



HAL
open science

Les dynamiques des interactions asymétriques dans des collectifs pluridisciplinaires en SSTI. Une approche anthropologique et ergonomique de quatre projets de conception d'actions de prévention en santé au travail

Cédric Gouvenelle

► To cite this version:

Cédric Gouvenelle. Les dynamiques des interactions asymétriques dans des collectifs pluridisciplinaires en SSTI. Une approche anthropologique et ergonomique de quatre projets de conception d'actions de prévention en santé au travail. Psychologie. Université Clermont Auvergne, 2021. Français. NNT : . tel-03219789

HAL Id: tel-03219789

<https://theses.hal.science/tel-03219789>

Submitted on 6 May 2021

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.

ÉCOLE DOCTORALE Lettres, Sciences Humaines et Sociales, ED 370

Laboratoire ACTé, EA 4281

THÈSE présentée par :

Cédric GOUVENELLE

Soutenu le : 22 janvier 2021

Pour obtenir le grade de : **Docteur**

En Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

*Les dynamiques des interactions asymétriques
dans des collectifs pluridisciplinaires en SSTI.
Une approche anthropologique et ergonomique
de quatre projets de conception d'actions de
prévention en santé au travail*

THÈSE dirigée par :

Géraldine RIX-LIÈVRE

Professeure des Universités, ACTé, Université Clermont-Auvergne

Co-dirigée par :

Fabien COUTAREL

Maitre de conférences, ACTé, Université Clermont Auvergne

RAPPORTEURES :

Flore BARCELLINI

Professeure des Universités, CRDT, CNAM

Françoise DARSES

Professeure des Universités, IRBA, Brétigny

PRESIDENT :

Yves ROUELAURE

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, IRSET, Université de Bretagne Loire, CHU d'Angers

EXAMINATEUR :

Béatrice CAHOUR

Chercheure CNRS, I3, Telecom ParisTech

MEMBRE INVITÉE :

Florence THORIN

Directrice de l'Association de Prévention et de Santé au Travail du département du Cher

Remerciements

Je souhaite remercier tout particulièrement l'ensemble des salariés de l'APST18 pour leur accueil et le travail réalisé ensemble depuis toutes ses années. Sans cet accueil et cette bienveillance, sans cette confiance qui a permis de pouvoir construire les matériaux nécessaires à l'analyse, ce travail n'aurait pas été réalisable. Je remercie tout particulièrement Julie Vonarx pour son aide, sa bienveillance, son soutien et ses encouragements, Marie Murcia pour ses conseils et sa pertinence scientifique, Flora Maudhuy pour son soutien, son intérêt et pour la co-écriture de communications de congrès, ainsi qu'Alison Cassar.

Je remercie Benoit Grison. Sans ses conseils, son orientation initiale, cette thèse n'aurait pas vu le jour.

Je souhaite également remercier ceux qui m'ont permis de réaliser ces travaux. En premier lieu, celle sans qui le projet de thèse CIFRE n'aurait pas vu le jour, Florence Thorin, directrice du SSTI. Cette thèse a été coconstruite dès le premier jour avec elle et elle n'a cessé d'en être une actrice intéressée et engagée, porteuse d'idées et de controverses et au final de projets innovants. Merci également à Béatrice Billard qui a favorisé des conditions idéales de réalisation de ces travaux.

Je remercie les membres de mon jury et de mon comité de suivi d'avoir accepté de consacrer du temps à mes travaux

Je remercie Fabien Coutarel pour la pertinence de ses retours et qui a toujours su m'éclairer dans mon travail de thèse comme d'un point de vue professionnel grâce à sa connaissance aiguisée du métier.

Je remercie tout particulièrement Géraldine Rix-Lièvre pour avoir accepté de diriger cette thèse et d'y avoir consacré autant d'énergie, de confiance et de temps. J'ai aimé l'exigence qu'elle demandait et qu'elle se demandait en retour à elle-même.

Je la remercie également en tant que directrice du laboratoire ACTé, ainsi que Marie-Christine Toczek, pour l'expérience riche d'enseignements de représentant des doctorants.

Je tiens à remercier Simon Boyer pour son accueil à l'UFR STAPS, pour ses conseils, sa gentillesse et son amitié. Je suis reconnaissant à Michel Récopé pour son attention, pour avoir transmis son expérience au moment opportun, pour avoir pris le temps...

Je remercie ma famille, mes proches, Séverine,

Je suis tout particulièrement reconnaissant à Maryline, pour m'avoir toujours soutenu, pour son aide active et pertinente, ses relectures tardives et pour m'avoir parfois supporté...

Table des matières

Introduction	13
1 De la médecine du travail à la santé au travail	17
1.1 <i>Une évolution des normes de la santé au travail qui transforme l'activité des personnes</i>	17
1.1.1 La Santé au Travail, un chantier en mutation constante	17
1.1.2 Quand la pluridisciplinarité s'impose	19
1.1.3 L'évolution des missions et des acteurs	24
1.1.3.1 Les médecins du travail.....	24
1.1.3.2 Les infirmier(e)s diplômées d'Etat en santé travail (IDEST)	28
1.1.3.3 Les assistant(e)s de service de santé au travail (ASST).....	29
1.1.3.3.1 L'ASST de l'équipe pluridisciplinaire	29
1.1.3.3.2 L'ASST secrétaire médicale.....	30
1.1.3.4 Les Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP).....	30
1.1.4 Une hétérogénéité des SSTI.....	32
1.1.5 Le modèle des SSTI associatifs.....	33
1.2 <i>Les SSTI à la croisée des chemins entre politique de santé publique et accompagnement de l'entreprise</i>	35
1.2.1 Les missions des services de santé au travail (SSTI).....	35
1.2.2 La gestion et l'organisation des SSTI	39
1.2.3 Les politiques régionales et nationales Santé Travail	42
1.3 <i>La demande du SSTI</i>	45
2 Les projets de conception.....	49
2.1 <i>Les caractéristiques du projet</i>	49
2.2 <i>D'une autorité hiérarchique à une autorité fonctionnelle</i>	53
2.3 <i>Les modalités organisationnelles de gestion des projets</i>	55
2.3.1 Les conséquences organisationnelles de l'introduction des projets.....	56
2.3.2 Le mode projet ou la normalisation de la spontanéité.....	57
2.4 <i>Les projets au sein du SSTI étudié</i>	59
2.5 <i>Des projets porteurs de dynamiques</i>	62
2.5.1 Les conditions nécessaires	62
2.5.2 Des projets participatifs.....	65
2.6 <i>La conduite effective des projets de conception</i>	68

2.6.1	La contextualisation	68
2.6.2	Des représentations et un environnement lié à l'activité de conception	70
2.6.3	La conduite de projet.....	71
2.6.4	Une approche de la conception en mode « Projet » qui sous-tend des modalités de participation singulières des personnes	75
2.6.5	Les modalités de participation des personnes au groupe projet.....	77
3	Activité de conception, synchronisation cognitive et opératoire, coordination	82
3.1	<i>L'activité.....</i>	82
3.2	<i>L'activité dans le groupe.....</i>	83
3.2.1	L'activité de conception	85
3.2.2	La synchronisation cognitive	86
3.2.3	La synchronisation opératoire ou coordination	90
3.3	<i>L'approche par le rôle : une dynamique de l'activité de conception</i>	92
3.3.1	Une définition du rôle	93
3.3.2	Les rôles dans le cadre des SSTI.....	96
3.3.3	Les rôles dans les projets de conception	98
3.4	<i>Différentes modalités de précision des rôles.....</i>	100
3.4.1	La caractérisation des rôles dans le champ de la conception	100
3.4.2	Une organisation des rôles au service d'un processus pluriprofessionnel de conception	104
4	Asymétrie et dynamique des asymétries : frein ou levier organisationnel ?.....	111
4.1	<i>Des asymétries situées facteur de l'évolution des modalités de coordination de l'activité.....</i>	111
4.2	<i>Des dynamiques des asymétries vectrices de transformation organisationnelle...</i>	114
4.3	<i>Des asymétries statutaires.....</i>	116
4.3.1	Une définition du statut	116
4.3.2	Les statuts des personnes dans le cadre des groupes projet de conception en SSTI	118
4.3.2.1	Les prescriptions exogènes.....	119
4.3.2.2	Les prescriptions endogènes.....	121
4.4	<i>Des asymétries structurées par les relations hiérarchiques ?</i>	128
4.5	<i>Des asymétries marquées par le statut social</i>	132
4.6	<i>Les asymétries au sein des groupes projet de conception.....</i>	135

4.7	<i>Un enchaînement de rôles porteur de dynamiques collectives ?</i>	136
4.7.1	Coordination de l'activité et dynamiques des asymétries ?	136
4.7.2	Rôles et dynamiques des asymétries	138
5	Thèse selon lesquelles les dynamiques des asymétries statutaires sont des leviers d'un fonctionnement pluridisciplinaire	141
6	Méthodologie	143
6.1	<i>La participation observante</i>	144
6.1.1	Faire sa place au sein du SSTI	144
6.1.2	La participation observante, un outil heuristique	147
6.1.2.1	Une première rencontre avec certains médecins du travail.....	151
6.1.2.2	Être à la place de ceux que j'observe habituellement, une modalité de construction des caractéristiques du traitement des matériaux	153
6.1.2.3	Des tensions propices à la compréhension des modalités de reconnaissance des asymétries	157
6.2	<i>Des investigations approfondies de certains groupes projets</i>	162
6.2.1	Le groupe 1 : Conception d'une démarche de transfert de connaissance à destination des adhérents.....	162
6.2.2	Le groupe 2 : Conception d'un processus d'intervention pluriprofessionnelle .	163
6.2.3	Le groupe 3 : Conception d'un processus de prévention et prise en charge de travailleurs possédant des caractéristiques ciblées.....	165
6.2.4	Le Groupe 4 : Conception d'une offre de service en santé travail appuyée sur des outils innovants	166
6.3	<i>Le temps des projets et le temps de la recherche</i>	167
6.3.1	Retour sur l'articulation des temporalités de la recherche	167
6.3.2	Synchroniser les différentes temporalités	169
6.4	<i>La construction des matériaux</i>	171
6.4.1	Les éléments caractéristiques de construction des matériaux	171
6.4.2	La construction de la trace	172
6.5	<i>Les modalités de traitement des matériaux</i>	175
6.5.1	Quels matériaux sont traités ?	177
6.5.2	Choisir une unité de traitement pour les retranscriptions des réunions.....	178
6.5.2.1	Les propositions comme unités de traitement	178
6.5.2.2	Le choix d'une unité de phasage	181

6.5.3	Les caractéristiques définies pour le traitement des matériaux ?	183
6.5.4	La représentation de l'activité	196
6.5.5	Introduire les préoccupations des personnes	198
6.5.5.1	La mise en place d'entretiens	198
6.5.5.2	Les valences, une définition de l'évaluation en dehors de la normativité..	201
7	Résultats	205
7.1	<i>Les actions endossées par les personnes en fonction des statuts</i>	205
7.1.1	Les actions réalisées par les personnes en fonction des statuts	207
7.1.1.1	Une vision globale des groupes	209
7.1.1.2	Groupe 1	212
7.1.1.2.1	Une manière d'incarner le statut institutionnel différente selon le statut professionnel	217
7.1.1.2.2	Une effectivité de l'asymétrie des médecins du travail peu liée à la perception des actions	219
7.1.1.2.3	Quelle évaluation de la réalisation des actions ?	223
7.1.1.3	Groupe 2	224
7.1.1.3.1	La stérilité en terme de conception de la contestation de l'asymétrie d'un autre statut	227
7.1.1.3.2	L'impact de l'organisation sur la réalisation des actions	230
7.1.1.3.3	Quelle évaluation de la réalisation finale des actions ?	233
7.1.1.4	Groupe 3	236
7.1.1.4.1	Focale sur les réunions du groupe 3	240
7.1.1.4.2	L'introduction d'un partenaire extérieur relance le travail des asymétries	245
7.1.1.4.3	Quelle évaluation de la réalisation finale des actions du groupe 3 ? ...	254
7.1.1.5	Groupe 4	255
7.1.1.5.1	Une représentativité métier et des débats préparatoires qui enrichissent les groupes projet	259
7.1.1.5.2	Quelle évaluation de la réalisation finale des actions ?	263
7.2	<i>Les rôles endossés en fonction des statuts</i>	265
7.2.1	La vision globale des groupes	265
7.2.2	Groupe 1	269
7.2.2.1	Une confirmation des asymétries posées	269

7.2.3	Groupe 2.....	273
7.2.3.1	Le rôle d'animateur, un rôle dédié au coordinateur de projet ?	276
7.2.3.2	Quand personne n'assume le rôle de décideur.	277
7.2.3.3	Un fonctionnement pluriprofessionnel dans un contexte de contestation des asymétries.....	280
7.2.4	Groupe 3.....	281
7.2.4.1	Le rôle de décideur assumé par les statuts en position asymétrique favorable 285	
7.2.4.2	Les variabilités des rôles des personnes en position asymétrique défavorable 286	
7.2.5	Groupe 4.....	288
7.2.5.1	Préparer le groupe en raison de sa position de représentation des autres, un facteur de variabilité des rôles.....	293
7.3	<i>Actions et dynamiques d'action dans les projets</i>	297
7.3.1	Les dynamiques d'action émergeant des résultats	298
7.3.1.1	Des asymétries qui ouvrent des possibilités d'actions	298
7.3.1.2	Les actions des personnes en position asymétrique favorable orientent celles des autres personnes	302
7.3.1.3	Des dynamiques d'action issues des échanges sur les manières de faire... ..	306
7.3.2	Des débats et des évaluations qui ouvrent les possibilités de se projeter et de proposer.....	314
7.3.3	Des dynamiques d'action constructrices d'un processus de construction de la décision.....	320
7.3.3.1	Un processus de construction de la décision indissociable de l'élaboration du cadre participatif.....	320
7.3.3.2	Une mutation du processus de décision au fil de la construction du cadre participatif	327
7.3.4	Est-ce que les rôles créent des dynamiques d'action ?.....	329
7.3.4.1	Des dynamiques consécutives au rôle d'opératif.....	331
7.3.4.2	Des dynamiques consécutives au rôle de Décideur	333
7.3.4.3	Des dynamiques consécutives au rôle de Créatif.....	335
7.3.4.4	En conclusion	337
7.3.5	Quelles sont les dynamiques de rôle qui sont constatées ?	338

8	Discussion	341
8.1	<i>Les ressources et entraves à la controverse interprofessionnelle dans les groupes projet du SSTI</i>	341
8.1.1	Les freins aux débats interprofessionnels dans le SSTI.....	342
8.1.2	L'identification de leviers permettant un développement des débats interprofessionnels dans le SSTI.....	344
8.1.2.1	Des dynamiques des asymétries à l'origine des débats interprofessionnels	344
8.1.2.2	Des dynamiques issues de la définition du processus participatif	347
8.2	<i>Un schéma récurrent générant des solutions créatives</i>	349
8.3	<i>Des rôles marqués par les asymétries statutaires</i>	351
8.3.1	La construction des rôles par rapport aux statuts, leviers de collaboration interprofessionnelle	351
8.3.2	Des dynamiques de rôles favorisées par la prescription	354
9	Conclusion générale et perspectives de recherches.....	357
9.1	<i>La distanciation aux matériaux</i>	357
9.2	<i>L'apport d'un chercheur au sein du SSTI</i>	359
9.3	<i>Perspectives</i>	362
9.3.1	Investiguer le contenu des échanges	362
9.3.2	Ouvrir la porte de la performance	363
9.4	<i>En Conclusion</i>	364
	Tables	367
	<i>Bibliographie</i>	367
	<i>Table des illustrations</i>	383

Sigles et abréviations

ACTé : Activité, Connaissance, Transmission, éducation

APST : Association de Prévention en Santé Travail

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

AMT : Action en Milieu de Travail

ARACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail.

CIFRE : Conventions Industrielles de Formation par la Recherche

CISME : Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise

CNAM-TS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

COCT : Conseil d'orientation des conditions de travail

CROCT : Conseil Régional d'orientation des conditions de travail

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

IDEST : Infirmier diplômé d'Etat en santé/Travail

INRS : Institut national de recherche et de sécurité

IPRP : Intervenant en prévention des risques professionnels

FE : Fiche d'entreprise

PRESANSE : Prévention, santé, services, entreprises

RPS : Risques psychosociaux

SSTI : Services de santé au travail interentreprises

TMS : Troubles musculo squelettiques

VIP : Visites d'information et de prévention

Introduction

Les asymétries entre les statuts professionnels, freins ou leviers à un fonctionnement réellement pluridisciplinaire du SSTI ?

Le gouvernement, le parlement, les partenaires sociaux et les professionnels ont engagé depuis plusieurs années des négociations portant sur les missions, le financement et les outils innovants permettant d'organiser la santé au travail. Ces négociations ont été ponctuées, depuis plus de 10 ans, par de nombreuses réformes qui ont été des facteurs d'instabilité pour les salariés des SSTI comme pour les adhérents.

Depuis l'introduction de la pluridisciplinarité, la gageure est de réinventer un modèle tant du point de vue de l'organisation que des outils. Ainsi, les Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI) les plus en pointe s'engagent dans des processus d'innovation et de conception d'outils supports de la santé au travail de demain qui s'accompagnent d'organisations du travail et d'environnements adaptés.

Face à ces défis, l'Association de Prévention en Santé Travail du Cher (APST18) a soutenu le projet d'une thèse CIFRE orientée par le sujet central d'une pluridisciplinarité encore hésitante que le SSTI cherchait à rendre réellement effective par des dynamiques de projet. L'objectif était de diagnostiquer des freins au fonctionnement pluridisciplinaire dans les équipes, malgré un engagement précoce dans cette voie. En effet, avant même le début de ce travail de thèse, l'APST18 avait commencé à impulser des projets collectifs de conception. Ces derniers avaient pour objectif la conception d'outils (Garage ou MESOCAP) ou des objectifs de transferts de connaissances dans un cadre de prévention (Branche du Nettoyage industriel, Les Drives...). Le développement de processus de conception, posés comme « participatifs » a conduit à s'interroger, notamment sur la coopération des personnes de statuts différents qui ont une activité commune au sein des équipes pluridisciplinaires. Le choix réalisé a été de chercher à comprendre quels étaient les freins et les leviers à un fonctionnement pluridisciplinaire au sein des équipes du SSTI en étudiant les groupes projet de conception. Ceux-ci regroupent en effet l'ensemble des métiers présents au sein du SSTI dans des lieux uniques d'échanges, et dans un cadre défini selon lequel il n'y a pas de hiérarchie structurelle qui s'applique. Dans la mesure où la littérature montre que des asymétries statutaires

construisent les relations professionnelles, sociales ou institutionnelles, nous chercherons à comprendre si celles-ci sont effectives dans les groupes projet de conception. En quoi ces asymétries statutaires peuvent être des freins aux échanges interprofessionnels au sein des groupes projet, comme du processus de conception ? Dans quel contexte ces asymétries statutaires sont-elles en mesure d'être à l'origine de dynamiques propres à développer l'activité du groupe et le fonctionnement pluridisciplinaire ? Ceci permet d'envisager, à partir des freins et des leviers identifiés, des possibilités de caractérisation de pistes d'action propres à développer un fonctionnement qui puisse être pluridisciplinaire.

La première partie du travail de recherche est consacrée à l'évolution de la médecine du travail vers une notion moderne de santé au travail. Elle permet d'initier une réflexion sur les problématiques de pluridisciplinarité dont le concept se construit avec l'évolution de la discipline. Il s'agit d'un chapitre qui permet de s'ancrer dans un contexte autant social que normatif d'un secteur en pleine mutation depuis des décennies.

L'objectif est d'inscrire la demande et le travail dans les enjeux propres à un secteur. Il s'agit également de resituer certains événements dans une histoire propre à la branche professionnelle, parfois à certains métiers qui n'ont pas tous vécus les événements de manière identique. En outre, ce chapitre expose les prescriptions qui régissent les statuts professionnels, leurs tâches, leurs missions et les moyens existants afin de les réaliser, dans un contexte marqué par des asymétries entre les statuts professionnels. Ce cadre permet de situer la demande initiale du SSTI à l'origine de la thèse CIFRE ainsi que la reformulation de cette demande.

Le second chapitre porte sur les projets de conception. Il a pour objectif de caractériser en quoi ces projets de conception transforment les modalités d'organisation du travail. La revue de littérature permet de saisir de quelle manière est abordée cette question dans différentes disciplines allant des sciences de gestion à la psychologie sociale ou à l'ergonomie cognitive. Le chapitre permet de définir la notion de « projet de conception » et d'y attacher des caractéristiques prescrites, organisationnelles, de fonctionnement. Il s'agit également de montrer les conditions favorables soulignées par la littérature dans lesquelles des projets de conceptions peuvent être porteurs de dynamiques.

La troisième partie précise l'inscription du travail dans une approche centrée sur l'activité et convoque les travaux qui dans cette approche se sont intéressés à l'analyse de

l'activité au sein de groupes. Ils l'ont fait d'une part relativement aux tâches et aux missions des personnes et d'autre part au contexte de conception. Ces travaux permettent notamment de proposer une caractérisation des activités en fonction de leur nature et permet de distinguer les rôles occupés par différents participants à des projets de conception. Ces rôles sont construits par les personnes par une suite d'actions dont la nature est caractérisée. Afin d'élargir notre questionnement d'un point de vue conceptuel, un état de l'art est réalisé sur la question centrale dans nos travaux de la notion de rôle, qui permet de faire émerger des régularités dans l'activité des personnes. De la même façon que pour l'activité, celle-ci se décline du général vers les SSTI, les projets de conception, la caractérisation des rôles et enfin les actions.

Dans une quatrième partie, nous nous appuyons sur la littérature afin de montrer les caractéristiques des asymétries relatives aux statuts professionnels, sociaux ou institutionnels présentes, et en particulier dans les SIST. Il s'agit de regarder si elles sont plus spécifiques dans les SSTI en raison des métiers en présence en quoi elles peuvent être différentes au sein des groupes projet de conception et comment elles s'articulent avec la construction des rôles. Nous questionnerons la littérature du champ scientifique dans l'objectif de montrer en quoi les asymétries et leurs dynamiques participent des transformations du travail.

L'ensemble des chapitres précédents nous amène à formuler une thèse en partie 5.

Nous développerons ensuite, dans le chapitre 6, les méthodes qui nous ont permis de répondre à la problématique. L'objectif de ces méthodes est de documenter l'activité des différentes personnes participant au projet en renseignant au sujet des asymétries statutaires qui s'imposent lors des réunions de groupe projet, en ce qui concerne les modalités d'orientation de l'action des autres statuts professionnels et les freins et leviers issus des dynamiques des asymétries propices à développer un fonctionnement réellement pluridisciplinaire.

Cette partie autorise un questionnement du cadre ethnographique de la participation observante, de la posture et du positionnement du chercheur au regard de la littérature.

La partie méthodologique permet de montrer que nous avons fait le choix de centrer les analyses systématiques sur les réunions des groupes projets qui nous amènent à des modalités de recueil et de traitement des matériaux.

Dans chapitre 7, nous détaillons les résultats bruts concernant les différents groupes projet de conception. Nous présentons les différents matériaux relatifs aux actions réalisées dans un premier temps, puis aux rôles endossés par les personnes selon leurs statuts professionnels, en faisant émerger

- Les régularités des actions réalisées comme des rôles endossés, d'enchaînement des actions ou des rôles
- Les quantités d'actions réalisées par les personnes,
- Les quantités de rôles endossés par les personnes,
- La diversité des actions réalisées et des rôles endossés par les différents statuts professionnels (quantitatif)
- La variabilité des actions réalisées et des rôles endossés par les statuts professionnels les uns par rapport aux autres.

Il a ensuite été possible de discuter ces résultats dans la partie 8, en les confrontant à la littérature des champs scientifiques qui ont servi de référence pour construire notre problématique. Dans le cadre de cette discussion, nous avons également mis en lumière des apports du travail de thèse ainsi que ceux de la CIFRE pour le SSTI. Une partie de perspective concernant les travaux de recherche vient compléter la discussion afin de répondre à certaines limites identifiées de nos travaux.

1 De la médecine du travail à la santé au travail

1.1 Une évolution des normes de la santé au travail qui transforme l'activité des personnes

1.1.1 La Santé au Travail, un chantier en mutation constante

La médecine du travail moderne est une construction sociale. Elle se situe aujourd'hui au carrefour de différents courants scientifiques (les sciences humaines et les sciences de la nature), de différents savoirs et connaissances. Dejours (1995) souligne que l'approche de la santé au travail est une construction scientifique issue de la médecine, de l'épidémiologie, de la toxicologie, de l'ergonomie, des sciences de l'ingénieur, de la psychologie, du management, de l'organisation et de la gestion du travail, de la sociologie, de l'anthropologie. Cette médecine du travail, comme le montre Wisner (1985) ou Hodebourg (1994) dans leurs écrits est une construction autant politique et sociale que scientifique issue de la reconstruction de l'après-guerre. Ramazzini, développe au XVIIIème siècle la question de la prévention et la transformation des situations de travail, notamment par une prise en compte de très nombreuses professions (Vincent, 2012). Il participe ainsi de la création des fondements d'une transformation politique et sociale qui orienteront les façons de faire des médecins européens du XVIIIème siècle. Les hygiénistes du XIXème siècle, à l'instar de Villermé (1840) l'attaquent tant sur le plan personnel que scientifique. Il s'agit de couper toutes attaches avec des méthodes comme des concepts et d'introduire une vision plus morale et collective, attachée à défendre les principes fondant une république ancrée dans un système politique et économique reposant sur la propriété privée des moyens de production industriels, agricoles : le capitalisme.

Le rôle des organisations de travailleurs, en particulier les organisations syndicales, est important notamment après 1936 où celles-ci prennent conscience du manque de formation scientifique en leur rangs lorsqu'elles cherchent à analyser les conséquences du travail dans l'origine de certaines pathologies. C'est à la faveur de la Libération, sous l'égide d'Henri Désoille que se construit le fonctionnement moderne de la médecine du travail. Désoille est un médecin qui s'est intéressé dès les années 30 à la médecine du travail et a collaboré à l'Institut d'étude et de prévention des maladies professionnelles qui est subventionné par la CGT (Omnès, 2016). Le système mis en place est une co-construction sociale au sein de laquelle des intérêts

antagonistes ont bâti un édifice commun en comprenant les intérêts politiques et économiques qu'ils pouvaient avoir en commun. La loi¹ met en place pour les salariés de l'industrie et du commerce une visite médicale dont l'intention préventive permet au médecin de délivrer un certificat d'aptitude au poste de travail. Dans ces conditions, l'amélioration des conditions de travail n'apparaît pas comme un coût mais semble être un investissement bénéficiaire, tant pour les entreprises que pour les travailleurs (Dessors et al., 2009).

Une seule obligation légale s'impose aux employeurs : être adhérents d'un service de santé au travail ou avoir en interne les ressources² (Debuc, 2015). Face à cette unique obligation légale, il se construit une réponse adaptée en termes de services de santé au travail. Cette adaptation au contexte ou aux situations prend forme dans des structures différentes, des modalités de fonctionnement ou d'organisations singulières. Ainsi, chaque service de santé au travail a des particularités, héritées de son histoire comme de son organisation, des bassins d'emplois, des professions prédominantes. Les modalités d'organisation et de fonctionnement sont liées à l'environnement et déterminées par les individus qui composent les structures. C'est l'articulation de l'ensemble de ces facteurs : contraintes exogènes à la structure (la loi), contexte socio-économique, contraintes endogènes, telle la forme juridique de la structure, le règlement intérieur, qui déterminent les processus de fonctionnement.

Les structures actuelles ainsi que le fonctionnement du système de prévention en santé au travail ne sont pas uniquement le fruit d'une évolution continue de la médecine du travail. Debuc (2015) ou Barlet (2015) montrent que l'Histoire de cette institution n'est pas soutenue par des évolutions des pratiques professionnelles comme de l'environnement de travail mais de mutations successives, parfois inachevées. Celles-ci prennent la forme de réformes légales qui modifient les structures organisationnelles voire économiques des SSTI et impactent les statuts comme le rapport au métier. Chaque SSTI, lorsque de nouvelles réformes s'imposent, les adaptent à une organisation et à des statuts porteurs de missions différentes. Les nouvelles prescriptions augmentent alors les écarts et renforcent l'hétérogénéité préalablement existante (Rasclé et al., 2019).

¹ LOI n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail

² Code du Travail Art L4622 et suivants. Modifié par Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011

1.1.2 Quand la pluridisciplinarité s'impose

La littérature concernant les SSTI fait émerger une homogénéité des perceptions des personnes concernant différentes réformes de la santé au travail (Barlet, 2015, 2019; Caroly & Sallah, 2015; Carré, 2004; Debuc, 2015; Lecomte-Ménahès, 2017). Il apparaît notamment le fait que les personnes ressentent avoir subies ces réformes comme des injonctions provenant de l'extérieur et non issues d'un processus de co-construction.

A partir des années 1980, l'idée d'un fonctionnement fondé sur des équipes pluriprofessionnelles commence à émerger. Elle est mise en débat dans la communauté médicale et dans des SSTI. Déjà naissent des expérimentations dans plusieurs SSTI. C'est une première impulsion de transformation d'une médecine du travail centrée sur le rapport au médecin vers une approche plus globale de la santé au travail.

Cette mutation de la médecine du travail vers une santé au travail ne se limite pas simplement à une transformation « technique » des SSTI avec l'ajout de nouveaux acteurs et de nouvelles disciplines afin de réaliser les missions. L'ouverture vers une nouvelle discipline telle que l'ergonomie transforme radicalement le rapport que la médecine a construit avec le travail. C'est une rupture profondément politique car elle apporte avec les concepts de l'ergonomie, les valeurs qui ont porté l'ergonomie de langue française à sa création, et particulièrement celles de ceux qui sortent cette ergonomie du laboratoire. Comme le montre Teiger & al (2002) si Wisner et Laville sont tous deux médecins, ils ont aussi un parcours dans des organisations militantes qui oriente leurs choix, leur rapport aux travailleurs et à la construction de l'analyse de l'activité. La santé au travail n'est pas le résultat d'une analyse ou d'une évaluation d'experts, elle se propose comme une co-construction de l'ensemble des personnes engagées dans l'activité de travail, plaçant au centre le travail et les travailleurs qui le réalise. C'est cette perspective qui transforme politiquement la médecine du travail car elle intègre, au-delà du diagnostic et de la prise en compte de l'individu, une construction collective des problématiques, qu'il faut prévenir, intégrer et non plus seulement soigner en privilégiant le rapport au Milieu (Dejours, 1995). L'individu n'est plus responsable de ses maux, c'est la société. L'employeur en porte une partie en tant que prescripteur du travail et conséquemment doit s'en porter garant.

Toujours emmenée par une volonté autant sociale que politique, elle débouche sur la loi de modernisation sociale de 2002 qui inscrit la pluridisciplinarité dans les textes. L'un des textes de mise en œuvre de la loi s'intitule : « *Arrêté du 24 décembre 2003 relatif à la mise en œuvre*

de l'obligation de pluridisciplinarité dans les services de santé au travail ». La loi traduit l'obligation pour les SSTI d'embaucher des préventeurs en appui des médecins. Comme le soulignent Barlet (2015) ou Debuc (2015) cette obligation est confirmée et renforcée en acte dans la loi de 2011.

De nombreux auteurs montrent que la prescription de la pluridisciplinarité n'est pas sans poser de difficultés, qu'ils soient médecins du travail comme Carré (2004), Fernandez (2009) ou Schaller (2013), ergonomes comme Debuc (2015) ou directeur de SSTI tel Paillereau (2015). Les effets de l'injonction de la loi et de l'absence de co-construction ont créé des tensions entre les personnes en présence au sein des SSTI qui se sont trouvés face au fait accompli. Les médecins du travail ont la perception d'être dépossédés d'une partie de leur activité par les nouveaux entrants. Cela fait naître des tensions. Les ergonomes sont réservés sur la possibilité parfois de partager et de construire avec les professionnels de santé, eux-mêmes sur la réserve.

Cette absence d'interactions entre l'Etat et les acteurs de la prévention va conduire en 2002 à une incompréhension lors de la promulgation de la Loi de Modernisation Sociale qui instaure une modification de fond de la médecine du travail. Les médecins vont la percevoir comme une administration de leurs tâches par l'institution et une restriction du périmètre de légitimité du médecin du travail (Barlet, 2015; Fernandez, 2009; Poussin & Miossec, 2015).

C'est en 2003 que la pluridisciplinarité est rendue obligatoire au sein des SSTI. Un décret de juin 2003, précisé en 2004, crée le statut d'Intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) qui regroupera l'ensemble des fonctions techniques en prévention des SSTI (techniciens HSE, ergonomes, toxicologues, métrologues, etc.).

A la fin des années 1980, une directive cadre européenne³ incite les États de l'Union Européenne à mettre en place des systèmes de préventions des risques professionnels intégrant des techniciens et des scientifiques en appuis des médecins du travail afin qu'ils apportent leur expertise dans des domaines particuliers. Dix ans après les débuts de la naissance d'une ergonomie à visée « transformative », située et ayant un ancrage sur le terrain (Teiger, David, Duraffourg, Thérèse, Laville, & Thareaut, 2002; Wisner, 1985), celle-ci s'est structurée et a formé des ergonomes qui sont disponibles pour créer de nouveaux espaces collaboratifs. Le système français avait anticipé les injonctions européennes centrées exclusivement en hygiène et sécurité, notamment en commençant à mettre en œuvre des moyens en matière de formation en ergonomie. Ainsi, l'ensemble des missions si elles sont de la responsabilité du médecin du

³ Directive 89/391/EEC - OSH « Framework Directive », 12/06/1989

travail, ne sont plus nécessairement de son ressort (Barlet, 2015). Malgré des tensions qui se font sentir au moment de l'introduction par la Loi de ces IPRP, ils sont vite acceptés et intégrés dans les moyens d'action Debuc (Barlet, 2015, 2019; Debuc, 2015; Lecomte-Ménahès, 2017).

Comme l'expriment Carré (2004) et un certain nombre d'écrit de la Société de Médecine du Travail, c'est au-delà même de l'introduction de nouveaux participants au système de prévention, une véritable révolution pour les SSTI, pour l'activité et le positionnement du médecin. Ce dernier était le seul interlocuteur des entreprises et brutalement, il doit partager la parole, les interventions. Cet apprentissage du partage des connaissances, de la construction respective des champs professionnels lors des interventions, ne peut pas être issu des contraintes exogènes au travail. D'acteur central, multi compétent, le médecin doit apprendre reconnaître ses limites quant à ses compétences. Il doit faire appel à d'autres et de plus, l'organisation lui demande de gérer, de coordonner une équipe pluridisciplinaire.

Cette mutation organisationnelle se traduit par des changements statutaires car les tâches de chaque personne évoluent au fil des évolutions légales. Les médecins du travail voient leur fiche de poste s'enrichir et se transformer. Un fonctionnement managérial des équipes est introduit dans les SSTI. Une clarification des organigrammes intervient entraînant un repositionnement des différents acteurs. Ainsi, le Directeur des Ressources Humaines (DRH) reprend une position de gestion des équipes, la politique stratégique et la décision est un champ clairement attribué à la direction. Le médecin est repositionné comme un expert au même titre que les ergonomes, les psychologues, les chargés d'innovation ou de projet.

Le contexte marqué par un déficit numérique de médecins du travail en partie issue d'une dévalorisation de la spécialité de médecine du travail renforce les difficultés (Barlet, 2015, 2019; Huez, 1998; Poussin & Miossec, 2015). Les réformes n'introduisent pas en tant que tels de bouleversements des approches pré existantes en termes de santé au travail en particulier pour la prévention des risques pour les travailleurs. Par contre, elles transforment les modalités de gestion et de coordination des ressources afin de réaliser les missions confiées par l'Etat. C'est une logique qui continue à se décliner à partir de 3 approches combinatoires (Debuc, 2015):

- Médicale : qui va déterminer si l'individu peut faire face aux contraintes de l'activité (inaptitude).

- Technique : vise à protéger/isoler le travailleur du risque en utilisant des outils, des normes.
- Organisationnelle : cherche des modes opératoires afin de garantir la santé des travailleurs par l'analyse des situations de travail.

La loi⁴ demande d'assurer des missions de prévention en santé au travail ainsi que des interventions sur le terrain dans les entreprises : les Actions en Milieu de Travail (AMT). En raison de l'hétérogénéité des SSTI, si les missions fixées sont communes, les acteurs et les tâches pour y répondre pourront être différentes. Par exemple, la notion de Fiche d'entreprise (FE) fixée par la loi⁵ n'est pas caractérisée de la même manière dans tous les SSTI s'agissant de son contenu. De même, les modalités de prise en charge et de réalisation sont très variables. Elles peuvent être parfois réalisées par des assistant(e)s santé travail, ailleurs par des IDEST, les techniciens HSE, les médecins ou les ergonomes en fonction des SSTI.

Les SSTI sont de plus en plus soumis à des objectifs, des évaluations en lien avec les contraintes issues des politiques publiques, de la loi, de demandes des entreprises adhérentes comme des travailleurs ainsi que des débats intra et inter métiers qui emmènent vers des évolutions des pratiques métiers. Les évolutions légales par exemple sur la responsabilité des SSTI et sur les possibilités de contestations des employeurs comme des travailleurs ont amené les SSTI à devoir évaluer leurs pratiques, à avoir des suivis et des traçabilités, non seulement du suivi médical, mais au-delà, de l'ensemble de leurs interventions, de leurs pratiques à l'instar des procédures qualité en vigueur dans l'industrie.

Comme le montrent Sicotte *et al* (1998), les systèmes de santé au travail sont soumis à des besoins d'évaluation qui les amènent à progresser. Ils proposent des axes d'évaluations qui sont l'adaptation, la production, le développement et le maintien de la culture organisationnelle ainsi que l'atteinte des objectifs définis par exemple par les Plans Santé Travail, par le Projet de Service ou des projets transversaux interinstitutionnels tel le Maintien dans l'emploi.

Cette focalisation sur la pluridisciplinarité est la conceptualisation d'une transformation opératoire et organisationnelle des modalités de suivi de santé des travailleurs. Barlet (2015),

⁴ Code du Travail Art L4622 et suivants. Modifié par Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011.

⁵ Arrêté du 29 mai 1989 pris en application de l'art. R241-41-3 du code du travail et fixant le modèle de la Fiche d'Entreprise et d'établissement établie par le médecin du travail

comme Presanse⁶ caractérise le passage de la médecine du travail à la santé au travail par la mise en place d'une pluridisciplinarité aboutie. C'est une approche autocentrée sur le fonctionnement du SSTI. Pourtant, comme le montrent Caroly (2006) et les propositions de Lecocq, Dupuis, & Forest (2018), la loi impose au fur et à mesure une vision systémique préconisant la mise en place d'une prévention et d'un suivi médical intégrés qui puissent traiter l'ensemble des besoins des entreprises comme des travailleurs dans une logique de rentabilisation des ressources en prévention. C'est ainsi que dans la perspective de développement encore plus large d'une pluridisciplinarité volontariste, le rapport Lecocq, Dupuis, & Forest proposent la création d'une entité commune regroupant les préventeurs des CARSAT, des ARACT, des DIRECCTE et des SSTI, sous une coordination régionale, pilotée par une politique nationale. Comme le mettent en avant Lecocq, Dupuis, & Forest (2018), outre les économies pour l'Etat, ces projets auraient permis de développer une coordination réelle des acteurs de la prévention et du contrôle de la santé au travail, intégrant l'expertise et la connaissance spécifique des territoires de chacun des acteurs métier. Alors que le rapport Lecocq ne semble pas avoir eu d'incidences concrètes en termes d'organisation de la santé au travail, le Bulletin de veille documentaire des SSTI du réseau PRESANSE Centre Val de Loire⁷ écrit :

« Organisation et politique de la sécurité

Réforme de la santé au travail : les SSTI contre-attaquent - Actuel HSE

Le rapport Lecocq préconise de fondre les services de santé au travail dans des structures régionales. Les intéressés sont globalement contre. Pour se défendre, ils mettent en lumière leurs actions. Une journée portes ouvertes s'est tenue le 12 mars... »

Les sources d'inquiétudes sont multiples. Le rapport Lecocq propose de transformer structurellement les SSTI par la fusion des pôles prévention des CARSAT et ARACT et des SSTI départemental (France Santé Travail) au sein de ramifications régionales. Cette fusion modifierait le statut des directeurs de SSTI. Pour ceux-ci, c'est une forme de contrôle sur les pratiques qui s'instaurerait. D'autre part, cette proposition de réforme touche les finances des SSTI. En effet, elle propose de passer les adhérents à une cotisation directement intégrée aux prélèvements sociaux. Les SSTI ne percevraient donc plus de cotisations et dans le cadre de la fusion, l'état récupérerait les fonds de roulement que des SSTI car le statut associatif ne donne pas le droit de faire de bénéfices. Cependant, l'idée de perdre cette réserve financière crispe

⁶ <https://www.presanse-pacacorse.org/a/2/de-la-medecine-du-travail-a-la-sante-au-travail/>

⁷ Bulletin de veille documentaire APST CVL Mars 2019

beaucoup dans les SSTI car elle représente par exemple des possibilités d'investissement très important dans des solutions innovantes.

1.1.3 L'évolution des missions et des acteurs

L'évolution des services interprofessionnels de santé au travail, et d'une manière générale des structures de prévention en santé au travail est indissociablement liée à l'Histoire et à l'évolution des corrélations entre la médecine et le travail. En particulier, les rapports que vont entretenir les médecins avec l'activité de travail et la notion de prévention vont être des facteurs déterminant les modalités de normalisation de la profession.

Aujourd'hui, le fonctionnement des services de santé en équipes pluriprofessionnelles s'est le plus souvent imposé. Dans un premier temps, le fonctionnement ne paraissait pas forcément efficient. Cette « pluridisciplinarité » existe aujourd'hui dans la réalité du fonctionnement des équipes. La plupart des SSTI comptent un « Pôle Prévention » composé à minima de techniciens Hygiène Sécurité, d'assistants Santé Travail et d'ergonomes et parfois de toxicologues, de psychologues du travail, qui collaborent avec les infirmiers et les médecins. Ces derniers sont définis par la loi comme les coordinateurs de ces équipes. Les rapports des médecins du travail avec les IPRP au sein des équipes pluriprofessionnelles sont extrêmement variables en fonction de l'organisation des SSTI. Caroly (2014) dans ses travaux montre que plusieurs facteurs sont en cause. D'une part, la posture professionnelle du médecin du travail qui peut demander, par exemple, aux ergonomes des interventions strictement limitées à de la métrologie et/ou être facteur d'empêchement de construction de marge de manœuvre, quand ceux-ci pourraient enrichir la compréhension des problématiques par de l'analyse d'activité. D'autre part, la posture et certains préjugés des IPRP face aux demandes des médecins participent aussi des freins au développement d'un fonctionnement pluridisciplinaire. Les choix et la politique stratégique des directions des SSTI de favoriser des fonctionnements laissant des possibilités de création de marges de manœuvre à l'ensemble des acteurs sont déterminant pour le développement du pouvoir d'agir des différents acteurs.

1.1.3.1 Les médecins du travail

Face à cette transformation des tâches, Barlet (2015) comme Poussin & Miossec (2015) soulignent que les médecins n'ont jamais été formés au management d'équipe. D'ailleurs, certains se trouvent déjà en difficulté dans leur relation à l'assistant(e) médicale. Pour eux en

effet, le cœur du métier, demeure le médical, pas le reste. L'organisation du travail introduit dès lors une nouvelle forme de contradiction dans l'activité alors même que le métier de médecin du travail s'est déjà construit sur nombres de contradictions (Poussin & Miossec, 2015) : une formation au curatif et à la pathologie et une activité qui s'exerce au travers de la prévention et la santé ; un rapport au soin et au « care » (Gilligan, 2008; Molinier, 2006) et une activité sans patient ; l'image du médecin qui prescrit dans la société quand le médecin du travail réalise une activité sans ordonnancier. Les propositions de loi Lecocq qui devaient être votées en mars 2019 concernant la possibilité pour les médecins du travail d'inscrire des données dans le Dossier Médical Partagé des personnes renforçaient cette construction ambivalente du médecin du travail. En effet, le fait de pouvoir ajouter des informations sans pouvoir consulter l'ensemble du dossier médical des personnes positionne les médecins en marge de ce qui est constitutif du métier. Même si cette décision, dans le cadre de la visite en santé travail permet de respecter le droit des travailleurs à une libre déclaration des pathologies, elle place les médecins du travail en marge du métier comme l'explique un médecin du travail. Il indique faire des gardes à l'hôpital car ça lui permet de continuer à prescrire et d'être reconnu par la profession.

Avec la mise en place des décrets de la loi Travail, il n'y a plus de « visites médicales ». Elles sont remplacées par des « visites d'information et de prévention (VIP) »⁸ réalisées par un professionnel de santé, dans le cadre du suivi individuel des travailleurs. Le médecin du travail n'a plus la prérogative du suivi habituel des travailleurs. Les VIP sont aussi réalisées par les IDEST. Le médecin du travail n'intervient que lorsque son expertise est nécessaire, c'est-à-dire lorsqu'un avis médical est jugé indispensable, qu'une décision doit être prise ou que qu'un travailleur en fait la demande. Il s'agit principalement des visites de reprise après accident du travail ou arrêt long, des visites pour inaptitudes et des cas particuliers.

Cependant, cette loi introduit une possibilité de contestation de la décision du médecin. Outre une crainte d'être confronté au tribunal des Prud'hommes, c'est une remise en cause des normes établies. L'avis du médecin était incontestable. Même si c'est au travers de la contre-expertise d'un confrère, c'est une déstabilisation du pouvoir institutionnel du médecin, du « capital symbolique important » (Bourdieu (1994 (2014), p. 122). Dans les faits, cette situation amène les médecins du travail à s'appuyer sur les experts internes comme externes. La particularité des experts externes est leur méconnaissance des conditions de travail alors que leur avis fait foi, particulièrement lorsqu'il s'agit de médecins spécialistes. Il y a alors un

⁸ Code du Travail Art L4622-2 Modifié par Loi n° n°2015-994 du 17 août 2015 - art. 26

déplacement de la responsabilité de la décision qui n'existe pas avec les experts internes avec qui la décision est co-construite.

Dans ce contexte, la vision du travail comme la formation des jeunes internes en médecine du travail a considérablement évolué. D'une part, ceux-ci ont aujourd'hui une formation prenant en compte les problématiques du métier, dans une logique systémique, sortant du rapport au patient, à la pathologie pour intégrer la personne engagée dans une activité dans un contexte de travail, dans des interactions à autrui. Par exemple, un clivage générationnel a émergé lors du débat sur la question de l'aptitude à l'occasion des discussions préliminaires à la loi Travail de 2016. Les médecins attachés à une perception de la santé par la pathologie, percevaient cette fin de l'aptitude comme synonyme de la « la mort de la médecine du travail » quand les internes en médecine du travail et les médecins les plus jeunes étaient plutôt favorables à la suppression « *d'un avis systématique imposé au salarié* » (Baschet, 2016). Cette aptitude posait deux problèmes à ces médecins, le caractère systématique des visites et le fait que la délivrance n'implique pas nécessairement un consentement ou une adhésion du salarié significative de difficultés potentielles. De fait, cet acte contre la volonté de la personne ne permet pas la construction de la relation de confiance. Cette évolution du positionnement des médecins, du pathos à une co-construction de sa santé avec le patient participe d'une transformation des manières de faire (Ricoeur, 1996) qui s'applique aujourd'hui à la médecine du travail. Davezies appelait cette évolution de ses vœux 15 ans plus tôt (2001, p. 6) :

[La nécessité de passer] « *de la "visite" avec ce que le terme évoque d'investigation intrusive, à une "consultation", un droit pour les salariés à une consultation médicale orientée sur la relation santé-travail* ».

Le rapport à la pathologie demeure le plus fort lorsque les médecins du travail, comme les autres membres des équipes pluriprofessionnelles interviennent pour du maintien en emploi ou des inaptitudes. Cependant, c'est dans ces cas comme dans le reste, le lien santé travail qui est le fil conducteur pour l'ensemble des équipes.

La notion d'inaptitude demeure un moyen de protéger les droits sociaux des salariés, malgré ses imperfections, notamment le fait qu'elle aboutisse le plus souvent à des licenciements (Le Bianic, 2003). L'inaptitude n'est pas simplement le fait de problématiques physiques ou psychologiques mais est une « construction sociale » de la personne en interaction avec les professionnels de santé, les ergonomes, l'employeurs, parfois les SAMETH comme le

montre Lhuilier (2010) ou Omnès & Bruno (2004). Ce sont des situations où les facteurs individuels des travailleurs interagissent avec les facteurs sociaux et environnementaux de leur environnement de travail. Au sein des équipes, ce sont des interventions nécessairement pluriprofessionnelles car les champs investigués sont vastes, de l'ergonomie à la psychologie en passant par les ressources humaines. Cette pluriprofessionnalité nécessite des fonctionnements pluridisciplinaires efficaces dans des contextes où les demandeurs sont en grande difficulté.

La nouvelle génération de médecins place plus aisément le fondement du métier dans un périmètre influencé par les sciences humaines, dans une logique de prévention de la santé collective et des solutions de maintien dans l'emploi. Ainsi, comme le montre Baschet (2016), ces jeunes médecins sont formés à ne pas être omniscients, mais au contraire, à partager avec les membres des équipes pluriprofessionnelles, à comprendre et utiliser au mieux leurs compétences. Contrairement à leurs aînés, ils sont formés à la gestion de projet, à l'encadrement et à la coordination d'équipe. L'objectif est qu'ils assument et tiennent ce rôle de cadres coordinateur de l'équipe au sein du SSTI dans une logique de management de projet (Baschet, 2016).

Le rôle du médecin se transforme. La coordination de l'équipe est renforcée, la gestion de projet aussi. En contrepartie, le médecin du travail distribue des tâches aux membres de son équipe, en fonction des compétences. C'est un nouveau savoir-faire du médecin qui est mobilisé. Il doit être en mesure d'identifier et d'évaluer les compétences d'autrui pour distribuer des tâches dans l'objectif de la réalisation d'un objectif partagé. Cette transformation répond en partie à une situation que dénonçait Hodebourg (1994, p. 68):

« La médecine occidentale tend à développer une conception technique de la maladie et plus grave encore me semble-t-il, à concentrer son attention plus sur les maladies que sur les malades »

Par l'introduction des sciences humaines dans l'activité des personnes au sein des services de santé au travail couplée à la nécessité d'échanges plus réguliers, il y a la possibilité de gagner en compétences notamment en termes de prise en compte de l'autre (Dejours, 1995).

1.1.3.2 Les infirmier(e)s diplômées d'Etat en santé travail (IDEST)

Les missions des IDEST ont beaucoup évolué depuis ces dernières années et c'est un métier qui a eu des compétences reconnues par la loi et sont reconnues par un diplôme d'Etat spécifiant leur spécialité en Santé travail. Les IDEST ont une mission collective de prévention et d'aide à la construction de la santé individuelle comme collective. Cette mission prend forme par la participation aux actions de l'équipe pluridisciplinaire afin de participer à l'identification, l'évaluation et la prévention des risques pour la santé des travailleurs. Ainsi, les IDEST prennent part ou organisent :

- À des études de risques : participation à l'évaluation des risques sur les lieux de travail, rôle de veille documentaire et veille sanitaire
- À un premier niveau d'analyse des dysfonctionnements et des incidents : recueil d'informations, analyse et propositions d'action ;
- À l'analyse et l'étude des accidents de travail et des maladies professionnelles : participation aux enquêtes et analyses des groupes de prévention, élaboration de démarche de prévention.

Les IDEST cherchent en outre à développer la santé et le bien-être, d'un point de vue individuel comme collectif, dans les structures au sein desquelles elles interviennent. Pour cela, elles peuvent s'appuyer sur :

- La mission d'assistance auprès du médecin du travail dans le suivi médical, rôle éducatif et préventif, rôle curatif, participation à la réhabilitation et à la réinsertion des salariés ;
- La connaissance fine des milieux de travail : rôle d'information et de médiation, approche paramédicale des salariés et de leur vécu, écoute personnalisée ;
- Des compétences dans l'étude des postes de travail et l'adaptation de l'outil de production : en veillant à l'adéquation Homme-Femme / Santé / Travail.

Les IDEST, en tant que personnel médical ont aussi un rôle à jouer d'un point de vue santé public, en participant notamment à des actions de santé publique et aux campagnes nationales de santé publique. Elles doivent aussi être des facteurs de dynamique dans le cadre de :

- Mobilisation en cas de pandémies et/ou de plan d'urgence afin d'informer et de conseiller au sein des structures où elles interviennent. Dans ce cadre, les IDEST et/ou les SSTI peuvent participer à l'organisation de la mise en place des plans d'urgence et de l'approvisionnement de matériel.
- Prévention des conduites addictives : sensibiliser, évaluer, conseiller et proposer des actions collectives adaptées aux structures au sein desquelles les IDEST interviennent.

1.1.3.3 Les assistant(e)s de service de santé au travail (ASST)

Le métier ASST est un métier récent qui est hétérogène en fonction des SSTI. Il a été mis en place lors de la réforme la Loi et des textes réglementaires l'accompagnant en 2012⁹¹⁰. La convention collective des SSTI reconnaît plusieurs déclinaisons de ce statut d'ASST, dont notamment une fonction d'assistant(e) de l'équipe pluridisciplinaire et une fonction de secrétaire médicale¹¹.

En fonction des situations particulières aux différents SSTI, il existe des états intermédiaires qui couplent des tâches des tâches des ASST de l'équipe pluridisciplinaire et de l'ASST secrétaire médicale.

1.1.3.3.1 L'ASST de l'équipe pluridisciplinaire

L'ASST qui occupe des fonctions au sein de l'équipe pluridisciplinaire a des missions qui sont orientées par les demandes et besoins des entreprises adhérentes au SSTI. Les missions et les tâches de ces ASST sont dirigées vers la prévention des risques professionnels. Ainsi, comme le définit la convention collective dans sa fiche de poste, l'ASST :

- Etablit un 1^{er} contact avec l'entreprise.
- Traite et suit les interventions en milieu de travail, à la demande de l'équipe pluridisciplinaire.
- Identifie les risques professionnels et apporte des conseils en prévention.
- Participe à des actions collectives de prévention sur un secteur professionnel.

⁹ Code du travail, Article R4623-40

¹⁰ Circulaire DGT n°13 du 9 novembre 2012, relative "à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail"

¹¹ Accord du 20 juin 2013 relatif à la révision partielle des salaires et des classifications de la Convention collective nationale des services de santé au travail interentreprises du 20 juillet 1976

- Informe l'entreprise sur les différentes obligations en termes de santé au travail (visites médicales, document unique, démarche de prévention des risques, etc.).
- Informe sur les moyens d'aide à la prévention que peut proposer le service de santé au travail.

L'objectif de ses tâches est de construire dans une logique pluridisciplinaire, en compléments des éléments issus du suivi médical individuel, le suivi collectif des travailleurs concomitamment ou conjointement à l'action des autres membres de l'équipe pluriprofessionnelle.

1.1.3.3.2 L'ASST secrétaire médicale

C'est un(e) assistant(e) qui collabore avec les membres de l'équipe médicale, c'est-à-dire avec les médecins du travail ou les internes en médecine du travail, les collaborateurs médecins et leurs tuteurs, les IDEST. L'objet de cette collaboration est la réalisation du suivi individuel des travailleurs. Pour cela, l'ASST :

- Contacte les entreprises
- Organise les rendez-vous des salariés.
- Traite les listes nominatives de salariés.
- Assure la relation avec les adhérents et les salariés.
- Constitue, traite, suit et met à jour les dossiers médicaux et les archives.
- Réalise certains examens complémentaires à la demande du médecin du travail et/ou de l'infirmier(e).
- Saisit sur informatique des documents et des données.
- Saisit les courriers.

1.1.3.4 Les Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP)

Les IPRP sont des salariés des SSTI qui ont des compétences et des statuts variés dont l'objet de la mission est la prévention en santé au travail. Tous ont des compétences techniques, scientifiques (humaines ou de la nature). Ainsi, les IPRP sont des ergonomes, des toxicologues

industriels, des techniciens ou ingénieurs hygiène et sécurité, des ingénieurs risques, des psychologues du travail.

Leur présence est obligatoire au sein des SSTI¹², et ils participent dans un objectif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail au sein des entreprises adhérentes du SSTI. Pour cela, les IPRP, en fonction de la spécificité de leurs compétences, réalisent des missions de diagnostic, de conseil, d'accompagnement des entreprises adhérentes. Pour chaque intervention, les IPRP échangent, construisent l'intervention puis en communiquent les résultats au médecin du travail, coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire. En tant que membre de cette équipe, l'IPRP :

- Dispose du temps et des moyens nécessaires pour exercer ses missions,
- Dispose des conditions garantissant son indépendance afin de pouvoir assurer ses missions,
- Ne doit pas pouvoir être discriminé en raison de ses activités de prévention. En cas de rupture du contrat de travail, le comité interentreprises ou la commission de contrôle est consulté sur son licenciement¹³,
- Doit bénéficier de toutes les informations concernant la nature, la composition et les modalités d'emploi des produits utilisés de toutes dans les entreprises, ainsi qu'aux résultats des mesures et analyses réalisées¹⁴,
- Doit pouvoir accéder à tous les documents anonymes relatifs à la santé et la sécurité au travail rendus obligatoires par la quatrième partie du code du travail¹⁵

Dans ce cadre, les IPRP au sein des SSTI sont sous l'autorité hiérarchique du directeur et il réalise leur mission au sein d'une équipe pluridisciplinaire coordonnée par le médecin du travail. Ensemble, ils interrogent les demandes, les reformulent et construisent, avec le reste de l'équipe pluridisciplinaire, les interventions, d'un point de vue opératoire comme méthodologique. Par la suite, l'IPRP transmet les résultats de son travail au médecin du travail¹⁶ qui les communique à l'employeur¹⁷ et aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

¹² Code du travail, L.4622-8

¹³ Code du travail, art. D. 4622-31

¹⁴ Code du travail, art. R. 4623-1

¹⁵ Code du travail, art. R. 4624-5

¹⁶ Code du travail, art. R. 4623-38

¹⁷ Code du travail, art. R. 4624-8

1.1.4 Une hétérogénéité des SSTI

Le traitement des services de santé au travail dans la littérature fait apparaître une concentration des auteurs sur les structures associatives qui prennent en charge la prévention des risques et le suivi des travailleurs du secteur privé (Barlet, 2015; Gollac & Volkoff, 2006; Lecocq et al., 2018; Lecomte-Ménahès, 2014; Malébat-Mély & Froment-Védrine, 2012; Prud'Homme et al., 2014). Ce sont celles qui sont les plus visibles car elles suivent le plus de travailleurs, elles emploient le plus de personnel, en particulier dans le secteur médical. Les SSTI associatifs suivent d'autant plus de travailleurs que la pénurie médicale et les choix politiques amènent les Centres de Gestion des Collectivités Territoriales à ne plus pouvoir suivre les agents des collectivités. Ils sont alors, dans certains cas, pris en charge et suivi par les SSTI. Cette hétérogénéité des SSTI, en termes d'organisation interne, de structuration et de reconnaissances des métiers, de missions du fait des implantations et de bassins d'emploi très différents, a été soulignés puis a émergé dans les débats lors de l'atelier de l'AFISST au congrès de la SELF 2019 (Rasclé et al., 2019).

Certaines entreprises sont pourvues de services de santé internes, avec des médecins du travail, des infirmiers en santé au travail (IDEST) et des ergonomes salariés de l'entreprise¹⁸. Ce sont souvent le cas des Grandes Entreprises (GE) et d'Entreprises de Taille Intermédiaire (ETI) filiales de multinationales qui mutualisent les médecins sur plusieurs sites du groupe. Dans d'autres cas, souvent des entreprises de plus petites tailles (Petites et Moyennes Entreprises (PME)), il peut exister des services interentreprises indépendants (dit « autonomes ») partagés. Dans ce cas précis, plusieurs entreprises mutualisent des moyens afin d'être indépendantes en matière de prévention en santé au travail et mettent en place un service de santé au travail dont le périmètre est limité, mais qui peuvent créer des liens et un engagement fort pour les professionnels de santé comme pour les préventeurs (Fernandez, 2009; Huez, 1998; Wisner, 1985).

Certains services de santé au travail sont spécialisés. Ils peuvent être dédiés à un secteur donné ou une catégorie de salariés. Par exemple les services de santé du BTP réalisent exclusivement le suivi des travailleurs de la branche d'activité. De la même façon, dans le spectacle (intermittence, spectacle, mannequinat)¹⁹, des SSTI ont créé les organisations et développé les compétences spécifiques des médecins du travail, des IPRP, des IDEST et des

¹⁸ Code du travail, Article L4622-5

¹⁹ Code du travail, Article L4622-6, modifié par LOI n°2016-925 du 7 juillet 2016 - art. 43

assistant(e)s médicales. Les professionnels se sont spécialisés et ont acquis une connaissance particulière des métiers et des risques inhérents aux activités de travail (Honta et al., 2015).

Nous ne traiterons uniquement que des SSTI associatifs (Loi 1901) en charge du suivi des travailleurs du secteur privé et qui fonctionnent grâce aux cotisations des entreprises adhérentes. Cependant, même après avoir circonscrit une caractéristique plus limitée de la définition du SSTI, l'hétérogénéité des situations de ceux-ci n'en demeure pas moins importante.

Le service de santé au travail au sein duquel la recherche a lieu est un service associatif, qui prend en charge des salariés de tout type d'entreprises, y compris du BTP, du spectacle, de certaines collectivités territoriales et du secteur hospitalier dans le département et certains limitrophes.

1.1.5 Le modèle des SSTI associatifs

Les 270 Services de Santé au Travail (SSTI) sont regroupés au sein d'une branche professionnelle intitulée **Prévention, Santé, Service, Entreprise (PRESANSE)**, anciennement le Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise (CISME). L'objet est de construire des normes partagées par l'ensemble des structures sur l'identité de la Santé au Travail et des SSTI comme les modalités de réalisation des missions confiées par l'Etat, y compris d'un point de vue méthodologique (par exemple, les thésaurus normalisés). PRESANSE a également un rôle de représentation des services de santé auprès des pouvoirs publics et des acteurs institutionnels nationaux (ANACT²⁰, CNAMTS²¹, DIRECCTE²², INRS²³). Il participe à la mise en place d'études nationales en santé au travail et à la négociation collective des accords de branches en tant que représentant « employeur »²⁴. PRESANSE cherche aussi à mettre en partage et en débat les pratiques existant au sein des différents SSTI. Des journées, ateliers et un congrès sont organisés. Ils permettent aux médecins, IPRP et direction de présenter leur façon de faire, les innovations organisationnelles, méthodologiques comme en termes d'outils et de créer des débats au sein du/des métier(s) (Gouvenelle & Maudhuy, 2017).

20 Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

21 Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

22 Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

23 Institut national de recherche et de sécurité

24 <http://www.presanse.fr>

Les SSTI ont adopté des structures et des statuts différents en fonction des choix des entreprises ou de la typologie de salariés et d'entreprises qu'ils doivent accompagner, des régions ou des bassins d'emplois. Ce n'est pas simplement la taille qui différencie les différentes structures de santé au travail. Ce sont souvent des choix stratégiques. Ainsi, on constate des variations extrêmement importantes dans la répartition des ressources entre les différentes professions. Barlet (2019) cite des SSTI ayant des rapports d'un IPRP pour 14 médecins quand d'autres SSTI ont fait le choix d'une égalité des ressources médicales, infirmier(e)s, d'assistant(e)s et d'IPRP. Ainsi, certains privilégient les pôles médicaux, d'autres recherchent une stabilité IPRP/médecins, d'autres un équilibre entre tous les métiers. Dans certains cas, la compétence technique (ergonomes, toxicologues, psychologues...) a été centralisée dans une structure à part, partagée par plusieurs SSTI. Au-delà de la mutualisation, le fonctionnement se rapproche d'un point de vue organisationnel du modèle du consultanat.

1.2 Les SSTI à la croisée des chemins entre politique de santé publique et accompagnement de l'entreprise

1.2.1 Les missions des services de santé au travail (SSTI)

Les missions des SSTI, qui encadrent l'activité des différents acteurs de la prévention en santé au travail sont définies par la Loi. En particulier, les articles L 4622 et suivants du Code du Travail qui précisent, notamment en son article 2²⁵ :

« Les services 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 santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, 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 ».

Ces missions sont relativement larges puisqu'elles couvrent aussi bien le suivi des travailleurs dans leur activité professionnelle, la sensibilisation et les actions de prévention en santé au travail, certains champs de la santé publique, le conseil aux employeurs et de la veille sanitaire. Pour réaliser ces missions, une autre obligation légale s'impose aux SSTI. Les missions sont prises en charge par des équipes pluriprofessionnelles, portant la dénomination de « pluridisciplinaires » dans les textes^{26 27} (Debuc, 2015; Huez, 2003; Paillereau, 2015). Ces équipes sont coordonnées par le médecin du travail, qui garde son indépendance dans les

25 Code du Travail Art L4622-2 Modifié par Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 - art. 26

26 Code du Travail Art L4622-2 Modifié par Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 - art. 1

27 Circulaire DGT/ n°13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail

décisions médicales, sans limite ni aliénation,²⁸ et coordonne les actions en entreprise qu'il construit avec une équipe composée à minima de :

- Des médecins du travail
- Des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP)
- Des infirmiers (IDEST)

Les SSTI et les membres des équipes qui les composent disposent d'une palette de moyens établie par le législateur pour réaliser leurs missions (Barlet, 2015; Debuc, 2015). En premier lieu, il s'agit des Actions en Milieu de Travail (AMT). Ces AMT sont aussi appelées « 1/3 temps » par les médecins car c'est le temps théorique qui leur est consacrées. Celles-ci correspondent en premier lieu aux interventions en prévention des risques professionnels au sein de l'entreprise. Il s'agit tout d'abord d'une connaissance et veille des lieux et des conditions de travail en vue d'une meilleure adaptation des locaux, des postes de travail et des tâches aux besoins des salariés, mais aussi et surtout par un suivi de la santé des travailleurs (Fernandez, 2009; Paillereau, 2015; Thievenaz, 2012). Les AMT intègrent aussi l'ensemble des interventions ayant pour objet la préservation de l'état de santé des travailleurs, tant physique que mental : études et aménagements de postes, diagnostics en souffrance au travail, études épidémiologiques, analyses métrologiques, toxicologiques ou transferts de technologie. Les AMT sont essentielles car elles constituent un lien avec les entreprises et les travailleurs et elles permettent d'enrichir continuellement les données épidémiologiques existantes. Ainsi, elles permettent de programmer les plans d'interventions futurs, par l'établissement du diagnostic santé travail territorial ou de branche d'activité afin d'identifier de manière objective l'émergence de pathologies ou de risques sur un territoire ou dans une branche d'activité. C'est un lien mais aussi une obligation pour le médecin du travail et de son équipe pluridisciplinaire. Dans la mesure où il est au courant d'une situation à risque pour les travailleurs, il se doit, en vertu de sa mission d'intervenir, d'alerter et de mettre en œuvre les moyens afin de faire cesser l'exposition des personnes. La responsabilité légale du médecin du travail peut être engagée, pour mise en danger de la vie d'autrui si le médecin ne respecte pas notamment « les prescriptions légales relatives à la surveillance médicale spéciale »

Le second volet de la palette proposée par le législateur est constitué des aides et conseils aux employeurs, aux travailleurs ainsi qu'à leurs représentants respectifs. Outre des réponses à

²⁸ Code de la Santé Publique Art R. 4127-5 et R. 4127-95

des questions spécifiques des entreprises. L'objectif est de pouvoir proposer sur des sujets d'actualité (loi sur la pénibilité, loi travail, informations et orientations en période de pandémie) ou sur des sujets prégnants ou difficiles (COVID19, les RPS, les addictions, les nanoparticules), des sensibilisations ou des conférences. Il s'agit de permettre à des publics différents de pouvoir se renseigner et rencontrer des professionnels des SSTI et interagir avec des personnes ayant des expériences différentes dans des secteurs industriels différents afin de gagner en compétence. La composition pluridisciplinaire des équipes permet de proposer une palette de réponses larges, avec des focales extrêmement différentes, médicale, technique, juridique (Debuc, 2015; Fernandez, 2009; Huez, 2003; Paillereau, 2015; Seitz, 2004) à un public souvent très en attente.

Actuellement, ces actions de préventions collectives (parfois individuelles) en santé au travail touchent aussi, comme le prévoit la Loi²⁹, la désinsertion professionnelle ou le maintien dans l'emploi, ce qui élargit encore un peu le cadre d'intervention des services de santé au travail (Fernandez, 2009; Laneyrie et al., 2016; Marquié, 2009).

La troisième partie des missions assurées par les SSTI consiste à « *assurer 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* »³⁰. Il s'agira ici des « *visite d'information et de prévention* »³¹ de reprise, d'embauche, pour inaptitude ainsi que des visites périodiques (Paillereau, 2015). De plus, les salariés ou les employeurs peuvent aussi demander des visites aux médecins ou IDEST en cas de besoin. Ces actions ont une focale qui peut s'avérer plus médicale que les deux premières. S'il ne s'agit pas d'avoir une entrée exclusive par la pathologie, celle-ci s'impose régulièrement, notamment lorsqu'il s'agit de reprise ou de questions d'inaptitudes au poste de travail (Davezies, 2000; Roux, 2010; Thievenaz, 2012). Ainsi, l'appréhension et la compréhension des situations, de l'histoire et du vécu des travailleurs s'avère indispensable dans la mesure où l'ensemble des professionnels de santé au travail considère que « *les maladies de l'Homme ne sont pas seulement des limitations de son pouvoir physique, ce sont des drames de son histoire* » (Canguilhem, 1978, p. 89). Les visites sont nourries de la connaissance des entreprises acquise en AMT et par les échanges avec les équipes pluriprofessionnelles. Les médecins sont ainsi en mesure de prendre des décisions, ou de lancer

29 Code du Travail Art L4622-2 Modifié par Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 - art. 1

30 Ibid

31 Code du Travail Art. R. 4624-10. Modifié par Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, Décret no 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail

de nouvelles AMT, en collaboration avec les membres de leur équipe comme le soulignent Ghislaine et al. (2001) et Huez (2003).

L'objectif du suivi des travailleurs par « *un professionnel de santé* »³² participe aussi d'une forme de veille sanitaire. Ce dernier volet des missions dévolues aux SSTI consistent à « *participer au suivi et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire* »³³. Cette notion de veille sanitaire introduit une articulation entre des missions de santé au travail et celles de santé publique. Elle est coordonnée dans les plans régionaux et nationaux en santé travail (Paillereau, 2015). En effet, ces actions permettent de surveiller l'état de santé d'une population et ainsi de prévenir les risques de survenue d'évènements anormaux, que ce soit dans une entreprise donnée, dans un secteur d'activité comme sur un territoire.

C'est dans ce cadre que les SSTI assurent un recueil et un traitement des données quantitatives et qualitatives issues des visites avec les professionnels de santé. L'objectif est de constituer des matériaux épidémiologiques qui soient des bases de travail statistiques de connaissance des risques, de la santé des travailleurs et des difficultés sociales, économiques, de fragilités de branche ou de métier sur le territoire. Il s'agit que ces outils épidémiologiques soient au service de la politique stratégique de prévention du SSTI. Certains médecins participent à l'alimentation en données de l'Observatoire EVREST³⁴ ou à l'enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer) réalisée par la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (DARES) et par la Direction générale du travail (DGT) via l'Inspection médicale du travail (IMT). Ce sont des dispositifs de veille et de recherche en santé au travail, construit par des médecins du travail, des épidémiologistes. Ils ont vocation à assurer un suivi de la santé des travailleurs au quotidien pour EVREST, lors d'enquêtes tous les 7 ans pour SUMER. En complément de l'aspect quantitatif, EVREST intègre un versant qualitatif permettant de saisir l'évolution de la perception qu'ont les travailleurs de certains aspects des conditions de réalisation de leur activité (Leroyer, Molinié, Buisset, Archambault, & Volkoff, 2008).

Si la Loi confie les missions aux SSTI, elle pose aussi les conditions de structuration et d'organisation de ces services.

32 Code du Travail Art L4622-2 Modifié par Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 - art. 1

33 Ibid

34 Évolution et relations en santé au travail

1.2.2 La gestion et l'organisation des SSTI

Du point de vue de la forme juridique, les services interprofessionnels de santé au travail sont des associations qui sont financées par les cotisations des entreprises adhérentes³⁵. Le Code du travail³⁶ prévoit qu'elles soient administrées de manière paritaire, par un Conseil d'administration (CA). Ce conseil d'administration doit être légalement composé de représentants des employeurs, désignés par l'ensemble des entreprises adhérentes au service ainsi que de représentants des travailleurs de ces entreprises qui sont eux désignés par les 5 organisations syndicales représentatives au niveaux nationales (CGT, CFDT, CGT-FO, CFE-CGC, CFTC)³⁷.

Le président du CA est un membre élu obligatoirement parmi les représentants en activité des employeurs⁵. Il dispose d'une voix prépondérante en cas d'égalité de voix lors des différents votes du CA. Un trésorier est également élu⁵. Pour sa part, il est un représentant des organisations syndicales et n'a pas de poids particulier au niveau des votes. Le Conseil d'administration n'intervient que peu dans la gestion et l'administration direct hormis pour réguler les conflits d'intérêts. Il doit émettre un avis lorsque des conventions entre le SSTI et l'entreprise de son président doivent être passées ou si le président, le trésorier ou l'un des membres du conseil du surveillance est administrateur, gérant ou possède des intérêts dans une structures avec laquelle le service passe une convention³⁸.

