexte de la recherche et en rapport avec l'évolution des lois sur la santé au travail en France depuis le début de notre thèse jusqu'à aujourd'hui, nous avons fait attention à ne pas aborder des questions relatives à ces aspects en France et à décrypter dans les discours des interviewés les possibles interruptions dues à cette problématique. Cependant celle-ci fait partie des questions en lien direct avec les organisations santé au travail en France, qui a une répercussion probable sur représentations des interviewés concernant les différents rôles des intervenants. Aussi, ce que l'on a nommé le rapport Lecoq⁶⁴ introduit des modifications éventuelles dont les effets ne sont pas encore connus dans l'univers de la santé au travail et son organisation future. En Espagne la situation étant sensiblement différente avec un univers législatif moins contraignant, nous avons pris en compte cette situation dans nos analyses.

Concernant le recueil de données nous avons fait le choix d'une triangulation des celles-ci : questionnaire, entretien d'explicitation et entretien descriptif et monographies, pour avoir le grain le plus fin possible d'analyse. Nous avons essayé de cette manière, de nous adapter le plus possible à notre problématique et partant, aux questions qu'elle a soulevées.

⁶⁴ Rapport sur la santé au travail de la députée LREM du Nord commandé par le gouvernement en janvier 2018.

Concernant la fiabilité de la recherche nous avons explicité dans les deux langues les consignes et nous avons traduit toutes nos interventions de manière à ce qu'un chercheur en possession de deux langues français et espagnol, puisse reproduire la recherche.

9.3 Perspectives de recherche scientifique

Nous suggérons, dans les sections qui suivent, quelques pistes de recherche futures appuyées sur d'autres méthodes que celles utilisées dans les présents travaux.

Sur le versant applicatif de la recherche, nous suggérerons des pistes de réflexion sur l'organisation du travail dans les SSTI et sur la formation des IPRP et des TP.

9.3.1 D'autres approches théoriques possibles et méthodologies de recherche pour comprendre notre objet d'étude.

Concernant l'approche théorique

L'analyse du travail réel en vue de dégager des pistes de formation et de construction de compétences est aussi conceptualisée en sciences de l'éducation en France par la didactique professionnelle.

Nous pensons qu'une autre manière d'aborder ce travail aurait consisté à le faire à partir de l'angle théorique de cette discipline.

« La didactique professionnelle a pour but d'analyser le travail en vue de la formation des compétences. A l'origine de cette démarche on trouve la rencontre de deux courants : la psychologie du travail (Faverge, Leplat) a mis en évidence la dimension cognitive existant dans tout travail. La psychologie du développement (Piaget, Vigotsky, Vernaug) insiste sur le rôle de la conceptualisation dans l'action. » (Pastré, 2002)

Cette approche théorique aurait demandé que l'on repère des concepts pragmatiques qui sont des organisateurs de l'action, et qui permettent aux acteurs de faire un diagnostic de la situation dans laquelle ils se trouvent. (Pastré, 2002)

Si notre objectif avait été de construire une formation à partir de la connaissance du travail des agents, nous aurions pu, à partir de la didactique professionnelle, avancer davantage dans la construction d'un référentiel de compétences. Nous croyons qu'il y a là une piste intéressante de réflexion sur de nouvelles recherches qui nécessiteront d'autres approches et d'autres méthodologies comme celle de la recherche-action.

Concernant la méthodologie : la recherche-action

Dans le domaine des sciences sociales, le terme de recherche-action est attribué à Lewin (1946), psychologue expérimental allemand, qui a avancé l'idée qu'à travers la recherche-action des avancées théoriques pouvaient être réalisées en même temps que des changements sociaux. Il décrit les phases de la recherche-action comme une spirale de cercles de recherche progressant chacun d'une description de l'existant vers un plan d'action.

Le mouvement allant du champ d'action au plan d'action nécessite discussion, négociation, exploration et évaluation des possibilités, et examen des contraintes. Le plan d'action est ensuite suivi d'une phase d'intervention qui est mesurée et contrôlée. L'apprentissage, la discussion, la réflexion, la compréhension, la reformulation, tout se passe pendant la phase d'action et de contrôle. L'arc final du cercle de recherche est l'évaluation des effets du plan sur l'action. Cette évaluation à son tour mène à un nouveau plan d'action et le cycle recommence.

La recherche-action permet également d'impliquer les différents acteurs dans ce processus. Elle est donc adaptée à des situations où il est souhaitable d'appliquer une action pour obtenir un changement et, en même temps, de développer une meilleure compréhension qui permet d'instruire le changement même et d'améliorer une situation concrète.

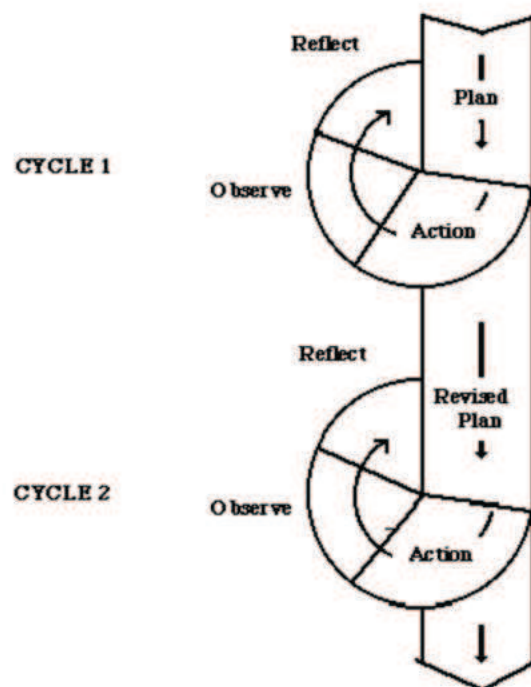
La recherche-action suit un schéma cyclique

Elle se présente comme une spirale de cycles de recherche de structure identique. Chacun débute par une observation de ce qui se passe sur le terrain. La réflexion qui suit permet de déterminer un plan d'action. Ce plan est mis en œuvre, ses effets analysés, puis altérés si nécessaire et le cycle reprend en séquences similaires.

Le passage de l'observation de terrain au plan d'action nécessite une discussion, une négociation, l'exploration des diverses possibilités, l'évaluation de ces possibles, et l'étude des contraintes. Des changements sont ensuite opérés selon le plan établi et sont soigneusement contrôlés afin de pouvoir conduire à leur étude et analyse. Une réflexion est ensuite menée sur les retombées des démarches effectuées et d'autres changements sont mis en place en fonction des résultats obtenus. La réflexion conduit au stade suivant de planification. Cette planification n'est pas une phase distincte en elle-même ; elle est générée par l'action et la réflexion. En conséquence, la multiplication de cycles courts permet d'accélérer les changements apportés et d'affiner les actions envisagées.

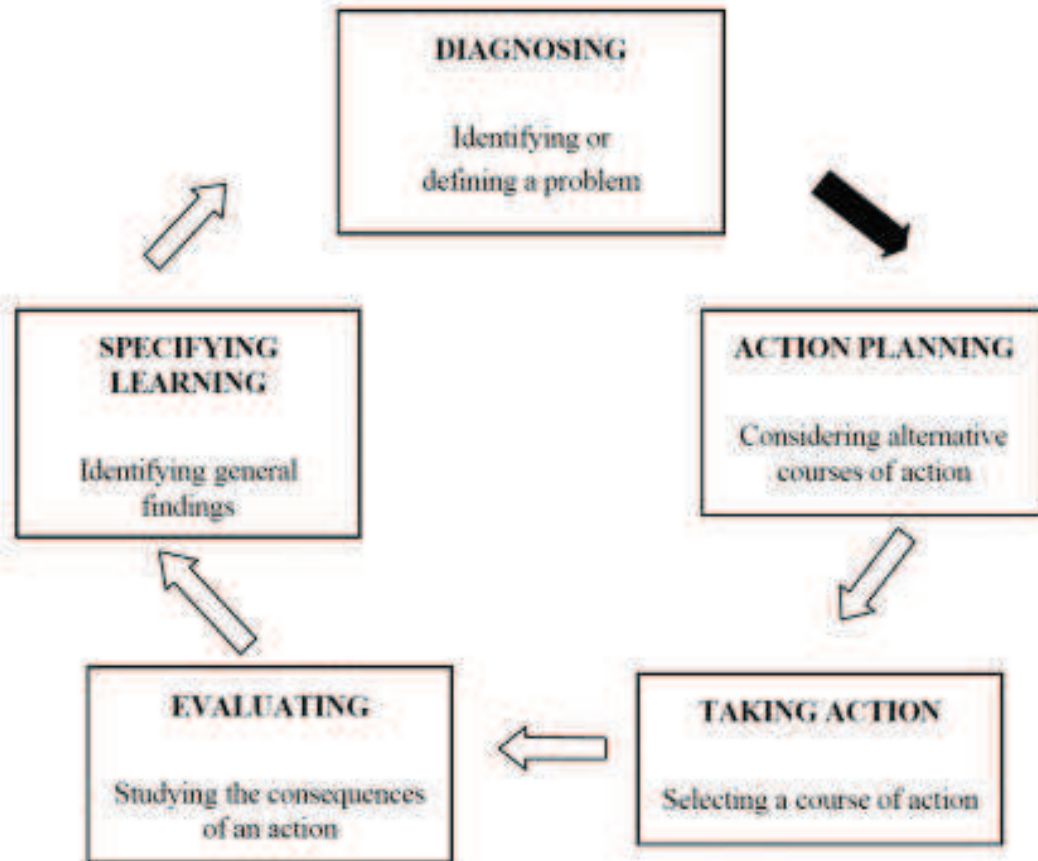
La représentation (fig.) d'un protocole de recherche-action établi par Kemmis et McTaggart en 1988 et cité par MacIsaac (1996) montre bien la nature répétitive de la recherche-action ainsi que les phases principales de planification, action, observation et réflexion avant une révision du plan.

Figure 12 Schéma de recherche-action de Kemmis et McTaggart



D'autres illustrations existent, dont celle de Susman (1983) : fig.2

Figure 13 Schéma de recherche-action de Susman



Ce dernier protocole donne une description du processus de la recherche-action un peu plus élaboré. Il distingue cinq phases inhérentes à chaque cycle de recherche-action. Tout d'abord, un problème est identifié et des données sont rassemblées afin d'établir un diagnostic plus détaillé. Ceci est suivi de l'établissement d'hypothèses concernant plusieurs solutions possibles, desquelles découle un plan unique d'action qui est ensuite mis en œuvre. On procède ensuite à la collecte et à l'analyse de données relatives aux résultats de l'intervention, les conclusions sont interprétées à la lumière du succès ou de l'insuccès de l'opération. À ce stade, le problème est réévalué et un nouveau cycle peut commencer. Des cycles successifs sont répétés jusqu'à ce que le problème soit résolu, que les différents partenaires soient satisfaits ou encore que la situation posant problème ne puisse plus faire l'objet d'une amélioration.

La recherche-action est également participative et collaborative.

Elle nécessite la participation et l'application active du chercheur, et des participants. Elle favorise la collaboration entre les différents partenaires et ne peut se concevoir sans la négociation en commun du plan d'action. Son efficacité dépend de l'accord et de l'implication de tous ceux qui seront affectés par sa mise en place. Le praticien-chercheur se trouve donc inclus dans le processus à part égale avec les autres participants. Les participants ont connaissance de tous les aspects de l'action menée et prennent part aux phases de négociation, d'observation, et de prise de décision. Ils peuvent contribuer également à la sélection des stratégies mises en œuvre.

Néanmoins, les degrés de participation peuvent varier. Dans certains cas il peut y avoir un véritable partenariat entre le chercheur et les acteurs. La distinction entre eux peut disparaître. Dans d'autres cas, le praticien-chercheur peut décider pour une raison quelconque de conserver un rôle distinct. La participation dans ce cas est limitée à un rôle d'information. Les participants eux aussi peuvent choisir de ne pas prendre part à toutes les phases de l'action. Dans tous les cas, pourtant, la communication entre les participants reste essentielle.

Le rôle du chercheur, est de mettre en place et de lancer le processus de recherche-action de manière à emporter l'adhésion des participants, et de faire émerger des solutions favorables à chacun afin que la démarche puisse être maintenue par la suite. Plusieurs rôles sont ainsi identifiables :

responsable de la planification ;

- catalyseur ou facilitateur de l'action ;
- concepteur de tâches ou stratégies de remédiation ;
- observateur ;
- rédacteur de la synthèse.

Le rôle principal que l'on peut souligner est bien de favoriser la réactivité des acteurs sur le terrain. Quand cela est acquis, les méthodes sont comprises et les partenaires peuvent continuer sur leur lancée.

Le rôle du chercheur commandité est essentiellement de prendre le temps de faciliter les échanges et les dialogues, et de faire émerger des analyses poussées, d'établir des rapports périodiques et d'écrire le rapport final lorsque son rôle est terminé.

De plus, les objectifs de la recherche-action ne sauraient se réaliser dans un total isolement.

La mise en place de cette méthodologie de recherche impliquerait la constitution des groupes de travail avec des acteurs du terrain, en SSTI et en SPA qui soient intéressés et qui veuillent bien participer aux groupes de travail transfrontaliers.

Nous pourrions envisager dès lors une recherche en plusieurs étapes :

1-La constitution de deux équipes de travail : l'un en France avec des IPRP et l'autre en Espagne avec des TP.

L'accompagnement des acteurs IPRP sur le terrain, en suivant leur activité, avec une recherche armée, en utilisant la vidéo, comme cela se fait déjà en sciences de l'éducation.

Le retour vers des équipes espagnoles de TP et la mise en place d'une autoconfrontation⁶⁵. Ceci pourrait éventuellement se mettre en place avec un groupe d'intervenants parlant ou comprenant les deux langues, français et espagnol.

2-La mise au travail du groupe d'IPRP vers la constitution d'un référentiel de compétences de la prévention de RPS.

9.4 Perspectives pour la santé au travail

Nous souhaiterions, dans les quelques lignes qui suivent, faire des propositions pour des nouveaux contenus de formation pour les futures IPRP et aux TP et également des propositions pour les organisations de santé au travail en France.

⁶⁵ La démarche d'autoconfrontation est une méthode d'analyse de l'activité humaine consistant à confronter un ou plusieurs participant à une activité en les incitant à la commenter en présence d'un interlocuteur.

9.4.1 Vers une formation à la prévention des RPS qui prenne en compte l'enseignement des compétences émotionnelles ou *soft skills*.

Nous avons exposé, dans nos résultats, les compétences que les professionnels IPRP et TP avaient développées à partir de l'activité de travail.

Ces agents ont dû parfois rencontrer des difficultés très importantes dans l'exercice de leur métier, avant d'arriver à comprendre certaines des situations auxquelles ils ont été confrontés.

Nous rappelons les compétences que ces professionnels ont pu développer :

SOI	AUTRUI
Apprendre à s'affirmer	Être à l'écoute (2)
Être patient (2)	Analyser la relation à autrui
Encaisser la charge émotionnelle	Envie d'aller vers les autres (2)
Être autonome	Meilleure compréhension des autres
Être capable de s'adapter	Être rassurant
Être bienveillant	Être patient (2)
Être pédagogue : rassurer	Être empathique : considérer la personne dans son système de référence
	Avoir une écoute éthique

L'enjeu serait d'appréhender le cursus de formation des IPRP et des TP en leur donnant les moyens de pratiquer ou d'apprendre dans la formation initiale ce genre de compétences.

Au tout cognitif, et à l'enseignement basé sur des savoirs l'apprentissage de *soft skills*, apparaît nécessaire par entraînement et mises en situations.

A ce propos, Prevencontrol, SPA qui a participé dans notre recherche en nous laissant la possibilité d'interviewer certains de ses membres, a développé un profil de compétences pour les professionnels de la prévention des risques professionnels que nous avons traduit et que nous souhaitons exposer ci-dessous, car il est issu essentiellement de la réflexion et l'expérience des professionnels de la prévention.

Dans ce modèle, les professionnels de la prévention des risques professionnels, doivent :

- **Savoir interpréter leur environnement**

Dans le modèle de Prevencontrol, (2018) savoir interpréter l'environnement équivaut d'une part à comprendre et interpréter les circonstances qui ont une influence dans la réalité de chaque organisation et d'autre part et en fonction d'un diagnostic, à prendre en compte les conséquences possibles des actions futures sur les personnes en fonction de leur éventuel impact et succès sur ce contexte.

Une personne qui a cette compétence telle que décrite ci-dessus serait en mesure de :

Prendre en compte les normes, les valeurs et l'organisation de l'entreprise.

- Chercher des informations pour pouvoir interpréter la réalité.
- Connaître les relations de pouvoir formel (organigrammes) et non formel (relations) existant dans une organisation.
- **Anticiper dans le but de les faire participer, les foyers conflictuels dans l'organisation**
- Prévoir les conséquences de chaque action à partir de la situation réelle de l'organisation à chaque instant.
- **Chercher les appuis nécessaires** à la mise en place de solutions en interne.
- **Communiquer les décisions** au travers des circuits adaptés à chaque situation.

Prevencontrol (2018) envisage un enseignement de ces compétences basé essentiellement sur des pédagogies actives comme les jeux de rôles ou les mises en situation.

Savoir s'adapter au changement

Dans le modèle de Prevencontrol (2018) l'adaptation au changement est définie de la manière suivante :

Capacité à travailler dans des environnements VUCA (volatiles, incertains, complexes et ambigus) en étant **flexible**. Il s'agit du maintien des objectifs prévus tout en modifiant les

actions pour répondre avec efficacité aux changements de l'environnement et ses circonstances.

Dans ce modèle, une personne qui peut s'adapter au changement :

Considère les changements comme la norme dans l'organisation

Accepte des points de vue différents et peut modifier ses actes après avoir **écouté** le point de vue d'autrui.

- Peut prendre des décisions sans avoir toute l'information
- Dispose d'une grande capacité de réaction devant les événements.
- **Persévère** durant l'effort pour arriver à son but et cherche des solutions aux difficultés qui surgissent en chemin.
- **Peut surmonter les situations adverses.**
- Met en place des **changements participatifs.**

Prevencontrol (2018) envisage aussi une mise au travail de la manière suivante. A partir d'une étude de cas, les élèves sont sollicités pour se mettre à la place d'une personne dont le rôle a été défini et dérouler une action en entreprise.

Par la suite il est demandé d'effectuer une évaluation de l'action concrète. Cela s'apparente pour nous à un accompagnement des futurs professionnels dans leur apprentissage sur le lieu de travail tels que décrit par Billet (2001).

. Avoir le sens de l'orientation stratégique

Le modèle de Prevencontrol (2018) le définit de la manière suivante :

Capacité à prendre des décisions en prenant en compte les objectifs de l'organisation. Cela implique de bien définir les objectifs et besoins de l'organisation et leur impact à long terme.

Quelqu'un qui possède la compétence d'orientation stratégique :

- Connaît les valeurs, missions, et objectifs de l'organisation.

- **Collabore** avec les autres services avec l'objectif de bien commun (bienveillance)
- Sait identifier les nécessités de l'organisation et déchiffrer l'environnement en fonction de celles-ci.
- Détecte les opportunités d'amélioration.
- **Prend en compte la** manière dont les décisions peuvent affecter les différents services et définit sa stratégie de manière globale.
- Est au courant de tout ce qui touche le secteur d'activité et détecte les changements, les opportunités et les menaces, en mettant en place des actions à court, à moyen et à long terme.
- Face à un dilemme, il prend la décision qui rapporte des bénéfices à l'organisation.

Générer de l'impact

Le modèle de Prevencontrol (2018) définit cette compétence comme suit :

Capacité de réaliser des formations qui vont au-delà de l'action.

Une personne qui a un impact sur les autres :

- **Connaît les valeurs**, les missions et objectifs de l'organisation et les prend en compte pour concevoir des futures actions de formation.
- Met en place des **actions participatives**.
- Prend en compte des indicateurs sur l'impact des actions de formation sur l'organisation.
- Adapte méthodologie et contenus de formation à ses élèves.
- Conçoit des plans d'action pour transférer la formation aux lieux de travail.

En conclusion, et comme nous pouvons le voir, les professionnels de la prévention de ce SPA, ont réfléchi à un modèle de profil de compétences pour les TP qui est basé essentiellement sur des compétences sociales, émotionnelles ou « *soft-skills* » et que les IPRP et les TP disent développer à partir de leur activité de travail.

Nous proposons ci-dessous quelques pistes de réflexion spécifiques pour l'organisation des SSTI en France.

9.4.2 Quelques pistes de réflexion pour l'organisation des SSTI en France

Enfin, comme dernière contribution applicative de notre thèse nous souhaiterions évoquer, à la lumière de nos résultats et des différences éclairantes au niveau organisationnel que nous avons trouvées en France et en Espagne, quelques pistes de réflexion concernant l'organisation des SSTI.

Quel rôle pour la direction ?

La Direction des SSTI se trouve parfois dans la difficulté d'affirmer une identité dans des structures qui sont en plein changement. Ces changements sont en grande partie la conséquence d'une pénurie de médecins et de l'évolution régulière des lois concernant la santé au travail. En effet, la médecine du travail a évolué et continue de le faire sans laisser parfois aux professionnels qui y travaillent la possibilité de s'adapter à ces changements. Comment parvenir dans un environnement aussi mouvant, à stabiliser des équipes, condition *sine qua non* pour pouvoir construire et développer une stratégie ?

Quelle stratégie adopter ? Une stratégie dans une organisation qui doit concilier logique gestionnaire, politiques d'entreprise et prendre en compte les politiques mouvantes de la santé au travail ainsi que de ses professionnels ? Ces différentes logiques sont-elles seulement conciliables ?

Si l'on regarde la structure de différents SSTI, dans la région Occitanie essentiellement, nous constatons que les profils de directeurs sont souvent variés. En fonction de la taille de l'association on peut aussi avoir des directions adjointes et des médecins qui coordonnent le travail des médecins et sont en lien direct avec la direction. Ce pont entre la santé et le travail, entre la direction souvent gestionnaire et la santé nous paraît intéressant à condition que le travail entre direction et médecin coordinateur se fasse dans la bonne entente et la bienveillance et ne serve pas à asseoir des logiques de pouvoir tendancieuses.

Quel rôle à trouver pour les IPRP dans les SSTI et plus particulièrement concernant la prévention de RPS ?

Les IPRP arrivés dans les Services de Santé au Travail Interentreprises pour compléter les compétences des Médecins du Travail (Article R.4623-37 du code de travail) devraient à notre sens, être pris et évoluer vers une position exclusivement de conseil en fonction de leur

spécialité, tout en restant rattachés à la Direction. Cet article précise d'ailleurs que « *il assure ses missions dans des conditions garantissant son indépendance* »

Si la loi place le Médecin du Travail en tant que coordinateur et animateur des équipes pluridisciplinaires, cette position centrale l'amènerait à réceptionner les études des IPRP (art. R4623-38) et à les communiquer à l'employeur (art. R4624-8) et au reste de l'équipe.

En réalité il n'en est rien et l'on voit dans le travail réel de ces agents dont nous faisons partie, qu'il est très difficile voire impossible de maintenir cette position en Service de Santé au Travail Interentreprises.

En effet, la complexité de mise en relation avec les médecins qui est mentionnée en France, comme nous l'avons vu dans nos résultats, par 90% des IPRP, tient aussi au fait de leur difficile positionnement. La loi place les médecins du travail en tant que coordinateurs des équipes et nous pensons, à partir de nos résultats, qu'ils en ont bien conscience. Par la même occasion, nous avons aussi vu dans nos résultats, qu'ils disent ne pas savoir ce que c'est que les RPS, et avoir des représentations assez différentes quant au rôle des IPRP.

Se rajoute à cette difficulté, celle qu'ils ont à déléguer des parcelles de pouvoir (Marichalar, 2001, Barlet, 2015) et à travailler en équipe.

Pour clarifier cette situation au maximum, aider les IPRP à sortir de cette impasse relationnelle, et leur redonner du pouvoir d'agir (Clot, 2004) il nous paraît intéressant de proposer une organisation où les IPRP soient rattachés directement à la direction.

Cela faciliterait la gestion en même temps à la direction qui serait désormais la destinataire des demandes des médecins et pourrait de ce fait exercer son rôle de régulation du travail qui à notre sens doit exister dans toute organisation.

Lorsque l'équipe d'IPRP est assez étoffée, à partir de 3 spécialistes, il nous semblerait intéressant d'avoir une coordination d'IPRP comme cela se fait déjà dans plusieurs services et qui pourrait négocier la relation aux médecins de l'ensemble de l'équipe et ainsi réguler leur charge de travail.

Concernant la prévention des RPS il nous semble qu'elle doit plutôt être menée par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, et pas nécessairement par les psychologues du

travail, comme cela se fait dans d'autres services (Bourges) tout en ayant un coordinateur qui soit nommé par la direction et qui puisse organiser les interventions en faisant participer les membres de l'équipe qui soient volontaires et qui aient des appétences particulières pour les RPS. Ce coordinateur qui serait chargé de la prévention des RPS aurait des fonctions très précises en prenant en compte que ses missions peuvent avoir un impact sur :

-les pratiques managériales

-la santé des salariés, ou plus largement leurs conditions de travail ;

-l'organisation du travail y compris une dimension stratégique d'anticipation des impacts humains des changements ;

-le dialogue social.

Ce chargé de prévention de RPS pourrait aussi avoir des fonctions de chargé de la qualité de vie au travail ou du bien-être au travail.

Il dépendrait de la direction mais son travail nécessiterait une totale autonomie pour pouvoir mener à bien des missions de conseil à l'employeur ainsi qu'aux médecins. Interlocuteur entre la direction, les salariés l'encadrement de proximité et les élus des organisations syndicales, le chargé de prévention de RPS devrait être un technicien supérieur tel que le nomment les SPA en Espagne doté des compétences que nous avons déjà vues *supra* et qui sont à cheval entre les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être.

Figure 14 Rôle du chargé de prévention de RPS pour l'entreprise adhérente

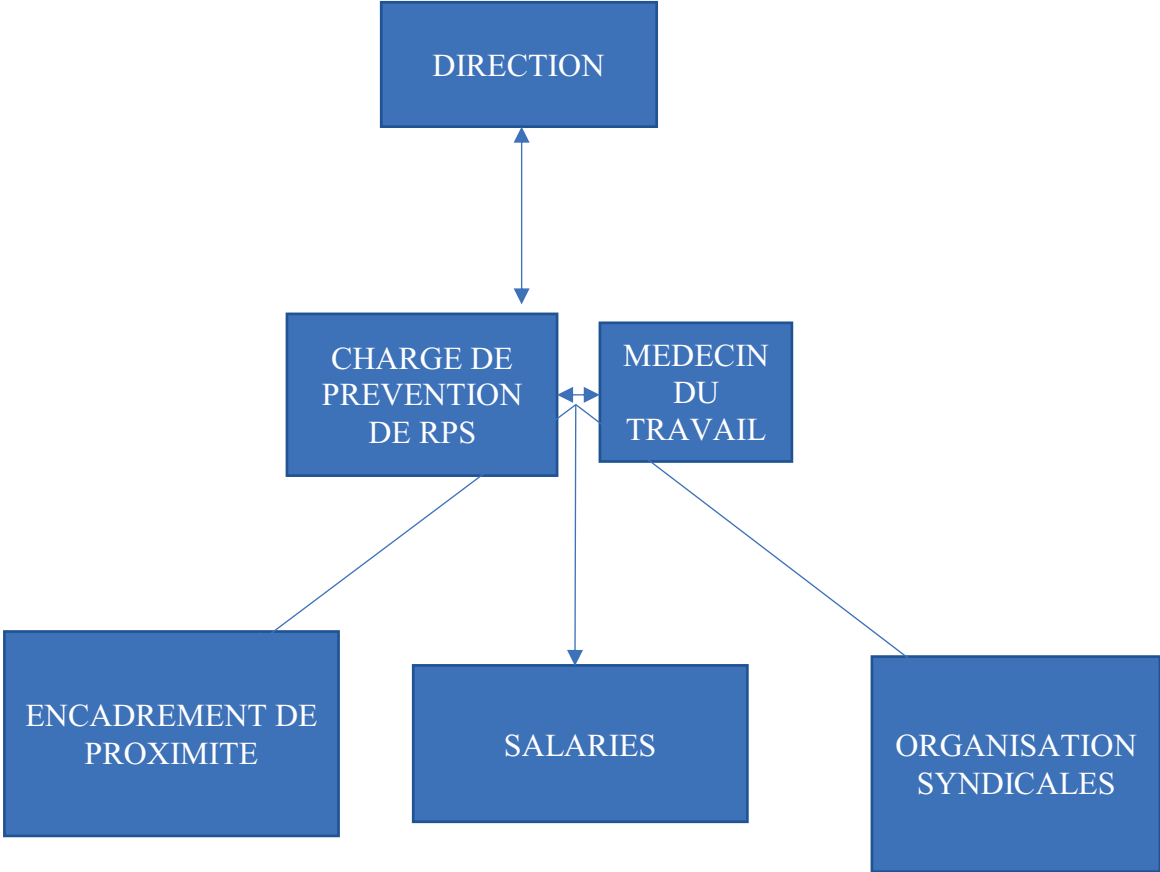
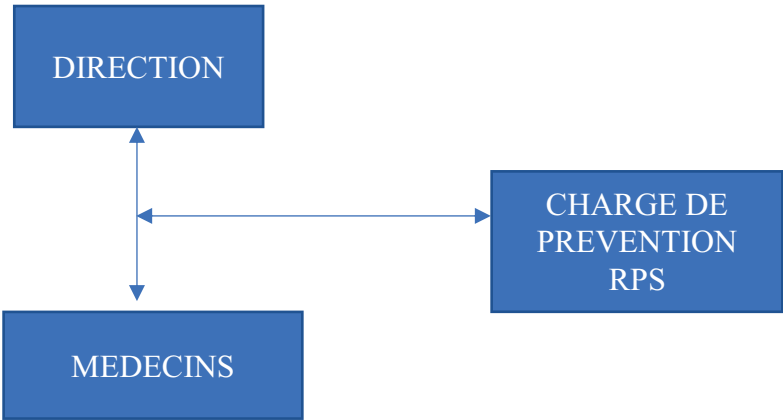


Figure 15 Rôle du chargé de prévention RPS dans les SSTI



Comment mieux vivre ensemble pour travailler ensemble ?

Les SSTI sont des organisations particulières dans le sens où elles sont nées en réponse à une évolution de la loi. De la médecine du travail nous sommes passés en moins de 40 ans à la santé au travail avec des équipes qui se sont étoffées avec des compétences nouvelles.

Cependant, les directions de ces structures ne peuvent ignorer l'évolution des conditions de travail y compris des collaborateurs. Lorsque les différents groupes métiers mentionnés tout au long de cette thèse se trouvent réunis nous pensons que la Direction doit impulser et garantir un climat de bienveillance au sein de ces organisations.

En effet comme le souligne Gendron (2016) « *La première condition réside dans la posture adoptée vis-à-vis du collaborateur ; le manager est-il dans la défiance, considère-t-il que le collaborateur ne sera performant que sous la contrainte ? Ou bien est-il a priori, sur le terrain de la bienveillance, se positionnant comme une ressource au service du collaborateur ?* » Ce qui, ramené à nos organisations de travail, revient à développer des directions qui soient animées par le désir constant et renouvelé d'instaurer un climat positif au sein des équipes, qui favorise la coopération et la communication. En effet la différence de langage existante entre le monde juridique qui marque et structure la santé au travail souvent représenté par sa direction, et le monde médical et de la santé constitue une difficulté importante pour le travail des équipes en santé au travail, qui à notre sens ne peut se surmonter, que lorsque l'on travaille dans un climat de bienveillance, ce qui nous amène vers des considérations sur le management éthique.

Vers un management éthique de la santé au travail

Dans le but d'améliorer la Qualité de Vie au Travail (QVT) des équipes de santé au travail et de réduire les sources de stress, de nouveaux styles de leadership émergent

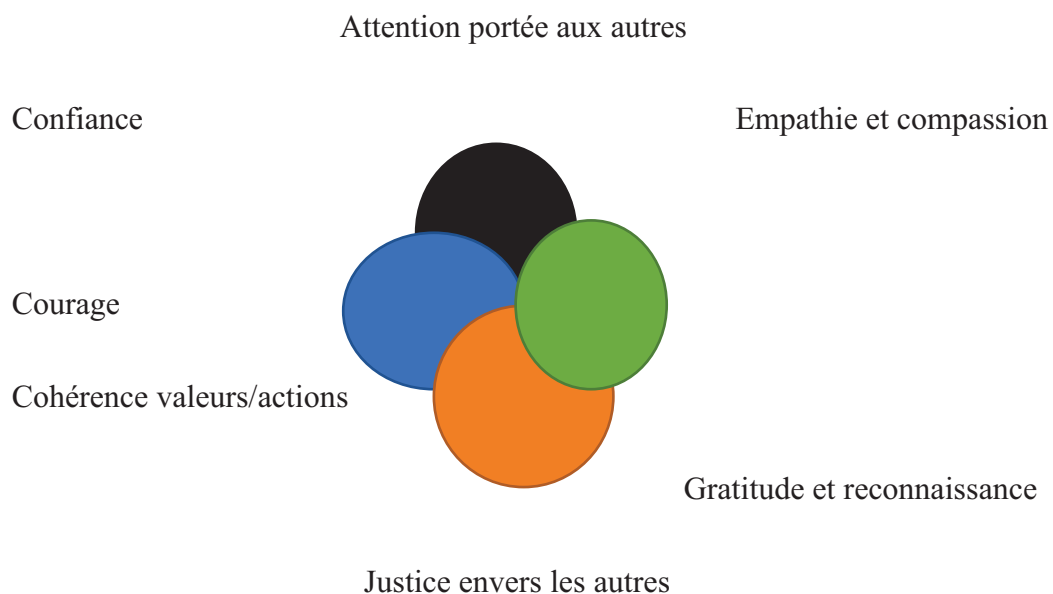
LE LEADERSHIP SERVITEUR OU SERVANT : UN LEADERSHIP ORIENTÉ VERS LE BIEN-ÊTRE

Un manager au service de ses collaborateurs, pour lequel les collaborateurs ne sont plus considérés comme étant au service de leur responsable mais comme étant là pour bénéficier d'un soutien qui favorise leur épanouissement : la finalité ultime est le

développement humain, la productivité n'étant considéré que comme un moyen. Nous rejoignons les travaux de Gendron (2016) soulignant que des pratiques de management basées sur la confiance et le respect mutuel sont gages de valeurs humaines fortes et partant, permettent de faire émerger les vraies valeurs individuelles qui reviendront servir celles de l'organisation. Le management éthique et responsable établit des rapports justes et veille à l'équité et au soutien des collaborateurs dans leurs efforts. Ces travaux s'intéressent aux axes de progression et d'évolution des compétences présentes dans l'organisation, et permet aux collaborateurs de découvrir leurs potentialités.

Selon Peillod-Book et Shankland, (2016), les compétences du leader éthique bienveillant seraient celles-ci :

Figure 16 les compétences du leader éthique et bienveillant (Peillod-Book et Shakland, 2019)



L'attention portée aux autres est une attention centrée et flexible selon ces auteures qui demande une attention portée à l'instant présent et se centre sur tout ce que l'autre exprime que ce soit verbal ou non verbal. L'attention aux autres serait en même temps écoute de l'autre et qualité de présence à soi-même.

L'empathie affective et cognitive selon ces auteures consisterait dans la capacité à percevoir les émotions d'autrui à travers ses mots, le non-verbal, et à se représenter ce que l'autre doit être en train d'expérimenter dans la situation présente.

La gratitude et la reconnaissance consisterait selon ces auteures d'une part à prendre conscience du fait que les autres humains peuvent être une source de bien-être pour nous-mêmes et d'autre part à le signaler en retour.

La justice envers les autres consisterait selon ces auteures dans la capacité à transmettre un sentiment de sécurité basé sur le fait que les décisions seront prises en faveur du personnel de la structure.

La cohérence entre les valeurs et les actions. En retenant la définition suivante concernant les valeurs : « *Une valeur est une conception explicite ou implicite, particulière à un individu ou à un groupe de ce qui est désirable, et qui influence ce qu'il choisit de faire, comment et avec quels moyens* » (Kluckhohn, 1951) ces auteures considèrent que lorsque le management est perçu en tant que véhicule d'une cohérence entre les valeurs et les actions, ceci augmente le sentiment de cohérence chez le collaborateur.

Confiance La confiance représenterait pour ces auteures une marque de respect de la valeur morale et professionnelle que l'on accorde à autrui.

Courage qu'Aristote définit comme le juste milieu entre la crainte et l'audace, permet selon ces auteures au leader bienveillant d'agir et de défendre ses valeurs lorsqu'elles ont été identifiées.