Le législateur a adjoint une commission de contrôle dont la mission est expressément la « surveillance de l'organisation et de la gestion »³⁹ du service. Celle-ci est composée pour 1/3 de représentants employeurs et pour le reste des salariés. Elle élit un président qui provient des représentants des organisations syndicales. Ses champs de compétences englobent les questions de budget du service⁴⁰ (état provisionnel des recettes et des dépenses, exécution du budget), les modifications de compétences géographiques ou professionnelles du SSTI, les secteurs médicaux, les créations ou suppressions d'emplois de médecins du travail ainsi que leur recrutement en CDI, les décisions de recrutement d'IPRP.

35 <http://www.cisme.org>

36 Code du Travail Art L4622-11 Modifié par Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 - art. 3

37 Arrêté du 30 mai 2013 fixant la liste des organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel, consolidé au 28 janvier 2016

38 Code du Travail Art L4622-15 Modifié par Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 - art. 11

39 Code du Travail Art L4622-12 Modifié par Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 - art. 4

40 Code du Travail Art D4622-43

La direction des SSTI est confiée par le CA à un directeur. Celui-ci est l'interface entre les équipes chargées de réaliser les missions, le CA, les adhérents et PRESANSE. C'est un rôle politique au sens où il demande d'établir des rapports avec les adhérents, les responsables institutionnels, politiques et les représentants des salariés. Il s'agit de définir la politique stratégique du SSTI et d'atteindre les objectifs fixés. Le directeur a la responsabilité de la gestion et de l'organisation du SSTI et de la construction de la politique stratégique du SSTI. Il propose des orientations de l'activité du service et les moyens humains et matériels en adéquation au Conseil d'Administration qui les valide. Il a ensuite les moyens en termes décisionnaire de mettre en place ces orientations, notamment par le projet de service, après consultation de l'instance consultative des professionnels de prévention en santé au travail, la commission médicotéchnique (CMT) qui est composée⁴¹ :

- Du directeur
- Des médecins du travail ou, s'il y a lieu, de leurs délégués, élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit médecins
- Des IPRP ou, s'il y a lieu, de leurs délégués élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit intervenants
- Des IDEST ou, s'il y a lieu, de leurs délégués élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit infirmiers
- Des assistants de services de santé au travail ou, s'il y a lieu, de leurs délégués élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit assistants
- Des assistants Médicaux ou, s'il y a lieu, de leurs délégués élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit assistants médicaux
- Des professionnels recrutés après avis des médecins du travail ou, s'il y a lieu, de leurs délégués élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit professionnels

Depuis 2020, deux experts chargés du développement des projets ont un siège permanent (non élu) : un expert en ergonomie et un expert en toxicologie industriel.

Parmi les fonctions de la CMT, deux vont être majeurs. La première consiste à donner un avis sur la répartition des effectifs des adhérents entre les médecins, les IPRP, les IDEST. Les membres donnent un avis déterminant car il participe de l'orientation de l'organisation et

41 Code du Travail Art D4622-29

la politique en matière de prévention en santé travail du SSTI. Il oriente le type d'action de prévention, en particulier l'articulation entre le suivi individuel et les actions collectives. Ces travaux sont une base de travail des équipes pluriprofessionnelles d'où l'importance de pouvoir trouver des solutions co-construites avec l'ensemble des acteurs des équipes.

Les projets sont systématiquement présentés en CMT. Les coordinateurs projet viennent dans un premier temps présenter le cahier des charges ainsi que l'étude de faisabilité, les besoins identifiés et une projection de planification du projet et des moyens financiers, matériels et humains nécessaires. Les membres de la CMT sont amenés à débattre sur ces éléments et à les valider. Il s'agit là aussi de sujets majeurs qui déterminent l'équilibre et la dynamique du SSTI. Ces projets définissent les axes d'actions prioritaires du service dans le cadre du projet de service. Ils s'incarnent aussi bien dans des projets collectifs en prévention en santé au travail qu'en termes d'AMT.

C'est par exemple le cas dans les SSTI avec les programmes nationaux TMS Pro initiés par la CARSAT ou encore le projet « garages » co-construit avec le Conseil National des Professions de l'Automobile (CNPA) concernant la substitution des produits chimiques dangereux dans le secteur de la réparation des véhicules à moteur. D'autres projets sont impulsés par l'ANACT ou la DIRECCTE dans le secteur du Soins à domicile. L'engagement des médecins, IDEST, assistant médicaux et IPRP participe de la réussite de ces études et de la mise en place des actions sur le terrain.

Les débats inter-métier qui animent la CMT sont à l'origine des orientations qui hiérarchisent les sujets ou objets lorsque doit se faire l'articulation avec le Plan Régional Santé Travail. Seuls les sujets qui font sens pour les membres de la CMT sont alors retenus pour construire le projet de service du SSTI.

1.2.3 Les politiques régionales et nationales Santé Travail

Dans le cadre de leur contractualisation avec l'Etat, par l'intermédiaire de la DIRECCTE, les SSTI doivent mettre en place un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)⁴² qui définit les priorités et les objectifs du SSTI, en fonction du contexte, de la situation locale, économique et sociale dans laquelle il est inséré. La CMT participe à la construction du projet de service qui oriente les projets d'actions des équipes. Ce CPOM est défini avec les instances régionales, en particulier la Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). C'est aussi cette dernière qui octroie l'agrément aux SSTI pour une durée de 5 ans, après avis du médecin inspecteur régional. Cet agrément qui fixe également l'effectif maximal de travailleurs suivis par les médecins du travail.

Les autres partenaires dans le cadre du CPOM sont la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), mais aussi l'agence régionale de santé (ARS). Le législateur précise que ce CPOM défini en fonction des différentes directives régionales et nationales, reste dépendant des « *réalités locales* »⁴³ et donc des facteurs environnementaux, sociaux et économiques perçus par les acteurs engagés dans la prévention en santé au travail quotidiennement dans les SSTI.

Ce CPOM doit être revu tous les 5 ans peut être cependant modifié entre deux contractualisations. Des avenants peuvent être ajoutés à condition d'être validés par la CMT et l'ensemble des partenaires régionaux.

L'objectif du CPOM est la mise en place de priorités d'actions dans le projet de service pluriannuel⁴⁴ ainsi que de faire émerger de bonnes pratiques au sein de l'ensemble du service. Il doit avoir pour objectif d'améliorer la qualité de la prévention en santé au travail, du point de vue individuel comme collectif, concernant les risques professionnels et les conditions de travail. Ainsi, une approche collective des AMT doit être privilégiée. Le CPOM doit aussi mettre en œuvre les objectifs régionaux de santé au travail définis dans les plans régionaux de santé au travail (PRST) ou tout du moins les articuler avec des thématiques ou des préoccupations locales jugées prioritaires.

La mise en place des actions du projet de service passent par la mutualisation des

42 Code du Travail Art L4622-10 Modifié par Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 – Art.1

43 Op. Cit.

44 Code du Travail Art L4622-14 Modifié par Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011

moyens d'action entre les services interprofessionnels de santé au travail au niveau régional, mais aussi avec les ressources de la CARSAT, de l'ARACT et de la DIRECCTE. Cette mutualisation se traduit par l'existence de moyens communs mais aussi de méthodes et des actions qui autorisent la mise en place de groupes de travail régionaux ou nationaux. Ce fonctionnement permet d'observer, d'analyser et de suivre des actions concernant des problématiques professionnelles, des publics à risques ou des risques spécifiques et de décliner de manière coordonnée les AMT sur des territoires plus vastes.

La dernière partie du CPOM concerne les moyens mis en place en faveur de la lutte contre la désinsertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des travailleurs.

Dans l'ensemble des demandes formulées pour la construction du CPOM, celles-ci s'inscrivent dans une double logique : la prévention des risques concernant les travailleurs qui se décline au travers des actions en milieu de travail, collectives ou individuelles, mais aussi par un rapport à la politique de santé publique. Cette double inscription naît au sein des « Plan Santé Travail » (PST) et « Plan Régionaux Santé Travail » (PRST). Au sein des SSTI de la Région Centre Val de Loire, les CPOM ont été intégrés rapidement, notamment grâce à des partenariats privilégiés avec la DIRECCTE et la CARSAT Centre, ce qui est minoritaire en France d'après les chiffres du CISME⁴⁵ pour qui 14,8% des SSTI auraient signés un CPOM⁴⁶ et Paillereau (2016) souligne :

« Je suis d'ailleurs stupéfait que, chaque mois, on puisse encore trouver dans la presse, relayée notamment par les « alertes Google », cette information édifiante, visant à prouver l'évolution du système : un CPOM vient d'être signé entre un SSTI, une DIRECCTE et une CARSAT... Comme s'il s'agissait d'un véritable exploit ! C'est oublier que la loi date de juillet 2011, que le début de son application remonte à juillet 2012 et que nous sommes en... 2016 ! Pas vraiment de quoi pavoiser... »

La mise en place du dernier Plan Santé Travail (PST3), tel que présenté Figure 1 Les axes du PST3 / The axes of the PST3 participe de la même logique. Elle est une construction collaborative entre les SSTI, la DIRECCTE, l'ANACT et la CNAM-TS, les organisations représentatives du personnel et d'employeurs. Au plan local, le plan régional reprend les axes

⁴⁵ Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise (Cisme) est l'organisme représentatif des 240 Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI) qui œuvrent au quotidien aux côtés des TPE et PME, partout en France. Le Cisme a pour objet de faciliter la réalisation de leur mission légale : éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait du travail. En Janvier 2018, le CISME est devenu PRESANSE.

⁴⁶ CISME, Rapport Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI), Chiffres clés 2013-2014

du « Plan Santé Travail ». Celui-ci est construit à partir d'un travail collaboratif issu de l'instance paritaire, le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) et de ces déclinaison régionale : les CROCT. Ce travail collaboratif se construit autour de la DIRECCTE, de représentants des salariés et des employeurs, d'experts issus pour certains des SSTI.

Il s'agit par la suite, sur les territoires de pouvoir prioriser, à l'aune des remontés d'information, de la collecte de données d'analyser et d'évaluer ainsi les actions précédemment réalisées. Ce travail permet de décider des objectifs, comme des projets futurs. Ils articulent les politiques de santé, de prévention, les besoins des entreprises et des travailleurs et aboutissent au plan régional santé travail. Ceci implique la construction d'une collaboration

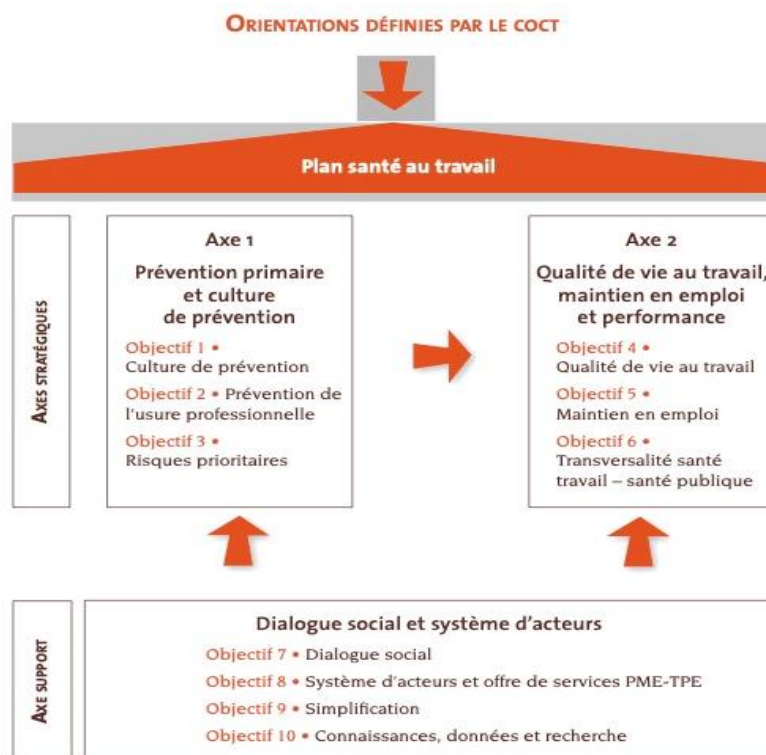


Figure 1 Les axes du PST3 / The axes of the PST3

interinstitutionnelle des équipes pluriprofessionnelles. La synthèse au COCT permet de proposer des orientations qui participent de la construction du PST.

La déclinaison des PRST permet des marges de manœuvre pour les SSTI, chacun inscrivant les actions de son projet de service dans les différents axes, tout en faisant le choix de mettre des priorités en fonction de ses propres besoins, de ses sensibilités ou de ses compétences internes. Ainsi, une vision commune de l'action à réaliser a une possibilité d'émerger lorsqu'existent notamment des relations de confiance entre les personnes.

1.3 La demande du SSTI

Lors de la création de la thèse, l'origine de la demande provient de la responsable du pôle prévention qui devient directrice-adjointe puis directrice ensuite. Cette responsable de pôle prévention assume au sein du SSTI dès le début de multiples tâches, de coordination des équipes et de l'activité du SSTI mais aussi de pilotage de projet de conception d'outil et d'organisation. Elle se positionne comme un acteur central de la structure.

Je ne rencontrerai pas la directrice du SSTI pour échanger de de la demande ni du contrat concernant la thèse. La responsable du Pôle Prévention, intégrée au processus de direction, a convaincu la direction du SSTI que la solution se trouvait dans l'investissement dans la recherche scientifique.

L'origine de la demande initiale provient du fait que la direction du SSTI a perçu que des bouleversements étaient source de tensions entre les métiers. La direction du SSTI constate que ces tensions sont des empêchements à l'efficacité du fonctionnement pluridisciplinaire des équipes pluriprofessionnelles. Il est identifié que cette situation est en partie due à l'instabilité contextuelle et aux modalités d'introduction de la pluridisciplinarité dans les SSTI. Pour la direction du SSTI, le défaut de fonctionnement pluridisciplinaire provoque plusieurs conséquences dans les processus de la structure. D'une part, il est responsable d'une mauvaise utilisation, ou d'une sous-utilisation des ressources humaines et des compétences. Ainsi, les demandes et les besoins des adhérents ne sont pas nécessairement bien analysés et les personnes qui le font n'y répondent pas nécessairement dans une logique pluridisciplinaire. Il n'y a pas de redistribution des missions en fonction des compétences. Il semble y avoir une ignorance de l'existence de certaines ressources, parfois un manque de confiance ou une méconnaissance des compétences d'autrui. D'autre part, ce défaut de fonctionnement pluridisciplinaire des équipes pluriprofessionnelles a pour conséquence de ne pas répondre au mieux aux besoins des adhérents ou des travailleurs. C'est une problématique qui met le SSTI en défaut par rapport aux 4 missions confiées par l'État comme dans sa logique client.

La demande se situe dans un contexte d'instabilité de la prescription du travail lié notamment à de nombreuses transformations introduites par la loi qui encadre le fonctionnement des SSTI. En particulier, l'introduction de la pluridisciplinarité dans les années 1990 avec l'arrivée de ressources en ergonomie et en prévention des risques dans des équipes jusque-là exclusivement médicales a bouleversé les modes de fonctionnement. Mais, dans ce

SSTI, cette introduction s'est faite de longue date et avec succès. On constate même que face aux évolutions légales, les médecins du travail et les IPRP les plus anciens réagissent de concert.

En revanche, il est remarquable que cette demande se situe également dans un contexte social tendu. Il n'y a pas ou peu de dialogue avec la direction du SSTI, mais cela fait plusieurs années que la situation est dans cette impasse d'après les témoignages des acteurs. Les personnes, quelles que soient leur métier, reprochent à la directrice son incompetence et sa légèreté à traiter certains sujets et son manque d'investissement dans le Service de Santé au Travail. Ces reproches sont en partie sociaux, liés à l'extraction ouvrière de la directrice et s'ajoutent aux préjugés de genre ce qui lui vaut un procès en incompetence pour exercer des responsabilités.

Cette situation crispe l'ensemble des salariés, y compris dans le travail. Le résultat constaté est qu'il n'y a pas ou peu d'engagement dans le travail d'un côté et pas ou peu de reconnaissance pour la majorité des salariés, hormis pour quelques-uns. Cette situation de crispation entre les salariés du SSTI et la direction se cristallise par une situation de tension. Suite à une situation de crise avec la direction, l'ensemble des représentants du personnel, cadres et non cadres, démissionnent. Au-delà des larmes et pleurs, les protagonistes, des deux côtés, sortent très marqués personnellement par cet épisode qui fige pour un temps les positions au sein du SSTI. Par la suite, il n'y aura plus durant plus de 3 ans de représentation du personnel, dont deux élections avec constat de carence. Dans ce contexte de rupture avec la direction, la responsable du Pôle Prévention prend en charge la coordination de l'activité du SSTI. Elle devient alors directrice-adjointe et prendra plus tard la responsabilité de la direction. Elle devient un élément du dialogue entre les métiers, les professionnels, appuyée par un nouveau président du conseil d'administration engagé dans la vie du SSTI.

La situation se stabilise avec le changement de direction. Il y a de nouveaux délégués du personnel. Cependant, aucun n'est représentant d'une organisation syndicale, y compris chez les médecins du travail.

La méfiance et le désengagement ne s'effacent pas d'un trait mais les actes et les réformes introduits par un comité de direction et un CA totalement renouvelé permettent de retrouver de l'engagement dans le travail, une représentativité des travailleurs. Les transformations organisationnelles issues de l'évolution du processus de conception participent de l'émergence de ces dynamiques collectives.

La transformation radicale du contexte sociale permet au SSTI d'envisager de faire prendre corps à la demande initiale. Pour la direction du SSTI, il semble que la construction de la relation de confiance avec les salariés, la reconnaissance du travail soit à l'origine d'un niveau d'engagement dans le travail suffisant pour qu'il soit transformé par un processus participatif. Avant que le travail de thèse ne débute, le SSTI avait mis en place une politique favorisant les projets collectifs de conception. Ces projets pouvaient avoir des objets différents, que ce soit la conception d'outils en santé/travail à destination des préventeurs ou des entreprises comme de groupes projet ayant pour objet de construire une publication, une sensibilisation, un objet de transfert de connaissances. Ces différents projets de conception étaient construits suivant des modalités issues de l'industrie automobile, expérience passée de la directrice du SSTI.

Pour le SSTI, il s'agit de développer cette pluridisciplinarité par les projets de conception. L'objectif affiché de cette stratégie de développement est de favoriser la conception d'objets organisationnels ou techniques afin d'améliorer la qualité du travail, le service pour les adhérents et les travailleurs. Il s'agit de développer les outils et les processus organisationnels afin d'anticiper les évolutions législatives qui sont prévisibles et d'offrir au SSTI, aux salariés de celui-ci comme aux adhérents, les conditions les meilleures pour appréhender la santé au travail de demain. Ce modèle, proposé par la direction du SSTI, cherche à sortir d'une organisation fondée sur une participation disciplinaire pour s'appuyer sur les compétences et la créativité de chaque personne en interaction avec les autres.

La présence de ces groupes et la politique du SSTI nous a conduit à nous interroger sur ce que le développement de ce cadre de conception dit « participatif » apportait en termes de coopération au sein de ces équipes pluriprofessionnelles mais aussi sur les freins en termes de pluridisciplinarité. La littérature nous montre le poids des métiers dans les SSTI et de certains d'entre eux en particulier. Il nous apparaît intéressant de regarder en quoi les statuts professionnels, sociaux ou institutionnels et les asymétries statutaires impactent le débat interprofessionnel. En effet, les modalités de participation, la nature et la vitalité du débat interprofessionnel sont des leviers pour la construction d'un fonctionnement pluridisciplinaire. Les groupes projet regroupant l'ensemble des métiers du SSTI dans un contexte d'échange encadré par des règles hiérarchiques spécifiques, les asymétries statutaires apparaissent-elles comme des facteurs de limitation du débat interprofessionnel au sein des groupes projet ou du processus de conception ?

Il s'agit également de comprendre dans quel contexte ces asymétries statutaires sont à l'origine de dynamiques propres à développer l'activité du groupe et constituent des leviers

pour un fonctionnement réellement pluridisciplinaire. A partir des freins et des leviers identifiés, il sera alors possible d'envisager de caractériser des pistes d'actions propres à développer un fonctionnement qui puisse être réellement pluridisciplinaire.

2 Les projets de conception

2.1 Les caractéristiques du projet

Le projet se définit en management et en production comme une entreprise à vocation unique, avec de forts degrés de liberté pour ces participants et dont les modalités d'organisation peuvent évoluer au fil du projet (Asquin et al., 2005; Garel, 2011). Briner & Geddes (1989) ou Desbiens (2011) identifient le projet comme caractérisé par la dynamique d'un ensemble d'actions qui ont pour objectif, grâce à la réalisation de tâches spécifiques, de parvenir à atteindre un résultat défini. Cet objectif est initialement de restreindre les délais de conception en renforçant la relation avec le demandeur afin de développer des solutions qui répondent au mieux aux besoins en particulier dans les domaines en lien avec l'ingénierie (Goussard & Tiffon, 2013; Midler, 1993a, 1994). Celui-ci est soutenu par un cahier des charges initial du demandeur à partir duquel les membres du projet ont reformulé un objet ou un problème partagé à traiter (Anzieu & Martin, 1994). Ainsi, comme le soulignent Asquin & al (2005, p. 5), le projet a comme caractéristique *« un caractère dual, à la fois défini comme une intention, l'idée de l'objet final que l'on veut créer et qui n'est pas encore terminé, mais aussi comme une réalisation en cours, le passage de l'intention à l'action, le processus méthodologique qui permet de réaliser l'intention »*.

L'hétérogénéité est constitutive des groupes projet en raison des personnes qui les composent (Briner & Geddes, 1989; Dameron, 2002). En effet, ils sont composés en fonction des besoins spécifiques définis par le cahier des charges du projet. Des métiers différents participent au processus de conception en fonction des besoins ; d'autre part, les personnes ont des expériences, des anciennetés, des parcours personnels comme professionnels qui renforcent cette hétérogénéité. Celle-ci peut encore être accrue lorsque des partenaires ou des experts extérieurs s'adjoignent à la cellule initiale du projet de conception comme c'est le cas dans les projets de conception portés par des ergonomes intervenant chez des tiers (Daniellou & Martin, 2007; Van Belleghem et al., 2008). Cette combinaison des compétences et des savoir-faire caractérise les projets par leur capacité à développer des environnements propres à accroître les possibilités d'apprentissage collectif, notamment grâce à l'enrichissement des personnes par les interactions, grâce aux débats et confrontations au sein du collectif comme à l'expérimentation et à son évaluation (Asquin et al., 2005).

La dernière particularité du projet s'inscrit dans la temporalité de celui-ci. Au contraire de l'opération définie par Garel (2011) qui a pour vocation à se maintenir dans le temps, le projet est éphémère. Il a donc des planifications déterminées dès la constitution du projet. Celles-ci peuvent se structurer étroitement avec l'objet du projet pour des questions d'articulation avec d'autres professions, ainsi que le souligne Anzieu & Martin (1994) concernant les projets de conception architecturaux.

Les projets semblent actuellement concerner l'ensemble des secteurs d'activités, que l'on parle des activités professionnelles (entreprises, associations) ou même de loisirs (clubs de sport). Cependant, comme le montre Boutinet (1990, 1998), ils sont essentiellement circonscrits à cinq grands domaines d'activités, comme l'illustre la Figure 2 qui sont :

- Les situations existentielles propices aux projet en lien avec le calendrier de la vie. En fonction des différents âges de la vie, des projets s'imposent aux personnes dans l'objectif de préparer les étapes futures. Il y a une prescription sociale à se projeter dans l'avenir pour anticiper les problématiques. Ainsi, dès le plus jeune âge, il est question de construire des projets d'orientation, avec des ressources externes (conseillers d'orientations, parents, experts de l'orientation, parfois psychologues, professionnels). Ce type de projets ponctue les différentes périodes charnières de la vie d'une personne. Par exemple, la mise en place au grand âge de projets, sous la forme de cellule de maintien en emploi, ou dans l'emploi, afin de trouver des solutions en groupant des compétences pluriprofessionnelles à l'exclusion et aux pertes de compétences des plus âgés des entreprises.
- Les activités propres à être soutenues par des projets : la formation, le soin, l'aménagement et le développement, la recherche. Ce sont des activités dont l'inscription dans une temporalité éphémère, avec des groupes pluriprofessionnels et des objectifs à réaliser qui soutiennent le projet.
- Les objets à projet sont caractéristiques des situations où ce n'est pas une réponse à un problème posé qui est l'objet de la conception d'un projet mais un objet prédéterminé par le cahier des charges. Il peut s'agir d'un projet de loi ou d'un objet technique (exemple : injecteur pour un moteur diesel marin Modèle [XXX], 200-1656kw, type injecteurs [XXX])

- Les organisations à projet : ce sont les modalités d'organisation qui, de par leur nature, induisent des dynamiques de projet. C'est le cas lorsque les organisations font référence comme dans le monde de l'éducation. Certaines organisations ont intégré dans leur ADN des principes tels que des modalités de fonctionnement expérimental ou participatives qui peuvent se trouver présentes dans le projet de service, qui doit être élaboré par l'ensemble des structures, entreprises, associations sociales ou médico-sociales afin de définir ses objectifs. Ainsi, Jaeger (2010, p. 17) écrit :

« En rendant obligatoire l'élaboration d'un projet d'établissement ou de service, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale donne une définition de ce projet assez nouvelle : dans son article 12, elle indique qu'il doit expliciter les objectifs de l'établissement ou du service, « notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement » »

Boutinet (1990, 1998) inclut en outre dans cette catégorie des organisations à projet les partis politiques qui sont autant des prescripteurs que des impulseurs de projets, dans des temporalités courtes en y adjoignant des compétences hétérogènes répondant aux besoins dans un objectif déterminé (élections par exemple).

- Les projets de société sont des projets de transformations radicaux et profonds de la société. Les actions des personnes au sein du projet sont portées par des idées. Il peut s'agir d'un projet révolutionnaire tel Emma Goldman au début du 20^{ème} siècle aux USA, contribuant à la propagation des idées anarchistes et à l'émancipation des femmes dans la société américaine comme de la philosophie, de l'art et du féminisme dans le mouvement anarchiste lui-même (Goldman, 2001). Il peut s'agir d'un projet d'autogestion (reprise d'entreprise) ou d'un projet alternatif (ZAD, résidence d'artistes).

Ce dernier point souligne une des caractéristiques des projets. Il s'agit d'une capacité à accepter les variables d'incertitude. Dans l'ensemble des projets, les aléas participent de l'aventure et il ne peut y avoir de script écrit à l'avance car en fonction des attentes et des besoins, de l'évolution du projet, les acteurs comme la formulation du problème peuvent changer et avoir un impact déterminant sur les orientations du projet.

Situations existentielles à projet (Le projet aux différents âges de la vie)	Le projet adolescent d'orientation et d'insertion : orientation scolaire, insertion professionnelle, de vie
Activités à projet	Projets : de formation, de soin d'aménagement, de développement, de recherche
Objets à projet	Projets : de loi, d'édifice, de dispositif technique
Organisations à projet	Projets : de référence (projet éducatif, thérapeutique) , expérimental et participatif (projet d'entreprise ou gestion par projet) ; projet hybride (parti politique)
Projets de société	Projets révolutionnaire, autogestionnaire, alternatif

Figure 2 Inventaire des projets rencontrés dans les situations quotidiennes- Boutinet (1990, p.120) / Inventory of projects encountered in daily situations - Boutinet (1990, p.120)

2.2 D'une autorité hiérarchique à une autorité fonctionnelle

La capacité à pouvoir mener des projets à bien ne se limite pas à compter sur une structure managériale établie en appliquant des processus qui permettent d'aboutir à la résolution du problème. Les groupes projet ont la particularité de s'extraire de l'autorité hiérarchique pour glisser vers une autorité fonctionnelle, c'est-à-dire la reconnaissance des compétences et des savoir-faire (Garel, 2011). C'est une situation de management particulière dans les groupes, notamment dans des contextes où les statuts sont très marqués. Ce sont des organisations dites « duales » en raison du partage de l'autorité hiérarchique de l'autorité fonctionnelle (Créplet, 2003).

Théoriquement, au sein des groupes projet, le pilotage du groupe n'appartient pas nécessairement à la personne qui est en situation d'asymétrie statutaire dans le fonctionnement ordinaire de l'entreprise ou de l'association. Le pilotage ne représente pas une hiérarchie en tant que telle dans le groupe projet et il est censé dépasser les connotations négatives qui sont véhiculées par la notion de hiérarchie. Cependant, comme le montrent Asquin, Garel & Picq (2007, p. 2), « *le vocabulaire même du management de projet est connoté : le dépassement de soi l'emporte sur le stress, l'animation ou le coaching remplacent l'autorité, le pilotage se substitue au contrôle. En projet, les salariés deviennent des acteurs, renvoyant ainsi chacun à l'autonomie dont il est censé disposer pour s'impliquer et faire réussir le projet* ».

La création des fonctions de chefs de projet, qui sont de fait statutairement responsables de l'aboutissement ou non d'un projet est cependant un facteur d'asymétrie réintroduit par l'organisation au sein des groupes même si dans le même temps, le concept de « concurrent engineering » favorise les apports communs de l'ensemble des membres des groupes à l'objectif partagé (Nonaka & Takeuchi, 1986). Les tâches dédiées à ce statut sont souvent peu ou mal définies car, comme le souligne Midler (1994). Le chef de projet incarne le projet, dans un rôle politique quand les autres personnes peuvent avoir des tâches plus spécifiques en fonction de leurs compétences propres.

Midler (1994) fait émerger que, malgré qu'il n'y ait pas de relation hiérarchique formalisée, la position des responsables de projet les place en position d'influencer et d'orienter les personnes au sein des groupes. Pour l'auteur, les chefs de projets distribuent le travail aux

autres personnes engagées dans le projet, « *[ils] ne font pas, ils font faire* » (1994, p. 30), en faisant confiance à l'expertise métier, c'est-à-dire, une dimension prospective construite à partir de l'expérience. Ainsi, comme le montre Nonaka & Takeuchi (1986) il existe dans le cadre des projets des modalités de contrôle afin d'éviter l'instabilité et les dérives du processus. Ces modalités de contrôle doivent s'abstenir d'apparaître comme un frein à l'autonomie et à la créativité du groupe projet. C'est pourquoi, elles s'appuient sur le management de projet et pas uniquement sur le chef de projet en insistant sur l'auto-contrôle, la bon recrutement des personnes, la mise en place d'un environnement de travail ouvert et proche du terrain, en évaluant et en récompensant les performances du groupe, en se préoccupant de la gestion, de la planification et en encourageant les expériences permettant des retours d'expérience et les transferts de connaissances (Nonaka & Takeuchi, 1986).

Cependant, ces modalités de gestion des projets nécessitent, pour que les chefs de projet comme les autres personnes engagées dans les projets aient les capacités d'actions que les organisations mettent en place les moyens structurels afin que les personnes puissent co-construire un cadre et des repères qui soient un environnement de développement de l'activité (Asquin et al., 2007; Lenfle & Midler, 2003; Nonaka & Takeuchi, 1986).

2.3 Les modalités organisationnelles de gestion des projets

Lors des projets, il apparaît que l'action collective ne suffit pas pour que le projet prenne corps. Il est nécessaire que des modalités spécifiques d'organisation s'articulent à l'action et prennent en charge la synchronisation de l'activité, qu'elle soit opératoire ou cognitive. Ainsi, cette synchronisation permet d'orienter les actions des personnes comme du collectif vers des objets partagés comme le soulignent Brechet & Desreumaux (2006, p. 4) :

« L'action collective apparaît comme le fruit de processus de rationalisation de l'action et, de ce point de vue, nous définissons le projet comme effort d'intelligibilité et de construction de l'action fondé sur l'anticipation (Bréchet et Desreumaux 2004, 2005). Ainsi, le projet, en tant qu'anticipation à caractère opératoire de type flou du futur comme le définit J.-P. Boutinet (1990), participe de la rationalisation de l'action collective, à côté d'autres processus de rationalisation supportés par des instrumentations gestionnaires. »

Au côté des modalités fondées par les transformations des organisations, il émerge des processus de rationalisation, qui participent aussi à une construction du futur par la projection de besoins comme de l'activité future par les personnes. Cette capacité de projection peut être outillée, notamment grâce à des instruments de gestion. Ceux-ci constituent des appuis ou des relais à la synchronisation opératoire (Bréchet & Desreumaux, 2006), par la formation de certains instruments statistiques. Ils dressent des tableaux complexes des situations et des contextes et sont des relais, des tuteurs de la synchronisation cognitive.

2.3.1 Les conséquences organisationnelles de l'introduction des projets

La mise en place de projet dans des organisations apporte des transformations fondamentales qui tend à faire muter les structures organisationnelles. Barcellini (2008) souligne que ce développement d'une conception fondée sur le travail collectif est le fruit de l'évolution du contexte organisationnel, en particulier par l'avènement du mode projet.

En effet, les organisations du travail portent en leur sein les modalités de structuration hiérarchique. Introduire un fonctionnement projet, c'est développer les possibilités d'interaction, de coopération et de co-construction entre les personnes dans une structure. Mintzberg (1989) souligne ainsi la décentralisation du pouvoir dans ces structures. Les logiques d'intégration des processus projet ont des conséquences sur les modalités d'organisation des entreprises qui ne peuvent pas être schizophrènes et prôner un management collaboratif et directif en même temps. Il ne peut y avoir de co-construction isolée au milieu d'un monde d'injonction, c'est une logique systémique qui doit préexister au projet comme le souligne Garel (2011, p. 80) :

« Le mode incantatoire qui se contente d'invoquer le « management de projet » ne suffit pas à gérer les organisations qui changent et qui entreprennent. C'est le travail des acteurs compétents qui font leur « boulot », et non la contrainte du seul management d'en haut (le top down) qui réalise l'activité projet (Clot, 2010) »

Cette nécessité d'adéquation entre les projet et les organisations est mis en avant par Midler & al (2006), Garel (1996, 2011) ou Asquin & al (2007). Tous pointent que l'absence de d'une structure stable du travail, notamment dans les conditions matérielles, organisationnelles, qui en fragilisant le rapport des personnes au milieu, affaiblit les modalités de coopération du groupe. Cette déficience constatée ne résulte pas de la présence d'une organisation mais dépend des modalités qui la soutienne.

Ainsi, comme le montre Créplet (2003), les organisations duales formalisent les structures organisationnelles et offrent aux personnes des conditions environnementales et matérielles de construction de l'activité et de réalisation des missions. La dualité implique une

forme d'agencement des compétences des personnes, prenant en compte l'ensemble des enjeux managériaux, de ressources humaines et les objectifs de réalisation du travail. Ainsi, ces organisations duales couplent une approche du management de la connaissance provenant des personnes engagées dans l'activité. Ce management de la connaissance s'avère être d'une part « pratique », c'est-à-dire en relation avec l'expérience des personnes et d'autre part épistémique. Il existe ainsi une formalisation du management de la connaissance issue des personnes comme productrice et comme consommatrice de savoir.

Dans ce contexte, les outils demeurent des moyens au service de la construction et du partage de la connaissance (Créplet, 2003). Ce type de management de la connaissance est particulièrement adapté aux modalités de construction des activités de conception car il induit une curiosité et un engagement des personnes au service de la mission, de la résolution du problème au profit d'une solution qui apparaisse acceptable pour tous.

Cette action nécessite un engagement personnel et collectif des personnes au sein du groupe ainsi qu'une mobilisation des connaissances, qui peuvent nécessiter des formations spécifiques. Si la formation n'est pas le but en soi du projet, elle participe de celui-ci comme de la construction de la personne. La norme construite collectivement qu'est le projet peut être à l'origine de l'émancipation des personnes car la co-construction et le débat collectif confrontant les idées et projections au cadre prescrit permet des ajustements et régulations qui transforment l'activité (Béguin & Cerf, 2004; Darses, 2016; Falzon & Teiger, 1995; Tillman, 2004)

2.3.2 Le mode projet ou la normalisation de la spontanéité

Les organisations ont eu petit à petit l'idée de créer un mode projet afin d'encadrer les projets, de domestiquer des modalités de vie organisationnelle et de spontanéité de production qui se détachent des structures habituelles (Boutinet, 1998). Ces modalités d'organisation sont les révélateurs de ce que produit le processus d'apprentissage. Il semble qu'il y ait une forme de consensus dans la littérature sur le fait que les apprentissages organisationnels soient favorisés au sein de structures où les personnes ont une capacité à construire des marges de manœuvre par rapport au centre décisionnaire et qui soient fondées sur des principes de co-construction permettant de la conception participative. Ces structures introduisent les groupes projet et développent des modalités d'organisation qui sont flexibles, ou agiles (Hedberg, 1981;

Ingham, 2015). Celles-ci sont favorisées par l'introduction de nouveaux outils de gestion qui permettent de favoriser les coopérations et les dynamiques organisationnelles (Barrand, 2009).

La souplesse reconnue initialement au projet en raison de sa capacité à apporter des réponses techniques flexibles, en adéquation avec les préoccupations des personnes est rapidement encadrée par l'organisation (Boutinet, 1998). Ainsi, les organisations, comme le montre Hedberg (1981), peuvent continuer à utiliser des systèmes de récompense/contrainte/sanction afin de développer la conception. Plusieurs raisons sont avancées. La liberté des personnes détachées des structures organisationnelles habituelles et notamment de la structure hiérarchique est source d'inquiétude. Ces modalités d'organisation sont sujettes à remettre en cause les statuts au profit d'une reconnaissance des compétences effectives éprouvées en situation.

Dans ces situations, la conduite des chefs de projet comme des dirigeants d'entreprise (ou d'unité), peut avoir un impact déterminant. Les personnes qui détiennent des positions statutaires particulières, qui sont en position d'asymétrie favorable « *peuvent influencer les processus en tirant des leçons des crises, en réorientant et en changeant leurs propres structures cognitives, en écoutant les personnes dissidentes, en exploitant les opportunités, en procédant régulièrement à l'expérimentations (Nyström et Starbuck, 1984)* » (Ingham, 2015, p. 7).

Au-delà des aspects formels, les personnes engagées dans les projets agissent. Elles ont une capacité à transformer l'activité par l'engagement dans les projets de ceux qui réalisent cette activité. Cette capacité de faire par ceux à qui ont fait faire habituellement effraie parfois. Ces craintes peuvent amener les organisations du travail à introduire un encadrement des projets. Boutinet (1998) souligne la mise en place de processus introduisant des prescriptions organisationnelles et descendantes dans un système souple et remontant.

Dans le cadre de ces processus, c'est l'organisation qui fixe le sujet et cahier des charges. La direction désigne également le chef de projet ainsi que les membres du groupe. Ce chef de projet s'acquitte d'une tâche de vigilance quant au suivi du cahier des charges, de faire des compte-rendu de l'avancée des travaux à la direction et aux partenaires internes et externes concernés et de créer les conditions optimales de réalisations du projet.

2.4 Les projets au sein du SSTI étudié

La situation présentée dans ce chapitre est un état initial de la situation étudiée lors de notre arrivée au sein du SSTI. En raison de la nature des travaux, ceux-ci ont impacté au fur et à mesure de la recherche les modalités d'organisation du SSTI. Celles-ci ont évoluées par étapes, suivant l'évolution et la maturation des travaux, interagissant avec la recherche.

Dans le cadre des groupes projet de conception, les tâches des personnes ne sont pas détaillées par métier comme dans le cadre des tâches de suivi de santé des travailleurs. Les prescriptions s'appliquent à l'ensemble des personnes engagées dans le processus de conception. Ainsi, le processus de conception s'inscrit dans une logique de conception participative (Darses & Rezeau, 2004). La direction du SSTI affiche la volonté politique de ne pas faire concevoir la solution uniquement par des experts désignés mais de chercher à intégrer l'ensemble des points de vue du SSTI. Les groupes projet ont en commun une prescription de l'organisation du SSTI qui prend la forme d'une procédure. Celle-ci porte le nom de « Gestion en mode projet » et elle est consultable par l'ensemble des salariés du service, sous intranet, dans l'arborescence présentée à la Figure 3.

Cette procédure « Gestion en Mode Projet » s'inscrit dans l'organisation des pratiques professionnelles de l'ensemble des métiers du SSTI et vise à encadrer une pratique professionnelle transversale : la conception d'objets techniques ou organisationnels visant à améliorer la réalisation des 4 missions confiées par l'État.

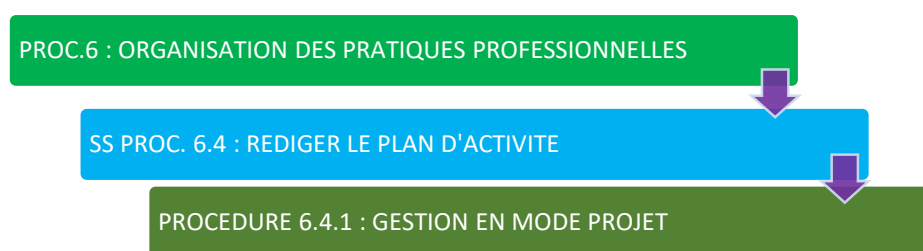


Figure 3 Arborescence procédure "Gestion en Mode Projet" / Procedure Tree
"Project Mode Management"

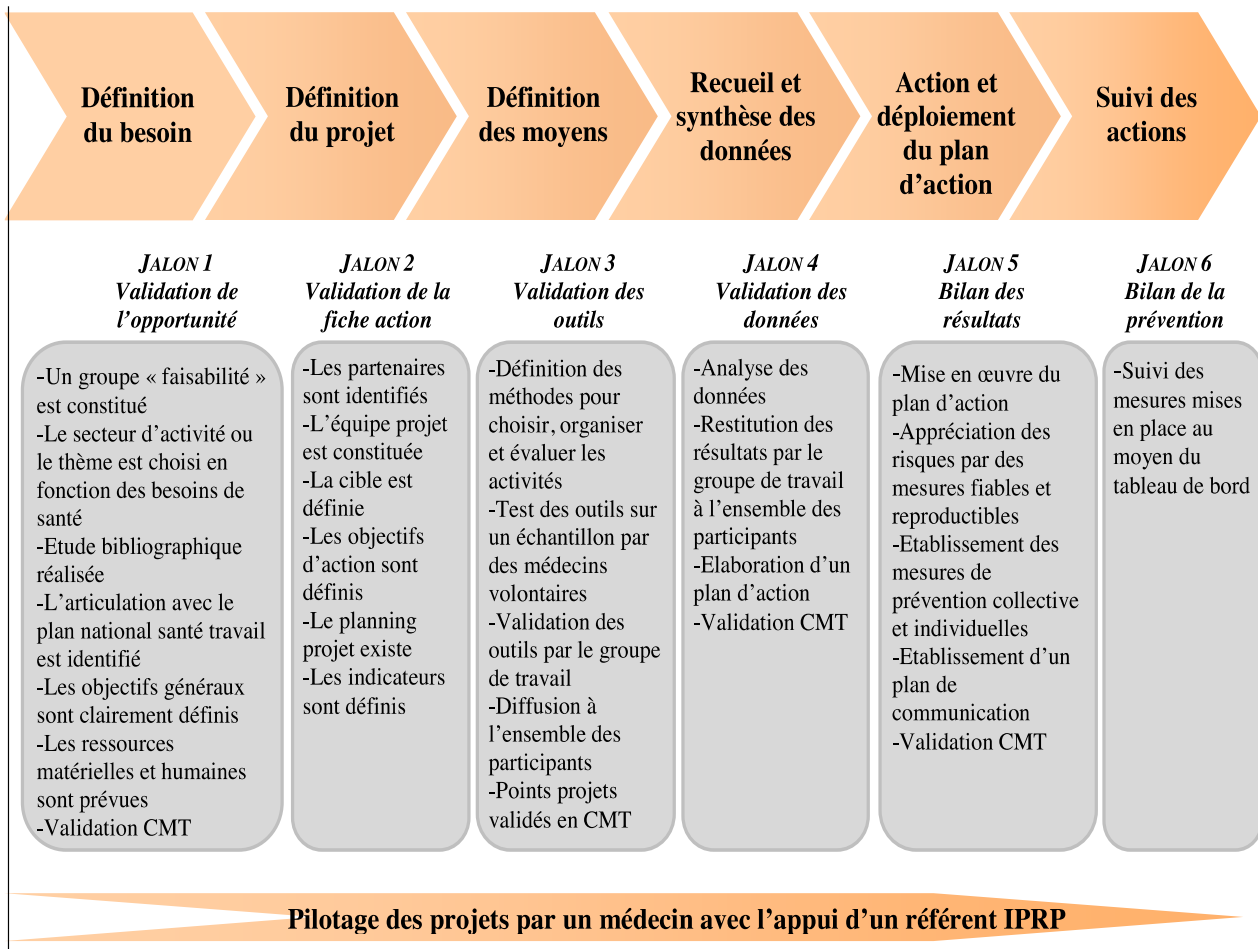


Figure 4 Schématisation des étapes de la procédure "Mode Projet"/ schematization of the steps of the "Project Mode" procedure

A cette fin, comme le montre la Figure 4 *Schématization des étapes* de la procédure "Mode Projet"/ schematization of the steps of the "Project Mode" procedure, la procédure comporte 6 « Jalons » encadrant différentes tâches que le groupe doit prendre en charge. La structure de cette procédure s'inscrit dans la logique de la présentation des process encadrant des projets pluridisciplinaires en santé/travail proposés par Ajroud-Quillet & Vallery (2013). Ces derniers montrent dans leurs travaux que les projets qu'ils ont étudiés sont structurés en « six étapes : contexte ; objectif ; identification et mobilisation des moyens ; plan opérationnel et mise en œuvre ; communication et évaluation ». Les différents composants de chaque « Jalon », qui ont pour la plupart une portée opératoire, ont pour objectif de guider ou d'orienter les personnes vers une activité de conception. La procédure ne définit de statut particulier que pour les personnes qui sont en charge de la coordination du projet. Il s'agit du médecin du travail qui coordonne les projets et qui est assisté par un IPRP. Le médecin se voit attribuer le statut institutionnel de « coordinateur de projet ». Midler, Garel & Giard (2006, p. 10)

expliquent que : « [...] Son rôle est d'animer des instances de coordination collective, la décision restant clairement de la responsabilité des hiérarchies métiers ».

Caroly (2011, p. 47) précise cette fonction du médecin du travail au sein des groupes projet :

« Le médecin n'a pas à occuper un rôle de pilote dans la conduite de projet, mais il peut apporter des éclairages aux autres acteurs selon les étapes du projet sur les liens travail-santé. Elle peut aussi leur permettre de repérer des enjeux en matière de santé au travail dans les projets d'investissements, puis de faire intervenir les bons acteurs aux bons moments »

Caroly met ainsi en évidence la tâche d'établissement et d'explication du lien santé/travail qui incombe au médecin du travail dans les groupes projet, sans qu'il ne soit nécessairement le pilote de ceux-ci. Dans ce cadre précis, il garde la coordination de l'équipe pluriprofessionnelle, ce qui lui permet de faire appel aux ressources nécessaires pour lorsqu'il a besoin de chercher à résoudre des problématiques pour lesquelles il sait n'avoir par les compétences ou le temps nécessaire.

Ainsi, s'il est effectivement positionné statutairement comme le coordinateur de l'équipe pluriprofessionnelle, il interviendrait dans un rôle d'expert et dans un rôle opératoire.

La validation est réalisée par la Commission Médico-Technique (CMT) à la fin des Jalons 1, 3 et 5 ainsi que cela est présenté à la Figure 9. A cette occasion, l'un des membres du groupe présente les travaux à la CMT. Il est le plus souvent choisi, ou désigné, par la direction du SSTI et n'est pas nécessairement le coordinateur du groupe projet. C'est un statut attribué à une personne par la direction du SSTI et qui lui donne de fait une position singulière par rapport au reste du groupe.

Cette procédure évolue tout au long du travail de recherche. Ces ergonomes ont comme cahier des charges de produire un process qui soit appropriable par tous mais qui demeure dans la même logique que le processus Mode projet initial.

2.5 Des projets porteurs de dynamiques

Un projet n'est pas nécessairement porteur de dynamiques collectives même si parfois certaines formes de littératures en management font des liens de causalité automatique entre les structures organisationnelles et les effets induits. Or, il semble qu'il n'en soit rien et qu'au-delà du type d'organisation qui est mise en place, des conditions doivent les accompagner afin de pouvoir commencer déterminer certains résultats.

2.5.1 Les conditions nécessaires

Les dynamiques des interactions, notamment lorsqu'elles ne concernent pas la transmission des connaissances et des savoirs, ne sont que peu étudiées, comme le souligne Dameron (2002).

Les travaux de Dameron (2002) mettent en évidence les dynamiques sous-jacentes aux processus des projets de conception en fonction des statuts des personnes participant aux projets. Les résultats montrent qu'il est possible que des dynamique apparaissent suite à une phase de décroissance du projet de conception. Cette dynamique correspond à ce que Midler (1993a) et Lenfle & Midler (2003) font émerger que les possibles se réduisent

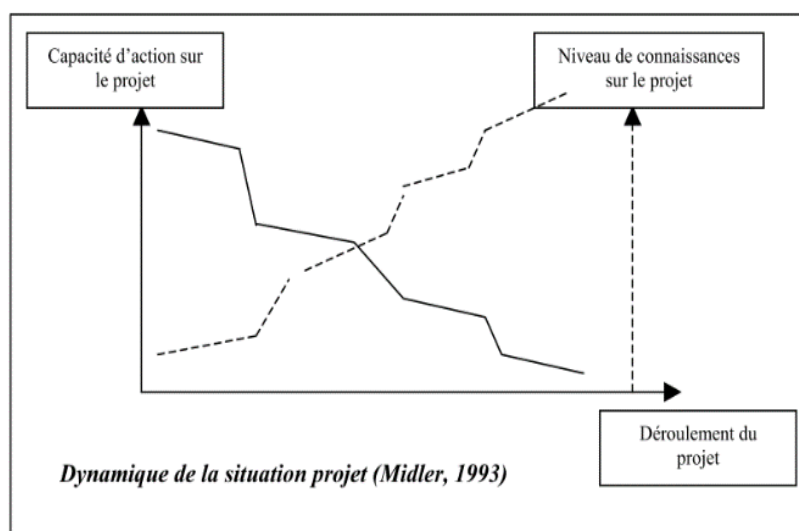


Figure 5 Dynamique de la situation Projet (Midler, 1993) /
Dynamics of the Project Situation (Midler, 1993)

continuellement au fur et à mesure de l'avancée du projet alors que le niveau de connaissances individuel et collectif accroît comme l'illustre la Figure 5. Il y a une réduction du champ des possibles conjointement à l'augmentation de la connaissance individuelle et collective qui participe de l'élaboration de la solution par une sélection de choix discriminants :

« [...] on passe d'une situation où l'on ne sait rien mais où tout est possible, à une autre où, au contraire, le niveau de connaissance a atteint son maximum mais où toutes les marges de manœuvre ont été utilisées » (Lenfle & Midler, 2003, p. 2)

Il s'agit de chercher à comprendre si les constats effectués par Dameron (2002) sont concordant avec la construction des rôles dans les projets de conception observés. En particulier, Dameron (2002) montre qu'il existe des transformations dans les modalités de coopération entre les personnes en fonction des différentes phases du projet de conception. L'auteur souligne que les changements de phases sont marqués par l'arrivée de nouveaux partenaires lors desquels le groupe redéfinit les objectifs partagés. Dameron (2002) montre que tout au long du processus de conception, le groupe continue de construire des règles. L'auteur met en évidence que l'évolution du projet et des différentes temporalités de celui-ci ont un impact sur la coopération des personnes. Celles-ci se traduisent en termes d'action et de synchronisation opératoire (planification, gestion du groupe, distribution des tâches) comme cognitive (réélaboration des règles, objectifs partagés, partages d'information, expertise). Il s'agit de chercher à comprendre quel impact ont ces constats effectués par Dameron (2002) dans la dynamique de construction des rôles et des asymétries.

Les conditions nécessaires au fonctionnement optimum des groupes de conception sont mises en avant par Darses (2006). Celle-ci fait émerger deux conditions qui fondent et structurent d'un point de vue cognitif et opératoire les groupes projets. En premier lieu, l'auteure souligne l'importance de la collaboration comme condition nécessaire. Il est donc indispensable que les personnes engagées dans le projet aient la volonté de participer à l'élaboration d'une œuvre commune. Darses développe le raisonnement en direction des projets de conception. Darses (2006, p. 321) écrit que cette collaboration « *contribue au développement d'un but commun et vise la clarification de l'état courant du problème et la co-construction de connaissances mutuelles servant à établir une représentation partagée du contexte cognitif (Baker, 1998)* ». Ce sont des éléments nécessaires et indispensables

autant lors de projets de conception que pour des projets d'autres natures, par exemple en « *Project-Based View* » en management stratégique (Brechet & Desreumaux, 2007).

Une autre condition qui s'avère indispensable selon Darses (2006) est la fonction dialectique de l'argumentation. Elle est caractérisée par des formes de conflits, d'évaluations, de jugements et de retours d'expérience lors des interactions entre les personnes. Par ces interactions, chaque personne acquiert une connaissance réciproque d'autrui. Elle s'engage par ses actions dans la relation à autrui comme dans la construction collective. Celle-ci leur offre une possibilité d'agir sur la solution à apporter au problème partagé comme sur eux-mêmes, sur l'évolution du groupe (Anzieu & Martin, 1994). Ces débats sont indispensables à la construction de normes collectives, voire de métier, ainsi que le souligne Clot (1999). Ce sont l'existence de ces règles qui est déterminante pour le développement de la coopération. C'est ainsi que peuvent se développer et émerger au sein des projets des « *compromis, autant organisationnels (cadres institutionnels, structures organisationnelles et décisionnaires) que psychosociaux (cohésion du groupe, enjeux des débats, positions statutaires des participants)* » (Darses, 2006, p. 322).

Il en résulte des dynamiques dans les groupes projet au sein desquels les personnes sont engagées. L'histoire sociale participe de l'orientation des actions des personnes, de l'élaboration des savoirs et savoir-faire individuels et collectifs ainsi que de la construction de la perception des situations (Cahour, 2002). Dans le secteur des SSTI, plusieurs histoires sociales se rencontrent. Il s'agit d'une histoire sociale construite dans le secteur médical pour certains, avec des normes sociales et professionnelles, qui viennent percuter l'histoire sociale de l'industrie et parfois du monde de la conception qui portent des normes et des modèles différents. Il existe y compris au sein d'univers qui peuvent paraître préalablement homogènes, des disparités sociales ou géographiques entre les personnes issues d'univers différenciés (Cahour, 2002).

2.5.2 Des projets participatifs

Lors de nos travaux, nous considérons la conception d'un point de vue collectif et organisationnel afin de comprendre l'activité des personnes d'un point de vue individuel. L'ensemble des personnes qui participent ainsi au processus de conception le font sur la base d'un engagement commun sans être nécessairement des experts de la conception pour participer aux différents groupes projet. Cet engagement n'a cependant pas un fondement commun ou partagé entre tous ainsi que le souligne Briner & Geddes (1989).

Lors des processus de conception, comme le souligne Barcellini (2015), l'activité de conception est envisagée comme une activité humaine, adaptative. Ces travaux s'intéressent à un cadre où les personnes co-construisent une problématisation à partir d'un cahier des charges pour ensuite chercher à résoudre ce problème par des séries de propositions et d'évaluations comme cela est montré par Darses & Rezeau (2004), Cahours (2002) ou Barcellini (2008, 2015).

Les projets, qu'ils soient de conception ou non, ne sont pas déconnectés de la vie sociale, économique et politique de l'entreprise, de l'association ou de l'institution dans laquelle ils s'inscrivent. Ils sont en prise avec un réel. Ce réel est celui de l'activité des personnes qui sont engagées dans les projets, avec celui des prescriptions organisationnelles qui propose un cadre. D'une manière située et dans un rapport à l'action des personnes, le projet prend sens dans la mesure où celui-ci s'intègre dans une logique systémique. Cette activité de conception est participative et s'intègre dans le cadre d'une construction de solutions. Elles s'affinent au fur et à mesure des retours d'expérience et des évaluations collectives et permettent de fonder des décisions. Celles-ci réduisent le champ des possibles et amènent à une solution qui paraît la meilleure dans la situation. Le projet participe de la volonté de faire partager clairement un objet, une idée, un concept ou une solution relié à un problème identifié et partagé en mettant en place des moyens permettant d'anticiper sur les organisations traditionnelles (Bréchet, 2008).

C'est un travail collectif qui peut avoir lieu car il existe une coopération entre les différentes personnes engagées dans le processus de conception. La conduite du projet ne fonctionne pas avec des plans figés établis à l'avance ni de méthode qui permette d'anticiper et de gérer les aléas de l'activité. C'est un processus adaptatif à l'activité des personnes engagées

dans la conception qui au-delà du projet, doit permettre à l'ensemble de l'organisation de se transformer comme le suggère Bødker (1996, p. 220):

“What one does in a project is not only for the project, but should place the organization in a position where the experiences can be used, by the organization on its own, further on in time ”

Les projets se distinguent par leur caractère évolutif. Cahour (2002) montre que les projets se transforment au fur et à mesure de leur temporalité et nécessitent ainsi une adaptabilité des personnes qui les composent comme des organisations et des processus qui les encadrent.

Cette évolution et ce caractère adaptatif qui est inhérent aux projets sont liés à plusieurs facteurs qui évoluent ou mutent au fil du temps du projet. En premier lieu, la définition du problème par les différentes personnes engagées n'est pas définitivement figée. Celle-ci est progressive au fur et à mesure des débats et des échanges. Ainsi, il est possible d'aboutir à des transformations radicales du problème initial. Elles modifient les conceptions initialement formulées dans la mesure où des débats existent au sein des projets entre les personnes engagées, si le processus de conception est participatif (Barcellini, Grosse, et al., 2013; Cahour, 2002; Darses, Cahour, et al., 2001; Darses & Falzon, 1996)

Ce n'est pas nécessairement la construction de l'objet du projet qui se transforme. Tout au long de la conception, des échanges et des débats permettent de construire des décisions, des arbitrages. Ces derniers redéfinissent les champs du possible et les façons de faire et de s'organiser pour arriver à la solution. Cependant, ces redéfinitions peuvent avoir lieu en excluant certaines personnes, parce que les modalités d'accompagnement des personnes dans le projet n'ont pas été suffisantes (Cahour, 2002).

Il résulte que si les groupes projet de conception sont des processus de co-construction participatif entre les personnes engagées, alors, il y a nécessairement une coordination des activités individuelles d'où émerge l'activité collective (Bourbousson et al., 2008). Cette mise en commun et l'élaboration d'un cadre participatif, au sens de Cahour (2002, p. 323), est caractérisé comme le « [...] *sens que chaque participant donne à la situation collective, c'est-à-dire notamment à la représentation que chacun a des objectifs du groupe, ainsi que des rôles et modes d'intervention qui y sont attendus. Le cadre peut donc être plus ou moins partagé par les membres du groupe ; chaque individu à la fois l'identifie et le construit par ses interventions*

et son attitude ». Il intègre notamment des modalités de co-constructions par les interactions prenant ainsi en compte l'hétérogénéité des personnes engagées dans les projets relativement à la conscientisation de l'objet, du problème, du positionnement du projet ou relativement à la formation, au vécu ou à l'expérience.

La conception participative et les interactions entre les personnes, le rapport au milieu et à autrui s'inscrit dans le cadre d'un processus dynamique. Il y a des couplages, au sens de Varela (1996, p. 4), c'est-à-dire que « *le couplage est une activité interne qui, à eux deux, génèrent la capacité de "façonner", de "faire émerger", c'est à dire de donner des significations à ce couplage, sans qu'aucun de ces deux éléments ne contienne, en lui-même, d'information préalable* ». Les projets sont ainsi des systèmes dynamiques qui se construisent, à partir de leur propre organisation, par la diversité de ses couplages structurels. Dans un cadre partagé, le processus de projet donne une signification particulière à l'articulation de l'expertise des personnes engagées dans le processus avec les asymétries en lien avec le milieu.

2.6 La conduite effective des projets de conception

Il s'agit dans le cadre de nos travaux de comprendre et de faire émerger, dans ces processus adaptatifs, quelle est la conduite effective de projet. Cette conduite effective des projets de conception est, au-delà de ce que les différentes méthodologies de conduite de projet proposent, ce qui émerge en termes de régularités des actions des personnes relatif au processus de conception.

2.6.1 La contextualisation

La contextualisation fait partie de la méthodologie d'analyse de l'activité, pour pouvoir confronter un réel du travail aux différentes contraintes qui s'appliquent en situation et aux prescriptions du travail. La contextualisation est d'autant plus importante qu'elle permet par une le traitement des matériaux, de décontextualiser par la suite en cherchant à faire émerger des régularités communes aux actions ou aux conduites des personnes (Pavard & Karsenty, 1997).

Cette contextualisation repose sur des grandes thématiques :

- Le contexte organisationnel
- Le contexte social
- Le contexte économique

La prise en compte de l'ancrage et des contraintes du cadre situationnel ainsi que les nomme Bruxelles (2004), c'est-à-dire les conduites dans l'action des personnes en situation permettent de considérer cette activité multidimensionnelle. Il s'agit pour chaque projet, qu'ils soient ou non inter reliés comme le montre Garel (2011), de mettre en évidence les différents contextes sociaux, légaux, institutionnels, économiques dans lesquels s'inscrivent les projets. Dans une démarche qui s'inscrit dans la conception de l'anthropotechnologie, il s'agit comme l'explique Wisner & al (1997) de s'interroger sur le rapport des modalités techniques apportées dans le projet en rapport avec les ressources, le contexte humain, social, économique et culturel dans lequel s'inscrit le projet. Il est nécessaire de mettre en évidence les processus, procédures qui encadrent le fonctionnement des groupes projets de conception, l'environnement prescrit qui détermine les modalités de conduite de projet. Le déroulement du projet, comme le montre

Garel (2011), est issu des régularités qui émergent des actions des personnes et des modalités de coordination de l'activité construites en réélaborant les contraintes prescrites (Durrive, 2014). Dans ce cadre, les personnes sont amenées à proposer des solutions, à faire valoir leur point de vue.

L'ensemble des travaux portant sur les projets de conception lorsqu'ils s'attachent à la question de la conduite de projet mettent en exergue une approche combinatoire. Ces groupes projets reposent sur un système intellectuel dans lequel sont associés à des fins d'analyse et de conception un groupement de phénomènes issus aussi bien des mathématiques ou des statistiques, de la médecine, de la philosophie, de la sociologie ou de la psychologie. Lors des processus de conception, l'activité effective des personnes, c'est-à-dire leurs actions en situation est contextualisable dans plusieurs dimensions.

Les groupes projet s'intègrent dans un contexte socio-économique, modelé par des contraintes exogènes (la loi) ou endogènes (règlement intérieur, conflit social ou intermétiers) qui entraînent les relations entre les personnes, mais aussi la nature de certaines interactions.

Il s'agit d'identifier et de caractériser les éléments qui participent de la contextualisation. Ces derniers sont aussi bien issus de la prescription du travail, des modèles de l'organisation et des contraintes endogènes et exogènes.

Leplat & Cuny (1974) nomment ces facteurs les conditions internes et externes. Au-delà de ces caractéristiques de l'environnement, pour Canguilhem (2003), le milieu de l'Homme se construit par sa perception. Il bâtit cette relation au milieu par ses expériences et évalue l'environnement en fonction de sa perception, de ses normes propres. C'est un ensemble de pratiques, de savoir-faire et de transmissions d'informations, de connaissances qui s'organisent en situations. Cela s'apparente à une contextualisation des actions et des interactions qui sont hiérarchisées en fonction de leur pertinence ou de leur performance en fonction de la situation (Récopé et al., 2013). Ainsi, la personne confronte ce qui fait valeur pour elle aux normes du milieu, qui cherchent à s'imposer, arbitre, s'adapte (Durrive, 2012, 2015).

Les éléments de contextualisations évoluent et se transforment en raison de l'évolution des événements extérieurs qui impactent les situations mais aussi de l'adaptation des personnes aux situations (Barcellini, 2008; D'Astous et al., 2004; Détienne, 2006).

2.6.2 Des représentations et un environnement lié à l'activité de conception

L'évolution des processus des projets de conception est conditionné par les façons de concevoir, les façons de faire et les contextes organisationnels qui structurent l'activité humaine, les environnements et les objets techniques dans une visée de conception (Wisner, 1985). La contextualisation de la demande comme des besoins des utilisateurs par l'anthropotechnologie et leur interrogation sociale, culturelle et matérielle, afin de chercher les réponses les mieux incorporables, est un levier pour les processus projet de conception (Bussy, 2017). Ce sont des modalités de mise en place de processus participatifs permettant de concevoir des outils, des produits ou des organisations dont l'acceptabilité accrue permettrait de concilier une approche anthropologique du travail, développementale et organisationnelle tout en valorisant l'efficacité des collectifs de travail.

La construction des représentations de chacun, comme l'intégration des différentes modalités environnementales, qu'elles soient culturelles, socio-économiques, écologiques se développe au sein des groupes projet de conception par l'activité collective. Cahour (2002) montre que sans la coopération au sein des groupes, la possibilité pour les personnes de développer une activité de conception est plus difficile. En effet, il y a des manques de notions fondamentales transmis par les modalités de coordination du travail.

En cela, ce rapport à l'environnement n'est pas statique mais dynamique. Dans des situations qui évoluent en fonction des besoins identifiés par les concepteurs, ceux-ci s'adaptent et proposent de nouvelles solutions. Cette activité adaptative est au fondement de ces dynamiques qui s'inscrivent dans le déroulement des projets.

2.6.3 La conduite de projet

Béguin (2004) définit la conduite de projet comme un processus par lequel l'intention des personnes engagées au sein des projets se transforme en réalisation. Ce processus est itératif, ainsi que le montrent les travaux de Poveda (2001; 2000). Il semble donc y avoir une unité entre la nature, l'identité du projet et la conduite de celui-ci de la même façon qu'entre la problématisation et la résolution du problème comme le mettent en relief Béguin (2004), Daniellou (2004) et Darses & al (2004).

La conduite de projet est déterminée par la capacité adaptative des personnes aux situations afin de répondre à la demande, même si elle est construite selon un schéma caractéristique. Cette conduite de projet ne se présente pas comme un guide, une contrainte supplémentaire au projet. Van Rooij (2010) souligne que les personnes en charge de projets de conception peuvent répondre au défi de la rigueur articulée avec la liberté et la souplesse du Mode projet si elles ont acquis les principes de base de fonctionnement de la gestion de projet. Par exemple, comme le souligne Lorino (2001), l'action de renseigner lors de la conduite de projet les indicateurs de pilotage du projet. Ceux-ci sont des moyens permettant la continuité de l'action engagée vers les objectifs partagés ou de les réajuster en fonction des besoins qui émergent de la situation. Ainsi, au lieu de contraintes, ces indicateurs interviennent comme des objectifs à atteindre. Les acteurs en présence ont une liberté de régulation des actions afin d'y parvenir.

Cependant, d'autres facteurs impactent les modalités de conduite du projet. Martin (2000) souligne dans ses travaux qu'au-delà de la conduite effective du projet, il existe une déficience dans la définition des objectifs stratégiques et politiques des projets. Folcher (2015) confirme que ces déficiences interactionnelles mettent en difficulté les personnes engagées dans les processus de conception car elles brouillent la compréhension du cahier des charges et la perception des objectifs comme de la structuration du projet. Ces objectifs comme le cahier des charges sont des cadres pour les concepteurs qui déterminent le champ des possibles. Comme l'explique Folcher (2015, p. 43) : « *les contraintes de faisabilité déterminent l'opportunité* ». Cette faisabilité pour le concepteur est caractérisée par les « *possibilités d'action qui se présentent au cours de son activité et qu'il interprète comme des "opportunités" du point de vue de leur "coût cognitif" (Visser, 1994a; Visser, 1995).* » (Visser, 2002, p. 8).

Ce sont des modalités de conduite de projet, comme l'ont montré Daniellou et Garrigou (1995), qui permettent de créer un cadre d'évaluation, de proposition et de clarification dès lors que les explications sont fournies avec un vocabulaire technique partagé par l'ensemble des personnes. Ainsi, Folcher (2015) comme Ledoux (1992) mettent en évidence que la conduite de projet de groupe de conception en groupes hétérogènes ont des logiques contradictoires. Les résultats de ces logiques tiennent de plusieurs facteurs. D'une part, de la concrétisation en décision des points de vue, des apprentissages et des différentes évaluations proposées par les personnes.

D'autre part, la conduite de projet intègre l'organisation du travail et différentes temporalités du projet, la planification financière, matérielle et humaine des projets, l'information sur le contexte et de la définition des actions. Cette conduite de projet, en s'appuyant sur l'expérience des personnes engagées dans les groupes projet de conception, engage la construction des personnes comme des collectifs dans et hors des projets dès lors qu'un cadre partagé ouvrant des possibilité d'évaluation, de proposition, d'information et de clarification est construit par les acteurs.

Dans le cadre des activités de conception, Darses (1997, p. 89) montre que la conduite de projet dans des processus de conception adopte un schéma déterminé :

« [...] des étapes officiellement définies (études préliminaires, études de base, études de détails, réalisation, essais et démarrage), ce qui permet évidemment de poser des jalons contractuels indispensables entre les partenaires du projet. »

Darses montre que cette modalité de fonctionnement n'a pas pour objet de contraindre la conception. Elle cherche au contraire, en apportant un cadre méthodologique, à être un incubateur d'idées, de propositions, de raisonnements et de solutions. Cette modalité de conception a pour objet de fonctionner selon un « modèle du processus « en cascade » (Darses, 1997, p. 89).

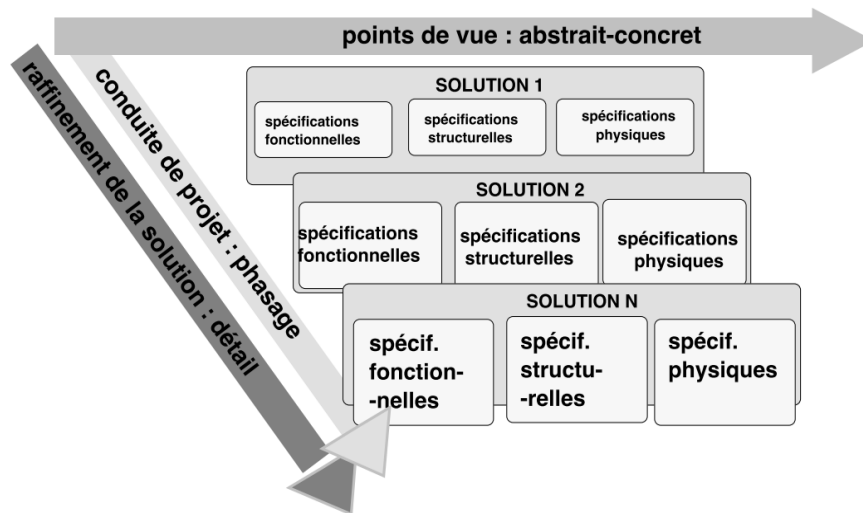


Figure 6 Modélisation du processus de conception (Darses, 1997) /
Modeling of the design process (Darses, 1997)

Celui-ci implique des étapes de formulation du problème d'analyses de celui-ci puis des phases où des décisions sont prises afin de réduire le champ des possibles en corrélation avec l'action des personnes et du groupe. Cette conduite de projet chez Darses ne s'entend pas d'un point de vue linéaire. Ainsi, tel que l'indique la Figure 6, le processus agit synchroniquement. Il propose au moment de la phase de développement de la solution une mise en débat des perceptions, des évaluations et propositions qui en sont issues. Le phasage du processus de conception a lieu dans le même continuum que le raffinement de la solution. Ceci implique que le champ des possibles se restreint au fur et à mesure du projet. L'affinement des points de vue a lieu à chaque étape, lors de chaque discussion. Lenfle & Midler (2003) montrent que cette activité de conception fait évoluer et constitue de multiples contextualisations qui viennent s'ajouter sans effacer les premières, au fur et à mesure des évaluations. Au fil du raffinement du problème naissent des nouvelles propositions et parfois des transformations du problème ou du champ de conception qui ont la particularité d'avoir un grain de plus en plus fin. Elles participent de l'expérience du groupe et permettent de limiter les champs du possible au fur et à mesure de l'évolution du projet tout en ouvrant vers de nouvelles propositions (Darses, 1997).

Ainsi, comme l'explique Darses (1997, p. 93), il y a :

« [...] dissociation entre le phasage contractuel et la nature de solution produite au profit de solutions intégrant différents niveaux d'abstraction, et convergence de points de vue sur l'objet du fait de la diversité des acteurs impliqués »

Ces modalités de conduites de projet mettent en évidence qu'elles intègrent des activités diverses. Celles-ci ne sont pas, comme le met en évidence Darses (1997), nécessairement et simultanément dans les mêmes dimensions qu'elles soient temporelles, spatiales, perceptives ou organisationnelles.