Ces compétences pourraient s'intégrer à un environnement qui, en empruntant les termes de Gendron (2015), deviendrait un environnement pluriel capacitant qui prendrait à la fois en compte le cadre de travail et l'organisation avec la fonction du management. En effet cette auteure suggère la notion « de responsable capacitant permettant aux organisations de devenir capacitantes » à partir de l'approche des capacités de personnes d'Amartya Sen (1999, 2000, cité par Gendron, 2016). Sen s'intéresse aux capacités (*capabilities*) qui sont les libertés et capacités d'agir de la personne et qui ont besoin d'un ensemble de ressources disponibles dans l'environnement de travail pour pouvoir se révéler et/ou s'actualiser. Là où Fernagu Oudet (2012), cité par Gendron (2016) définit l'environnement capacitant comme celui qui est favorable au développement du pouvoir d'agir des individus Gendron souligne également et surtout la nécessité de ses leaders, responsables ou personnes en charge d'autres,

les faisant office des « chefs d'orchestres », d'être capacitants et pour ce faire d'avoir développé le capital émotionnel ad-hoc pour impulser et mettre en oeuvre ces cadres et environnements favorables pour devenir des environnements « capacitants ». Ce type d'environnement, ses composantes humaines reflétant l'ensemble des valeurs caractéristiques d'un management bienveillant, est basé sur la participation et sur la prise en compte des valeurs individuelles qui permettent à tout individu présent dans l'organisation d'avoir un pouvoir d'agir. C'est ce management capacitant au sens de Gendron (2016) qui agit en donnant du pouvoir et le sentiment aux personnes, d'avoir un contrôle sur leur vie. Ce management capacitant permet aux collaborateurs, grâce à la confiance et la délégation de certaines missions et responsabilités et à l'accès à l'information/formation, de donner du sens au travail tout en étant accompagné, stimulé et porté par des valeurs communes à l'organisation et aux individus. *« Après avoir gouverné, contrôlé la transaction dans la posture de manager transactionnel, après avoir accompagné, poussé ses équipes dans le changement, dans sa posture le leader, après avoir fait un travail sur soi pour mieux comprendre la souffrance au travail, d'en avoir conscience, dans une posture de manager mindful/pleine conscience et d'être au clair avec ses valeurs pour être à l'écoute et avoir ce regard et cette posture bienveillante.....le manager doit être un développeur au sens du pédagogue qui élève, qui fait grandir, qui fait s'exprimer les potentialités de tout un chacun... »* (Gendron, 2016).

Cette dernière partie nous a permis d'aborder les résultats de la recherche et d'effectuer une analyse réflexive de celle-ci. Si la distribution d'un questionnaire sondage nous a permis de caractériser une population et de voir à quelle hauteur sont présentes les différentes disciplines de formation dans les paysages français et espagnol, la recherche documentaire nous a permis de comprendre quelles étaient les compétences attendues et affichées par l'enseignement initial de ces différentes disciplines.

A partir de ces résultats nous avons constaté que les filières de formation initiale des IPRP et des TP n'ont pas été représentées de la même manière dans l'échantillon des professionnels qui ont décidé de se présenter aux entretiens semi-directifs et ceux qui ont répondu aux questionnaires. Si en France, 50% de nos interviewés étaient issus de la psychologie du travail, en Espagne, seulement 10% des professionnels interviewés sont des ressortissants de cette filière.

Nous avons aussi constaté que tous les professionnels espagnols interviewés ont fait le master obligatoire de prevención de riesgos laborales, avec les trois spécialités : psychosocioergonomie, hygiène et sécurité.

Concernant la perception des professionnels sur leurs compétences en prévention de RPS, ceux interviewés en France disent avoir acquis des connaissances, des savoirs, et certaines techniques d'intervention en formation initiale, notamment l'analyse de la demande très présente en ergonomie de langue française et en psychologie du travail et des organisations, et les professionnels interviewés en Espagne déclarent majoritairement avoir appris, au cours de leur formation initiale à utiliser des outils, et avoir acquis des connaissances concernant les organisations. Les agents ont aussi mis en avant l'existence des ressources et des contraintes organisationnelles qui leur ont permis de développer de nouvelles compétences.

Concernant les résultats des entretiens d'explicitation, par lesquels nous avons demandé aux professionnels de nous expliquer une expérience de prévention de RPS dans laquelle ils étaient intervenus, nous avons commencé par établir une correspondance entre les activités que les IPRP et les TP disent réaliser et les compétences que l'on peut en extraire.

Nous avons utilisé pour cela la méthodologie du référentiel de compétences qui nous a permis d'établir une correspondance entre les activités réalisées par les professionnels et des domaines de compétences. Nous avons ainsi constaté que la plupart des activités réalisées par

les IPRP et les TP peuvent être associées aux domaines de compétences social et psycho-affectif.

Nous avons ensuite procédé à une discussion de nos résultats à la lumière des concepts théoriques que nous avons introduits et nous avons enrichi notre champ théorique du modèle du capital émotionnel (Gendron, 2004, 2008, 2016) et ses compétences associées (Goleman et Cherniss, 2001). Enfin nous avons énoncé les différents biais relatifs à la recherche, son contexte, et notre position en tant que chercheur, pour finir avec des propositions de recherches alternatives et complémentaires, ainsi que, sur le domaine applicatif, des propositions pour la santé au travail. Nous allons aborder et synthétiser l'ensemble de ces travaux dans la conclusion qui va suivre.

CONCLUSION

CONCLUSION GÉNÉRALE

Nous avons introduit dans ce document une question initiale qui interroge en même temps la perception que les professionnels français et espagnols, IPRP et TP métiers émergents, ont de la prévention de RPS en SSTI et SPA, ainsi que la perception que ces agents ont de leur acquisition de compétences en la matière. Nous souhaiterions, dans cette conclusion, voir, si à la lumière de nos résultats, cette exploration a apporté un éclairage à ces différents concepts ainsi que, d'une manière plus large, à la question de la construction des compétences en formation initiale et/ou « sur le tas » c'est à dire dans l'activité de travail. Pour ce faire nous avons interrogé 10 IPRP en France et 10 TP en Espagne et nous avons tenté de rendre compte de leur vécu expérientiel et de la construction du métier en marchant.

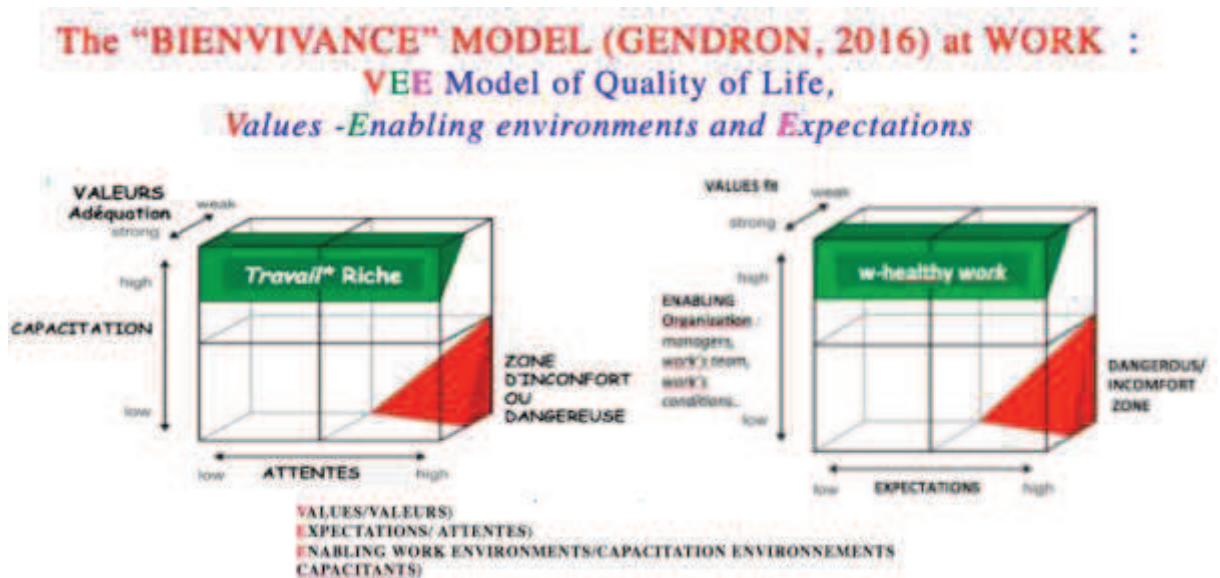
Lorsque la médecine du travail a évolué vers la santé au travail, elle a mobilisé aussi la notion de compétence, qui s'est imposée, comme nous l'avons vu, d'abord dans le monde de l'entreprise, avant de passer à celui de la formation. (Ropé et Tanguy, 1994). Aux compétences médicales, le législateur a voulu joindre des compétences « techniques et/ou organisationnelles », mais que voulait dire le législateur en empruntant ce terme ? Dans quelle logique se situait-il ? La logique de la compétence ayant remplacé celle de la qualification qui reposait sur de la prescription et sur une chaîne d'acteurs, repose davantage sur l'individu, ses savoirs tacites et ses tours de mains, ainsi que ses arbitrages dans le fil d'une action jamais stabilisée (Jobert, 2002). La notion de compétence, difficile à cerner car elle n'est mesurable qu'en situation réelle de production, serait plutôt pour nous dans un lien étroit avec l'activité, et non plus seulement du côté de la théorie, de la manière dont les choses auraient dû ou devraient se régler, mais plutôt du côté de la pratique, dans une interaction constante entre dimension épistémique et praxéologique. Sa construction relèverait tant des savoirs que des savoir-faire déployés au cours de l'action, pour s'ajuster à celle-ci et la rendre performante. Se sentir compétent, du côté de l'opérateur reviendrait à être satisfait du résultat de son action. Ce sentiment de compétence comme l'indique Alberro (2010) fait partie intégrante de la compétence.

Ce travail avait comme premier objectif l'analyse de la construction du métier émergent de IPRP et de TP et la construction, par ces professionnels, de la compétence en prévention de risques psychosociaux en SSTI et en SPA. Aborder ce phénomène par l'activité qui s'est matérialisée dans les explicitations des professionnels interviewés, nous a permis de comprendre l'importance de la perception de ces professionnels, sur leur propre compétence. Dans un premier temps nous avons interrogé la question de la compétence là où pour nous

elle était censée naître : dans la formation initiale. Nous avons ainsi répertorié et analysé les efforts que les différentes filières de formation font pour rendre les élèves compétents, et nous avons constaté qu'effectivement les universitaires se sont lancés aussi, à partir de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 qui avait pour mission de constituer le répertoire national des certifications professionnelles (RNCP), dans la rédaction de fiches censées décrire les diplômes en termes de compétences. Cela ne nous a pas renseigné pour autant sur la compétence réelle, éprouvée et ressentie par les professionnels intervenant dans la prévention de RPS. Malgré les compétences acquises en formation, ce n'étaient pas celles-là uniquement dont ils avaient besoin pour se confronter au réel de ce travail bien particulier qu'est la prévention de RPS. Nous avons dès lors, décidé d'interroger le travail réel de ces professionnels. Nous le connaissons bien puisque nous le faisons nous même, mais nous avons voulu l'entendre explicité par ces différents Intervenants en prévention de risques professionnels (IPRP) et leurs homologues espagnols Técnicos de Prevención (TP) afin de leur laisser la possibilité, et à nous par la même occasion, de nous montrer comment il faut faire pour se sortir des impasses concrètes dans lesquelles nous met parfois le travail réel et comment on arrive à normaliser certaines situations de travail afin qu'elles deviennent des activités de nature éthique (Dejours, 1993).

Au cours de ces discours sur leur activité, les IPRP et les TP nous ont parlé de ce qu'ils ont fait, et des savoirs qu'ils ont développés pour accomplir leur activité et rester en santé (Clot, 1995). Nous avons tenté d'examiner la construction du métier de préventeur de RPS au prisme de leur vécu expérientiel, et il ressort que chacun semble tenter de compléter leur ou des manques dans les domaines qui ne sont pas les leurs en formation d'origine et ce au fur et à mesure de leur cheminement dans le métier (aspect juridique, ergonomique, médical...). Cependant, tous soulignent le manque de compétences relatives aux savoirs être qui transparait et rend compte de la singularité de ces métiers émotionnels. Tous évoquent la difficulté de la vulnérabilité humaine au travail dans le contexte de travail se dégradant questionnant la Qualité de vie au travail (QVT). Ces métiers gravitant autour de la prévention de RPS questionnent la dotation en capital émotionnel de ceux qui y oeuvrent et renvoient à des questions de formation autant initiale que continue. Les métiers dits émotionnels pour Gendron (2016) questionnent aussi au-delà des compétences, d'autres composantes de la « réalisation » de l'activité pour assurer une qualité de vie au travail dans sa dimension vitale et vitalité. C'est ce que questionne Gendron à partir de son modèle de Bienvivance au travail (VEE model, Values Expectations Enabling (Gendron, 2016, fig. 17)

Figure 17 Modèle Bienvivance at work (Gendron, 2016)



Il rend compte de la vitalité de la vie au travail dans son activité et ce qui compose son espace pluriel (lieu, personnes, carrière, gouvernance..) qui rend compte de l’accomplissement de la personne en phase avec les valeurs qui l’animent (participant à son engagement, son implication, son investissement, faisant résonance…), sa capacitation (son pouvoir d’agir, d’évoluer, de s’épanouir..), l’environnement capacitant dont la formation au management capacitant de ceux qui en sont les « chefs d’orchestre », les managers de proximité, les responsables, les autorités qui les gouvernent est nécessaire et cruciale pour devenir eux-mêmes des « leaders capacitants », l’étape et l’état suivants pour Gendron après celui de l’état de mindful et de bienveillance. Se voit donc questionnée de nouveau l’éducation de ces derniers pour être des leaders au-delà des servants, devenir des leaders capacitants qui sauront animer ces métiers dans leur singularité et leur pluralité d’origine de formation. En tant qu’IPRP ou TP faisant de la prévention de RPS, nous exerçons un métier au contact avec la souffrance d’autrui, que Gendron (2016), qualifie de métier émotionnel, car il mobilise constamment nos émotions. Le travail réel des IPRP et des TP, les a poussés, dans leur apprentissage de la prévention de RPS, à développer de nouveaux savoir-faire techniques, à peaufiner l’usage de leur technique d’intervention, mais aussi et surtout à développer un ensemble de compétences faisant partie du capital émotionnel, (Gendron, 2016). Ces compétences deviennent désormais essentielles à l’exercice de leur métier, mais, comme nous l’avons vu, elles ne font pas l’objet d’un enseignement dans leurs filières de formation traditionnelle. Dès lors, nous avons réfléchi et proposé d’autres modèles de formation

alternative qui puissent amener les équipes de santé au travail et notamment les IPRP et les TP à une meilleure mobilisation de leurs compétences émotionnelles, qui, comme l'indique Goleman, (2001), vont faciliter et permettre de travailler ensemble dans une approche de la psychologie positive et la pleine conscience et d'envisager les différentes formes de travail collectif avec bienveillance.

Là réside la principale contribution de notre thèse, à partir de nos résultats extraits du réel du travail, de l'expérience et de la pratique de la prévention de RPS, à développer une réflexion sur les compétences acquises et à acquérir afin d'améliorer la pratique et la formation des professionnels à la prévention de RPS en santé au travail. Ces compétences, sont de nature à faciliter le travail de prévention de RPS dans un meilleur sentiment de maîtrise et une capacité d'adaptation constante nécessaire à l'exercice de ces métiers. Adopter le point de vue d'autrui, et avoir la capacité de se mettre à sa place pour avancer et être force de propositions permettrait d'améliorer la qualité de vie dans les organisations publiques et privées, ce qui est un enjeu de taille. Ainsi peut-on penser qu'un programme de formation ou d'éducation aux compétences relevant du savoir-être, tel que la connaissance de soi et d'autrui que nous conseillait déjà Platon (Connais toi toi-même) permettrait de travailler en équipe et de coopérer avec bienveillance. Ces résultats montrent que, malgré leurs différences déjà exposées, les professionnels de la prévention des risques psychosociaux dans les secteurs de la santé au travail en France et en Espagne via les groupes de parole, ou au cours de leur activité de prévention de RPS, développent leur capital émotionnel. Cependant, en amont, dans la phase de formation initiale des professionnels de la prévention de RPS ou en formation continue, leur développement s'opère au travers des apprentissages expérientiels. L'analyse des pratiques via des groupes de paroles que l'on retrouve sous le format éducatif des groupes d'analyse des pratiques pourraient être aidants autant dans l'espace et le temps de l'action productive que celui de la réflexion sur l'action (Jobert, 2002). Ces espaces renouvelés de réflexion sur soi et sur autrui pourraient investir nos environnements de travail et contribuer à amener une réflexion sur la nature éthique du management dans une optique de prévention primaire de RPS.

Enfin ce travail nous a donné à penser que l'Education reste la clé majeure dans et pour une éclosion « de qualité » de la construction de métiers émergents dans la prévention de RPS, autant pour celles et ceux qui les occupent mais également de celles et ceux qui sont aux commandes de sa gouvernance. Comme l'affirmait le Prix Nobel de la Paix Nelson Mandela « l'Education est l'arme la plus puissante qu'on puisse utiliser pour changer le monde ».

A

- Adam, P. (2008). *Evaluation (illicite) des salariés et action collective*.
<http://www.ledroitouvrier.cgt.fr>.
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (2010) : *Enquête européenne (ESENER) des entreprises sur les risques nouveaux et émergents. European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). Managing safety and health work*.
- Albandea, I. & Giret, J.-F. (2016). L'effet des soft-skills sur la remuneration des diplômés. *Céreq Net.doc. n° 149*.
- Albero, B & Safourcade, S. (2014). Compétences et formation à distance : des prescriptions du dispositif aux attitudes des étudiants. Enquête exploratoire en école d'ingénieur. *Distances et médiations des savoirs, 6*.
- Albero, B., Guérin, J. (coord. par) (2014). Approches de l'activité & Sciences de l'éducation. *TransFormations, n°11, 5-9*.
- Almudever, B. (2004). Interdépendance des domaines de vie, transfert de compétences et compétences de transfert, in V. Hajjar & A. Baubion-Broye (sous la direction de), *Modèles et méthodologies d'analyse de compétences. Le double éclairage des pratiques et des recherches* (pp. 11-119). Toulouse : Editions Octarès.
- Almudever, B., Croity-Belz, S & Hajjar, V. (1999). « Sujet proactif et sujet actif : deux conceptions de la socialisation organisationnelle ». *L'orientation scolaire et professionnelle, 3*, 421-426
- Alvarez-Blazquez, F. (2010). *Guia de valoracion de incapacidad laboral para médicos de atención primaria*. Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.
- Avenier, M.J. (2011). Les paradigmes épistémologiques constructivistes: postmodernisme ou pragmatisme?, *Management & Avenir, 43*, 371-391.