La conduite de projet comme le souligne Garel (2011) articule au sein de la coordination de l'activité de conception des fonctions d'organisation et d'instrumentation (pilotage). Ces différentes fonctions participent à apporter au projet de multiples dimensions. En effet, elles peuvent permettre d'ouvrir des analyses selon des focales différentes. En premier lieu, le projet peut être compris et analysé en fonction d'un point de vue intrinsèque. Il s'agit de l'angle du projet lui-même ou de la perception de ses participants tel que le propose Cahour (2002). La seconde optique provient de l'extérieur du projet. Il importe alors d'intégrer une ouverture sur le point de vue que la Société ou des partenaires peuvent avoir sur le projet.

Ceci signifie que les différents points de vue se transforment au fil de l'évolution du projet. C'est pour cela que les modalités de synchronisation de l'activité, prennent en charge la mise à niveau, le suivi et la transmission de l'information, des connaissances, du contexte, de la planification comme de l'organisation du travail. Le partage de connaissances techniques et sur la situation du projet, ainsi que la confiance née du contexte participatif peut permettre de limiter les implicites au sein du groupe facteurs de décalages socio-cognitifs entre les personnes (Cahour, 2002 ; Garel, 2011 ; Darses & al, 2004)

L'hétérogénéité des participants au processus de conception, des centres d'intérêts comme des raisons qui les portent à s'engager dans la conception nécessitent que des compromis émergent de la confrontation des points de vue (Barcellini, 2008; Bucciarelli, 2002, p. 220) :

« Different participants work in different domains on different features of the system; they have different responsibilities and more often than not, the creations,

findings, claims and proposals of one individual will conflict with those of another. Negotiation and trade-offs are required to bring participants' efforts into coherence.»

La mise en place d'un processus participatif permet l'intégration dans le processus de conception des différentes propositions, évaluations et clarifications du discours d'autrui. Cette possibilité offre l'opportunité de construire collectivement la solution.

C'est par la construction de compromis, issus du processus argumentatif, des retours d'expérience, que les personnes arbitrent entre des choix et réduisent le champ des possibles et valident des étapes de la conception (Barcellini, 2008; Cahour & Pemberton, 2001; D'Astous et al., 2004; Darses, 2006; Fréard et al., 2012; Olson et al., 1992). Elles co-construisent ainsi la conduite de projet car les actions et l'activités de toutes participent de la coordination du projet. La coopération constatée dans les projets de conception semble être un facteur supplémentaire de développement du processus de résolution de problème en lui-même. En effet, comme le montre Visser (2002), la coopération entre les personnes dans les groupes projet de conception, si elle ne transforme pas la nature du processus initial de construction de la solution « *modifie l'évocation et l'organisation de ces processus élémentaires [...] et on peut faire l'hypothèse que les solutions résultantes sont différentes (plus diversifiées et peut-être même "meilleures")* » (Visser, 2002, pp. 13–14).

2.6.4 Une approche de la conception en mode « Projet » qui sous-tend des modalités de participation singulières des personnes

Lorsque se développent des groupes projet dans les SSTI, c'est dans une logique d'utilisation de leurs ressources (Caroly et al., 2006; Lecocq et al., 2018) dans l'objectif de répondre au mieux aux besoins exprimés par les adhérents dans un contexte d'instabilité des contraintes légales. La loi cherche à favoriser le travail collaboratif par une pluridisciplinarité volontariste. Ces projets visent à développer la participation de chacun des acteurs métier. L'objectif est de faciliter les échanges, les propositions et leurs évaluations et de développer

ainsi collectivement des solutions encadrées par le processus « Mode Projet » (Wickizer et al., 2001).

Dellacherie, Frimat, & Leclercq (2010, p. 6) soulignent dans leurs travaux que la loi recommande de mettre en place des « *dynamique de projets au sein des SSTI, porté par son dirigeant et les Commissions Médico-Technique (CMT)* ». Depuis 2011, les services de santé au travail ont incorporé une organisation basée sur le mode projet. Il se concrétise dans le projet de service. Celui-ci est fondé sur un diagnostic territorial qui oriente des politiques stratégiques dont l'objectif est de répondre aux besoins des adhérents. Le projet de service doit aussi répondre aux 4 missions principales confiées par l'État (Letheux, 2016). La plupart des SSTI ont mis en place des organisations intégrant des fonctionnements en mode projet. Cependant, ce fonctionnement n'est pas suffisant pour développer un fonctionnement pluridisciplinaire au sein des équipes (Barlet, 2015; Caroly, 2013; Caroly et al., 2011; Caroly & Sallah, 2015; Hélarlot, 2018; Lecomte-Ménahès, 2011). En effet, il semble que les facteurs d'empêchements sont identifiés en lien avec les contraintes endogènes et exogènes (loi, organisation interne) alors que le projet et la coordination de ceux-ci sont considérés comme des leviers pour développer la coopération au sein des équipes pluridisciplinaires (Caroly, 2013).

Schaller (2013) fait émerger comment les modalités d'organisation du travail au sein des SSTI, notamment dans les groupes projet, offrent des possibilités aux personnes d'aller au-delà des tâches fixées par la prescription. Ainsi, les modalités d'organisation propres aux groupes projets fondées sur une conception participative permettent de se dégager des limites qui s'imposent habituellement. Damodaran (1996) montre ainsi que la participation aux projets dépend des thématiques et du métier des personnes. Barcellini (2008), dans ces travaux sur les communautés virtuelles de conception de logiciels libres, souligne que la construction et la participation aux projets de conception n'a pas de lien contractuel et contraint. Elle est au contraire liée par l'objet commun et est le fruit d'une construction commune, d'un intérêt individuel et collectif et de la mise en commun d'expertises complémentaires. Cette perspective s'avère possible en intégrant l'expertise collective au fonctionnement pluri-professionnel (Oberlin, 1999).

Dans le SSTI étudié, lors du processus de conception, l'organisation du SSTI détermine le cadre, les statuts, les tâches de travail et le cahier des charges. C'est cela qui permet ensuite au groupe de définir collectivement lors des phases de détermination des problèmes à résoudre, quels sont les objets à réaliser et quel est l'objectif poursuivi. La méthode de conception est portée par un mode projet issu de travaux de recherche réalisés dans l'industrie automobile.

Cette conception d'outils techniques ou organisationnels est à la genèse du développement de l'efficacité des équipes pluriprofessionnelles (Brun et al., 2016). C'est par l'échange de savoirs autour d'un objectif de conception pratique que sont véritablement construites des équipes dotées de membres possédant de la confiance appuyée sur une connaissance fine d'autrui comme de savoirs techniques et sociaux partagés. Ainsi, les différents projets sont fondés sur des possibilités de co-constructions en fonction des différents champs d'expertise des acteurs, qu'ils soient institutionnels (CARSAT, ARACT, DIRECCTE), de l'entreprise (travailleurs, préventeurs et direction) ainsi que des SSTI, des consultants, etc., rejoignant une logique montrée par Barcellini & al. (2013) ou Coutarel & Petit (2013). Toutes ces possibilités ne sont pas nécessairement saisies. Seules celles qui s'imposent comme évidentes ou indispensables à la construction de la solution, ou pour des raisons politiques, prennent place dans le dispositif de conception. La construction pluriprofessionnelle des groupes projet est une composante qui dépasse la pluridisciplinarité telle que l'envisage la loi de modernisation sociale de 2012. Les personnes sont amenées à dépasser leur champ professionnel habituel (Schaller, 2013) afin de concevoir des solutions répondant à un cahier des charges comme aux besoins du demandeur (Darses, 2009 ; Darses & Falzon, 1996). En effet, Grosjean (2001) comme Mondana (2001) montrent que ce sont les débats sur le travail dans les équipes qui amènent au dépassement du strict champ professionnel de chacun permettant de construire une expérience collective qui enrichit les normes de métier.

2.6.5 Les modalités de participation des personnes au groupe projet

Les statuts institutionnels, professionnels ou sociaux, encadrés par les différentes contraintes institutionnelles, organisationnelles (la loi, les règlements, le mode projet) supportent les modalités de participation des personnes au processus de conception participatif. Dans les organisations, les statuts, qu'ils soient professionnels, sociaux ou institutionnels sont des éléments relativement stables. Dans des contextes d'instabilité des prescriptions encadrant les modalités d'organisation de la santé au travail, il est à noter que les statuts professionnels ont peu évolué, ainsi que les statuts sociaux. Ainsi, dans notre travail, nous avons fait le choix d'étudier le déroulement effectif des groupes projet de conception relativement aux asymétries statutaires afin de regarder comment les modalités de participation et de coordination se construisent dans et par l'activité.

Des contraintes, un cadre, structurent et normalisent l'activité des personnes. Ces contraintes la transforment ainsi que la représentation que les personnes peuvent avoir des attentes en termes d'objectifs ou de méthode. Ce processus de conception participatif est très lié à la réalité d'une coopération habituelle au sein des équipes de travail comme le montre Jensen (1997). Ce processus de conception va intégrer des considérations qui peuvent être hétérogènes en fonction des situations. Granath & al (1996) comprennent les modalités de cette forme de conception comme un processus nécessairement collectif. Ainsi, une activité de conception participative dans laquelle sont engagées les personnes est favorisée par un intérêt commun des personnes pour l'objet de la conception et une volonté d'aboutir à une solution afin de résoudre le problème élaboré collectivement. D'Astous & al (2004, p. 11) mettent en évidence plusieurs caractéristiques des activités des personnes qu'ils ont identifiées lors des processus de conception :

« In design meetings, authors have identified, more or less explicitly, different types of activities:

- design activities concerned with the elaboration of solutions and of alternative solutions;*
- evaluation activities concerned with the evaluation of solutions or alternative solutions, on the basis of criteria;*
- cognitive synchronisation (often referred to as "clarification") activities concerned with the construction of a shared representation of the current state of the solution;*
- activities pertaining to conflict and negotiation »*

Ces activités sont le fondement de l'activité de conception, mais elles nécessitent pour pouvoir se réaliser que l'environnement les favorise tant du point de vue de l'organisation que des moyens qui sont mis à disposition. L'un des risques est que le projet n'apparaisse pas comme un levier pour les participants pour construire des solutions aux problèmes identifiés. Au contraire, le groupe projet de conception peut être perçu comme une charge supplémentaire qui n'apporte rien, ni en terme de production, ni en terme de développement personnel. Comme le mettent en évidence Garel, Asquin & Picq (2007) ainsi que Darses & Reuzeau (2004), il s'agit aussi que l'organisation prenne en compte et donne les moyens financiers, d'organisation, de charge de travail, d'outils et de méthodes aux personnes afin qu'elles puissent s'engager dans le projet et créer les conditions participatives (Asquin et al., 2007; Clement & Van den Besselaar, 1993; Darses & Rezeau, 2004).

Les travaux de Garel, Asquin & Picq (2007) mettent en évidence que les contraintes de temps et la négation de la prise en compte des dynamiques de métier ne peuvent qu'aboutir à un désengagement, à une participation faible des personnes au projet ou à une souffrance. De la même façon, la manière dont sont prises en compte et intégrées l'exposition et la pression sociale générées sont aussi des facteurs qui participent de l'évaluation et de la construction du projet. En effet, le projet est une machine d'exigence, d'évaluation et de jugement dans laquelle les personnes peuvent avoir la perception de mettre en danger leur expertise, leur statut (Asquin et al., 2007). Ainsi, dans ces situations où les personnes peuvent avoir la perception de se mettre en danger professionnellement comme personnellement, il est nécessaire que l'organisation du travail apparaisse comme un soutien. Les modalités de synchronisation de l'activité ne sont pas de simples questions techniques mais participent de l'engagement des personnes dans les projets. C'est pourquoi la mise en place des processus de conception ne peut pas se réduire à suivre des checklists de techniques, à réaliser les étapes d'un processus de conception. Les personnes s'approprient des modalités de fonctionnement et (re)formulent des règles qui permettent d'établir collectivement un mode de fonctionnement partagé (Darses & Rezeau, 2004). Cette nécessité de construire des régulations dans le travail passe par une coordination de l'activité que Leplat (2004, p. 105) présente comme un modèle susceptible d'incarner la prise de décision. Il est appuyé sur « *une activité fondée sur la connaissance, une activité fondée sur des règles et enfin une activité fondée sur des habiletés* ».

DEGRES	MODALITES	ACTIVITES
Degré 1	Informer	Informer les personnes des plans d'action déterminés par les décideurs + Collecter les informations et les expériences
Degré 2		
Degré 3	Consulter	Recueillir les avis et suggestions sur les actions en cours
Degré 4	Décider	Négocier avec les personnes dans les groupes + co-conception et prise de décision conjointe
Degré 5		

Figure 7 Degrés de participation pratiqué dans la conception participative (Darses & Reuzeau 2004) / Degrees of participation practiced in participatory design (Darses & Reuzeau 2004)

Les processus de conception encadrent l'activité des personnes. Les conditions définissant ces prises de décisions caractérisent les modalités de participation des personnes ainsi que le montrent Darses & Reuzeau (2004). La gradation de la participation dans la conception participative proposée par Darses & Reuzeau (2004) à la Figure 7 permet de distinguer en fonction du pouvoir décisionnel des participants au processus de conception, différents degrés de participation des personnes.

C'est un point majeur de la définition du cadre participatif car il définit les modalités de construction de la décision. Le cadre participatif est complété par les moyens, temporels, matériels et humains mis à disposition pour réaliser l'objectif à atteindre.

« **Informer** » est extrêmement restreint et place les personnes qui sont engagées dans un processus de conception dans la position de simples sources de données. Il s'agit d'enregistrer ce qui émerge du vécu et de l'expérience des personnes qui participent au processus de conception comme « *l'une des dimensions sociotechniques de la conception* » (Darses & Rezeau, 2004, p. 410). La conception ne peut pas être considérée comme participative dans un processus fondé sur une asymétrie entre ceux qui alimentent en information mais à qui on ne donne pas les éléments pour les décoder et les autres personnes qui analysent et qui décident.

« **Consulter** » est de nature un peu différente. Les personnes ne sont pas totalement passives face au processus et elles ont la possibilité d'exprimer leurs attentes mais elles n'ont pas de réel pouvoir collectif de décision formalisée (Brock et al., 2010; Damodaran, 1996; Darses & Rezeau, 2004). Dans la plupart des cas, ce sont les experts, qui assurent un rôle de coordinateurs, portent la parole des personnes engagées dans le processus de conception. En ce sens, il ne peut s'agir de conception participative (Darses & Rezeau, 2004).

La seule modalité qui caractérise la conception réellement participative est la « *prise de décision conjointe* ».

« **Décider** ». Ceci est d'autant plus important que de nombreuses décisions qui semblent ne concerner qu'un champ purement technique peuvent détenir une réalité de nature sociotechnique possédant des champs beaucoup plus larges (Cahour, 2002; Clement & Van den Besselaar, 1993). Ainsi, pour que cette conception soit participative, il convient que le

processus produise des prises de décisions conjointes. Cela implique que les personnes engagées dans le processus de conception aient analysé, évalué et débattu des différentes propositions et retours d'expérience afin de pouvoir élaborer la solution qui semble le mieux convenir au problème identifié. Il ne s'agit pas que l'ensemble des personnes ait voix à toutes les décisions, en particulier lorsqu'elles touchent à des domaines de compétences spécifiques (Darses & Rezeau, 2004).

Ce champ de la décision des personnes engagées dans le processus de conception varie en fonction des situations et du contexte, du type de décision et est un facteur de l'engagement des personnes. Cahour (2002) montre en effet que lorsque les décisions ne sont pas amenées à maturation par de la co-construction ou une logique pédagogique, les personnes ont une perception de frustration liée à une mise à l'écart. Cahour (2002) comme Darses & al (2001) mettent en évidence qu'il est cependant indispensable qu'une traçabilité du projet ait lieu tout au long de celui-ci. Celui-ci permet un suivi des étapes où le champ des possibles a été réduit, des évaluations et des retours d'expérience. Cette implication des personnes dans l'évolution du processus de conception évite les perceptions de mise à l'écart et d'implicites, notamment de la part des experts.

Dans le cadre du processus de conception étudié, l'organisation du travail définit statutairement la tâche de personnes qui doivent coordonner les groupes projets. Cependant, il n'y a pas de fiche de poste et de tâches définies pour le coordinateur de groupe de projet. De la même façon, les missions ne sont pas précisées. Cette situation renforce son positionnement plus politique qu'opérateur. Ce sont les médecins du travail qui sont les coordinateurs des projets en premier lieu. De fait, en raison de son statut institutionnel, professionnel ou social et de l'identification par les autres personnes de la nature du statut, le statut de coordinateur bénéficie d'une position asymétrique favorable qui pourrait le placer en position de pouvoir orienter l'activité d'autrui et du groupe comme d'imposer sa volonté, ses normes à autrui. Il s'agit de faire émerger, à partir d'une analyse et d'une compréhension fine du déroulement effectif des différents groupes projet de conception, comment les modalités de participation des personnes et de coordination se construisent dans et par l'activité des personnes.

3 Activité de conception, synchronisation cognitive et opératoire, coordination

3.1 L'activité

Le concept d'activité est abordé dans une dimension anthropologique (Bidet & Vatin, 2016; Marx, 1844). Cette activité peut avoir parfois des objectifs individuels comme partagés avec d'autres personnes lorsqu'il s'agit de la réalisation d'une action collective.

Pour réaliser cet objectif, les personnes se voient individuellement attribuer des tâches de travail, le plus souvent en fonction de leur statut professionnel (Falzon, 2005; Falzon & Teiger, 1995). L'activité est finalisée et elle englobe tout ce que l'individu met en jeu pour réaliser les objectifs qu'il s'est fixé, qu'ils soient partagés ou non. Elle intègre aussi bien ce que les personnes ont réellement réalisé que ce qui n'a pu être mis en action. Ainsi, elle incorpore des facteurs qui tiendront tant de l'observable que de l'inobservable (Darses, Falzon, et al., 2004; De Terssac, 2016; Leplat & Cuny, 1974), en lien avec le vécu de l'expérience et la perception des acteurs, leur rapport au monde sensible (Varela, 1998). En effet, cette activité n'est jamais strictement individuelle, tournée exclusivement sur le « Moi ». Falzon & Darses (1996) soulignent que l'activité ne concerne pas que les actions motrices, ce qui a été fait et réalisé par les personnes, en particulier dans les processus de conception où ce qui ne peut être mis en place peut parfois être un levier dans l'évaluation des retours d'expérience de nouvelles possibilités de développement (Cahour, 2002; Darses, 1997, 2006; Darses, Cahour, et al., 2001). Elle intègre ce que les personnes, individuellement ou collectivement ont cherché à faire, sans parvenir nécessairement à le concrétiser. De fait, l'activité transforme les acteurs, participe à leur construction individuelle comme à celle du collectif de travail (Clot, 1999, 2008). Ainsi, en situation, les personnes sont amenées à retravailler les contraintes initiales, à arbitrer entre les différentes prescriptions qui cherchent à s'imposer et à élaborer de nouvelles règles qui soient individuellement comme collectivement acceptables (Durrive, 2015; Schwartz, 2011).

Afin de réaliser la mission, des régulations entre les personnes peuvent avoir lieu. Les personnes, en fonction des contraintes et des ressources dont elles disposent, réajustent les modalités de la coordination pour pouvoir réaliser la mission individuelle ou collective. Dans cette situation, les personnes ne subissent pas l'environnement mais elles sont en situation de chercher à avoir une action sur celui-ci, notamment en s'appuyant sur les degrés de liberté

laissés par l'organisation (les marges de manœuvre internes) et en construisant des marges de manœuvre externes (Coutarel et al., 2015).

Cependant, pour les différentes personnes engagées dans les projets de conception, il peut arriver que certains ne puissent aboutir et laissent des sentiments mitigés. Dans une approche développementale Béguin (2007), Caroly (2010) et Clot (2008) apportent par leurs travaux des éléments sur les conditions de transformation du collectif par les interactions sur le travail entre les personnes qui composent les groupes. Ces travaux montrent la capacité à transformer les expériences vécues, individuellement comme collectivement par les débats sur l'activité, pour les réinjecter dans une mise en commun qui ouvre la porte à la possibilité de nouvelles expériences.

3.2 L'activité dans le groupe

Nous nous intéressons dans notre recherche spécifiquement à l'activité des personnes engagées dans des groupes projet de conception.

Dans la plupart des cas, les individus apparaissent autonomes notamment en raison des positions des statuts professionnels (Caroly et al., 2006; Caroly & Sallah, 2015), même s'ils ont des interactions et des interférences de but (Barthe, 2003). Cependant, cette « autonomie » ne signifie pas qu'ils puissent vivre isolés, en marge du groupe. « *Les règles de métier ont dans cette conception une fonction protectrice pour l'individu* » (Caroly, 2010, p. 102) car celui-ci ne peut devenir autonome en s'isolant du groupe. C'est au contraire en participant à la construction collective et à la réélaboration des règles qu'il gagne et construit cette autonomie. Il construit son identité professionnelle par les interactions avec les autres personnes au sein du groupe ainsi que par l'engagement et par la réalisation de l'objet finalisé (Dejours, 2009). L'appropriation signifie qu'il ne s'agit pas pour les individus d'intégrer les règles collectives telles des prescriptions rigides. Au contraire, chacun enrichit le collectif en ne s'appropriant pas les règles de manière uniforme, en y apportant son vécu, son expérience et sa singularité (Merleau-Ponty, 1945).

Dans une situation particulière où la tâche doit être effectuée par plusieurs individus, il convient de saisir les modalités et fonctions de coordinations interindividuelles qui permettent de réaliser l'objet de la mission et de répondre aux exigences collectives de la prescription (Savoyant, 1984). Les personnes qui sont engagées dans les activités de conception ne le sont

pas toutes de manière identique. Darses & Falzon (1996) mettent en évidence que deux modalités, la co-conception et la conception distribuée sont susceptibles d'être des facteurs d'engagement des personnes. Ces dernières n'ont pas nécessairement qu'un type d'activité mais peuvent en prendre successivement plusieurs en charge. Lorsque les personnes sont dans des situations de co-conception, elles partagent un objectif commun qu'elles cherchent à réaliser collectivement.

Dans le cadre des groupes projet de conception, le respect de l'objectif partagé est une contrainte commune. Dans ce contexte de réalisation d'une œuvre commune, les personnes ne doivent pas être perçues comme des obstacles ou des freins à ce qui a été déterminé collégialement. Dans ces cadres pluriprofessionnels, les personnes ne cherchent pas tant à transmettre ce qui fait le métier, des savoir-faire techniques. Ce qui importe pour que la mission puisse aboutir, c'est d'être en mesure d'échanger et de construire sur les modalités du « travailler ensemble ». Elles s'échangent et s'approprient des pratiques et des façons de faire, et construisent des normes collectivement admises (Cru, 1988) qui sont propres à l'activité de conception du groupe. Les personnes construisent et régulent les modalités de synchronisation de l'activité propre à créer de la coopération. Ces règles sont tout autant techniques que sociales (Gernet & Dejours, 2009).

Elles construisent alors la solution qui apparaît la meilleure, en articulant les compétences, les expériences et les savoir-faire nécessaires, « *avec des contraintes très fortes de coopération* » (Darses & Falzon, 1996, p. 4). Ces contraintes ou enjeux de coopération répondent, selon Coutarel & Daniellou (2007, p. 4) à la « *perception de bénéfices mutuels (Oliver, 1992 ; Bryson et Crosby, 1993), des pressions externes en faveur de gains d'efficience (Alter et Hage, 1993), à la présence de normes favorisant la coopération plutôt que la compétition (Di Maggio et Powell, 1983 ; Powell, Di Maggio, 1991)* ».

3.2.1 L'activité de conception

Darses & Reuzeau (2004) ont montré que ce processus de partage et d'échange sur les pratiques est central dans un contexte de conception participative. Les personnes définissent un objet partagé à partir des besoins identifiés dans le cahier des charges. La solution doit être progressivement affinée car l'état initial est peu précis. Le processus de conception tel que Darses (1997) le présente débute par une étape de problématisation permettant à chacun de formuler sa perception des buts du groupe, rejoignant l'analyse d'Anzieu & Martin (1994).

Ainsi, les personnes lors de la conception sont simultanément confrontées aux problèmes, à l'évolution des contraintes comme de la représentation du problème, qui font sans cesse évoluer les différentes solutions possibles. Ces activités de conception sont argumentatives (Plantin, 1995). Elles doivent ainsi les évaluer, les prioriser, faire des compromis qui soient jugés acceptables par tous afin d'aboutir à la solution qui, en fonction des contraintes, paraisse la meilleure dans la situation (Cahour, 2002; Darses, 2006, 2009; Darses, Cahour, et al., 2001).

La distinction entre la co-conception et la conception distribuée, dans le cadre de l'analyse de l'activité de conception de groupe projet, permet de faire émerger des processus différents lors du processus de conception. Celui-ci est caractérisé comme de la co-conception lorsque les personnes s'auto-distribuent les tâches, planifient le projet et les actions, débattent et évaluent les propositions, les retours d'expériences, les contraintes pour la construction de la solution et enfin décident de la résolution individuelle ou collective des problèmes. Darses & Falzon (1996, p. 5) montrent que « *même si l'on voit apparaître, lors des réunions entre concepteurs, des phases de résolution de problème en groupe, c'est la synchronisation opératoire qui reste dominante* ».

Lorsque les personnes sont dans des processus de co-conception, une partie de leur activité consiste à se répartir les différentes parties de la conception ou du raisonnement car les buts ne sont pas préalablement distribués. Darses & Falzon (1996), Falzon (1994) ont montré que les interactions entre les personnes sont centrales dans la co-conception. Celles-ci s'appuient sur le partage d'informations socio-techniques, la justification des évaluations, la construction du cadre participatif, de l'objet partagé et de prises de décision. Cahour (2002, p. 316) écrit que « *concevoir collectivement, c'est proposer des solutions, les évaluer, les critiquer et les sélectionner ensemble* » Ainsi, la co-conception fait émerger de la synchronisation cognitive (Darses & Falzon, 1996).

3.2.2 La synchronisation cognitive

Ainsi que le montrent Barcellini (2008) ou Darses, Détiéne & al (2001b), la synchronisation cognitive permet de construire, de mettre à jour et partager les connaissances mutuelles des personnes aussi bien d'un point de vue contextuel, social que technique. Un certain nombre de caractéristiques qui se rapportent à la synchronisation cognitive ont été identifiés dans la littérature. Ce sont des approches différentes d'une même problématique dont les dénominations sont multiples. Ces caractéristiques communes émergent de la liste des dénominations suivantes : « [...] référentiel opératif commun, modèle mental partagé, environnement cognitif mutuel, contexte partagé, conscience collective de la situation (« team situation awareness »), diagnostic opératif commun, représentation partagée du problème, etc. (Giboin, 2004 ; Karsenty, 2008 ; Leplat, 1994a, 2000a ; Loiselet & Hoc, 2001 ; Rogalski, 1994 ; Villatte, Teiger, & Caroly, 2004 ; Wright & Endsley, 2008)» (Cuvelier et al., 2017).

Ces différentes terminologies ont cependant une base commune qui rassemble des caractéristiques transversales. La synchronisation cognitive est dirigée vers l'agir. Ainsi, la synchronisation cognitive ne peut être détachée de la synchronisation opératoire, ou coordination, car elle n'existe qu'en actes dans le cadre d'une cognition incarnée. Cela signifie, comme l'explique Gal-Petitfaux (2011, p. 31) « [qu'] elle se produit dans l'interaction sensorimotrice constante de l'acteur avec son environnement ; elle donne lieu à la création et/ou la manifestation d'un savoir à chaque instant ; et elle est inséparable des dimensions sensori-motrices, perceptives et émotionnelles du corps agissant ».

D'ailleurs, Darses (1997) propose une modélisation en 3 dimensions de l'activité de conception qui permet de faire émerger des articulations entre la synchronisation cognitive et la synchronisation opératoire. Darses (2009, p. 49) s'appuyant sur Amalberti & al (1992) montre que la synchronisation cognitive est caractérisée par la réunion de « l'ensemble des processus cognitifs qui concourent à faire converger les concepteurs vers une solution acceptable par la majorité, à partir de connaissances du domaine [...] et de connaissances sur la résolution de problèmes ». Cependant, ce qui est véritablement en jeu pour les personnes, ce n'est pas uniquement la résolution du problème par l'élaboration d'une solution innovante ou pas. Ainsi que le montrent Darses & Falzon (1996), ce qui se joue effectivement, c'est que les

personnes coopèrent. En effet, l'employeur demande à chaque personne de réaliser des tâches de travail dans l'objectif d'accomplir une mission de conception qui nécessite de l'adaptation et la coopération avec d'autres personnes. Détienne, Boujut & Hohmann (2004, p. 90) soulignent que cette synchronisation cognitive vise à « *ensuring that team members share a common representation of a concept, projects goals, constraints, design strategy, solutions, etc* ».

Cependant, des contraintes épistémiques sont présentes au sein des groupes et peuvent être des freins à la coopération car toutes les personnes ne sont pas formées à la conception et ne connaissent pas nécessairement le sujet qu'elles doivent traiter. Ne pas avoir le vocabulaire, les informations, les codes peut être un frein à la coopération, à la participation. Ces différences en termes de connaissances au sein du groupe renforcent les asymétries sociales et statutaires. Elles sont à l'origine de décalages socio-cognitifs nés en raison de l'utilisation de vocabulaire spécifique ou d'un défaut de partage des éléments contextuels ou techniques desquels proviennent des implicites entre ceux qui possèdent la connaissance ou l'information (Cahour, 2002).

Il existe aussi des contraintes liées à la charge de travail. Pour les personnes, il faut réussir, comme l'expliquent Garel, Asquin & Picq (2007), à articuler l'activité de conception issue du groupe projet avec les tâches quotidiennes. Ainsi, même si l'ensemble des personnes est volontaire, les motifs et les motivations finales apparaissent hétérogènes dans l'action (Cahour, 2002). De plus, il n'y a pas d'antinomie entre avoir comme intention la réalisation de l'objectif et chercher à gagner individuellement en compétences, en connaissances par la coopération lors du processus de conception.

La construction de connaissances partagées entre les personnes engagées dans le processus de conception, orientée vers l'action, permet d'établir un socle commun bâti à partir du cahier des charges. Ainsi, comme le soulignent Détienne, Boujut & Hohmann (2004, p. 85) : « *During cooperative sessions the designers create their own shared representation* ». Cette synchronisation cognitive permet la construction de la définition du problème, de l'objet de la conception. Elle est à l'origine de l'émergence de propositions de solutions. La synchronisation cognitive permet de définir les notions conceptuelles comme techniques, le vocabulaire, les évaluations des règles, des prescriptions, des procédures au sein du collectif.

Par ces différentes possibilités, la synchronisation cognitive ouvre des possibilités d'évaluations et de débats sur les questions de métier et de conception. L'ensemble des discussions, les clarifications et les explications qui surgissent lors de l'activité argumentative permettent de construire ce contexte cognitif partagé (Darses, 2006, 2002b). Elles font émerger des retours d'expérience, des débats, des évaluations qui permettent de construire les évaluations des propositions et des résultats des expériences, permettant ainsi de restreindre le champ des possibles et d'élaborer de nouvelles solutions. Les modalités de prises de décision, comme le lien qui est fait entre l'objet de cette décision, les évaluations et les argumentations des autres personnes sont significatives des asymétries présentes au sein du groupe projet de conception au moment où se prend la décision. C'est pourquoi il est nécessaire qu'existe un suivi des différentes évaluations des situations comme des expériences du projet. La prise en compte des évaluations et des propositions de tous évite les perceptions de mise à l'écart liées aux implicites qui sont courant de la part des experts (Cahour, 2002; Darses, Cahour, et al., 2001).

Les personnes qui sont engagées dans le processus de conception se trouvent en interaction avec autrui dans le cadre d'une activité argumentative. Dans ces situations, il s'agit de se comprendre pour expliquer et pour convaincre autrui. Certaines personnes proposent des solutions ou des pistes de solutions qui sont soumises au jugement des autres personnes. Darses (1997) montre que par cette construction régulière de la conception, les propositions deviennent de plus en plus concrètes et le grain s'affine au fur et à mesure que l'on avance dans la temporalité du projet. Au fur et à mesure des choix qui sont faits, des orientations sont prises et elles circonscrivent les champs de possibles.

Afin de faire avancer le processus de conception, cette activité de jugement et d'évaluation est selon Darses & Falzon (1996) :

- Spontanée. Il y a donc une nécessité de création de règles de coopération dans des situations d'hétérogénéité de connaissances entre les personnes.
- Armée : Les différentes évaluations, qu'elles soient positives ou négatives, sont toujours suivies d'explications et de justifications afin d'expliquer les motifs des désaccords et de nourrir les débats amenant à la construction de la solution.
- Etendue : il y a des ajouts de nouveaux éléments qui viennent se greffer lors des évaluations, en termes préventifs (« il faudra penser à »), négatifs (« il faut supprimer ») ou positifs (« d'ailleurs, on pourrait envisager... »)

Pour cela, il est nécessaire que les personnes se comprennent, aient un langage, des outils de communication partagés (Barcellini, 2008; Buckingham Shum et al., 2007; Cahour, 2002; Cahour & Pemberton, 2001; Darses, Cahour, et al., 2001; Elias et al., 2018). Ces moyens de communication offrent aux personnes engagées dans le processus de conception des solutions d'échanges d'information, pour niveler les connaissances et mettre à niveau les personnes sur les objectifs et l'avancée du projet (Barcellini, 2008; Détienne et al., 2004; Falzon, 1994). Ainsi, la possibilité et la capacité à se comprendre, par le partage de connaissances communes se construisent par les débats, les évaluations (Cahour, 2002; Clot, 1999). En effet, Cahour (2002) montre que les implicites liés notamment aux discours experts comme à l'utilisation de vocabulaire spécialisé créent des décalages socio-cognitifs propres à désengager certaines personnes du processus de conception. Dans les SSTI, les groupes projet de conception rassemblent des professionnels de la santé, des ergonomes, des ingénieurs, des designers, des épidémiologistes. Ce sont des spécialistes dans leur domaine et qui ont des discours experts (Falzon, 1994; Mollo & Falzon, 2009; Ryan et al., 2019). Ce processus se construit par la construction de l'expérience, des évaluations des propositions, dont émergent des compromis sans que des décisions hiérarchiques n'interviennent (Darses, 1997).

Les connaissances et les pratiques acquises par les personnes participant aux groupes projet (experts/novices) comme leur statut professionnel (pairs/non pairs) font varier la prise en compte des points de vues et de cette façon, les modalités de synchronisation cognitive (De Terssac & Chabaud, 1990; Falzon, 1994). Ainsi que le soulignent Cahour (2002) et Darses (2002b), des décalages socio-cognitifs influent sur la confrontation des points de vue, des arguments, des évaluations des expériences ou des hypothèses proposées dont dépend la construction du « [...] processus central de convergence vers la solution, et c'est de son efficacité que dépend le succès des organisations coopératives de la conception » (Darses, 2002a, p. 291). C'est ainsi que Détienne et al. (2005, 2016) ont montré qu'il y avait une corrélation entre les empêchements d'intégration du point de vue d'autrui lors des processus de conception et les défauts de construction de la décision lors de choix de conception. Ils soulignent ainsi, à l'instar de Cahour (2002) et Darses (2002b) l'importance en termes de performance des groupes projet et particulièrement de coopération des personnes.

L'intégration des points de vue des personnes dans le processus de conception ne peut se réaliser qu'avec l'évolution de la conduite de projet et l'affinement de la solution (Darses, 1997). Cette capacité à se comprendre et à intégrer le point de vue d'autrui se restreint lorsque

le problème est mal défini, si l'état des connaissances mutuelles est approximatif ou s'il existe des implicites, sociaux, techniques ou de métier (Cahour, 2002; Da Luz et al., 2009).

La création d'une nouvelle représentation de l'autre, comme de ce qui est attendu de la personne, de la part d'autrui comme de l'organisation nécessite une nouvelle appropriation. Cahour (2002) montre dans ces travaux que la représentation d'autrui comme de ce qui est attendu en terme d'action lors du processus de conception détermine les facteurs socio-cognitifs qui affaiblissent la participation des personnes à la conception. En effet, si les personnes ne se comprennent pas ou s'il y a des implicites entre des experts face à des novices, les débats autour des hypothèses proposées, les évaluations de celles-ci comme des retours d'expérience n'ont pas lieu (Cahour, 2002; Darses, Cahour, et al., 2001; Gernet, 2009; Schembri et al., 2015). Les personnes sont alors en difficulté pour construire leur rapport à autrui, à la tâche, à l'activité (Falzon, 1994), pour définir quel rôle elles construisent en fonction de leur perception des tâches attribuées, de leur place dans le groupe, de l'objet partagé (Cahour, 2002; Rocheblave-Spenle, 1969). Cette construction des rôles n'est pas uniquement et simplement liée au statut des personnes (Barcellini et al., 2015). Elle dépend des modalités de synchronisation cognitive mais aussi de la coordination.

Il s'agit de vérifier si la question de l'hétérogénéité des groupes projet de conception permet aux personnes de pouvoir s'enrichir mutuellement par les interactions ou si des facteurs sociocognitifs sont des freins à la synchronisation de l'activité ainsi que le soulignent Cahour (2002), Darses & al (2001) ou Poveda & Thorin (2000). De fait, les personnes ne sont pas en mesure de résoudre le problème adaptatif posé par la tâche de travail (Récopé, 2001), à savoir la recherche d'une solution à un problème caractérisé à partir du cahier des charges initial. C'est donc l'efficacité du collectif à réaliser la mission qui lui a été confiée qui se dégrade.

3.2.3 La synchronisation opératoire ou coordination

La synchronisation opératoire ou coordination se caractérise par la répartition des tâches entre les différentes personnes engagées dans l'activité de conception. Elle est nécessaire aux activités humaines lorsque celles-ci s'inscrivent dans un cadre collectif et concernent dans le cadre des projets de conception « *la coordination du processus de conception (par opposition à l'objet en cours de conception lui-même)* » (Barcellini, 2008, p. 42).

La synchronisation opératoire vise à l'allocation des tâches entre les personnes, mais aussi l'organisation temporelle (celle du projet, des personnes, de la charge de travail, des

clients, le rythme,), la gestion du projet (allocation des tâches, planification (Barcellini, 2008; Darses & Falzon, 1996). Elle a pour objectif de tracer la logique de la conception (Darses, Détiéne, et al., 2001b). La synchronisation opératoire a donc un rôle central dans la coopération. Il importe, pour le bon déroulement du processus de conception, que les personnes au sein du projet aient perçu, compris et soient en accord avec l'allocation des tâches ainsi qu'avec leur positionnement dans les temps du projet comme de la personne (Da Luz et al., 2009; Darses & Falzon, 1996). La synchronisation opératoire ou coordination est ainsi déterminante pour la construction de l'objet partagé (Sonntag, 1998) et la mise en place des conditions d'implication des futurs utilisateurs, promoteurs de l'incorporation de la solution future (Elias et al., 2018). Ainsi, cette synchronisation opératoire ou coordination se construit au fil des interactions entre les personnes, qu'elles soient verbales ou non. Elle ne dépend pas uniquement d'un individu en situation d'injonction mais des interactions et régulations au sein du groupe, de l'activité collective. En effet, c'est le processus collectif qui détermine les actions que doivent faire les autres personnes, de quelle façon elles doivent les accomplir, avec qui et à quel moment. Les modalités de construction du groupe et de son objectif participent aussi pleinement de la perception et de la compréhension que les personnes ont des objectifs du groupe, de ce que l'on attend d'elles comme du processus de conception. Ainsi Cahour (2002) et Cahour & Pemberton (2001) montrent que les personnes construisent les modalités de participation au groupe projet à partir de la compréhension des attentes prescrites de l'organisation et réelles du groupe, c'est-à-dire en fonction des modalités de coordination de l'activité de conception. En fonction du contexte dans lequel se place le groupe projet, les modalités de coordination sont différentes. La planification, la gestion du groupe projet et l'allocation des tâches au sein du groupe, en SSTI par exemple, peuvent être conditionnées par les risques encourus par les travailleurs, caractérisés par le suivi médical et l'évaluation des risques et des expositions des travailleurs : le diagnostic santé/travail co-construit par l'équipe pluridisciplinaire. Des contraintes organisationnelles peuvent aussi venir définir les modalités de coordination des groupes projet de conception, en raison des emplois du temps des participants, de besoins de production de l'entreprise ou des clients, de nécessités de service ou des contraintes du Milieu.

La synchronisation opératoire ou coordination permet l'organisation et l'articulation des tâches de travail en situation (Barcellini, 2008; Cahour, 2002). Dans le groupe projet, le coordinateur du projet, en proposant une coordination de l'activité, est en situation de pouvoir

réguler des conduites de personnes, d'en valoriser d'autres et d'impulser l'intention collective de réalisation de l'objectif commun (Elias et al., 2018).

3.3 L'approche par le rôle : une dynamique de l'activité de conception

Dans ce chapitre, il s'agit de définir ce qu'apporte une approche de l'activité de conception par les rôles assumés par les personnes, en fonction des actions qui sont réalisées dans les groupes projet. Il s'agit également de caractériser les dynamiques sous-jacentes aux différentes modalités de construction de ces rôles. La littérature nous indique que cette approche par le rôle est soumise à la variabilité des facteurs de contingence. Ainsi, il s'agit de réfléchir aux modalités d'étude de l'activité effective des personnes en réunion pour identifier les rôles que les personnes assument, consciemment ou non lors du processus de conception et la dynamique que cette assumption des rôles engendre pour le processus de conception. Il convient dans un premier temps de définir cette notion de rôle, souvent associé ou confondu avec le statut. Ensuite, il est nécessaire de caractériser ces rôles dans les groupes projet de conception en SSTI tant dans la perspective du déroulement des projets qu'en interrogeant la vicariance dans le contexte de projets multiples.

La construction des rôles assumés par les personnes émerge de leurs actions. Il s'agit donc pour les personnes engagées dans le groupe de répondre à plusieurs contraintes. Il y a en premier lieu une contrainte organisationnelle et contractuelle.

Cette construction des rôles pose une question pour le déroulement des processus de conception et pour l'activité des personnes. Dans la mesure où les personnes assument des rôles différents en fonction du contexte et des situations, cela modifie les interactions entre les personnes. Dans ce cadre où les personnes adaptent leur conduite, le rapport aux statuts, qu'ils soient professionnels, institutionnels ou sociaux varie lui aussi. Cependant, il paraît pertinent de pouvoir caractériser les situations rencontrées. Ces situations sont apparentées à des processus de négociations durant lesquels les personnes doivent réussir à convaincre les autres d'un point de vue afin d'établir une position (Cahour, 2002; Cross & Cross, 1996; Darses, 2006). Ainsi, Darses (2006) citant Breton (1996) explique que l'argumentation utilisée par une personne s'appuie sur son autorité. Celle-ci est issue en partie d'asymétries favorables en raison de son statut mais aussi d'une construction sociale qu'est la situation. C'est celui qui est en

position d'orienter l'action des autres personnes comme du groupe qui est en position d'asymétrie favorable (Chateauraynaud, 2006). Ce rapport à l'action se construit par la synchronisation de l'activité, qu'elle soit cognitive ou opératoire.

Il s'agit en effet de comprendre si dans certains cas, les rôles sont par conséquent des facteurs de renforcements des asymétries statutaires. Les rôles peuvent permettre à des personnes d'influer et d'orienter l'activité du groupe comme des autres personnes alors qu'elles ne le font pas habituellement. Il s'agit de regarder si ces asymétries se cristallisent lors des projets ou si elles se modifient à l'occasion de l'évolution des rôles. L'objet est de montrer que lors de groupes projet de conception, les asymétries, autres que statutaires, ne sont pas figées. Il s'agit d'établir un cadre et les modalités de l'évolution de ces asymétries qui peuvent se transformer en fonction de l'avancée temporelle et de l'objet de la conception comme de dynamiques sous-jacentes à la construction des rôles.

3.3.1 Une définition du rôle

Le « rôle » est un concept qui évolue au fil des recherches, particulièrement au XXème et XXIème siècles, en psychologie sociale, en sociologie, en sciences de gestion, en management et en ergonomie cognitive. Cette notion de « rôle » est à la convergence de l'ensemble de ces disciplines. Les modalités de construction du rôle émergent des actions des personnes. Les différentes disciplines qui cherchent à comprendre et à analyser l'activité humaine ont travaillé le concept de rôle avec des approches différentes. Il s'agit au fil de l'histoire des sciences humaines d'une évolution à laquelle ont contribué des chercheurs venus de domaines variés.

En sociologie, la visée de la discipline est de pouvoir appréhender dans leur globalité les systèmes sociaux. Elle présente les rôles comme non conscientisés par les personnes (Rocheblave-Spenle, 1969). Contrairement aux rôles sociaux ou familiaux (être père ou mère par exemple), les rôles professionnels sont définis plus finement, plus institutionnellement (Rocheblave-Spenle, 1969).

A cette fin, les travaux de sociologie font émerger et articulent les structures institutionnelles, normatives, sociales et culturelles qui encadrent l'activité. Dans la littérature, en particulier dans la première moitié du XXème siècle, une confusion est constatée dans la

caractérisation et l'emploi des termes « statuts » et « rôles » comme le montre Rocheblave-Spenle (1969). Linton apporte des éclaircissements dans cette caractérisation en introduisant une définition statique du statut (les personnes les unes par rapport aux autres). Linton (1936, p. 114) détermine un caractère effectif du rôle, en action et qui est dynamique :

“The individual is socially assigned to a status and occupies it with relation to other statuses. When he puts the rights and duties which constitute the status into effect, he is performing a role”

Pour Linton (1936) la construction des rôles est issue de l'activité de la personne, encadrée par des contraintes liées au statut. Une dynamique est sous-tendue d'une part par la position occupée par les personnes qui lui confère un prestige, d'autre part par le comportement en situation.

Dans une approche interactionniste, Bales (1950), un chercheur en psychologie sociale mobilisé par Barcellini (2008), catégorise les conduites des personnes dans des situations spécifiques marquées par la réalisation d'objectifs. Ces travaux avaient pour objet d'analyser des groupes et les rôles qui en émergeaient et de co-construire les modalités d'interaction au sein des groupes afin qu'ils gagnent en efficacité. Ces travaux comme ceux de Benne & Sheats (1948) montrent que les personnes au sein des groupes construisent des rôles successifs. Cette construction des rôles n'est pas figée. Elle se transforme, s'adapte ou change en fonction de l'activité, des besoins, du contexte ou des situations, ce qui induit des changements de rôles :

“The roles are identified in relation to functions of facilitation and coordination of group problem-solving activities. Each member may of course enact more than one role in any given unit of participation and a wide range of roles in successive participations.” (Benne & Sheats, 1948, p. 43).

Benne & Sheats (1948) distinguent 3 catégories de rôles. Les rôles sont classés en fonction des actions favorisant l'activité, des transmissions de connaissances et de la formation qui participent de la coordination du groupe. Dans cette catégorisation proposée par Benne & Sheats (1948), les rôles sont définis relativement à la mobilisation de la tâche.

Dans cette logique, Parsons & Shils (1951) dans leur théorie de l'action, en sociologie, proposent un schéma conceptuel dans lequel sont liées la manière dont l'action se structure en rôles, les valeurs sur lesquelles s'appuient l'action et les différentes prescriptions qui l'encadrent. Parsons & Shils (1951) conçoivent cette théorie de l'action comme un système d'enchâssement commençant par la culture, puis la Société et enfin la personne. Ainsi, dans la logique d'enchâssement proposée par Parsons & Shils (1951), le fondement des rôles s'appuie initialement sur les statuts sociaux et institutionnels.

Dans la seconde moitié du XXème et au XXIème siècle, la conscience de l'importance du rôle dans l'activité se renforce et tend à se préciser ainsi que l'écrit Cherkaoui, cité par Coenen-Huther (2005, p. 65) qui « considère le concept de rôle comme un «concept majeur pour définir l'identité sociale des individus». Dans la mesure où ce rapport à l'identité n'est pas statutaire, c'est une construction sociale issue des interactions au sein d'un groupe déterminé. L'approche de la notion de rôle demeure marquée par l'approche interactionniste. Cette approche est présente notamment par la co-construction, cognitive comme opératoire, dans les différents travaux de recherche (Barcellini, 2008). Barcellini & al (2014, p. 217) définissent les rôles de la façon suivante :

« We define roles as actual and emerging participants' behaviors that appear and differentiate in local contexts of interaction (Baker et al., 2009; 2003; Barcellini et al., 2008a; Détienné et al., 2012). This way, roles are strongly linked to activities actually performed by participants and this notion is distinct from the notion of status, as seen in social psychology, which refers to ranks or formal social positions. »

Dans ce cadre, il y a une assimilation des rôles et de l'activité des personnes. Barcellini (2008) et Barcellini & al (2014) apportent une distinction claire entre une dimension statique du statut et la dynamique du rôle, issue de la conduite, de l'action des personnes dans des situations d'interactions.

Des auteurs tels Giraud (2015) montrent que les rôles, dans des situations de positionnement syndical, ne sont pas liés au statut professionnel des personnes ni à un statut social figé, mais sont une construction issue des interactions. Favret-Saada (2009) construit son analyse sur la détermination du rôle des personnes dans les interactions et les relations sensibles qui fondent la sorcellerie du Bocage Normand. Ces rôles sont fondés sur des statuts sociaux bien déterminés, avec des tâches précises. Ensuite, les personnes endossent des rôles dans un

contexte social et normatif et lors des différentes interactions qui fondent la sorcellerie du Bocage Normand, en fonction de l'évolution des situations entre les acteurs, mais aussi d'un contexte social et cognitif de la situation. Ces différents rôles qu'assument les personnes et qui participent de la construction de l'activité impactent de fait la construction de la santé individuelle (comme collective). La construction des rôles s'inscrit dans des dynamiques interactionnelles, au sein desquelles les personnes en échangeant, construisent et se construisent face à la prescription dans un collectif qui devient protecteur (Davezies, 2005). La situation déstabilisante peut notamment être due au stress lié à la surcharge ou au manque de définition du travail (Ayed & Vandenberghe, 2019; Katz & Kahn, 1978).

L'hétérogénéité de la composition des groupes et des compétences fait notamment partie du contexte des SSTI et Granath & al (1996) comme Garel (1996) montrent que dans des groupes à forte expertise, le travail de conception est particulièrement créatif et produit de nombreuses solutions en raison des débats, des évaluations et du partage d'expérience. Ce qui importe pour les personnes est autant la conception de la solution au bénéfice du collectif que l'apprentissage de nouvelles connaissances d'un point de vue individuel. Il émerge que dans ces groupes à forte expertise, les personnes ne semblent pas entravées par des intérêts corporatistes qui seraient un frein pour le processus de conception.

Anzieu & Martin (1994) montrent également que l'hétérogénéité professionnelle, sociale, et l'expérience des personnes au sein des groupes est un moteur de la performance du processus de conception. Leurs travaux font émerger que les personnes assument des rôles en fonction de ce qui fait valeur pour elles et se spécialisent dans une tâche particulière. Midler (1993b) insiste sur la grande variabilité du spectre qui caractérise le rôle des personnes car les positions d'expertises ne sont pas cristallisées et évoluent en fonction des situations et du contexte.

3.3.2 Les rôles dans le cadre des SSTI

Caroly (2013) montre que dans les SSTI qu'elle étudie, les médecins du travail endossent des rôles correspondant aux besoins de la situation mais aussi en rapport avec des compétences maîtrisées et/ou appréciées. Ainsi, lorsqu'émerge une demande concernant un sujet que le médecin du travail ne maîtrise pas nécessairement, il endosse un rôle de

coordinateur de l'équipe et interroge les membres de l'équipe pluriprofessionnelle afin de faire le point avec eux. Cette coordination permet d'allouer les tâches aux personnes en fonction de leurs compétences (évaluation des risques au technicien HSE, FE à l'AST, analyse de l'activité à l'ergonome, analyse toxicologique au toxicologue industriel). Le médecin du travail demeure le coordinateur de l'étude et fait le lien santé travail. Cependant, parfois lorsqu'il délègue et distribue les tâches aux autres personnes, en particulier aux IPRP, il n'y a pas nécessairement de co-construction de l'intervention :

« [...] un médecin du travail dans une posture du côté de l'hygiène industrielle cantonnera l'ergonome IPRP à de la métrologie alors qu'il a des compétences en analyse du travail et en intervention pour la transformation des situations de travail »
(Caroly, 2013, p. 5)

Les autres experts au sein des SSTI font de même et adaptent eux-aussi leurs manières de faire aux besoins qu'ils ont identifiés ou aux demandes qui leur ont été formulées. Ce ne sont pas des conduites qui sont définies, figées et statiques en lien avec les statuts des personnes. Il existe une variabilité des conduites qui répond à une réponse adaptative des personnes à des besoins identifiés, à une demande, en fonction de son vécu, de son expérience, de ses compétences, sans qu'il n'y ait d'impératifs comme le souligne Vion (1996, p. 25):

« Les places institutionnelles sont celles qui définissent le cadre interactif. Il ne faudrait toutefois pas penser que les rôles sociaux [...] passent par l'application de scénarios précis. Il y a bien sûr des contraintes et des règles comportementales mais celles-ci ne sont jamais impératives au point de contraindre le sujet à recourir à une et une seule manière de parler et d'agir »

Dans un collectif homogène, l'activité individuelle des personnes alimente et supporte l'activité collective, à l'instar de Granath & al (1996). Ainsi, comme l'explique Mondada (1999, p. 24) :

« Le caractère ordonné des conduites est lié à leur caractère descriptible (à leur accountability), en vertu duquel les interactants manifestent notamment, de façon reconnaissable, afin d'organiser de façon intelligible leur action et de permettre à leurs

partenaires de s'y ajuster. Autrement dit, le problème de comment catégoriser les interactants est d'abord un problème pratique qui se pose à eux-mêmes dans le cadre de l'organisation de l'interaction [...] »

Cette définition du rôle par l'état de l'art permet de construire une caractérisation des rôles au sein du SSTI, et en particulier dans les projets de conception étudiés, fondée sur les actions des personnes, sur des régularités des conduites dans des situations ou des contextes comparables.

Barlet (2015) confirme l'analyse de Caroly (2013). Elle met en exergue que les médecins assument des rôles qui les placent en situation de coordonner l'activité, d'évaluer, de distribuer les tâches et de prendre des décisions. Elle met en évidence qu'il existe au sein des différents SSTI qu'elle étudie une position asymétrique favorable des médecins du travail qui n'est pas déterminée uniquement par les asymétries statutaires. Les actions en situation la rendent effective. Ainsi, la capacité d'injonction du médecin décrite par Caroly & Sallah (2015) n'est cependant pas la même pour tous les métiers de l'équipe pluridisciplinaire, ni en fonction du moment, des besoins d'expertises, du manque de temps, etc. Dans l'activité de prévention des risques, Barlet montre que le médecin du travail assume le rôle de l'acteur principal, unique voix intelligible. Les autres personnes assument des rôles qui viennent « *outiller l'approche globale du médecin* » (Barlet, 2015, p. 236).

Barlet (2015, 2019) propose ainsi une analyse des rôles des différents acteurs des SSTI fondée sur les interactions des équipes pluriprofessionnelles afin de faire émerger « *le processus de co-construction des territoires de chacun (assimilé à des « luttes de juridiction* ») » (Op. Cit. 2015, p. 217). Elle souligne que les IPRP ont la perception d'apparaître comme des « *sous-traitants* » lors des interventions quand les médecins du travail ont un rôle stable.

3.3.3 Les rôles dans les projets de conception

Dans les groupes restreints, tels que les groupes projets de conception, il apparaît que la capacité du collectif à développer des solutions de conception est étroitement en lien avec l'objet partagé que les personnes se sont fixées comme but à atteindre (Cahour, 2002; Darses, 2009; Darses, Cahour, et al., 2001). Les rôles se distribuent progressivement, relativement à l'activité de chacun et en lien avec la mission à réaliser. Au fur et à mesure qu'émergent des solutions qui semblent acceptables, les personnes sont amenées à faire des choix, liés à leur

expertise ou à leur savoir-faire, qui les différencient (Barcellini, 2008; Cahour, 2002; Poveda & Thorin, 2000).

Cahour (2002) met en évidence que l'évolution des rôles résulte des arbitrages et de l'agir des personnes. Inversement Engeström & al (2015) considèrent que l'interaction, ainsi que l'ordre des actions qui sont attendues, est régulée par un script déterminant les rôles des participants. Barcellini, Détienne, & Burkhardt (2008), montrent que c'est la synchronisation de l'activité, cognitive ou opératoire, qui, en fonction des besoins perçus par les personnes, favorise ou non cette construction des rôles. L'émergence de certaines combinaisons de rôles, dès lors qu'un équilibre entre les rôles s'instaure, pourra être un facteur de dynamique du processus de conception. Détienne & al (2016, p. 16) citant Vion (1992) expliquent que cette dynamique sous-jacente à la construction des rôles durant l'interaction lors du processus de conception s'effectue par des transitions entre les personnes :

« Furthermore, interactive roles of participants 'interact' with each other, in a reciprocal way: as the inter-active role of one participant changes, moving away from regulating the interaction, in a reciprocal way, another participant may 'step in' to fulfil that 'vacant' role »

Détienne & al (2016) mettent ainsi en exergue la vicariance des rôles dans l'interaction. Ce ne sont pas les personnes elles-mêmes qui définissent la spécialisation, c'est l'activité en lien avec le contexte qui le fait.

3.4 Différentes modalités de précision des rôles

Il s'agit dans ce paragraphe de pouvoir identifier des modalités de caractérisation des rôles qui peuvent être transposables au contexte particulier de conception participative des groupes Projet des SSTI à partir des éléments des travaux présents dans la littérature.

3.4.1 La caractérisation des rôles dans le champ de la conception

Il est majeur de notre point de vue de pouvoir comprendre et apprécier ce qui détermine les rôles. Caroly (2010, 2013; 2011) met en évidence que les personnes trouvent des moyens par lesquels construire et développer leur action. Elles le font au moyen des possibilités offertes par les interactions au sein des groupes. Barcellini (2008) suggère que le rôle est marqué par le statut et l'expertise reconnue mais celui-ci se construit au cours de l'activité. Ainsi, Barcellini, Prost & Cerf (2015) montrent que ces rôles ne sont pas directement issus des statuts mais sont sous-jacents des modalités de synchronisation cognitive ou opératoire. En effet, les 4 types de rôles sont de leur point de vue caractérisés en fonction des interactions entre les personnes et

The four types of role.

	Interacting role	Group-oriented role	Task-oriented role	Production role
Goal	Embracing the level of participation of a participant & his/her position in the related communication network of design discussions	Characterizing participation to coordinate the group: – coordination of activities (e.g. allocation of tasks) – regulation of interactions	Embracing participation in the considered task	Characterizing direct actions on the considered artifact
Descriptors	Number of contributions or turns in discussions	Position in interactions: opening a turn, closing a turn	Depends upon the design situation under scrutiny: - In Barcellini et al. (2013), the task model used was that of collaborative design activities (generation, clarification, evaluation of solutions) - In our study: Themes grouped into levels of abstraction and number of turns of each participant for this level (see Table 4)	Number of modifications of the source code of the software

Figure 8 Les types de rôles / The types of role (Barcellini, Prost, & Cerf, 2015 p.32)

orientés par la synchronisation opératoire et cognitive (Figure 8). Les auteurs caractérisent des rôles auxquels sont attribués des buts et qui sont identifiés dans les matériaux au moyen de descripteurs. La caractérisation cherche à faire émerger les articulations entre les conduites des personnes, la synchronisation cognitive et la synchronisation opératoire. Par exemple, quelle

position prend la personne dans les échanges lors du processus de conception ; la caractérisation de la participation dans l'organisation du groupe afin de mettre en évidence les régulations et les coopérations produites.

Afin de construire une catégorisation des rôles, il apparaît essentiel de répertorier les actions relatives aux éléments de synchronisation opératoire/coordination qui sont constitutifs des rôles. Il s'agit de l'ensemble des caractéristiques d'organisation du groupe, que ce soit pour coordonner les tâches, proposer des régulations lors du processus de conception ou distribuer les tâches de travail. Ces éléments permettent dans la construction des matériaux, d'apporter des éclairages et de pouvoir faire émerger des régularités en termes de conduite des personnes lors du processus de conception. Ce sont de plus des définitions des actions qui permettent de définir précisément les caractéristiques de la synchronisation opératoire comme de la synchronisation cognitive.

De la même façon, Denis & al (2012) mettent en avant que cette distribution des rôles se construit au fil de l'activité des personnes, notamment au travers des actions et du discours visant à argumenter et justifier comme à proposer. Ces opérations participent de la synchronisation cognitive comme opératoire.

QUOI	COMMENT
Proposer	toute intervention destinée à proposer, développer ou justifier une nouvelle solution relative à l'objet de conception
Évaluer	toute intervention destinée à évaluer un critère ou une proposition
Demander de l'information	toute intervention visant à s'informer sur une proposition en cours de discussion
Donner de l'information	toute intervention visant à informer les autres participants sur une proposition en cours de discussion
Ajustement cognitif	toute intervention permettant de construire une représentation commune d'une solution proposée lors d'échanges antérieurs à la réunion et toute intervention visant à vérifier que des interlocuteurs parlent bien de la même chose

Figure 9 Caractérisation des rôles / Characterization of roles (Cahour, 2002)

Cahour (2002) dans des réunions de conception participatives dans l'industrie automobile caractérise les rôles des participants par leurs actions dans le groupe :

« *Qui produit des idées ? Qui évalue ? Qui informe ?* » (Op.Cit. 2002, p. 322)

Ces travaux de Cahour sont réalisés lors de groupes projet qui ont la particularité d'être hétérogènes, d'un point de vue professionnel, social comme statutaire. Elle définit précisément ces critères afin de pouvoir caractériser finement les rôles des personnes engagées dans le processus de conception participatif étudié tel que le présente la Figure 9. Cette caractérisation fine des rôles des personnes s'attache à faire émerger le lien existant entre la synchronisation cognitive et la construction du rôle.

Cette caractérisation des rôles par les actions réalisées par les personnes en situation, qui font émerger des régularités dans les conduites est également le choix effectué par Barcellini (2008). Dans le contexte d'une communauté de développement de logiciels libre, où les rapports entre les membres ne sont pas encadrés par relations contractualisées comme au sein d'une entreprise, les rôles font émerger les positions effectives des personnes dans les différentes possibilités d'interactions offertes.

Dans son travail de thèse intitulé « *Conception de l'artefact, conception du collectif : dynamiques d'un processus de conception ouvert et continu dans une communauté de développement de logiciels libres* », Barcellini (2008) définit le rôle précisément. Il possède un caractère interactif. Elle définit ce rôle à partir d'un caractère quantitatif (le nombre de messages envoyés et le nombre de messages auxquels d'autres ont répondu) ainsi que du positionnement des personnes dans les interactions, la capacité d'initier les échanges et leurs objets. Ce sont ces analyses structurelles qui permettent de faire émerger différents rôles auxquels Barcellini associe les caractéristiques de l'activité dont ils sont issus ainsi qu'ils sont présentés à la Figure 10.

QUI	COMMENT
Animateurs ou lanceurs	Discutent et maintiennent des discussions et évaluent les idées des autres.[...] Ces participants les plus actifs peuvent être qualifiés de premiers locuteurs ou groupe leader des listes (Alkrich et Méadel, 2003) ou de noyau dur (Conein, 2004b).
Personnes qui questionnent	Elles sont à la recherche d'aide, de soutien ou de clarification.
Les personnes qui répondent et conseillent (Alkrich et Méadel, 2003)	Elles participent souvent à des fils initiés par d'autres. Elles sont également assez constantes dans leurs contributions,
Les agitateurs	lancent beaucoup de fils mais y participent peu. Quand ils ont une volonté affichée de nuire on les appelle des « trolls ». Ils participent à des listes diverses et sont souvent provoquants. On pourrait les confondre avec des questionneurs, mais ils ont souvent moins de lien, en termes de nombre d'interactions, avec les autres dans le réseau social
spammers	initient de nombreux fils, mais ne répondent jamais
lurkers	se contentent de regarder les discussions (Preece et al., 2004)

Figure 10 Les rôles / the roles (Barcellini, 2008)

Ces différents rôles participent de la synchronisation cognitive mais aussi de la coordination pour l'animateur par exemple. Barcellini intègre à cette nomenclature des rôles spécifiques de « leader » et de « super expert » et « d'acteur d'interface ». Il s'agit de personnes dont les rôles particuliers les placent en position asymétrique favorable au sein des projets. Leur situation de prise en main de l'activité de conception les place en charge de la synchronisation opératoire comme cognitive.

Les travaux de Cahour (2002) s'approchent de notre contexte de recherche. Ils proposent l'étude de groupes de conception pluriprofessionnels restreints dont les niveaux de connaissances contextuels et techniques sont hétérogènes. Cahour (2002, p. 323) dans ses travaux propose, au travers des actions des personnes, une caractérisation de 3 rôles :

- « Un rôle de co-concepteurs qui feront avancer la conception du nouvel atelier en imaginant des solutions et en les évaluant à partir de leur expérience ;
- Un rôle d'évaluateurs et de critiques des propositions qui ont été préalablement pensées par les acteurs des méthodes ;
- Un rôle de futurs utilisateurs qu'il faut Informer et former au fonctionnement du nouvel instrument de travail »

Cette caractérisation des rôles s'inscrit dans des groupes de conception pluriprofessionnels. Ainsi, Cahour (2002) souligne différences relatives aux métiers et à leurs positions hiérarchiques qui impactent les modalités de synchronisation de l'activité de conception. Ces dernières mettent en évidence les décalages sociocognitifs, facteurs d'une baisse de la participation des personnes en réunion de conception.

Les personnes adaptent leurs actions et assurent des rôles différents afin de répondre au fur et à mesure aux situations qui se présentent et qui nécessitent d'être réglées pour permettre de vivre et d'aller au bout de la mission. Goffman (1973) fait émerger ce rapport entre les personnes et l'action autorisant les personnes à endosser des rôles différents. Le schéma d'une activité collective coordonnée se retrouve en Free Jazz ou en Blues lors des sessions d'improvisations durant lesquelles les musiciens assument successivement les rôles de soutien rythmique, de chercheur, de soliste, d'animation (Roueff, 2010). La position favorable de celui qui a l'attention du public et sa capacité à orienter l'action du groupe s'estompe dès lors qu'il change de rôle. L'objectif de chacun, quel que soit son rôle, n'est pas d'amener la lumière sur lui, mais de participer collectivement à l'élaboration, à la construction d'un objet partagé, le morceau, pour un utilisateur, le public. L'activité des personnes s'élabore notamment par la réalisation d'actions successives qui construisent les rôles assurés au sein de collectifs experts. Dans ces modalités de réalisation du travail, il s'agit de comprendre quelles sont les asymétries et les dynamiques d'asymétries successives inhérentes aux rôles. En quoi celles-ci influencent-elles le déroulement du projet et les modalités de participation des personnes, de synchronisations cognitive comme opératoire ?

3.4.2 Une organisation des rôles au service d'un processus pluriprofessionnel de conception

A partir des travaux de Cahour (2002; 2001), il a été possible d'avoir une approche de l'articulation entre les statuts et les rôles endossés par les personnes notamment par les facteurs impactant les interactions dans des groupes de conception hétérogènes statutairement, socialement et professionnellement. Elle montre comment les implicites et les relations privilégiées issues des statuts professionnels impactent l'engagement et la participation des personnes à la conception, mais aussi l'orientation de l'activité et des décisions lors du processus de conception. La limitation des interactions diminue les actions et la participation

des personnes dans le processus de conception. C'est un facteur d'empêchement de la mise en acte de la créativité, de l'évaluation des propositions d'autrui, de l'apport de connaissances aux autres personnes.

Les travaux de Barcellini (2008) se concentrent sur l'étude des dynamiques issues d'interactions virtuelles entre experts au sein des communautés de développement de logiciels libres. Les travaux proposent une analyse de « *la dimension sociale du processus à travers les formes de participations, et notamment les rôles des participants dans le processus de conception* » (Barcellini, 2008, p. 53). Ils apportent un éclairage sur les dynamiques issues des interactions entre experts dans un processus de conception. Ce sont les actions des personnes qui font émerger les rôles qu'elles ont construits. Barcellini (2008) montre que lors de la construction des rôles, les interactions issues de la synchronisation cognitive sont centrales dans ces processus de conception. Elle souligne que c'est le processus de conception qui est majeur et porteur de dynamiques et non les outils par lesquels est médiatisé ce processus.

Barcellini & al (2014) proposent de différencier les rôles connexes à la synchronisation opératoire ou cognitive des rôles socio-relationnels. Les rôles en lien avec la synchronisation « *[...] are characterized by participants' activities oriented toward definition and reformulation of objectives, or synthesis activities oriented towards group management* » (Barcellini et al., 2014, p. 14). Ce sont des rôles qui organisent, planifient et stimulent les actions des personnes notamment par leurs décisions. En ce qui concerne les rôles socio-relationnels, les auteurs les rapprochent de la capacité à fluidifier les relations entre les personnes au sein du groupe durant le processus de conception afin de trouver des compromis, en encourageant ou en arbitrant. Ce processus porte sur la construction « *of a free, expressive and participative context that is essential for group cohesion and learning or for performance, as analyzed in training situations (Bennes & Sheats, 1948)* » (Barcellini et al., 2014, p. 14). Les auteurs mettent en évidence, comme Détienne (2006), que ce qui tient des questions socio-relationnelles est déterminant pour la construction et la performance du processus de conception, notamment pour parvenir à concevoir collectivement une solution qui paraisse à tous comme répondant le mieux au cahier des charges dans la situation.

Cette importance des rôles socio-relationnels qui participent à unifier et à faciliter la synchronisation cognitive comme opératoire est aussi mise en avant par Cahour (2002).

Ces deux cadres nous ont permis de construire une approche de notre terrain. Celle-ci s'est en premier lieu constituée sur les fondements provenant des travaux de Cahour. Il est nécessaire de pouvoir mettre un cadre à l'étude des groupes. Le contexte de la Santé au Travail dans lequel s'établit la recherche, même s'il peut sembler à première vue éloigné de l'industrie automobile comme chez Cahour en est finalement assez proche. D'ailleurs, le Mode Projet qui existe au sein du SSTI est inspiré des travaux de Cahour (2002) et Darses & al (2001). En effet, la directrice du SSTI a participé aux études sus-citées et a publié antérieurement sur les modalités de participation des personnes lors des processus de conception (Poveda & Thorin, 2000). Il existe ainsi des liens directs dans la manière d'envisager l'activité des personnes, mais aussi entre les processus qui encadrent les modalités de coordination de cette activité au sein des groupes projet de conception. Les groupes projet de conception ont, à l'instar de ceux étudiés par Cahour (2002), mais aussi par Poveda & Thorin (2000) ou Darses & al (2001), une composition hétérogène professionnellement, socialement, statutairement et d'expertise. Au-delà du contexte particulier de la santé au travail, les travaux de Cahour ont permis de développer une approche du traitement des interactions des personnes lors de processus de conception ayant des objets plus ou moins partagés en début de projet et des connaissances techniques, du contexte, de la situation hétérogène. Elle met ainsi en évidence que la construction du cadre participatif (Cahour, 2002) va au-delà de la synchronisation opératoire ou cognitive. En effet, il permet à chacun de comprendre ce que l'on attend de lui et de se positionner dans le groupe comme dans le processus de conception. Cela nécessite que des personnes puissent engager des qualités qui tiennent des questions socio-relationnelles.

Ainsi, c'est à partir de ces éléments fondateurs de caractéristiques des rôles que nous commençons à construire une réflexion sur les caractéristiques propres des rôles à notre contexte. Ces caractéristiques sont encadrées, dans notre perspective, par une représentation de l'activité des personnes qui fonde les possibilités et les racines de la synchronisation. Cette représentation constitue un cadre pour l'activité des personnes et l'analyse de celle-ci, notamment pour la construction des rôles en interaction avec les autres personnes engagées dans le processus de conception.

Ainsi deux grandes catégories sont distinguées, d'une part les questions en lien avec la synchronisation, qu'elle soit opératoire ou cognitive, à savoir :

- La formulation d'hypothèses, de propositions,
- La prise de décision
- L'évaluation des expériences, des propos d'autrui
- La transmission de connaissances
- L'organisation, la gestion du groupe, la planification

Et d'autre part, une catégorie transversale, en lien avec les questions socio-relationnelle qui concerne les manières de faire, de favoriser les interactions, d'ouvrir le champ des possibles.