B

- Balas, S. (2019). La compétence sans le travail? Enrichir la notion et développer ses usages. *Éducation permanente* n° 218, 45-52
- Barbier, J.-M. (1996). L'analyse des pratiques: Questions conceptuelles. In Blanchard-Laville et Dominique Fablet. Paris: L'Harmattan.
- Barbier, J.-M. (2013). Un nouvel enjeu pour la recherche en formation: entrer par l'activité. *Savoirs*. Paris: L'Harmattan
- Barbier, J.-M. (2017). *Vocabulaire d'analyse des activités. Penser les conceptualisations ordinaires*. Paris: Puf.
- Barbier, J.M. & Durand, M. (2017). *Encyclopédie d'analyse des activités*. Paris: PUF
- Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*, IXème édition. Paris: PUF
- Barlet, S. *De la médecine du travail à la santé au travail. Les groupes professionnels à l'épreuve de la "pluridisciplinarité"*. Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en sociologie de l'Université Paris Ouest Nanterre. Soutenue publiquement le 17 Juin 2015.
- Barreiro, G. (2006). *Las enfermedades del trabajo: Nuevos riesgos psicosociales y su valoración en el derecho de protección social*, Gobierno de España, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- BOE, (1995). Boletín Oficial del Estado, Legislación consolidada, *Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de prevención de Riesgos Laborales*.
- Baujard, C. (2019). Transmission générationnelle des savoirs professionnels: compétences transversales et formation des étudiants en alternance, *Education permanente*, n° 218.
- Bauvet, S. (2019). L'accessibilité aux outils d'identification et de développement des soft skills: un enjeu d'égalité sociale. *Revue de l'AFAE*, à paraître.
- Bergadaa, M. & Nyeck, S. (1992). Induction et déduction dans la recherche en marketing. *Recherche et Applications en Marketing*, 7 (3), 23-44.
- Benckroun, A. & Weill-Fassina, A. (2000). *Perspectives actuelles en ergonomie*. Toulouse: Octarès.
- Besançon, G. (1993). *Manuel de psychopathologie* (dir.). Paris: Dunod.
- Billett, S. (2001). *Learning in the workplace*. Australie: Allen & Unwin.

- Billett, S. (2002). Towards a workplace pedagogy: guidance, participation and engagement. *Adult Education Quarterly*, n° 53, 27-43.
- Billett, S. (2009). Modalités de participation au travail: la dualité constitutive de l'apprentissage par le travail (pp.37-63). *Travail et formation des adultes*. Paris: PUF.
- Billett, S. & Sommerville, M. (2004). Transformations at work: identity and learning. *Studies in Continuing Education*. n° 26, 309-326.
- Blanchet, A. (1991). *Dire et faire Dire : l'Entretien*. Paris : A.Colin.
- Blanchet, A. & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Editions Nathan.
- Bouffartigue, P. (2012). *Mesurer les Risques Psychosociaux ? Mesures et démesures du travail-XIII ème journées Internationales de Sociologie du Travail-Bruxelles-25-27 janvier 2012*.
- Bourgeois, E. (2016). *Expérience et professionnalisation dans les champs de la formation de l'éducation et du travail sous la coordination de Malik Mebarki, Sylvain Starck et Abdelkarim Zaid*. Toulouse : Octarès.
- Bourgeois, E. et Durand, M. (2012). *Apprendre au travail*. Paris : Presses Universitaires de France.

C

- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF
- Caroly, S. (2001). *Régulations individuelles et collectives des situations critiques : cas de guichets de la poste*. Thèse de doctorat en ergonomie au Laboratoire d'ergonomie physiologique et cognitive (LEPC), de l'école pratique de Hautes Etudes, Paris 5
- Caroly, S. & Barcellini, F. (2013). Le développement de l'activité collective. Dans Falzon P. (Coord). *Ergonomie Constructive*, (pp.33-46). Paris : PUF
- Charlier, P. *Hypermédias et expérience d'apprentissage. Une étude de l'expérience d'apprentissage avec les hypermédias au sein d'une population de jeunes de 16 à 18 ans*. Thèse pour l'obtention du Doctorat de l'Université catholique de Louvain. Soutenue en 2000.
- Charpentreau, C. *Psychologues en Service de Santé au Travail Interentreprises. Construction identitaire dans un contexte pluridisciplinaire*. Thèse de doctorat de l'Université de

- Picardie Jules Verne pour l'obtention du grade du docteur en Psychologie du Travail.
Soutenue en Décembre 2015.
- Cherqui-Houot, I. (2009). Référentiel de compétences. In J.-P. Boutinet (dir.), *L'ABC de la VAE* (pp.200-201). Toulouse : érès.
- Clot, Y. & Faïta, Daniel. (2000). Genre et style en analyse du travail. Concepts et méthodes, *Travailler,4*, 7-42.
- Clot, Y. (1995). Compétence en cours d'activité (La). In Développement des compétences (Le) : analyse du travail et didactique professionnelle. *Education permanente n°123*.
- Clot, Y. & Caroly, S. (2004). Du travail collectif au collectif de travail : développer des stratégies d'expérience. *Formation Emploi n°88*, 43-55.
- Clot, Y. & L'Huilier, D. (2006). Perspectives en clinique du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie. n°1*. Toulouse : érès
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La découverte.
- Clot, Y. (2014). Réhabiliter la dispute professionnelle. *Journal de l'école de Paris du Management n° 105*, 9-16.
- Cottureau, A. (1983). L'usure au travail. *Le mouvement social n° 124*.
- Crouzet, C. (2012). *L'évolution de la médecine du travail. Gouvernance*. <http://www.christian.crouzet.pagesperso-orange.fr>
- Cuenca, R. (2002). *Concepto de riesgos psicosociales. Estudios/Investigacion del INSHT*

D

- Dalmau, I., Ferrer, B., Rodriguez, P.M. (2008). *Evaluacion indirecta de la carga mental. Estudio comparativo de las metodologias FPSICO, ISTAS21*. Trabajo presentado al VI International conference on Occupational R. Prevention A. Coruna.
- Darwin, C. (1871/1981). *De la descendance de l'homme et la sélection sexuelle*. Bruxelles: Complexe.
- Duchesne, S. & Haegel, F. (2014). *L'enquête et ses méthodes*. Paris : Armand Colin.
- Davezies, P. (2001). Intervention au colloque « Négocier la charge de travail entre performance, organisation et conditions de travail » organisé par l'ANACT. Paris : la Défense.

- Davezies, P. (2008). Le document d'évaluation des risques : une occasion unique pour débattre sur le travail. *Revue Santé et Travail*, no 64.
- Dejours, C. (1993). Intelligence ouvrière et organisation du travail. H. Hirata (dir.). *Autour du modèle japonais de production. Automatisation, Nouvelles formes d'organisation et de relation de travail*. Paris : L'Harmattan.
- Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale : essai de psychopathologie du travail*, Paris : Bayard.
- Delattre, P. (1976). *Recherches interdisciplinaires*. Enc. Univ17 (pp 387-394).
- Deriot, G. (2010). *Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action*. Rapport d'information n° 642 (2009-2010) fait au nom de la Mission d'information sur le mal-être au travail et de la commission des affaires sociales déposé le 7 juillet 2010.
- Dewey, J. (2005). *L'art comme expérience*. Paris : Gallimard.
- Dewey, J. (2010). *Le public et ses problèmes*. Paris : Gallimard.
- Dirección general de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social con el Instituto Nacional de Seguridad y de Higiene en el trabajo, (2012) *Guía de actuaciones de la Inspección de trabajo y Seguridad Social sobre riesgos Psicosociales*. Lerko Print S.A., <http://publicacionesoficiales.boe.es>
- Doise, W. et Moscovici, S. (1973). *Les décisions collectives*, sous la direction de Serge Moscovici, Introduction à la Psychologie sociales, tome 2. Paris : Larousse, collection Sciences Humaines et Sociales.
- Drucker-Godard C., Ehlinger, S. & Grenier, C. (1999). Validité et fiabilité de la recherche, In Thietart R.A. (Dir.), *Méthodes de recherche en management*. Paris : Dunod.
- Drulhe, M. (2015). Le mort saisit le vif, le vif saisit le mort : de la dialectique du transmettre à ses modélisations. *Empan n° 100*, 38-45.
- Dubar, C. (1991). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.
- Dufour, S., Fortin, D., et Hamel, J. (1991). *L'enquête de terrain en sciences sociales, l'approche monographique et les méthodes qualitatives*. Montréal : Les éditions Saint-Martin.
- Dupuy, R. (1997). Socialisation professionnelle et dynamiques identitaires. Contribution à l'analyse des processus de changement au cours des transitions psycho-sociales HDR, Université de Toulouse Le Mirail.

E

Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob

EU-OSHA (2010). European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks Managing safety and health at work (ESENER). *European Risk Observatory Report*, 156 p.

F

Faita, D., Saujat, F. (2010). « Développer l'activité des enseignants pour comprendre et transformer leur travail : un cadre théorique et méthodologique ». In F. Saussez, F. Yvon (dir.), *Analyser l'activité enseignante : des outils méthodologiques et théoriques pour l'intervention et la formation* (pp. 41-71). Québec : Presses de l'Université de Laval.

Falzon, P. (2004). *Ergonomie*. Paris : PUF

Falzon, P. (2013). *Ergonomie constructive*. Paris : PUF

Fantoni-Quinton S., & Czuba C. (2012). La réforme Sante-Travail. Repéré à www.smtaquitaine.fr/.../présentation-circulaire-dgt-par-istnf.original.pdf.

Fernagu, Oudet, S., (2012). Concevoir des environnements de travail capacitants : l'exemple d'un réseau réciproque d'échanges des savoirs. *Formation emploi*, n°119.

Fernagu, S. *Organisation du travail et développement des compétences : le cas des organisations qualifiantes*. Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation. Soutenue en Décembre. Université Lumière Lyon 2. Soutenue publiquement en 2004.

Ferrer, R. (2010). La evaluación de riesgos psicosociales en tiempos de crisis. *Revista de prevención de Riesgos Psicosociales y bienestar en el trabajo*, 2, 67-85.

Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Paris: PUF

Friedman, M. & Rosenman, R.H. (1974). *Type A behaviour and your heart*. New York: Knopf

G

- Garza (De la), C. & Weill-Fassina, A. (2000). Régulations horizontales et verticales du risque. Dans Benchekroun, H. & Weill-Fassina, A. (dir.). *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 217-234). Toulouse: Editions Octarès.
- Gendron, B. (2004). Why emotional capital matters in education and in labour? Toward an optimal use of human capital and knowledge management, *Les Cahiers de la Maison des Sciences Economiques, série rouge, n° 113*. Paris: Université Panthéon Sorbonne.
- Gendron, B. (2004). *Bilan de compétences et mutations: l'accompagnement de la personne*. Actes du colloque de Caen. 18-19 Octobre 2001. Sous la direction de Dellos, C., Vivier, J., Aubret & Boutinet, J.P. Bern: Peter Lang.
- Gendron, B. (2008). *Capital émotionnel et éducation*, in Dictionnaire de l'éducation, ss la dir. De A. Van Zanten (pp. 41-43). Paris: Presses universitaires de France.
- Gendron, B. (2015). Capital émotionnel et Mindful management et Economie Bienveillante, in sesión plénière. La pleine présence au travail: Management, paix économique et réduction du stress in *Rencontre Humanisme & Mindfulness: une éducation pour le XXIème siècle, 11-13 septembre 2015*. France: Pontchara.
- Gendron, B. *Management de risques psycho-sociaux et Capital émotionnel pour une qualité de vie au travail et vers des organisations capacitantes: essai réflexif et intervention sur le stress dans le monde du soin et de l'éducation via une approche de la pleine conscience, de l'acceptation et de l'engagement et de management de projet*. Thèse pour obtenir le grade de docteur délivrée par l'Université de Paul Valéry. Montpellier. Soutenue en Décembre 2016.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1998). *Les enquêtes sociologiques*. Paris: Armand Collin
- Gilibert, D., Gillet, I. (2014). Evaluer une action de formation sous l'angle de la psychologie sociale expérimentale. *Psychologia Sociala*, 33, 41-62.
- Gobierno de Navarra, Grupo de trabajo de la Comision sobre Factores de Riesgo Psicosocial en el trabajo del INSL (2005). Procedimiento general de Evaluacion de Riesgos Psicosociales, Pamplona, *Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra*.
- 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 Xavier Bertrand. <https://travail-emploi.gouv.fr>.
- Goleman, D. et Cherniss, C. (sous la dir. de) (2001). *The Emotionally Intelligent Workplace: How to Select for, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups and Organizations*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Granger, G. (1968). *Essai d'une philosophie du style*. Paris : Armand Collin.
- Groupe de Travail de la Commission des pathologies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique (2013) *Rapport Final, N°133*.
- Guardia, J. (2008). *Evaluacion de los principales métodos de evaluacion de Riesgos Psicosociales. Facultad de Psicologia*. Universidad de Barcelona.
- Guardia, J. & Peiro, J.M. (2010). La evaluacion de riesgos de origen psicosocial, Una cuestion de método, de técnica, de instrumentos, de improvisación? *Anuario internacional sobre prevencion de riesgos psicosociales y calidad de vida en el trabajo* (pp89-110)
- Gusdorf, G. (1983). *Interdisciplinarite et sciences humaines*, Unesco. Paris : PUF.

H

- Hirigoyen, M-F. (1998). *Le Harcèlement moral : la violence perverse au quotidien*. Paris : La Découverte & Syros.

I

- Isaksen, J. (2000). Le sens du travail et la santé mentale. *Journal des Psychologues n° 283*. Pp.38-39

J

- Jaeger, R. (1988). *Complementary Methods for Research in Education*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Jameaux, C. (1996). *La production de thèses en stratégie : 1991-1995*. Rapport à l'AIMS, Commission recherche doctorale, juin.

Jobert, G. (2002). La professionnalisation, entre compétence et reconnaissance sociale. M. Altet, L. Paquay, P. Perrenoud (dir). Formateurs d'enseignants, quelle professionnalisation ? Bruxelles: De Boeck, coll. *Raisons éducatives*, p. 247-260.

K

Karasek R, Theorell T. (1990). *Healthy work, Stress, Productivity and Reconstruction of Working life*. New York : Basic Books.

Kasl, S.V. (1992). Surveillance of psychological disorders in the work place. In: G. Puryear Keita et S.L. Sauter (coord), *Work and Well-being, An Agenda for the 1990s*. Washington, D.C., *American Psychological Association*, 73-95.

Keyes, C.L.M. & Lopez, S.J. (2002). Towards a science of mental health: positive directions in diagnosis and interventions, In Sydney C.R. & Lopez S.J., *Handbook of Positive Psychology* (pp.45-59). New York: Oxford University Press.

Kluckhohn, C. (1951). Values and value-orientations in the theory of action: An exploration in definition and classification. In T. Parsons & E. Shils (Eds.), *Toward a general theory of action* (pp.388-433). Cambridge : Harvard University Press.

L

Labelle, S. (2001). La société de l'information à décrypter. *Communication & Langages* n° 128, 65-79.

Lachmann, H., Larose, Ch. & Penicaud, M., (2010). Le bien-être et efficacité au travail, rapport à la demande du premier ministre. <http://www.travail-emploi.gouv.fr>.

Lahera, M. (2006). *Método del Instituto Navarro de Salud laboral (INSL) en J.L. Melia et al (eds). Perspectivas de Intervencion en Riesgos Psicosociales. Evaluacion de Riesgos*. Foment. Barcelona.

Lancry, A. & Ponnelle, S. (2004). *La santé psychique au travail* in E. Brangier. Nancy : PUN.

Lancry, A. & Louche, C. (2004). *Les dimensions humaines au travail*. Nancy : PUN.

Lancry (2009). « *L'Ergonomie* ». Paris : Puf, coll « Que sais, je ».

Lazarus R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer

L'Huilier, D. (2010). *Travail et santé*. Coll Cliniques du travail. Toulouse : Eres.

L'Huilier, D. (2010). *Agir en clinique du travail*. Coll Cliniques du travail. Toulouse : Eres.

- Lefranc, G. (1960). Histoire du travail et des travailleurs. *Revue économique*, 485.
- Lenoir, R. (2016). Capital social et habitus mondain. Formes et états du capital social dans l'œuvre de Pierre Bourdieu. *Sociologie* 3(7), 281-300.
- Le Moigne, J.L. (1990). La mémoire du réseau : tout s'écoule et pourtant. *Flux* n°2, 25-32.
- Le Moigne, J.L. (2012). *Les épistémologies constructivistes*. Paris : PUF.
- Lenoir, H. (2016). Considérations sur les notions de compétence(s) et de référentiel. www.hugueslenoir.fr/quelques-considerations-sur-les-notions-de-competence/
- Lerouge, L. (dir). (2009). *Risques psychosociaux au travail, étude comparée Espagne/France/Grèce/Italie/Portugal*. Paris : L'harmattan.
- Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Toulouse : Octarès.
- Leontiev, A. (1984). *Activité conscience personnalité*. Moscou : éditions du progrès.
- Letor, C. (2019). Évaluer les compétences transversales dans l'enseignement supérieur. *Éducation Permanente*, n°218, 21-28.
- Lewin, K. (1944). Dynamics of group action. *Educational Leadership*, 195-200.
- Loriol, M. (2014). *Les modèles d'analyse de la souffrance et du stress : quelles causalités pour quels niveaux d'analyse*, in *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail*, sous la direction de L. Lerouge, Octares.
- Luceño, L. (2005). *Evaluacion de factores psicossociales en el entorno laboral, Construcción y validacion del Cuestionario Multidimensional DECORE*. Tesis doctoral. Madrid : Editorial Complutense.

M

- Machado, T. (2015). *La prévention du risque psycho-socio-organisationnel et la préservation du bien-être psychologique : quels facteurs explicatifs et quelle méthodologie déployer ?*. Rennes : PUR.
- Malglaive, G. (1994). Alternance et compétences. *Cahiers pédagogiques*, n°320, 26-28.
- Malrieu, P. (2003). *La construction du sens dans les dires autobiographiques*. Toulouse : érès
- Marichalar, P. (2011). *Prévenir ou produire, Autonomie et subordination dans la médecine du travail*. Thèse de doctorat soutenue le 7 décembre 2011 au Centre Maurice Halbwachs, France.