Ces 5 caractéristiques présentées à la Figure 11 représentent :

- La formulation d'hypothèses, de propositions,
- La prise de décisions
- L'évaluations des expériences, des propos d'autrui
- La transmission de connaissances
- L'organisation, la gestion du groupe, la planification

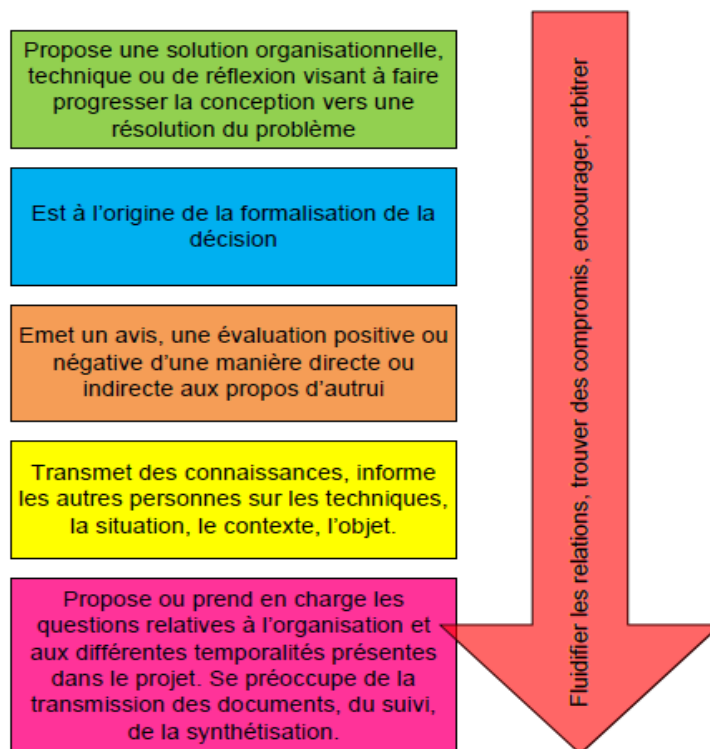


Figure 11 modalités de participation à la construction de l'objet commun / modalities of participation in the construction of the common object

Dans le cadre des SSTI, Barlet (2015, 2019) montre qu'il s'agit d'un système encadré par des contraintes statutaires et organisationnelles. Celles-ci engendrent des modalités de synchronisation de l'activité, qu'elles soient opératoires ou cognitives, et notamment de la coopération entre les personnes (Caroly, 2013, 2016; Caroly & Sallah, 2015). Les modalités de la synchronisation de l'activité engendrent des actions des personnes qui lorsqu'elles sont le reflet de régularités, peuvent alors faire émerger les rôles assumés par les personnes lors du processus de conception.

La thèse se construit en s'appuyant sur les asymétries statutaires constatées au sein des SSTI qui émergent de l'activité des personnes comme le montrent Caroly (2013, 2016) ou Barlet (2019) dans l'activité des médecins du travail au sein des équipes pluridisciplinaires, Darses (2009), Cahour (2002) dans des groupes projet de conception ou Cuny-Guerrier & al (2015) en ce qui concerne le management dans la découpe de viande par exemple.

Le processus de conception peut se révéler plus ou moins participatif et il produit alors des modalités de construction différentes. Celles-ci sont relatives aux moyens, à la prescription. Ces modalités orientent les conduites des personnes, les actions qu'elles réalisent et par conséquent les rôles qu'elles endossent. Il importe de regarder, comme cela est illustré à la Figure 12, si les différentes modalités de construction du processus de conception peuvent ou non être à l'origine de dynamiques sous-jacentes à la rotation ou l'alternance des rôles. Y-a-t-il des dynamiques sous-jacentes à certains rôles car ils offrent une possibilité d'orienter l'action des autres personnes en situation ?

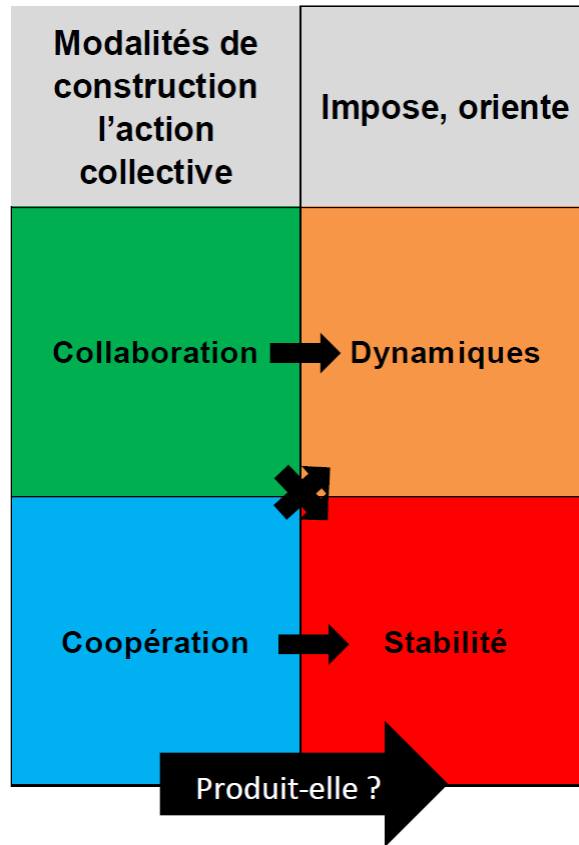


Figure 12 Analyse des effets des asymétries en fonction des modalités de coordination / Analysis of the effects of asymmetries according to the coordination modalities

Il importe par la suite de mettre ces dynamiques en relation avec les statuts préalablement constatés. Il s'agit alors de regarder si les statuts permettent de comprendre ou non les dynamiques qui sont apparues. Il convient alors de comprendre en quoi les asymétries statutaires comme les asymétries issues de la dynamique de construction des rôles sont porteuses de freins ou de leviers propres au développement du fonctionnement pluriprofessionnel du processus de conception.

4 Asymétrie et dynamique des asymétries : frein ou levier organisationnel ?

Dans ce chapitre, il s'agit de se poser la question des apports des asymétries à la construction des modalités de coordination de l'activité. Toutes les formes d'asymétries sont intégrées, qu'elles soient statutaires ou relatives à la construction des rôles des personnes pour répondre à un besoin en situation. Ogien (1987, p. 62) dans ces travaux aborde cette question et pose la question :

« [...] comment l'idée d'« équipe » s'actualise-t-elle pratiquement ; ou, très précisément, comment l'exigence de concertation et de coopération, qui est au fondement de l'idée d'« équipe », se traduit-elle concrètement dans l'activité collective de professionnels détenteurs de positions statutaires et de responsabilités techniques inégales ? »

Ogien (1987) montre que ces situations sont évolutives et s'actualisent en fonction des actions des personnes. Il s'agit de regarder si les dynamiques de ces asymétries, notamment dans la succession des rôles, sont des freins ou des leviers pour la construction d'un fonctionnement réellement pluridisciplinaire lors du processus de conception. Plusieurs auteurs montrent que des personnes au sein des groupes se positionnent en position de coordonner l'activité des autres. Cette coordination de l'activité collective s'étend aussi bien à la synchronisation opératoire que cognitive. Benne & Sheats (1948) comme Barcellini & al (2014) ou Astous & al (2004) montrent que certaines personnes ont une activité singulière favorisant le processus de conception participatif facilité par leur position asymétrique favorable.

4.1 Des asymétries situées facteur de l'évolution des modalités de coordination de l'activité

La manière dont les asymétries s'inscrivent dans l'activité est étroitement liée, au-delà de la situation, au contexte socio-professionnel dans lequel se situe l'action. Ce contexte fonde

les manières de faire, d'agir envers autrui en fonction de telles ou telles situations. Que ce soit dans le cadre des équipes pluriprofessionnelles comme dans le cadre des groupes projet de conception, les modalités de coordination de l'activité sont fondées sur un partage et une distribution du travail. Elles s'appuient également sur la reconnaissance des compétences et de l'expertises de certaines personnes dans le groupe, une mise à niveau des connaissances techniques, contextuelles, fondamentales entre les participants et une planification. Dans ce cadre, les règles dialectiques qui s'appliquent lors du processus de conception participent de l'affirmation de la position asymétrique favorable de certaines personnes (Darses, 2006). Ainsi, les évaluations, les propositions et la défense de ces règles contribuent à fortifier des asymétries. C'est cette fonction dialectique du processus de conception qui permet la reconnaissance par l'action de l'expertise métier, de connaissances ou de savoir-faire, mais aussi de position statutaire (Cahour, 2002; Darses, 2006; Darses, Cahour, et al., 2001).

Moliner (2009) comme Dambrun (2010) ou Ho & al (2015) montrent dans leurs travaux que si les personnes dans un groupe n'ont pas nécessairement la même perception d'autrui, elles partagent par contre des représentations différenciées en fonction des statuts comme des positions sociales ou du genre. Moliner met en avant que ces représentations amènent à conscientiser la position asymétrique favorable ou défavorable dans laquelle se trouvent les personnes. Ceci contribue à stabiliser les asymétries tout en développant des coopérations entre les personnes. Cette coopération a pour objectif d'asseoir et d'affirmer les asymétries en place, notamment en montrant ses compétences, ses connaissances, son expertise, son utilité, ainsi que le met en avant Cahour (2002).

Ogien (1987) met en exergue dans ses travaux les asymétries liées aux statuts comme aux connaissances qui impactent les pratiques des équipes médicales :

« Dans un tel contexte d'inégalité statutaire, l'instauration de la collaboration qu'implique l'idée de « travail en équipe » est marquée d'emblée par une contradiction : la collégialité est contrariée par la nécessité du respect de l'ordre hiérarchique. »
(Ogien, 1987, p. 63)

Bourdieu (1979) insiste sur le statut et la position sociale du médecin. Barlet (2015, 2019) ou Caroly & al (2012; 2015) dans leurs travaux illustrent particulièrement les relations interprofessionnelles au sein des SSTI. Elles montrent de quelle façon le positionnement

professionnel et statutaire de certains peuvent être sources de tension dans l'activité des personnes. Il ressort de l'ensemble de ces travaux qu'il semble difficile d'aller à l'encontre de celui qui est détenteur de l'asymétrie lors de l'activité pluriprofessionnelle des professions médicales, qu'elles soient du champ de la santé au travail ou non. Des invariants opératoires se construisent dans le cadre de ces contextes d'asymétries statutaires et de prescriptions fortement marquées. Vega (2000, p. 84) montre que dans le milieu médical, en fonction du statut professionnel, certains métiers (médecins, professeurs) sont en situation d'imposer leur choix au groupe, face aux infirmiers par exemple :

« Elles n'ont pas le pouvoir ou même le droit de décider quoi que ce soit, parce qu'elles n'ont pas assez de connaissances médicales. Ce sont surtout des discussions entre médecins »

Ces positions asymétriques favorables déterminent et façonnent dans ce cas les organisations. Ogien montre que si ces modalités de coordination de l'activité permettent d'engager les médecins, les cadres de santé, certains experts, le reste de l'équipe qui prend en charge la réalité quotidienne de la vie des patients ne se sent pas concerné :

« [...] ils assistent aux échanges au cours desquels la notion « d'équipe » s'actualise soit dans l'indifférence ou l'ennui, soit en observant les passes d'armes en comptant les points. » (Ogien, 1987, p. 82)

Dans les situations mises en évidence par Ogien, les asymétries sont en mesure de pouvoir être des leviers concernant l'évolution des modalités de la coordination du travail. Ils sont en position favorable pour orienter l'action du groupe, les médecins ne sont pas ou peu contestés et leurs normes deviennent prévalentes. Cependant, ce schéma ne semble que peu propice au développement de dynamiques.

4.2 Des dynamiques des asymétries vectrices de transformation organisationnelle

Ces asymétries statutaires, comme c'est le cas par exemple dans le cas de la relation médecin/patient ainsi que la décrit Grondin (2018) et caractérisée par Ricœur (1996) sont multifactorielles et répondent à des besoins de part et d'autre lors de l'interaction.

Comme le met en évidence Piot (2018) dans le cadre de professionnels de santé exerçant en EHPAD, la personne en position d'asymétrie favorable co-construit l'activité par l'orientation vers le destinataire. L'auteur souligne le rôle et l'importance de la fonction conative caractérisée par Jakobson (1963). Celle-ci, permet de faire entrer dans l'action le patient et qu'il devienne acteur du soin. Cette activité conjointe nécessite des régulations et des adaptations sous-jacentes à l'interaction permettant la réalisation de l'objectif initial. Il n'y a pas de remise en cause des asymétries. Au contraire, on constate des dynamiques des asymétries. Celles-ci sont des leviers qui participent de l'adaptation et de la construction de marges de manœuvre situationnelles (Piot, 2018). Cependant, les situations ne sont pas figées et sont porteuses de dynamiques sous-jacentes à ces asymétries comme le montrent Munduteguy & Darses (2000), Molinier (2010) ou Vega (2000).

Darses (2006, 2016) souligne qu'il existe des mécanismes de couplage qui deviennent de plus en plus complexes à identifier en raison de leur caractéristiques et d'échanges souvent médiatisés, en particulier lorsqu'il s'agit de conception horizontale (Munduteguy & Darses, 2000). Ceux-ci, par l'augmentation, médiatisé ou non, des informations et des connaissances développent les possibilités d'interactions pour les personnes. En favorisant l'émergence des rôles, on favorise la productivité des projets en soutenant la production de propositions, d'évaluations, de clarifications, de planifications. Munduteguy & Darses (2000), par exemple, montrent chez les sous-marinières que le processus de coopération entre les personnes « *respecte la coordination* » (Munduteguy & Darses, 2000, p. 11). Dans ce cadre fortement normé représenté par un sous-marin militaire, ce sont les personnes qui ont le plus d'expérience, et qui sont statutairement en position d'asymétrie favorable qui permettent habituellement de construire la coopération du collectif. Darses montre que les asymétries ne sont pas des freins organisationnels. Au contraire, elles permettent des dynamiques collectives qui engagent le groupe dans des transformations des modalités de coordination en fonction des situations à

résoudre. Il passe ainsi d'une coopération verticale prescrite à de la coopération horizontale, engageant les personnes dans une démarche de résolution collective du problème.

Des régulations des modalités de coordination de l'activité peuvent intervenir dans les collectifs en fonction de besoins adaptatifs qui participent du développement de la coopération. Ainsi des asymétries se renforcent lors de la construction des rôles, en particulier lorsque des personnes assument successivement plus de rôles que d'autres. Ce n'est alors pas nécessairement le statut de la personne qui la place dans cette situation. Comme le montre Cahour (2002), il peut y avoir des experts qui en raison de leurs connaissances techniques, de la situation ou parfois de connaissances théoriques ou au contraire empiriques occupent le terrain, assument des rôles successifs en fonction des besoins de la situation. Ils sont tantôt experts, tantôt pilotes ou dans un rôle opératoire dans un souci d'efficacité. Cahour (2002; 2001) met en évidence que dans ces situations, c'est la présence d'implicites entre les personnes en position asymétrique favorable qui crée la perception d'exclusion pour les autres personnes participant au processus de conception. Ainsi, c'est au contraire le partage et l'inclusion qui développent des dynamiques des asymétries notamment concernant les modalités de coordination de l'activité. Lorsque les asymétries produisent un empêchement de partage des informations dans un langage compréhensible par tous, alors cela réduit les possibilités de participer collectivement au débat, de confronter les points de vue, les expériences. Finalement les personnes se désengagent de l'activité collective. Alors, les asymétries peuvent être identifiées comme des freins au développement organisationnel et des modalités de coordination de l'activité.

4.3 Des asymétries statutaires

Les asymétries statutaires sont caractéristiques de situations ou de contextes où des personnes se trouvent en position favorable du fait de statuts professionnel, institutionnel, social ou d'expert. Ces asymétries sont repérées comme pouvant peser sur les interactions au sein des projets de conception. Elles participent ainsi des modalités d'interactions entre les personnes au sein des groupes de conception comme avec les structures d'organisation du travail (Cahour, 2002; Cross & Cross, 1996; Darses, 2006).

4.3.1 Une définition du statut

Certaines asymétries sont fondées sur le statut des personnes. Le concept de statut est parfois assez flou. Son contour peut varier allant d'une définition statique à l'instar de Barcellini (2008) à une interprétation qui apparaît plus dynamique dans les travaux de Parsons & Shils (1951).

Le statut est très employé en psychologie sociale ainsi qu'en sciences de gestion. Il désigne le rang, la position sociale jusqu'à la reconnaissance ou l'acceptation de la renommée. Cependant, le statut intègre aussi les compétences ou le prestige reconnus à une personne au sein d'un groupe (Midler et al., 2006), d'une communauté ou d'un métier ou dans tout autre domaine de la vie sociale (Barcellini, 2008; Rocheblave-Spenle, 1969; Stoetzel, 1978) ou par les organisations tels que les définit Gurvitch (1955, p. 10):

« [...] des conduites collectives préétablies, qui sont arrêtées, hiérarchisées, centralisées d'après certains modèles réfléchis et fixés en des schémas plus ou moins rigides et figés, rendus conscients ».

Les prescriptions du travail comprennent :

- Le statut professionnel, qui est défini en droit du travail comme liant « *des formes de protection diverses à la qualification des situations de travail dans lesquelles se déroule la vie du travailleur* » (Supiot, 1999, p. 5). Il s'agit alors de saisir la nature et les règles administrant ces « *formes de protections* » accordées par l'organisation. Celles-ci peuvent dans certains cas accorder des droits à des personnes en termes de congés, de RTT, de possibilité d'avoir un double employeur, des protections particulières (en cas de licenciement par exemple), ou en attribuant statutairement

des positions hiérarchiques ou de coordination d'équipe, propres à pouvoir orienter l'action des autres membres du groupe, leur façon de faire, leurs objectifs ou leurs normes.

- Le statut institutionnel : L'État est le garant de ce capital symbolique et par là même garantit l'ensemble des actes d'autorité (juges, médecins, forces de l'ordre, etc.) (Bourdieu, 1994) et participe de la construction institutionnelle de l'asymétrie.

Les statuts, en particulier institutionnels, professionnels distinguent les personnes. Cependant, si chaque catégorie de statut renvoie à des droits qui lui sont propres, elle ne peut pas être assimilée à un fonctionnement « d'ordre » ou de castes qui « *reposent sur une conception ontologique des inégalités entre individus, quasiment sur des inégalités de « races » et de nature* » (Dubet, 2012, p. 259). Dans le cadre des statuts, l'organisation et la loi déterminent les modalités selon lesquelles les personnes vendent leur force de travail contre une rémunération. Il n'y a pas de division héréditaire et de principes fermés et des évolutions sont envisageables. Ces statuts sont fixés et encadrés par une prescription de l'organisation. Il y a des « devoirs » et des responsabilités à assumer de la part des personnes en contrepartie de ces statuts. La validation du statut de la personne par l'organisation comme la reconnaissance d'autrui sont nécessaires pour la crédibilité et la mise en place d'actions en lien avec le statut (Caroly, 2013; Caroly et al., 2011; Darses, 1997; Midler, 1993b, 1993a). Cependant, ce n'est pas suffisant dans des structures où la relation comme le montrent Barcellini (2008) et Détienne & al (2016). Le statut des personnes ne peut s'affirmer dans les groupes qu'en vertu de la reconnaissance de la régularité des actions. L'activité des personnes permet de révéler la volonté de partager ou non avec autrui l'expérience, les savoir-faire, les connaissances et met en évidence la reconnaissance effective des statuts, fondée sur le rapport au travail réel des personnes en position d'asymétrie favorable (Hedberg, 1981; Yvon, 2013).

4.3.2 Les statuts des personnes dans le cadre des groupes projet de conception en SSTI

Il convient de mettre en interrelation les caractéristiques des différents statuts afin de regarder en quoi ces « *formes de protections* », accordées par l'organisation du SSTI placent certaines personnes en position de pouvoir imposer aux autres membres du groupe leur façon de faire, leurs objectifs ou leurs normes. L'organisation du SSTI définit plusieurs statuts professionnels en fonction des tâches que les personnes ont à effectuer. Ces statuts sont d'une part être cadre ou non, responsable de service, directeur et d'autre part fixés en fonction du métier : médecin, infirmier, assistant médical, assistant santé travail, technicien hygiène sécurité, ergonomiste, toxicologue, RH, secrétaire, comptable, assistant communication, chargé de communication, informaticien, assistant informatique.

En ce qui concerne le statut social dans les services de santé au travail : certains métiers sont en position plus favorable que d'autres au sein de la structure. Ainsi, les professions de santé sont caractéristiques des services dits de « santé ». Le statut social du médecin du travail apparaît rare et objet d'un traitement particulier ce qui peut sembler à première vue singulier. L'ensemble des professions techniques ou médicales font partie du collectif du SSTI auquel elles participent pour la réalisation d'une mission commune. Cependant, le médecin du travail émerge singulièrement des textes réglementaires comme des écrits scientifiques ou non. Cela est lié à son statut mais aussi à la période de pénurie médicale. Ceci est d'autant plus vrai en région Centre Val de Loire qui, comme cela ressort nettement à la Figure 13, fait partie des régions ayant une faible densité de médecins du travail et dont la perspective d'évolution est en forte baisse à l'horizon 2030. Afin de chercher à lutter contre celle-ci, le SSTI s'est doté d'une structure de recrutement de médecins du travail qui travaille à la recherche des candidats mais aussi à la construction de projets professionnels et familiaux qui permettent d'ancrer les médecins du travail à long terme dans le territoire.

Il existe également des différences statutaires entre les autres personnes travaillant au sein des services de santé au travail même si les différences sociales entre les infirmiers, les IPRP, les assistants médicaux peuvent sembler moins importantes. Il émerge des écarts dans les conditions de réalisation des tâches sont importantes. Certains assistants médicaux ont progressé au fil des évolutions de la loi vers des statuts d'IPRP après avoir suivi des formations.

Ces statuts ne sont pas automatiquement liés à des métiers. Par exemple, en SSTI, le statut de directeur est parfois attribué à des ergonomes, des psychologues, des médecins, des membres du conseil d'administration...

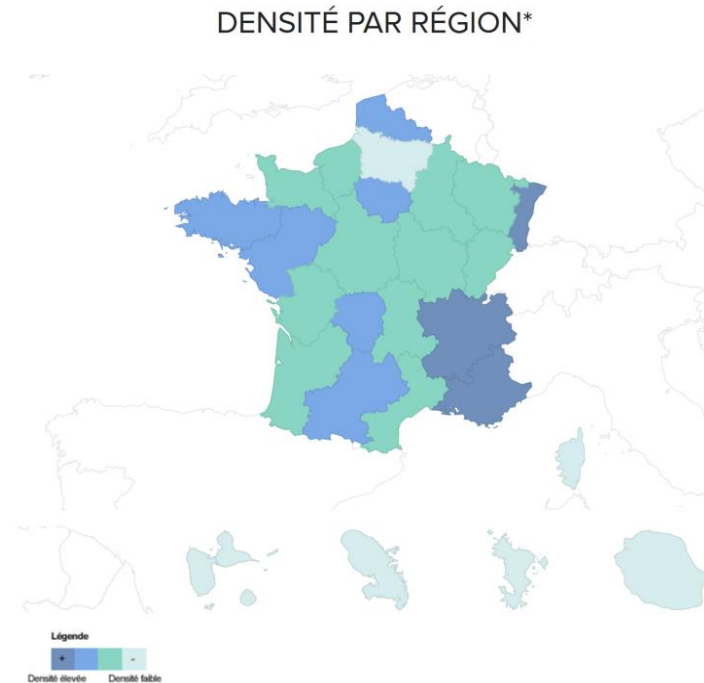


Figure 13 Densité de médecins du travail par Région / Density of occupational physicians by region

Au sein du service de santé au travail, les personnes sont soumises aux prescriptions de l'organisation (le SSTI) institutionnelles (la loi). Elles diffèrent selon le statut et la fonction qu'ils occupent. Les contraintes institutionnelles qui s'imposent aux personnes sont de natures endogènes et exogènes (Cicourel, 2002; Cicourel et al., 1994). Au sein du SSTI, les contraintes endogènes sont issues des textes et règlements de la structure, celles qui sont exogènes, et qui conditionnent les premières, proviennent de la Loi, en particulier du Code du travail ou du Code de la Sécurité Sociale.

4.3.2.1 Les prescriptions exogènes

On trouve les éléments qui encadrent l'activité des personnes au sein des SSTI dans le tableau présenté à la Figure 14.

QUOI ?	QUI?
Le Code du Travail	Toutes les personnes
Le Code de la Sécurité Sociale	Médecins, IDEST
Les Codes de déontologie	Médecins, IDEST, IPRP
Les Ordres	Médecins, IDEST

Figure 14 Les prescriptions exogènes/exogeneous prescriptions

Une différence importante existe dans la rédaction et l'application des prescriptions exogènes aux SSTI. En effet, la Loi, au travers des articles du Code du Travail⁴⁷ bien qu'instaurant la pluridisciplinarité, ne définit pas les tâches de toutes les personnes de la même manière. Elle accorde un statut particulier au médecin du travail en détaillant ses missions et ses tâches. Le médecin du travail anime et coordonne l'« équipe pluridisciplinaire »⁴⁸⁴⁹.

Ce sont les régimes dérogatoires qui caractérisent le statut des personnes. Ainsi, au sein des SSTI, le médecin du travail, contrairement à l'ensemble des autres personnes intégrées dans l'équipe pluridisciplinaire, est un salarié protégé et il ne peut être licencié sans accord préalable de l'inspecteur du travail⁵⁰ (Thévenin, 1998). Ce régime dérogatoire est une compensation visant à s'assurer de l'indépendance des médecins du travail. Elle donne la possibilité aux médecins du travail de ne pas être subordonnés aux employeurs. Ils doivent en échange exercer l'ensemble de leurs responsabilités.

Ce statut particulier au sein des équipes est renforcé en raison du poids de l'Ordre des Médecins. C'est le seul métier qui possède un Ordre organisé qui fonctionne et possède une capacité d'intervention réelle. Ce poids se fait sentir dans les négociations, les décisions politiques. C'est un Ordre qui est écouté du fait de son organisation, de l'implication de ses membres, de leur statut social et économique et de leur rôle majeur dans la Société. C'est par

47 Code du Travail, Article L4622 et suivants, modifiés par la LOI n°2016-1088 du 8 août 2016

48 Code du Travail, Article L4622-8, modifié par LOI n°2016-1088 du 8 août 2016 - art. 102

49 Code du Travail, Article R4623-1, Modifié par Décret n°2016-1908 du 27 décembre 2016 - art. 18

50 Code du Travail, Articles L. 4623-1 à L. 4623-8 et R. 4623-2 à R. 4623-24, modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016

exemple la 3^{ème} profession la plus représentée à l'Assemblée Nationale. En retour, les médecins sont attentifs et attendent des directives, des conseils d'un ordre qui apparaît comme une forme de référent, porteur d'une norme commune de métier là où l'on constate que ce rapport au métier est très individualisé. En médecine du travail, le Médecin Inspecteur Régional du Travail (MIRT) joue aussi ce rôle dans la profession. Ce n'est pas le cas des infirmiers par exemple dont l'ordre n'a que peu de poids et ne possède ni l'organisation ni l'oreille des professionnels de santé.

Ainsi, les prescriptions institutionnelles accordent un statut particulier au médecin du travail par rapport aux autres métiers avec lesquels il intervient au sein de l'équipe pluriprofessionnelle.

4.3.2.2 Les prescriptions endogènes

La définition des tâches

Les prescriptions du travail déterminent des statuts professionnels différents par la définition de tâches de travail comme de responsabilités différentes au sein du SSTI. On propose de définir une tâche de travail comme étant « *un but à atteindre dans des conditions déterminées* » (Leplat, 2000a, p. 110), que ce soit par la prescription de l'organisation, par un collectif ou par l'individu.

Au sein de la structure, différentes prescriptions s'appliquent qui permettent de définir les différents statuts des personnes. Elles sont présentes dans le tableau Figure 15. Contrairement aux prescriptions exogènes qui s'adressent à des catégories particulières, les contraintes internes ont pour objectif d'encadrer les modalités de réalisation du travail des différents métiers.

QUOI ?	QUI?
Le règlement intérieur	Toutes les personnes
Les référentiels métiers	Toutes les personnes
Les fiches de postes	Toutes les personnes
La procédure "Mode projet"	Toutes les personnes

Figure 15 Les prescriptions endogènes /
Endogenous prescriptions

Les contraintes de l'organisation du SSTI s'imposent nécessairement à toutes les personnes comme on le constate à la Figure 16. C'est cette attribution des tâches et des responsabilités qui caractérise les différents statuts attribués par l'organisation.

Les différentes tâches sont définies dans le SSTI par les fiches de poste et les référentiels métier pour chaque métier. Elles servent notamment pour les entretiens professionnels annuels. Ces référentiels métier intègrent les tâches qui participent de la coopération des personnes permettant des interactions inter-expertises. Elles ouvrent, au sein des groupes projet de conception, les possibilités de la construction des solutions en offrant des possibilités d'émettre des propositions, d'évaluer celles d'autrui comme les retours d'expérience et d'arbitrer entre plusieurs solutions. Les tâches relatives aux groupes projet ou communes à d'autres tâches mais que les personnes peuvent investir dans les projets sont visibles en rouge dans le tableau de la Figure 16. Ce sont les tâches prescrites par le SSTI étudié servant de base aux entretiens professionnels.

Métiers	Tâches
Médecin	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner l'équipe pluridisciplinaire et les groupes projet • Impulser des demandes en fonction des données épidémiologiques • Conduire les actions de santé au travail • Réaliser des actions en milieu de travail • Conseiller les employeurs, les travailleurs • Assurer le suivi médical des travailleurs • Assurer le suivi et la traçabilité de l'exposition professionnelle
Ergonome	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des actions en milieu de travail • Coopérer avec les autres acteurs de l'équipe pluridisciplinaire sous la coordination du médecin du travail

	<ul style="list-style-type: none"> • Impulser et effectuer des études ergonomiques • Instruire les demandes • Les communiquer au médecin du travail et les restituer en entreprise • Animer les groupes de travail et les groupes projet, sous la coordination du médecin du travail • Apporter un appui technique aux autres préventeurs • Assurer une information et sensibilisation à la prévention aux risques professionnels • Assurer une veille scientifique et réglementaire
Technicien Hygiène/Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des actions en milieu de travail • Coopérer avec les autres acteurs de l'équipe pluridisciplinaire sous la coordination du médecin du travail • Instruire certaines demandes avec l'aide des ergonomes • Réaliser des diagnostics en prévention des risques professionnels • Communiquer au médecin les résultats de leurs études et les restituer aux entreprises • Participer aux groupes de travail et aux groupes projet du service
Infirmier Santé Travail	<ul style="list-style-type: none"> • Participer aux actions de santé sous la coordination du médecin du travail • Conseiller les employeurs, les travailleurs • Assurer le suivi médical des travailleurs • Assurer le suivi et la traçabilité de l'exposition professionnelle • Réaliser les Visites d'Information et de Prévention (VIP) • Communiquer au médecin du travail les résultats et l'avancée de leur travail lors des réunions d'équipe • S'appuyer sur l'équipe technique (IPRP) pour échanger ou réaliser certaines actions en milieu de travail (aménagement, FE, sensibilisation) • Participer aux groupes de travail et aux groupes projet du service
Assistant Médical	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la convocation des travailleurs • Gérer le planning du médecin associé à l'assistant médical • Etre en lien avec l'équipe technique afin de permettre la réalisation des actions en milieu de travail du médecin • Informer et garder le lien avec les entreprises • Réaliser l'entretien initial avec le travailleur lors de la VIP • Réaliser les Visio tests, les audio tests, les spiromètres et les tests urinaires • Participer aux groupes de travail et aux groupes projet du service

Figure 16 Tâches attribuées aux différents métiers dans le SSTI étudié / Tasks assigned to different trades in the SSTI studied

Hélaridot (2018) souligne que les médecins, en tant que coordinateurs de l'équipe pluriprofessionnelle, font appel aux compétences des autres membres en fonction des besoins. Le médecin a un statut professionnel fondé sur le savoir et sur les responsabilités qui lui incombent. Ce statut professionnel le place dans un registre d'expertise dans certaines situations et lui permet de prendre des initiatives et de construire des décisions. Pour cela, il peut prélever des connaissances, des informations utiles et nécessaires à son action dans son environnement. Dans les contextes de développement des projets de conception, les médecins du travail

développent les possibilités d'action des équipes pluriprofessionnelles par l'expression et le partage de leurs expériences comme de leurs émotions en lien avec l'exercice du métier (Caroly et al., 2011, 2012; Caroly & Sallah, 2015). Ces échanges sur les pratiques permettent de construire des référentiels communs au sein des équipes pluridisciplinaires qui fondent la relation et les modalités de réalisation de l'activité des personnes ainsi que les limites des champs professionnels. Ce que verbalise un IPRP :

« Avec certains médecins, on sait qu'il faut faire de cette manière-là, avec d'autres, on peut aller plus loin, prendre des initiatives sans que ça ne provoque de tensions »⁵¹.

Dans d'autres situations, le médecin du travail co-construit car il a besoin de l'expertise d'autrui (Caroly et al., 2011; Huez, 2003). Il délègue de plus en plus de tâches à des personnes qu'il considère comme compétentes dans des domaines spécifiques (Caroly & Sallah, 2015) : les assistants pour toutes les tâches administratives, les techniciens HSE pour l'évaluation des risques, les ergonomes pour l'analyse de l'activité ou les RPS, les IDEST afin de les seconder sur la partie médicale. Caroly (2013) montre que les modalités de coordination des équipes pluriprofessionnelles sont très hétérogènes en fonction du médecin. Cette hétérogénéité est notamment due au caractère individué et au peu d'échanges sur les pratiques professionnelles. Ce constat trouve aussi son explication dans la formation et dans le type d'expertise des médecins. Celle-ci est centrée sur le corps et la pathologie et elle se construit dans un rapport à autrui très normalisé. Le rapport médecin-patient est une co-construction. Les interactions entre le médecin en position asymétrique favorable et le patient soutiennent l'apport de connaissances, la clarification de la situation et du discours ainsi qu'une orientation vers une prise de décision (Mollo & Falzon, 2009). Cette asymétrie du médecin du travail vis-à-vis des salariés, qui se construit dans le cadre d'une relation de confiance amenant à la prise de décision, comparable à la relation au patient, existe dans le cadre particulier du secret médical dont est dépositaire le médecin (Ricoeur, 1996). Le rapport au secret médical, à la volonté de ne pas briser le serment lié à la déontologie du métier peut avoir comme incidence une restriction des échanges sur les pratiques métier au sein de la profession ainsi qu'avec les membres de l'équipe pluriprofessionnelle. Cette expertise et ce positionnement attribuent un statut particulier aux médecins du travail dans le collectif pluriprofessionnel des SSTI. Comme le montre Caroly (2013), les médecins du travail se trouvent régulièrement en position de produire des injonctions vis-à-vis des autres personnes de l'équipe pluriprofessionnelle. Ces injonctions peuvent être la

51 Carnet ethnographique, 09-2019

résultante d'une injonction contradictoire pour le médecin du travail entre partage pluridisciplinaire et secret médical.

Certains freins à cette pluridisciplinarité ont été documentés. Caroly & al (2013; 2011; 2015) identifient notamment les asymétries liées au statut professionnel. Caroly (2013, p. 4) montre que la distribution même des tâches introduit au sein des SSTI des distorsions en termes statutaires entre les métiers :

« Cette orientation du système SSTI sur les tâches des acteurs de la prévention semble difficile à bâtir du fait qu'elle ne se situe pas sur le même plan d'égalité pour tous les professionnels. D'une part, les autres professionnels de la prévention dépendent des tâches confiées et déléguées par le médecin du travail. D'autre part, la construction identitaire de chaque professionnel ne se situe pas aux mêmes niveaux selon les voies de formation et de reconnaissance du métier »

Selon Caroly (2013), les statuts professionnels ne sont pas tous également développés. Certains métiers ont des positions particulières qui les mettent dans une situation de dépendance au médecin du travail. Caroly (2013) et Caroly & al (2015) identifient le médecin du travail comme étant en position asymétrique favorable dans la mesure où il oriente l'action des autres membres de l'équipe pluriprofessionnelle. Cette dépendance est issue des prescriptions institutionnelles et organisationnelles, mais aussi de la reconnaissance du statut, de l'expertise du médecin. Elle tient aussi d'un manque d'homogénéité dans la construction de règles de métier dans les différents métiers de l'équipes pluriprofessionnelle.

Ce statut est partagé avec les « spécialistes », qu'ils soient toxicologues, sociologues, psychologues. Cette position de sachant dans les groupes est ouverte aux personnes en raison de leur position spécifique dans un domaine d'activité (expert ou référent), de leur bagage culturel, leur éducation ou de leurs titres universitaires. Ainsi, ces experts ont des compétences, un niveau d'étude élevé, un vocabulaire propre ce qui leur donne « *l'accès aux positions dominantes* » (Bourdieu, 1994). Le développement du management des équipes pluriprofessionnelles par les médecins du travail (Machefer & Deveaux, 2012; Rascle et al., 2019) est issu de l'intégration d'une nouvelle tâche par la prescription du travail. Cette tâche de coordination de l'activité de l'équipe pluriprofessionnelle comme de certains groupes projet participe au développement de la pluridisciplinarité dans les SSTI et parfois de la coopération

entre les personnes. (Barlet, 2015, 2019; Baschet, 2016; Caroly, 2011, 2013, 2016; Caroly et al., 2011; Caroly & Sallah, 2015; Lecomte-Ménahès, 2011).

En ce qui concerne les IDEST, la loi comme le SSTI encadrent leur statut professionnel. Certaines de leurs tâches, dans le cadre des Visites d'Information et de Prévention (VIP), participent du suivi médical des travailleurs à l'instar du médecin. Ces tâches s'inscrivent dans une activité encadrée, sous la délégation et sous le contrôle du médecin du travail. Elles sont en rapport à la pathologie et au médecin malgré la mutation opérée dans la formation des IDEST dans les années 1990 (Bautzer, 2005) avec une évolution liée à la Loi. Elles sont, comme le souligne Caroly (2013, p. 5) « [...] dépendantes elles aussi des tâches déléguées par le médecin du travail ». L'introduction de la télémédecine dans le SSTI, la mise en place des entretiens infirmiers dans le cadre des VIP et des réunions d'équipes ont structuré la construction pluriprofessionnelle du suivi médical des travailleurs. L'IDEST donne un avis durant la visite en télémédecine sur des points « non visibles » à distance par le médecin et lors des réunions. Durant cette activité pluriprofessionnelle à distance qui engage le médecin du travail et l'IDEST, une coopération et de la confiance entre les personnes sont nécessaires afin de conduire l'examen et d'élaborer une analyse qui permette d'aboutir à la construction de la décision du médecin du travail. L'IDEST n'est pas seulement les bras et les yeux du médecin. C'est au travers d'elle que celui-ci voit et comprend les phénomènes. La coopération, c'est l'acceptation et l'intégration des filtres d'autrui. Cette coopération est l'émergence d'un fonctionnement pluridisciplinaire qui se concrétise lors des réunions d'équipe.

Riquet & Grossetête (2012) soulignent que la modification par la loi du statut des assistants médicaux en assistants en santé travail a transformé leurs tâches. La modification du statut a détaché les assistants médicaux du médecin du travail en leur confiant des missions et des tâches en lien avec l'organisation et la gestion du SSTI. Cette modification a des implications en termes de positionnement et d'asymétries dans les équipes pluriprofessionnelles. Comme le souligne Gaillard (2011), le nouveau statut prévoit que les assistants en santé travail soient formés et participent activement à certaines Actions en Milieu de travail ainsi qu'aux réunions d'équipes pluriprofessionnelles.

Ainsi, les personnes, sous la coordination du médecin du travail, doivent réussir à s'organiser pour que les tâches définies par la prescription puissent s'articuler afin de réaliser l'objet défini en commun. Cependant, dans le cadre du fonctionnement de l'équipe pluriprofessionnelle, les rapports entre les personnes sont définis par les statuts professionnels.

En revanche, dans le cadre du fonctionnement des groupes projet de conception, les statuts professionnels peuvent s'articuler différemment et les asymétries se travailler autrement, notamment en raison des besoins qui apparaissent afin de construire une solution acceptable. Les tâches demeurent les mêmes à statut égal. Cependant, en fonction des situations et des besoins, elles peuvent se combiner et se hiérarchiser différemment dans la réalisation d'une activité en face à face, dans le travail de prévention, de suivi individuel et collectif des travailleurs par l'équipe pluriprofessionnelle ainsi que dans une activité de conception au sein des groupes projet. Les personnes trouvent des régulations et font des arbitrages en fonction de ce qui fait valeur pour elles, en situation.

4.4 Des asymétries structurées par les relations hiérarchiques ?

Comme le montre la Figure 17, au sein du SSTI, l'organigramme, avant 2019, précise que la relation hiérarchique transite par les chefs de service, la Direction des Ressources Humaines et la Direction du SSTI (règlement intérieur). L'une des tâches principales des chefs de service est

la coordination, la transmission, la mise en débat des pratiques professionnelles dans l'objectif d'enrichir les normes de métier. Au sein du SSTI, il y a une hétérogénéité en terme de management avec cependant les prémices d'une d'organisation matricielle qui émerge dans les faits. Si cette organisation est hiérarchiquement et organisationnellement sous la direction du directeur, il apparaît ensuite un découpage en fonction des différentes missions des personnes (Techniques, médical, RH, informatiques, comptabilité/finances). La direction du SSTI est l'autorité hiérarchique à laquelle sont subordonnés les médecins du travail. C'est elle qui détermine le nombre de salariés que suivent les médecins donc qui distribue le travail. De fait, l'attribution d'un effectif au médecin du travail détermine celui de l'assistant(e) médical(e) comme de l'IDEST dans la mesure où cette équipe fonctionne ensemble. Il est notable de constater que les professionnels de santé ne sont pas encadrés par des coordinateurs ou des chefs de services dans le SSTI. Une tentative de mise en place d'un responsable de Pôle a eu lieu au sein du Groupe IDEST. Elle apparaît à la Figure 11. Cependant, cette tentative a pris fin suite à la décision de l'IDEST en charge du poste, en difficulté face à des contestations du

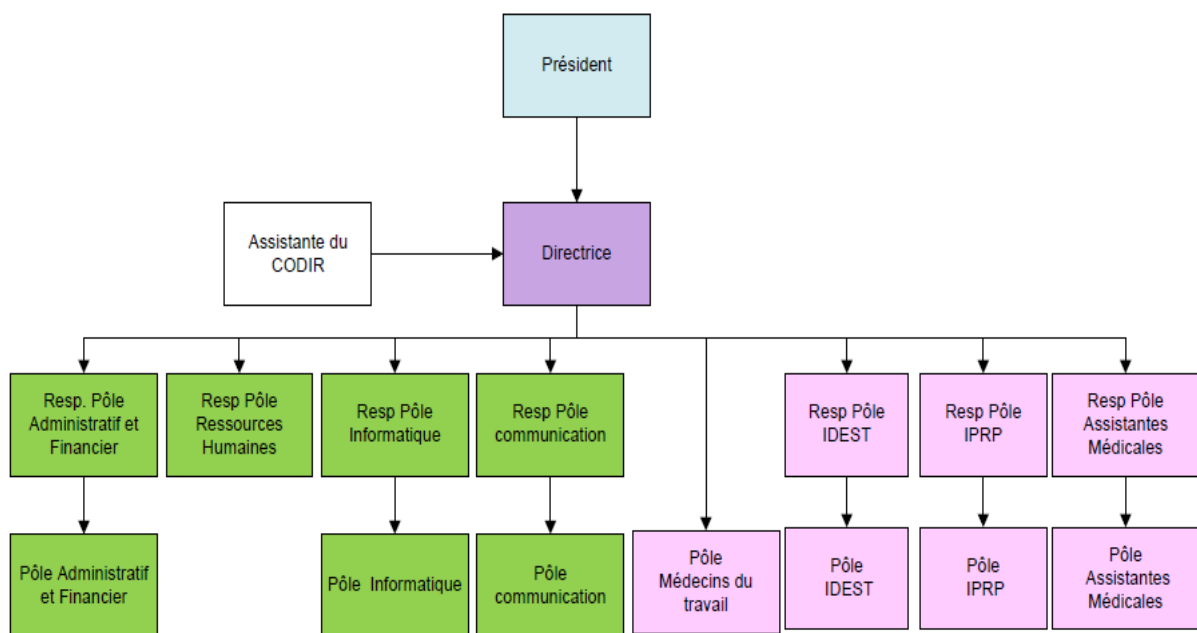


Figure 17 Organigramme du SST / Organization chart of the Occupational Health Service

management au sein du groupe métier. La direction du SSTI a fait marche arrière suite à ces tensions et aux contestations. Les médecins du travail ont en particulier un statut dérogatoire et n'ont pas de chef de service. C'est la Direction du SSTI qui fait directement office de « Responsable de Pôle » afin de gérer et régler les problèmes quotidiens. De ce fait, il n'y a pas non plus de coordination chez les médecins du travail comme pour les IDEST actuellement.

Les organigrammes ont positionné statutairement les personnes les unes par rapport aux autres. Pour répondre à cette même question dans l'action, il a été nécessaire de produire des processus détaillant les interactions entre les différents métiers lors des « Actions en Milieu de Travail » comme cela apparaît à la Figure 12. Dans ce cadre et pour les IPRP dans les équipes pluriprofessionnelles, la distribution du travail dépend des demandes réalisées par les médecins du travail, les adhérents, la direction du SSTI et celles initiées par les IPRP eux-mêmes. Les IDEST ont un double fonctionnement. D'une part, les VIP sont des tâches distribuées par l'organisation, d'autre part les AMT (FE, études de postes) sont allouées par le médecin du travail lors des réunions d'équipe. Ce fonctionnement pluridisciplinaire, à l'instar du fonctionnement lors des groupes projet de conception, invite l'ensemble des personnes à participer à la construction de l'intervention.

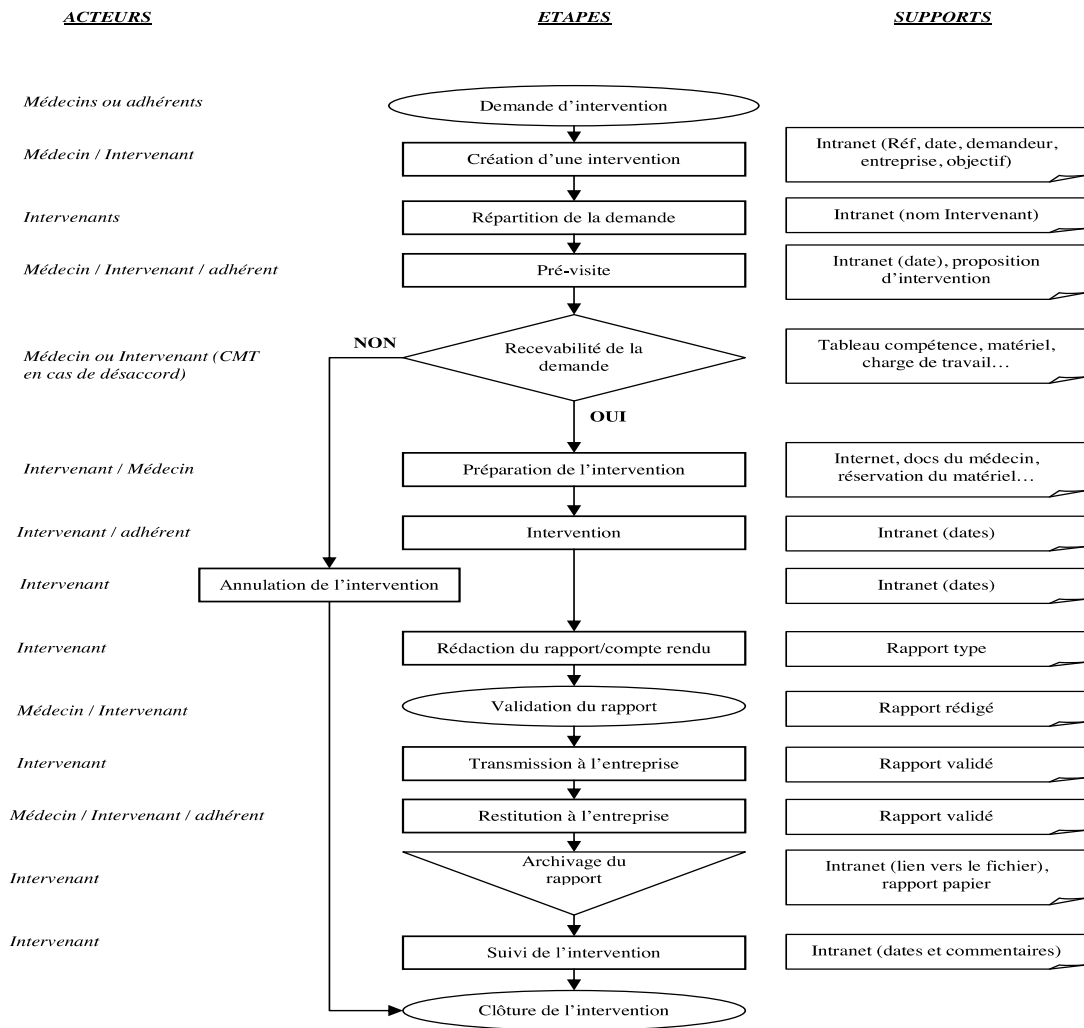


Figure 18 Logigramme d'intervention / intervention flow chart

Dans ce processus, il émerge à la Figure 18 que malgré le fait que les relations entre les personnes lors des interventions ne soient pas de nature hiérarchique, le médecin du travail apparaît toutefois en position d'asymétrie favorable. En effet, il est sorti du groupe des intervenants et nommé par son statut professionnel quand les autres personnes sont regroupées sous la dénomination « intervenants ». Leur statut professionnel ne semble pas avoir d'importance. Ce processus, dont l'objectif est de permettre, par des régulations entre les personnes, de limiter les tensions au sein des équipes pluriprofessionnelles, réintroduit les sources mêmes à l'origine des tensions.

Le SSTI a formalisé ce fonctionnement par un organigramme « fonctionnel ». Cependant, il apparaît à la Figure 13 une schématisation de la chaîne de décision institutionnelle du SSTI. Les personnes qui sont membres de ces différentes institutions (CMT, Conseil d'Administration, Commission de Contrôle, Comité de Direction, Comité Opérationnel

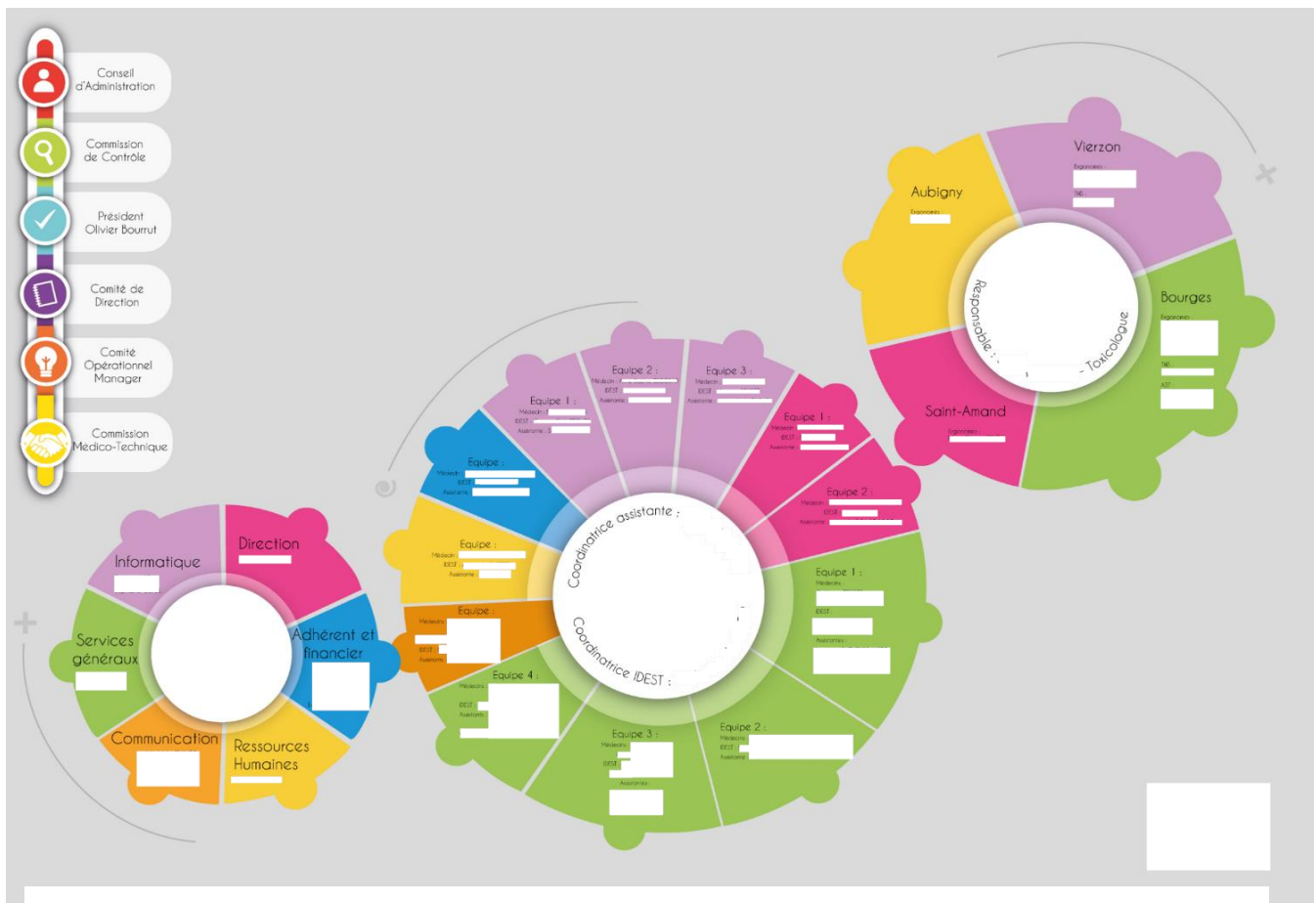


Figure 19 Organigramme fonctionnel / Functional Organigram of the Occupational Health Service

Manager) sont porteuses d'asymétries statutaires, notamment car elles peuvent être amenées à avoir des informations confidentielles, ces structures institutionnelles valident certaines décisions, orientent par leur vote l'activité du SSTI, etc. Ces asymétries statutaires sont fondées sur des asymétries qui tiennent du statut hiérarchique entre les personnes (le comité de direction, la direction), d'asymétries sociales (être membre du conseil d'administration) et des asymétries professionnelles (être membre de la CMT). Ces asymétries statutaires s'appliquent aussi au sein même de la CMT. Lorsqu'il s'agit d'inviter des personnes à la CMT, ce sont majoritairement des médecins du travail ou des experts (épidémiologistes) qui viennent s'exprimer.

La subordination agit tacitement : des métiers sont en position de pouvoir distribuer des tâches aux autres, parfois par l'injonction (Barlet, 2015; Caroly, 2016). Cependant, au sein de ces équipes pluriprofessionnelles, les personnes tiennent leur rôle afin qu'il n'y ait pas d'empiétements professionnels. Pour cela, comme l'explique Ogien (Ogien, 1987) il est indispensable que chacun « sache « tenir sa place », en ne prétendant pas occuper le terrain réservé du médecin [...], comme de tout autre professionnel dont le type d'intervention repose sur un savoir et une compétence spécifiques ».

4.5 Des asymétries marquées par le statut social

Les personnes appartiennent à des groupes sociaux différents au sein duquel elles ont des interactions. Les personnes ont une perception sociale disparate des statuts professionnels, parfois liée au genre, à des préjugés ethniques ou/et aux niveau de revenus (Dugré, 2006; Ehrenreich, 2001). Des normes sociales attribuent une valorisation à certains statuts professionnels, sociaux ou institutionnels. Les personnes peuvent reconnaître à certains métiers une position d'asymétrie favorable au sein du groupe car cela est socialement ancré. Ainsi, certains métiers sont considérés comme plus nobles que d'autres, comme méritant plus de respect et de déférence dans la société (Bourdieu, 1994; Ogien, 1987), ce qui induit une stratification sociale (Maruani, 1989).

Les médecins sont en situation d'imposer leur hégémonie (Abbott, 1988; Becker, 2014; Freidson, 1970). En effet, comme le souligne Lecomte-Menahès (2017), c'est par leur capacité à contrôler la distribution du travail que les médecins du travail affirment leur position d'autorité. Au sein des équipes pluriprofessionnelles, cette position d'asymétrie est particulièrement favorable aux médecins et aux experts qui ont un niveau culturel ou/et social supérieur (Bourdieu, 1984). En effet, contrairement aux autres métiers, les médecins sont assimilés à une « *profession ordonnée* » (Tréanton, 1960, p. 79) et prestigieuse (Becker et al., 1961) caractérisée par une stabilité issue de besoins sociaux constants provenant des « [...] rites, [...] procédures, [...] apparat qui les dignifient » (Tréanton, 1960).

Cette construction sociale ne conserve sa pérennité que tant que les autres personnes ne remettent pas en cause son bien-fondé (Maurice, 1994; Reynaud, 1995). Rien n'est figé et la perception des enjeux au sein du groupe peut faire changer les orientations de l'action des personnes et les règles en fonction des asymétries effectives. Le médecin s'intègre dans un processus ainsi que le souligne Bouchayer & al (2003, p. 10) :

« *La tendance à la médicalisation de problèmes sociaux se traduit par le recours aux normes énoncées par la médecine et ses experts comme outils « simples » et opérationnels pour l'aide à la décision et à la gestion sociale de questions par nature complexes.* »

Le médecin du travail se trouve dans de multiples cas, notamment en raison de son rapport à l'inaptitude, à prendre des décisions qui ne sont pas construites sur un rapport à la pathologie. Le médecin du travail fait des choix en raison de problèmes sociaux, de situations qui devraient être judiciairisées mais qui ne le sont pas (harcèlement, discrimination, etc.).

En revanche, comme le montre Picot(2005), le statut social du médecin ou de l'expert est souvent lié au genre sexuel : les hommes concentrant le pouvoir et l'expertise. Ce rapport ne se pose pas dans ces conditions dans le cas du SSTI dans la mesure où près de 90% du personnel est féminin. Les 10% d'hommes sont dispersés dans l'ensemble des métiers et n'occupent pas les postes à responsabilités. Ils ne concentrent pas non plus l'expertise. Barlet (2017) considère que ce phénomène de féminisation de la profession pour les médecins du travail est lié notamment à la possibilité d'avoir des horaires fixes permettant d'articuler une activité professionnelle avec une pression sociale concernant l'activité de travail domestique, le fait d'avoir et d'éduquer des enfants, etc. Cette féminisation est perçue comme dévalorisant le métier (Bourdieu, 1979; Cacouault-Bitaud, 2001). Comme le souligne Barlet (2017) : « *[ces] représentations genrées entretiennent la dévalorisation d'un segment très féminisé de la médecine* »

Cette dévalorisation du métier et du statut de médecin du travail, connoté négativement aux yeux de la société, est verbalisée par un médecin du travail : « *[...] Faut pas nous faire d'illusion, aux yeux des gens, nous sommes des sous-médecin. Moi, je fais des gardes aux urgences pour avoir ma carte, ça me donne un statut aux yeux des collègues* »⁵²

Cette perception sociale du statut des médecins du travail a des implications. Lors des actions en milieu de travail, les médecins du travail ne s'imposent pas toujours comme ils le souhaiteraient. Ils peuvent voir leurs décisions contestées par les partenaires extérieurs, les adhérents, les entreprises (Caroly et al., 2011; Piotet, 2002; Salman, 2008). Les médecins sont en position d'asymétrie favorable au sein du SSTI du fait de leur statut institutionnel, cependant, cette position d'asymétrie favorable tend à s'estomper en dehors du SSTI. Deux attitudes face à ces modifications prennent corps. D'une part, l'investissement dans le pilotage des projets et dans le management de certaines équipes pluriprofessionnelles s'apparente à une forme de « *virilisation du métier* » (Barlet, 2017). Certains médecins du travail gardent le contrôle de l'activité et des personnes composant l'équipe pluriprofessionnelle en s'appuyant sur les

52 Carnet ethnographique, Novembre 2018

fondements du métier : le « care », la clinique et le suivi médical. Dans les deux cas, il s'agit pour ces professionnels, comme le souligne Salman (2008, p. 47), de « *faire valoir un argument conséquent dans la renégociation des positions au sein des services de santé* » en dynamisant l'activité autour du collectif pluriprofessionnel. Cependant, ce processus est lié à la perception que les différentes personnes ont les unes des autres (Ajroud-Quillet & Valléry, 2013). Ainsi, l'âge, l'expérience comme la formation, en articulation avec les statuts peuvent déterminer les positions d'asymétries favorables au sein de l'équipe pluriprofessionnelle et les modalités d'un fonctionnement pluridisciplinaire.

Au sein de l'équipe pluriprofessionnelle, les infirmiers en santé travail (IDEST) sont aussi une profession médicale extrêmement féminisée (100% dans le SSTI). Cependant, par rapport au médecin, l'infirmier(e) ne bénéficie pas du même statut social. Picot (2005, p. 87) met en évidence que la différence de statut professionnel et institutionnel est perçue par les personnes, y compris d'un point de vue social. Ainsi, le métier d'infirmier(e) s'effectue dans l'ombre d'une profession de médecin, qui a une visibilité sociale, qui s'accompagne d'une reconnaissance en terme de statut professionnel et institutionnel :

« [...] les deux activités de travail ne font pas l'objet de la même reconnaissance sociale, l'activité médicale étant de l'ordre de l'affirmation publique, de la visibilité sociale et de la reconnaissance sociale, alors que le travail infirmier appartient au non quantifiable, au non reconnu, à l'informel, à l'invisibilité sociale. »

La littérature montre qu'il ne semble pas exister, ou difficilement, de pratiques de métier communes au « groupe des infirmier(e)s » (Toffel, 2018).

Une représentation sociale de l'IPRP demeure avec des différences importantes, notamment aux yeux des médecins (experts) comme à ceux de la direction des SSTI. Il apparaît en effet une forte hétérogénéité de la représentation de l'IPRP en fonction des différents SSTI où ils sont employés (Rasclé et al., 2019). Certains sont reconnus comme des experts, d'autres non. Les tâches varient et les possibilités de construction de marges de manœuvre et de régulation de leur activité en sont les premiers indicateurs. Pourtant, une mutation importante est à noter dans les travaux entre la période d'introduction non concertée de la pluridisciplinarité au début des années 2000 et aujourd'hui. Alors qu'hier les médecins du travail les envisageaient parfois avec inquiétude (Barlet, 2015; Lecomte-Ménahès, 2011), ils reconnaissent ces IPRP aujourd'hui comme un moyen voire une aide. En revanche, le travail coopératif des projets en

commun est particulièrement souligné par les médecins du travail (Ajroud-Quillet & Valléry, 2013). Par contre, il n'y a pas une situation unique mais une multiplication de situations singulières. La mutation de la santé au travail est toujours en cours et l'hétérogénéité provient d'un système où chaque SSTI entame sa mue lorsqu'il le souhaite, adaptant alors des processus hérités d'une construction sociale, organisationnelle à des contraintes qui évoluent sans cesse en raison d'un contexte d'instabilité (Rasclé et al., 2019).

4.6 Les asymétries au sein des groupes projet de conception

Dans le cadre de ce processus de conception, il s'agit d'interroger en quoi le fonctionnement en groupe projet a des impacts particuliers en termes de construction des asymétries. Comment certaines personnes peuvent se trouver en position asymétrique favorable, ou renforcer des asymétries déjà constituées, en raison des modalités de synchronisation de l'activité particulière aux groupes projet.

Au-delà de la co-construction entre les différents acteurs, la conduite de projet, comme le montre Garel (2011) induit de la coordination de l'activité des personnes. Ainsi, De Terssac & Friedberg (1996) comme Béguin (1997) mettent en évidence cette nécessité de coordination et de coopération entre les personnes engagées dans la conception lors de la conduite de projet. Cette nécessité de coordination est renforcée par l'hétérogénéité des projets de conception.

Certaines tâches de la conduite de projet reviennent spécifiquement à certaines personnes en raison des compétences ou des savoir-faire des membres du groupe (Yvon, 2013). Il peut s'agir soit de tâches qui concernent des aspects en lien avec de l'administratif, mais aussi des fonctions d'interfaces politiques, hiérarchiques ou d'experts. Ces derniers placent les personnes dans des positions asymétriques favorables dans les groupes projet de conception (Darses, 2006). Il apparaît que ces positions favorables et ces rôles pris par les personnes en raison des expertises impactent le déroulement des projets de conception. En effet, l'ensemble des acteurs ne possède pas les mêmes connaissances techniques ou contextuelles, les mêmes positions dans le groupe, ce qui provoque des décalages sociocognitifs issus notamment d'implicites (Cahour, 2002).

Le cadre organisationnel définit les personnes en charge de la conduite de projet de conception. Dans notre cas, le médecin du travail est statutairement en charge de cette conduite. Pourtant, comme le stipule Yvon (2013) si cette attribution statutaire par l'organisation est

nécessaire, elle n'est pas suffisante, il est nécessaire d'avoir la reconnaissance des autres membres. Cette coordination se construit dans l'action car elle concerne une activité coopérative des personnes (Cahour, 2002; Darses, 1997).

Ainsi, la conduite de projet participe de la construction des modalités de coordination de l'activité de conception lors des groupes projet. En particulier, ainsi que le met en avant Cahour (2002), les modalités de conduite de projet comme la façon dont est construite l'articulation des différentes phases du projet sont des leviers ou des freins situés par la compréhension qu'ont les personnes des attentes de la prescription.

4.7 Un enchaînement de rôles porteur de dynamiques collectives ?

4.7.1 Coordination de l'activité et dynamiques des asymétries ?

Dans ce paragraphe, il s'agit de regarder en quoi lors du déroulement et de la construction du processus de conception, les synchronisations opératoires comme cognitives sont susceptibles d'être ou non à l'origine de dynamiques sous-jacentes à la rotation ou à l'alternance des rôles. Existe-t-il des dynamiques sous-jacentes à tels ou tels rôles car ils procurent une possibilité d'orienter l'action d'autrui ? Le fait d'assumer par exemple une succession ou de multiples rôles peut placer une personne en position d'asymétrie favorable. Ainsi, elle peut se trouver en position d'orienter l'action des autres personnes. En assumant successivement des rôles ayant une portée opératoire, puis une portée cognitive, la personne est en situation d'informer, de transmettre des informations sur le contexte, les techniques comme sur les moyens. Cette capacité d'intervention épistémique est couplée avec les modalités opératoires qui permettent d'intervenir sur la planification, la gestion du projet et y compris la distribution du travail.

Une personne peut orienter l'action d'autrui en raison d'une articulation temporelle spécifique. Elle assume un rôle dans un contexte particulier qui peut lui donner un poids particulier, par exemple, le rôle de « décideur » dans un contexte d'incertitude, de flottement du groupe projet de conception dont les arbitrages peuvent amener de nouvelles dynamiques collectives au sein du processus de conception. Les personnes endossent des rôles tel l'animateur car elles perçoivent un besoin en termes socio-relationnels au sein du groupe et se sentent en position d'y répondre : il y a nécessité de fluidifier les relations, d'encourager, afin de faire émerger un compromis entre tous les acteurs.

Bales (1972) lors de ses travaux sur l'étude des rôles pose en préalable la question des asymétries lors de la construction des rôles. L'auteur met en évidence que la distribution des actions définit les asymétries dans la mesure où, ce sont ceux qui participent beaucoup qui assument des rôles particuliers.

« Les individus à forte participation tendent à se spécialiser dans les tentatives de résolution du problème, tandis que ceux à faible participation tendent à se spécialiser dans les ré- actions positives ou négatives ou dans les questions » (Bales, 1972, p. 14)

Dans cette même cohérence, Barcellini (2008) souligne que les discussions portant sur les questions de conception ont la particularité de permettre à plus de personnes de s'impliquer dans la construction du processus. Cependant, Barcellini met en évidence que ces modalités de coordination de l'activité des personnes s'articulent avec des asymétries sous-jacentes à la construction des rôles par les personnes. En fonction des compétences et des besoins du projet, ce sont spécifiquement les administrateurs et le chef de projet qui assument la fonction de réponse aux discussions sur la conception. Cette construction des rôles les place en situation d'orienter l'action des autres personnes.

Dans une logique interactionnelle (Bales, 1972) appliquée aux processus de conception fondés sur la co-construction de la solution entre les différents acteurs, il convient de faire émerger l'impact sur la coordination du travail des personnes régulièrement en situation d'orienter l'action d'autrui en raison du rôle qu'elles assument. L'hétérogénéité des groupes est un facteur qui peut impacter les modalités de coordination, en raison des différents rôles qui sont assumés par les personnes et de leurs compétences composites (expert, novice...).

Ces asymétries issues des rôles se construisent, se transforment en même temps que les rôles. Il convient de mettre en évidence la manière dont sont repérées dans les matériaux les asymétries effectives qui émergent des interactions. Ainsi, il sera alors possible d'analyser les régularités permettant de caractériser d'éventuelles dynamiques sous-jacentes à ces asymétries (Récopé et al., 2013).

4.7.2 Rôles et dynamiques des asymétries

Dans ce paragraphe, en regard au rôle, la question porte sur les éléments de stabilité et d'instabilité au sein des groupes projet. Il s'agit ensuite de déterminer si certains rôles, ou le cumul de certains, révèlent des asymétries ou des dynamiques dans les asymétries effectives.

Baker (2004, p. 71) souligne que les asymétries ne sont pas figées dans les groupes :

« Cependant, de nombreuses recherches démontrent les bénéfices d'une organisation du travail fondée sur une asymétrie ponctuelle, à condition qu'il y ait échange de rôles »

Baker (2004) considère que ces asymétries ponctuelles générées par la succession des rôles, sont issues de l'organisation du travail et sont porteuses de dynamiques collectives. Baker (2004) identifie l'importance des changements de rôles mais il relie ceux-ci à l'organisation du travail, et donc à une forme de prescription. Barcellini (2008), Bales (1972) ou Rocheblave-Spenle (1969) par la construction des rôles issue de l'action ouvrent des possibilités de dynamiques des interactions sous-jacentes à la construction des rôles. C'est ainsi que Barcellini (2008) montre que l'analyse des dynamiques émergent du processus de conception peut être construite sur des caractéristiques thématiques et temporelles. Elles sont mises en relation avec le degré de synchronisme et de temporalité des différents rôles. Les travaux de Barcellini (2008, p.136) soulignent que les modalités de synchronisation de l'activité participent des dynamiques collectives. Ces dynamiques sont construites sur des séquences d'activité lors desquelles :

- *Une proposition est suivie par des activités d'évaluation ou d'autres propositions ; ce dernier résultat peut être interprété en termes d'un désaccord implicite entre concepteurs ;*
- *Une activité de coordination dans une citation tend à être suivie d'un commentaire contenant une activité de coordination ;*
- *Les activités de clarification tendent à être suivies d'autres clarifications ; ces séquences d'activité caractérisent la construction d'un référentiel commun entre concepteurs ;*

- *Une activité de décision tend à être suivie d'une activité de coordination ce qui peut correspondre à une allocation des tâches une fois qu'une décision a été prise. On trouve également la séquence « Décision-Proposition » qui peut s'expliquer par le fait que certaines propositions, tardives, sont émises par des participants distants géographiquement. Ce résultat est à relativiser par rapport au faible nombre de décisions dans le corpus ;*
- *L'activité de synthèse est, elle, suivie d'activités de proposition, ce qui peut être là aussi interprété comme un désaccord implicite avec ce qui a été proposé. Elle peut être également suivie par des évaluations positives. L'activité de synthèse qui appelle des propositions, peut être considérée comme un « moteur » favorisant la génération de proposition et donc le processus de conception.*

Ces caractéristiques fondées sur l'activité des personnes permettent à Barcellini de montrer l'engagement conjoint des personnes dans les discussions. C'est à partir de l'activité des personnes que sont construits les rôles, pour répondre à des besoins en situation. Il émerge des modalités de construction des rôles des dynamiques collectives favorisées par des personnes et les objets de discussion (Barcellini, 2008).

Ainsi, dans certaines situations, si des personnes peuvent se trouver en position d'asymétrie favorable du fait du rôle qu'elles ont construit. En quoi cette construction ou parfois le cumul de certains rôles particuliers, révèlent-ils des asymétries ou des dynamiques issues des asymétries effectives ?

Il s'agit de regarder s'il existe une corrélation, et non un lien de causalité, entre la participation dans le groupe, la succession de rôles assumés et la position d'asymétrie dans le groupe projet ou si l'asymétrie dépend du type de rôle et des personnes ou statut qui les incarnent, en dehors de toutes questions quantitatives. Cette dernière proposition est illustrée par les travaux de Machado-Borgès (2017) ou de Goodwin & Alim (2010). Ils présentent une proposition de prise en compte des modalités de construction des interactions lorsque les asymétries sont fortement marquées, dans un contexte d'homogénéité de genre sexuel. Le résultat de ces recherches montre des situations de démonstrations de puissances entre les personnes ayant des statuts différents qui ouvrent sur des négociations et des postures corporatistes.

Il importe donc de comprendre si le fait que certaines personnes assument des rôles particuliers en situation, qu'elles en cumulent plusieurs ou parfois qu'elles les assument dans un certain ordre peut révéler ou non des asymétries. Est-ce un facteur de développement de dynamiques collectives ? En effet, les personnes sont alors potentiellement en situation d'orienter d'autres personnes voire le groupe entier. Elles ont des préoccupations qui induisent un intérêt qui n'est pas individuel mais peut résider dans la réalisation de la mission. Les personnes en situation ne sont pas habitées par des préoccupations uniques. C'est un ensemble des possibles qui s'imbrique et qui donne une cohérence aux différents champs des possibles et fait sens pour la personne. (Bourbousson et al., 2011).

Au sein des groupes projet de conception, l'assomption de rôles confère à certaines personnes une position particulière, en raison de l'expérience, des connaissances, de l'engagement. Parfois, ce sont des personnes qui ne sont pas habituellement en position d'asymétrie favorable comme par exemple les assistant(e)s médicales lorsqu'elles assument le rôles d'experts par exemple. Les autres membres du groupe reconnaissent une légitimité soutenue par l'expérience, la connaissance, le vécu, le métier et les savoir-faire mais aussi en lien avec les différents statuts. C'est ce qui confère les positions d'asymétries favorables au sein du groupe. Ces asymétries se construisent par les interactions entre les personnes et s'expriment dans l'action au fil de l'activité et de l'historicité des interactions au sein de l'équipe pluriprofessionnelle et du groupe projet de conception.

Il semble cohérent de chercher à mettre en lien synchronisation cognitive et la coordination de l'activité de conception avec la construction des rôles afin de faire émerger les dynamiques sous-jacentes aux rôles. Dans cette situation, ce qui fait valeur pour les personnes en position d'asymétrie favorable pourrait conditionner les modalités de construction des rôles.

5 Thèse selon lesquelles les dynamiques des asymétries statutaires sont des leviers d'un fonctionnement pluridisciplinaire

Au terme des parties sur les modalités de construction des rôles par les personnes, les asymétries et les dynamiques de ces asymétries, nous sommes en mesure de proposer une thèse accompagnée de sous-propositions qui viennent l'alimenter.

Les asymétries statutaires constituent un frein à la construction de la pluridisciplinarité et au développement du débat interprofessionnel dans les groupes projet de conception. Dans certaines conditions, ce frein peut être levé.

Lors des groupes projet de conception en SSTI, les statuts professionnels (médecin, assistant médical, IDEST, IPRP) déterminent largement les actions réalisées et les rôles endossés par les personnes. La participation des professionnels en position asymétrique défavorable reste limitée. Les opportunités de développement de débats interprofessionnels et de la pluridisciplinarité sont réduites (Barlet, 2015; Caroly, 2013; Caroly & Sallah, 2015). Pour autant, certaines conditions favorisent la participation de professionnels en position asymétrique défavorable, une construction du développement de débats interprofessionnels et de la pluridisciplinarité.

→ *Les asymétries statutaires constituent des freins ou des leviers en fonction de la définition des modalités encadrant l'activité des groupes projet.*

Lors des groupes projet, la mise en place de certaines conditions régissant le processus de conception et définissant le cadre participatif (Cahour, 2002; Darses & Rezeau, 2004) tendent à atténuer les asymétries statutaires sans les faire disparaître pour autant. Ce phénomène favorise la construction des débats interprofessionnels et de la pluridisciplinarité.

→ *Les asymétries statutaires qui deviennent effectives dans les rôles endossés, peuvent dans certains cas être des leviers de performance pour les groupes projets et susciter le débat interprofessionnel et la construction de la pluridisciplinarité.*

Lors des groupes projet, les asymétries statutaires posées deviennent effectives par les rôles que les personnes endossent en situation. Les rôles peuvent être porteurs de dynamiques collectives permettant l'émergence de solutions créatives et de la montée en compétence des personnes et des équipes pluriprofessionnelles par la présence de débats interprofessionnels (Amabile, 1996; Bonnardel, 2009b; Hargadon & Bechky, 2006). Ils déterminent les modalités d'activités des personnes et ont des effets sur l'issue du processus de conception, autant d'un point de vue individuel que collectif, autrement dit en matière de performance (Barthe & Quéinnec, 1999). Dans ces conditions, cette capacité à construire la controverse et à la coordonner avec une approche pluriprofessionnelle afin qu'elle soit productive autorise à envisager un fonctionnement pluridisciplinaire des équipes du SSTI.

6 Méthodologie

La confrontation au terrain des différents cadres théoriques et des observations préliminaires ont conduit à la construction de la méthodologie. Ils doivent permettre de fournir un cadre à la construction des matériaux comme aux modalités de traitement de ceux-ci, en articulation avec les contraintes du milieu, et dans un souci de validité interne de la recherche comme le montrent (Avenier & Thomas, 2012, p. 17) :

« La validité interne d'une recherche dépend de la rigueur, de la fiabilité et de la cohérence interne du processus de recherche. La rigueur et la fiabilité concernent la phase de constitution du matériau empirique (data collection) et celle de son traitement qui conduit à l'élaboration des résultats (data analysis). La cohérence interne dépend de la cohérence du design de la recherche (expression parfois traduite par « canevas » de la recherche, Hlady-Rispal, 2002). Elle s'évalue en mettant en perspective la question de recherche, les concepts et théories mobilisés, ainsi que la manière dont est collecté et traité le matériau empirique. »

Le cadre théorique de la recherche la situe dans un paradigme épistémologique constructiviste qui s'appuie sur une ontologie de l'activité et une ontologie phénoménologique. Il s'agit dans le cadre de la recherche de construire un cadre méthodologique et d'apporter des outils d'évaluation, de compréhension de phénomènes en constante mutation, du fait de la perception des personnes, de la transformation du Milieu et des apprentissages. Ainsi, la rigueur apportée à la construction d'une méthodologie permettant d'apporter des éléments de comparaison qui fait notamment émerger les régularités au sein des matériaux pourrait permettre d'être déclinée dans d'autres SSTI à des fins de comparaison. Cependant, il n'est pas envisageable de pouvoir répliquer une expérience identique comme le soulignent Avenier & Thomas (2012). En effet, trop de facteurs sociaux, individuels, organisationnels impactent la recherche. Celle-ci est en effet appuyée sur l'activité des personnes qui constituent un monde par une relation sensible comme motrice au milieu en raison de leurs perceptions, conditionnées par leur expérience passée (Varela, 1989).

La recherche s'inscrit dans le cadre de l'enquête ethnographique dans le sens où elle ne se contente pas d'avoir une approche empirique et d'être ouverte sur le monde, sur les autres (Favret-Saada, 2009; Kilani, 1994; Olivier De Sardan, 2000), elle propose de s'inscrire dans

une logique d'enquête et de rapport au matériau Elle est ancrée dans un terrain limité dans le temps et distribuée dans l'espace (Dodier & Baszanger, 1997).

6.1 La participation observante

6.1.1 Faire sa place au sein du SSTI

Ainsi que nous l'avons présenté dans la partie relative au contexte, les travaux de recherche s'inscrivent dans des situations complexes. Cette complexité est issue de la concentration de facteurs différents. L'instabilité du cadre légal induit une incertitude organisationnelle et socio-économique tout comme l'hétérogénéité statutaire, professionnelle, expérientielle des groupes projet.

Dans ce contexte, il s'agit pour le chercheur de pouvoir observer les organisations et leurs évolutions, l'activité des personnes et les modalités de synchronisation de celles-ci ainsi que le soulignent Rix-Lièvre et Lièvre. Ils s'appuient sur les travaux de Weick (2003) selon qui en incorporant les pratiques, les actions, il est possible d'en saisir les modalités de construction et la granularité, ce qui sous-tend les interactions. Le chercheur, dans notre méthodologie, n'a pas une posture passive. Il est engagé dans l'action au côté des personnes qui sont les sujets de l'observation (Olivier de Sardan, 2003).

Dans cette position d'observateur en prise avec l'action, le chercheur cherche à faire émerger dans quelle mesure ce qui soutient sa question de recherche est admissible ou pas par les personnes en situation, il ne cherche pas à convaincre comme le soulignent Bogdan & Taylor (1975, p. 50) :

« [...] the participant observer seeks merely to demonstrate the plausibility of his or her hypotheses and not to "test" or to "prove" them. »

Cette participation observante est construite avec les autres personnes. Celles-ci sont informées du statut du chercheur, de l'objet et de la demande qui a initié le travail de recherche (Rix-Lièvre & Lièvre, 2009).

En situation de participation observante (Andrieu, 2011; Lièvre & Rix-Lièvre, 2011), l'intégration du chercheur dans le milieu ne le place pas dans une situation « *d'observateur*

extérieure » comme l'approche positiviste de l'ethnographie classique le laisse supposer (Malinowski, 1933).

Au contraire, comme le montre Junker (1960) dans l'optique de l'École de Chicago, l'observation est nécessairement participante, il n'existe pas d'observation « pure », sans interactions. En effet, l'observateur s'intègre au groupe qu'il souhaite observer. Ainsi, Junker montre que s'il souhaite que les personnes partagent, l'observateur doit lui-même donner une part de lui-même. En ce sens, l'École de Chicago produit des modalités d'ordre opératoire et cognitif, des manières de faire que chaque chercheur, observateur de l'activité d'autrui, peut adapter, enrichir, faire évoluer et transformer. Ainsi, Spradley (1980) dans ses travaux introduit une gradation qui couvre une observation qui participe plus ou moins jusqu'à de la participation observante. Celle-ci couvre un spectre qui débute par la non-participation de l'observateur à l'activité à la participation totale. Dans toutes les situations, il convient que les personnes qui sont observées soient informées de la teneur du projet de recherche, de ce qui le sous-tend et de son évolution ainsi que l'explique Junker (1960, p. 52) :

« [...] the observer's activities as such are made publicly known at the outset, and are more or less publicly sponsored by people in the situation studied »

Cette information des autres personnes a pour objectif de mettre en place un cadre commun et partagé à l'observation qui, en rendant acteur les personnes, vise à favoriser la coopération avec le chercheur.

La participation observante, au-delà de ses modalités de mise en place, peut avoir des objectifs différents en fonction des périodes, des champs d'études, des situations (Platt, 1983) qui en transforment la nature. Ainsi, cette participation observante n'a pas eu pour objet, dès la construction de l'objet de la thèse, de positionner le chercheur comme observateur de son environnement. Si le chercheur participe à l'action, celle-ci le transforme, comme le souligne Favret-Saada (2009; 1981). Mais l'objectif, contrairement à cette dernière n'est pas uniquement la construction de connaissances. Cependant, il apparaît que le chercheur dans le processus d'observation vécu par Favret-Saada semble dans une situation contrainte par des limites imposées par les valeurs antagonistes en présence. Le chercheur se voit « *assigner une place dans le système actanciel [...] qui permet d'identifier, sous un mode grammatical, les règles qui le possibilisent et le contraignent objectivement.* » (Kaufmann & Kneubühler, 2014, p. 6).

Le chercheur est, comme le souligne Favret-Saada, « affecté » par la relation à son terrain de recherche, tant par la nature des matériaux que celles des interactions aux personnes. Le vécu des interactions à autrui peuvent donner à chacun la possibilité de construire des expériences singulières, dans un rapport à son propre corps comme au corps des autres. Cette intercorporéité construit la relation et l'action du chercheur lors de la participation observante :

« *Sentir mon corps, c'est aussi avoir sa posture dans le monde* » (Merleau-Ponty, 1995, p. 287)

Cette construction de l'objet se réalise par et dans l'action, dans une logique participative avec les personnes engagées dans la recherche mais aussi adaptative, car elle dépend de liens hétérogènes dans le milieu qui se font et se défont (Blondeau, 2002).

Dans ce travail, j'appartiens au collectif à la fois comme collègue ergonomiste et comme chercheur. Je suis en situation de redoublement professionnel. J'appartiens à un collectif où je dois m'intégrer comme ergonomiste, faire mes preuves et être à la hauteur. En effet, je suis attendu en raison de mon statut de doctorant. Les autres professionnels attendent de voir « *le nouveau caprice de [la responsable du pôle prévention]* » comme j'entends un jour me qualifier un ergonomiste dans une conversation avec un partenaire institutionnel. Faire ses preuves est un peu angoissant au départ. Je débute au sein d'un SSTI dont je ne connais presque rien, sinon ce que des collègues ou des amis ergonomistes ont pu me raconter. En réalité, je connais mieux le monde de l'industrie ou des consultants où j'ai déjà exercé et avec qui j'ai plus travaillé. Si je connais le métier d'ergonomiste, je dois assimiler ce qu'est le métier d'IPRP de SSTI. Cependant cette incorporation se déroule conjointement à l'appropriation du métier de chercheur par la co-construction avec le directeur de thèse. C'est une partie importante du travail de thèse, une forme de transformation qualitative du doctorant au fur et à mesure de la recherche (Gérard, 2013).

Ainsi, la participation observante, en deçà de la stricte observation des groupes projet, permet une compréhension globale des situations. Il est ainsi possible de saisir, par ce qu'autrui donne à voir de son activité, comment les personnes font ou souhaitent parfois faire, mais aussi quelles sont les différentes régulations qui existent, tentent parfois de se mettre en place et échouent, auraient été souhaitables à certains moments et n'ont pas existé faute de synchronisation de l'activité, comme le montrent Rix-Lièvre & Lièvre (2014, p. 150) :

« Les chercheurs peuvent alors appréhender non seulement ce que les acteurs disent de ce qu'ils ont fait ou de ce qu'ils font, mais aussi la manière dont ils agissent en situation. [...] l'approche ethnographique confronte les chercheurs « en chair et en os à la réalité qu'il[s] entend[ent] étudier » (Olivier de Sardan, 1995, p. 76). [...] L'observation des pratiques effectives et la participation des chercheurs à la vie de l'expédition, observation et participation au cœur de l'approche ethnographique (Olivier de Sardan, 1995), fondent la possibilité d'étudier l'organisation en train de se faire en profondeur au-delà des principes explicitement formulés. »

Cette participation observante est dynamique. La position de l'observateur, son rapport à autrui comme à l'environnement évolue. Ces différentes adaptations permettent d'expérimenter des situations, de comprendre le contexte, à l'aune d'une analyse de son positionnement et de sa posture par l'observateur. Ainsi, ce qui se passe à l'extérieur des groupes, au quotidien dans les interactions entre les différents acteurs au sein du SSTI, et en particulier entre les métiers, alimente une compréhension du contexte et induit des adaptations. C'est en cela que la recherche ethnographique en situation participante est toujours une succession de négociations, de compromis et de régulations dont l'objectif est autant la réalisation du projet de recherche que le maintien de son équilibre personnel (Rodgers, 2019).

6.1.2 La participation observante, un outil heuristique

L'objet de ce paragraphe est de montrer comment et en quoi la place du chercheur et l'observation observante ont évolué au fur et à mesure de la recherche et des contextes. Comment l'évolution du positionnement du chercheur a pu être un levier à la construction des matériaux. Le chercheur, dans le cadre de cette observation participante, s'est adapté au contexte et aux situations, cherchant à répondre aussi bien aux attentes et aux besoins de la recherche comme à ceux du SSTI et de l'équipe pluriprofessionnelle au fur et à mesure du déroulement de la thèse. En cela, la participation observante est un outil de développement de la recherche et d'essor des découvertes. Tout au long de la durée du travail de recherche au sein du SSTI, les modalités de la participation observante ont évolué. Celles-ci ont été sous-tendues aux conditions d'intégration et n'ont pas été régulières et identiques. Elles ont été très différentes en fonction des métiers, parfois des individus. Ainsi, ces différences si elles peuvent

être en lien avec le positionnement tiennent tout autant de l'apprentissage du métier de chercheur, de l'impact du travail sur les organisations comme du statut professionnel (Kilani, 1994)

Ce mode d'observation permet de saisir les différentes interactions existantes entre les personnes, les changements de l'organisation. C'est une possibilité de construire avec les personnes un accès réciproque à la perception de l'activité. Dans notre recherche, toutes les personnes sont volontaires pour participer aux travaux. Elles sont par ailleurs informées régulièrement, ou à leur demande, de l'avancé du travail de recherche et sont destinataires d'une restitution synthétique à la fin des travaux. La construction de la participation observante est transparente dès son origine. L'ensemble du SSTI est mis au courant dès mon arrivée dans la structure de l'objet de la recherche, de mon statut et que je vais être amené à réaliser des observations et des entretiens. Par cette construction du rapport à autrui, on bâtit un matériau par ce que l'autre accepte de donner à voir.

Dans le SSTI, j'ai le statut d'ergonome mais je n'en n'ai pas nécessairement toutes les contraintes. J'ai par exemple en charge un effectif d'entreprises adhérentes qui est réduit. Cela a pour conséquence d'avoir moins de demandes d'interventions de la part des médecins du travail, donc moins de pressions. J'ai plus de possibilités de gérer mon travail moi-même ainsi que mes horaires. Je participe et observe le quotidien en tant qu'ergonome du SSTI. Cependant, le positionnement de « chercheur » a pour effet que les autres m'accordent une position particulière, notamment dans une communauté d'ergonomes qui ne fait pas de recherche.

Il s'agit alors de s'expliquer, de se positionner, vis-à-vis des autres membres du pôle technique comme des médecins du travail qui ne comprennent pas pourquoi je ne suis pas une ressource toujours disponible. Il y a des régulations à trouver, des interventions en ergonomie à réaliser, réussir à aider les autres et participer à la vie du collectif, faire en sorte de devenir un collègue... d'autres qui permettent de faciliter le travail avec les médecins, ou tout simplement car les situations semblent urgentes, et il faut intervenir, dans l'intérêt des travailleurs concernés. Ainsi, je comprends assez vite que je ne trouverais pas ma place au sein du SSTI en cherchant à m'intégrer comme ergonome ayant un statut identique aux autres dans la mesure où j'ai été présenté dès le départ de manière différente. Le flou autour de mon statut, de mes fonctions, de mon sujet de recherche, de mon rattachement hiérarchique me place dans une situation d'instabilité. Dans une structure pluriprofessionnelle, il importe que la place de chacun, les champs professionnels soient extrêmement bien compris et délimités. Mon arrivée

a bousculé ce qui existait et a perturbé le fonctionnement du service. D'une part, je n'étais pas à 100% sur des missions pour le SSTI. C'était une première source de perturbation. Mon statut de doctorant a posé des questions, notamment vis-à-vis des médecins qui se sont posés la question « *comment et sur quels sujet peut-on saisir Cédric ?* » La réponse « *comme les autres ergonomes* » ne les a jamais convaincus. D'autre part, le fait que je me préoccupe des questions d'organisation interne me place dans une situation singulière quand l'ensemble des autres personnes du SSTI se consacrent aux situations existantes chez les adhérents. Cette situation est devenue plus compliquée au fil du temps car l'encadrement professionnel de ma CIFRE est assuré par une ergonome qui était responsable du Pôle Technique, puis directrice-adjointe et qui a aujourd'hui en charge la direction du SSTI.

Cependant, lorsque la tension a été trop forte ou lorsque j'ai jugé que cette instabilité pouvait mettre à mal le fonctionnement collectif, il a toujours été possible de réguler ces situations par des échanges individuels ou collectifs. La présentation de mon travail a été l'occasion d'expliquer ma position et de lever des incompréhensions. Une partie de ces malentendus est liée à une mauvaise connaissance de l'objet de mes travaux, une autre partie à des spéculations sur son statut professionnel. Cette dernière question a nécessité des points réguliers car ce statut a évolué fortement tout au long de la thèse.

- CDD-CIFRE, Ergonome
- CDD-CIFRE Ergonome, référent RPS/souffrance au travail
- CDI Ergonome, référent RPS/souffrance au travail
- CDI Expert ergonomie / Projets de conception

Dans un premier temps, ce positionnement en tant qu'expert provoque des remous au sein du Pôle Technique du SSTI. A nouveau, les contestations sont liées à un manque d'information et de communication concernant le statut, les tâches et les missions ainsi que le rôle attendu des experts. Nous sommes 3 concernés par cette situation, 2 au sein du SSTI et une ressource partagée au niveau régional en épidémiologie. La possibilité offerte par le débat et les échanges issus de la contestation est perçue positivement dans le collectif technique et cela permet de clarifier et d'asseoir ma position. Dès lors que le flou existant s'estompe, je deviens une ressource opérationnelle et je suis sollicité par les professionnels de santé et les membres

du Pôle Technique pour des interventions, pour aider à orienter ou reformuler certaines demandes comme pour répondre à des questionnements méthodologiques.

Ce positionnement du chercheur permet de faire des allers retours entre la participation observante et des retours sur les concepts de conception, de pilotage de projet (Trompette & Blanco, 2009; Valléry et al., 2005). L'analyse de son positionnement et de sa posture par l'observateur engendre des adaptations. Celles-ci offrent des possibilités d'expérimenter des situations. Ce positionnement permet d'alimenter une compréhension du contexte et des interactions au sein des groupes projet à la lumière de ce qui se passe au quotidien au sein du service de santé au travail. C'est ce rapport d'intériorité que le chercheur entretient aussi bien avec le groupe au sein duquel il est immergé que vis-à-vis de sa propre activité qui lui permet de saisir « *les processus collectifs de prise de décision, de réflexion stratégique, de management de projet* » (Rix-Lièvre & Lièvre, 2009, p. 166). Ce sont ces modalités qui construisent l'action comme le chercheur. Cette dualité des rapports qu'entretient le chercheur lui permet de construire la décision qui conduit l'action future pour la recherche par les prises de recul, en éprouvant son vécu par l'écriture. Ainsi, Le chercheur transforme par cette confrontation à l'activité, aux normes, le vécu en expérience. Comme le montre Récopé (2001, p. 26), « *ces actions sont des mises en actes de l'expériences dans la situation* ». Ainsi, la perception du chercheur est conditionnée par son histoire personnelle comme professionnelle, par les différentes rencontres, les évènements qui ont contribué à le construire, à l'enrichir en connaissances théoriques comme empiriques. C'est cet ensemble qui contribue à construire sa place, son positionnement au sein du groupe comme ses relations avec les autres membres du collectif mais aussi qui permet la construction d'un matériau par les traces (Devereux, 1980; Ginzburg, 1980; Rix-Lièvre & Lièvre, 2009).

L'intégration du chercheur dans son terrain passe par des expériences, des épreuves de l'objet de sa recherche, de lui-même à la réalité du terrain. Rien n'est jamais déterminé et c'est par des tâtonnements, par itération que les rapports réussissent à se développer. C'est ce que souligne Kilani (1994, p. 47) lorsqu'il écrit :

« *C'est ainsi, par exemple, que la mise en scène des premiers pas sur le terrain, la complicité avec les membres de la culture hôte ou, plus généralement, la « fable sur le rapport établi » (Clifford, 1983) avec le terrain servent de convention dans le discours anthropologique pour traduire la compétence interprétative acquise par l'anthropologue. Plus précisément*

encore, l'anecdote, la gaffe, la bévue ou le malentendu expérimentés par chacun de nous dans son interaction avec les informateurs deviennent les moyens heuristiques de la découverte. »

Ce sont des positionnements parfois maladroits en début de recherche qui permettent de comprendre et de faire avancer les connaissances sur le terrain. Il s'agit par itération, de comprendre et d'analyser les positionnements. Ceci est d'autant plus important que la situation lors de l'observation observante n'est pas figée et que les repositionnements sont indispensables, amenant de nouvelles hypothèses. Par la confrontation au terrain cette logique d'enquête permet au fur et à mesure de transformer des traces hétérogènes en un matériau homogène dans une logique pragmatique (Dewey, 1938).

Ces observations du quotidien sont consignées dans un carnet ethnographique qui permet une prise de recul avec le terrain et la mise en perspective de certaines problématiques (Favret-Saada, 2009). Cette manière de faire permet au chercheur de « *trouver des réponses à des questions urgentes* » mais aussi de se positionner sur le terrain, à conduire à une « *opération de connaissance* » (Favret-Saada, 2009). Cette prise de notes permet de constituer une trace de l'activité des personnes observées. Il devient un matériau par la capacité du chercheur à faire émerger des régularités. C'est une co-construction dans la mesure où elle est ancrée dans le terrain et qu'elle renvoie à la place que les personnes octroient au chercheur, ce qu'elles lui donnent (ou pas) à voir (Austry & Berger, 2009; Paillé, 2007; Pouchelle, 2014).

Afin d'en faire part, voici plusieurs petit récit, tiré de mon carnet ethnographique et dont l'objectif est de faire partager des situations mémorables liées à cette recherche de ma position sur le terrain.

6.1.2.1 Une première rencontre avec certains médecins du travail

Lorsque je suis arrivé au sein du service, le premier contact que j'ai eu avec le SSTI était situé à Vierzon et non à Bourges au centre principal. Le service décentralisé de Vierzon était pour la personne qui encadre professionnellement ma thèse un laboratoire de test des nouvelles organisations et des projets de conception. Il lui semblait pertinent que je commence à travailler dans cet environnement. J'ai rencontré la direction du SSTI plusieurs semaines plus tard, jamais formellement.

J'avais compris qu'il avait été décidé par la direction du SSTI, ou au moins par la responsable du Pôle Prévention, de faire de Vierzon un centre « pilote » en termes de projet de conception dans la mesure où les équipes pluridisciplinaires fonctionnaient bien.

Je me suis donc installé à Vierzon et je ne suis arrivé au centre de Bourges que 2 jours plus tard. Mon arrivée n'avait pas vraiment été préparée. Au sein du SSTI, c'était le flou. Les personnes, quel que soit leur statut professionnel se demandaient quelles étaient mes missions exactes. J'étais un élément non identifié qu'elles cherchaient à caractériser. Mon embauche n'avait pas été annoncée ou entendue en Commission Médico-Technique et elle provoquait des interrogations parmi les médecins du travail.

Ma première rencontre avec les médecins du travail n'a pas eu lieu sous l'égide de la direction, de la responsable du pôle technique. J'ai pris la décision de monter à l'étage où se situe le Pôle Médical afin de me présenter. Il s'agit également d'expliquer mes tâches, mes missions, mon rôle en tant que doctorant et le sujet de ma thèse à l'ensemble des professionnels de santé présents. J'ai été bien accueilli par les infirmiers en santé travail et par les assistants médicaux qui m'ont souhaité la bienvenue.

Dans mon périple, je me trouve nez-à-nez au détour d'un couloir avec un médecin du travail. Il me prend à partie, très violemment dans le couloir, devant des travailleurs attendant leur visite médicale interloqués. Il hurle ! Il me signifie que jamais il ne travaillera avec moi. Il n'a pas confiance et par conséquent, ce n'est pas possible de travailler ensemble. Il ajoute que je suis là pour espionner, pour « fliquer » le travail des médecins et que ce n'est pas tolérable. Je suis, à son endroit, un « objet de la direction » et du CISME⁵³. Son argumentation s'appuie sur le fait que la direction ne m'a pas présenté aux médecins du travail, ce qui accrédite son refus et sa méfiance. Si mon arrivée a été cachée, c'est la preuve qu'il y a une volonté de dissimuler mon travail et l'objet de celui-ci.

Nous sommes dans le couloir du SSTI, je suis gêné du spectacle devant les salariés qui attendent pour des visites. Je cherche à temporiser en argumentant sur le développement de la pluridisciplinarité, l'efficacité des collectifs, le sens du travail... puis, je lève la voix. Il s'arrête de crier, recule alors et me propose de rentrer dans son bureau pour continuer la conversation. Je refuse poliment et prends alors congé en lui signifiant que nous poursuivrons plus calmement un autre jour.

⁵³ Branche professionnelle des services de santé au travail, aujourd'hui PRESANSE

Je continue mon périple et me présente ensuite à un second médecin. Après que je me sois présenté, celui-ci se met à vociférer après moi. Il m'insulte immédiatement. Il crie, c'est là aussi fort et violent. Il me demande comment j'ose venir me présenter, venir le voir en face avec « *le travail de merde* » que je suis en train de faire. Il est debout, face à moi et gesticule... il m'invective et m'envoie dire que je collabore avec la direction pour mettre à mal le métier et casser la santé au travail. Je ne recule pas, je reste mais gêné, je ferme la porte du bureau. J'essaie de défendre ma position, la légitimité de mon action... là, c'est plus difficile que lors de la rencontre avec le premier médecin. Je baisse un peu pavillon et tente une sortie digne, en parlant de collaboration, de coopération... mais je n'y crois pas vraiment... C'est la seconde expérience consécutive... je ne cherche pas à discuter et prend la fuite, dépité... Je suis cependant choqué de ce qui vient de se passer. J'avais conscience qu'il allait être nécessaire de construire l'intervention. En revanche, j'étais loin de penser devoir faire face à une telle hostilité. Heureusement, suivront ensuite des rencontres plus chaleureuses avec d'autres médecins du travail qui viendront atténuer cette première perception. Ils se montreront curieux et intéressés et chercheront à travailler rapidement avec moi afin de voir ce que cette nouvelle collaboration peut apporter.

Cependant, les premières rencontres me percutent de front ce jour-là. Je comprends que je ne trouverai pas une légitimité allant de soi au sein du service de santé au travail et qu'il en sera de même pour mes travaux. En effet, j'ai conscience que ce sont les médecins du travail qui coordonnent le collectif de travail et qu'il va falloir convaincre pour réussir à se faire une place légitime en son sein, y compris avec ceux qui m'ont accueilli chaleureusement. J'ai maintenant conscience qu'il faut convaincre pour mener à bien la thèse.

6.1.2.2 Être à la place de ceux que j'observe habituellement, une modalité de construction des caractéristiques du traitement des matériaux

La littérature sur les projets traite couramment du pilotage de ceux-ci laissant parfois penser qu'il s'agit d'appliquer des méthodes permettant de prendre en main un outil qu'il s'agit de maîtriser. Lors de la seconde année de thèse, j'ai pris la coordination d'un projet au sein du SSTI dont le sujet concernait une question en lien avec de la qualité de vie au travail et la soutenabilité de celui-ci. Lors de la construction du cahier des charges, la direction du SSTI

m'a demandé d'en prendre la coordination en raison de mon statut de référent sur les questions de souffrance au travail et organisationnelles. Il s'agissait de développer une présentation accompagnée d'un outil pédagogique sur la thématique du « bien vieillir au travail ». Le cahier des charges n'était pas contraignant, il laissait une relative liberté de thématique comme de format.

Suite à l'appel à candidature, 2 assistant(e)s médicales, 1 IDEST et 1 IPRP volontaires décident de participer au groupe. Le projet est validé en CMT. J'en suis le coordinateur. Il n'y a pas de médecins du travail dans le groupe projet car aucun ne s'est porté volontaire.

C'est la première fois que je pilote un groupe au sein du SSTI. Si ma mission est d'observer les projets de conception, de réaliser des entretiens avec les différents acteurs, là, c'est moi qui me retrouve en position d'accepter le statut institutionnel de coordinateur de projet. Je vais pouvoir comprendre et ressentir quelles sont corporellement les sensations, les émotions de ceux que j'observe jours après jours. Je le ressens comme une forte pression avant même que le projet ne soit mis en place. Aux yeux des autres, j'apparais comme un expert de ces sujets et j'ai la sensation que je dois montrer ce que je suis capable de faire. J'imagine qu'un médecin qui coordonne un groupe, habituellement perçu comme un expert au sein des équipes pluridisciplinaires se trouve aussi avec cette tension sur les épaules.

Lors de la première réunion, je suis confiant et content des premières réactions. Cependant, les personnes qui se sont engagées dans le projet attendent que je présente le cahier des charges. J'ai un temps de retard, je ne rebondis pas forcément suffisamment vite parfois et je sens que je suis un peu spectateur... peut-être parce que je prends des notes, mais pas seulement.

Il y a immédiatement beaucoup de questions sur le projet, sur ce que ça signifie, dans quel cadre il se situe, à qui on doit le présenter, qui le présentera... Répondre à ces questions permet de présenter le cahier des charges un peu plus précisément. Nous commençons à échanger des idées. Chacun apporte des idées qui témoignent des différentes perceptions des personnes sur le sujet. J'écoute les différentes propositions qui émergent. Au fur et à mesure des discussions, les différentes personnes échangent et une problématique partagée se dégage.

Durant toute cette réunion, je suis centré sur une idée, faire en sorte que tout le monde participe à la discussion. J'essaie de dynamiser les échanges en relançant des propositions, en clarifiant le discours de certaines personnes. J'ai deux idées en tête : relancer les débats et être clair. Je suis tendu au départ puis je me détends car je constate que les personnes s'engagent dans le projet, se projettent et se distribuent le travail. D'autre part, je me sens en confiance et

soutenu. En effet, j'ai le soutien de l'IPRP. Nous avons une habitude de présenter ensemble, que ce soit devant des publics d'entreprises, dans le cadre de formations ou pour des communications. Elle doit sentir que je ne suis un peu tendu, moins sûr car elle prend beaucoup le relai, avec humour.

D'autres réunions s'enchaînent. Cependant, j'ai l'impression que les choses n'avancent pas beaucoup. Il y a à chaque fois des discussions, mais au-delà de celles-ci, il n'y a pas d'avancées concrètes du projet. A la fin de la première réunion, personne n'a jugé qu'il y avait un besoin en terme de synchronisation opératoire et n'a endossé ce rôle. Donc, j'ai commencé à distribuer des tâches précises entre les personnes. Ainsi, les personnes ayant le statut d'ergonome s'enquière de ce qui a déjà été réalisé sur le sujet dans la littérature scientifique, dans la branche d'activité, les SSTI ou les entreprises. Les personnes ayant le statut d'assistant(e)s médical prennent en charge les modalités de mise en place et celles qui ont le statut professionnel d'IDEST s'intéressent aux pathologies sous-jacentes et aux données issues du suivi médical.

J'ai beaucoup travaillé pour préparer le projet. Mais en situation, je me rends compte que les connaissances que je suis en mesure d'apporter sont en décalage avec celles qu'il faudrait que je transmette pour répondre aux attentes et aux besoins des personnes engagées dans le projet. Mes connaissances apparaissent trop scientifiques, trop arides, pas assez pratiques. Il y a un manque d'effort de vulgarisation scientifique qui produit du désengagement.

Dans la période, il y a des problèmes d'organisation. Les professionnels qui se sont engagés semblent ne pas avoir le temps. D'ailleurs, ils n'ont pas de temps spécifique pour travailler sur le projet. Seul l'IPRP et moi-même avons la possibilité de le faire car nous avons la possibilité de gérer notre temps de travail. Dans la situation, je ne saisis pas les différences effectives qui existent entre les statuts professionnels en termes de possibilité de construction de marges de manœuvre. J'ai la sensation qu'il y a un manque d'engagement dans le projet. Au lieu de chercher des régulations dans l'organisation, je cherche à développer de la coopération dans le groupe. Cependant, les résultats ne sont pas probants et à chaque rendez-vous, chacun revient avec quelques idées mais surtout les discussions au lieu de se tourner vers le futur de l'objet à construire se concentrent sur les anecdotes de l'activité de travail quotidienne. A partir de celles-ci, j'essaie de remettre en perspective la thématique de travail du groupe, d'amener des éléments de connaissances, de conceptualisation pour chercher à ce que les personnes s'approprient une logique prospective. Il n'y a que peu de résultats et la construction de l'objet

commun, les modalités de transmission des connaissances, le support de la présentation peinent à prendre forme.

Je fais part de mon inquiétude à l'IPRP. Elle est aussi inquiète que moi car elle constate bien les difficultés de transformation de l'investissement des personnes en concrétisation de l'objet. En échangeant avec les autres personnes, je prends alors conscience que les questions d'organisation du travail sont primordiales. Les assistants médicaux et les IDEST ont du temps de dégagé pour participer aux réunions de groupe projet, mais il apparaît que le travail de préparation, de recherche est effectué par ceux qui ont des capacités à pouvoir organiser leur temps de travail, à réguler leur activité pour y placer les tâches liées aux projet de conception. Les dates approchent. Avec l'IPRP, nous décidons de faire un point de l'ensemble des idées émises, des quelques projets proposés et nous construisons le cadre de la présentation.

Lors des réunions suivantes, nous présentons avec l'IPRP ce que nous avons préparé. Il ne s'agit pas dans mon esprit d'imposer une approche mais d'apporter une première trame dans l'objectif de la soumettre à la critique, à l'évaluation des autres membres. Des questions surgissent car tout le monde n'a pas les mêmes connaissances. Avec l'IPRP, nous nous efforçons d'apporter des connaissances afin de créer un socle commun à tous. Il y a une réponse agressive des autres membres du groupe qui nous font savoir que nous sommes les experts et que ce n'est pas la peine de les « saouler avec des trucs comme ça », « de leur prendre la tête ». En fait, Les personnes engagées dans le groupe nous font confiance et nous reconnaissent une position d'expert. Celle-ci nous place en situation asymétrique favorable et le groupe considère que nous n'avons pas à justifier les éléments scientifiques.

Je soumetts alors une suite de propositions clairement expliquées au groupe. Elles sont évaluées positivement et je stabilise alors le projet de présentation. Il y a un consensus, nous devons présenter le projet avec l'IPRP. De mon côté, j'ai la sensation d'avoir imposé le projet. Alors que je souhaitais une construction participative du projet, j'ai la désagréable impression que pour aboutir à un résultat rapide et plus facile, j'ai fortement orienté le groupe, qui s'est laissé faire, lui aussi par facilité. Je comprends plus tard qu'en fait, les membres du groupe projet m'ont accordé la possibilité d'orienter leurs actions en reconnaissant cette expertise et cette position asymétrique favorable.

Le retour sur ce que j'ai vécu durant ce moment me permet de comprendre comment les personnes en situation de coordination des groupes projet doivent gérer des échanges entre les personnes, des propositions hétérogènes et les différentes temporalités du projet (gestion des

ressources, planification et distribution du travail, deadline). Cette expérience m'a fait prendre conscience des décalages existants entre les personnes au sein du groupe projet concernant la réalité du cadre participatif. Alors que nous informons l'ensemble des personnes d'un cadre commun, avec des moyens matériels, organisationnels et de construction de la décision qui sont les mêmes pour tous, il apparaît au fil du groupe que ce cadre se fissure. La réalité des tâches et du planning des personnes en position asymétrique défavorable les rattrape. Elles doivent réaliser leurs tâches, le groupe passe après, et il n'y a pas de temps pour cela. Le cadre participatif défini n'existe plus, n'a pas été respecté. C'est de là que peut naître la frustration et l'injustice même lorsqu'il y a eu de la performance.

6.1.2.3 Des tensions propices à la compréhension des modalités de reconnaissance des asymétries

L'introduction de la Big Data au sein du SSTI s'est faite en engageant les équipes dans un projet de conception d'un environnement propre à l'accueil d'une plateforme technologique collaborative qui assure une connexion continue avec les adhérents et les salariés. Il s'agissait, pour chaque acteur, de s'approprier l'outil de sorte que ce dernier devienne un instrument pour l'activité, une ressource au service de la prévention de la santé au travail. Le cheminement du processus d'appropriation, concept mis en avant par Rabardel (1995, 2001), a été, pour la plupart des membres des équipes, relativement rapide. Nous avons à cœur de développer un outil répondant à la fois aux attentes et besoins grandissants des membres du SSTI, des acteurs institutionnels, des travailleurs et des adhérents.

La conception de l'outil s'est construite dans une logique prospective qui s'inscrit dans l'approche développée par Loup-Escande & Burkhardt et Richir (2013; 2019). En effet, les premiers constats se sont basés sur l'état actuel de la santé des travailleurs du Cher. Sur ce constat, un socle de connaissances a été construit de sorte à orienter une approche prospective. La connaissance des spécificités des territoires a permis d'affiner l'analyse et de réaliser de premières évaluations auprès des travailleurs et des employeurs du département (passation de questionnaires). La mise en place du groupe projet a alors autorisé, sur la base de l'état actuel et des précédents outils, de reconstruire les fonctions et définir les usages de ce nouvel outil. Il importe de considérer chaque acteur comme une source de solutions prospectives vers une

amélioration du suivi médical individuel et collectif des travailleurs du Cher (Gouvenelle et al., 2021).

Au fur et à mesure de l'avancée de mes travaux, certaines modifications organisationnelles avaient été mises en place, parfois sur des structures un peu à l'écart du groupe principal, en test sur un centre périphérique. Par exemple, ce fut le cas juste avant que le groupe projet concernant le développement de la visite pré-connectée ne débute. Dans ce contexte de développement, d'innovation technologique et de transformation des organisations, des coordinateurs métier IDEST et assistants médicaux ont été mis en place, à l'instar du responsable du pôle Technique.

Au mois d'Avril 2019, la direction nous demande, à la responsable du pôle Technique, l'ergonome référent TMS et à moi-même, d'engager une réflexion sur le futur du pôle technique, son organisation et sur les modalités de règlement des problématiques techniques, organisationnelles et relationnelles qui se posent. Elle nous charge alors tous les trois de réfléchir à la construction d'une organisation du pôle technique qui réponde aux besoins des adhérents et favorise un fonctionnement réellement pluridisciplinaire. La directrice du SSTI nous a assuré dans la mission en appuyant sa demande d'un point de vue statutaire.

- [X] est responsable du pôle technique
- [Y] a de l'expérience comme consultant, sur la création d'organisation
- Pour ma part, j'ai une connaissance, par mes travaux de thèse, des questions de coordination de l'activité des personnes dans le cadre des équipes pluriprofessionnelles, au quotidien comme dans le cadre des projets de conception.

La responsable du pôle technique nous annonce qu'elle compte abandonner la responsabilité du service. Il s'agit donc pour nous d'inventer une solution organisationnelle qui nous satisfasse professionnellement, personnellement et qui soit porteuse d'une dynamique collective pour le pôle technique. L'idée qui surgit est de ne pas laisser une personne se charger à nouveau de cette charge, mais de la partager à trois. Ainsi, la co-coordination du pôle technique s'impose assez vite. Nous avons plusieurs solutions pour la répartition des responsabilités. Celles-ci sont alors envisagées à cette étape par métiers, par secteurs géographiques, par binômes d'IPRP, sans qu'aucune solution ou possibilité ne soit fermée. Suite à cette discussion, je cherche à traduire, sous forme de processus, les différentes

possibilités. Nous en discutons et l'un des processus proposés devient alors la base de ce qui construit la base du projet en développement.

Ainsi, ce projet s'inscrit alors dans une refonte plus globale de tous les services. Il s'agit d'adapter les modalités de fonctionnement du SSTI aux environnements numériques qui permettent à l'individu d'adapter son activité aux besoins du service comme à ses besoins personnels.

Une fois ces travaux suffisamment avancés, nous avons alors convenu avec la directrice qu'il serait intéressant de mettre en place une réunion avec l'ensemble des responsables de service, la DRH, afin de d'approcher les différentes problématiques qui émergent au sein des services, de projeter une ébauche d'organisation dans l'objectif de pouvoir la stabiliser rapidement. Ainsi dans l'intervalle, il s'agissait que chacun fasse le point dans son service et recueille les retours et les empêchements en termes d'activité comme de développement personnel.

Ce positionnement m'amène à co-présenter, avec la responsable du pôle technique et l'ergonome référent, une réunion avec les IPRP dont l'objet est d'aborder l'idée que les organisations sont en transformation et de chercher à les impliquer dans ce processus d'évolution de l'organisation du pôle technique.

Nous préparons cette réunion tous les trois avec un peu d'appréhension. En effet, nous ne savons pas quelles seront les réactions. Nous sommes conscients qu'il y a des inquiétudes dans l'équipe. Cette inquiétude et cette angoisse sont telles que lorsque nous nous réunissons pour construire les propositions, il arrive que des IPRP cherchent à saisir quelques renseignements lors de nos réunions. Nous cherchons à dissiper cette inquiétude par l'échange, mais à ce stade, rien n'y fait car nous n'avons pas de réponse à apporter. Une réunion formelle arrive à point nommé.

Pour la première fois, je me trouve face à l'agressivité, à la défiance du collectif métier auquel j'appartiens. C'est une situation inédite pour moi. Tout à coup, ce que les autres me renvoyaient me donnait la perception de ne pas être dans le groupe mais face à lui. J'avais le sentiment d'appartenir à un autre groupe, de construire des solidarités fondées sur des valeurs partagées avec la responsable du pôle technique et l'ergonome référent TMS. J'étais face à la responsable du pôle technique, je voyais en début de réunion qu'elle n'allait pas bien, je le sentais. Je lui envoie un mail pour la rassurer elle me répond que ça va. Mais ça me travaille quand même, je n'aime pas qu'elle ne soit pas bien, du coup, je suis aussi tendu...

Je constate tout à coup que ce changement de statut peut développer de l'agressivité ou faire émerger des émotions dans un contexte de désorientation professionnelle des IPRP du SSTI. C'est en grande partie cette situation mêlée d'agressivité parfois, souvent d'injonctions qui conduit la responsable du pôle technique à souhaiter arrêter.

Dans la réunion, il s'agit de répondre à des questions, de faire face parfois à une certaine agressivité, quelquefois à de l'inquiétude ou à de l'incompréhension. Comme le montre Grosjean (2011), les conduites des personnes se transforment dans ces situations en fonction de ce qui est attendu, de ce qui est possible d'offrir en retour de cette attente. Dans tous les cas, il faut répondre, ne pas laisser le doute s'installer, trouver les mots. La responsable du pôle technique en début de réunion répond sèchement à une ergonome qui lui demande si nous allons présenter le fruit de nos travaux : « Non, il n'en est pas question ! », sur un ton sec et cassant. Son visage est fermé. A ce moment-là, nous sommes tous trois un peu tendus, il y a déjà eu quelques tensions. Je vois alors le visage de l'ergonome qui a posé la question se fermer. Elle a très mal pris la réponse de la responsable du pôle technique. Je reprends la parole et lisse la réponse en expliquant que pour l'instant, nous n'avons pas de trame présentable. Nous souhaitons au contraire avoir en premier lieu des remontées du terrain, les perceptions des empêchements, de ce que chacun aimerait transformer ou garder dans son activité en termes d'organisation, d'horaires, de modalités de construction de l'activité de travail. Ceci pourrait nous permettre de commencer à construire quelque chose de stable qui s'appuie sur le réel du travail.

Mon intervention ne calme pas les choses et une autre ergonome s'emporte. Elle nous reproche la planification. On fait les choses trop tard, les IPRP n'ont pas le temps de construire des processus d'organisation dans des délais aussi courts, ce n'est pas possible. Avec l'ergonome référent TMS, nous lui expliquons que la demande n'est pas de construire des processus d'organisation du pôle ou du SSTI. Il s'agit de faire remonter les facteurs qui de leur point de vue sont des freins ou des leviers à l'activité individuelle ou collective.

Nous sommes dans une situation inextricable car nous n'avons pas les réponses. Nous avons construit des propositions qui ont été à ce stade présentées à la direction du SSTI. Nous avons défendu des positions afin d'améliorer le fonctionnement, les relations et les conditions de travail au sein du pôle technique. Cependant, je me rends compte que nous ne sommes pas les décisionnaires alors que l'ensemble des IPRP attend des réponses de notre part.

Dans cette situation, j'apprends en premier lieu à défendre ce qui a été construit, à argumenter et me positionner face au collectif. C'est un positionnement qui n'est pas

hiérarchique mais un positionnement professionnel, apportant une expertise. D'autre part, si je ne suis pas en situation de donner les réponses, je ne cherche pas à les inventer. Je dis la vérité sur la situation et sur notre position, notre impuissance et notre méconnaissance de l'issue du processus.

La direction présente cette nouvelle organisation. Elle comporte trois personnes en position d'expertise, supports pour l'ensemble des équipes médicales et techniques dans leurs domaines. Celle-ci n'est pas forcément très claire au départ car elle est proposée à l'ensemble du SSTI avant d'être totalement finalisée. Elle suscite beaucoup d'interrogations et de discussions au sein des IPRP qui demandent une nouvelle réunion avec la direction pour comprendre. Nous l'animons avec ma collègue toxicologue et cet échange s'avère très difficile. Les IPRP sont agressifs et nous avons le sentiment d'être remis en cause, particulièrement du point de vue de nos compétences professionnelles. Nous sommes interloqués. Je décide de voir l'ensemble des IPRP la semaine suivante afin d'échanger et de comprendre ce qui se passe. Ils m'expliquent tous, certains en larmes, qu'ils sont en difficultés et que leurs propos ne s'adressaient ni à ma collègue ni à moi. Il semble y avoir un problème lié à des questions de disponibilités et de gestion d'agenda avec le 3^{ème} expert. Celui-ci n'est pas à temps plein sur le SSTI et cela crée difficultés et crispations, notamment parfois pour se rencontrer, échanger et construire des visions partagées des demandes comme de la finalité des interventions. Au final, la direction du SSTI prend la décision de mettre en place une organisation fondée sur les remontées des membres du Pôle Technique. Il y a deux experts en appui méthodologique : 1 docteur en pharmacie industrielle, spécialisé en toxicologie sur le risque chimique et la toxicologie industrielle et moi en ergonomie, mon champ de compétence glissant au fil du temps vers de la « Recherche et Développement ».

Cette expérience a permis d'intégrer en premier lieu que les asymétries statutaires, et la perception de ces asymétries étaient prévalentes sur les collectifs de métier. Il apparaît également que les statuts n'offrent pas des positions acquises automatiquement. Les personnes accordent à ceux qui ont un statut professionnel, social ou institutionnel particulier leur confiance et la légitimité de celui-ci en fonction de leurs actes, de leurs conduites ainsi que la position d'asymétrie favorable qui l'accompagne. Dans cette situation, il a été notamment possible de saisir comment, dans un contexte de transformation de l'organisation au sein duquel les relations hiérarchiques étaient substituées par des relations fonctionnelles, une remise en cause des statuts intervient pour une reconnaissance des compétences effectives des personnes, qui soit le fruit du rapport à l'expérience des personnes comme du collectif.

6.2 Des investigations approfondies de certains groupes projets

Pour la recherche, nous avons suivi des groupes dont les caractéristiques correspondaient à un ADN spécifique. Il s'agissait que ceux-ci soient d'une part pluriprofessionnels, d'autre part qu'ils aient un objectif de conception. L'objet n'est pas entré en ligne de compte, ni la coordination du groupe. Au contraire, il était important qu'il puisse y avoir une diversité de coordination de groupes projet afin de pouvoir établir des comparaisons en termes de coordination de l'activité, d'impact des asymétries statutaires, de résultats en termes d'asymétries effectives. Ainsi, il était possible de chercher à valuer les résultats des groupes et de les comparer.

Lors de cette recherche, des tensions sont apparues lors de l'étude de certains groupes entre les participants, et/ou entre certaines professions au sein du SSTI. Notre travail n'a pas pour objet de mettre en lumière des problématiques interpersonnelles ou de donner l'impression de mettre la lumière sur des individus.

6.2.1 Le groupe 1 : Conception d'une démarche de transfert de connaissance à destination des adhérents

Ce projet est né d'une expérience suite à une intervention en entreprise d'un IPRP : une Action en Entreprise (AMT). Lors de cette AMT, l'IPRP échange avec les salariés et le chef d'entreprise. Ceux-ci expliquent que dans un établissement de nuit avec bar, il y a une inquiétude face aux accidents et à la sécurité de tous en raison des horaires et de la consommation d'alcool. L'IPRP reformule la demande qui lui a été adressée et propose une sensibilisation contextualisée concernant les risques spécifiques en lien avec les addictions. Cette intervention est réalisée sous la coordination d'un médecin du travail qui validera la présentation de la sensibilisation. Suite à cette intervention, l'IPRP propose, toujours en collaboration avec le médecin du travail de mettre en place un groupe projet afin de faire une sensibilisation aux addictions. La direction du SSTI transforme le cahier des charges et demande à ce que soit initiée une réflexion sur les addictions avant de concevoir des outils de

diffusion et de sensibilisation aux différentes problématiques posées par les addictions à destination des adhérents et des travailleurs. Ce projet s'intègre également dans des projets d'éducation à la santé en partenariat avec des établissements professionnels de l'Education Nationale qui ont été mis en place depuis plusieurs années. Ces interventions ont une importance primordiale autant en termes de prévention en santé pour les futurs travailleurs qu'en termes d'Information sur les rôles et missions du SSTI. Le groupe projet est alors coordonné par le médecin du travail, avec une véritable co-coordination de l'IPRP. C'est le seul groupe projet observé où le co-coordonateur s'incarne véritablement.

Dans un premier temps, il s'agit donc pour les différentes personnes engagées dans le groupe de se mettre d'accord sur une définition partagée des addictions, de ce qu'elles recouvrent, les causes et les facteurs. Il s'agit ensuite de faire des choix sur la manière de les présenter, de les aborder dans les milieux professionnels.

Le second temps est celui du choix et de la construction de l'outil didactique.

Lors de ce groupe projet, 3 réunions participent de la construction des matériaux de la recherche. En effet, par la suite, la nature du groupe se transforme et il abandonne la conception pour se consacrer à l'action et à la mise en place dans les entreprises. Ce n'est plus une période « test » avec des évaluations et des retours d'expérience. Ensuite, ce sont des « Actions en Entreprises » habituelles qui sont réalisées par les membres du SSTI à partir du moment où l'outil est intégré dans les process du SSTI : le groupe n'a plus lieu d'être.

La composition de ce groupe est fortement marquée par les professionnels de santé. En effet, c'est le seul groupe projet qui comporte 2 médecins en son sein dans un contexte où la participation des médecins du travail aux différents groupes projet de conception s'avère toujours difficile et compliquée, tant pour des questions d'agenda que parfois d'intérêt. De la même façon, les IDEST et les assistant(e)s médicales étaient très intéressées par le sujet. C'est en effet une thématique qui touche autant la pathologie que des questions en lien avec la législation, le droit du travail que maîtrisent les assistant(e)s.

6.2.2 Le groupe 2 : Conception d'un processus d'intervention pluriprofessionnelle

Le groupe 2 est né initialement d'une volonté de la direction du SSTI face à un double constat. D'une part, la législation concernant la Fiche d'entreprise est en train de changer et il s'agit d'anticiper les changements, d'autre part, il y a au sein du SSTI des tensions qui

s'exacerbent entre métiers, particulièrement entre les IPRP et les médecins. Ces tensions concernent les modalités de synchronisation de l'activité, qu'elles soient opératoires ou cognitives, qui permettent de déterminer et de définir qui réalise, quand, dans quelles circonstances lesdites Fiches d'entreprises.

Pour cela, la direction du SSTI a défini un cahier des charges et des objectifs pour le groupe. Il s'agit en premier lieu que les membres fassent un état des lieux sur les modalités de coordination des personnes, des métiers afin que puisse être réalisée la Fiche d'entreprise. L'objectif de ce diagnostic est double. Il est de pouvoir entamer une réflexion interprofessionnelle sur les manières de faire et au-delà, sur la manière d'appréhender la Fiche d'entreprise. Qu'est-ce qu'elle représente pour les métiers, aussi bien en termes de prescriptions qu'en termes de perspectives de développement des Actions en Entreprises ? Il y a un développement sous-jacent à cette question concernant les possibilités de développement d'un fonctionnement qui soit réellement pluridisciplinaire.

La composition du groupe a eu lieu en partie sur du volontariat et en partie suite à des incitations de la direction du SSTI. Le groupe est composé de l'ensemble des membres de l'équipe pluriprofessionnelle. La personne qui a le statut de coordinateur du groupe est un IPRP (ergonome). C'est un groupe qui est marqué par de fortes tensions intermétiers comme interpersonnelles. En effet, dans ce groupe, la personne qui a le statut de médecin du travail est statutairement le médecin administrateur, représentant médecin à la CMT. L'une des personnes qui a le statut d'assistant(e)s médicales est déléguée du personnel. L'IPRP est une technicienne HSE et ancienne assistant(e) médicale. Les IDEST et assistant(e)s sont volontaires et sont pour la plupart issues de centres extérieurs et d'ancienneté récente.

La mise en place de ce projet se situe dans un contexte particulier. D'une part, il y a, du point de vue des contraintes exogènes au SSTI, une modification légale qui modifie les manières de faire, le rapport au métier. Les professionnels, aussi bien du Pôle Santé que du Pôle Technique, se trouvent déstabilisés. D'autre part, au moment où le groupe projet démarre, la direction du SSTI a décidé d'engager des négociations avec les partenaires sociaux qui s'avèrent tendues, dans une période où le management du SSTI vient de changer. Ce changement avait impacté fortement l'ensemble du service de santé au travail, notamment par l'arrivée d'une directrice-adjointe, ancienne responsable du Pôle Technique, qui imprime alors une nouvelle dynamique, orientée par son expérience dans l'industrie, la conception et le mode projet.

6.2.3 Le groupe 3 : Conception d'un processus de prévention et prise en charge de travailleurs possédant des caractéristiques ciblées

Le groupe 3 est né suite à la mise en place d'un cahier des charges construit par la direction du SSTI qui avait identifié des besoins spécifiques dans le suivi particulier de certains travailleurs en butte à des situations ou des pathologies qui les contraignent dans leur activité de travail. Le constat qui sous-tend la construction de ce cahier des charges est que le SSTI, et en particulier les professionnels de santé, ont des difficultés dans l'identification et la prévention de certaines situations sociales, physiques, cognitives ou pathologiques qui sont au cœur des processus de désinsertion professionnelles des travailleurs. Le cahier des charges spécifie qu'il s'agit pour les personnes engagées dans le groupe projet de trouver une solution afin que le SSTI soit en mesure de se doter d'un dispositif. Celui-ci doit avoir pour objectif de permettre aux membres des équipes pluriprofessionnelles du SSTI de gagner en efficacité en traitant de manière pluridisciplinaire les différents cas, en articulation avec les dispositifs déjà existants en externe.

Afin de traiter cette demande, les acteurs du groupe réalisent un état des lieux de l'existant dans les autres SSTI. Pour répondre au problème, le groupe entame la conception d'une procédure qui doit venir s'intégrer dans les processus internes du SSTI comme en externe avec les différents partenaires du Maintien dans l'Emploi.

Ce groupe est composé des personnes des différents statuts de l'équipe pluriprofessionnelle : Médecin du Travail, IPRP, Assistant Médical, IDEST. Lors de certaines réunions, les partenaires extérieurs (CARSAT, SAMETH) sont présents et participent pleinement aux réunions du groupe projet. Ils apportent tant en termes de retours d'expérience que de propositions ou d'évaluation et se comportent lors de ces réunions projet comme des membres à part entière du groupe.

Du point de vue du contexte socio-politique, ce groupe s'inscrit dans une période de transformation légale et de troubles provenant de la Loi Travail en 2016 qui modifie le suivi des travailleurs, l'aptitude, les modalités de mise en place des visites, etc. C'est une période d'inquiétude pour les professionnels de santé sur l'avenir et les conditions d'exercice du métier. Cette inquiétude, qui s'exprime en interne dans les SSTI comme dans les congrès de médecine du Travail par exemple, amène la direction du SSTI à organiser des réunions de l'ensemble du personnel afin de répondre aux inquiétudes et rassurer les salariés sur le devenir, l'impact des réformes et les conditions d'exercice pour demain.

6.2.4 Le Groupe 4 : Conception d'une offre de service en santé travail appuyée sur des outils innovants

Le groupe 4 découle de la mise en place d'un cahier des charges par la direction du SSTI. Ce cahier des charges portait sur la conception, les modalités d'organisation et le déploiement d'une plateforme technologique collaborative qui assure une connexion continue avec les adhérents et les salariés. L'objectif est de pouvoir construire les environnements physiques et organisationnels permettant d'accueillir cette plateforme collaborative. Le groupe projet est constitué par tous les métiers présents dans les équipes pluriprofessionnelles. Le projet est développé en partenariat avec une start-up spécialisée dans la conception de logiciel et d'environnement numérique (software and digital environment design) et de « data mining ».

Il s'agit pour les professionnels de santé comme pour les professionnels du pôle technique de se projeter afin de concevoir un environnement organisationnel, technique et physique qui permette aux équipes de gagner en efficacité et de répondre au mieux aux attentes et aux besoins des adhérents, salariés et représentants du personnel, dans une logique prospective.

Ce projet se développe dans une logique de conception participative au sein de laquelle l'ensemble des membres ont du temps dédié pour échanger et préparer les réunions, construire des référentiels communs intra-métiers.

Le problème partagé à résoudre par les membres du groupe projet est en premier lieu de définir les modalités de coordination de l'activité de l'équipe pluriprofessionnelle, les différentes tâches et leur distribution, la planification et la temporisation de celles-ci.

Le contexte de mise en place de ce groupe est particulier. D'une part, il s'inscrit dans une période de relative stabilité des prescriptions légales et institutionnelles. Cependant, son objet vise à anticiper de futures transformations ou réformes. En particulier, il s'agit de garantir au SSTI sa position face à ses adhérents en proposant des services innovants qui répondent aux besoins. Dans une logique prospective, il s'agit aussi bien de s'imaginer et de construire les besoins de demain auxquels le SSTI se donne les moyens de répondre par le biais de cette plateforme technologique collaborative qui permet une connexion continue avec les adhérents et les salariés. C'est un projet majeur du SSTI qui conditionne son avenir, son développement comme celui des métiers ainsi que la refondation de son organisation.

6.3 Le temps des projets et le temps de la recherche

6.3.1 Retour sur l'articulation des temporalités de la recherche

L'étude et l'observation des différents groupes projet n'ont pas été réalisées durant une même période. Ce sont des observations qui se sont étalées durant 4 années comme ceci apparaît à la Figure 20.

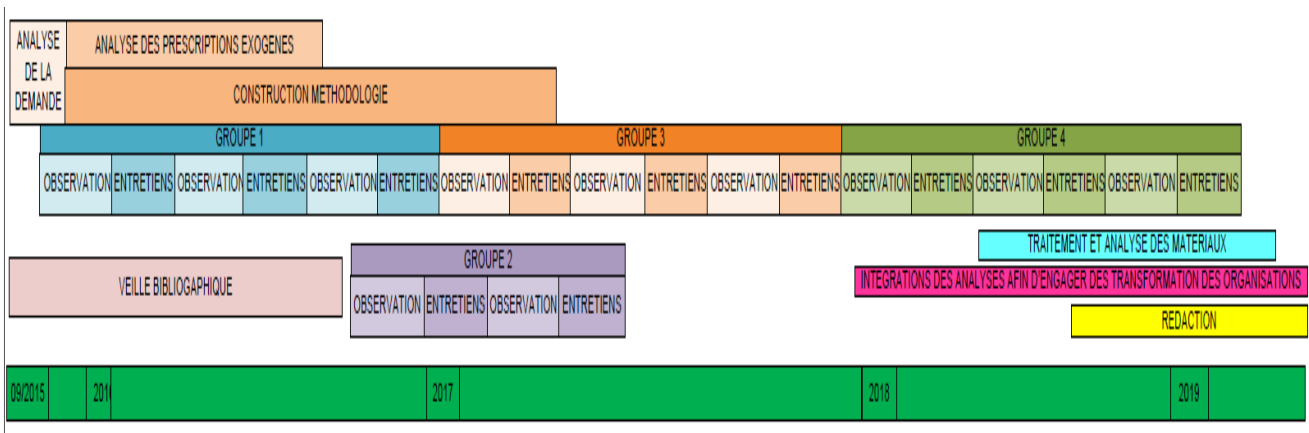


Figure 20 Déroulé de la recherche/scroll of research

Dans un premier temps, il s'agit d'analyser la demande qui avait été initialement formulée par la direction du SSTI lors de la construction du contrat doctoral. Dans le même temps a lieu une analyse des différentes prescriptions exogènes, que ce soient les évolutions encadrant la médecine du travail comme celles concernant la caractérisation des statuts. Cette première partie de thèse a aussi permis de réaliser une veille bibliographique dont l'objectif était de commencer à établir les éléments constitutifs d'un état de l'art concernant d'une part l'évolution des services de santé au travail, d'autre part la coordination du travail et l'activité et enfin les asymétries et les dynamiques des interactions.

La seconde grande partie du travail de thèse a consisté à chercher à articuler les éléments théoriques, la demande et le terrain et de proposer une méthodologie qui corresponde aux objets recherchés. L'objectif de cette étape ainsi que le souligne Meyor (2005), hormis la culture du chercheur, est de pouvoir recenser les travaux et les expériences qui permettent de conférer une validité scientifique, autant d'un point de vue théorique que méthodologique pour développer le phénomène étudié.

La troisième partie de la recherche a consisté en la période de construction des matériaux. Pour chaque groupe projet, les éléments de contexte ont été notés au fur et à mesure. Les éléments communs attendus par la prescription (mode projet) ont été recueillis de la même façon et intégrés dans les matériaux au travers de caractéristiques communes. Chaque réunion de projet est suivie, observée et enregistrée. Elles participent aussi de la construction des matériaux. Suite à ces réunions, des entretiens ont lieu avec les acteurs. Un entretien collectif est mis en place en fin de projet.

A partir de ce dernier 1/3 de la thèse, des résultats commencent à émerger des analyses des matériaux. Au fur et à mesure, dans une logique de conception, une partie de ces résultats commence à être réintroduite dans l'objectif de transformer les organisations. Celles-ci opèrent donc des transformations qui agissent sur les conduites des personnes, sur les matériaux au fur et à mesure de l'avancée de la thèse, pour aboutir à une transformation plus importante des organisations à l'été 2019.

La dernière partie de la thèse a consisté à traiter et analyser les matériaux, à travailler les prescriptions et à intégrer les retours d'expériences des travaux de la thèse dans des transformations du SSTI. Dans le même temps se finalise la rédaction du manuscrit de thèse.

6.3.2 Synchroniser les différentes temporalités

Il s'agit ainsi dans cette situation de gestion de projet, d'intercaler le projet de thèse comme un projet transversal. Cela signifie que d'un point de vue opératoire, il impose une nouvelle gestion du temps aux différents acteurs. Cette temporalité s'inscrit à plusieurs niveaux. D'une part, du point de vue de la planification du projet car mon arrivée impose un nouvel acteur dans des groupes projet qui sont déjà composés de nombreuses personnes. Cela complexifie donc la coordination des différents agendas. D'ailleurs, au départ, des réunions sont programmées sans que je ne sois averti ou alors que je suis déjà engagé par ailleurs.

Petit à petit, mon positionnement s'affirme dans le SSTI comme dans la représentation des personnes. Elles comprennent mes missions et l'objet de mon travail. Cette affirmation permet de ne plus avoir à justifier ma présence et de pouvoir construire plus facilement le temps de la recherche concomitamment à celui des projets. Je ne suis plus seulement admis dans les groupes projet, on m'y invite et aujourd'hui, j'y suis systématiquement aux étapes de construction du cahier des charges et de traitement et analyse des données épidémiologiques. Lors des échanges sur les questions de planification des réunions par exemple, mes obligations, disponibilités et avis sont alors intégrés dans les modalités de construction de la décision.

Cette temporalité en lien la disponibilité et les agendas des différents acteurs engagés dans les groupes projet s'articule avec la temporalité du projet de thèse. L'ensemble des projets trouvent leur aboutissement avant celui de la recherche. C'est pour cela que des points concernant l'avancée de la thèse ont été réalisés dans le SSTI. Le choix est fait de ne pas faire cette communication par groupe projet, mais de le faire par groupes « métier » lors des réunions mensuelles ou trimestrielles. Trois points formels ont été réalisés, en début de thèse afin de présenter la thèse, en milieu de thèse afin de faire un point d'étape et en fin de thèse pour présenter les résultats.

GROUPE	NBRE DE PERSONNES	QUELS MÉTIERS ?	NOMBRE DE RÉUNIONS	PROJET PRÉSENTÉ EN CMT	CONTEXTE	QUI EST À L'ORIGINE DU PROJET ?	COORDINATEUR	NATURE DE LA PRODUCTION ?	COMMENT EST COMPOSÉ LE GROUPE ?	Type de matériaux	Nombre de docs	TEMPORALITÉ ?
I	10	MÉDECIN ; TECH HS ; ASSISTANT MÉDICAL ; IDEST ; TOXICOLOGUE ; AST	3	OUI	Relance de la politique "Projet" du SSTI	MÉDECIN + AST	MÉDECIN	OUTIL DE TRANSFERT DE CONNAISSANCES	VOLONTARIAT	Enregistrements, Transcriptions, entretiens, CR, Process, mails, Journal de bord	55	6 MOIS
II	7	MÉDECIN ; TECH HS ; ASSISTANT MÉDICAL ; ERGONOME ; IDEST	2	OUI	Instabilité des cadres prescrits exogènes et endogènes	DIRECTION	ERGONOME	PROCESS/ORGANISATION	VOLONTARIAT	Enregistrements, Transcriptions, entretiens, CR, Process, mails, Journal de bord	25	5 MOIS
III	6 À 10	MÉDECIN ; TECH HS ; ASSISTANT MÉDICAL ; ERGONOME ; IDEST	3	OUI	Instabilité du cadre prescrit exogène	DIRECTION	MÉDECIN PUIS DIRECTRICE	PROCESS/ORGANISATION	SUR PROPOSITION DE LA DIRECTION	Enregistrements, Transcriptions, entretiens, CR, Process, mails, Journal de bord	32	10 MOIS
IV	14	MÉDECIN ; ASSISTANT MÉDICAL ; ERGONOME ; IDEST ; START-UP	4	OUI	Instabilité du cadre prescrit exogène et développement d'une stratégie d'innovation du SSTI	DIRECTION	DIRECTRICE	OUTIL D'OPTIMISATION SANTE/TRAVAIL + PROCESS	SUR PROPOSITION DE LA DIRECTION	Enregistrements, Transcriptions, entretiens, CR, Process, mails, Journal de bord	20	1 AN

Figure 22 Spécificités des groupes projet / Specifics of project groups

QUOI ?	CARACTERISTIQUES	DOCUMENTATION	AVEC QUI ?	MOYENS	TEMPORALITE
Activité	Synchronisation opératoire	Eléments relatifs s à l'organisation et aux différentes temporalités, à la transmission des documents, au suivi du projet et à la synthétisation	Les personnes engagées dans les groupes projet de conception	Observation, entretiens	Tout au long de chaque projet
	Synchronisation cognitive	Eléments relatifs à la transmissions de connaissances et d'évaluation			
Contraintes du milieu	Endogène	Règlement intérieur, fiches de postes, Référentiel de compétences, cahiers des charges, projet de service	Direction du SSTI, personnes engagées dans les groupes projet	Analyse documentaire, observation et entretiens	Tout au long de la recherche + focales projet
	Exogène	Lois et décrets; normes sociales, de métier; Plan Régional Santé Travail			
Contraintes de l'environnement	Socio-économique	Règlement intérieur, compte-rendu de CSE et de la CMT, compte-rendu des réunions de groupe projet	Direction du SSTI, Institutions représentatives du personnel, membres de la CMT, personnes engagées dans les groupes projet	Analyse documentaire, observation et entretiens	Tout au long de la recherche + focales projet
	Socio-technique	Cahier des charges, demandes et retours des adhérents, Plan Régional Santé Travail, Projet de service			

Figure 21 Caractérisation des éléments de construction des matériaux /Characterization of building elements of materials

6.4 La construction des matériaux

L'objectif de ce paragraphe est de présenter les modalités de construction des matériaux issus de la recherche. La construction des matériaux a dû être adaptée à la spécificité de chaque groupe. L'ensemble des statuts professionnels sont toujours représentés lors des groupes projet. Cependant, cela ne signifie pas que ce sont les mêmes personnes qui participent aux différents groupes projets de conception, même si cela peut parfois se produire.

6.4.1 Les éléments caractéristiques de construction des matériaux

Les matériaux sont issus de 12 réunions des groupes projet de conception observés. Aux éléments issus des réunions vient s'ajouter l'ensemble des composants du contexte. Il s'agit de chercher à appréhender l'activité des personnes, les contraintes du milieu et le contexte dans lequel se déroulent les projets de conception ainsi que le détaille la Figure 21. A chaque caractéristique, il s'agit de pouvoir préciser les objets documentaires qui informent la recherche, les moyens qui permettent de construire les matériaux et les personnes ressources qui sont engagées dans le processus de conception.

Ces différents éléments ont pour objet de renseigner quelles sont les tâches réalisées et leurs modalités, en fonction de quelle prescription lors des groupes projet. La construction des matériaux intègre les contraintes du milieu, qu'elles soient exogènes ou endogènes car elles sont des facteurs de construction du cadre prescrit de l'activité des personnes. Ainsi, les matériaux sont construits à partir de catégories précises qui s'appliquent à des groupes ayant chacun des spécificités : des temporalités variables (la loi évolue à un rythme différent des tâches fixées par l'organisation), des personnes différentes (vécu, expérience, âge, ancienneté, statut...) et sources documentaires spécifiques (Figure 22).

Cette étape de construction des matériaux est déterminante pour notre recherche. Elle détermine en effet la focale et la granularité des travaux. C'est un premier degré de cadrage, qui permet d'appréhender notamment les modalités de coordination de l'activité, le rapport au milieu et aux différentes prescriptions, en particulier aux statuts professionnels. Un second degré de cadrage de la méthodologie apparaît par la suite et permet de faire émerger les rôles endossés par les personnes des différents statuts professionnels. Ce type de méthode en deux

parties, révélant des aspects distincts d'une même activité dans l'objectif de les confronter est par exemple développé par Cahour (2006).

6.4.2 La construction de la trace

La construction des matériaux est homogène dans le travail de recherche. Les réunions des groupes projet de conception sont chacune :

- Enregistrées en audio
- Observées par le chercheur qui prend des notes

Il s'agit de garder une trace, un signe de l'activité des personnes lors du processus de conception. Il s'agit de pouvoir retranscrire d'une part les interactions entre les personnes durant la réunion, que ces interactions soient verbales ou non verbales, d'autre part, le contexte et les situations. Les notes issues de la participation observante permettent de saisir ou d'éclairer des situations de tension lors des échanges, des intentions parfois des protagonistes qui se ressentent corporellement dans le face à face mais qui n'apparaissent pas à l'enregistrement (Goffman, 1974; Hall, 1966).

Dans le cadre de la construction des matériaux, il est nécessaire de conserver une trace des interactions entre les personnes (Cahour, 2002; Ginzburg, 1980) comme des traces écrites, documentaires. La proposition de réaliser des captations vidéo des réunions des groupes projet de conception a été rejetée unanimement lors du premier groupe. Les enregistrements audio avec un dictaphone ou un téléphone portable ont été acceptés. Ceux-ci sont devenus la règle pour l'ensemble des groupes, dans la mesure où ils n'étaient pas contestés et ne posaient pas de problèmes. De plus, il était plus simple d'avoir une homogénéité dans les matériaux afin de pouvoir les comparer. Il y aurait eu des distorsions méthodologiques en cherchant à construire des matériaux trop hétérogènes.