- Marquer, J. (1995). Variabilité intra et interindividuelles dans les stratégies cognitives : l'exemple du traitement des couples de lettres, in Lautrey Jaques (dir.), *Universel et différentiel en psychologie* (pp. 107-130). Paris : PUF.
- Martin del RIO, B., Solanes Puchol, A. y Moliner Cantos, C. (2005). *Diferencias entre hombres y mujeres en factores de riesgo psicosociales y sus efectos sobre la salud en una muestra homogénea* Dpto Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernandez de Elche.
- Mauss, M. (1925). *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris : PUF.
- Mayen, P. (2007). Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre, *Cahiers du CREN. Recherche en éducation*, n°4, 41-64.
- Meda, D. & Lefebvre, A. (2007). Réponse de Alain Lefebvre et Dominique Méda. *Travail, genre et société* n°17, 183-188.
- Megemont, J.L. (2000). *Processus de socialisation et de construction de l'identité dans une situation de mobilité professionnelle. Le cas des élèves Ingénieurs du Centre d'études Supérieures Industrielles*. Thèse de Doctorat Nouveau Régime, Université de Toulouse Le Mirail.
- Melia, J.L. (1998). *Un modelo causal psicosocial de los accidentes laborales*, *Anuario de Psicología*, 25-43.
- Melia, J.L. (2006). *Bateria Valenciana Prevacc 2003*. Universidad de Valencia. En J.L. Melia et al (Eds). *Perspectivas de Intervencion en Riesgos psicosociales. Evaluacion de Riesgos*. Foment. Barcelona.
- Miles, M. & Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck.
- Molina, C. (2010). La promoción de la investigación en Riesgos Psicosociales relacionados con el trabajo en España, una asignatura pendiente. *Revista de Prevención de Riesgos Psicosociales y bienestar en el trabajo*, 8, 1, 9-11.
- Molina Benito, J.A. (2006). *Historia de la Seguridad en el Trabajo en España*. Junta de Castilla y León: Gráficas Germinal.
- Molinier, P. & Paperman, P. (2011). L'éthique du care comme pensé de l'égalité. *Travail Genre et sociétés* n° 26.
- Moncada, Llorens, C., Font, A., Galtes, A. & Navarro, A. (2008). *Exposición a riesgos psicosociales entre la población asalariada en España (2004-2005) valores de*

referencia de las 21 dimensiones del COPSOQ, ISTAS21. Revista Espanola de salud publica, 82 (6).

- Monier, H. (2017). *Les régulations individuelles et collectives des émotions dans des métiers sujets à incidents émotionnels: quels enjeux pour la GRH*. Thèse de Doctorat de l'Université de Lyon soutenue publiquement le 22 juin 2017.
- Montmollin, M. (de) (1984). *L'intelligence de la tâche: Éléments d'ergonomie cognitive*. Berne: Peter Lang.
- Moreno, B. y Baez, C. (2010). Factores y Riesgos Psicosociales. Formas, consecuencias, medidas y buenas practicas. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Universidad Autonoma de Madrid.
- Morin, E. (2008). Vitalité de la diversité culturelle et mondialisation. *L'observatoire n°33*, 3-8.
- Morlaix, S. et Nesha Nohu. (2019). Compétences transversales et employabilité: de l'Université au marché du travail. *Education permanente* (109-118). Paris: Documentation française.
- Mouchet, A. (2016). Comprendre l'Activité en situation : articuler l'action et la verbalisation de l'action, *Savoirs 40*. Paris : L'harmattan.
- Mucchielli, A. (1994). *Les méthodes qualitatives*. Paris : PUF.
- Mucchielli, R. (2009). *Le travail en équipe. Clés pour une meilleure efficacité collective*. 11^{ème} édition. Issy les Moulineaux : ESF.

N

- Nagels, M. ; Lasserre Moutet, A. (2013). Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. *Recherches et éducation. Vol. 9*, 99-115.
- 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.
- Newman, J.M. (1997). *Interwoven Conversations: Learning and Teaching Through Critical Reflection*. Canada: Canadian Scholar'Press.
- Noddings, N. (1984). *Caring: A feminine perspective on ethics and moral education*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

O

Osty, F. (2010). *La reconnaissance, un impensé organisationnel*, in Agir en clinique du travail, (dir) Y. Clot, D. Lhuillier, Paris : Eres.

P

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, IIIe édition. Paris: Armand Colin.

Parent, F. & Jouquan, J. (2015). *Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé ?*. Louvain-la-Neuve: De Boeck.

Paugam, (2002). *La société française et ses pauvres*. Paris: PUF.

Pastre, P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*. n°138, 9-17.

Pastre, P. (2011). *La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Paris: PUF.

Peillod-Book, L. & Shankland, R. (2016). *Manager en pleine conscience. Devenez un leader éthique et inspirant*. Paris: Dunod.

Peiro, J.M. (2006). *La metodologia Prevenlab Psicosocial para la evaluacion de riesgos psicosociales en la empresa*. En J.L. Melia et al (Eds) Manual de Analisis e Intervencion en Riesgos Psicosociales en la Empresa. Foment. Barcelona.

Peiro, J.M., Yeves, J. y Lorente, L. (2013). Anuario Internacional sobre prevencion de riesgos psicosociales y calidad de vida en el trabajo. Estado de situacion y experiencias en los paises del sur de Europa: *El analisis de los riesgos psicosociales en el trabajo: investigacion y practica profesional en España*. Secretaria de salud y Medio ambiente. Madrid: Blanca Impresores S.L.

Perrenoud, P. (2004). Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation. J.-F. Inisan (dir.). *Analyse de pratiques et attitude réflexive en formation* (11-32). Reims: CRDP de Champagne-Ardenne.

- Perrenoud, P. (2005). *Développer des compétences, mission centrale ou marginale de l'université?* Université de Genève, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation.
- Piaget, J. (1931). *L'individu et la formation de la raison* in *Fondation pour la science* (67-121). Paris : Centre International de Synthèse.
- Piaget, J. (1967). *Logique et connaissance scientifique*. Paris: Gallimard.
- Piaget, J. & Garcia, R. (1983). *Psychogénèse et histoire des sciences*. Paris: Gallimard.
- Pichot, A. (1995). De la natura medicatrix à l'organisme en panne. [Hhttp://www.Sniadecki.wordpress.com](http://www.Sniadecki.wordpress.com)
- Pirenne, H. (1975). *Histoire économique de l'Occident medieval*. Paris: Editions d'aujourd'hui.
- Puel, H. (2009). Le néolibéralisme, modèle eco dominant. *Revue d'éthique et de théologie morale*. Paris: Editions du Cerf.

R

- Rey, B. (2009). Compétence et compétence professionnelle. Autour des mots. *La formation des enseignants*, 103-116.
- Romero, A. y Guardia, J. (2010). La prevencion de Riesgos laborales como accion estratégica de la gestion empresarial. *Consellobert*, 27-31.
- Rogalski, J. (1995). From real situations to training situations: conservation of functionalities. In J.-M. Hoc, P.C. Cacciabue & E. Hollnagel (Eds.), *Expertise and technology* (pp. 125-140), Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rope, F. et Tanguy, L. (dirs.) (1994). *Savoirs et compétences*. Paris : L'Harmattan.
- Rose, J. & Biarnès, J. (2016). *Les portefeuilles d'expériences et de compétences : approche pluridisciplinaire*. Lille : Septentrion, Presses Universitaires de Lille.

S

- Sainsaulieu, R. (1977). *L'identité au travail*. Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.

- Salanova, M., Martinez, I.M. y Llorens, S. (2005). *Psicología Organizacional Positiva*. En F. Palaci (Coord), *Psicología de la organización* (pp.349-376). Madrid Pearson Prentice Hall.
- Salanova, M., Bresó, E. & Schaufeli, W.B. (2005). *Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y del engagement*. *Ansiedad y estrés*, II, 215-231.
- Salanova, M. Llorens, S. Cifre, E. y Martinez, I.M. (2006) *Metodología Red Wont* Departament de Psicologia evolutiva, Educativa Social y Metodologia de la Universidad Jaume I de Castellon. En J.J. Melia et al. *Perspectivas de intervencion en Riesgos Psicosociales*. Evaluacion de riesgos. Barcelona: Foment.
- Sarmiento Gonzalez, MC. (2012). *Factores de riesgo psicosocial intralaboral : diagnostico en personal terapeutico asistencial*. Bogota: Universidad EAN, Facultad de Posgrados.
- Sen, A. (1999). Does business ethics make economic sense? *Business Ethics Quarterly*, 3, 1, 45-54. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*. Paris: Odile Jacob.
- Serbia, J.M. (2007). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. Hologramática- Facultad de Ciencias Sociales UNLZ. Año VI, Número 7, V2, pp. 123-146. ISSN 1668-5024. URL <http://www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=759>.
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Susman, G.I. (1983). Action research: A sociotechnical Systems Perspective. In G. Morgan (ed). London: Sage Publications.

V

- Valléry G., Leduc S. (2012). *Les risques psychosociaux*. Paris : PUF, Coll. Que sais-je ?.
- Valade (1999). La sociologie et les sciences sociales : une affaire de discipline. *Sociologies et sociétés* V 31, n°1 printemps 1999, 11-21.
- Valeyre, A. (2004). Les Nouvelles formes d'intensification du travail industriel : logiques technologiques organisationnelles et économiques. *Economies et Sociétés*, 24, 1993-2027.

- Van de Weerddt, C. (2016). Analysis of activity and emotions: a case study based investigation of an evolving method, *Le travail humain*, 79, pp. 31-52.
- Vergnaud, G. (dir.publ.). (1994). *Apprentissages et didactiques, où en est-on ?*. Paris : Hachette.
- Vermersch, P. (1994). *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF.
- Vermersch, P. (2017). L'introspection comme pratique in *Encyclopédie d'analyse des activités* sous la direction de Jean-Marie Barbier et Marc Durand. Paris : PUF.
- Vidal, E. ; Labbé, S. (2018). Accompagner vers l'emploi, un nouveau paradigme pour la formation ? *Éducation permanente/AFP*, 41-51.
- Villemain, A., & Lémonie, Y. (2014). Environnement capacitant et engagement des opérateurs : une mise en débat à partir de l'activité des techniciens de la base polaire Dumont d'Urville. *Activités*, 11(2), 26-43. <http://www.Activités.org/v11n2/v11n2.pdf>.
- Von Forster, H. (1981). *Observing systems*. Seaside, CA: Intersystems Publications.
- Von Staden, H. (1989). *Herophilus: The art of medicine in early Alexandria*. Cambridge: University Press. 2nd edition.

W

- Weber, R.P. (1990). *Basic content analysis*. Sage : SND.
- Wittorski, R. (2005). *Formation, travail et professionnalisation*. Paris : L'Harmattan.
- Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan.
- Wittorski, R. (2008). La professionnalisation, note de synthèse. *Savoirs*, N°17, 11-36.
- Wittorski, R. (2009). A propos de la professionnalisation in *Encyclopédie de l'éducation et la formation* (pp.781-793). Paris : PUF.
- Wittorski, R. (2016). L'injonction à l'interdisciplinarité : un symptôme de (dé) professionnalisation et une opportunité ? *Forum n°148* , 44-51.

Y

Yinn, R.K. (2009). *Case Study Research. Design and methods*, IVe edition. Londres: Sage.

REVUES PROFESSIONNELLES

Bastide, R (1956). La causalité externe et la causalité interne dans l'explication sociologique.

Cahiers internationaux de sociologie, 21, 77-99.

Bouffartigue P., Pendariès J.-R & Bouteiller J.Coll (2010-d), Le stress au travail, un enjeu social ouvert. L'exemple des soignantes. *Les Mondes du travail* no 9,127-140.

Bourdoncle, R. (1991a). La professionnalisation des enseignants- la fascination des professions. *Revue Française de Pédagogie*, 94, 73-92.

Cherns, A. (1987). Principles of Socio-Technical Design Revisited. *Human relations*, 40,153-162.

Clot Yves&Faïta, Daniel. Genre et style en analyse du travail. Concepts et méthodes, *Travailler*, 2000,4, 7-42.

Clot Y.,Davezies.P. (2011). « Des accords sur le stress qui sonnent faux » *Santé et travail*, n°74, 26-29.

Clot Yves, Dominique L'Huilier, sous la direction de, (2015). Perspectives en clinique du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie* n°1.

Davezies, P. (2008). Le document d'évaluation des risques : une occasion unique pour débattre sur le travail. *Revue Santé et Travail*, no 64.

Demerouti,E. Bakker, A.B., Nachreinar, F. & Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-ressources model of burnout. *Journal of applied Psychologiy*, 86, 499-512.

Deschamps, J.-C. (1973). L'attribution, la catégorisation sociale et les représentations intergroupes. *Bulletin de psychologie*, 13-14, 710-721.

Dohrenwend, B. (1961). The social Psychological Nature of stress : a framework for causal inquiry. *The journal of abnormal and social Psychology*, 2,62,294-302.

French, J.R.P y Kahn, R.L. (1962). A programmatic approach to studying the industrial environment and mental health. *Journal of Social Issues*, 18, 1-47.

Garza, C., de la & Weill-Fassina, A. (2000). Régulations horizontales et verticales du risque. In Weill-Fassina, A., Hakim Benchekroun, T. (2000). *Le travail collectif: perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 217-234). Toulouse: Octarès Editions.

Hackman, J.R. y Oldman, G.R. (1975). Development of the Job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology*, 60, 159-170.

- Johnson, J.V. y 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 of Public Health*, 78, 1336-42.
- Morrison, E.W. (1993). Newcomer information seeking : Explorating types, modes sources and outcomes. *Academy of Management Journal* 36 (3), 557-589.
- Peiro, J.M. (2010). Cuestiones fundamentales en la Evaluacion de los Riesgos Psicosociales. *Revista de Prevencion de Riesgos Psicosociales y bienestar en el trabajo*, 2, 13-65.
- Peiro, J.M. y Bravo, M.J (1999). Factores psicosociales de la prevencion de riesgos laborales, *Revista de Psicologia del trabajo y de las organizaciones*.
- Valade (1999). La sociologie et les sciences sociales : une affaire de discipline ?. *Sociologies et sociétés V 31, n°1 printemps 1999*, p 11-21.
- Yvon et Fernandez (2002). « Les asct de la sncf à l'épreuve du stress. Essai de psychopathologie du travail » *Cliniques méditerranéennes 2002/2 (n°66)*, 125-144. DOI 10.3917/cm 066-0125.

WEBOGRAPHIE

- Bouffartigue, P. (2014). *Santé au travail : regards sociologiques*, La nouvelle revue du travail, no 4, <http://nrt.revues.org/1403>
- Delattre, P. (2012). *Sur la multidisciplinarité* www.aqora.qc.ca/dossiers
- Gaujelas, V. (2014). *Pour une sociologie clinique du travail*, La nouvelle revue du travail, <http://nrt.revues.org/1576>
- Herramientas Europeas e internacionales contra los riesgos psicosociales en el trabajo, <https://www.av.se/SLIC2012/> <https://www.healthy-workplaces.eu/es>
<https://osha.europa.eu/es>
- Lachmann H., Larose C. et Pennicaud C. (2010). Bien être et efficacité au travail. 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail, 19 p. http://www.ladocumentationfrançaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/101000081/0000.pdf
- Loi no91-1414 du 31 Decembre 1991 modifiant le code du travail. Legifrance.gouv.fr, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JOR>
- Molinier, P. (2011). Collège d'expertise sur le suivi statistique des Risques Psychosociaux au travail. *Revue de la littérature en psychologie clinique*

www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/revue-psychologie.fr 8,52.cfm

Prevencontrol (2018). *Guia de perfils de competencias en PRL.*

<https://www.prevencionintegral.com>

The Committee of Senior Labour Inspectors (SLIC) (2012) *Risques Psychosociaux sur le lieu de travail*, <http://www.av.se/SLIC>

TABLE DES FIGURES

<u>Figure 1</u>	Modèle de qualité de vie au travail selon Gendron (2016)
<u>Figure 2</u>	Relation entre la Directive cadre Européenne et la loi de prévention PRL.
<u>Figure 3</u>	Organisation de la Santé au travail en France.
<u>Figure 4</u>	Pilotage national et régional du dispositif Santé au Travail.
<u>Figure 5</u>	Organisation de la prévention des Risques Professionnels en Espagne.
<u>Figure 6</u>	Représentation de nos questions de recherche.
<u>Figure 7</u>	Organigramme Association Santé au travail de l'Ariège (ASTA09).
<u>Figure 8</u>	Méthodes de recueil de données.
<u>Figure 9</u>	Analyse de Contenu : thèmes.
<u>Figure 10</u>	Procédure de mise en relation de l'activité avec la compétence.
<u>Figure 11</u>	Paradigmes du professionnel de la santé. Schéma de recherche action de Kemmis et Mc Taggart.
<u>Figure 12</u>	Schéma de recherche action de Kemmis et Mc Taggart.
<u>Figure 13</u>	Schéma de recherche action de Susman.
<u>Figure 14</u>	Rôle du chargé de prévention pour l'entreprise adhérente.
<u>Figure 15</u>	Rôle du chargé de prévention RPS dans les SSTI
<u>Figure 16</u>	Compétences du leader éthique et bienveillant selon Peillod-Book et Sakland.
<u>Figure 17</u>	Modèle Bienvivance at work. Gendron (2016)

TABLE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u>	Organisation différenciée de la santé au travail.
<u>Tableau 2</u>	Différences entre SSTI et SPA.
<u>Tableau 3</u>	Contenu du questionnaire diffusé en ligne pour les IPRP et les TP.
<u>Tableau 4</u>	Contenu du questionnaire diffusé en ligne pour les médecins espagnols.
<u>Tableau 5</u>	Grille d'entretien semi-directif de description auprès des IPRP et des TP.
<u>Tableau 6</u>	Grille d'entretien semi-directif de description utilisée avec les médecins.
<u>Tableau 7</u>	Résumé des étapes de l'entretien semi-directif.
<u>Tableau 8</u>	Échantillon de population interviewée en France.
<u>Tableau 9</u>	Échantillon de population interviewée en Espagne.
<u>Tableau 10</u>	Échantillon de la population de médecins interviewée en France.
<u>Tableau 11</u>	Analyse de contenu. Thèmes et sous-thèmes.
<u>Tableau 12</u>	Récapitulatif de la procédure d'analyse de contenu.
<u>Tableau 13</u>	Différences dans la formation des IPRP et des TP.
<u>Tableau 14</u>	Compétences attendues par les différentes filières de formation en France.
<u>Tableau 15</u>	Compétences attendues par le « Master de prevención de riesgos laborales » en Espagne.
<u>Tableau 16</u>	Compétences développées auto déclarées en France.
<u>Tableau 17</u>	Compétences développées auto déclarées en Espagne.
<u>Tableau 18</u>	Identification des situations professionnelles
<u>Tableau 19</u>	Identification des activités professionnelles
<u>Tableau 20</u>	Activités et domaines
<u>Tableau 21</u>	Résumé des activités des IPRP et des TP et des domaines
<u>Tableau 22</u>	Thèmes entretien médecins en France
<u>Tableau 23</u>	Classification des compétences selon Wittorski
<u>Tableau 24</u>	Compétences émotionnelles selon Goleman et Cherniss (2011)