A l'instar de Kilani (1994) dans ces travaux, il appartient au chercheur de reconstruire les éléments manquants dans certaines situations et de repositionner la documentation. Ainsi, comme le souligne l'auteur (1994, p. 49) :

« L'interaction entre l'anthropologue et ses informateurs, centrée sur le document et la trace écrite, fut non seulement le moyen d'établir un rapport avec le

terrain et de construire une complicité avec les [personnes], mais également le lieu de découverte du véritable objet de l'étude »

Ce sont ces boucles itératives entre le terrain et les matériaux qui permettent, par une prise de recul du chercheur de construire l'objet de la recherche, dans le cadre d'une logique pragmatique d'enquête (Dewey, 1938).

Pour ce faire, dans certains projets, lorsque les cahiers des charges ne sont pas définis clairement, à l'aide d'une documentation traçable, il appartient alors au chercheur de reconstruire cette étape. Cette reconstruction s'effectue par des entretiens avec les personnes qui ont été les inventeurs du projet ainsi que celles qui en ont formalisé le cahier des charges initial. Cette documentation reconstruite prend place dans les matériaux. Cependant, il est nécessaire de garder trace de l'absence de la documentation initiale qui est un matériau en soi. A l'instar de Kilani (1994) ou Favret-Saada (2009) certaines informations demeurent transmises oralement, par des transmissions par corps ou par le geste intra-métier, y compris dans une structure qui possède des procédures encadrant des modalités de fonctionnement qui tendent vers un processus industriel.

La construction des matériaux s'opère par la transcription scripturale des enregistrements audio des réunions de groupes projet de conception. L'ensemble des enregistrements des réunions nous fournit ainsi un corpus de plus de 500 pages dactylographiées. Ce corpus est le fondement du travail de recherche, il y aura toujours possibilité d'y revenir, pour le travailler différemment, pour l'éclairer sous une autre focale. C'est un matériau construit initial qui permet des traitements divers et auquel il sera toujours permis de revenir afin d'y chercher de nouvelles interprétations dans un processus itératif (Olivier de Sardan, 2003).

D'autre part, l'opération de transcription en elle-même permet au chercheur de prendre du recul par rapport aux situations, au contexte. La mise en écrit des interactions verbales, quelques jours après l'action, permet au chercheur de faire un travail autant sur lui que sur la compréhension des situations. Comme le montre Favret-Saada (2009) ou Olivier de Sardan, ce sont ces instants de prises de recul, de retours sur les événements qui sont des possibilités de créations de connaissances.

Mais c'est en premier lieu une possibilité qui est offerte de donner accès à autrui aux processus comme à la source initiale de construction des matériaux. Récopé (2006, p. 7) écrit :

« Ma méthode est inductive : je pars de l'observation de cas particuliers, et j'élargis la population étudiée, en m'efforçant de ne pas être « contaminé » par mes observations précédentes. Si je constate des régularités suffisamment robustes (des comportements en situation, des verbatim formulés post-situation, mais aussi et surtout entre les comportements et les verbatim émis) chez un même pratiquant ou entre différents pratiquants, je mets à l'épreuve l'hypothèse d'une « même communauté » de principes sous-jacents à l'activité. Si cette hypothèse résiste, j'induis ces principes et m'efforce d'en rendre compte et de les interpréter. »

Dans cette perspective, l'observation du chercheur s'appuie sur ses notes et le journal de bord qui s'est constitué au fil de la recherche. Ceux-ci, comme le montre Récopé (2006), permettent de pouvoir soutenir les régularités qui émergent des matériaux. Ils apportent en outre des éléments de contingences éclairant le caractère singulier des situations. Comme le souligne Becker (2014), la perception des personnes face à un objet déterminé étant liée à l'expérience, il s'agit de construire des caractéristiques transversales. Ces dernières, ainsi que le montre Hugues (1996) dans ses travaux, ne remplissent leur office que si elles permettent au chercheur de pouvoir réaliser des comparaisons. Ces recoupements, qu'ils soient de nature « quantitative » ou « qualitative », permettent alors de faire émerger des phénomènes issus de régularités des actions des personnes lors de leur activité.

6.5 Les modalités de traitement des matériaux

L'objectif de ce paragraphe est de montrer de quelle manière ont été traités les différents matériaux et dans quel objectif ce traitement est réalisé. Il appartient au chercheur, non pas dans une logique de justification, mais dans une construction du raisonnement, de mettre en visibilité les étapes du traitement des matériaux. « *Le chercheur doit s'efforcer de montrer comment il a bâti ses interprétations à partir de son matériau empirique* » (Avenier & Thomas, 2012, pp. 17–18).

Barcellini (2008) montre que l'incarnation des rôles ne repose pas uniquement sur une entrée qualitative des contenus, ou des propositions issues des différents énoncés des personnes traitées dans les matériaux. Une entrée quantitative a un sens car, par exemple, le nombre de propositions caractéristiques du rôle peut faire émerger les marques de l'engagement de la personne dans ce rôle et dans les différents rôles qu'elle assume successivement : c'est-à-dire à partir du moment où les données quantitatives font émerger des régularités des conduites des personnes au-delà de la situation exceptionnelle. Elles permettent de comprendre qui a assumé les rôles dans le groupe, quels types de rôles et quelles étaient les missions, les actions attachées à ces rôles. Ainsi, cela permet d'avoir une vision des asymétries effectives au sein des groupes projet de conception.

Les régularités qui sont constatées lors du traitement des matériaux constituent des traces de l'activité des personnes. Elles permettent au chercheur d'avoir une photographie, un instantané de ce qui se passe, sans pouvoir comprendre les motivations qui poussent les personnes à agir de la sorte, la perception que les personnes ont des actions d'autrui. Il ne s'agit donc pas ici d'interprétation du chercheur mais d'une focale particulière qui est faite à partir de la construction des caractéristiques sur les conduites des personnes. Comme nous le verrons plus bas, cette construction des caractéristiques n'est pas décidée hors sol par le chercheur. Elle est au contraire le fruit d'une maturation, de retour entre le terrain et une prise de recul méthodologique. Cette élaboration est le produit de nombreuses boucles itératives.

Ainsi, le traitement des matériaux a pour objet de faire émerger les régularités qui peuvent exister au sein de chaque groupe de conception et d'une manière transversale dans l'ensemble des groupes étudiés. Il s'agit de voir quelles sont les régularités qui émergent dans

la conduite des personnes qui en situation les amènent à pouvoir assumer différents rôles. Cela signifie que l'on cherche à caractériser ce qui définit les rôles et les actions des personnes pour les mettre en relation avec les modalités de coordination de l'activité. Par comparaison des matériaux, on regarde de quelles manières apparaissent ou non des dynamiques collectives sous-jacentes à la construction des rôles ou au contraire sous-tendues aux asymétries statutaires, professionnelles et sociales.

A cette fin, il s'agit de montrer si des régularités émergent des matériaux dans chaque groupe projet permettant de montrer qu'en fonction des rôles assumés par les personnes, des asymétries se distinguent.

L'identification dans les matériaux est conduite par l'ensemble des caractéristiques qui ont été identifiées auparavant et qui prennent en compte la singularité des personnes comme des situations. Dans ce cadre, Barcellini (2008, 2009), Barcellini & al (2008, 2015) et Détienne & al (2016) construisent des modalités de recherche où les rôles sont identifiés par les régularités des conduites des personnes en situation issue des matériaux. Ainsi, Varela (1989, p. 10) explique que ce sont par les régularités des actions des personnes, en fonction d'un rapport au contexte, aux situations, qu'il est possible de comprendre et d'évaluer les interactions entre les personnes :

« Quel que soit le type de système autonome que nous étudions, nous ne pouvons l'aborder qu'à partir de certaines régularités de son comportement, qui sont intéressantes pour nous, observateurs extérieurs, parce que nous avons un accès conjoint au fonctionnement du système et à ses interactions »

Les personnes qui incarnent les différents rôles caractérisés sont identifiées lors de l'analyse des matériaux au moyen des régularités de leur activité au sein du processus de conception. Les modifications de situations ou de contexte s'avèrent relativement fréquentes lors des processus de conception engageant des groupes pluriprofessionnels. L'alternance de personnes à endosser des rôles et les transformations du contexte sont à mettre en lien avec les régularités qui émergent des actions réalisées. Ceci autorise à interroger ces régularités en fonction des métiers, des statuts et des asymétries.

6.5.1 Quels matériaux sont traités ?

L'objet de la méthodologie est de prendre de manière systématique les matériaux construits à chaque phase de la conception des groupes projet et de traiter la dimension interactionnelle. Celle-ci peut être ou non dialogique (signes, regards, attitudes). La dimension interactionnelle peut s'avérer être intentionnelle comme non intentionnelle. Afin de traiter ces activités, il est nécessaire de définir ce que nous traitons dans l'activité dialogique.

Différents types de traitements sont administrés en fonction de la nature des matériaux. Un recensement de la documentation et une catégorisation des informations en fonction des métiers, des statuts professionnel sont réalisés afin de pouvoir confronter les éléments qui ressortent du réel du travail aux différentes contraintes existantes, qu'elles soient exogènes ou endogènes au SSTI.

Les matériaux transcrits sont traités intégralement, qu'il s'agisse des réunions comme des entretiens, avec des objectifs différents. Ces modalités de traitement sont listées dans le tableau présenté Figure 23.

MATERIAUX	→	TRAITEMENT
Enregistrements		Transcription
Script réunion		Tableaux Caractéristiques/chronologique
Tableaux Caractéristiques/chronologique		Chronique d'activité
Entretiens		Transcription
script entretiens		Caractéristiques/valences

Figure 23 Modalité de traitement des matériaux/Material treatment

Lors de cette étape de traitement des matériaux, l'ensemble des 20h d'enregistrements sont transcrits et constituent un corpus dactylographié. Le script des échanges lors des réunions intègre l'ensemble des interactions verbales, mais aussi non verbales. Il s'agit aussi de relever les activités dialogiques sans phrases (Caroly & Clot, 2011; Clot, 2008), en particulier celles relatives à l'engagement corporel des acteurs dans l'activité (présence en fonction des sujets, des autres acteurs ou corps de métier...). Les autres acteurs, leur regard, leur discours et leurs interactions sont déterminants dans la construction de la « réalité du corps » (Coutarel, 2008).

Les pratiques corporelles de chacun des acteurs sont ainsi porteuses, outre d'une dimension identitaire, de normes sociales et culturelles.

Ces activités dialogiques sans phrases sont consignées sur le document à l'instar des intonations, de certaines modalités des conduites des personnes, par exemple l'agressivité ou au contraire la bienveillance. Les gestes ou actions motrices des personnes, qui ont paru significatifs au chercheur lors de l'observation, sont annotés dans le document. Ils proviennent des notes prises par le chercheur lors de l'observation ou bien apparaissent dans les enregistrements (par exemple, une personne sort de la salle ou réalise une action motrice particulière).

Par la suite, les matériaux scripturaux issus des différentes réunions des groupes projet de conception sont traités. Ceux-ci sont examinés en raison d'une entrée chronologique, d'un phasage particulier et de caractéristiques déterminées, spécifiques aux rôles, comme cela est présenté dans les paragraphes suivants. Ces caractéristiques permettent de faire émerger les rôles que les personnes endossent en fonction des situations. Par la suite, un traitement des matériaux a lieu dans l'optique d'apporter un rendu le plus visuel possible. Le choix est fait de transformer les tableaux en chroniques d'activité.

En parallèle, des entretiens ont lieu. Ils viennent s'intégrer dans cette construction des matériaux. Ils sont eux aussi transcrits et traités en fonction d'autres caractéristiques.

6.5.2 Choisir une unité de traitement pour les retranscriptions des réunions

6.5.2.1 Les propositions comme unités de traitement

Dans le cadre de la mise en place de la méthodologie, il s'avère nécessaire de faire le choix d'une unité à partir de laquelle ce traitement s'appuiera. La littérature scientifique propose de multiples solutions afin de traiter les interactions verbales comme non verbales dans le domaine du travail, certaines étant plus spécifiquement liées aux interactions durant des processus de conception. Ainsi, plusieurs méthodes sont basées sur l'argumentation des tours de paroles lors de processus de conception ainsi que le proposent Barcellini (2008) mais aussi

Olson & al (1992), Cahour (2002; 2001), D'Astous & al (2004), Darses & al (2001a). L'ensemble des méthodes précitées ont en commun de chercher à faire émerger l'activité des personnes lors de ces processus de conception afin de pouvoir l'analyser et en comprendre les différentes contraintes, les freins et les leviers.

L'ensemble des prises de paroles captées lors des réunions est transcrit intégralement en respectant les prises de paroles et les énoncés. A l'instar de ce que présentent Falzon & Darses (1993), il est défini que chaque prise de paroles des personnes contient au minimum un énoncé. Ces énoncés peuvent contenir plusieurs propositions émanant des personnes ainsi que le présente la Figure 24.

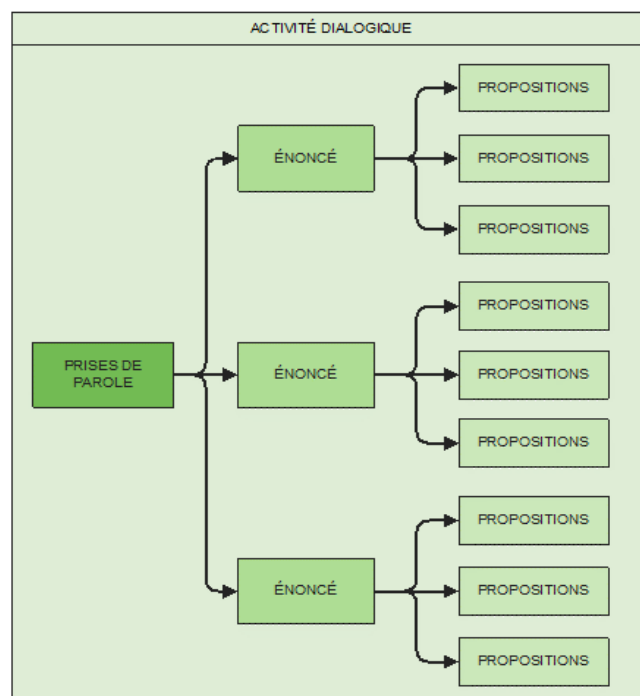


Figure 24 Schématisation des séquences de l'activité dialogique /Schematization of the sequences of the dialogic activity

Ce sont ainsi chacune de ces propositions qui sont prises en compte lors du traitement des matériaux. Celui-ci permet de spécifier les actions, les conduites des personnes, d'en repérer les régularités et ainsi de caractériser les rôles assumés par les personnes en fonction des situations, du contexte.

Le choix de s'arrêter sur la focale « micro » que représente la proposition a été déterminé suite à des essais et des boucles itératives méthodologiques. Il s'agissait de trouver « la bonne focale » ainsi que l'explique Becker (2014). Ainsi, il fallait que le réglage puisse ici faire

émerger les régularités des conduites des personnes sans être écrasé parfois par les asymétries statutaires afin qu'elles permettent de faire émerger les dynamiques sous-jacentes à l'activité observée comme le montre Becker (2014) dans ses travaux. Les propositions, en passant sous le statut, laissent apparaître les rôles assumés par les personnes. Cette focale permet de dévoiler un envers du décor où apparaît une nouvelle perception des interactions et de l'activité. Ce degré de traitement des matériaux semble important au regard de l'activité de conception, mais aussi de la composition extrêmement hétérogène, socialement, professionnellement, d'un point de vue phénoménologique des différents groupes projet.

Dans les matériaux, l'ensemble des énoncés sont transcrits sans être transformés. Cette transcription littérale a pour objet de révéler le vocabulaire utilisé et la syntaxe. Il s'agit de pouvoir mettre en lumière le ton utilisé par les personnes, le rythme de la voix ou les intonations, les émotions. L'ensemble de ces éléments sont notés et apparaissent dans les transcriptions des énoncés des réunions, entre parenthèses, après le nom de la personne et avant l'énoncé :

*Pilote : **(fort, sèche, coupe la parole)** typiquement ! partie traçabilité, qu'est-ce que tu as besoin, toi ? t'as besoin juste d'avoir l'info que cela existe, tu vas vite regarder la fiche de signalement, tu vas dire, voilà... si c'est un signalement externe, est-ce que ça vaut pas...*

C'est ainsi que dans ses travaux, Beaud (1996, p. 250) écrit que :

« Ce mode de transcription permet de reconstituer après-coup les gestes, les mimiques des personnes »

L'ensemble de ces matériaux constitue des traces des activités de travail des personnes engagées dans les processus de conception (Barcellini et al., 2015). Les propositions contenues dans les énoncés constituent les interactions entre les personnes. Ce sont ces interactions qui soutiennent l'activité lors du processus de conception. L'ensemble des matériaux est ensuite traité chronologiquement dans un tableau, à l'instar d'une chronique de l'activité.

6.5.2.2 Le choix d'une unité de phasage

De la même façon qu'il est nécessaire de définir une unité de traitement des données, il apparaît tout aussi indispensable de fixer l'unité temporelle selon laquelle le matériau est découpé. Ce phasage, à l'instar de la mesure en musique permet de comprendre les modalités de découpage de l'activité. Celles-ci permettent de définir des séquences en fonction de connaissances préétablies par l'observateur. Ainsi, dans la plupart des travaux appuyés sur des chroniques d'activité, le phasage de l'activité est établi par le temps de ladite activité à l'exemple des travaux de Galey & al (2019).

Des traitements des matériaux introduisant un phasage appuyé sur un minutage des réunions ont été expérimentés. Il s'avère que dans le cadre des groupes de conception, il ressort que ce n'est pas nécessairement le temps chronométré ou minuté qui apparaît comme le plus important. En effet, le centre de la recherche est centré sur les modalités de prise de rôles par les personnes tout au long du processus de conception et la manière dont ces rôles s'articulent, interagissent entre eux. Le séquençage de l'activité s'appuie sur des moments clefs, charnières pour le processus de conception. Ceux-ci, comme le souligne Mouchet (2016, p. 15) :

« [...] émergent [...] en situation, au fil des actions [...], des opportunités [que la personne] rencontre ou qu'[elle] contribue à créer. L'espace des possibles est alors ce qui se déploie à partir d'un acte, et se définit en fonction de ce qui est fait, ou non, au fur et à mesure qu'il y a réalisation de l'action »

Ce sont les moments où des personnes semblent en situation d'orienter l'activité des autres personnes. Ces derniers n'interviennent pas nécessairement à intervalles réguliers comme des secondes, des minutes ou des heures. Il fallait mettre en évidence ce qui rythmait les interactions lors du processus de conception. Deux éléments ont émergé. Ils avaient été mis en exergue intuitivement lors d'un traitement exploratoire des matériaux qui avait été tenté. A cette étape, plusieurs moments clefs avaient été repérés dans les matériaux. Ils concernent des transformations radicales des interactions en lien avec la coordination opératoire comme cognitive de l'activité de conception. Ainsi, il peut s'agir de rupture du cours des échanges car une personne suite à la fermeture d'une discussion en ouvre une nouvelle, il peut y avoir l'apport d'un nouveau sujet par une personne, qui arrive brutalement. De la même façon, les prises de décision lors du processus ont été tracées. Elles sont des marqueurs comme les changements de sujet qui permettent de séquencer l'ensemble du processus de conception. Ils permettent de

définir un découpage selon des unités qui sont significatives pour l'activité comme pour les personnes ainsi que le montre Theureau (1992). Le séquençage de l'activité s'appuie sur ce qui fait sens du point de vue de l'activité, en unités de sens, ainsi que l'exposent Côté & Salmela (1994) ou Strauss & Corbin (1990) dans leurs travaux sur la Grounded Theory. Si ce phasage n'est pas régulier, le temps est cependant une unité sous-jacente qui transparaît. En effet, s'il y a beaucoup d'espace dans la chronique d'activité entre deux prises de décision, c'est que plus de temps s'est écoulé que si deux prises de décisions sont collées l'une à l'autre. Même chose pour les rôles, les chroniques d'activités permettent de visualiser la manière dont les personnes assument différents rôles entre ces moments clefs qui rythment l'activité ainsi que le montre la Figure 25.

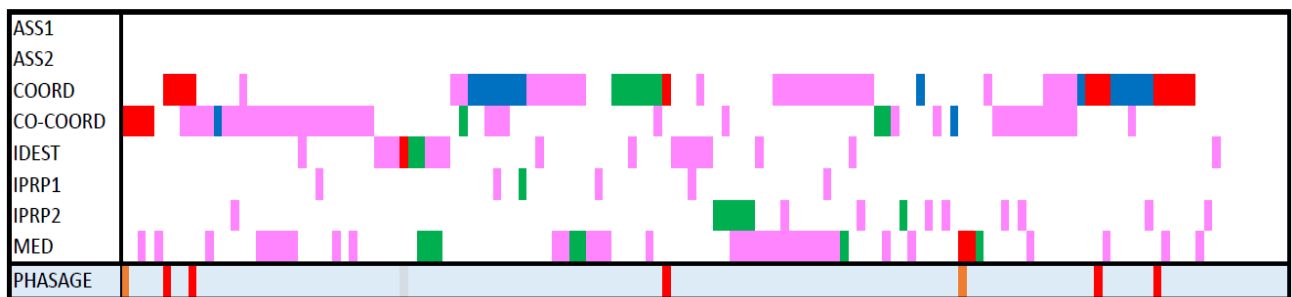


Figure 25 Exemple de chronique d'activité / Example of activity chronicle

Les changements de sujets apparaissent en orange, les prises de décision en rouge. Les prises de décisions ainsi que les changements de sujet lors des réunions ont semblé être une unité de temps qui permettait d'être plus en phase avec l'activité des personnes lors du processus de conception.

6.5.3 Les caractéristiques définies pour le traitement des matériaux ?

L'objectif de ce paragraphe est de présenter les modalités de construction des différentes caractéristiques du traitement des matériaux et la manière dont celles-ci sont définies. A partir de l'instant où le choix de construire des matériaux à partir d'enregistrements est fait, il s'avère nécessaire de construire des caractéristiques spécifiques au sein desquelles le chercheur peut qualifier et distinguer les actions des personnes observées lors du processus de conception. L'objectif de ces caractéristiques est en outre de pouvoir servir à faire émerger les rôles assumés par les personnes. Ainsi, cet outil est élaboré à l'instar de ce que soulignent Saury & al (2002, p. 5) :

« Ils furent élaborés de façon à permettre aux chercheurs de reporter rapidement chaque occurrence comportementale observée dans des catégories préétablies. »

Il s'agit cependant de pouvoir mettre en place un outil d'observation ouvert qui laisse la place aux régulations possibles de l'activité des personnes dans des situations, un contexte que nous ne connaissons pas et dont nous ne maîtrisons pas les évolutions possibles. Cependant, en fonction des différentes évolutions du contexte et des situations, l'outil de traitement des matériaux doit pouvoir apporter une fiabilité scientifique. Il s'agit d'apporter des règles, un cadre qui correspondent à une « observation construite » (Copans, 1999).

L'une des solutions qui s'impose afin de pouvoir garder trace et de traiter les matériaux avec des modalités de traitement les plus transparentes possibles est un traitement différé à partir des enregistrements audio des réunions :

« L'enregistrement vidéo a permis d'accroître la fiabilité du rapport d'observation, en autorisant un codage différé » (Saury et al., 2002, p. 19)

Lors de notre recherche, la proposition d'enregistrement vidéo ayant été « rejetée par la plupart des personnes participant aux groupes projet, ce sont les transcriptions des enregistrements audio qui sont traitées.

Il s'agit alors de coder les conduites des personnes, leurs actions, en fonction des interactions verbales. Cela nécessite un système de codage appuyé sur des caractéristiques qui soient bien définies en fonction de ce que la recherche cherche à faire émerger. Trudel & Côté (1994) dans leurs travaux présentent un système de codage par événements, fondé sur une base de conduites préétablies issues des boucles itératives du chercheur. Celui-ci construit les différentes caractéristiques par la connaissance fine au fil de la compréhension de l'activité par des ajustements. Les résultats issus des études exploratoires permettent ainsi de pouvoir définir les différentes catégories en rapport avec l'activité de travail, avec l'activité de conception au sein des groupes de travail, à la manière dont Saury & al (2002, p. 19) :

« L'élaboration des modèles consista en une spécification des catégories des modèles génériques de l'activité de travail à partir des données. Par exemple, les recherches centrées sur l'organisation globale du cours d'action des entraîneurs ont permis la mise en évidence de structures significatives récurrentes »

La réalisation du codage des interactions verbales issues des matériaux transcrits n'est pas une opération totalement subjective qui s'effectue au bon vouloir du chercheur. La durée sur laquelle s'effectue la recherche nécessite une stabilisation de critères sur lesquels repose le codage. Ils permettent d'apporter une validité interne : les outils méthodologiques permettent de saisir concrètement les phénomènes que nous cherchons à étudier. Ce codage des matériaux s'appuie sur des caractéristiques qui sont issues de l'identification des actions des personnes engagées dans le processus de conception. Il s'agit de pouvoir déterminer ce qui tient de la synchronisation opératoire d'une part, de la synchronisation cognitive d'autre part et enfin qu'est ce qui participe de la créativité lors du processus de conception. Comme le montre Filliettaz (2006), la compréhension des interactions entre les personnes nécessite d'aller au-delà du décodage et de l'interprétation du nombre de propositions. Le nombre de tours de parole peut être un indicateur mais il n'est pas central. La régularité est caractérisée en fonction des conduites des personnes en situation. Ainsi, on cherche à faire émerger les actions réalisées par chaque statut professionnel lors des différents groupes projet de conception. En fonction du nombre d'actions réalisées et de la manière dont elles s'enchaînent, il sera alors possible de voir apparaître les rôles endossés par les personnes.

Ainsi, afin de pouvoir identifier ces rôles et la régularité de la construction de ces rôles par les personnes, il s'agit d'identifier dans les échanges les éléments caractéristiques des actions. Le type d'action qui semble pertinent est :

- Les soumissions et hypothèses suggérées par les personnes dans les différentes propositions contenues dans les énoncés :

Ce sont des suggestions qui sont identifiées car elles supportent des idées, des intentions et des projets de transformation de l'activité, des organisations, des outils ou de l'objet partagé de la conception. On identifie également les suggestions concernant les réflexions sur des sujets connexes parfois ou sur de nouvelles pistes de conception visant à enrichir les modalités de fonctionnement ou le processus de conception en tirant partie des évaluations collectives des retours d'expériences de la conception. Elles utilisent des formes impersonnelles « on » suivies de l'utilisation du verbe « pouvoir » notamment au conditionnel « on pourrait ». Sueur (1979, p. 52), souligne que l'utilisation de ces formes « *implique déjà une disposition de la part du locuteur à admettre d'autres hypothèses que la sienne* ». Il y a une ouverture sur les hypothèses d'autrui, des débats.

- La transmission d'Informations, de connaissances sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet.

Cette transmission de connaissances est identifiée par un discours informatif durant lequel les personnes évitent les jugements. Elles utilisent beaucoup la 3^{ème} personne ainsi que le Présent de l'indicatif. Elles réalisent des mises en relation logiques de liens de causalité ou chronologiques des faits qu'elles présentent au groupe afin d'éclairer des points de vue ou d'informer sur des évolutions de la situation.

- La prise de décision

Ces prises de décision doivent être analysées et comprises en intégrant l'ensemble des interactions et pas uniquement une décision perçue comme finale émanant d'une personne en position d'asymétrie favorable. Ainsi, la décision est conçue comme une construction collective à la fin de laquelle une personne arbitre en faveur d'une solution. En effet, une décision est

issue d'une situation d'incertitude face à laquelle les personnes élaborent des propositions entre lesquelles un arbitrage a lieu en vertu de critères (Kast, 1993). Ils peuvent être fondés sur des normes comme sur un jugement spontané en lien avec l'expérience (Dewey, 1939). Dans les groupes projet de conception, l'identification de la décision est à la fois individuelle et collective.

Dans des contextes où la conception peut sembler statique du fait de l'installation d'une situation d'incertitude face au problème à résoudre, on identifie la décision par la capacité à arbitrer entre les différentes propositions afin d'ouvrir de nouveaux champs des possibles.

La décision se traduit par de la synchronisation opératoire ou coordination, c'est-à-dire de la distribution de tâches aux autres personnes, par la décision de la planification, de mise en place des actions, etc.

Il semble intéressant de chercher à comprendre en quoi la réalisation des actions et la construction des rôles, en fonction des différents statuts professionnels, participe et de quelle façon du processus de décision. Y-a-t-il répartitions des actions de décisions entre les différents statuts professionnels en fonction des domaines de compétences spécifiques (Darses & Rezeau, 2004) au contraire est-ce des asymétries statutaires préalables qui engageraient les personnes à réaliser les actions de décisions et à assumer des rôles permettant de construire à terme la décision ?

- L'évaluation des suggestions, des retours d'expériences

Cette évaluation des personnes est caractérisée par la capacité d'émettre des jugements positifs ou négatifs, d'une manière directe ou indirecte, aux propos d'autrui. Elle est identifiée par la description de l'action d'autrui, des moyens mobilisés face à une action achevée et réussie. Les personnes réagissent au discours d'autrui par des « Non », des « Oui », « C'est Bien » ou « pas du tout » afin de marquer leur approbation ou leur désapprobation. Les « Hum », en fonction de la tonalité, de leur dynamique, de l'à-propos, ont une signification de soutien ou de défiance. Dans ce cadre, le verbe « devoir » est utilisé, particulièrement au conditionnel où il perd cependant le caractère lié à l'hypothèse pour une « lecture radicale » (Sueur, 1979).

- La prise en charge de la synchronisation opératoire.

Il s'agit de la planification du processus de conception dans laquelle sont prises en compte les différentes temporalités du projet, ainsi que le suivi et de la transmission des documents concernant le projet. Les personnes sont dans la situation où elles montrent qu'elles ont le souci de rassembler et de transmettre les éléments issus de la synthétisation des débats à des fins de suivi de l'évolution des échanges ainsi que du processus de conception. Cette prise en charge de la synchronisation opératoire est identifiée par l'utilisation par les personnes d'un vocabulaire ayant trait à l'organisation comme à l'agir (prendre en charge, organiser, planifier les réunions, caler les choses, etc.) durant lesquelles reviennent des mots clefs tels que « agenda », « planning », « timing », « réunion », « projet ». Il est possible d'identifier les personnes qui déclarent s'occuper, ou qui se préoccupent du suivi du projet, de la rédaction des compte-rendu et qui prennent en charge l'envoi des documents aux autres participants.

Le codage du corpus débute par l'identification des actions réalisées par les personnes. Les différentes catégories des actions réalisées par les personnes ont été affinées au fur et à mesure de la recherche pour arriver à celles qui sont présentées à la Figure 27.

Leur construction est le fruit de boucles itératives. Celles-ci ont conduit à la canalisation et au cadrage du processus de codage. Au début de la recherche, le nombre de catégories d'actions était trois fois plus nombreux. Les essais de traitement des matériaux, les aller-retours entre le cadrage théorique et méthodologique, les besoins et le terrain ont conduit à une concentration qui ne signifie pas pour autant une simplification ou une schématisation du réel de l'activité. Il s'agit de pouvoir réaliser une analyse efficace à partir de matériaux exploitables. D'ailleurs, cette limitation du nombre d'entrée a permis de faire émerger des indications qui étaient restées invisibles dans le bruit d'une image mal définie.

Les actions réalisées sont :

Fluidifie les relations, trouve des compromis, encourage
Propose une solution organisationnelle, technique ou de réflexion visant à faire progresser la conception vers une résolution du problème
Est à l'origine de la formalisation de la décision
Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet.
Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation et aux différentes temporalités présentes dans le projet. Se préoccupe de la transmission des documents, du suivi, de la synthétisation.

Figure 26 Légende des graphiques "Actions réalisées en fonction des statuts" / Graphs legend "Actions carried out according to the statuts"

Pour des questions de facilité et de fluidité de l'écriture, ces actions sont simplifiées dans le corps de texte par :

Fluidifie les relations...

Propose une solution...

Est à l'origine de la formalisation de la décision

Emet un avis, une évaluation positive ou négative...

Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...

Ces actions sont regroupées en trois grandes familles :

- La créativité, elle est caractérisée par les différentes proposition, hypothèses et projections concernant les solutions et les innovations sur le métier, l'organisation ou les objets ayant pour objet d'améliorer la réalisation des missions confiées par l'Etat comme le service rendu aux adhérents.
- La synchronisation opératoire intègre d'une part les modalités de planification de l'activité de conception, la distribution du travail, la gestion du groupe en terme de ressource humaines, matérielles. Il s'agit en outre de prendre en compte la manière dont les différentes temporalités du projet sont articulées et notamment comment s'organisent dans ces temporalités les différentes opérations de conception.
- La synchronisation cognitive. En premier lieu, les modalités de transmission de connaissances par les personnes lors du processus de conception. Il s'agit de transfert des connaissances aussi bien sur des questions, des problématiques techniques concernant l'objet partagé défini lors de la problématisation que sur la situation, le contexte, l'environnement socio-économique ou cognitif.

Créativité, Projection dans l'avenir	Synchronisation opératoire				Synchronisation Cognitive
Propose une solution organisationnelle, technique ou de réflexion visant à faire progresser la conception vers une résolution du problème	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation et aux différentes temporalités présentes dans le projet. Se préoccupe de la transmission des documents, du suivi, de la synthétisation.	Fluidifie les relations, trouve des compromis, encourage.	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet.	

Figure 27 Caractéristiques supportant le codage des matériaux / Characteristics supporting the coding of materials

Cette méthodologie s'inspire des travaux de Barcellini (Barcellini, 2008), Détienne & al (2016). Contrairement à Falzon et Darses (1993) ou Darses, Détienne, Falzon et Visser (2001a) qui assoient la caractérisation du codage de leur travaux sur une forme prédicat-argument, la caractérisation est ici édifiée sur l'objet et l'action afin de saisir les régularités fondant les conduites significatives des rôles assumés par les personnes. Il s'agit donc, dans un cadre interactif bien défini, les groupes projet de conception, de chercher à identifier les différentes caractéristiques qui construisent l'interaction ainsi que le montre Vion (1996) dans ses travaux.

Si cette méthodologie peut s'apparenter aux modalités de codages proposées par Barcellini (2008), sa construction est le fruit de nombreuses boucles itératives. C'est par la confrontation de réflexions successives au terrain que se sont construites au fur et à mesure les caractéristiques supportant le codage des matériaux.

Dans une perspective synchronique, le codage des matériaux permet :

- De réaliser une analyse des modalités de construction des rôles et de caractériser les prises de rôles. Cette analyse permet de fait émerger un profil des différents participants en fonction de la fréquence et des régularités qui apparaissent dans les rôles endossés, en fonction des situations.

- De réaliser une analyse des interactions entre les statuts et les rôles assumés par les personnes. Il s'agit de montrer si les statuts sociaux, institutionnels ou professionnels, qui placent les personnes en position d'asymétrie favorable, font émerger ou non des régularités en termes de rôles comme en termes d'orientation de l'activité du groupe.

Ces différentes caractéristiques ne définissent pas directement un rôle en particulier comme cela est représenté à la Figure 28. C'est la conjonction de plusieurs de ces caractéristiques qui permet de définir le caractère singulier d'un rôle qui a fait émerger 5 rôles. Cette caractérisation ne s'appuie pas sur la position statutaire des personnes au sein du groupe.

A cette étape de l'analyse, les statuts professionnels, institutionnels ou sociaux ne sont pas pris en compte. Il s'agit d'analyser les modalités de prise de rôles dans les groupes de conception, les dynamiques sous-jacentes à la construction de ces rôles

Dans la situation des groupes projet de conception en SSTI, nous nous proposons de soumettre une caractérisation des rôles qui soit issue de la coordination de l'activité de conception à l'instar de Cahour (2002) et Barcellini (2008). Ces deux approches ont permis de construire la réflexion et de stabiliser une méthode en raison de leur complémentarité théorique et opératoire. C'est par le rapport au terrain, par des boucles itératives. En effet, ces travaux ont en commun d'avoir proposé des caractérisations et des réflexions sur la construction des rôles lors de processus de conception. Barcellini comme Cahour ont en commun une ontologie de l'activité au sein de laquelle s'inscrit la construction des rôles.

Pour cela, les rôles suivant sont définis en fonction d'actions caractéristiques :

- **Créatif** : il propose des solutions, formule des hypothèses et évalue celles des autres personnes. Il se projette dans l'activité future pour chercher des solutions qui peuvent être prospectives.
- **Décideur** : il est à l'origine de la prise de décision ou valide une prise de décision collective.

- **Expert** : il apporte des connaissances dans un domaine particulier et cherche à les faire partager, il met à niveau les connaissances des autres participants, il évalue et clarifie les propositions, hypothèses et retours d'expérience, il propose la distribution et la planification de certaines actions entrant dans son champ d'expertise.
- **Opératif** : il prend en charge les questions de planification, de gestion, d'organisation, mais aussi le suivi du projet ou d'une phase du projet, la synthétisation des documents et la rédaction de compte-rendu, la transmission des Information formelles aux autres personnes.
- **Animateur** : il assure un suivi du processus de conception, informe et transmet des connaissances sur le contexte et la situation, il prend des initiatives lorsque cela est nécessaire afin de dynamiser le processus et prend en charge une partie de la synchronisation opératoire, de la planification à la distribution de certaines tâches afin d'assurer un fonctionnement fluide du processus de conception.

D'un point de vue méthodologique, l'ontologie de l'activité dans laquelle s'inscrit le travail de recherche nous impose de considérer que les rôles que nous cherchons à faire émerger sont issus des actions motrices des personnes en situation. Comme cela est présenté à la Figure 28, les différentes actions motrices dépendent des modalités de coordination de l'activité. En revanche, il est nécessaire de constater une régularité dans les actions réalisées par une personne afin de pouvoir considérer que celle-ci assume un rôle (Barcellini, 2008).

La réalisation des actions par les personnes permet en outre de saisir les modalités de construction des rôles lors des groupes projets. En effet, la littérature nous montre que la construction des rôles résulte d'une régularité dans la conduite, les actions des personnes en situation (Barcellini, 2008; Détienne et al., 2016). A partir des actions réalisées par les personnes, il faut pour qu'un rôle soit identifié :

- Une succession d'action du même type réalisée par une même personne

- Une intention qui apparaisse dans les matériaux de l'observation participante, c'est-à-dire, que la série d'actions réalisées traduise véritablement une volonté de faire progresser le groupe en terme de :

- ✓ De solution
- ✓ De connaissance
- ✓ D'organisation/planification
- ✓ D'animation
- ✓ De décision

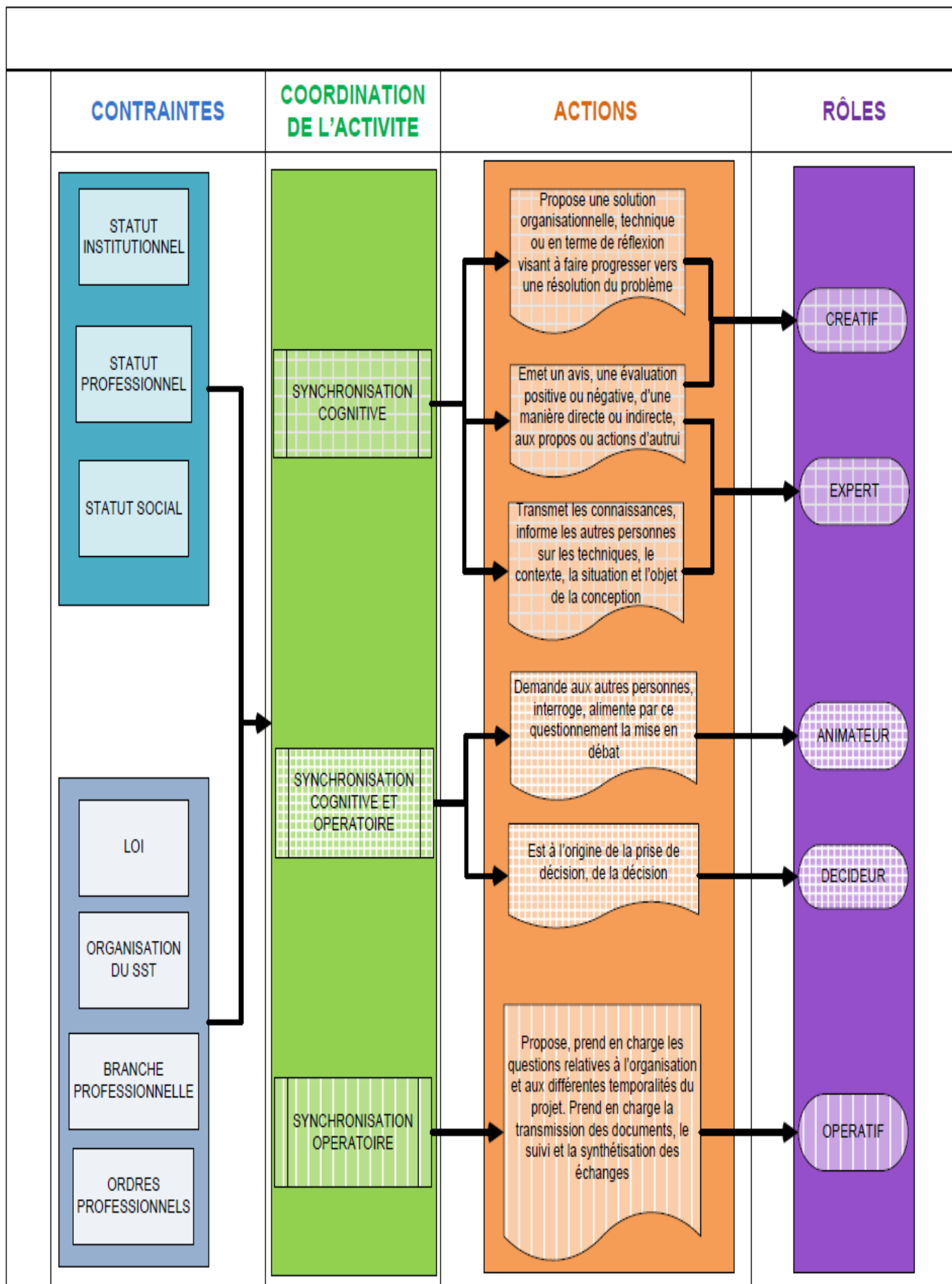


Figure 28 Schématisation des modalités de construction des rôles / Schematization of the ways of building roles

L'identification dans les matériaux est déterminée pour chaque action comme l'illustre la Figure 29. Plusieurs modes de reconnaissance peuvent être retenus. Certaines modalités de repérage sont soutenues par le contenu des énoncés des interactions verbales, le vocabulaire, la syntaxe lors des réunions de conception. D'autres sont appuyées par les interactions non verbales. Il peut s'agir du rythme de la voix, des intonations parfois ou des émotions affichées qui traduisent en contexte un affichage particulier (agacement, colère, bienveillance, etc.). Ainsi, comme le montre la Figure 29, un cadre est construit à partir du résultat de boucles itératives. Il permet de déterminer les modalités d'identification des actions caractéristiques des conduites des personnes.

C'est à partir de ce codage que sont alors caractérisées les actions réalisées lors des groupes projet qui permettront de faire émerger les rôles endossés par les personnes des différents statuts professionnels lors des réunions de conception. Le codage permet de pouvoir matérialiser des éléments qualitatifs et de pouvoir ainsi les comparer, faire émerger des régularités intra et inter groupes projet. C'est dans cette logique que Barcellini (2008) montre dans ses travaux que la construction des rôles ne s'envisage pas seulement par une entrée qualitative des contenus, des propositions issues des différents énoncés des personnes. Une entrée quantitative s'articule avec le qualitatif car le nombre de propositions caractéristiques du rôle peut parfois marquer l'engagement de la personne dans ce rôle. Cependant, la caractérisation dépend toujours de la typologie des propositions.

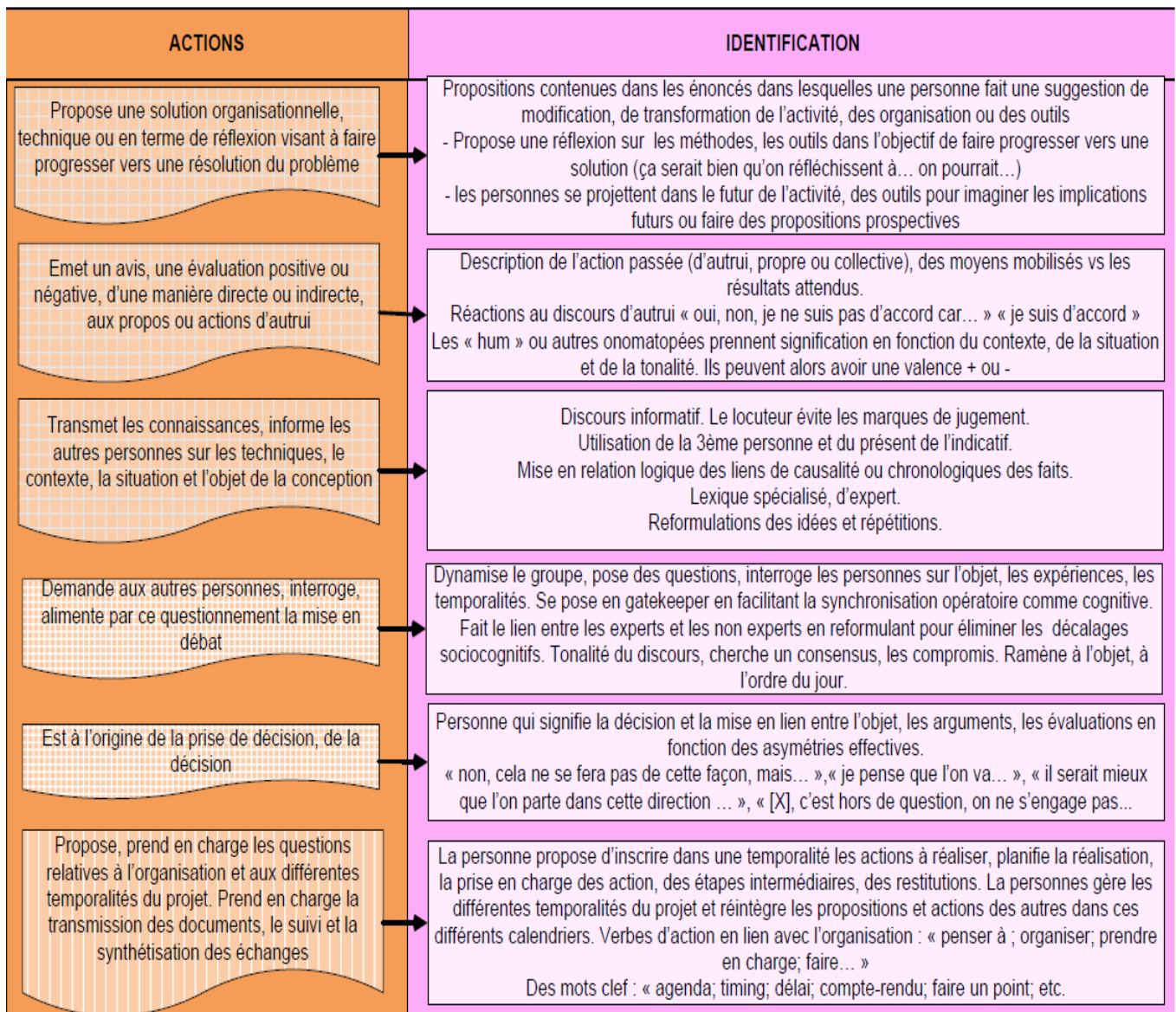


Figure 29 Modalités d'identification des actions caractéristiques dans les matériaux / Identification modalities of characteristic actions in materials

Le traitement des matériaux a pour objet de faire émerger les régularités qui peuvent exister d'une part au sein de chaque groupe de conception et d'une manière transversale dans l'ensemble des groupes étudiés. Il s'agit de voir en premier lieu si des régularités en lien avec les statuts professionnels, les positions asymétriques émergent dans la réalisation des actions. Voit-on émerger des dynamiques des actions ? La réalisation des actions produit-elle des dynamiques de la construction des rôles ? Quels rôles ont les asymétries effectives et les asymétries statutaires, professionnelles et sociales dans la construction des rôles ?

6.5.4 La représentation de l'activité

La représentation graphique des résultats ne représente pas simplement une modalité de présentation des résultats. Par la manière de travailler les matériaux, le chercheur permet ou non de faire émerger les phénomènes. C'est une manière de donner à voir à autrui en transmettant, par-delà l'iconographie, des codes. L'illustration graphique permet de comprendre le positionnement de l'observateur. Comment il regarde, avec quelle focale il cherche à comprendre l'activité des personnes au sein des processus de conception.

La création de ces chroniques d'activité s'effectue selon une modalité homogène pour l'ensemble des groupes observés. Les phases d'activité se dégagent du codage des matériaux par les différentes caractéristiques choisies.

Fluidifie les relations, trouve des compromis, encouragement, arbitre
Propose une solution organisationnelle, technique ou de réflexion visant à faire progresser la conception vers une résolution du problème
Est à l'origine de la formalisation de la décision
Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet.
Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation et aux différentes temporalités présentes dans le projet. Se préoccupe de la transmission des documents, du suivi, de la synthétisation.

Figure 30 Légende des chroniques d'activité (Actions)/ Legend of the activity chronicles (Actions)

Les actions identifiées au fil du déroulement de la réunion du groupe projet par les personnes des différents statuts professionnels sont reportées dans une chronique d'activité comme cela apparaît sur la Figure 31.

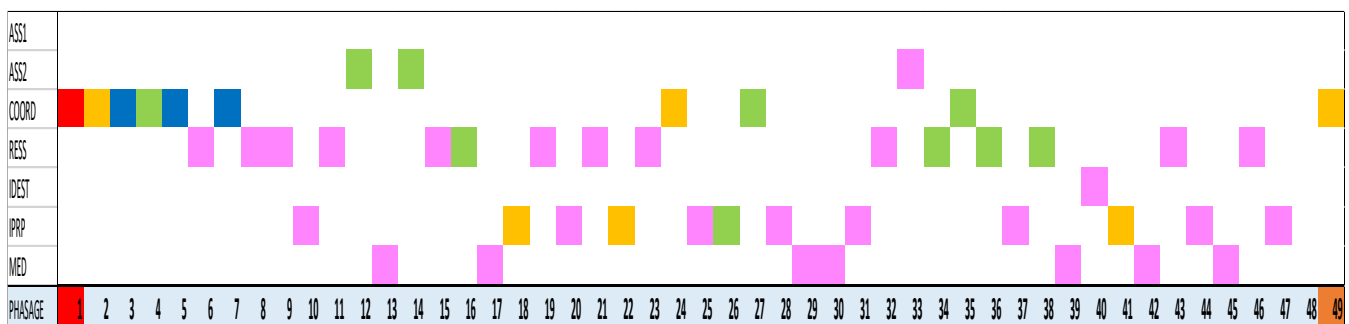


Figure 31 Phase 1 : chronique d'activité des actions réalisées / Phase 1: Chronicle of activity of the actions carried out

Ce format de chronique d'activité permet de pouvoir visualiser les actions réalisées par les personnes sur un empan temporel. Elles permettent de prendre conscience des actions réalisées par les personnes, de la successions d'actions différentes, y compris par des personnes de statut différent et facilitent la visualisation des dynamiques, qu'elles soient d'action ou de rôles. Les chroniques d'activité permettent en saisissant les enchaînements et les dynamiques d'actions de commencer à regarder en quoi les positions asymétriques impactent la réalisation des actions et la construction des rôles.

Les actions font ainsi émerger les différents rôles assumés par les personnes au fur et à mesure du déroulé de la réunion comme cela apparaît en Figure 30 .

Dans cette représentation, chaque rôle assumé par une personne est représenté à l'aide d'un code couleur déterminé qui reste le même pour l'ensemble des représentations de la recherche ainsi que le présente la Figure 30.

Il n'y a pas d'unité de temps précisé en phasage. Comme cela est expliqué au paragraphe 6.5.2.2. Les groupes sont rythmés par les changement de sujets ainsi que les prises de décision.

Dans un second temps, les actions sont confrontées au matériau initial. Il s'agit alors d'une part de repérer les successions d'actions réalisées par les personnes et de vérifier si elles correspondent à des intentions, s'il s'agissait bien du même sujet. D'autre part, les notes issues de l'observation des réunions sont aussi mises à contribution afin de mettre en regard, au-delà des souvenirs du chercheur, sa perception en situation des échanges et les éléments notables qui ont pu en émerger. C'est l'ensemble de ces éléments qui permet ensuite de relier certaines actions entre elles et de déterminer qu'elles constituent des rôles endossés par les personnes (Figure 32).

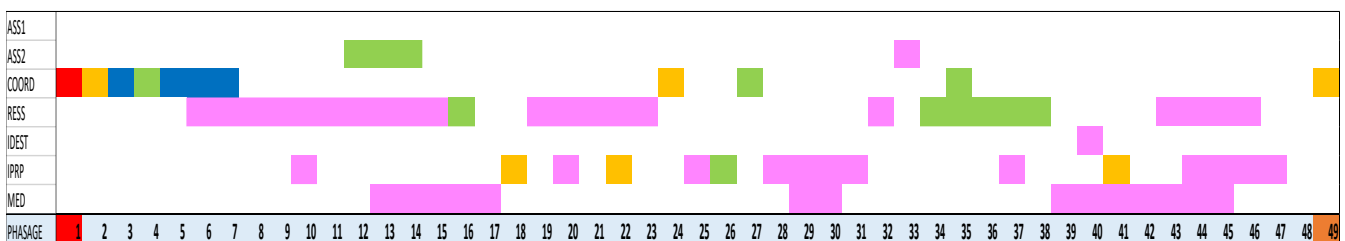


Figure 32 Phase 2 : chronique d'activité : Les rôles endossés par les personnes / Phase 2: Chronicle of activity : Roles assumed by people

Cependant, entre les différentes interactions, les rôles qu'assument les personnes ne disparaissent pas ou ne s'estompent pas systématiquement. Il peut y avoir une continuité lorsqu'une personne assume un rôle d'expert y compris si une autre entre temps assume un rôle de créatif. Dans certaines situations, il peut y avoir plusieurs personnes qui pour répondre à un besoin qui se fait sentir, endossent un rôle similaire. Si la personne change de rôle ou cesse d'assumer un rôle, alors elle n'a plus d'activité et les carrés ne sont plus reliés. Cette présentation graphique fait émerger les rôles endossés par les personnes lors du processus de conception, durant les réunions des groupes projet. Ainsi émergent les asymétries effectives issues de la construction située des rôles au sein des groupes projet.

6.5.5 Introduire les préoccupations des personnes

6.5.5.1 La mise en place d'entretiens

Dans le cadre de la compréhension de la construction des rôles par les personnes, il est nécessaire de saisir la perception que les personnes peuvent avoir des situations de conception mais aussi des interactions avec les autres personnes, des modalités de coordination de l'activité. Des entretiens sont mis en place de manière systématique suite aux différentes réunions des groupes projet de conception avec les acteurs qui y ont participé comme cela apparaît à la Figure 20. Ces entretiens ont lieu sur la base du volontariat. Ainsi, l'ensemble des personnes ayant participé à chaque réunion n'a pas toujours été vu en entretien. Parfois, certaines n'ont pas souhaité pour des raisons d'agenda, pour des raisons de confiance ou pour des raisons « personnelles ». Il a cependant été possible de réussir à voir dans l'ensemble des groupes au moins une personne par métier, particulièrement dans les groupes importants numériquement comme le groupe 4.

En outre, des entretiens ont eu lieu avec la directrice du SSTI notamment à différentes étapes de la recherche. Dans un premier temps, il s'agit de faire un état précis de la demande du SSTI afin de l'analyser dans l'objectif de pouvoir proposer une reformulation de cette demande initiale élargissant la problématique au-delà du champ strict du contexte de la santé au travail qui permette par de la création de connaissances de répondre aux besoins du SSTI.

En cours de période, des entretiens ont eu lieu afin de permettre de mettre au clair les contenus de certains cahiers de charges qui pouvaient sembler parfois un peu obscurs. Il s'agissait aussi, de comprendre et d'échanger sur des modifications intégrées dans les processus lorsqu'elle se trouvait en position de pilotage ou lorsqu'elle décidait de reprendre le pilotage de groupe car ceux-ci étaient jugés dans des impasses.

Les entretiens sont menés à différentes phases des groupes projets, ils sont donc tous contextualisés (Olivier de Sardan, 2003). Ces entretiens ont pour objectif de documenter le point de vue intrinsèque des personnes, leur perception des situations. Cependant, les entretiens ont lieu à posteriori de l'action et s'il s'agit de faire verbaliser les personnes sur l'action, celle-ci a déjà été vécue, c'est une action qui a été réalisée. Le matériau construit doit prendre en compte la subjectivité des personnes et intégrer une description de cette activité vécue tout en croisant celle-ci avec la perception de l'observateur.

A cette fin, il s'agit dans un premier temps d'accéder à la mémoire des personnes interrogées en re-situant le récit dans le contexte vécu (la réunion du groupe projet par exemple), en cherchant à faire resurgir des sensations, des émotions, des éléments du vécu. La connaissance des moments clefs, de ce qui peut constituer des expériences mémorables lors des réunions par exemple est indispensable. Ensuite, il s'agit d'interroger les acteurs à partir de traces de l'activité. Ces traces sont diverses. Il peut s'agir d'éléments des prescriptions qui cherchent à s'imposer (loi, cahier des charges, tâches, organisation), de traces des échanges des groupes projets, de mails, etc. L'objet n'est pas que les personnes commentent uniquement leurs actions motrices. Il s'agit qu'elles se confrontent à la perception des situations par l'explicitation de leur vécu, de leur émotion, participant à la formation de l'expérience. (Rix & Biache, 2004).

En cela, les entretiens avec les personnes qui ont participé aux réunions des groupes projet de conception permettent d'ordonner des compréhensions de l'activité en construisant des matériaux à partir de la confrontation au vécu. C'est ainsi que par cet accès qu'elles accordent les personnes quel que soit leur statut professionnel donnent à voir ce qui les préoccupait lors de l'activité de conception ou faisait valeur pour elles.

Les entretiens, dans une perspective phénoménologique (Récopé et al., 2011; Rix-Lièvre & Lièvre, 2014; Rix & Biache, 2004) ont pour objet de chercher à approcher les

différents champs perceptifs des personnes. Les entretiens sont construits selon un processus de récit de l'activité. Ils sont envisagés comme un processus de co-construction entre le chercheur et la personne participant qui fait le récit de son activité. En effet, le chercheur ne peut penser n'avoir aucune influence lors des entretiens, comme lors de l'observation, dans une conception pragmatique comme constructiviste, à l'instar de ce que défend Récopé (2006, p. 7) dans ses travaux :

« Le chercheur, par ses questions, par ses observations, sa seule présence, construit sa réalité, ses matériaux (c'est pourquoi je refuse fermement le terme de « données ») et influe, quoi qu'il fasse, sur l'activité des acteurs »

Ces entretiens sont essentiellement centrés sur l'activité des personnes. Il s'agit de chercher à faire émerger l'ensemble des aspects du vécu des personnes, de comprendre si ce vécu a été éprouvé et transformé en expérience ou si l'entretien en est l'occasion.

L'objectif est de faire émerger ce qui est mémorable pour les personnes en termes d'actions réalisées mais aussi de ce qu'elles auraient voulu faire et qu'elles n'ont pas pu réaliser. Lors du récit de l'action, le chercheur a un rôle important. Il amène les personnes à se re-questionner sur leur activité passée, à confronter leur vécu au réel et à l'éprouver pour certaines à l'aune de la trace de cette activité. Le chercheur cherche à faire émerger ce qui fait question pour les personnes, ce qui amène ces dernière à accorder plus ou moins d'importance à certains évènements (Dewey, 1938, 1939).

Dans ce cadre, l'intention est de saisir ce qui importe pour les personnes, ce qui lors de la situation passée, les a marquées, peuvent constituer un événement mémorable (*« Dans la réunion, j'ai proposé d'expérimenter... »*) qui renvoient à des relations prévalentes (Récopé, 2001, 2006). Certaines des actions ou des conduites le sont notamment car elles font valeur pour les personnes, ou pour certains statuts professionnels ou sociaux, car elles ont une signification particulière au regard de la situation, car une émotion particulière a cristallisé ces actions comme le montrent Rix-Lièvre & Lièvre (2005, p. 6) :

« C'est la valeur émotionnelle de ce moment pour l'acteur qui constitue les ressorts de sa singularité »

Il peut s'agir des empêchements (Clot, 2008; Petit, 2013) comme des dynamiques qui interviennent lors du processus de conception (Barcellini, 2008; Cahour, 2002) mais aussi des

prises de décisions ou d'actions qui auraient pu sembler sans importance mais qui dans un contexte particulier sont perçues avec des valences particulières par les personnes comme pour certains statuts professionnels. Il s'agit de recenser dans ces entretiens les valences positives ou négatives, ce qui est jugé convenable ou non convenable dans l'activité (Boyer et al., 2014; Dewey, 1939; Durrive, 2014) qu'expriment les personnes et de chercher si des régularités existent, en particulier des régularités liées au statut professionnel ou modalités de construction des rôles.

6.5.5.2 Les valences, une définition de l'évaluation en dehors de la normativité

Il faut saisir que ce qui fait valeur pour les personnes n'est pas neutre et est central dans l'analyse des conduites des personnes et la compréhension de la construction des rôles.

Les personnes sont en capacité de revenir sur des événements mais aussi sur des façons de faire et de faire émerger les pratiques. Elles le font car des événements ou des conduites font valeur pour elles. Ces derniers peuvent avoir pris une signification particulière au regard de la situation. Il s'agit de noter ces événements et ces situations ainsi que la valence positive ou négative, acceptable ou non acceptable, qui leur sont attribuée. Les valences sont définies ainsi par Cahour & Lancry (2011, p. 100) :

« La valence [...] correspond à une tonalité plus ou moins positive ou négative du sentiment vécu ».

En effet, ce qui fait valeur pour les personnes soutient et permet de construire l'action, les différentes manières d'agir des personnes et implicitement, celles-ci font des choix, jugent en situation ce qui leur semble être convenable ou non au regard de leur activité ainsi que l'explique Durrive (2014, p. 177) :

« Il faut retenir qu'une « manière de faire » tient debout parce qu'elle est soutenue par une valeur. J'adopte telle ou telle manière de faire, mais ce n'est pas neutre, ce n'est pas indifférent. Il y a des valeurs en arrière-plan. Je choisis une manière de faire, je la privilégie – valeur positive – et j'exclus toutes les autres – valeur négative. ».

Lors des entretiens, les personnes sont amenées à exprimer ces choix intuitifs qui ont été réalisés en situation. Ils sont établis sur des jugements sensibles. Ces valences permettent de saisir ce que les personnes jugent intuitivement acceptable ou non lors de leur activité, mais elles offrent la possibilité d'accéder au registre des émotions, des actions à l'origine de la réaction des personnes. C'est ce que soulignent Récopé & Fache (2010, p. 7) dans leur travaux lorsqu'ils écrivent :

« Les personnes apprécient constamment les circonstances en référence à ses valeurs personnelles, à l'impact existentiel des buts qu'[elles poursuivent], [...] [et réagissent] conformément à cette appréciation »

Boyer (2015) dans ses travaux montre que cet acte de jugement est une construction qui s'élabore au fil de l'activité, par cette activité. Ce que les personnes laissent percevoir comme acceptable ou non à autrui est le résultat des interactions et de l'engagement des personnes dans cette activité. Les personnes sont touchées par quelque chose, par une conduite ou une décision parce que cela leur importe.

Les entretiens peuvent faire émerger comme convenable la prise de décisions par une personne en position d'asymétrie favorable bien que cela puisse renforcer l'asymétrie. Ces valences nous renseignent le déroulement des réunions, sur les valeurs qui conduisent les personnes à faire intuitivement des choix, à trouver des compromis dans d'autres et à trouver certaines situations non convenables. Lorsque que des appréciations positives ou négatives sont expérimentées par les personnes, elles participent de la construction de l'activité. Ce sont des facteurs qui font partie intégrante des conditions qui permettront ou non la synchronisation opératoire comme cognitive des groupes projet. Ce matériau est traité en articulation avec les échanges en réunions et sert à la formalisation des normes des acteurs.

Dans la caractérisation des valences, il n'y a pas de distinction introduite entre les différents jugements spontanés émis par les personnes. Ceux-ci peuvent se traduire par des interjections ou par des actions corporelles de la personne (signe de tête par exemple) (Dewey, 1939). On intègre aussi les jugements évaluatifs lorsqu'ils existent.

Ces valences sont complétées de jugements évaluatifs. Ceux-ci, mettent en relation un jugement spontané avec des éléments du contexte, d'une situation ainsi que le montrent Boyer, Rix-Lièvre & Récopé (2014). Ces jugements évaluatifs prennent la forme suivante :

« C'est bien... ça a permis d'éclaircir les choses, on a compris où on allait »

L'intégration des valences comme des jugements évaluatifs importe du point de de la compréhension fine des phénomènes. En effet, lors des entretiens, ils nous indiquent ce qui, pour les personnes, importe lorsqu'elles évoquent et refont le fil de l'action qu'elles ont vécue. Ceci permet d'apporter un éclairage sur ce qui fait valeur et ce qui conduit les personnes à accepter certaines situations, à trouver des compromis dans d'autres et à en refuser certaines. Les valences comme les jugements évaluatifs, lorsqu'ils sont contextualisés, permettent de faire émerger, d'affiner ou de confirmer ce qui fait valeur pour les personnes. Ils peuvent permettre de saisir qui oriente l'action, quelles sont les normes qui deviennent prévalentes dans certaines situations.

7 Résultats

7.1 Les actions endossées par les personnes en fonction des statuts

Cette première partie de résultats a pour objet de montrer quel est le lien entre le statut des personnes engagées dans les groupes projet et les actions réalisées et les rôles qui sont endossés au cours du processus de conception. Il s'agit de présenter quelles sont les personnes, en fonction de leur statut, qui, groupe par groupe, réalisent les différentes actions significatives et endossent les rôles. Cependant, au fur et à mesure de la présentation des éléments qui apparaissent majeurs dans les groupes, des liens seront fait avec d'autres groupes afin d'éviter des redondances dans la présentation des résultats.

Les différents groupes, comme l'illustre la Figure 33, ont une homogénéité en terme de

GRUPE	NBRE DE PERSONNES	STATUTS	NOMBRE DE RÉUNIONS	CONTEXTE	QUI EST À L'ORIGINE DU PROJET ?	COORDINATEUR	NATURE DE LA PRODUCTION ?
I	10	MEDECIN; COORDINATEUR ASSISTANT(E) MEDICAL(E) ; IPRP ; IDEST	3	Relance de la politique "Projet" du SSTI	MÉDECIN + AST	MÉDECIN	Conception d'une démarche multi supports de transfert de connaissance à destination des entreprises
II	7	MEDECIN; COORDINATEUR ASSISTANT(E) MEDICAL(E) ; IPRP ; IDEST	2	Démarche de transformation des organisations de la direction du SSTI ; Instabilité des cadres prescrits exogènes et endogènes	DIRECTION	ERGONOME	Conception d'un processus d'intervention pluriprofessionnelle
III	6 À 10	MEDECIN; COORDINATEUR ASSISTANT(E) MEDICAL(E) ; IPRP ; IDEST ; PARTENAIRE	3	Développement d'un cadre partenarial et genèse de la conception d'outils innovants en santé travail ; Instabilité du cadre prescrit exogène	DIRECTION	MÉDECIN PUIS DIRECTRICE	Conception d'un processus de prévention et prise en charge de travailleurs possédant des caractéristiques ciblées
IV	14	MEDECIN; COORDINATEUR ASSISTANT(E) MEDICAL(E) ; IPRP ; IDEST ; PARTENAIRE	2	Instabilité du cadre prescrit exogène et développement d'une stratégie d'innovation du SSTI - Mutation des organisations	DIRECTION	DIRECTRICE	Conception d'une offre de service en santé travail appuyée sur des outils innovants

Figure 33 Caractéristiques des groupes / Characteristics of groups

composition statutaire. Cependant, il apparaît une différence entre les groupes 1 ; 2 et les 3 ;4.

Les 2 premiers ne sont composés que de personnes internes au SSTI alors que des partenaires extérieurs sont intégrés dans les deux derniers. Il s'agit pour du groupe 3 de partenaires institutionnels (CARSAT) et pour du groupe 4 de la Start-up conceptrice de la plateforme technologique collaborative qui assure une connexion continue avec les adhérents et les salariés. Ces partenaires, s'ils sont amenés à intégrer tous deux pour la première fois un projet de conception du SSTI, ne sont pas perçus de la même manière au sein du SSTI. En effet, en ce qui concerne la CARSAT, il y a une habitude de fonctionnement de longue date : les personnes du service et en particulier les médecins du travail connaissent les différents interlocuteurs. A l'inverse, la start-up partenaire n'a pas de collaboration antérieure avec le SSTI. Son représentant propose des méthodes et des approches différentes de celles habituellement utilisées et connues des acteurs du groupe.

Le nombre de participants aux réunions des différents groupes est en moyenne de 9.4 personnes.

Dans l'ensemble des groupes, les statuts professionnels suivants sont représentés :

- Médecin du travail
- Assistant(e) Médical(e)
- Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat en Santé Travail
- Intervenant en Prévention des Risques Professionnels
- Coordinateur du groupe Projet

Il y a quantitativement une plus faible participation des personnes ayant le statut de médecin du travail dans les projets en comparaison des autres statuts, notamment par rapport à une très forte participation des personnes ayant le statut de IPRP comme le montre la Figure 34 :

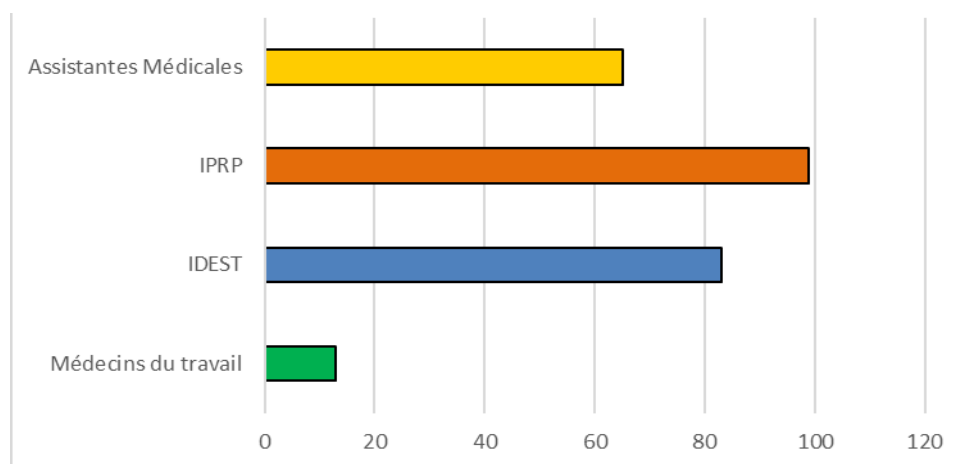


Figure 34 La représentation des statuts professionnels dans les groupes projet / Representation of trades in project groups

Ceci signifie qu'il y a plus de personnes ayant des statuts professionnels autres que celui de médecin du travail dans les groupes projet observés.

Concernant la thématique des groupes, trois groupes sur quatre concernent les organisations ou des outils pour les adhérents, les travailleurs. Les développements ont pour objectif d'améliorer les outils, les processus afin d'être en mesure de rendre un meilleur service aux destinataires des missions du SSTI. Le groupe 2 a pour objet d'échanger sur la manière de faire, de débattre sur le réel du travail dans l'objectif de permettre aux différents statuts professionnels de s'entendre et d'établir des pratiques communes et sur une délimitation des champs professionnels dans l'équipe pluridisciplinaire lors du processus de réalisation de la Fiche d'Entreprise.

Pour être en mesure de comparer les différents groupes, les résultats sont présentés de manière systématique. Les données quantitatives sont établies par statuts professionnels, et non par personne. Ce choix a pour objectif de répondre aux besoins des 3 thèses proposées qui s'appuient toutes sur les statuts professionnels, à savoir :

- *Les asymétries statutaires orientent les actions des personnes constitutives de la construction des rôles*
- *Le statut professionnel ou institutionnel oriente les personnes vers des actions ou des rôles renforçant les positions asymétriques en fonction des interactions.*
- *Les rôles endossés par les personnes génèrent des dynamiques d'actions qui sont des leviers à la pluridisciplinarité*

7.1.1 Les actions réalisées par les personnes en fonction des statuts

Dans un premier temps, nous présentons les résultats concernant les actions que les personnes réalisent durant les réunions des groupes projet de conception. Il s'agit de caractériser les actions et de pointer les régularités concernant les actions des personnes relativement à leur statut professionnel. Le statut de coordinateur de projet est présenté au côté des statuts professionnels. Les personnes auxquelles est attribué ce statut institutionnel ont par ailleurs un

statut professionnel (médecin du travail, IPRP...). Cependant, le choix est fait de comptabiliser les actions et les rôles du coordinateur à part, sans les intégrer dans les données quantitatives de son statut professionnel car il apparaît des spécificités en termes de conduite des personnes lorsqu'elles acceptent le statut de coordinateur de projet.

Le choix est fait de présenter à chaque paragraphe les données du groupe traité ainsi que la moyenne de l'ensemble des groupes. Présenter ce rapport à la moyenne nous apparaît intéressant car elle a été la base de comparaison à partir de laquelle nous avons pu déterminer que certaines personnes, dans certains groupes, réalisaient plus ou moins d'actions. A partir de là, il a été possible de pouvoir engager des comparaisons plus fines, notamment entre les groupes, éclairées par l'observation participante.