TABLE DES MATIERES

Remerciements	3
---------------------	---

INTRODUCTION GENERALE

Carte heuristique de la thèse.....	6
Introduction.....	8

PREMIERE PARTIE CADRAGES : CONTEXTES ET EMERGENCE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

Chapitre 1 : Santé, travail, santé au travail et santé mentale au travail : origines, concepts et méthodes	14
- <i>La santé</i>	14
- <i>Le Travail</i>	15
- <i>La santé au travail, une construction sociale</i>	16
- <i>La Santé mentale au travail</i>	18

Chapitre 2 : Emergence des Risques Psychosociaux dans la santé au travail : une diversité de modèles et de concepts	20
--	----

2.1 Les approches centrées sur les modèles du stress	21
2.2 Les approches centrées sur l'activité de travail	24

Chapitre 3 : Politiques Européennes de Santé au travail : adaptation de la directive cadre Européenne en Espagne et en France	28
--	----

3.1 Organisation de la prévention des risques professionnels en France	30
3.2 Organisation de la prévention des risques professionnels en Espagne	32
3.3 La prévention dans les textes de loi	35

Chapitre 4 : Organisation de la santé au travail en France et en Espagne	37
---	----

4.1 L'évolution de la Médecine du Travail en France	37
4.2 L'évolution de la Médecine du Travail en Espagne	40
4.3 Les Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI)	41
4.4 Les « Servicios de Prevención Ajenos » (SPA)	46
4.5 Le statut des Intervenants en prévention de risques professionnel (IPRP) dans le système de prévention Interentreprises français et les Techniciens de Prévention (TP) dans le système de prévention externe espagnol	48
4.6 La pluridisciplinarité : une exigence de loi pour les SSTI et les SPA	52

Chapitre 5 : Concepts pour penser la construction de la compétence « sur le tas »..... 56

5.1 La compétence : naissance d'un objet d'étude ?	56
5.2 La compétence et son développement	56
5.3 Le rôle de l'expérience et de l'activité de travail dans la construction de la compétence	59
5.4 Le travail collectif et la construction de la compétence	67

L'essentiel de la Partie I	72
----------------------------------	----

PARTIE II PROBLEMATIQUE GENERALE ET DISPOSITIF METHODOLOGIQUE

Chapitre 6 : Problématique abordée sous l'angle de deux cultures et intérêt de notre commanditaire 76

6.1 Une problématique abordée sous l'angle de deux cultures	76
6.1.1 Un choix épistémologique	76
6.1.2 Construction de l'objet de recherche et co-construction des Connaissances	78
6.1.3 Des questions sur la construction de la compétence sous une approche bi-culturelle et par étapes	79
6.2 Un intérêt pour le commanditaire de notre thèse	81

Chapitre 7 : Dispositif méthodologique 83

7.1 Lieux de recueil des données	83
- Le Cadre de la CIFRE	83
- Un Niveau National	85
- Un Niveau International	87
7.2 Méthodes de recueil de données	90
-Le questionnaire de sondage	90
-L'entretien semi directif de description	94
-L'entretien d'explicitation	96
-La monographie	103
7.3 Outils et méthodes d'analyse	104
-L'analyse statistique du questionnaire de sondage	105
-L'analyse de contenu des entretiens d'explicitation	105
-L'analyse du contenu à l'aide du logiciel Alceste	111
-L'analyse des monographies	113

PARTIE III RESULTATS DE LA RECHERCHE ET ANALYSE REFLEXIVE

Chapitre 8 : La construction de la compétence en prévention de RPS 117

8.1 En formation initiale 118

- 8.1.1 Présentation des résultats issus du questionnaire de sondage et de la recherche documentaire en France 118
- 8.1.2 Présentation des résultats issus du questionnaire de sondage et de la recherche documentaire en Espagne 136
- 8.1.3 Présentation des résultats issus des Entretiens Individuels semi-directifs 141
- 8.1.4 Analyse et discussion des résultats : quelle construction de la compétence en prévention des RPS en formation initiale ? 146

8.2 Dans l'exercice de l'activité de travail 160

- 8.2.1 Présentation des résultats issus du questionnaire de sondage en France 161
- 8.2.2 Présentation des résultats issus du questionnaire de sondage en Espagne 161
- 8.2.3 Présentation des résultats issus des entretiens d'explicitation en France 162
- 8.2.4 Présentation des résultats issus des entretiens d'explicitation en Espagne 172
- 8.2.5 Présentation des résultats issus de l'analyse du corpus à l'aide du logiciel Alceste 181
- 8.2.6 Analyse et discussion des résultats 183
- 8.2.7 Comment peut-on comprendre la construction de la compétence à partir de l'activité ? 187

8.3 Dans le travail d'équipe pluridisciplinaire..... 202

- 8.3.1 Présentation des données issues des entretiens semi-directifs avec IPRP et TP : des organisations avec des ressources et des contraintes ... 203
- 8.3.2 Présentation des données issues des entretiens semi-directifs avec les médecins du travail 217
- 8.3.3 Présentation des données issues des monographies 229
- 8.3.4 Analyse et discussion des résultats : Le travail en équipe pluridisciplinaire contribue-t-il à la construction de la compétence en prévention des RPS ?..... 238

Chapitre 9 : Discussions et ouverture 254

- 9.1 Quelles compétences en prévention des RPS peut-on construire en formation initiale, dans l'exercice de l'activité de travail et en contact avec l'équipe pluridisciplinaire ? 254**

-En formation initiale	254
-Dans l'exercice de l'activité de travail	259
-Dans l'activité d'équipe pluridisciplinaire	265
9.2 Apports et limites de la recherche	
9.2.1 La recherche et son cadre épistémologique : un degré d'incertitude élevé	269
9.2.2 Questions méthodologiques	271
-Le positionnement du chercheur	271
-La recherche et son terrain	272
-Le recueil des données	272
-La fiabilité de la recherche	273
-La crédibilité de la recherche : écarter les biais	274
9.3 Perspectives de recherche scientifique	275
9.3.1 D'autres approches théoriques possibles et méthodologies de recherche pour comprendre notre objet d'étude	275
-Concernant l'approche théorique	275
-Concernant la méthodologie	276
9.4 Perspectives pour la santé au travail	280
9.4.1. Vers une formation en prévention des RPS qui prenne en compte l'enseignement des compétences émotionnelles, « <i>soft-skills</i> » ou compétences transverses	281
9.4.2. Quelques pistes de réflexion pour l'organisation des SSTI en France	285
L'essentiel de la partie III.....	293
<u>CONCLUSION GÉNÉRALE</u>	295
Conclusion.....	296
Bibliographie	300
Table des figures	319
Table des tableaux	320
Table des matières	321

Résumé

Les compétences en prévention de Risques Psychosociaux (RPS) sont-elles en construction dans les équipes de santé au travail interentreprises (SSTI) de même que dans les équipes de prevention ajenos (SPA) en Espagne ? La Directive cadre Européenne, 391/89, première en matière de santé et de sécurité pour les travailleurs Europeens, préconise le passage de la médecine du travail aux équipes de santé au travail avec des compétences techniques et/ou organisationnelles venant compléter les compétences médicales. Les Intervenants en Prévention de risques professionnels (IPRP) et Técnicos de prevencion (TP) en Espagne, arrivent, métier émergeant, pour apporter leur concours aux services de santé au travail interentreprises. Ces nouveaux professionnels n'ont pas été véritablement formés à la prévention des RPS, et pourtant, une de leurs missions est d'intervenir sur ces risques là qui sont flous et mal définis. Nous avons voulu comprendre, dans cette thèse, la perception que ces professionnels ont de la construction de leurs compétences en prévention de RPS en formation initiale, dans l'exercice de l'activité de travail et dans les équipes pluridisciplinaires et quelle est la nature de ces compétences que les professionnels de la prévention construisent en travaillant.

Mots clés : Risques psychosociaux, compétences, apprentissage sur le lieu du travail, travail collectif, compétences émotionnelles.

Abstract

Psychosocial risk prevention competencies (RPS) are in construction within the work health services in France (SSTI) as well are they are within de prevention spanish work health services (SPA)?. European directive 391/89, the first one about health and security for the European workers, proposes a change in the organisation of the work medecine by adding technical competencies to the medical ones. The OSHP in France and in Spain, job emerging, appear to complete with their skills the medical skills. Those new workers haven't been trained specifically in RPS prévention although one of their fonctions is to make those RPS prevention which are difficult to define. We have researched through this Phd to understand how those new workers see the construction of their own competencies to do RPS prevention, between their initial training, and their work within the multidisciplinary teams they belong to, and what kind of new competencies they develop in their workplace.

Key words: Psychosocial risks, competencies, learning in the workplace, team work, emotional competencies.

ANNEXES

Rapport de synthèse

Texte analysé : CSE (179 Ko)

Mercredi 13 Décembre 2017 à 18 h 56

Le corpus CSE a été analysé à l'aide de la méthodologie Alceste. Comme indiqué ci-dessous, 83% des unités textuelles du corpus ont été classées (niveau de pertinence), et 17% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 3 groupes que nous appelons *classes d'énoncés significatifs* ou tout simplement *classes*. Chaque classe est numérotée et colorée suivant l'ordre d'apparition dans la classification. Nous observons que la **Classe 1** est la plus spécifique, c'est la première à s'être détachée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 60,49% des unités textuelles classées et se caractérise par des mots tels que **questionario, medida, inform, evaluacion, metodo, resultado**. Ensuite se détache la **Classe 2**, qui représente 19,76% des unités textuelles classées : ses mots significatifs sont **especialidades, universidad, acab, master, carrera, clinic**. Elle est suivie de la **Classe 3** qui représente 19,76% des unités textuelles classées : ses mots significatifs sont **catalogana, espana, produc, misma, medic, ley**. La lecture détaillée de ce rapport met en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

- La classe 1 contient 10,49% des unités
- La classe 2 contient 19,76% des unités
- La classe 3 contient 19,76% des unités
- 577 unités réparties en 3 classes : 83%
- Unités non classées et rejetées : 17%

Pertinence du traitement : Très élevée
(83% d'unités classées)

Nombre d'individus	7
Nombre de variables	3
Nombre de mots analysés	651
Richesse de l'analyse	93 5
Nombre de mots distincts	4321
Nombre total de mots	31197
Nombre d'unités classées	577



Classe n°1

Cette classe est formée de 349 unités, soit 60,49% des unités classées. Les mots significatifs de cette classe sont des termes tels que questionario, medida, inform, evaluacion, metodo, resultado.

Mots significatifs

Mots présents	Khi2	Effectif
questionario	27	82
medida	22	50
inform	18	39
evaluacion	18	66
metodo	17	31
resultado	16	30
direccion	14	35
algun	12	18
utiliza	11	19
intervien	11	21
trabajador	10	48
gent	9	61
propun	9	14
metodologia	9	18
ayud	8	17
factor	8	13
compañeros	8	19
si	7	223
case	7	22
tipo	7	15
intent	7	32
gestion	7	10
conflicto	7	10
implement	7	14
protocolo	7	13
responsable	7	15
cosa	6	49
gest	6	22
vist	6	26
evalu	6	18
grupo	6	34
hecho	6	44
*ent_5	43	89
*TF_Generalitat	43	89
*ent_4	29	73
*TF_empresa	29	73
*sex_fem	28	185
*ent_2	2	74
*TF_Hospital	2	18
*ent_7	0	18
Mots absents	Khi2	Effectif
españa	-53	11
francia	-45	6
universidad	-31	4
prevan	-25	57
especialidades	-25	1
ley	-23	3
*ent_1	-22	16
*TF_ASPSAL	-22	16
*sex_masc	-28	184

Extrait des unités en fonction des mots significatifs

- * con recursos humanos direccion mandos intermedios y trabajadores/ intentando que dentro de los trabajadores hubiera gente del comite de seguridad/ y salud osea que tu el questionario lo entregas a los 250 trabajadores te lo/ devuelven
- * interes por participar por proponer cosas y demas intentando que fuera/ paritario que tuviera todos los estamentos de la empresa representados y/ entonces con el grupo que haces comentas los resultados de los questionarios?
- * a pasar un questionario que rellenas si queréis es voluntario os recomiendo/ que de momento digamos para-que expreseis y que conste en algun sitio esas/ inquietudes que teneis que no podeis expresar en otro sitio que utilizais este canal para esto y yo en base a esto los resultados se trataran de forma anonima los procesare y en base a los resultados propondre una-serie-de medidas/
- * asi he aprovechado que el fisico tiene una aplicacion que puedes/ entrar en el ordenador y rellenar el questionario y directamente en vez de/ pasar los questionarios a mano se entra en la aplicacion y luego se facilita el/
- * ayuda a ver las cosas desde una optica mas amplia y tu cuando realizas estas/ evaluaciones lo haces sola? dependiendo de la carga de trabajo en principio/ sola lo-que es todo el desarrollo del grupo de trabajo medidas y demas lo he/ hecho sola con mi responsable del departamento de sistemas pero practicamente/
- * analizado y ahora estamos con el desarrollo final de las medidas y las medidas las decidis en grupo? si y cuanto tiempo puede durar una evaluacion? asi llevamos diez meses y luego la implementacion de las medidas?
- * estaba en la privada algun conflicto de no pongas eso en la evaluacion pero por/ lo general tragaban todo normalmente ni lo leian lo leian como que no te ponian/ limites asi-como el dinero directamente si tu llevabas una evaluacion y no te/
- * discutira algo pero tampoco discuten mucho y las evaluaciones las cuestionan/ porque hay un sindicato comisiones obreras que desarrollo el listas y utilizai/ cualquier otro metodo no le gusta y entonces intentan boicotear los resultados/
- * yo solicite recursos humanos yo no podia llegar a 2600 trabajadores trabajando sola la direccion dijo a mis compañeros que debian colaborar en esta tarea y colaboraron en esta tarea te gusto esta experiencia
- * tenemos con otra empresa diferente pero con los dos medicos el de-un-lado y el de otro discutimos de ese protocolo entonces utilizamos dos tipos de questionario diferente en uno lo han desarrollado ellos con logopedas y fonoatras de su/
- * congresos y de ofrecerme a colaboraciones conozco gente con la que puedo consultar y nos hemos hechos una red de tecnicos que nos consultamos cosas son recursos no? si yo no tengo aqui con quien discutir una intervencion y me he tenido que buscar compañeros fuera pero como todo el mundo esta igual porque si eres tecnico estas solo pues yo comento cosas con tecnicos de barcelona de andalucia en funcion/

Nuage et réseaux



Classe n°2

Cette classe est formée de 114 unités, soit 19,76% des unités classées. Les mots significatifs de cette classe sont des termes tels que especialidades, universidad, acadab, master, carrera, clinic.

Mots significatifs

Extrait des unités en fonction des mots significatifs

Nuage et réseaux

Mots présents	Khi2	Effectif
especialidades	70	18
universidad	69	26
acadab	48	15
master	47	19
carrera	43	14
clinic	33	9
tesis	32	12
francia	30	24
relacion	29	13
haciendo	28	16
profesionalizaci	28	6
academic	25	6
acreditacion	25	7
industrial	24	10
especial	23	12
interes	20	14
asignatura	20	7
frances	19	7
barcelona	19	8
preven	18	62
forma	17	26
sale	16	6
doctor	16	4
exacto	16	4
laboral	16	23
superior	16	6
disciplina	16	4
ano	15	29
pedagog	15	6
universitar	15	6
tecnico	14	35
curso	13	8
*ent_1	16	30
*TP_AEPSAL	16	30
*ent_7	3	9
*TP_EPA	3	9
*sex_masc	1	75
*ent_2	0	25
*ent_3	0	18
*ent_8	0	18
Mots absents	Khi2	Effectif
medida	-12	0
inform	-9	0
questionario	-9	2
direccion	-8	0
evaluacion	-8	4
centro	-6	0
*ent_4	-12	5
*TP_empresa	-12	5
*ent_5	-7	10

* pues te cuento soy psicologo clinic e industrial y estoy viviendo en francia y trabajando aqui estoy haciendo un doctorado con la universidad de montpellier y trabajo en la profesionalizacion de tecnicos de prevencion en tema de/

* cual a nivel universitario yo tenia una base en materia laboral en riesgos psicosociales de hecho teniamos una asignatura especifica y posteriormente me forme con el master de prevencion y la diplomatura en relaciones laborales es carrera universitaria?

* estoy en valencia para realizar entrevistas, por ahora he hecho entrevistas en barcelona y en francia lo-que te queria preguntar es que formacion has hecho y cual ha sido tu reconocido profesional yo estudie relaciones laborales en la universidad de valencia acabe en el sno 1998 y aqui/

* tu contestastes al cuestionario que puse en linea en agosto, soy de formacion psicologo clinica y industrial estoy haciendo una tesis con la universidad de montpellier, llevo afincada en francia veintipico anos y estoy haciendo una tesis con la universidad de montpellier y en un servicio de prevencion ajeno y me interesa saber como se profesionalizan los tecnicos que intervienen en la prevencion de riesgos/

* te vuelvo a situar el contexto estoy haciendo una investigacion con la universidad de montpellier vivo en francia soy psicologo industrial y clinic estoy haciendo un doctorado en un servicio de prevencion ajeno e investigo sobre la/

* siendo tecnico intermedio y saque pues la formacion el master de tecnico/ superior para poder ejercer de tecnico y son las tres especialidades? si las/ tres entonces tus competencias al acabar los estudios estaban relacionadas con/ la pedagogia?