Issues d'une analyse des échanges des différentes réunions relatives à chaque groupe projet, ces régularités sont présentées sous la forme de tableaux pour chaque groupe. Les résultats font apparaître différemment les actions pour chaque statut. Deux tableaux sont présentés :

- Le pourcentage d'actions différentes réalisées par statuts professionnels par rapport au total des actions du groupe
- Le pourcentage des différentes actions réalisées par rapport au total des actions par statut professionnel

Les éléments relevés au cours de la participation observante et des entretiens menés avec les personnels du service permettent d'interpréter les quantifications et de mettre en évidence les facteurs expliquant les variations des modalités de synchronisation de l'activité des différents statuts professionnels, parfois les asymétries et les dynamiques sous-jacentes.

Fluidifie les relations, trouve des compromis, encourage
Propose une solution organisationnelle, technique ou de réflexion visant à faire progresser la conception vers une résolution du problème
Est à l'origine de la formalisation de la décision
Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet.
Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation et aux différentes temporalités présentes dans le projet. Se préoccupe de la transmission des documents, du suivi, de la synthétisation.

Figure 26 Légende des graphiques "Actions réalisées en fonction des statuts" / Graphs legend "Actions carried out according to the statutes"

Comme nous l'avons spécifié dans la partie 6.5.3 à la Figure 26, les actions réalisées sont rapportées aux catégories suivantes :

Pour des questions de simplification, ces actions sont désignées dans le corps de texte par un mot clef représentatif de l'action, à savoir :

A : Fluidifie les relations...

B : Propose une solution...

C : Est à l'origine de la formalisation de la décision

D : Emet un avis, une évaluation positive ou négative...

E : Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...

Pour chaque groupe, les résultats sont présentés de manière globale sans distinguer les réunions les unes par rapport aux autres dans la mesure où peu de variations ont été observées entre ces dernières. Dans le groupe 3, nous proposons une focale sur les différentes réunions afin de souligner des écarts quant aux pourcentages par types d'actions réalisées par les personnes de chaque statut professionnel qui diffèrent.

7.1.1.1 Une vision globale des groupes

Au cours des quatre groupes projet, 6960 actions ont été répertoriées. Les résultats font apparaître une répartition hétérogène entre les différentes catégories telle que l'illustre la Figure 35 :

	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
G1	12%	25%	2%	52%	9%
G2	16%	18%	0%	61%	5%
G3	21%	24%	1%	50%	4%
G4	21%	19%	1%	55%	4%
TOTAL	17%	21%	1%	55%	6%

Figure 35 Répartition de l'ensemble des actions réalisées / Distribution of all actions carried out

Comme le montre la Figure 35, plus de la moitié des actions réalisées lors des groupes projet sont de la catégorie « Émet un avis, une évaluation positive ou négative... ». Quantitativement, viennent ensuite les actions des catégories : « Propose une solution... » et « Fluidifie les relations... ».

Ce sont ainsi les actions en lien avec la synchronisation cognitive et la conception qui sont les plus nombreuses alors que les actions en lien avec la synchronisation opératoire ne sont que peu représentées dans l'ensemble des groupes projet. Il en est de même pour les actions de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision ».

Pour chaque catégorie d'action, les résultats montrent quels sont les statuts professionnels qui les réalisent (Figure 36). Deux statuts apparaissent dans les résultats comme réalisant plus d'actions que les autres lors des groupes projet : les coordinateurs de projet et les médecins du travail. Dans les différents groupes projet, les coordinateurs de projet ont un statut professionnel de médecin du travail, IPRP et directeur du SSTI. Ils réalisent plus d'actions que les personnes ayant d'autres statuts professionnels lorsque les actions sont des catégories :

- « Fluidifie les relations... »
- « Propose une solution... »
- « Est à l'origine de la formalisation de la décision »
- « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... »

Ensemble des groupes	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD
Fluidifie les relations...	8%	16%	13%	21%	42%
Propose une solution...	14%	10%	12%	29%	35%
Est à l'origine de la formalisation de la décision	0%	1%	4%	13%	81%
Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	19%	12%	25%	25%	20%
Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...	5%	13%	12%	38%	32%
Total	15%	12%	19%	26%	28%

Figure 36 Pourcentage représenté par les statuts professionnels par type d'actions – Ensemble des groupes projet / Percentage represented by professional statutes - All project groups

En revanche, les actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » sont également partagées entre les différents statuts professionnels qui participent aux groupes projet. De plus, il apparaît qu'au-delà de la simple réalisation d'actions, les écarts entre les statuts sont très importants. Ces premières quantifications considérant tous les groupes projets tendent à indiquer que :

- Les asymétries théoriquement posées deviennent effectives

Le coordinateur de projet et le médecin du travail bénéficiant d'une position asymétrique favorable relative à leur situation sociale, institutionnelle ou professionnelle réalisent une part plus importante de chaque action par rapport aux personnes ayant d'autres statuts professionnels. La diversité des actions réalisées est également plus importante.

Les positions asymétriques relatives aux statuts professionnels construisent leur effectivité par les actions réalisées au cours des processus de conception.

- Des actions réalisées par une diversité de statuts professionnels

Tous les statuts professionnels participent à la réalisation des différentes actions contribuant à la réalisation du projet, qu'ils soient en position asymétrique favorable ou défavorable. La répartition des actions peut varier en fonction des asymétries statutaires au sein du SSTI. Les asymétries qui se concrétisent ne semblent pas constituer un frein au déroulement des groupes projet.

Les données quantitatives confirment ce qui émane de l'observation participante, à savoir que si la position asymétrique favorable de certains statuts professionnels leur a permis de réaliser un nombre d'actions plus important que d'autres statuts professionnels, en revanche, il apparaît qu'aucun statut, y compris en position asymétrique défavorable n'a été totalement exclu de la construction des projets de conception. En effet, si les actions de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision » sont exclusivement réalisées par des personnes que les statuts placent en position asymétrique favorable, elles ne font apparaître que la partie de formalisation de la décision. Le processus de construction de cette décision, que nous analysons plus bas, intègre quant à lui une multiplicité d'actions de toutes catégories réalisées par des personnes de tous statuts. De plus, l'observation participante permet de révéler que de multiples décisions d'étapes sont prises de manière non formalisée lors de la réalisation d'actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet ».

Il s'agit de regarder groupe par groupe de quelle manière cette répartition des actions se traduit et particulièrement quels sont les éléments saillants qui sont spécifiques à ces groupes.

7.1.1.2 Groupe 1

Lors de ce groupe, 1697 actions différentes réalisées ont été répertoriées dans un groupe composé par des assistants médicaux, IDEST, IPRP, médecin du travail et un coordinateur de projet du groupe dont le statut professionnel est médecin du travail.

Le cahier des charges initial défini par la direction du SSTI est la conception d'une démarche de transfert de connaissances spécifique aux addictions à destination des entreprises. La nature du sujet demande des expertises pluriprofessionnelles car les champs à investiguer sont larges et touchent aussi bien les questions légales, RH, de prévention des risques professionnels, de psychologie du travail que de pathologie ou de pharma-toxicologie.

Afin de répondre à cette demande, les membres du groupe ont défini des objectifs, fondés sur la proposition émise par le coordinateur du groupe et un IPRP.

La répartition des actions réalisées fait apparaître des concentrations vers certaines catégories telle que l'illustre la Figure 35 :

	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
G1	12%	25%	2%	52%	9%
G2	16%	18%	0%	61%	5%
G3	21%	24%	1%	50%	4%
G4	21%	19%	1%	55%	4%
TOTAL	17%	21%	1%	55%	6%

Figure 35 Répartition de l'ensemble des actions réalisées / Distribution of all actions carried out

Dans le groupe 1 émergent des résultats :

- Plus d'actions réalisées, que dans les autres groupes, des catégories:
 - « Propose une solution »
 - « Propose ou prend en charge les questions relative à l'organisation »
- Moins d'actions réalisées que dans les autres groupes d'actions de la catégorie :

- « Fluidifie les relations... »

La répartition des actions entre les statuts professionnels par rapport à la moyenne des groupes fait apparaître que dans le groupe 1, la part des actions réalisées par des personnes ayant le statut d'IPRP et de médecin du travail est plus importante, particulièrement dans un groupe où le coordinateur du projet est lui aussi un médecin du travail. La part des actions

	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD
G1	3%	11%	36%	32%	19%
Ensemble des groupes	15%	12%	19%	26%	28%

Figure 37 Comparaison des actions par statut professionnel du groupe 1 par rapport à l'ensemble des groupes / Comparison of actions by status of group 1 compared to all groups

réalisées par des personnes ayant des statuts les plaçant en position d'asymétrie défavorable socialement, professionnellement ou institutionnellement (assistant médical, IDEST) est plus faible. Les résultats du groupe 1 font émerger que les personnes ayant des statuts professionnels les plaçant en position asymétrique défavorable réalisent une part moins importante des actions que dans la moyenne des groupes. Par exemple, les assistants médicaux réalisent 3% des actions. De même, le coordinateur du projet réalise dans le groupe 1 moins d'actions que dans la moyenne des groupes (Figure 37).

Le médecin du travail réalise comme l'illustre la Figure 38 la majorité des actions :

- « Fluidifie les relations... »
- « Propose une solution »
- « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... »

Le coordinateur du groupe réalise près des 2/3 des actions de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision ». L'IPRP réalise près de la moitié des actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » alors que la Figure 35 montre que ces actions sont habituellement partagées entre l'ensemble des acteurs du groupe projet. Les personnes ayant le statut d'assistant médical ont proportionnellement moins pris part à la réalisation de ces actions que dans l'ensemble des groupes.

G1	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD
Fluidifie les relations...	3%	7%	28%	43%	19%
Propose une solution...	1%	6%	22%	42%	29%
Est à l'origine de la formalisation de la décision	0%	0%	9%	23%	69%
Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	4%	15%	47%	23%	11%
Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...	1%	5%	24%	45%	25%

Figure 38 Pourcentage représenté par les statuts professionnels par type d'actions lors du groupe 1 / Percentage represented by professional statuts by type of action in group 1

Ainsi, les actions des catégories « Fluidifie les relations... », « Propose une solution », « Est à l'origine de la formalisation de la décision », « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... » sont très majoritairement réalisées par le coordinateur de projet et le médecin du travail, en position asymétrique favorable dans les groupes projet de conception comme au sein du SSTI.

En revanche, il apparaît que les actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » sont également réalisées par des personnes qui sont en position asymétrique défavorable comme les IPRP ou les IDEST. Il importe par la suite de regarder ce

G1	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
ASS	12%	38%	7%	31%	12%
IDEST	8%	14%	0%	74%	4%
IPRP	9%	15%	0%	69%	6%
MED	16%	32%	1%	37%	13%
COORD	12%	38%	7%	31%	12%

Figure 39 Répartition des actions dans l'activité des différents statuts professionnels - groupe 1 / Distribution of actions in the activity of the different professional statuses - group 1

que les différentes actions ont représenté dans l'activité des personnes en fonction de leur statut professionnel.

Le traitement des matériaux relatifs à ce groupe fait apparaître des décalages par rapport aux résultats globaux concernant :

- La participation des personnes ayant un statut d'Assistant Médical. Elle représente 3% du total des actions du groupe. Elles réalisent peu d'actions lors du groupe projet et celles réalisées sont fortement concentrées sur la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». Les assistants médicaux n'interviennent que peu dans les débats collectifs. 60% des actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » sont des évaluations positives ou de soutien en direction des personnes ayant un statut professionnel de médecin du travail. Durant les réunions, notamment la dernière, lors de laquelle une tension avec le médecin du travail et le coordinateur du projet, lui aussi médecin du travail, est palpable, ces avis viennent quasi exclusivement soutenir le propos des personnes en position asymétrique favorable.
- Le statut de coordinateur du groupe projet. La personne ayant ce statut a réalisé 19% du total des actions du groupe. La distribution des différentes catégories d'actions lors de son activité fait apparaître que la part des actions de la catégorie « Propose une solution... » dans l'activité du coordinateur du groupe projet est beaucoup plus importante que la part qu'elle représente en moyenne sur l'ensemble des groupes.
- Le statut d'IDEST. Les personnes ayant ce statut ont réalisé 11% du total des actions du groupe. La distribution des différentes catégories d'actions fait apparaître que :
 - La part des actions de la catégorie « Fluidifie les relations... » dans l'activité de l'IDEST est moins importante que la part qu'elle représente en moyenne sur l'ensemble des groupes.
 - La part de l'action « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » dans l'activité de l'IDEST est nettement plus importante que la part qu'elle représente en moyenne sur l'ensemble des groupes.

Ces constats doivent être mis en perspective relativement à l'objet du projet de conception : construire un outil d'information et de prévention sur les facteurs de risques

conduisant à toute forme d'addiction. Cet objet essentiellement construit autour du pôle médical (médecin/IDEST) semble avoir suscité un engagement plus important dans ce groupe projet. Par ailleurs, la distribution des tâches par le coordinateur de projet et le médecin du travail a privilégié la sollicitation des IDEST sur des questions centrales du projet. Ce que décrit une IDEST lors d'un entretien :

« Il y a eu deux phases lors du groupe projet. D'abord, on a préparé ce qu'on allait faire, c'était cadré. C'était intéressant. Chacun a préparé ce qu'il allait faire. Les médecins ont plus dirigé, ils nous ont dit comment ils voyaient les choses. A ce moment-là, ils nous ont réparti le travail et nous ont donné à chacun un petit travail à faire. Ensuite, chacun a présenté ce qu'il avait fait à l'ensemble du groupe pour qu'il donne ses impressions. Lors des réunions du groupe, ce qu'on avait présenté a été corrigé et modifié... »

L'IDEST souligne en quoi la préparation et la distribution des tâches aux différentes personnes volontaires en fonction de leurs compétences par le médecin du travail et le coordinateur du projet sont des leviers pour la réalisation de ces actions. Elle a perçu la distribution précise des tâches, l'orientation du travail, les retours et évaluations comme des possibilités d'apport de connaissances de personnes en position d'expertise, pas comme un empêchement.

La demande du médecin du travail et du coordinateur de projet oriente les IDEST vers des tâches en lien avec leur domaine d'expertise. Les IDEST respectent la prescription des médecins, sans proposer de la réélaborer en y apportant des actions de conception. Ainsi, les actions qui sont réalisées dans le cadre d'échanges « experts » sont « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres ». Dans les échanges lors de la réunion de groupe projet, elles sont en mesure d'émettre des avis ou des évaluations aux propos d'autrui, de transmettre des connaissances, d'informer les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte ou l'objet de leur présentation.

- Le statut de médecin du travail. Les personnes ayant ce statut ont réalisé 32% des actions du groupe. La distribution des différentes catégories d'actions fait apparaître que :
 - La part de l'action « Propose une solution... » dans l'activité médecin du travail est plus importante que la part qu'elle représente en moyenne sur l'ensemble des groupes.

- La part de l'action « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » dans l'activité de médecin du travail est moins importante que la part qu'elle représente en moyenne sur l'ensemble des groupes.

Lors des réunions de groupe projet, les personnes ayant le statut de médecin du travail ne se positionnent pas comme des spécialistes de la conception mais comme des experts métier et les coordinateurs habituels des équipes pluriprofessionnelles du SIST. Ils ont distribué les tâches et missionné les IDEST et les IPRP. Lors des différentes réunions du groupe projet, l'observation participante permet de relever que le médecin du travail et le coordinateur de projet (lui aussi médecin du travail) sont les seuls à arriver à la réunion sans production à présenter au reste du groupe. Ils sont en position de réactants : ils émettent des avis, corrigent et évaluent les productions des autres participants. Ils s'adaptent. Médecins comme coordinateur de projet sont engagés dans le projet pour trouver et développer une solution à un besoin tant du SSTI que de ses adhérents. Ainsi pour répondre au cahier des charges, ils font des propositions, cherchent à être innovants, à faire aboutir la conception de l'objet.

7.1.1.2.1 Une manière d'incarner le statut institutionnel différente selon le statut professionnel

Dans le groupe 1, le coordinateur de projet est médecin du travail. La quantification des actions et leurs répartitions dans les différentes catégories font apparaître une forte proximité entre les actions réalisées par le coordinateur du projet d'une part, et le médecin du travail d'autre part. Comme le montre la Figure 40, tous deux réalisent une diversité d'actions dans des proportions semblables. Le statut professionnel semble ainsi plus déterminant que la place institutionnelle dans le groupe. Il a paru intéressant de comparer la situation de trois groupes à cette étape. Dans le groupe 1, le groupe 2 et le groupe 3-1, on constate des situations équivalentes de coordinateurs de projet ayant un statut professionnel identique à l'une des autres

G1	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
COORD	13%	38%	7%	31%	11%
MED	16%	32%	1%	37%	13%

Figure 40 Comparaison de la répartition des actions réalisées par le coordinateur de projet et le médecin du travail - G1/ Comparison of the distribution of actions carried out by the project coordinator and the occupational physician – G1

personnes du groupe. Les trois coordinateurs ont en outre des parcours professionnels, une ancienneté assez identique à l'autre personne présente dans le groupe. Cette focale sur les 3 groupes a pour objet de comprendre si des régularités émergent en termes de réalisation d'action ou de conduite lorsque des personnes sont chargées du statut de coordinateur de projet ou si au contraire, c'est le statut professionnel qui s'avère prévalent.

La quantification des actions réalisées par les médecins du travail est en proportion la même, qu'ils soient ou non en position de coordinateurs du projet. Ce constat émerge également de l'analyse de la première réunion du groupe 3 dans lequel le coordinateur est également médecin du travail (Figure 41). L'observation participante permet de relever une différence dans l'activité des deux médecins. Celui qui a le statut de coordinateur du groupe intervient tout au long de la réunion, introduit les sujets en se positionnant systématiquement dans une position d'expert. Il transmet des connaissances techniques dans le domaine médical ou concernant l'environnement des professionnels de santé. C'est ce qui explique l'écart au niveau de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative » avec son collègue médecin.

G3-1	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
COORD	21%	12%	1%	63%	4%
MED	28%	19%	0%	50%	2%

Figure 41 Comparaison de la répartition des actions réalisées par le coordinateur de projet et le médecin du travail – G3-1 / Comparison of the distribution of actions carried out by the project coordinator and the occupational physician – G3-1

Lorsque c'est un IPRP qui est en position de coordinateur de projet dans le groupe 2, ce constat ne se vérifie pas (Figure 42). Il est notable de constater que dans ce cas, le statut institutionnel de coordinateur permet à l'IPRP de réaliser une diversité d'actions plus importante qu'habituellement. Et c'est cette enrichissement de l'activité qui prime.

G2	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
COORD	31%	15%	1%	46%	6%
IPRP	7%	8%	0%	83%	3%

Figure 42 Comparaison de la répartition des actions réalisées par le coordinateur de projet et le médecin du travail – G 2 / Comparison of the distribution of actions carried out by the project coordinator and the occupational physician – G 2

Il semble que le rapport au statut institutionnel soit différent en fonction des positions asymétriques. Si la position asymétrique est défavorable, le statut institutionnel de coordinateur de projet permet un développement de l'activité, quantifiable par la réalisation des actions et une diversité plus importante de celle-ci. En revanche, pour les personnes en position asymétrique favorable, c'est le statut professionnel qui prévaut sur le statut institutionnel de coordinateur de projet. Les résultats permettent de mettre en lumière une des conditions dans lesquelles les freins à la construction de la pluridisciplinarité et au développement du débat interprofessionnel peuvent être levés.

7.1.1.2.2 Une effectivité de l'asymétrie des médecins du travail peu liée à la perception des actions

Dans le paragraphe précédent, il a été montré que le rapport au statut institutionnel de coordinateur pouvait être différent en raison de la position asymétrique favorable ou défavorable du statut professionnel de la personne l'incarnant.

Dans le groupe 1, la détermination du statut de coordinateur du projet entre les deux médecins n'a d'ailleurs pas été de soi car pour eux, ils étaient intégrés dans le projet comme médecin du travail et le dirigeait conjointement en tant que tel. C'était un état de fait qui n'avait pas besoin de la validation d'un statut institutionnel. Ainsi, à aucun moment au début du groupe,

il y a une explication des tâches de chacun et particulièrement de qui prend en charge la coordination. Le coordinateur de projet (médecin du travail) et le médecin du travail s'appuient sur ce qui assoie leur position asymétrique favorable : le statut professionnel de médecin du travail. Cela se traduit par la réalisation par ces deux médecins du travail de 92% des actions de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision », le coordinateur du groupe 69% et le médecin du travail 23%. De la même manière, les médecins du travail réalisent très majoritairement les actions des catégories « Fluidifie les relations... » ; « Propose une solution... » ; « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... ». Durant les réunions de groupe projet, l'observation participante permet de relever que Le coordinateur de projet (médecin du travail) et le médecin du travail échangent beaucoup entre eux, notamment en cherchant l'autre du regard suite à des propositions, pour un appui, une validation.

Cette réalisation d'une majorité des actions d'une grande variabilité par les personnes ayant le statut de médecin du travail est perçue par les personnes en position d'asymétrie défavorable comme un fonctionnement en vase clos des médecins qui n'écoutent pas et ne prennent pas en compte les autres statuts professionnels.

Les personnes ayant un autre statut signalent les conduites qu'ils jugent en dehors des conventions sociales : Le coordinateur de projet (médecin du travail) et le médecin du travail arrivent systématiquement en retard lors des réunions, ou comme l'observation participante permet de le constater lors des réunions des groupes projet ; ce sont les seules personnes qui entrent et sortent, téléphonent, vont chercher des cafés durant la réunion en dehors des pauses. Une IDEST verbalise : « *Ce qui était saoulant, c'est que les médecins n'arrivent systématiquement pas à l'heure* ». Le médecin du travail arrive en début de réunion, avec 20 minutes de retard, pose son sac, sans dire bonjour dans la salle, et repart. Il ne revient que 30 minutes plus tard, s'assoie sans justification et prend la parole pour émettre une évaluation négative de ce qui a été présenté en son absence. Il répond au téléphone plusieurs fois durant la réunion, sort de la salle et ne suit les débats qu'en pointillés⁵⁴.

La nature des échanges joue un rôle sur la perception que les différents acteurs du projet ont de l'action des personnes ayant le statut de médecin du travail. En effet ceux-ci lors des échanges constatés durant le groupe projet partagent entre eux. Il apparaît que ces échanges ne représentent pas la majorité en terme de volume. Par exemple, ils représentent 25% des actions

54 Carnet ethnographique, 03/2015

« Propose une solution ». Le médecin du travail et le coordinateur du projet sont perçus par les autres statuts comme partiellement engagés dans le projet en raison de leur volonté initiale de participer à la phase de conception mais pas à la présentation de la solution. Une IDEST explique en entretien :

« Durant l'ensemble du groupe, les médecins ont dirigé le contenu. En ce qui concerne les IDEST, on a fait le travail qui nous était attribué. Moi, je n'ai pas souffert de cette situation, au contraire. Je vis très bien le fait qu'on me dise ce que je dois faire, ça me rassure et j'en ai besoin. Je n'aurai pas imaginé être en position de diriger ou de donner des directives, même de décider seule de ce que je devais faire dans ma partie du travail. [...] Par contre, la réunion [du projet] s'est plutôt mal goupillée. Les médecins ont revalidé ce qui était déjà validé. Je ne sais pas pourquoi ils ont fait cela [...] Ce sont les médecins qui ont surtout parlé alors qu'ils sont plutôt à l'aise en public. En plus, ils avaient dit qu'ils ne feraient pas la présentation. Ils avaient dit qu'ils resteraient dans la salle et qu'ils répondraient à des questions s'il y en avait et que ce serait nous qui ferions les présentations.

En dépit de conduites que les personnes en position asymétrique défavorable considèrent comme anormales, elles perçoivent les actions réalisées par les médecins du travail comme porteuses de dynamiques collectives et individuelles. Si les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique défavorable ont réalisé des actions, c'est parce que les médecins du travail ont réalisé des actions des catégories « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... », « Est à l'origine de la formalisation de la décision ». Cette perception renforce l'asymétrie effective des médecins du travail. Dans cette situation, les personnes dont le statut les place en situation asymétrique favorable, le médecin du travail et le coordinateur du groupe projet, distribuent les tâches en fonction des compétences des autres statuts professionnels et évaluent ce qui a été produit.

De cette façon, les normes des médecins du travail deviennent prévalentes. C'est ce qui fait valeur pour le médecin du travail qui oriente les actions dans le groupe. Ainsi, l'IPRP à l'origine du projet explique en entretien :

« Le projet a mis un peu de temps à se mettre en place parce qu'il y a eu des difficultés à faire comprendre les buts, pourquoi on voulait faire ce projet, ce que ça pouvait apporter aux entreprises. Les addictions, c'est un sujet qui est malheureusement encore tabou. Pour les médecins, c'était compliqué de se lancer dans ce projet parce qu'ils voyaient plus le côté : « une fois que l'on a des salariés addictes à n'importe quelles substances, qu'est-ce qu'on fait, comment on les gère ? » Ils ne voyaient que cela et ils n'avaient pas trop compris au départ que nous en fait, notre première intention, c'était d'informer les employeurs sur tout ce qui était réglementation et comment eux devaient s'y prendre dans le cas de comportement anormaux. »

Lors des échanges, les évaluations du coordinateur du projet et du médecin du travail ramènent les propositions des IDEST et des IPRP au comportement individuel et à la pathologie et orientent l'activité de l'ensemble des autres statuts dans le groupe. L'observation participante permet de constater que lors des échanges du groupe projet et notamment lorsqu'ils réalisent des actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... », les médecins du travail recentrent dans leur champ de compétence, la pathologie alors que les personnes d'autres statuts professionnels proposaient d'explorer des pistes en lien avec les problématiques socioéconomiques, contextuelles, environnementales ou organisationnelles.

Les modalités de synchronisation de l'activité apparaissent particulièrement lorsque les médecins du travail ont des défaillances lors des réunions. Lors de la réunion du groupe G1-3, l'un des médecins est décalé par rapport à la planification du projet. Il a une étape de retard. L'observation participante permet de constater une réaction immédiate des personnes en position asymétrique défavorable, en raison d'une rupture de coordination. C'est un fait mémorable qui apparaît ensuite dans les entretiens. Un IPRP explique : « [Le médecin du travail] commence la réunion en nous disant qu'on doit travailler pour construire le document et le valider... ça, on l'avait déjà fait la dernière fois... si c'est pour recommencer à chaque fois, c'est bon, on avance à rien... ». Suite à cet épisode, on constate une situation d'attente, de stand-by. Il y a une période avec moins d'actions réalisées et moins d'échanges car plus personne ne prend l'initiative de l'action. Il y a une période de flottement, le temps que le coordinateur de projet (médecin du travail) et le médecin du travail comprennent et se recalent. L'observation participante permet de constater que durant cette période, personne ne prend le

relai et l'activité du groupe est désorganisée. Cependant, suite à cela, il n'y a pas de contestation. Les positions asymétriques au sein du groupe ne sont pas bouleversées, malgré des jugements durs de certains.

L'asymétrie effective du coordinateur de projet (médecin du travail) et du médecin du travail se renforce quand les personnes en position asymétrique défavorable perçoivent et reconnaissent la réalisation que les actions réalisées ont permis d'arriver à la construction rapide et satisfaisante de l'objet final, en dépit de conduites jugées socialement peu acceptables. Il apparaît ainsi que les asymétries statutaires qui deviennent effectives en situation, sont des leviers de performance pour le groupe projet.

7.1.1.2.3 Quelle évaluation de la réalisation des actions ?

L'évaluation des actions réalisées par les personnes des différents statuts professionnels lors du groupe 1 s'appuie sur le cahier des charges proposé au départ du groupe : construire un outil d'information et de prévention sur les facteurs de risques conduisant à toute forme d'addiction.

L'observation participante permet de constater que les actions réalisées ont amené à la construction d'un cadre commun sur la définition des addictions.

Les travaux du groupe ne se sont pas immédiatement dirigés vers la conception de l'outil. Il y a dans un premier temps une réflexion d'ordre méthodologique afin de déterminer :

- L'objectif recherché en fonction du public cible (employeurs ou salariés)
- Les caractéristiques des connaissances à transmettre
- La hiérarchisation des connaissances afin d'être le plus efficace possible
- Les modalités de transmission

Lors de la construction de l'objet, les personnes en position asymétrique défavorable proposent une construction fondée sur les préoccupations des adhérents comme des salariés, les médecins du travail réintroduisent des focalisations métier. Cependant, la construction proposée par le groupe intègre parfaitement les missions du SSTI et se positionne clairement dans le Projet de Service et dans la politique stratégique du SSTI.

En termes de production, la plus-value du groupe projet est d'avoir été en capacité de produire un cadre commun sur la définition des addictions et une réflexion méthodologique sur les modalités de transmissions des connaissances sur ce sujet. Ainsi, à partir de ce travail, de

multiples supports seront produits par la suite. Il s'agit de communication en congrès, de conférences/débat, mais aussi de films de sensibilisation sur le sujet des addictions ou encore de journées d'animation sur cette thématique.

7.1.1.3 Groupe 2

Lors de ce groupe, 2225 actions différentes réalisées ont été répertoriées. Le cahier des charge initial défini par la direction du SSTI est la construction d'un processus pluridisciplinaire de réalisation de la Fiche d'Entreprise. Afin de répondre à cette demande, les membres du groupe cherchent à échanger sur la manière de faire, à débattre sur le réel du travail dans l'objectif de permettre aux différents statuts professionnels de s'entendre et d'établir des pratiques communes avec une délimitation des champs professionnels dans l'équipe pluridisciplinaire lors du processus de réalisation de la Fiche d'Entreprise. C'est un sujet qui porte les prémices de la transformation des métiers comme des organisations. Les échanges et débats, les propositions ont lieu sur les possibilités, les envies et les projection quant aux évolutions futures des métiers comme des organisations. Le coordinateur de projet est un IPRP dans ce groupe.

La répartition des actions réalisées fait apparaître des concentrations vers certaines catégories telle que l'illustre la Figure 35 :

	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
G1	12%	25%	2%	52%	9%
G2	16%	18%	0%	61%	5%
G3	21%	24%	1%	50%	4%
G4	21%	19%	1%	55%	4%
TOTAL	17%	21%	1%	55%	6%

Figure 35 Répartition de l'ensemble des actions réalisées / Distribution of all actions carried out

Comme le montre la Figure 35, il y a moins d'actions réalisées dans le groupe 2, que dans les autres groupes, de la catégorie :

- Propose une solution

Il y a plus d'actions réalisées, que dans les autres groupes, de la catégorie :

- Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres

En ce qui concerne l'ensemble des actions réalisées par statuts professionnels, il est notable, comme l'illustre la Figure 43, que dans le groupe 2, les personnes ayant le statut d'assistant médical et de médecin du travail réalisent plus d'actions que dans la moyenne des groupes. Celles ayant le statut de coordinateur de projet et d'IDEST en réalisent moins.

	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD
G2	19%	7%	21%	31%	20%
Total des groupes	15%	12%	19%	26%	28%

Figure 43 Pourcentage total des actions réalisées par statuts professionnels-G2 / Total percentage of actions carried out by professional statutes –G2

La répartition des actions réalisées relativement aux statuts professionnels fait apparaître Figure 44 une forme de division des tâches entre le coordinateur de projet, le médecin du travail

G2	ASS	RESS	IDEST	IPRP	MED	COORD
Fluidifie les relations...	8%	1%	3%	18%	31%	40%
Propose une solution...	21%	2%	3%	15%	41%	17%
Est à l'origine de la formalisation de la décision	0%	0%	0%	25%	0%	75%
Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	22%	3%	9%	22%	28%	15%
Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...	4%	0%	4%	38%	29%	26%

Figure 44 Pourcentage représenté par les statuts professionnels par type d'actions lors du groupe 2 / Percentage represented by professional statutes by type of action in group 2

et l'IPRP. Les actions des catégories « fluidifie les relation » et « est à l'origine de la décision » sont réalisées par le coordinateur de projet, « Propose une solution » par le médecin du travail et « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... » par l'IPRP. L'action « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » est partagée par les membres du groupe, sauf par l'IDEST et la personne ressource.

La répartition des actions entre les statuts professionnels fait apparaître que l'IPRP réalise plus d'actions relativement à la moyenne des groupes dans le groupe 2. Il apparaît en outre que ces actions sont variées, à l'instar de celles du coordinateur de projet et du médecin du travail. Cette variété dans la réalisation des actions s'ajoutant à la quantité d'actions réalisées fait émerger les asymétries effectives au sein du groupe.

Dans ce groupe 2, il est significatif que les résultats mettent en avant que l'assistant médical réalise une part plus importante des actions. On remarque lorsque l'on examine les résultats de la répartition des actions réalisées entre les différents statuts qu'il émerge une compensation entre les statuts en position asymétrique favorable et ceux qui sont en position défavorable.

Il importe par la suite de regarder ce que les différentes actions ont représenté dans l'activité des personnes en fonction de leur statut professionnel telle que le présente la Figure 45.

G2	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
ASS	7%	20%	0%	72%	1%
IDEST	7%	13%	0%	80%	0%
IPRP	7%	8%	0%	83%	3%
MED	13%	13%	0%	64%	9%
COORD	31%	15%	1%	46%	6%

Figure 45 Répartition des actions dans l'activité des différents statuts professionnels - groupe 2 / Distribution of actions in the activity of the different professional statuses - group 2

Par rapport aux résultats globaux, les spécificités du groupe 2 concernent :

- Le statut d'IDEST

La part de son activité consacrée aux catégories « Fluidifie les relations... » et « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » représente une part moins importante dans l'activité de l'IDEST par rapport à la répartition moyenne pour l'ensemble des groupes.

- Le statut d'IPRP

La part de son activité consacrée à la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » est plus importante que dans la répartition moyenne pour l'ensemble des groupes.

- Le statut de médecin du travail

La part de son activité consacrée à la catégorie « Propose une solution... » tient une place moins importante (10 points de moins) représente une part moins importante dans l'activité du médecin du travail par rapport à la répartition moyenne pour l'ensemble des groupes. Au contraire, la part de son activité consacrée à la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » est plus importante que dans la répartition moyenne pour l'ensemble des groupes.

- Le statut de coordinateur de projet

- La part de son activité consacrée à « Fluidifier les relations... » est plus importante que dans la répartition moyenne pour l'ensemble des groupes.
- Par contre, l'action « Propose une solution... » représente une part moins importante (11 points de moins) dans l'activité du coordinateur de projet par rapport à la répartition moyenne pour l'ensemble des groupes.

7.1.1.3.1 La stérilité en terme de conception de la contestation de l'asymétrie d'un autre statut

Lors du paragraphe 7.1.1.2.1, nous avons montré que le rapport au statut institutionnel pouvait être différent en fonction du statut professionnel du coordinateur. Ainsi, dans le groupe 2, l'IPRP réalise une diversité d'actions plus importante qu'habituellement et le statut institutionnel de coordinateur de projet semble être un levier à des dynamiques d'actions. Dans cette situation, le coordinateur de projet, qui est un IPRP, apparait en position asymétrique favorable, comme le médecin du travail.

Dans le groupe, le coordinateur du projet et l'IPRP ont un même profil. Ils ont beaucoup d'ancienneté dans le SSTI et un parcours atypique. Avant d'être IPRP, ils ont été assistants médicaux. Ils connaissent ainsi extrêmement bien les différents statuts professionnels présents dans le groupe, leurs tâches, les modalités d'interaction comme les asymétries relatives aux statuts professionnels. L'observation participante permet de constater que lors du déroulement du groupe projet, le coordinateur du projet (IPRP) et l'IPRP fonctionnent de concert, même s'ils ne réalisent pas exactement les mêmes actions. Il apparaît que celui qui a le statut institutionnel de coordinateur réalise plus d'actions là où le coordinateur est attendu (Midler, 1993b), c'est-à-dire les catégories « Fluidifie les relations » et « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... ».

G2	IPRP	MED
Fluidifie les relations...	65%	35%
Propose une solution...	45%	55%
Est à l'origine de la formalisation de la décision	100%	0%
Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	57%	43%
Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...	68%	32%
Total	57%	43%

Figure 46 Répartition des actions réalisées entre IPRP et médecin du travail / Breakdown of actions carried out between IPRP and occupational physician

Les données quantitatives permettent de constater que les personnes ayant un statut d'IPRP apparaissent en position asymétrique favorable (Figure 46). L'observation participante permet de révéler que ce sont les agissements conjugués du coordinateur du projet (IPRP) et de l'IPRP qui permettent au statut professionnel d'IPRP d'assumer cette position asymétrique favorable et de pouvoir contester la position du médecin du travail.

Les données quantitatives permettent de constater cette tension inter-statuts par les actions réalisées de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». Ce sont les chiffres les plus importants de l'ensemble des groupes projet, comme le montre la

Figure 35. L'observation participante permet de mettre en lumière une situation de tension liée à la contestation de la position habituelle du médecin du travail par le coordinateur du projet (IPRP) et l'IPRP. Cette tension est palpable, ce que verbalise le médecin du travail en entretien :

« Pour moi, les réunions sont très perturbantes, c'est très difficile pour moi. Les IPRP, sont en nombre important. Ils sont surreprésentés dans le groupe. Dans les discussions, je me sens en minorité. Parfois, j'ai eu des difficultés à m'expliquer, à me faire entendre. Il y a des moments où il y a de la tension. Je me sens même agressée... Je ne le vis pas bien. C'est fatigant »

Cette perception d'une « surreprésentation » des IPRP par le médecin du travail est révélatrice. Pourtant, il y a autant d'IPRP que d'IDEST et moins que d'assistants médicaux. Cependant, la différence entre les IPRP et les autres statuts provient du fait qu'ils sont en position de contestation de la position habituelle du médecin du travail, ce qui n'est pas la norme. Le coordinateur du projet (IPRP) et de l'IPRP fondent leur contestation de l'asymétrie habituelle du médecin du travail sur le fait « [qu'il] n'écoute rien, [il] est à l'ouest. [Il] a ses idées et elle n'en bouge pas, ce n'est pas possible de discuter ». Et ils sont en position de contestation car le SSTI a confié le statut institutionnel de coordinateur à l'un d'entre eux.

Dans cette situation, il n'y a pas de construction de compromis entre les statuts professionnels. Le médecin du travail réalise la majorité des actions de la catégorie « Propose une solution » dans le groupe projet et la recherche de solution est évaluée négativement par le coordinateur du projet (IPRP) et l'IPRP qui réalisent pour leur part la majorité des actions des catégories « Est à l'origine de la formalisation de la décision » et « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... ». L'observation participante permet de révéler que les nombreuses actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » ne sont pas productrices de « dispute professionnelle » mais de discordes fondées en partie sur des questions interpersonnelles et en partie sociale. En réponse, le médecin du travail produit beaucoup d'actions de la catégorie « Propose une solution », mais qui ne sont pas ancrées dans une dynamique de conception et qui ne produisent rien. Elles n'ont d'ailleurs pas toujours vocation à production, mais s'inscrivent dans un processus de réponse aux coordinateurs du projet (IPRP) et à l'IPRP.

Il n'y a pas de solution qui émerge dans le groupe car l'énergie des différents acteurs n'est pas concentrée sur la recherche de la solution mais sur la contestation de l'asymétrie du

statut professionnel co-positionné en position asymétrique favorable. Ces situations de contestation de l'asymétrie d'un autre statut, sont productrices d'actions dont l'objectif est d'empêcher l'aboutissement d'une action réalisée par un autre statut. Cette modalité de fonctionnement n'aboutit pas à des dynamiques collectives d'actions permettant de construire la solution au problème partagé issu du cahier des charges. Il n'y a pas de processus participatif d'une part et d'autre part, pas de construction partagée du problème à résoudre co-construit entre les participants à partir du cahier des charges. Ainsi, il apparaît que lorsque la définition des modalités encadrant l'activité des groupes projet et des personnes n'est pas clairement établie, les asymétries statutaires et les dynamiques des asymétries sous-jacentes constituent alors des freins à la construction des débats interprofessionnels et de la pluridisciplinarité.

7.1.1.3.2 L'impact de l'organisation sur la réalisation des actions

Lors du groupe 2, il est apparu que des personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique défavorable pouvaient avoir des spécificités en termes de réalisation d'actions liées à l'impact de l'organisation et du contexte.

Le groupe 2 est composé d'assistants médicaux provenant de deux sites différents. Certains proviennent du site principal et les autres d'un site annexe, qui a la particularité d'avoir la fonction de site pilote pour le développement des organisations comme des outils. Selon les groupes, ils exercent dans des sites différents et sont confrontés à des modalités d'organisation du travail différentes en fonction des lieux. Les personnes du site de Vierzon sont intégrées dans une organisation agile éprouvée car le site fait office depuis des années de secteur « test » autant pour l'intégration d'outils que d'organisation de travail. Le fonctionnement en groupe projet et les dynamiques de conception leur sont relativement familiers. Au contraire, le site principal de Bourges a une adaptabilité plus délicate du fait de sa taille et du volume de visites quotidiennes. Le mode projet, lorsqu'il y est développé est plus contraint, moins spontané qu'il ne peut l'être sur une structure comme Vierzon où les différents acteurs se côtoient, peuvent avoir des régulations à tous moments de la journée. Le personnel de ce site a une culture de la conception, une acculturation à la possibilité de s'approprier la nouveauté et l'inconnu plus développé que sur le site principal.

Les échanges sur les pratiques, autour de la tâche commune qu'est la fiche d'entreprise, font émerger une variabilité de la réalisation des actions des personnes ayant une position

asymétrique défavorable (assistants médicaux et IDEST) par rapport à celles en position favorable. Certains assistants médicaux profitent des échanges dans le groupe pour partager sur leur métier. C'est un statut professionnel qui échange peu sur le métier et qui est souvent peu écouté sur ses pratiques de métier, son quotidien et ses compétences réelles. Les échanges au sein du groupe sont l'occasion d'exprimer le réel du travail, mais aussi de projeter les développements futurs du métier, imaginer le futur de la profession et de faire des propositions :

« Ça peut être intéressant, surtout, là dans l'optique de réorganisation. On n'est toujours pas stable [...] donc c'est d'autant plus intéressant que l'on va certainement accueillir des médecins étrangers. Par rapport à cette optique de travail [...] on trouve d'autant plus intéressant de pouvoir les accompagner [...]. Alors, pour [...] avoir une meilleure vision pour notre travail quotidien et si on peut apporter des éléments pour la FE, [...] je pense que c'est très intéressant de pouvoir [...] passer du temps dans les entreprises en tant qu'assistante pour [...] aller un petit peu plus loin dans la connaissance de l'entreprise et puis rapporter des infos... »

De surcroît, les groupes de travail ont été préparés en amont par les assistants médicaux, avec leurs collègues mais aussi avec des personnes d'autres statuts professionnels dans un centre annexe où les modalités d'interactions sont facilitées. Cette situation est également constatée lors du groupe 4.

G2	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
ASS1	6	43		82	
ASS2	21	26		189	4

G4	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
ASS1	3	32		21	
ASS2	16	34		119	8
ASS3	1	10		22	1

Figure 47 Comparaison de la répartition des actions des différents assistants médicaux en fonction des modalités d'organisation / Comparison of the distribution of the actions of the different medical assistants according to the organizational methods

Selon leur lieu d'exercice, les assistants médicaux ne réalisent pas le même nombre, ni le même type d'actions. En fonction de leur acculturation ou non au mode projet et à la conception, en fonction des modalités d'organisation dans lesquelles les personnes travaillent quotidiennement, les parts des actions en lien avec l'évaluation d'une part, avec la conception

d'autre part sont différentes, Ainsi, la Figure 47 met en lumière que parmi les assistants médicaux travaillant dans un environnement favorisant le développement et la conception, ils réalisent plus d'actions de la catégorie « Propose une solution... » dans les groupes projet. C'est le cas, l'ASS1 dans le groupe 2 et de l'ASS 2 dans le groupe 4, qui sont intégrés à Vierzon dans une organisation au sein de laquelle le process projet est mis en place depuis longtemps et où le fonctionnement pluridisciplinaire intégrant pleinement les assistants médicaux fonctionne. Ceux qui exercent dans une organisation moins familière avec le mode projet réalisent plus d'action de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». L'observation participante permet de constater que ASS2 est désignée comme porte-parole des assistants médicaux du groupe lors de la préparation du projet. Ceci peut expliquer la différence d'intervention avec les autres personnes ayant le statut d'assistant médical car des tâches ont été déterminées par avance (intervention en réunion, lien avec la start-up, recueil des demandes des collègues, relation avec les autres statuts/direction), en fonction des sensibilités, des compétences et de l'expérience de chacun.

Il apparaît que le rapport au processus de conception semble différent pour les différents statuts professionnels. Les constats permettent de mettre en lumière que lorsque les personnes en position asymétrique défavorable ont une connaissance des modalités de fonctionnement et de la définition du cadre participatif soutenant le processus de conception, alors elles sont en situation de pouvoir participer de manière plus active au processus de conception. Elles peuvent y participer dès lors qu'elles ont les règles car elles leur permettent de savoir ce qui peut être fait ou pas dans le cadre du processus de conception, elles leur donnent des indications afin de se positionner vis-à-vis des autres participants. Elles réalisent alors un nombre d'actions plus important, notamment les actions de la catégorie « Propose une solution ». L'observation participante permet de constater que ces assistants médicaux sont détendus lors des réunions et interagissent sans retenue, y compris avec les personnes en position asymétrique favorable.

Ainsi la préparation par les personnes en position asymétrique défavorable du processus de conception (sujets, fonctionnement) entraîne une augmentation des actions réalisées, ce qui permet d'enrichir les réunions. Ces expériences sont évaluées positivement par les personnes en position asymétrique défavorable. Dans le groupe 4, sans la participation active et les actions des assistants médicaux, nombre de remarques sur l'environnement organisationnel et physique n'auraient pas été intégrées dès la première étape du projet dans le processus de conception. Il aurait été ensuite nécessaire d'apporter des modifications importantes à la plateforme technologique collaborative qui assure une connexion continue avec les adhérents et les

salariés. La réalisation des actions par les assistants médicaux a permis d'apporter des connaissances nécessaires pour que des décisions puissent être prises concernant les interfaces à mettre en place entre l'ancien outil métier et le nouveau pour la gestion des dossiers médicaux, sur les caractéristiques utilisées pour la gestion des dossiers d'entreprise (nom, numéro d'adhérent, nom d'usage...) par exemple. Les assistants médicaux ont également préparé l'intégration de nouvelles tâches dans leur futur métier. En effet, la mise en place de la plateforme technologique collaborative transforme les missions des personnes ayant le statut assistant médical. Celles-ci ont réfléchi collectivement aux nouvelles attributions, notamment les tâches dédiées à l'accueil des travailleurs en salles de pré-visites connectées. Elles proposent des modalités d'organisation, construites sur un fonctionnement collectif et non plus centré sur 1 assistant = 1 médecin du travail.

C'est cette capacité à préparer collectivement le projet de conception afin d'y apporter des pistes de solution construites qui montre l'efficacité du travail collectif, notamment lorsqu'il s'appuie sur des échanges interprofessionnels comme cela a été le cas au sein du centre annexe de Vierzon. Les conditions régissant le processus de conception et qui définissent le cadre participatif tendent à atténuer les asymétries statutaires, sans qu'elles disparaissent pour autant. Il apparaît que l'apport de l'expertise des personnes en position asymétrique défavorable permet l'émergence de solutions créatives et de la montée en compétence des personnes et des équipes pluriprofessionnelles par la présence de débats interprofessionnels

7.1.1.3.3 Quelle évaluation de la réalisation finale des actions ?

Le cahier des charges initial défini par la direction du SSTI est la construction d'un processus pluridisciplinaire de réalisation de la Fiche d'Entreprise. Afin de répondre à cette demande, les membres du groupe cherchent à échanger sur les manières de faire, à débattre sur le réel du travail dans l'objectif de permettre aux différents statuts professionnels de s'entendre et d'établir des pratiques communes. Il s'agit également d'engager une réflexion sur une délimitation des champs professionnels dans l'équipe pluridisciplinaire lors du processus de réalisation de la Fiche d'Entreprise.

En premier lieu, l'observation participante comme les données quantitatives permettent de constater que le groupe projet réalise son objectif quant à la perspective fixée d'échanges et de débat sur les pratiques de métier entre les différents statuts professionnels. L'ensemble des statuts présents participe aux échanges. Il apparaît que les modalités d'organisation permettent

que les personnes en position asymétrique défavorable réalisent un nombre plus important d'actions, interagissent avec les autres statuts professionnels et s'engagent dans le processus de conception. Les données quantitatives montrent cependant que les IDEST y prennent une part moins importante que les autres statuts professionnels. L'observation participante permet de mettre en lumière qu'une des raisons de la moindre réalisation d'actions par les IDEST provient du fait que les échanges portent sur des tâches qui leur sont attribuées par la prescription mais qu'elles ne réalisent pas dans le réel du travail.

En second lieu, l'objet des échanges porte sur les outils, peu ou pas sur les organisations du travail. Ce n'est pas au départ la demande formulée par la direction dans le cahier des charges qui soutient le groupe projet. Cette focalisation sur les outils efface petit à petit la réflexion entre les participants sur les modalités de construction d'un cadre commun permettant de réaliser la tâche demandée, fondée sur les échanges de pratiques et les expériences métier. La demande initiale est que les professionnels du SSTI s'accordent sur qui réalise certaines tâches, dans quels contextes, quelles situations, à quelle étape d'un processus à formaliser. Les outils, dont la déficience est déjà identifiée, font l'objet d'un processus de conception à part dans l'objectif de les remplacer.

En troisième lieu, il n'émerge pas du groupe de compromis entre les statuts professionnels sur les différentes manières dont ils appréhendent la réalisation de la FE. Lors des échanges, chacun des statuts professionnels propose ses manières de voir, de faire. En revanche, il n'y a que peu d'écoute entre les statuts, et particulièrement entre les personnes ayant des statuts d'IPRP et de médecin du travail. L'observation participante permet de constater l'opposition ces deux statuts professionnels en position asymétrique favorable. Le statut institutionnel de coordinateur de projet est confié lors du groupe à un IPRP. Cette situation, si elle est productrice d'un nombre important d'actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » est peu productrice d'actions de la catégorie « Propose une solution... » et quasiment pas de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision ».

En dernier lieu, le groupe ne produit pas de solution et de construction d'un processus pluridisciplinaire de réalisation de la Fiche d'Entreprise. Il ne répond pas au cahier des charges initial. L'un des seuls constats partagés par les personnes des différents statuts professionnels

du groupe projet et qui ne produit pas de dissension est qu'il n'est pas possible de construire un cadre commun définissant les tâches et les champs de compétences de chaque statut professionnels pour le processus de réalisation de la Fiche d'Entreprise. Ce sont les conclusions qui sont tirées du groupe en clôture de celui-ci dans le compte-rendu de réunion finale qui expliquent que « *le groupe était trop en avance* ».

L'évaluation de la réalisation finale des actions par les personnes des différents statuts professionnels est unanime dans le groupe et traduit les tensions qui ont émaillé les échanges. Il apparaît une scission entre les IPRP (coordinateur du projet et technicien HSE) et le reste du groupe quant à la valuation du groupe projet. Les IPRP ont une perception négative du groupe, du fait de la relation au médecin du travail, à l'engagement du reste du SSTI car « il n'y a pas eu de réponses quand on a sollicité les gens », mais aussi d'un rapport compliqué à la direction du SSTI :

« Le groupe n'a pas servi à grand-chose [...] [Le médecin du travail] ne cherchait pas à faire avancer les choses. En plus, [la direction] avait une idée en tête du résultat du groupe. C'était super compliqué car quand je faisais les compte-rendu, il fallait que ça aille [à la direction] et ensuite, c'était des discussions avec le groupe... et puis, j'avais la pression... »

Cependant, la plupart des personnes jugent que la tenue de ce groupe en raison de son sujet était importante car il touchait un des fondements de l'activité de l'ensemble des professionnels du SSTI. Le médecin du travail et les assistants médicaux mettent en avant les possibilités de débats intermétiers que le groupe projet a ouvert. Ce sont les capacités de coopération entre les personnes de différents statuts professionnels, concernant des sujets qui peuvent apparaître comme habituellement clivant, qui sont soulignés, même s'il n'y a pas eu finalement de transformation ou de proposition de transformation de l'activité. Cependant, si les personnes ayant des statuts d'assistant médical comme de médecin du travail jugent que le groupe projet n'a pas eu un aboutissement concret, ils considèrent que les débats, échanges et que le processus de coopération est une première étape lors de laquelle les différents statuts professionnels se sont posés la question « Que se passe-t-il et pourquoi ? » en vue d'une construction future. Celle-ci en revanche ne pourra avoir lieu que si des règles viennent encadrer

le processus participatif, aussi bien en ce qui concerne les modalités d'intervention, les moyens des personnes que la construction de la décision (Darses & Rezeau, 2004).

7.1.1.4 Groupe 3

Lors de ce groupe, 1645 actions différentes réalisées ont été répertoriées. C'est un groupe qui est composé des personnes des différents statuts de l'équipe pluriprofessionnelle : Médecins du Travail, IPRP, Assistant(e)s Médicales, IDEST. Le coordinateur de projet change en cours de projet. C'est au départ une personne ayant un statut de médecin du travail puis ensuite la directrice du SSTI. Lors de certaines réunions, les partenaires extérieurs (CARSAT, SAMETH) sont présents et participent pleinement aux réunions du groupe projet. Le cahier des charges prévoit qu'il s'agit de construire une solution pour que le SSTI soit en mesure de se doter d'un dispositif d'identification et de prévention de certaines situations, sociales, physiques, cognitives ou pathologiques qui sont au cœur des processus de désinsertion professionnelle des travailleurs, dans l'objectif de gagner en efficacité en traitant de manière pluridisciplinaire (interne ou externe) les différents cas.

	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
G1	12%	25%	2%	52%	9%
G2	16%	18%	0%	61%	5%
G3	21%	24%	1%	50%	4%
G4	21%	19%	1%	55%	4%
TOTAL	17%	21%	1%	55%	6%

Figure 35 Répartition de l'ensemble des actions réalisées / Distribution of all actions carried out

La répartition des actions réalisées fait apparaître des concentrations vers certaines actions telle que l'illustre la Figure 48. Dans le groupe 3, il y a plus d'actions réalisées en lien avec les catégories :

- Propose une solution
- Fluidifie les relations

Il y a moins d'actions réalisées en lien avec les catégories

- Emet un avis, une évaluation positive ou négative...

- Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...

	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD
G3	8%	12%	18%	22%	39%
Total des groupes	15%	12%	19%	26%	28%

Figure 48 Pourcentage total des actions réalisées par statuts professionnels- G3 /
Total percentage of actions carried out by professional statutes-G3

En ce qui concerne l'ensemble des actions réalisées par statuts professionnels, il est notable, comme l'illustre la Figure 48, que dans le groupe 3, les personnes ayant le statut d'assistant médical et de médecin du travail réalisent moins d'actions que dans la moyenne des groupes. En revanche, celles qui ont le statut institutionnel de coordinateur de projet en réalisent plus.

Dans le groupe 3, une personne ayant un statut de partenaire du projet (PART) est intégrée au groupe, c'est professionnellement un responsable de pôle de la CARSAT. Elle apporte des compétences qui ne sont pas présentes en interne dans le SSTI et coopère au processus de conception.

G3	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
Fluidifie les relations...	6%	6%	9%	26%	52%	0%
Propose une solution...	8%	4%	20%	26%	41%	2%
Est à l'origine de la formalisation de la décision	0%	0%	0%	5%	95%	0%
Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	10%	19%	20%	19%	29%	2%
Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...	6%	2%	20%	17%	55%	2%

Figure 49 Pourcentage représenté par les statuts professionnels par type d'actions lors du groupe 3 /
Percentage represented by professional statutes by type of action in group 3

Les données quantitatives permettent de constater que dans le groupe 3, il apparaît que le coordinateur de projet, malgré le fait que ce statut soit assumé par des personnes différentes, réalise une majorité d'actions dans les catégories : « Fluidifie les relation » ; « Est à l'origine de la formalisation de la décision » et « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... ».

Les données quantitatives permettent de constater que l'introduction de la personne ayant un statut de partenaire du projet dans le groupe projet a un impact peu significatif sur la répartition globale des actions dans l'ensemble des réunions et du processus de conception.

La répartition des actions entre les différents statuts par rapport à la moyenne des groupes fait apparaître, comme le souligne la Figure 49, que dans le groupe 3, le coordinateur de projet réalise une part plus importante des actions par rapport aux personnes ayant un statut différent. Dans ce groupe, nous y reviendrons plus loin, le coordinateur change en cours de projet. C'est au départ un médecin du travail puis ensuite la directrice du SSTI. Il peut être constaté une baisse globale des actions réalisées par des personnes ayant le statut de coordinateur de projet et IDEST par rapport à la moyenne des groupes. Il est notable de constater que dans le groupe projet, l'assistant médical l'IPRP et le coordinateur projet prennent une part plus importante qu'habituellement d'actions de la catégorie « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... », tout comme l'IDEST pour la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ».

Les données quantitatives permettent de constater une situation dans l'ensemble du groupe où le coordinateur du projet tient une place plus importante que dans les autres projets de conception alors que celle du médecin du travail pourrait apparaître moins importante. Si les personnes ayant le statut de médecin du travail réalisent moins d'actions qu'habituellement, ce constat est dû au fait que le médecin du travail n'a pas pu participer à l'une des réunions du groupe comme nous le verrons dans l'analyse détaillée des réunions.

Il importe par la suite de regarder ce que les différentes actions ont représenté dans l'activité des personnes relativement à leur statut professionnel telle que le présente la Figure 50:

G3	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
ASS	16%	22%	0%	59%	3%
IDEST	10%	8%	0%	82%	1%
IPRP	11%	28%	0%	57%	4%
MED	25%	28%	0%	44%	3%
COORD	29%	25%	3%	37%	6%
PART	3%	24%	0%	69%	3%

Figure 50 Répartition des actions dans l'activité des différents statuts professionnels - groupe 3 / Distribution of actions in the activity of the different professional statuses - group 3

Par rapport aux résultats globaux, les spécificités du groupe 3 concernent :

- Le statut d'assistant médical

La part de l'activité consacrée à la catégorie d'action « Fluidifie les relations... » représente une part plus importante par rapport à ce qu'elle représente dans la répartition moyenne de l'activité des assistants médicaux pour l'ensemble des groupes.

Au contraire, les actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » représentent une part moins importante.

- Le statut d'IPRP

La part de l'activité consacrée à la catégorie d'action « propose une solution... » et « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » représente une part moins importante par rapport à ce qu'elle représente dans la répartition moyenne de l'activité des IPRP pour l'ensemble des groupes.

- Le statut de médecin du travail

La part de l'activité consacrée aux catégories d'actions « Fluidifie les relations... » et « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » représente une part plus importante par

rapport à ce qu'elle représente dans la répartition moyenne de l'activité des médecins du travail pour l'ensemble des groupes.

- Le partenaire du projet

Il a également la majeure partie de son activité occupée par la réalisation d'actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » puis en second lieu, des actions de la catégorie « Propose une solution »

Les données quantitatives font apparaître que les personnes en position asymétrique favorable dans le groupe ont une activité majoritairement orientée vers les actions d'évaluation, de débats et de transmissions de connaissances techniques et aussi vers les actions de création, de propositions d'idées qui émergent suite aux débats.

7.1.1.4.1 Focale sur les réunions du groupe 3

Il convient dans le groupe 3 de regarder les évolutions qui interviennent en raison de la spécificité liée au changement de coordinateur en cours de projet. Cette évolution est-elle à l'origine ou non du développement de la réalisation de certaines actions ? L'ensemble des statuts professionnels sont-ils concernés de la même manière ?

Le groupe 3 a la particularité d'avoir eu un changement de coordinateur de projet en cours de vie du projet. Ce changement nous apparaît particulièrement intéressant car au-delà du changement de personne, il y a un changement de statut professionnel du coordinateur de projet. Ainsi, nous avons comparé les données du groupe G3-1 durant lequel le coordinateur de projet est un médecin du travail aux deux réunions suivantes, les groupes G3-2 et G3-3 durant lesquelles le coordinateur est la directrice du SSTI.

Les données quantitatives sont présentées selon les mêmes modalités que lors des autres groupes, les 3 réunions sont simplement détaillées à chaque fois (Figure 51).

	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
G3-1	7%	8%	23%	34%	28%	
G3-2		5%	0%	38%	18%	39%
G3-3	11%	15%	28%		43%	

Figure 51 Comparatif des résultats globaux des réunions du groupe 3 / Comparison of the overall results of group 3 meetings

Les données quantitatives permettent de constater des écarts importants concernant la réalisation des actions des personnes, quel que soit leur statut professionnel ou institutionnel, entre les différentes réunions du groupe 3. La particularité de ce groupe projet est qu'il y a des changements, des perturbations qui interviennent au fur et à mesure de son déroulement et qui nécessitent des adaptations, parfois différentes, des personnes des différents statuts professionnels. Cependant, en fonction des personnes qui demeurent au sein du groupe, l'IPRP, l'IDEST et l'assistant médical, il est possible de voir émerger les facteurs qui interviennent dans les modifications de réalisations d'actions des uns et des autres.

Les données quantitatives (Figure 52) permettent de constater un glissement dans l'ensemble des catégories d'action du médecin du travail vers le coordinateur de projet des réunions du groupe G3-1 à G3-3, à l'exception de la catégorie d'action « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » qui continue à être réalisée par une diversité de statuts. Cela montre que le débat, la transmission de connaissances technique et l'évaluation sur les retours d'expérience ont une vie dans le projet à laquelle participent des personnes issue de statuts diversifiés.

	GROUPES	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
Fluidifie les relations...	G3-1	8%	1%	17%	46%	28%	
	G3-2		9%	0%	42%	26%	22%
	G3-3	9%	10%	9%		72%	
Propose une solution...	G3-1	6%	5%	34%	37%	19%	
	G3-2		0%	0%	46%	17%	37%
	G3-3	11%	4%	28%		54%	
Est à l'origine de la formalisation de la décision	G3-1	0%	0%	0%	50%	50%	
	G3-2		0%	0%	0%	100%	0%
	G3-3	0%	0%	0%		100%	
Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	G3-1	7%	12%	21%	30%	30%	
	G3-2		6%	1%	30%	14%	49%
	G3-3	13%	24%	35%		23%	
Prend en charge les questions relatives à l'organisation...	G3-1	12%	0%	29%	24%	35%	
	G3-2		11%	0%	78%	11%	0%
	G3-3	5%	0%	20%		73%	

Figure 52 Comparatif de la répartition des actions en fonction des statuts professionnels lors des réunions du groupe 3 / Comparison of the distribution of actions according to professional status during group 3 meetings

Les données quantitatives de la Figure 53 permettent de constater que l'activité des personnes est elle aussi orientée en fonction des groupes. Les données quantitatives permettent de noter une régularité présente dans l'ensemble des groupes projet. En effet, les personnes qui ont des statuts les plaçant en position asymétrique favorable consacrent une part moins importante de leur activité que les autres à la catégorie d'action « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » car elles ont une activité plus diversifiée, intégrant notamment une part plus importante consacrée à la catégorie d'action « Propose une solution » ou « Est à l'origine de la formalisation de la décision ». Les données quantitatives permettent de constater des

compensations, relatives à la réalisation de l'action « Prend en charge les questions relatives à l'organisation... » lorsque le médecin du travail est absent.

STATUTS	GROUPE	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
ASS	G3-1	24%	15%	0%	56%	5%
	G3-2					
	G3-3	12%	26%	0%	61%	2%
IDEST	G3-1	2%	10%	0%	88%	0%
	G3-2	39%	0%	0%	56%	6%
	G3-3	9%	8%	0%	83%	0%
IPRP	G3-1	15%	27%	0%	54%	4%
	G3-2	0%	0%	0%	100%	0%
	G3-3	5%	27%	0%	65%	3%
MED	G3-1	28%	19%	0%	50%	2%
	G3-2	24%	32%	0%	40%	5%
	G3-3					
COORD	G3-1	21%	12%	1%	63%	4%
	G3-2	31%	25%	3%	40%	2%
	G3-3	25%	34%	5%	28%	8%
PART	G3-1					
	G3-2	12%	24%	0%	64%	0%
	G3-3					

Figure 53 Comparatif de la part représentée par les actions dans l'activité des différents statuts professionnels lors des réunions du groupe 3 / Comparison of the share represented by the actions in the activity of the different professional statuses during meetings of group 3

Les données quantitatives permettent de constater que le coordinateur de projet lorsque le médecin du travail est absent réalise une part nettement plus importante des actions. Cependant, ce volume d'actions supplémentaire ne correspond pas à une reprise intégrale des actions du médecin du travail. Dans ce cas, le pourcentage avoisinerait les 60% au lieu des 43% constatés. On peut observer une répartition de l'activité entre les statuts présents. Contrairement à ce qui a été montré concernant les personnes en position asymétrique défavorable, il n'y a pas en cas d'absence d'une personne en position asymétrique favorable de phénomène de compensation par une autre personne en position asymétrique favorable. Il n'y a pas un statut qui voit son activité en forte hausse avec l'absence du médecin du travail. Les données quantitatives montrent que lorsque le médecin du travail est absent, la part des actions qu'il réalise se reportent sur plusieurs personnes, de statuts professionnels différents et qui sont dans des positions asymétriques différentes. Cependant, dans le groupe G3-2, il apparaît qu'une part

importante des actions est réalisée par le partenaire du projet, ce qui introduit un biais, celui-ci n'étant pas présent dans les autres réunions. Afin d'éviter ce dernier, la comparaison s'appuiera sur les données issues des groupes G3-1 et G3-3. Il émerge alors que ce sont essentiellement le coordinateur et l'IDEST dont les pourcentages d'actions réalisées augmentent lorsque le médecin du travail est absent, ce que l'observation participante confirme.

Ainsi, le coordinateur de projet renforce une position asymétrique favorable en l'absence du médecin du travail. Cependant, cette position asymétrique favorable du coordinateur de projet favorise la réalisation des actions des catégories :

- « Fluidifie les relation »
- « Propose une solution »
- « Est à l'origine de la formalisation de la décision... »

des personnes ayant des statuts professionnels supposés en position asymétrique défavorable : Assistant médical et IDEST.

Lors de la dernière réunion du groupe projet, les données quantitatives permettent de constater qu'en l'absence de médecin du travail, l'IDEST se positionne comme experte sur les questions de santé, en particulier le rapport aux pathologies. Elle réalise des actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». L'observation participante⁵⁵ permet de révéler que dans ces situations, elle a des avis tranchés sur ces sujets, ce qui n'est pas le cas habituellement :

« là, on a des dossiers qui [...] qui datent... on met les gens en pré reprise, après, on aboutit à une inaptitude, y'a une réorientation professionnelle donc, y faut savoir aussi après l'inaptitude si on fait le suivi de la réorientation professionnelle. [...] est-ce qu'une réorientation professionnelle, c'est un échec ? Pour moi, non. »

Il apparaît ainsi que dans les situations d'absence d'une personne, ses actions sont compensées par d'autres membres du groupe. En fonction des besoins de la situation et de la caractéristique des actions ce n'est pas nécessairement le statut professionnel ou institutionnel, ni même la position asymétrique qui oriente le choix de la personne remplaçant la personne absente. Les résultats font apparaître que ce changement de personne ou de statut professionnel

ne transforme pas significativement les modalités de réalisation des actions en fonction des statuts. Le coordinateur du projet demeure par exemple la clef des actions supportant la formalisation de la décision quelle que soit la situation.

Cependant, en ce qui concerne le champ professionnel, c'est la connaissance des pratiques du métier qui oriente la personne vers l'action, y compris si elle est en position asymétrique défavorable afin de prendre en charge ce qu'aurait habituellement réalisé la personne en position asymétrique favorable. Dans le groupe, c'est elle qui est en position d'expertise et qui peut apporter les connaissances nécessaires pour faire avancer les débats. Il n'y a pas de discussion au sein du groupe sans que cela n'est été préparé. Cependant, lors de la réunion, l'observation participante permet de constater que lorsque des questions spécifiques aux professionnels de santé ou de pathologie se posent, l'ensemble des personnes se tourne vers l'IDEST. Le groupe lui reconnaît spontanément certaines compétences et expertises dévolues habituellement au médecin du travail. Cependant, cette compensation de l'IDEST, qui demeure en position asymétrique défavorable, est limitée à l'expertise du champ professionnel lors d'actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » permettant d'alimenter les débats interprofessionnels. C'est en revanche le coordinateur, en position asymétrique favorable, qui compense les autres actions habituellement réalisées par le médecin du travail.

7.1.1.4.2 L'introduction d'un partenaire extérieur relance le travail des asymétries

Le travail des asymétries reste dynamique et ne se fige pas, comme le montrent les résultats des groupes 1 et 2. Cependant, ces groupes ont la particularité d'avoir des participants homogènes qui proviennent tous des équipes pluriprofessionnelles du SSTI. Les groupes 3 (G3-2) et 4 intègrent pour leur part des membres extérieurs. Ceux-ci qui apparaissent qui plus est en position asymétrique favorable. Ce sont dans la réunion du groupe G3-2, un partenaire institutionnel ayant une expérience importante du sujet, des relations interservices et des équipes pluridisciplinaires de santé et dans le groupe 4, le fondateur d'une start-up partenaire du SSTI, spécialiste de conception numérique. Ils apparaissent ainsi tous les deux comme des experts dans leur domaine et participent à ce titre au processus de conception.

Les données quantitatives présentées à la Figure 52 exposent précisément que le partenaire du projet dans le groupe 3 réalise la part la plus importante des actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » et apparaît en seconde position de la catégorie « Propose une solution » derrière le médecin du travail. Pourtant, au départ, il n'est

pas considéré d'entrée comme étant en position asymétrique favorable, même si l'observation participante permet de comprendre rapidement que c'est une personne qui s'impose habituellement. Il parle fort, monte le niveau de sa voix lorsque quelqu'un veut prendre la parole, coupe la parole dans le groupe y compris au médecin du travail et au coordinateur du projet. Ainsi, au-delà des données quantitatives, l'asymétrie effective du partenaire du projet est surtout liée à la reconnaissance de son statut par les personnes en position asymétrique favorable, qui lui autorisent des conduites dans le groupe que d'autres n'oseraient pas. Par exemple, le coordinateur de projet explique lors d'un échange qu'il se laisse couper la parole sans broncher et que cela participe plus de la reconnaissance de la position du partenaire d'un point de vue institutionnel que d'un point de vue personnel. Ainsi, il apparaît que l'asymétrie n'est pas nécessairement liée à la réalisation d'actions lors des réunions mais également à la capacité à se projeter et à ajuster ses conduites en situation en fonction des intérêts à plus long terme du projet.

	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
PART G3-2	12%	24%	0%	64%	0%
PART G4	32%	18%	0%	41%	9%

Figure 54 Comparatif des actions réalisées par les partenaires du projet / Comparison of actions carried out by project partners

Les données quantitatives (Figure 54) concernant la comparaison des actions réalisées permettent de constater une variabilité importante entre les deux partenaires des groupes projet. L'observation participante permet d'éclairer ces données quantitatives. En effet, il apparaît que dans les deux groupes projet, le positionnement des partenaires n'est pas le même. Dans le groupe 3, il intervient comme expert, pour apporter des connaissances techniques et administratives sur les questions de maintien dans l'emploi afin de pouvoir construire le processus qui a vocation à pouvoir être une interface entre le SSTI et des structures extérieures. Beaucoup des actions réalisées sont donc de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet ». La réalisation de ces actions s'inscrivent dans des débats et des controverses avec les personnes ayant un statut différent dont émergent des idées, des hypothèses ou des pistes de solutions qui prennent la forme d'actions de la catégorie « Propose une solution

organisationnelle, technique ou de réflexion visant à faire progresser la conception vers une résolution du problème ». En revanche, le positionnement dans le groupe 4 du partenaire tient plus de l'animation de projet. Il cherche à faire parler, à faire verbaliser sur les expériences et à faire naître le débat entre les personnes présentes dans le groupe projet. Il est aussi amené à les gérer, à trouver des compromis, d'où des actions « Fluidifie les relations, trouve des compromis, encourage ». Ce n'est pas lui qui participe au débat, il cherche à capter les connaissances, pas à les transmettre et il n'est pas l'utilisateur, donc les idées et propositions ne proviennent pas de lui.

Ainsi, l'observation participante permet de constater que cette position asymétrique favorable n'est pas seulement liée à l'expertise du partenaire sur le sujet. Elle est le fruit d'une construction sociale. Dans le groupe 3, le médecin du travail comme le coordinateur de projet le placent en position asymétrique favorable en lui reconnaissant un statut de pair. Le médecin lui accorde plus d'égards qu'aux autres, plaisante avec lui, se souvient de son nom, lui offre le café, l'écoute et laisse parler durant les échanges. Le partenaire travaille en collaboration avec des médecins et est assimilé au milieu médical ce qui lui offre la légitimité auprès des professionnels de santé. Ainsi, lors de la réunion du groupe projet, c'est lui qui réalise la majorité des actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet ».