* tienen entidad suficiente para-que hubieran sido tratadas por especialistas/ diferentes y con formaciones especificas diferentes porque formarse en las dos/ que la formacion a nivel academico que existe en prevencion para mi no se sale/

* si y cuantos anos de/ experiencia? catorce y tienes una motivacion especifica para trabajar en/ prevencion? bueno por casualidad era una de las relaciones de la pedagogia/ social relacionada con la empresa emepe dando formacion en los cursos/ intermedios y acabe trabajando de tecnico yo entre para impartir formaciones/

* entonces si quieres te queria preguntar que me expliques cual es tu trayectoria de formacion vale yo de formacion universitaria soy diplomada en relaciones laborales y posteriormente hice la formacion necesaria para ser licenciada en/

* muchas gracias por acordarme este tiempo no se si te acordaras publique un cuestionario estoy haciendo una tesis sobre la profesionalizacion de los tecnicos de prevencion pero llevo 25 anos viviendo en francia y la tesis la hago con la/

* diplomado si queria ser licenciado o no y utilizar este recorrido academico y/ aqui mismo si habia asignaturas de riesgos psicosociales? si porque yo en la/ carrera tenia como signature obligatoria una asignatura que era la ley de/



Classe n°3

Cette classe est constituée de 114 unités, soit 19,76% des unités classées. Les mots significatifs de cette classe sont des termes tels que catalana, espana, produc, misma, medic, ley.

Mots significatifs

Mots présents	Khi2	Effectif
catalana	29	7
espana	28	32
produc	25	6
misma	22	11
medic	21	24
ley	20	15
oferta	20	5
euros	19	8
sociedad	19	7
catalunya	18	10
foro	16	6
formol	16	4
precio	16	5
suelo	16	7
ejemplo	16	4
enfermer	16	7
vend	15	5
senor	15	5
ingeniero	15	5
apart	13	9
lado	12	3
dinero	12	5
famill	12	4
numero	12	4
articul	12	4
quimico	12	5
registr	12	6
revisio	12	4
filosofia	12	3
condiciones	12	5
venir	11	11
medicos	11	14
*ent_1	43	39
*TP_REPSAL	43	39
*sex_manc	29	95
*ent_8	25	35
*TP_SPP	25	35
*ent_3	2	21
*TP_Salesians	2	21
*ent_2	-5	13
Mots absents	Khi2	Effectif
questionario	-11	1
aprend	-7	1
metodo	-5	0
resultado	-5	0
evaluacion	-5	5
algun	-5	0
*ent_5	-29	0
*sex_fem	-29	19
*TP_Generalitat	-29	0

Extrait des unités en fonction des mots significatifs

* veintiseismil/ volumen del servicio 2000000 de euros claro claro igual un dos mas o menos/ esto es alucinante o sea el medico sus retribuciones son elevadas aqui no lo se/ pero en esta empresa con uno se arreglaban y dos enfermeras no habria mas y/ quiza cuatro tecnicos y personal administrativo no hay aqui es que aqui voy-a/ un tema crucial empresa 2M al año te voy-a pedir un articulo de como esta/

* enfermera y no llegaban a cubrir en algunos casos ni la tercera parte del/ precio de coste por eso te digo que en espana se esta vendiendo duros a dos/ pesetas entonces cuando la empresa tiene que escoger entre un servicio propio o/ ajeno.

* propio o ajeno y este precio es variable estan reventando precios que ni te cuento igual un kiosco te cuesta 300 euros al año la general la revisio se paga aparte si el quisquero quiere una revisio medica la paga aparte pero no es/

* ofertas para medicos de trabajo en francia y claro es un cachondeo porque ofrecen el triple de sueldo de lo-que puede conseguir un medico en espana ahora en mi servicio buscamos un medico y se ofrece ese sueldo y no encontramos claro no/

* aunque sepa la definicion no conocen y eso plantea a la industria quimica que/ es una industria muy concienciada con la seguridad plantea reparos entonces/ este senor te interesa para-que te firme pero buscas a un quimico que sepa que/

* importante te voy-a poner un ejemplo que te puede servir no tengo los datos/ pero los encontraras empresas registradas para retirar amianto en toda francia/ hay 20 registradas en espana doce mil retiran amianto

* cuestiones medicas o tecnicas muchas-veces cuestiones organizativas o de la norma de ley entonces es un foro de discusion bastante vivo y a este foro escribe una empresa que se dedica a la seleccion de medicos para francia y nos envia las/

* unavez tengo el titulo me pongo a hacer seguridad y lo-que sea entonces que/ ocurre que cuando este senor nos viene a una empresa quimica a enseñarnos/ seguridad quimica no sabe que es el formol no sabe que significa conburente/

* tenemos convenios de colaboracion con empresas del sector para-que nuestros/ asociados puedan adquirir sus productos con descuento hacemos estudios me/ encantan los estudios fantastico si tu tienes una idea te pones y no se lo-que/

* cuantos ejercen? eso es otro tema yo creo-que lo-que debes de destacar principalmente que alli son asociaciones que reciben dinero de las empresas tiene tela tambien pero aqui las empresas no pagan contratán contrato comercial con spa pero estan obligadas o/

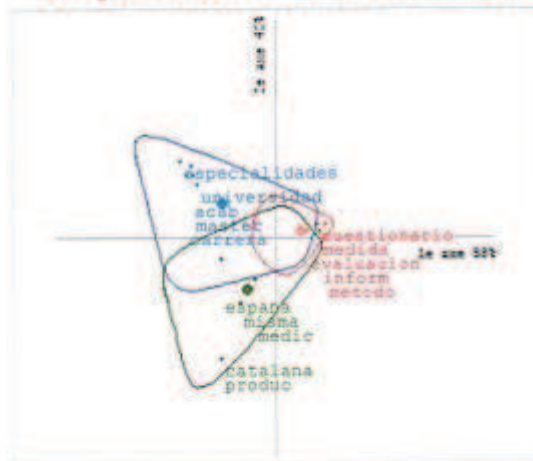
* poder es como conducir bebido hay evidencias se saben pero la sociedad va por/ otro lado y en espana la prevencion se ha convertido en un puro tramite/ documental y burocratico para cumplir con la normativa europea

* administracion publica no se podia sancionar a ninguna empresa que no hubiera/ cumplido con la ley, en francia es igual, es que esto es un delirio claro con/ lo

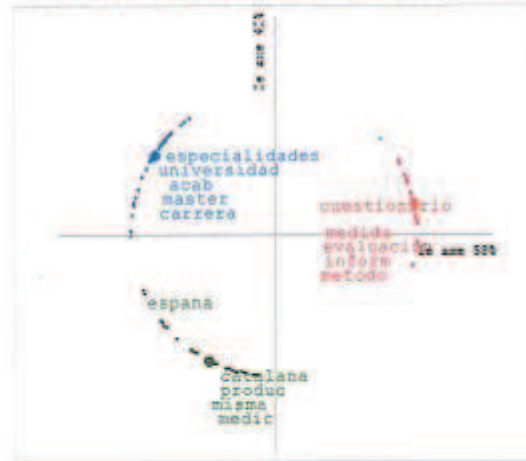
Nuage et réseaux



Analyse factorielle en coordonnées



Analyse factorielle en corrélations



Analyse factorielle en contributions



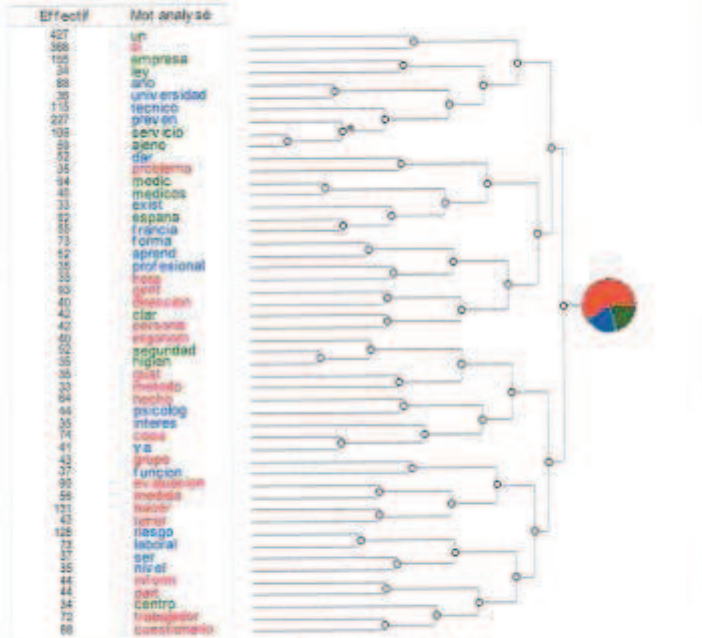
Extrait du dictionnaire du corpus trié par ordre alphabétique, avec les effectifs réels des mots dans le corpus

Not analysé	Effectif	Mot analysé	Effectif	Mot analysé	Effectif	Mot analysé	Effectif	Mot analysé	Effectif	Mot analysé	Effectif
acab	22	cuestion	16	experiencia	23	sr	18	pareu	24	riesgo	128
accidente	18	cuestionario	68	explic	18	estas	15	part	44	saber	15
actividad	25	curso	21	factor	15	laboral	73	para	15	salud	26
administraci	22	dar	52	falta	18	legal	14	pasar	15	seguridad	52
ajeno	59	dar	15	form	26	ley	34	permit	18	ser	37
alguien	21	dato	22	forma	73	llam	20	persona	42	servicio	106
algun	20	decir	20	francia	55	lleg	30	personal	28	si	368
ano	88	dejar	17	funcion	37	llev	35	poder+	33	sindicato	21
aplic	25	desarroll	17	gent	93	manera	25	porque	200	sola	15
aprend	52	dia	31	gestion	15	master	27	practic	18	solo	39
asociacion	14	diferente	31	grupo	43	medi	27	pregunt	55	sus	18
ayud	19	direccion	40	gest	35	medic	64	preven	227	tambien	37
baja	15	ejerc	15	haber	17	medicos	40	preventiv	19	tecnico	115
base	27	empez	24	haci	31	medida	56	primer	20	tema	71
buen	53	empresa	155	hacer	131	mejor	30	princip	19	tener	43
busc	21	encuesta	17	haciendo	25	meses	17	problema	35	tiempo	32
cada	25	entiend	16	hecho	64	metodo	33	profesional	35	tipo	21
carrera	19	entr	20	higien	35	metodologia	19	propio	30	trabaj	328
casa	26	entrevist	27	hora	33	mis	16	psicolog	44	trabajador	72
Catalunya	20	ergonom	40	idea	16	misma	17	psicosocial	119	trat	20
centro	34	espana	82	igual	21	mismo	25	psicosociolo	29	un	427
clar	42	especial	19	implement	16	mundo	18	public	32	universidad	36
colabor	17	especialidad	24	import	22	necesit	17	puesto	18	utiliz	18
compañer@s	20	estado	15	inform	44	negoci	16	punto	24	vale	23
competenc	25	estar	16	inspeccion	21	nivel	35	quimica	16	veces	36
consider	19	estudi	29	institut	23	oblig	17	real	27	venir	26
contact	15	estudios	18	intest	29	organizacion	26	recursos	24	ver	57
cose	74	evalu	20	interes	35	otras	22	relacion	22	vec	16
cualquier	17	evaluacion	90	interven	24	otros	31	responsabil	15	vist	30
cuent	31	exist	33	investigacio	16	pais	15	resultado	30	ya	41

Individus les plus représentatifs par classe

Individu	Richesse	Libellé des variables signalétiques
5	69 %	ent_5 sex_masc TP_Generalitat
4	69 %	ent_4 sex_fem TP_empresa
6	66 %	ent_7 sex_fem TP_SPA
1	71 %	ent_1 sex_masc TP_AEPSAL
7	70 %	ent_8 sex_masc TP_SPP
3	70 %	ent_3 sex_masc TP_Salesians

Classification ascendante sur le corpus



Attention : classification effectuée seulement sur 50 formes

Individus les plus représentatifs par classe

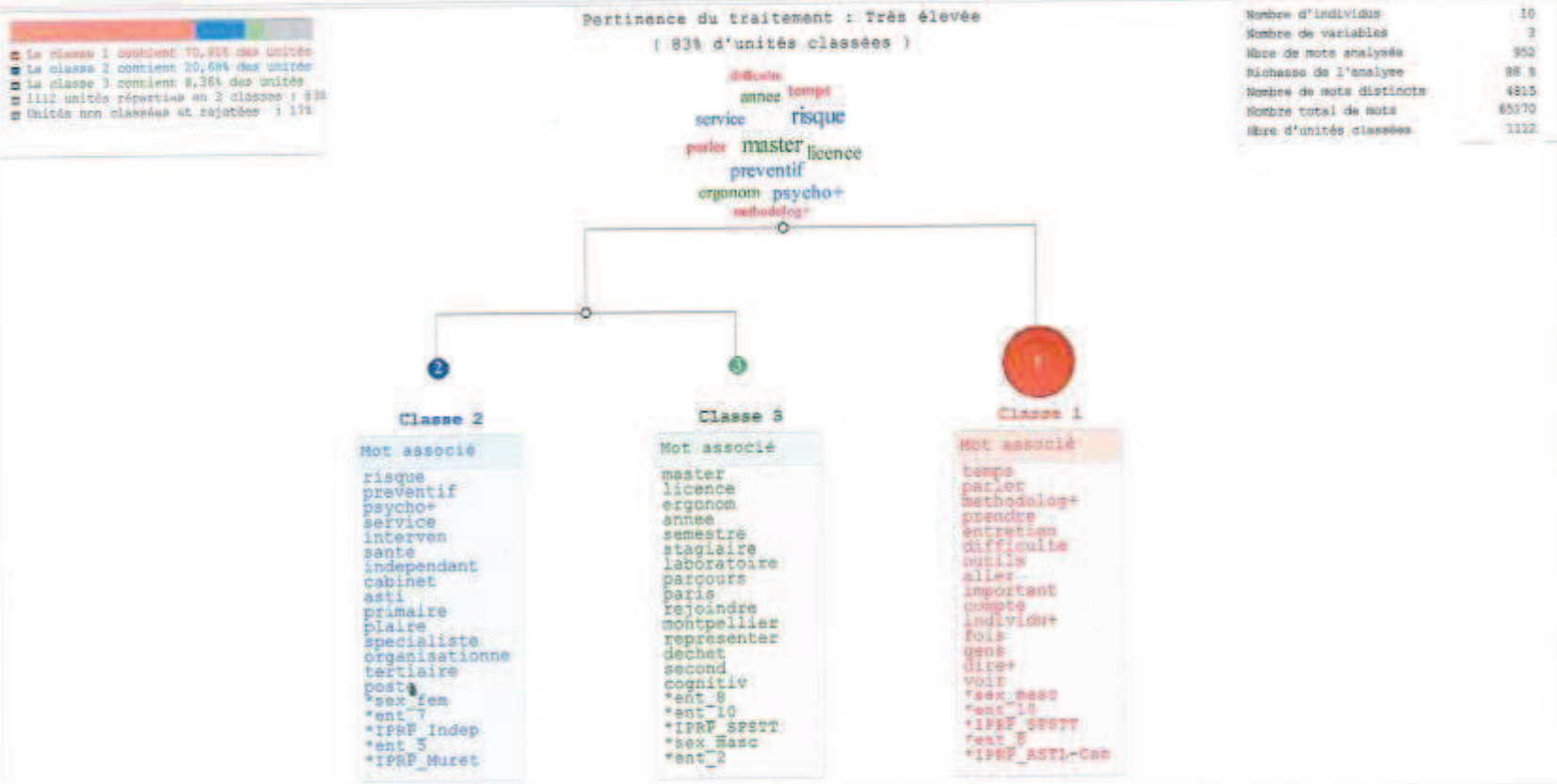


Rapport de synthèse

Mercredi 13 Décembre 2017 à 18 h 22

Texte analysé : CSF (345 Ko)

Le corpus CSF a été analysé à l'aide de la méthodologie Aloeste. Comme indiqué ci-dessous, 83% des unités textuelles du corpus ont été classées (niveau de pertinence), et 17% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 3 groupes que nous appelons *classes d'énoncés significatifs* ou tout simplement *classes*. Chaque classe est numérotée et colorée suivant l'ordre d'apparition dans la classification. Nous observons que la **Classe 1** est la plus spécifique, c'est la première à s'être détachée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 70,95% des unités textuelles classées et se caractérise par des mots tels que *temps*, *parler*, *methodolog+*, *prendre*, *entretien*, *difficulte*. Ensuite se détache la **Classe 2**, qui représente 20,68% des unités textuelles classées ; ses mots significatifs sont *risque*, *preventif*, *psycho+*, *service*, *interven*, *sante*. Elle est suivie de la **Classe 3** qui représente 8,36% des unités textuelles classées ; ses mots significatifs sont *master*, *licence*, *ergonom*, *annee*, *semestre*, *stagiaire*. La lecture détaillée de ce rapport met en évidence les lignes directrices du corpus analysé.



Classe n°1

Cette classe est formée de 789 unités, soit 70,95% des unités classées. Les mots significatifs de cette classe sont des termes tels que temps, parler, methodologie, prendre, entretien, difficulté.

Mots significatifs

Mots présents	RNA2	Effectif
temps	14	83
parler	14	67
methodologie	14	49
prendre	12	87
entretien	12	74
difficulté	12	39
outil	11	13
aller	10	278
important	10	36
compte	8	49
individus	8	32
fois	8	78
gens	8	36
dire+	8	94
voir	7	112
être	7	33
donner	7	34
penser	7	33
propre	7	19
ceci	7	21
élément	7	29
exister	7	24
discours	7	16
utilisés	7	40
différent	7	49
stratégie	7	17
observation	7	19
lui	6	48
agir	6	15
cote	6	27
façon	6	19
mener	6	15
*sex_masc	29	985
*ent_10	14	246
*IPKF_SPTT	14	246
*ent_8	6	113
*IPKF_ADYL-Cahor	4	218
*ent_4	3	67
*IPKF_spt18	3	67
*ent_1	0	17
Mots absents	RNA2	Effectif
risque	-206	43
psyche	-174	58
preventif	-153	24
service	-72	30
mettre	-96	9
sante	-63	15
*ent_7	-28	35
*sex_fem	-29	104
*IPKF_Indep	-29	35

Extrait des unités en fonction des mots significatifs

* on accede pas au meme discours derriere c est a dire que je prend le cas par/ exemple du comptable un metier que j ai questionne assez longtemps je me rends/compte si on sait pas ce-que c est qu un metier de comptable c est difficile/

* indirecte qui etait comment on detecte les gens qui ne vont pas bien et on a/ constitue ce groupe la et d autres actions ont ete menees par-ailleurs mais ca/ montre bien le cote artisanal de l epoque qui existe un peu aujourd hui meme si/

* meme chose elle ne sert qu a transformer mais aussi c est l enjeu du metier a/ transformer les acteurs du terrain et a ce qu ils transforment eux memes dans/ le temps donc pour repondre a la question je ne me sens moins outil pour une/

* je-crois/ plus au partage de situations avec les gens, banalises sur le terrain, qu au/ fait que ce soit le sujet, le cote, l observable reste mon moyen de travail/ privilege, apres ca je ne sais pas qui en parle mais pour avoir la/ subjectivite du travail le mieux c est d y aller je-crois pas qu on soit/ beaucoup a le faire, en-meme-temps la methodologie de clôt est l analyse de/ l activite sur le terrain,

* ou vous les avez conçu, vous n avez pas utilises des-questionnaires ou des outils existants, non pas du tout, sur les questionnaires, la-dessus, je ne sais pas si-c est moi qui suis un peu borne

* c est tentant des fois quand on est dans le questionnement ca c est vrai pour les metiers ou le geste est important mm un operateur sur une chaine industrielle par-exemple ca peut-etre tentant dans ce cas la mais je le fais pas deja parce/

* justement d avoir ce premier niveau de questionnement ou voila il-y-a la mise/ en confiance etc et puis a un moment bonne on twiste sur oui mais moi dans/ l observation j ai vu ca j ai vu ca et on se rend compte que soit l operateur/

* du fait de l existence de cette subjectivite? d une part il-y-a une question de subjectivite qui est importante et d autre part vu qu on est dans une situation dynamique, c est le principe de l activite y-compris dans-la-mesure ou ces situations sont equivalentes et constantes il faut que l on adapte nos methodologies de la meme/ maniere que l individu va adapter sa conduite

* la souffrance de la meme maniere que l on va trouver de processus d alienation qui vont exister mais l alienation on va avoir des processus d emancipation qui existent dans l activite il va y avoir de processus qui ne seront pas pathogenes,

* plus difficile pour moi entre l entretien individuel et l entretien collectif/ parce qu il-y-a des avantages et des inconvenients-entre les deux je dirais que/ l avantage de l entretien individuel c est qu on peut faire du cas par cas et/

* enjeu c est plutot euhh parce-que la difficulte dans ca que je vois aussi c est/ par-rapport aux connaissances incorporees c est a dire qu il-y-a un simple/ discours mais tout ce-qui se cache derriere dont l operateur n a plus/

* font que chacun reussisse a s emanciper par son travail et a se construire, a/ partir du-moment ou il n y a pas d element pathogene en fin de boucle tout le/

Nuage et réseaux



Classe n°2

Cette classe est formée de 230 unités, soit 20,68% des unités classées. Les mots significatifs de cette classe sont des termes tels que risque, preventif, psycho+, service, interven, sante.

Mots significatifs

Extrait des unités en fonction des mots significatifs

Nuage et réseaux

Mots présents	Khi2	Effectif
risque	254	144
preventif	247	104
psycho+	162	122
service	91	70
interven	76	35
sante	73	41
independant	47	12
cabinet	40	16
asti	37	13
primaire	35	12
plaire	33	10
specialiste	26	9
organisationnel	25	9
tertiaire	23	8
poste	22	22
retour	22	10
integrer	22	12
intervenir	22	45
travail+	21	149
partie	19	27
sensib+	19	5
medecin+	18	53
ingenieur	18	8
psychologue	18	37
technique	17	16
samsi	15	5
mission	15	18
recruter	15	5
consulter	15	12
type	14	11
appui	14	6
local	14	5
*sex_fem	52	76
*ent_7	47	40
*IPRP Indep	47	40
*ent_3	15	24
*IPRP Muret	15	24
*ent_3	12	31
*IPRP S2	12	31
*ent_5	9	31
Mots absents	Khi2	Effectif
dire+	-11	10
entretien	-11	3
important	-10	0
temps	-9	6
fois	-8	6
master	-8	2
*sex_masc	-52	154
*ent_10	-49	20
*IPRP_SFSTT	-49	20

- vous etes salariée de quel service? non je ne suis pas salariée je suis consultante independante et je travaille pour deux cabinets qui ont un service de prevention des risques psychosociaux d'accord et vous n'avez pas travaille dans les services de sante au travail vous/
- de psycho dans le service? maintenant oui mais avant la fusion le projet de/ fusion a démarre en janvier et elle a ete effective en juillet dans l'ancien/ service de st gaudens on en avait pas mais il y en avait à muret mais quand/
- en-tout-cas je dirais que ca reste beaucoup diversifiée parce-que j'ai une double casquette et parce qu'on apprend de-plus-en-plus à se connaître et à connaître mes compétences donc les medecins du travail font appel à moi pour des missions/
- il fallait integrer les infirmières. L'astia a voulu monter une équipe innovante et je suis arrivée au-moment où il fallait mettre en-place des nouvelles choses intéressées par l'innovation. il fallait savoir comment integrer l'infirmière et aussi comment mieux travailler. il y avait un medecin très attaché aux risques psychosociaux.
- et quand vous faites une expérience pour un medecin faites vous des retours à l'ensemble de l'équipe? on a des réunions mensuelles sur la vie du samsi avec/ l'ensemble de l'équipe des réunions plates constituées de 4 medecins 2 IPRP 2/ infirmières trois assistantes sante au travail et une charge de planning et/
- ce pas que les risques psychosociaux me/ plaisaient parce-que je-crois que les psychos peuvent intervenir sur plusieurs/ risques en sante olivier mon collègue travaille sur le risque routier ca a/ surpris certains medecins mais ca reste des comportements humains on peut/ apporter une grille de lecture si on s'appuie sur les travaux de la psychologie/ du risque on peut développer pas mal des choses qui peuvent intéresser les/
- la these est partie, je m'intéresse à la manière dont les iprp qui viennent des horizons très différents, peuvent apprendre à faire de la prevention des risques psychosociaux en service de sante au travail, sur leur lieu du travail,
- trois ans, jusqu'à mon poste à/ montauban, à l'asti j'étais déjà chargée de mission pour la prevention de/ risques psychosociaux, par-contre à ergonomova j'en ai fait mais ce n'était pas/ ma mission principale est-ce-que je peux te demander pourquoi tu étais partie/ de l'asti?
- non globalement ca ne l'intéresse pas le détail des actions elle est plutôt axée sur la visite médicale et elle était hygiène et sécurité/ de formation? et pourtant elle est intervenante en prevention de risques de/ formation et oui et à ton avis comment tu as appris à faire de la prevention de/ risques psychosociaux?
- accompagnement avec des domaines sante formation emploi suivi dans l'emploi une approche plus globale de l'insertion et puis ma dernière expérience celle qui m'a emmené à vouloir évoluer vers la prevention des risques psychosociaux c'était/
- actuellement je travaille dans la prevention pour les crèches sur des actions



Classe n°3

Cette classe est constituée de 93 unités, soit 9,36% des unités classées. Les mots significatifs de cette classe sont des termes tels que master, licence, ergonom, année, semestre, stagiaire.

Mots significatifs

Extrait des unités en fonction des mots significatifs

Nuage et réseaux

Mots présents	Khi2	Effectif
master	309	50
licence	99	10
ergonom	89	42
année	67	18
semestre	55	5
stagiaire	44	5
laboratoire	44	5
parcours	37	5
paris	34	4
rejoindre	34	4
montpellier	34	4
représenter	34	4
dechet	33	4
second	33	3
cognitiv	33	3
france	32	8
stage	27	9
bloquer	27	4
école	26	5
dynamique	26	5
continu	25	10
these	23	5
picard	23	5
clermont	23	3
clinicien	23	5
commencer	23	8
troisieme+	23	3
specialiser	23	5
anthropolog+	23	3
deuxieme	22	4
sncf	20	6
premier	20	19
*ent_8	9	21
*ent_10	5	34
*IPRF_SPSTT	5	34
*sex_masc	3	83
*ent_2	1	11
*IPRF_SRAS	1	11
*ent_3	0	0
*ent_4	0	0
Mots absents	Khi2	Effectif
aller	-13	7
intervention	-11	2
outils	-7	0
demande	-7	2
preventif	-7	2
situation	-7	0
*ent_6	-7	4
*ent_3	-8	0
*IPRF_Muret	-8	0

• premier semestre chacun a fait son chemin ergonom chimistes etc avec des cours/ particuliers et la des cours qui suivent le schema qui est preconise par le/ syndicat d ergonomes qui represente au niveau europeen une charte avec toutes/

• bloquee fermee des greves c etait tres complique j ai du faire ma troisieme/ année de psycho en deux ans, ah oui la licence en deux ans. parce-que en fait/ j avais suivi un peu le rythme de la vie de la fac qui a fait que la premiere/ année c etait le premier semestre qui etait ouvert et le second la fac a ete/

• la je commence ma deuxieme année moi aussi mais la premiere a/ montpellier et c est quoi l anthropologie clinique cognitive? moi je travaille/ sur les dynamiques d interaction asymetriques sur donc dans la lignes un peu de/ ce qu a pu faire theureau en fait dans cette filliation la d accord donc voila/

• oui, en fait j ai commence a travailler la-dessus lors-de mon master, et j ai continue, j avais prepre un sujet de these lors-de mon master et j ai rejoins le laboratoire de-maniere un peu naturelle c etait un sujet qui m interessait

• meme a faire et vous etes combien? il-y-a mon colleque qui est ergonom qui a/ un socle hygiene et securite qui a fait le meme master que moi en formation/ continue l année d apres et je-crois qu il a une licence de bio d un passee/

• j ai fait un master d ergonomie durant le quel j ai peu traiter d ergonomie mais surtout d anthropologie et en fait j ai glisse gentiment vers ce laboratoire de-maniere un peu naturelle d accord, et vous aviez fait un stage dans le service

• notamment euhh donc j arrive avec le master d ergonomie a albi oui, master qui/ etait un ancien la reform arrivait au passage avant 2007 master qui avant/ etait un iup si je me souviens bien qui valide un niveau licence en quatre ans/

• plus technique, comment stocke les dechets, et tu es la depuis combien de temps? 7 ans en cdi et mon stage de master je l ai fait au sras, je l ai fait ici, suit en mon stage j ai ete embauche ils m ont fait une periode d essai d un moi et demie et ils m ont embauche en cdi ici, tu es bien

• C etait pour des raisons/ personnelles elle etait parisienne et son compagnon de l epoque c est quelqu un/ que je notoie quelques fois qui etait parti a paris elle l a rejoint et du coup/

• moi je suis au/ laboratoire acte clermont ferrand ma these s inscrit en anthropologie clinique/ cognitive et en ergonomie, je travall sur les gens de metier, les interactions/ entre les gens de metier au sein du service

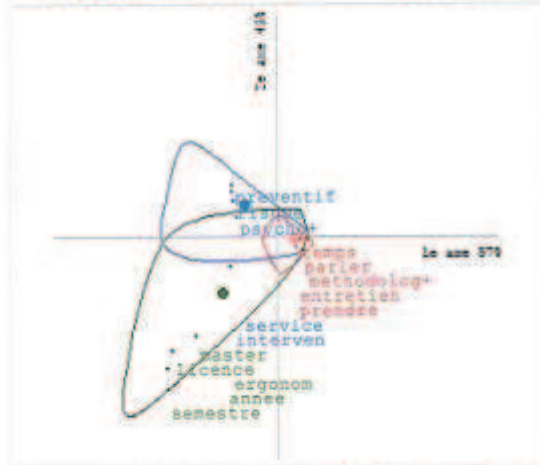
• et qui venait tout juste de se transformer en master mais avec une approche/ tres generaliste tres portee sur ce qu on appelait modeles analyses et/ protocoles quelque-chose qui melangeait des ergonomes mais aussi des chimistes/

• oui le master 1 ou 27 master 2 a l epoque c etait le dess, que tu as fait apres avoir fait quoi? je viens de la technique, j ai fait un dut genie electrique d accord et ensuite j ai fait une maitrise d automatisation j etais automaticien

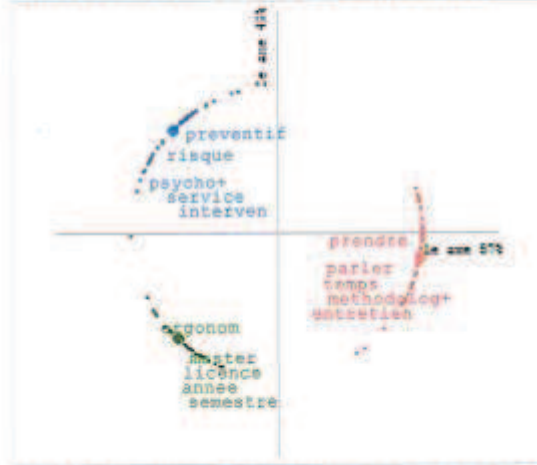
• beaucoup bloque et le second qui l etait moins donc j ai valide mes ue sur/



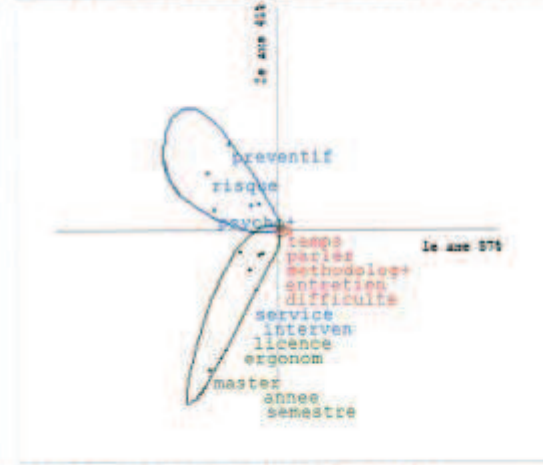
Analyse factorielle en coordonnées



Analyse factorielle en corrélations



Analyse factorielle en contributions



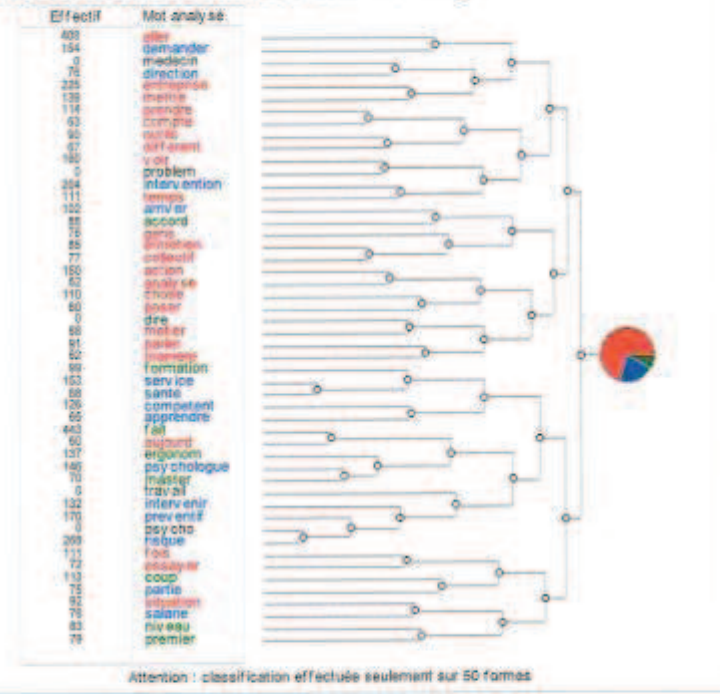
Extrait du dictionnaire du corpus trié par ordre alphabétique, avec les effectifs réels des mots dans le corpus

Mot analysé	Effectif	Mot analysé	Effectif	Mot analysé	Effectif	Mot analysé	Effectif	Mot analysé	Effectif	Mot analysé	Effectif
accompagner	51	compte	63	entreprise	225	intervenir	132	place	23	reunion	36
accord	88	connaissance	29	entretien	85	intervention	204	porte	27	risque	268
action	150	connaître	39	epoque	38	iprp	24	poser	60	rps	35
aide	28	conseil+	26	equipe	53	jour	41	positionner	25	salaria	76
aider	27	construire	29	ergo	28	lien	28	possible	25	sante	88
aimer	26	consulter	26	ergonom	137	manager	24	poste	51	savoir+	35
aller	406	continu	22	essayer	72	maniere	62	peuvoir+	39	securite	28
an	56	contrainte	29	etude	23	master	70	pratique	56	sens	35
analyse	62	cote	30	evaluation	24	medecin+	186	premier	79	sentir	38
annee	43	coup	113	exister	27	methode	37	prendre	114	service	153
appel	24	creer	30	experience	48	methodologie+	53	present	22	seul	47
appeler	31	debut	24	expliquer	31	metade	88	preventif	170	situation	92
apprendre	65	demande	154	facon	22	mettre	139	problem+	84	social	27
arriver	102	demarche	33	faire	537	mission	42	professionne	39	soffiant	32
aujourd	60	depart	36	fait	443	mm	31	projet	54	stage	24
autonom+	29	developper	29	fois	111	mois	42	proposer	43	structure	43
base	23	diagnostic	45	formation	99	moment	43	psycho+	292	sujet	36
besoin	41	different	67	forme	30	monde	29	psychologue	146	technique	32
cabinet	25	difficulte	44	gens	76	niveau	83	question	145	temps	111
cadre	42	dimension	40	gestion+	30	organisation	51	questionnait	51	terrain	46
cas	39	dire+	136	groupe	79	outils	90	questionner	23	travail+	613
changer	35	directeur	30	hai	60	parler	91	recherche	40	trouver	54
chercher	27	direction	76	humain	28	part	50	referent	27	type	22
chose	110	document	23	idee	33	partie	75	rendre	25	universit+	31
collectif	77	donner	51	important	42	passer	42	rentrer	31	utiliser	48
collegue	45	ecouter	27	individu+	36	passer	41	repondre	34	venir	57
commencer	30	element	34	interessant	57	penser	40	respons+	30	voir	160
competent	126	empecer	26	interessé	50	permettre	40	ressource	39	vrai	42
compliquer	26	ensemble	45	interne	32	personne+	44	rester	50	vraiment	33
comprendre	54	entendre	26	interven	56	petif	43	retrouver	31	vue	26

Individus les plus représentatifs par classe

Individu	Richesse	Libellé des variables signalétiques
10	73 %	ent_10 sex_masc IPRP_SSETT
7	68 %	ent_7 sex_fem IPRP_Indep
3	71 %	ent_3 sex_fem IPRP_82
5	65 %	ent_5 sex_masc IPRP_Muret
9	70 %	ent_9 sex_masc IPRP_SAMS1
2	69 %	ent_2 sex_masc IPRP_SRAS
8	68 %	ent_8 sex_masc IPRP_ASTL-Cahors

Classification ascendante sur le corpus



Attention : classification effectuée seulement sur 50 formes

Individus les plus représentatifs par classe