Dans le groupe 4, l'observation participante permet de saisir que le partenaire du projet bénéficie d'un statut particulier au sein du SSTI. C'est un des co-fondateurs d'une start-up en pleine expansion dans le milieu de la santé. Il est jeune (moins de 40 ans), polytechnicien et possède une capacité à vulgariser des connaissances à l'ensemble des statuts professionnels. Un assistant médical explique lors de la pause café :

« Les gars, ce sont des polytechniciens, on pourrait avoir l'air de bredins... mais là, pas du tout... ils sont vraiment abordables, ils ont fait vraiment attention à être à notre portée, à ce qu'on comprenne et à expliquer simplement. C'était super bien. Ça donne envie de travailler avec eux »

Le coordinateur du projet, avant les réunions, avait également parlé du partenaire à tous les membres du projet, en insistant notamment sur son intelligence, ce qui le place en position favorable lorsque le projet débute.

Dans le groupe 3, l'observation participante permet de relever des tensions entre les professionnels de santé et le partenaire du projet, liées à la réalisation d'actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui... ». Ces tensions sont dues à des remises en cause des manières de faire et d'agir du médecin du travail ou de l'IDEST. Cette dernière est contestée sur le plan de l'expertise professionnelle par le partenaire présent. Celui-ci intervient frontalement lors de la réunion, évalue négativement les retours d'expérience de l'IDEST. Ces actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » constituent une argumentation armée qui amène le médecin du travail et du coordinateur de projet à ne pas soutenir l'IDEST. Le contexte peu favorable à affirmer son expertise oriente l'IDEST vers des actions du type « Fluidifie les relations » afin de chercher des compromis, en particulier avec le médecin du travail qui lui demande des comptes. Lors des échanges, l'IDEST cherche alors à apaiser la situation et à chercher une issue⁵⁶. Ce que verbalise l'IDEST :

« Moi, si tu veux, heu... j'ai... c'était la première fois que j'assistais à cette réunion [...], donc j'ai pris le train en marche... hein, donc... moi, j'ai dit les difficultés que... j'ai présenté les difficultés que j'avais, heu... c'est compliqué parce que tu as un petit peu l'impression d'être... de te battre contre des moulins-à-vent... [...] il y a des moments dans la réunion où je ne réponds pas... je préfère ne rien dire ou je laisse faire... par exemple, sur le traitement des dossiers... là, je commence à essayer d'intervenir, et puis, je m'arrête, je sais que ce n'est pas la peine... c'est compliqué, alors je fuis un peu... »

Cette « fuite » se traduit par l'introduction de nouveaux sujets dans les échanges, par des approches interactives ou la volonté de faire participer les autres personnes, d'encourager à agir et à décider. Dans ce contexte, l'IPRP présent explique en entretien :

« c'était super violent, tout le monde s'en prenait à [IDEST]. Moi, je ne savais vraiment pas quoi dire... la [Partenaire du projet], elle était super agressive car elle voulait que ça soit son idée qui soit acceptée... »

⁵⁶Carnet ethnographique, 03/2017

Les statuts professionnels qui sont en position asymétrique défavorable, face à la conduite du partenaire, ont une réaction identique qui se traduit dans les données quantitatives par une baisse des actions réalisées par rapport aux groupes projet habituels, notamment en ce qui concerne la catégorie d'action « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ».

Dans ce contexte, les données quantitatives (Figure 52) permettent de constater qu'en revanche, les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable s'adaptent à cette situation et demeurent en position asymétrique favorable. Le médecin du travail, face à un partenaire du projet qui réalise beaucoup d'actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » ne cherche pas à entrer en confrontation. Au contraire, il réalise la majorité des actions « Fluidifie les relations », cherchant à trouver des terrains de compromis entre le partenaire et l'IDEST afin de construire des solutions communes. Dans cette logique, il réalise également la grande majorité des actions de la catégorie « Propose une solution ». L'observation participante permet de révéler que cette réunion est l'occasion de renégocier le cadre participatif et de réintégrer les objets déjà produits par le groupe de conception dans le cadre d'un objectif partagé. C'est par exemple le cas du « processus d'identification et d'accompagnement des personnes requérantes du maintien dans l'emploi ». Dans les échanges, le médecin du travail est à l'origine des différentes propositions et idées à explorer afin de pouvoir construire une solution qui soit acceptable par tous. Dans cette situation de remise en cause de son asymétrie, le médecin du travail réalise également quasiment l'ensemble des actions de la catégorie « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... ».

Ce contrôle sur la synchronisation opératoire est une reprise en main pour montrer qui synchronise l'activité, alors que ces actions sont habituellement déléguées. Le second statut qui est en position asymétrique favorable est le coordinateur de projet, qui a le statut professionnel de directrice du SSTI. Les données quantitatives (Figure 52) comme l'observation participante permettent de constater qu'il fait le choix de ne pas s'impliquer dans un débat entre des professionnels de santé. Ainsi, il réalise peu d'actions par rapport à ce qu'il réalise habituellement, notamment dans le groupe G3-3. Cependant, sa position asymétrique favorable est fortement marquée par la réalisation de 100% des actions de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision ».

Dans le groupe 4, les résultats font émerger que deux statuts institutionnels et sociaux présentent un modèle de répartition de la réalisation de leurs actions qui diffère de celui des autres statuts. Il s'agit des personnes ayant le statut de coordinateur du projet et de partenaire du projet. Tous deux sont institutionnellement désignés par la direction du SSTI. Ils sont en outre porteurs d'une asymétrie sociale, en raison de leur fonction, de leur niveau d'étude et du prestige de leur école ainsi que de leur niveau de rémunération.

Leurs actions ne sont pas centrées sur l'action « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » et offrent une plus grande variabilité entre les catégories d'action « Fluidifie les relation », « Propose une solution », « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » et « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... » comme le souligne la Figure 58 . Ces deux statuts apparaissent en position asymétrique favorable effective dans la mesure où ils réalisent une part importante d'actions de toutes les catégories. Le coordinateur de projet réalise de surcroît l'ensemble des actions concernant la décision.

En dehors des réunions, l'observation participante permet de constater des échanges entre ces deux personnes afin de synchroniser l'action du partenaire du projet avec la stratégie du SSTI. Ce sont des régulations qui n'ont pas lieu lors des réunions de groupe projet, mais lors des pauses, suite aux réunions. Le coordinateur reprend alors le fil de la réunion, les différents événements qui se sont passés, des petites phrases et donne des indications au partenaire du projet sur la voie à suivre. Ce ne sont pas des indications techniques, qui viendraient interférer avec le champ professionnel du partenaire du projet, mais du pilotage de projet ou des indications sur les SSTI.

- **Coordinateur de projet** : *je pense que ça, ça serait intéressant, c'est que cette question, sur l'orientation, soit vraiment ciblée... et moi je demanderais aussi qu'attendriez-vous du service aussi, de votre service de santé, pas que du médecin du travail*
- **Partenaire du projet** : *oui, oui, c'est ça... je trouve qu'il faut reformuler la question... dans votre service...*
- **Coordinateur de projet** : *ouais*

Cependant, le coordinateur de projet prend la précaution, dans le cadre du pilotage du projet, de ne pas donner ces indications au partenaire de projet en réunion. Il ne s'agit pas de remettre en cause sa légitimité ou de le contester devant le groupe, alors que sa cohésion peut être fragile en raison de son hétérogénéité. De fait, le coordinateur de projet préserve la position asymétrique favorable du partenaire.

Lorsque l'assistant médical dans le groupe 4, désigné pour représenter le métier dans la réunion réalisent plus d'actions des catégories « Propose une solution... », « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » et « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... » (Figure 57) que dans les autres groupes projet., il est notable que les autres assistants médicaux en réalisent aussi plus qu'habituellement, même s'ils en réalisent moins que le porte-parole métier. L'observation participante permet de constater qu'ils font un lien entre leur engagement dans le projet et les modalités d'intervention lors du projet proposées par le partenaire.

L'observation participante permet de constater que l'ensemble des personnes en position asymétrique défavorable perçoit la position asymétrique favorable des personnes ayant des statuts institutionnels. Cependant, il apparaît une perception différenciée en fonction de la réalisation des actions dans le groupe. Les assistants médicaux ont le sentiment de participer et de co-construire le projet car ils ont réalisé plus d'actions que d'habitude alors que c'est l'inverse pour les professionnels de santé. Ainsi, les personnes ayant le statut IDEST et de médecin du travail perçoivent au contraire que la différence de statut induit une inégalité en termes de possibilité de propositions, car elles n'ont pas réalisé plus d'actions qu'habituellement. Un IDEST verbalise en entretien :

« *Y'a quand même un biais dans la mesure où [le coordinateur du projet] c'est quand même la directrice, c'est un biais évident* »

Il apparaît dans le verbatim que l'IDEST dit que c'est « *quand même la directrice* ». L'expression traduit une valeur qui induit plus une dimension sociale que hiérarchique. Dans cette situation où les statuts institutionnels et sociaux orientent les actions du groupe, il est notable de constater que malgré tout, les données quantitatives comme l'observation participante ne montrent pas de bouleversements majeurs. Les statuts habituellement en position asymétrique favorable le demeurent, ceux en position asymétrique défavorable également. Seuls les assistants médicaux apparaissent en position moins défavorable.

Dans le groupe 4, les données quantitatives (Figure 54) permettent de constater que l'intégration du partenaire du projet ne remet pas en cause le positionnement des personnes ayant un statut d'assistant médical ni la répartition plus homogène entre les statuts habituellement présents. En revanche, les résultats font émerger que le partenaire du projet

réalise une grande majorité des actions du groupe, hormis les actions en lien avec la décision qui restent du champ du coordinateur du projet. En revanche, il est notable que s'il participe à la construction de la décision, celle-ci reste très fortement le champ du coordinateur du projet.

L'observation participante permet de révéler que lors des échanges, il apparaît que le partenaire connaît le milieu et les métiers de la santé au travail. Il utilise un vocabulaire qui parle à l'ensemble des professionnels présents, quels que soient leur niveau socio-culturel et leur expertise métier, et n'est pas interrompu ou repris par quiconque. Il apparaît comme compétent tout en faisant le choix de ne pas se positionner comme un expert de ce domaine de la santé au travail, pour le laisser à ceux dont c'est le métier :

« [...] à mon avis, mais, c'est vous le professionnel, vous saisissez ce que vous auriez saisi dans un dossier médical [dans l'ancien système] »⁵⁷

Ainsi, il apparaît que l'intégration du partenaire au projet en position asymétrique favorable suscite dans ces conditions une participation plus importante des personnes en position asymétrique défavorable. Ce n'est pas que l'apport du partenaire au projet qui peut susciter cet effet.

Il ne s'agit pas de la réalisation des actions par les personnes qui sont en position asymétrique favorable dans le groupe. En effet, les données quantitatives montrent que dans le groupe 4 les personnes ayant un statut les plaçant dans une position asymétrique favorable notamment le coordinateur du groupe, interviennent moins que dans le groupe 3. Cependant, des facteurs mis en évidence par l'observation participante ont une importance. En premier lieu, le groupe 4 se déroule dans une ambiance détendue et sereine. Les participants s'écoutent et plaisantent. La tension intermétier constatée lors du groupe 3 et que l'IDEST décrit comme un empêchement, n'existe pas. Il en est de même pour le positionnement « politique » du coordinateur de projet. Dans le groupe 4, l'observation participante montre qu'il intervient sans retenue et propose des solutions qui engage le SSTI, sans se sentir empêché par des contraintes de procédures. Dans l'enthousiasme des échanges, chacun propose, débat, évalue, repropose... Les débats entre les différents statuts professionnels permettent d'échanger sur le réel du travail, parfois de manière véhémement, mais sans agressivité et dans le respect.

⁵⁷ Verbatim extrait de la réunion du G4-2

Il apparaît que le partenaire du projet par la réalisation de ses actions cherche à développer au sein des participants au groupe projet des axes principaux. D'une part, il réalise beaucoup d'actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet » lors desquelles l'observation participante permet de constater qu'il informe et transmet des connaissances essentiellement, « Propose une solution » et « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... ». La réalisation de ces actions s'appuie sur du soutien social, au sens de Karasek & al (1998), intégrant aussi bien du soutien instrumental (résolution de problèmes), du soutien tangible (soutien matériel), du soutien informationnel (conseil) ou du soutien émotionnel (Conforter, rassurer). Par la réalisation de ces actions, le partenaire du projet oriente les personnes en position asymétrique défavorable vers des actions « Propose une solution » et permet un développement des actions réalisées au sein du projet. Ces nouvelles actions, réalisées par des personnes ayant des statuts intervenant peu habituellement, permettent d'enrichir la conception de nouvelles expériences, de nouveaux retours et de nouvelles idées afin de construire la solution. C'est un gain en terme de performance pour le projet de conception qui permet par exemple la modification fine des environnements d'organisation des visites médicales dans les applications.

Il est possible de conclure que lors de l'introduction d'une personne en position asymétrique favorable au sein des groupes projet entraîne un travail des asymétries. Il n'y a pas de bouleversement des positions asymétriques, cependant, les personnes, en fonction de leurs statuts modifient les catégories d'action qu'elles réalisent. En effet, l'arrivée d'une nouvelle personne en position asymétrique favorable oriente également les actions des personnes en position asymétrique défavorable qui adaptent leur activité à la situation nouvelle. Il apparaît donc que lors des groupes projet de conception en SSTI, les statuts professionnels déterminent les actions réalisées par les personnes. La participation des professionnels en position asymétrique défavorable reste limitée mais dans certaines conditions de définition du processus participatif, il apparaît que les asymétries statutaires, sans disparaître, tendent à s'atténuer et participent activement à la construction des débats interprofessionnels.

7.1.1.4.3 Quelle évaluation de la réalisation finale des actions du groupe 3 ?

Le cahier des charges initial défini par la direction du SSTI est de construire une solution pour que le SSTI soit en mesure de se doter d'un dispositif d'identification et de prévention de certaines situations, sociales, physiques, cognitives ou pathologiques qui sont au cœur des processus de désinsertion professionnelle des travailleurs, dans l'objectif de gagner en efficacité en traitant de manière pluridisciplinaire (interne ou externe) les différents cas. Afin de répondre à cette demande, les membres du groupe cherchent à investiguer la littérature afin de faire un état de l'art des connaissances actuelles et interrogent les interventions réalisées sur le terrain, les situations connues, pour construire le processus organisationnel.

La répartition des tâches dans le groupe projet, émanant du coordinateur (médecin du travail) fait que cet état de l'art dépend entièrement des médecins du travail. L'absence de focale pluridisciplinaire sur cette première entrée oriente fortement le travail du groupe au début du processus de conception. Il s'avère que dès l'engagement du projet, la majorité des membres du groupe se trouve en situation d'attente et d'observation des personnes statutairement et professionnellement en position asymétrique favorable. Les données quantitatives montrent que lors des premières réunions, la plupart des personnes réagissent aux actions impulsées par les deux personnes statutairement en position asymétrique favorable. En revanche, il n'y a que peu d'actions des catégories « Propose une solution » et « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... » qui sont réalisées.

L'observation participante permet de constater que suite à cette première réunion, une partie de l'ordre du jour concernant la conception du processus n'a pas été réalisée. C'est un IPRP qui s'en rend compte quelques jours plus tard et qui décide de mettre en place une réunion de conception de ce processus avec des personnes ayant le statut assistant médical et d'IDEST. Le processus central du projet n'est pas conçu collégialement, mais en marge du projet. Il sera présenté ensuite, lors d'une réunion mais a déjà été validé par la direction du SSTI. La logique qui guide le projet amène les différents statuts professionnels à des blocages, notamment avec les partenaires, en raison de micro focales sur les caractéristiques et les problématiques en lien avec les pathologies, alors que la conception du processus encadrant le fonctionnement du dispositif n'est pas réalisée.

C'est la raison qui amène la directrice du SSTI à reprendre la coordination du projet. Dans un premier temps, les relations entre les membres et les tâches de chacun ont été clarifiées. Il s'agit de déterminer qui fait quoi, clarifier la coordination. Cette étape a permis de mettre en

place le processus de conception d'où a émergé le processus finalisé, co-construit cette fois-ci, ce que montrent les données quantitatives de la réunion du groupe G3-3.

En revanche, d'un point de vue opérationnel, la construction et la finalisation du processus ne donnent pas satisfaction et ne répond pas au cahier des charges initial. L'objectif initial du cahier des charges était d'une part de concevoir un processus qui permette de repérer les schémas précoces de désinsertion professionnelle et de chercher à intervenir le plus en amont possible, dans une logique de prévention des risques. Or, le projet, a été mené essentiellement dans une logique curative et d'accompagnement des salariés touchés. D'autre part, il s'agissait de chercher à intégrer l'outil dans la plateforme technologique collaborative qui assure une connexion continue avec les adhérents et les salariés, pour nourrir les analyses des données épidémiologiques et co-construire avec les adhérents et les salariés en termes de prévention et inclusion. Sur ces deux points qui n'ont pas abouti, le projet est aujourd'hui à nouveau en chantier pour un développement futur.

7.1.1.5 Groupe 4

Lors de ce groupe, 1393 actions différentes réalisées ont été répertoriées. Le cahier des charges porte sur la conception, les modalités d'organisation et le déploiement des environnements physiques et organisationnels permettant d'une plateforme technologique collaborative qui assure une connexion continue avec les adhérents et les salariés. Le groupe projet est constitué par tous les métiers présents dans les équipes pluriprofessionnelles et le coordinateur du projet est la directrice du SSTI. Le projet est développé en partenariat avec une start-up spécialisée dans la conception de logiciel et de « data mining ». Leur répartition montre

	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
G1	12%	25%	2%	52%	9%
G2	16%	18%	0%	61%	5%
G3	21%	24%	1%	50%	4%
G4	21%	19%	1%	55%	4%
TOTAL	17%	21%	1%	55%	6%

Figure 35 Répartition de l'ensemble des actions réalisées / Distribution of all actions carried out

que la distribution des actions réalisées au sein groupe 4 est très proche de celle de la moyenne de l'ensemble des groupes la Figure 35 :

Colonne1	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
G4	17%	10%	11%	20%	12%	30%
Total des groupes	15%	12%	19%	26%	28%	

Figure 55 Pourcentage total des actions réalisées par statuts professionnels- G4 / Total percentage of actions carried out by professional statuts-G4

Comme l'illustre la Figure 55, il y a une distribution des actions entre tous les statuts professionnels dans le projet, et notamment le partenaire du projet qui en réalise un tiers. Les données quantitatives font émerger les asymétries effectives au sein du groupe projet, plaçant le partenaire du projet en position favorable au vue de la part d'actions réalisées beaucoup plus importante que celles des autres personnes. Le nombre important d'actions réalisées par les personnes ayant un statut d'assistant médical dans le groupe, qui est quasiment au même niveau que celles des personnes ayant un statut de médecin du travail, est notable.

Les données quantitatives présentées à la Figure 56 permettent de constater de quelle manière se répartissent les actions lors du groupe 4, en ne prenant en compte que les statuts

G4	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD
Fluidifie les relations...	13%	21%	9%	35%	23%
Propose une solution...	24%	9%	9%	30%	27%
Est à l'origine de la formalisation de la décision	0%	0%	0%	0%	100%
Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	27%	14%	19%	28%	12%
Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...	38%	4%	25%	13%	21%

Figure 56 Pourcentage des statuts professionnels habituellement présents par type d'actions lors du groupe 4 / Percentage of professional status usually present by type of action in group 4

habituellement présents dans les groupes projet. Le partenaire du projet a donc été exclu de ces chiffres afin de pouvoir faire émerger si une différence apparaît par rapport à la distribution habituelle. Il apparait en premier lieu que les actions sont plus réparties entre les personnes des

différents statuts que dans les autres groupes observés. Au-delà de cette distribution, les personnes ayant le statut d'assistant médical réalisent 24% des actions de la catégorie « Propose une solution » et sont en première place pour la réalisation des actions de la catégorie « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... ».

Les données quantitatives (Figure 57) permettent de constater, lorsqu'est intégré le partenaire du projet, que les actions des catégories « Emet un avis, une évaluation positive ou

G4	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
Fluidifie les relations...	7%	11%	5%	19%	13%	46%
Propose une solution...	18%	7%	7%	21%	19%	28%
Est à l'origine de la formalisation de la décision	0%	0%	0%	0%	89%	11%
Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	21%	11%	15%	22%	9%	22%
Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...	15%	2%	10%	5%	8%	59%

Figure 57 Pourcentage des statuts professionnels, y compris PART, par type d'actions lors du groupe 4 / Percentage of professional statuses, including PART, by type of share in group 4

« Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » et « Propose une solution » sont réalisées par une diversité de personnes ayant des statuts différents. En revanche, les actions des autres catégories sont réalisées par des personnes en position asymétrique favorable, le coordinateur de projet ou le partenaire du projet.

Les données quantitatives permettent de constater que les personnes ayant le statut d'assistant médical réalisent une part beaucoup plus importante d'actions que dans les autres groupes. La Figure 56 montre que la personne ressource ainsi que l'assistant médical tiennent une place plus importante que dans les autres projets alors que l'IPRP et le médecin du travail réalisent une part moins importante d'actions par rapport à l'ensemble des groupes. Il est notable de constater qu'en ce qui concerne la réalisation des actions des catégories :

- « Fluidifie les relations » : la personne ressource réalise une part importante de ces actions lors du groupe 4 et on constate une homogénéité de la répartition des actions de cette catégorie entre les autres statuts professionnels.

- « Emet un avis ou une évaluation positive ou négative... » : l'IPRP prend en charge une part moins importante des actions de cette catégorie lors du groupe 4 par rapport aux résultats globaux.
- « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... » : le partenaire du projet réalise une part importante des actions de cette catégorie et les personnes ayant un statut d'assistant médical en réalisent une part plus importante qu'habituellement lors du groupe 4.

G4	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
ASS	8%	20%	0%	68%	4%
IDEST	24%	13%	0%	62%	1%
IPRP	9%	12%	0%	75%	4%
MED	19%	20%	0%	60%	1%
COORD	21%	30%	5%	42%	3%
PART	32%	18%	0%	41%	9%

Figure 58 Répartition des actions dans l'activité des différents statuts professionnels - groupe 4 /
Distribution of actions in the activity of the different professional statuses - group 4

Les données quantitatives font apparaître que la répartition des actions réalisées par chaque personne est spécifique à ce groupe. Comme dans les autres groupes projet, il apparaît que l'action de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » est prévalente par rapport aux autres catégories d'action dans l'activité des personnes, quelle que soit la position asymétrique.

Ce sont les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable qui réalisent le moins d'actions de cette catégorie. L'observation participante permet de relever que les débats et les apports des personnes en position asymétrique défavorable, notamment les assistants médicaux, ont été importants. Les apports dans les échanges ont été aussi bien d'ordre évaluatif d'idées et de solutions émises concernant l'outil de plateforme connectée que de connaissances techniques sur les métiers, les environnements et les organisations dans lesquels vient s'intégrer numériquement et physiquement l'outil. Les assistants médicaux ont en partie réalisé l'analyse de l'activité que devaient réaliser les ergonomes, en cherchant à comprendre, en s'interrogeant sur leur propre activité et en la restituant au groupe. Les IDEST sont également

dans ce cas là. Les IPRP ne réalisent que peu d'actions de la catégorie « Propose une solution ». L'observation participante permet de révéler un défaut de compréhension et/ou de communication entre les IPRP et la direction du SSTI qui aboutit à un défaut de prise en charge de la demande. Cette problématique ne peut être individuelle. Elle met en relief un défaut de construction et de communication du cahier des charges mais aussi du cadre participatif qui aboutit à ce que des personnes aient un défaut de positionnement dans le projet, dans le processus de décision et dans la planification de celui-ci. Il apparaît alors que du fait du déficit de définition des modalités encadrant l'activité de conception, les asymétries statutaires constituent un frein à la construction des débats interprofessionnels.

7.1.1.5.1 Une représentativité métier et des débats préparatoires qui enrichissent les groupes projet

Les données quantitatives permettent de constater que lorsque des personnes sont les représentantes légitimes des autres personnes, parce qu'elles ont été élues ou parce qu'elles sont l'émanation d'un travail préparatoire réalisé en amont de la réunion du groupe projet, quel que soit leur statut professionnel, alors, elles réalisent plus d'actions. L'observation participante permet de révéler que pour certaines personnes dont les statuts les placent en position asymétrique défavorable, la représentation d'autrui, qu'elle soit métier ou institutionnelle, les amène à se cultiver, à se former dans des domaines connexes à leur formation initiale. C'est un travail souvent quotidien, afin de pouvoir répondre aux questionnements de ses pairs, qui oblige à chercher des réponses et des solutions au-delà de son champ professionnel. Il apparaît que cette habitude et ces formations enrichissent les projets de conception. L'observation participante révèle des assistants médicaux pointus sur les questions juridiques, d'identification de certains risques, sur les questions organisationnelles ou d'utilisation de l'outil métier des professionnels de santé.

Dans 3 groupes projets, des personnes avec des statuts différents représentent le métier au sein de leur groupe. Il s'agit des groupes 1, 2 et 4.

Dans le groupe 1, les données quantitatives proposées à la Figure 59 montrent que l'IPRP 1 réalise plus d'actions de toutes les catégories que les autres IPRP participant au groupe. Lors de la préparation du cahier des charges du groupes projet, l'IPRP 1 est désigné par ses pairs pour porter les préoccupations métier car il a acquis une expérience en termes d'intervention et de sensibilisation sur le sujet des addictions. L'observation participante permet de constater que cet IPRP est reconnu par les personnes en position asymétrique favorable ou

non. Lors des réunions, les deux médecins du travail s'appuient sur la réalisation des actions de l'IPRP1 des catégories « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... » et « Fluidifie les relations » afin de pallier à certains décalages sociocognitifs. Dans les entretiens, il est identifié comme une personne ressource du projet, sans que celui-ci ne pourrait avoir lieu.

G1	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
IPRP1	35	39	2	188	26
IPRP2	7	20	1	117	10
IPRP3	15	33	0	109	1

Figure 59 Comparaison des actions réalisées par les IPRP du groupe 1 / Comparison of actions carried out by group 1 IPRP

Dans le groupe 2, l'assistant médical 2 porte également une représentation d'autrui. Il est élu au CSE. Les données quantitatives soulignent que l'assistant médical 2 (Figure 49) réalise plus d'actions des catégories « Fluidifie les relations », « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » et « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... ». Il n'y a que le rapport à la conception qui fait exception, sujet qui a été traité au chapitre 7.1.1.3.2. L'observation participante permet de constater que l'assistant médical a un rôle fort de représentant métier dans le groupe projet. A chaque interrogation, point de discussion, il réinterroge les autres personnes ayant un statut d'assistant médical, rend des comptes, échange afin de se tenir informé et de ne pas être en décalage avec la profession qu'il

G2	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
ASS1	6	43		82	
ASS2	21	26		189	4

G4	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
ASS1	3	32		21	
ASS2	16	34		119	8
ASS3	1	10		22	1

Figure 49 Comparaison de la répartition des actions des différents assistants médicaux en fonction des modalités d'organisation / Comparison of the distribution of the actions of the different medical assistants according to the organizational methods

représente. Il est notable qu'il tire sa légitimité de la confiance de ses pairs et de sa proximité au réel du travail.

Le groupe 4 propose le même type de profil. Lors de ce projet, une phase préparatoire a lieu en amont du lancement du projet entre les personnes ayant un statut d'assistant médical intégrées dans le groupe projet, en collaboration avec le partenaire du projet. Lors de cette préparation, l'un des assistants médicaux est désigné comme référent métier dans le groupe projet par les pairs. Cette décision est validée par la direction du SSTI en raison de son engagement dans les différentes tâches des assistants médicaux dans le projet, les modalités d'organisation et de solutions de conception pour l'outil. Les données quantitatives font apparaître à la Figure 47 que l'assistant médical 2 réalise plus d'actions que les autres personnes ayant un statut d'assistant médical lors des réunions du groupe projet, dans toutes les catégories d'action. L'observation participante permet de constater que l'assistant médical 2 intervient lors des réunions du groupe, pour faire émerger le réel du travail du métier, être porteur de ce qui a été construit avec les autres assistants médicaux, mais aussi pour proposer des solutions et développer ce qui a été préparé avec le partenaire en terme de conception organisationnelle et d'outil.

Le groupe 4 compte aussi un médecin du travail qui porte une représentation métier. Il est le représentant des médecins du travail au sein de la CMT. Il est porteur des demandes et des intérêts de la profession. Lors de la réunion de médecins du travail qui a eu lieu, ceux-ci ont travaillé en amont afin de définir un positionnement métier face aux différents éléments qui pouvaient leur poser problème, ce qu'explique l'un des médecins du travail en entretien :

« [Les médecins du travail] ont travaillé sur la partie médicale... chacun avec ses compétences, son expérience pour que le travail soit plus facile, plus pratique. L'idée, c'est que l'outil [puisse] nous servir... »

Le médecin 1 intervient en tant que représentant de la profession dans le groupe. Les données quantitatives (Figure 60) montrent qu'il réalise beaucoup plus d'actions de toutes catégories que les autres médecins du travail qui sont spectateurs du groupe.

G4	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation ...
MED1	46	53		139	3
MED2	4	4		24	
MED3	4			2	
MED4				5	

Figure 60 Comparaison des actions réalisées par les médecins du travail du groupe 4 / Comparison of actions performed by group 4 occupational physicians

L'observation participante permet de constater que le médecin réalise beaucoup d'actions des catégories « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » et « Propose une solution » notamment parcequ'il cherche à faire valoir ce que la profession a mis en avant concernant les modalités de caractérisation des risques. Les médecins du travail proposent de chercher à harmoniser certaines de leurs pratiques, notamment sur l'utilisation des thésaurus harmonisés proposés par PRESANSE⁵⁸, de façon à ce que les requêtes statistiques puissent avoir une fiabilité et une homogénéité plus importante :

« [...] mais il faudrait harmoniser [la manière de renseigner la base d'information] parce que sinon, on va créer un biais »

C'est le médecin représentant métier à la CMT. C'est lui qui intervient comme porte-parole de la profession, il porte ce qui a été décidé lors des réunions préparatoires de médecins et a des avis tranchés. Hormis la catégorie d'action « Est à l'origine de la formalisation de la décision » qu'il ne réalise pas, le médecin du travail qui est porteur de la représentation métier réalise 84% des actions réalisées par les médecins du travail.

L'analyse des données quantitatives et de l'observation participante permettent de montrer que dans les réunions de groupe projet, lorsque des personnes se sentent légitimées par

⁵⁸ Prévention, Santé, Service, Entreprise : organisme de représentation des Services de Santé au Travail Interentreprises

un mandat, étoffé par une préparation en amont, confié par les pairs, elles réalisent alors plus d'actions, de toutes catégories, que les personnes ayant le même statut qu'elles.

Ce résultat se vérifie dans l'ensemble des groupes projet dans lesquels sont présentes des personnes portant une représentation métier. Il est aussi notable que ce résultat est commun à l'ensemble des statuts professionnels. Ainsi, il est possible de montrer que la représentation métier ne transforme pas les asymétries existantes. Les personnes en position asymétrique favorable le demeurent, cependant, certaines apparaissent dans des positions asymétriques moins défavorables. C'est particulièrement le cas de l'assistant médical 2 dans le groupe 4.

Il apparaît que dans des conditions favorables lors desquels le processus participatif a clairement établi les moyens, la position et le rapport à la décision des personnes, quelle que soit la position asymétrique, les asymétries statutaires tendent à être atténuées sans qu'elles disparaissent pour autant. Ces conditions favorisent la participation de professionnels en position asymétrique défavorable, le développement de débats interprofessionnels et une construction de la pluridisciplinarité.

7.1.1.5.2 Quelle évaluation de la réalisation finale des actions ?

Le cahier des charges initial défini par la direction du SSTI porte sur la conception, les modalités d'organisation et le déploiement des environnements physiques et organisationnels d'une plateforme technologique collaborative qui assure une connexion continue avec les adhérents et les salariés. Afin de répondre à cette demande, les membres du groupe mettent en place un processus de conception visant à développer et expérimenter des solutions organisationnelles et instrumentales.

Le facteur d'évaluation du projet qui s'impose est qu'aujourd'hui, la plateforme technologique collaborative existe et apporte une réelle plus-value au fonctionnement du SSTI en termes de réponses aux attentes et besoins des adhérents, des salariés. Elle s'avère être un outil facilitateur pour le travail des professionnels de santé comme des préventeurs.

Cependant, des formes d'évaluation intermédiaire s'imposent. En premier lieu, l'objectif défini par le cahier des charges en matière de solutions organisationnelles répondant à l'introduction de la plateforme collaborative est un succès. Plusieurs expérimentations ont eu lieu et de multiples propositions ont été faites. Celles-ci sont issues directement des actions réalisées par les personnes ayant des statuts d'assistant médical et de médecin du travail, en

collaboration avec les actions réalisées par le partenaire du projet comme permet de le constater l'observation participante.

En deuxième lieu, il apparaît que les IPRP réalisent peu d'actions dans le groupe, notamment de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... », en comparaison avec les autres groupes projet. Les IPRP disparaissent au second plan dans ce groupe en raison d'une problématique de compréhension des tâches attribuées. Au début du projet, une demande leur a été formulée par le coordinateur du groupe projet (Directrice du SSTI). Il s'agit d'apporter leur expertise en ergonomie au groupe projet afin de proposer des pistes de solutions concernant les aménagements de l'environnement où se déroulent les pré-visites connectées que passent les salariés sur les Ipad. L'activité n'existe pas au moment de la demande et il s'agit de chercher à intégrer une activité future dans un environnement existant en proposant un environnement capacitant. Deux ergonomes s'en saisissent et commencent à réaliser une étude exploratoire sur le terrain, dans les locaux et auprès des assistants médicaux. L'observation participante permet de constater que lors de la réunion du groupe projet, les ergonomes se présentent comme à une convocation de la hiérarchie, se demandant pourquoi ils sont présents pour un sujet concernant les professionnels de santé. Ils ne réalisent que peu d'actions et l'observation participante permet de constater qu'en situation, ils ne font pas le lien avec la demande qui leur a été formulée. Le coordinateur du projet, devant cet état de fait, confie la mission à l'informaticien du SSTI et à un prestataire extérieur qui proposent une solution viable.

En dernier lieu, il apparaît que le fonctionnement du groupe projet n'a cependant pas été aussi performant qu'il aurait pu l'être. En effet, si les objectifs définis ont été atteints, les modalités n'ont pas toujours été respectées. Il apparaît par exemple que les IDEST réalisent moins d'actions que les autres statuts professionnels dans le groupe, y compris durant la partie de celui-ci concernant la conception de l'outil et de l'organisation spécifique aux professions médicales. Ce sont les personnes ayant le statut de médecins du travail et d'assistant médical qui s'en chargent. Pourtant, l'observation participante permet de constater que ce sont elles qui sont les plus critiques vis-à-vis du projet, reprochant notamment les modalités de décision, facteur d'empêchements, dans un groupe projet « où tout était décidé d'avance »⁵⁹. Les asymétries statutaires devenues effectives, apparaissent comme des leviers de performance pour la majorité des personnes du groupes projets et suscitent le débat interprofessionnel dans tous les cas, ce qui ouvre à des opportunités de construction de la pluridisciplinarité.

⁵⁹ Entretien IDEST de fin de projet

7.2 Les rôles endossés en fonction des statuts

L'identification des rôles dans les matériaux se fait à partir des actions qui ont été repérées précédemment. Le rôle est caractérisé par un enchaînement d'actions successives situées dans la cohérence des échanges entre les personnes présentant un schéma de série « continue ». Les changements de phases jouent un rôle important car ils permettent de visualiser les changements de sujet. Cette succession d'un même type de catégorie d'action est visible dans le cadre d'un échange sur un sujet déterminé, mais particulièrement lorsque l'on constate une continuité dans la réalisation des actions d'une personne par-delà un changement de sujet. La présentation des différents rôles dans les résultats est réalisée à l'aide des données quantitatives. Cela permet de comparer cette construction des rôles dans les différents groupes à partir d'un format identique. Ainsi, nous regardons pour chaque groupe projet, de la même manière que pour les actions, quelle a été la répartition des rôles au sein du groupe, quels sont les statuts professionnels qui ont endossé certains types de rôles. Ces données quantitatives sont éclairées par l'observation participante qui permet d'apporter des éléments fins de compréhension des situations, du contexte, des interactions entre les personnes ou concernant la perception des asymétries effectives.

La seconde entrée de résultat est la manière dont se répartissent les différents rôles dans l'activité de chaque statut professionnel. Dans un premier temps, comme pour les actions, la focale est faite sur chaque groupe projet. Ensuite, il s'agit de regarder quelles sont les régularités et les variabilités qui émergent de la confrontation des résultats de l'ensemble des groupes entre eux. Des focales différentes sont présentées seulement dans le cas où des événements ou des facteurs de contingence ont des impacts significatifs sur les réunions des groupes projet.

7.2.1 La vision globale des groupes

Les données quantitatives comme le montre la Figure 61, permettent de montrer une variabilité des rôles endossés par les personnes ayant des statuts différents les unes par rapport aux autres, ainsi qu'une diversité importante de l'assomption des rôles en fonction des groupes.

Lors du groupe 1 et 2, il apparaît que ce sont les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable qui endossent les rôles. Le groupe 3 même s'il voit

l'asymétrie du coordinateur se renforcer avec 42% de rôles assumés, est le premier groupe à voir l'ensemble des personnes assumer au moins un rôle. Ce développement se confirme dans le groupe 4 lors duquel tous les participants assument plusieurs rôles et lors duquel il est

	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
G1	0%	0%	29%	41%	31%	
G2	18%	3%	21%	43%	15%	
G3	1%	10%	18%	21%	42%	7%
G4	10%	4%	19%	19%	29%	23%

Figure 61 Répartition des rôles assumés par les différents statuts professionnels au cours de l'ensemble des groupes projet / Distribution of the roles assumed by the different professional statuses throughout the project groups

possible de constater un processus participatif.

Les données quantitatives font apparaître que les personnes en position asymétrique favorable endossent plus de rôles que les autres. Les données des groupes 2 et 4 pourraient laisser penser que les personnes ayant un statut d'assistant médical endossent des rôles lorsque le coordinateur du projet en assume moins, ou lorsque sa position est moins favorable. Cette question sera traitée plus précisément par la suite afin de comprendre s'il s'agit d'une illusion générée par les données quantitative ou d'une réalité.

Au-delà de cette répartition globale des rôles endossés relativement aux différents statuts professionnels, il est notable, comme l'illustre la Figure 62, que les personnes ayant un

	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
ANIMATEUR	0%	0%	0%	8%	58%	33%
CREATIF	6%	0%	16%	42%	27%	9%
DECIDEUR	0%	0%	6%	21%	71%	3%
EXPERT	10%	10%	31%	27%	14%	5%
OPERATIF	0%	0%	25%	25%	50%	0%

Figure 62 Répartition des statuts pour chaque rôle / Distribution of statutes for each role

statut de coordinateur de projet et de médecin du travail sont les seuls à endosser l'ensemble des rôles lors des groupes projet. Ces données quantitatives confirment l'asymétrie effective de ces deux statuts professionnels du fait des actions qu'ils réalisent, mais aussi par les rôles qu'ils endossent.

Les données quantitatives permettent de constater que les personnes ayant le statut d'IPRP endossent principalement les rôles en lien avec les rôles d'Expert, et pas du tout de rôle d'animateur. Les rôles synthétisent les tendances que les actions indiquaient en première partie de l'analyse. Ainsi, il émerge des résultats que les personnes en position asymétrique défavorable, les assistants médicaux et les IDEST, assument peu de rôles et elles endossent

	ANIMATEUR	CREATIF	DECIDEUR	EXPERT	OPERATIF
ASS	0%	25%	0%	75%	0%
IDEST	0%	0%	0%	100%	0%
IPRP	0%	20%	4%	73%	2%
MED	1%	40%	10%	46%	1%
COORD	11%	26%	36%	24%	3%

Figure 63 Répartition des rôles dans l'activité des statuts professionnels pour le global des groupes /
Distribution of roles in the activity of professional statuses

d'abord des rôles d'Expert.

En revanche, lorsqu'on regarde la répartition des rôles pour chaque statut professionnel (Figure 63), deux schémas de répartition apparaissent. Les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique défavorable lorsqu'elles ont endossé des rôles, ont leur activité orientée vers le rôle d'Expert très majoritairement. En revanche, les données quantitatives permettent de constater que les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable (médecin du travail et coordinateur de projet) endossent une diversité importante de rôles. Le coordinateur de projet notamment, autour du rôle de Décideur, présente un équilibre entre les rôles d'expert et de créatif.

Cette position asymétrique favorable est bâtie d'une part sur la construction de la formalisation d'une décision finale au travers du rôle de « Décideur », et d'autre part sur une activité diversifiée. En effet, les résultats montrent que les personnes ayant ces deux statuts professionnels endossent de multiples rôles en comparaison des autres membres des groupes dont l'activité est centrée principalement sur un rôle.

L'évolution des organisations et l'impact de la mise en place d'un processus de conception participatif ont été évoqués lors des résultats précédents. Cette évolution émerge fortement dans le graphique présenté en Figure 64.

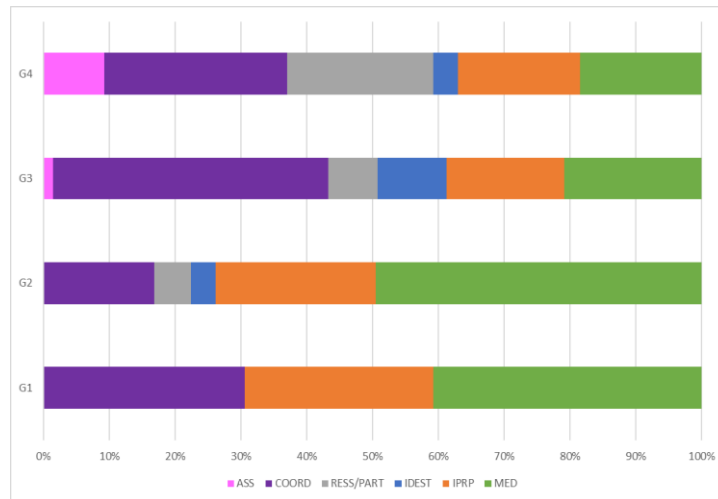


Figure 64 Rôles endossés par les différents statuts lors des différents groupes projet / Roles endorsed by the different statuses during the different project groups

Les asymétries fortes des statuts de médecins du travail, de coordinateur et d'IPRP du groupe 1 tendent à s'estomper au fur et à mesure des groupes pour arriver au groupe 4 lors duquel il est possible de constater une distribution des rôles statutairement variée. L'asymétrie effective du coordinateur de projet est visible, mais elle n'est pas assourdissante. L'observation participante permet de relever que le coordinateur de projet ne semble que peu présent dans les échanges, mais il intervient en revanche pour donner l'information que personne ne peut avoir (direction), trancher une décision en fin de débat, apporter une expérience de conception.

Les données quantitatives permettent de mettre en lumière qu'il y a eu une diversité de personnes de statuts professionnels ou institutionnels différents plus importante à endosser des rôles lors du groupe 4 que lors du groupe 1. Cette modification apparaît dans les données comme évolutive entre le groupe 1 et le groupe 4 et elle correspond à des changements de modalités de fonctionnement des processus de conception liées à des changements de coordinateur de projet, mais aussi à des transformations des organisations du SSTI abandonnant un mode projet très prescriptif et peu utilisé pour se diriger vers un projet de conception participatif, puis vers un système de conception participatif intégrant des modules de

préparation/mise à niveau des connaissances afin de développer la confiance et la légitimité des participants ainsi que l'assomption notamment des rôles de créatif, d'expert par ceux qui considéraient que leur expérience n'apportait rien, par principe, au processus de conception de la solution.

7.2.2 Groupe 1

Pour le groupe 1, les données quantitatives font émerger que les personnes engagées dans le processus de conception ont endossé au total 47 rôles différents durant les 3 réunions. La répartition des rôles endossés par les personnes lors du groupe projet présente la particularité suivante qu'illustre la Figure 61.

	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
G1	0%	0%	29%	41%	31%	
G2	18%	3%	21%	43%	15%	
G3	1%	10%	18%	21%	42%	7%
G4	10%	4%	19%	19%	29%	23%

Figure 61 Répartition des rôles assumés par les différents statuts professionnels au cours de l'ensemble des groupes projet / Distribution of the roles assumed by the different professional statuses throughout the project groups

Les données quantitatives mettent en évidence les asymétries effectives, favorable au coordinateur de projet (médecin) et au médecin du travail. A contrario, il apparait des asymétries effectives défavorables pour les assistants médicaux et les IDEST qui n'assument aucun rôle. Le travail ethnographique viendra en éclairer les raisons. Les données quantitatives semblent confirmer l'effectivité des asymétries statutaires posées dans le groupe 1.

7.2.2.1 Une confirmation des asymétries posées

Les données d'entrée semblent indiquer que les asymétries statutaires préalablement établies sont confirmées de manière effective par l'assomption des rôles. Les données quantitatives permettent de constater, avec une focale plus précise du groupe 1, que les personnes, en fonction de leur statut, professionnel ou institutionnel, ont endossé des rôles très variés comme le montre la Figure 65.

La

G1	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD
ANIMATEUR	0%	0%	0%	50%	50%
CREATIF	0%	0%	0%	64%	36%
DECIDEUR	0%	0%	7%	43%	50%
EXPERT	0%	0%	76%	18%	6%
OPERATIF	0%	0%	0%	50%	50%

Figure 65 Répartition des rôles par catégorie en fonction des statuts des personnes
 – G1/ Distribution of roles by category according to the status of individuals – G1

répartition des rôles fait apparaître une disparité en fonction des statuts professionnels. Les Figure 65 et Figure 66 permettent de pointer les spécificités du G1 :

- Aucun statut professionnel n’endosse de rôle d’animateur dans ce groupe.
- Les personnes ayant les statuts professionnel d’assistant médical et d’IDEST n’assument aucun rôle.

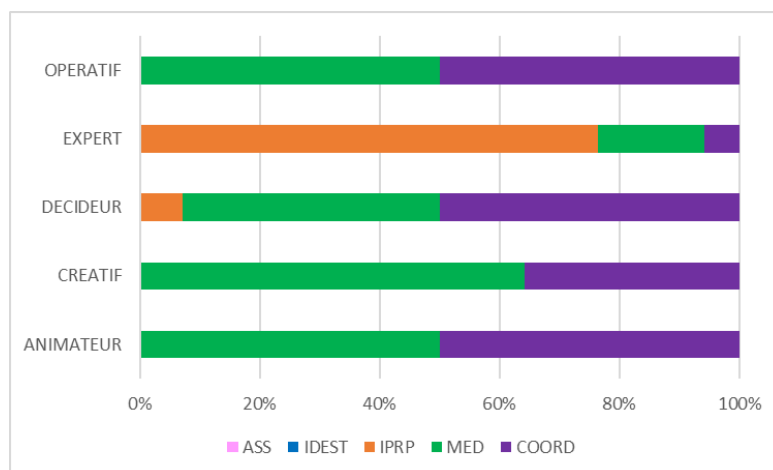


Figure 66 Graphique de Répartition des rôles par catégorie en fonction des statuts des personnes - G1 / Graph of the distribution of roles by category according to the status of people - G1

Les données quantitatives (Figure 66) révèlent que deux statuts professionnels assument la totalité des rôles de créatif, d’opératif et de décideur. Le graphique permet visuellement de prendre conscience du rapport entre les statuts et des asymétries effectives.

Assistant médical et IDEST disparaissent de la représentation visuelle et les personnes ayant un statut professionnel d'IPRP apparaissent car elles endossent majoritairement le rôle d'expert.

Les données quantitatives (*Figure 67*) permettent de constater une variabilité de la répartition des rôles au regard de l'activité des personnes en position asymétrique défavorable par rapport aux personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable. Il apparaît que IDEST et assistants médicaux n'endossent aucun rôle. Les personnes ayant un statut d'IPRP, qui comme l'a montré le chapitre 7.1.1.2, sont en situation moins défavorable,

G1	ANIMATEUR	CREATIF	DECIDEUR	EXPERT	OPERATIF
ASS	0%	0%	0%	0%	0%
IDEST	0%	0%	0%	0%	0%
IPRP	0%	0%	7%	93%	0%
MED	5%	45%	30%	15%	5%
COORD	7%	33%	47%	7%	7%

Figure 67 Répartition des rôles dans l'activité de chaque statut professionnel – G1 /
Distribution of roles in the activity of each professional status - G1

Les résultats révèlent que les personnes ayant le statut de :

- Coordinateur de projet et médecin du travail apparaissent plus orientés vers le rôle de
 - Créatif
 - Décideur
- Et moins orientés vers les rôles de :
 - animateur
 - Expert.
- IPRP ont une activité orientée vers des rôles de :
 - Expert.

Le groupe 1 a pour objectif de proposer un livrable qui soit un support de formation. L'observation participante permet de constater que les personnes en position asymétrique défavorable réalisent en amont des préparations, en fonction de leur spécialité et de la distribution du travail. Ainsi, les statuts professionnels qui sont en position asymétrique défavorable endossent des rôles d'Expert. Les données quantitatives permettent de constater

que les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable assument des rôles en lien avec la conception et la construction de la décision.

Les données quantitatives permettent de constater ces données se vérifient dans tous les groupes projet, intensifiant les effets révélés par la réalisation des actions. Ce processus est intervenu tel une opération de raffinage, séparant les actions isolées pour laisser apparaître ce qui constituait des dynamiques.

Au sein des groupes projet, les données quantitatives permettent de montrer que trois statuts apparaissent en position asymétrique favorable : le coordinateur de projet, l'IPRP et le médecin du travail. Cependant, dans le G1 et au début du G3, le coordinateur est un médecin du travail. Il n'y a que dans le G2 que le coordinateur est un IPRP. Cette position relative face au statut professionnel de médecin du travail affaiblit la position asymétrique. De plus, l'observation participante permet de constater que les IPRP, mis à part dans le groupe 2, sont dans une position intermédiaire qui peut varier en fonction des situations. En revanche, les assistants médicaux et les IDEST sont clairement en position asymétrique défavorable.

L'observation participante permet de relever que les personnes ayant le statut de médecin du travail demeurent dans tous les cas en position asymétrique favorable, y compris dans les situations les plus difficiles pour eux. Les chapitres suivant reviendront par exemple sur des contextes de prises de décision ou de contestation de l'asymétrie. Cependant, en dépit de ces situations, la participation observante permet de révéler que les asymétries en lien avec le statut social permettent de conserver l'asymétrie. Par exemple, dans un contexte de contestation de l'asymétrie pas un IPRP, lors d'un échange tendu, l'IPRP continu d'appeler le médecin du travail par son titre de « docteur », et il en est de même pour un partenaire lors du groupe 3. Ce respect et cette déférence au titre permet de conserver l'asymétrie, sociale d'une part, et cognitive d'autre part (Bourdieu, 1979). Le respect du titre par les personnes, quelle que soit la position asymétrique, laisse entendre que la personne porte un respect au-delà de l'individu, aux connaissances et à l'expertise.

Ainsi, les données quantitatives éclairées par l'observation participante permettent de constater que les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable voient celle-ci renforcée par les rôles endossés lors des différents groupes Projet. Il apparaît que les asymétries statutaires ne sont pas des freins à la production du groupe. En fonction de la nature de l'objet à produire, il semble que la construction du processus participatif ne soit pas nécessairement identique.

7.2.3 Groupe 2

Pour le groupe 2, les résultats font émerger que les personnes engagées dans le processus de conception ont endossé au total 59 rôles différents lors des 2 réunions de groupes projet observées. La répartition des rôles endossés par les personnes lors du groupe projet présente les particularités suivantes qu'illustre la Figure 61.

	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
G1	0%	0%	29%	41%	31%	
G2	18%	3%	21%	43%	15%	
G3	1%	10%	18%	21%	42%	7%
G4	10%	4%	19%	19%	29%	23%

Figure 61 Répartition des rôles assumés par les différents statuts professionnels au cours de l'ensemble des groupes projet / Distribution of the roles assumed by the different professional statuses throughout the project groups

La première réside dans le fait que les personnes ayant le statut d'assistant médical endossent plus de rôles que dans les autres groupes projet. Les assistants médicaux réalisent donc des successions d'actions de mêmes catégories. L'observation participante permet de révéler que ce processus dépasse la stricte exécution de tâches. En réalisant des rôles de créatif ou d'expert, les personnes réagissent dans le flux d'un échange ou d'un processus de conception. Elles ont la nécessité de s'adapter, de devoir aller puiser dans leur vécu, dans leur expérience pour réaliser, de trouver des régulations lors du processus de conception avec les autres participants afin de construire la solution.

Le second fait marquant réside dans la faible part de rôles assumés par le coordinateur de projet au regard des autres groupes. Le coordinateur de projet est dans ce groupe un IPRP. C'est le seul groupe projet de conception dans lequel la fonction de coordinateur de projet est confiée à une personne dont le statut professionnel est IPRP. Le fait qu'il apparaisse comme ne prenant qu'une faible part des rôles endossés par l'ensemble des personnes ayant participé au processus de conception pose la question de sa position asymétrique effective au sein du

groupe projet. En revanche, les données quantitatives permettent de mettre en regard une asymétrie effective favorable du médecin du travail qui endosse plus de 40% des rôles dans un contexte de tension mis en perspective au paragraphe 7.1.1.3.1.

Lorsque les données quantitatives sont examinées de plus près afin de regarder la répartition des rôles en fonction des statuts professionnels, il apparaît, à la Figure 68 :

G2	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD
ANIMATEUR	0%	0%	0%	11%	89%
CREATIF	18%	0%	18%	59%	6%
DECIDEUR	0%	0%	0%	0%	0%
EXPERT	21%	5%	24%	42%	8%
OPERATIF	0%	0%	50%	0%	50%

Figure 68 Répartition des rôles par catégorie en fonction des statuts des personnes – G2/
Distribution of roles by category according to the status of individuals – G2

Il se dégage des résultats que 3 statuts professionnels endossent une diversité de rôles lors des réunions du groupe 2. Il s’agit en premier lieu du coordinateur de projet qui se détache avec 4 types de rôles. Viennent ensuite les personnes ayant un statut professionnel de médecin du travail et d’IPRP avec 3 types de rôle. Les personnes ayant un autre statut professionnel endossent deux rôles maximum. En revanche, personne n’endosse le rôle de décideur.

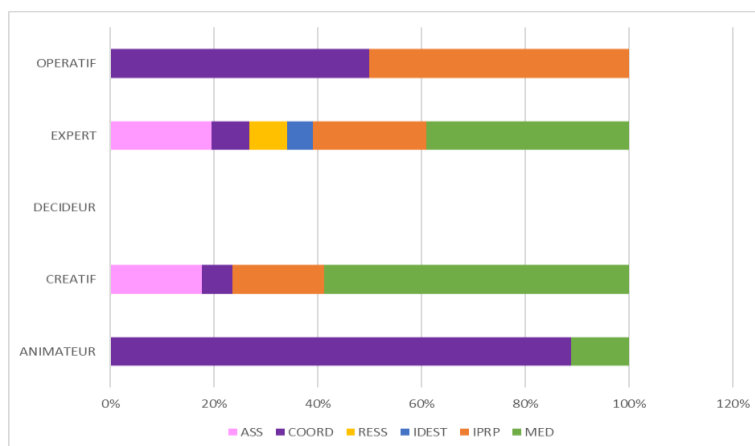


Figure 69 Graphique de Répartition des rôles par catégorie en fonction des statuts des personnes – G2 /
Graph of the distribution of roles by category according to the status of people – G2

Le graphique de la Figure 69 permet de souligner visuellement qu’aucun statut professionnel ne semblerait clairement en position d’asymétrie dans le groupe projet mais à

l’instar des rôles, c’est en fonction des expertises ou/et des affinités de chacun qu’un partage s’est effectué. L’observation participante permet de révéler que c’est précisément la nature de ces rôles qui place le médecin du travail en position asymétrique favorable. En effet, dans un groupe de conception, c’est lui qui assume le plus grand nombre de rôles d’expert et de créatif. Lors des échanges, il montre une capacité à réaliser des actions successives visant à transmettre des connaissances techniques aux autres membres et à évaluer leurs propositions, mais aussi à pouvoir faire émerger du débat des idées et des hypothèses nouvelles qui ont pour objectif de faire progresser le processus de conception. C’est un des constats qui émerge des données quantitatives, le rôle d’expert se distribue entre les différents statuts professionnels.

Le coordinateur de projet (IPRP) et l’IPRP s’ils assument tous deux le rôle d’opératif, n’ont cependant pas d’autres points de concordance dans l’assomption des rôles. Le coordinateur de projet endosse la plupart des rôles d’animateur et il semble que c’est le compromis et l’animation qui font valeur pour lui et qui orientent son action.

Les données quantitatives (Figure 70) concernant la distribution des rôles dans l’activité de chaque statut professionnel et institutionnel permettent de constater que le rôle d’expert

G2	ANIMATEUR	CREATIF	DECIDEUR	EXPERT	OPERATIF
ASS	0%	27%	0%	73%	0%
RESS	0%	0%	0%	100%	0%
IDEST	0%	0%	0%	100%	0%
IPRP	0%	23%	0%	69%	8%
MED	2%	38%	0%	60%	0%
COORD	44%	11%	0%	33%	11%

Figure 70 Répartition des rôles dans l’activité de chaque statut professionnel – G2 /
Distribution of roles in the activity of each professional status – G2

représente la majorité de l’activité pour l’ensemble des personnes, le rôle de créatif arrivant en seconde position pour les personnes ayant des statuts de médecin du travail, d’IPRP et l’assistant médical. Les données quantitatives permettent de constater que le coordinateur de projet fait exception et présente une distribution variée des rôles assumés dans son activité. Son activité est orientée vers le rôle d’animateur qui représente la part la plus importante, devant le rôle d’expert, puis les rôles de créatif et d’opératif.

7.2.3.1 Le rôle d'animateur, un rôle dédié au coordinateur de projet ?

La Figure 69 montre que lors des différentes réunions, le rôle d'animateur est majoritairement endossé par le coordinateur du projet. L'observation participante permet de constater que le rôle de coordinateur est important dans le contexte de tensions constatées entre IPRP et médecin du travail. C'est en grande partie grâce à lui que le projet peut se dérouler dans des conditions normales. En effet, si les tensions liées au contexte social avec la direction du SSTI disparaissent très rapidement, les tensions intermétiers demeurent et participent de la construction des asymétries et de leurs dynamiques. Le coordinateur de projet en assumant le rôle d'animateur a permis d'une part de présenter et d'introduire les sujets des réunions, en arbitrant le temps, en clôturant parfois certains sujets qui perduraient. D'autre part, dans le contexte de tension inter-statuts professionnels, il intervient également pour fluidifier certains échanges ou des blocages entre des personnes, notamment entre le médecin du travail et l'IPRP. Il est aussi, comme il l'explique en entretien, « *quelqu'un qui fait le tampon entre ce que veut la direction et ceux qui gueulent dans le groupe projet* ». ⁶⁰

Les données quantitatives permettent de constater une régularité de la catégorie de rôle majoritairement endossé par le coordinateur (*Figure 71*) dans l'ensemble des groupes projet. Il

ANIMATEUR	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
G1	0%	0%	0%	50%	50%	
G2	0%	0%	0%	11%	89%	
G3	0%	0%	0%	33%	67%	0%
G4	0%	0%	0%	0%	20%	80%

Figure 71 Le rôle d'animateur dans les projets / The role of facilitator in project groups

apparaît que dans les groupes 1, 2 et 3, le coordinateur de projet assume majoritairement le rôle d'animateur. Un petit bémol à apporter cependant au groupe 1 durant lequel le rôle d'animateur est partagé à 50/50 entre le coordinateur (médecin du travail) et son collègue médecin du travail.

Les données quantitatives permettent de constater que le rôle d'animateur lors du groupe 4 n'est pas assumé par le coordinateur du projet (directrice du SSTI) mais c'est le partenaire du projet qui endosse 80% de ces rôles. Cette situation s'explique par le positionnement spécifique du partenaire du projet. Il lui a été demandé de prendre en main l'animation du projet de

⁶⁰ Carnet ethnographique, 11/2015

conception. En effet, le partenaire du projet, le partenaire du projet n'est pas un vendeur de solutions clef en main, c'est un concepteur de plateformes interconnectées complexes. Il s'inscrit totalement dans un processus de conception qu'il maîtrise et cherche à développer la participation de chacun afin de répondre et nourrir d'autres groupes projet de conception qui ont lieu de manière concourante dans sa propre structure. Il explique : « *on construit ensemble les matières de base qui permettent [à la start-up] de développer ensuite [...]* »

Le partenaire du groupe projet assume l'animation et les fonctions habituellement dédiées au coordinateur. Ce dernier n'endosse en réalité qu'un seul rôle d'animateur durant le projet, dans une dynamique de conception qu'il a initiée en amont, et ce rôle d'animateur, dans un contexte propice, place le médecin du travail en situation d'assumer un rôle de créatif.

L'observation participante permet de constater, qu'hormis dans le groupe 4, les coordinateurs de projet ont toujours considéré que l'animation du groupe était une tâche qui leur revenait. La verbalisation de ces différentes tâches, non prescrites, mais qui vont de soit, sont verbalisées lors des entretiens par les différents coordinateurs de projet. Ils expliquent qu'il s'agit « *d'organiser et faire respecter l'ordre du jour établi* », « *d'organiser la parole* », « *de donner la parole à tout le monde* », « *de veiller à ce que quelqu'un ne reste pas dans son coin* », « *de faire avancer les idées* », « *de faire en sorte qu'on ne tourne pas en rond* », « *de construire des compromis* », « *de faire le tampon* », « *d'être l'interface avec la direction* », « *de garder la ligne directrice* »...

Il apparaît autour de ces régularités un cadre commun à l'activité du coordinateur de projet, modulé par les spécificités introduites par la prévalence des statuts professionnels qui orientent les personnes en position asymétrique favorable vers des actions et des rôles communs aux autres personnes ayant un statut identique au leur, comme cela a été montré au paragraphe 7.1.1.2.1. Ainsi, ces résultats soulignent que les asymétries statutaires constituent des leviers en fonction de la définition des modalités encadrant l'activité des groupes projet.

7.2.3.2 Quand personne n'assume le rôle de décideur.

Les données quantitatives font émerger, comme le souligne la Figure 69, que dans le groupe 2 aucune personne n'endosse le rôle de décideur. Lors de l'observation participante, nous constatons que le groupe donne lieu à nombre d'échanges évaluatifs, parfois à des propositions mais à chaque fois, personne ne tranche. Lorsqu'une décision devrait être prise, elle est renvoyée à la direction du SSTI, parfois à des partenaires extérieurs :

IDEST : « est-ce que c'est ceux-là, à ça qu'on a répondu ? parce que moi, j'ai l'impression qu'on tourne en rond, là... par rapport à [l'outil informatique] qui ne convient pas »

Ou encore :

- IDEST : mais c'est vrai que [l'outil informatique], c'est vraiment une belle daube, putain !
- Assistant Médical : là, on en a vraiment la preuve, franchement...
- IDEST : ouais, mais c'est une grosse daube...

Il apparaît également que les personnes en position asymétrique favorable au sein du groupe ne se sentent pas suffisamment légitimes pour prendre des décisions qui puissent engager soit le groupe, soit le SSTI. Le coordinateur de projet explique en entretien :

« [...] lorsque je fais le compte-rendu de la réunion, je le fais valider par les membres du groupe qui sont présents à la réunion et par la directrice du SSTI, pour voir si elle est d'accord avec ce que j'ai écrit. [...] tous les compte-rendus ont été adoptés en intégrant ses modifications. Lorsqu'il y a des décisions à prendre, il faut qu'on sache car c'est elle qui décide. »

Ou lors de la réunion du groupe G2-2 :

- **Coordinateur** : on avait fait le point la fois dernière sur comment on allait travailler, la base de travail pour la FE. Donc, aujourd'hui, on devait finaliser au travers d'un document écrit en commun pour transmettre à l'ensemble des personnes. L'autre objectif, c'est de discuter sur les apports de chaque métier par rapport à la fiche d'entreprise, l'apport à l'employeur... ce que peut apporter le service à l'employeur via la FE.
- **Médecin du travail** : ça, c'était pas ce qu'on avait dit la dernière fois !
- **IDEST** : non, c'est une demande de [la direction] ça !
- **Coordinateur** : c'est une demande qui a été rajoutée... euh... là... voilà...
- **IDEST** : [la directrice opérationnelle] a lu les compte-rendus et elle trouve que ça ne ressort pas dans nos compte-rendu...
- **Médecin du travail** : (fait la moue) hum...
- **Assistant Médical** : ben, écoutez, on peut essayer, mais... euh...
- **Coordinateur** : oui, on peut essayer...
- **Médecin du travail** : on peut essayer... hum...

L'observation participante permet de constater que pour les personnes engagées dans le groupe projet, quel que soit leur statut professionnel, social ou institutionnel, le processus de

décision est associé à la direction du SSTI. Elles considèrent toutes que cet aspect du processus de conception leur échappe. Il apparaît que cet aspect du cadre participatif n'est pas clairement défini. Le processus de décision au sein du groupe projet n'est pas identifié par ses membres qui se réfèrent à un autre cadre pour la construction de la décision : le fonctionnement hiérarchique habituel du SSTI.

Ce résultat du groupe 2 apparaît comme singulier parmi les résultats des autres groupes projet. En effet, dans l'ensemble des groupes projet, le rôle de décideur a été assumé par plusieurs personnes ayant des statuts professionnels différents. Il n'y a pas de facteurs de contingence qui peuvent venir fournir une explication spécifique à ce résultat. Il est possible de mettre en relation cette singularité en termes de rôle du groupe 2 avec le chapitre 7.1.1.3.3 concernant l'évaluation de la réalisation finale des actions du groupe G2. L'éclairage apporté par le peu de rôles de décideur endossés par les personnes des différents statuts, y compris celles qui sont en position asymétrique favorable permet de saisir l'impossibilité du groupe à se déterminer d'une part sur l'objet commun et d'autre part met en évidence l'impossibilité à faire des choix discriminants qui réduisent le champ des possibles.

Ces éléments sont confortés par la réunion du groupe 3-1 lors de laquelle le rôle de décideur est très peu assumé (2 rôles). L'observation participante permet de révéler que la construction de la décision qui en découle ne concerne pas le sujet central de la réunion mais des considérations annexes. De la même manière que dans le groupe 2, lors de la réunion du groupe 3-1, l'absence de construction partagée de la décision, qu'elle soit formalisée ou intermédiaire au cours de l'assomption notamment des différents rôles d'expert, conduit à ce que le champ des possibles ne se restreigne pas. L'observation participante permet de constater que le coordinateur et le médecin du travail ont beaucoup transféré d'informations et de connaissances, mais il n'y a eu peu de débat, d'évaluation permettant de hiérarchiser les propositions par exemple. Il n'y a quasiment pas eu d'apports ou d'évaluations face au coordinateur (médecin) et au médecin du travail permettant de construire collectivement la décision.

Il apparaît de fait que lorsque personne n'endosse le rôle de décideur, parce qu'il n'y a pas eu de processus collectif de construction de la décision (Animateur, Créatif, expert...) le groupe n'est pas en mesure de satisfaire au cahier des charges et l'évaluation en termes de performance de celui-ci n'est pas positive. Ainsi, ce résultat confirme que les asymétries qui deviennent effectives dans les rôles endossés, sont dans certains cas être des leviers de performance pour les groupes projets rôles. En effet, ces derniers peuvent être porteurs de

dynamiques collectives permettant l'émergence de solutions créatives et de la montée en compétence des personnes et des équipes pluriprofessionnelles par la présence de débats interprofessionnels.

7.2.3.3 Un fonctionnement pluriprofessionnel dans un contexte de contestation des asymétries

Le contexte, la situation et le cahier des charges qui s'applique aux différents groupes projet sont différents et difficilement comparables. Certains sont orientés vers de la production d'outils ou d'objets quand le groupe 2 doit produire une réflexion sur une question méthodologique dans l'objectif de construire un processus organisationnel.

Comme le souligne la Figure 69, les rôles d'expert et de créatif ont été endossés par une variété importante de personnes ayant des statuts professionnels différents. Ces rôles sont spécialisés dans la transmission de connaissances, du contexte sociotechnique, de l'évaluation des expériences, des actions d'autrui ainsi que des propositions d'hypothèses ou de solution. Cependant, les données quantitatives comme l'observation participante permettent de constater que des personnes différentes ayant des statuts divers endossent ces rôles. Cela montre que le processus de construction de la solution dans le cadre des groupes projet de conception n'est pas la prérogative d'un statut professionnel particulier. C'est la manifestation, dans une certaine mesure, d'un projet pluriprofessionnel. Les données quantitatives font émerger que dans les groupes projet, les personnes quelle que soit leur position asymétrique, ont une activité majoritairement orientée vers les rôles d'expert qui permettent la transmission de connaissances, qu'elles soient liées au contexte ou à des connaissances techniques. Cette activité développe les possibilités d'évaluation des propositions d'hypothèses, d'idées ou de solutions, de retours d'expériences ouvrant ainsi à de nouvelles pistes et expérimentations qui engagent le groupe projet et ses membres dans l'action. Ce sont ces modalités participatives des groupes projet de conception qui offrent des possibilités de construction de la solution dans le cadre d'un processus pluriprofessionnel.

Dans le groupe 2, la personne ayant le statut de médecin du travail, dans ce contexte, endosse la majorité des rôles de Créatif et d'Expert et les personnes ayant les statuts professionnel d'IPRP et le statut institutionnel de coordinateur de projet (IPRP) assument pour leur part la majorité du rôle d'Animateur et d'Opératif ainsi qu'une partie du rôle d'expert. La construction de rôles successifs d'expert et de créatif dans le groupe 2 par des personnes ayant

des statuts différents pourrait être la trace d'un fonctionnement pluriprofessionnel. L'observation participante permet d'éclairer ce fonctionnement du groupe projet en relevant que dans un contexte de tensions entre le médecin du travail et l'IPRP, l'assomption de ces différents rôles n'aboutit finalement pas à la construction de compromis ou de décisions partagées. On constate essentiellement des évaluations négatives visant à contrer les arguments de l'autre, qui finalement ne produisent pas de construction partagée. Lorsqu'il semble y avoir un début de proposition de pistes de solution visant à mettre en mouvement le groupe. Les actions des uns et des autres ne produisent pas de dynamique collective. Elles ont lieu côte à côte et ne se rencontrent pas et lorsqu'elles se rencontrent, elles ont pour objet d'aller à l'encontre les unes des autres. L'observation participante révèle de la coaction en place de la coopération entre les personnes en position asymétrique favorable qui aboutit à une absence de décision et à une infertilité du groupe projet.

Ainsi, les résultats permettent de montrer que dans le contexte de contestation de l'asymétrie du statut en position asymétrique favorable, le fonctionnement pluriprofessionnel n'est pas suffisant comme levier pour le développement d'une véritable coopération intermétiers. Les résultats permettent alors de confirmer que les asymétries statutaires constituent des freins lorsque la définition des modalités encadrant l'activité des groupes projet n'est pas suffisamment précise.

7.2.4 Groupe 3

Lors du groupe 3, les données quantitatives font émerger que les personnes engagées dans le processus de conception ont endossé au total 66 rôles différents durant les 3 réunions. Dans la partie précédente relative aux actions des personnes en fonction des statuts professionnels, il est apparu que l'activité des personnes en position asymétrique favorable avait un effet sur celle des personnes en position asymétrique défavorable, par l'orientation des actions. Les données quantitatives du groupe 3 jugées pertinentes pour servir la démonstration sont présentées.

Les données quantitatives permettent de constater, à la Figure 61, que l'ensemble des personnes engagées dans le projet endosse au moins un rôle. C'est le coordinateur de projet

	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
G1	0%	0%	29%	41%	31%	
G2	18%	3%	21%	43%	15%	
G3	1%	10%	18%	21%	42%	7%
G4	10%	4%	19%	19%	29%	23%

Figure 61 Répartition des rôles assumés par les différents statuts professionnels au cours de l'ensemble des groupes projet / Distribution of the roles assumed by the different professional statuses throughout the project groups

(d'abord médecin du travail, puis directrice du SIST) qui assume le plus de rôles dans un groupe projet où la personne ayant un statut professionnel d'IDEST assume beaucoup de rôles par rapport à l'ensemble des autres groupes, au contraire de la personne ayant un statut professionnel d'assistant médical. Cette répartition fait apparaître le coordinateur de projet en position asymétrique favorable dans le groupe 3.

La distribution des différents rôles en fonction des statuts professionnels fait apparaître à la Figure 72 que les personnes ayant le statut de coordinateur sont en première position dans

G3	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
ANIMATEUR	0%	0%	0%	33%	67%	0%
CREATIF	0%	0%	28%	22%	39%	11%
DECIDEUR	0%	0%	0%	7%	93%	0%
EXPERT	3%	22%	22%	25%	19%	9%
OPERATIF	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Figure 72 Répartition des rôles par catégorie en fonction des statuts des personnes – G3/
Distribution of roles by category according to the status of individuals – G3

l'assomption des rôles, hormis pour le rôle d'expert qui est équitablement distribué entre les personnes ayant un statut professionnel d'IDEST, d'IPRP de médecin du travail et celles ayant le statut institutionnel de coordinateur de projet. Il apparaît en revanche que la personne ayant un statut professionnel d'assistant médical n'assume que très peu de rôles dans le groupe 3.

Le graphique de la Figure 73 fait visuellement émerger les asymétries effectives au sein du groupe 3 relatives aux statuts professionnels et institutionnels des personnes. Les personnes ayant des statuts professionnels de coordinateur de projet et médecin du travail apparaissent en position favorable.

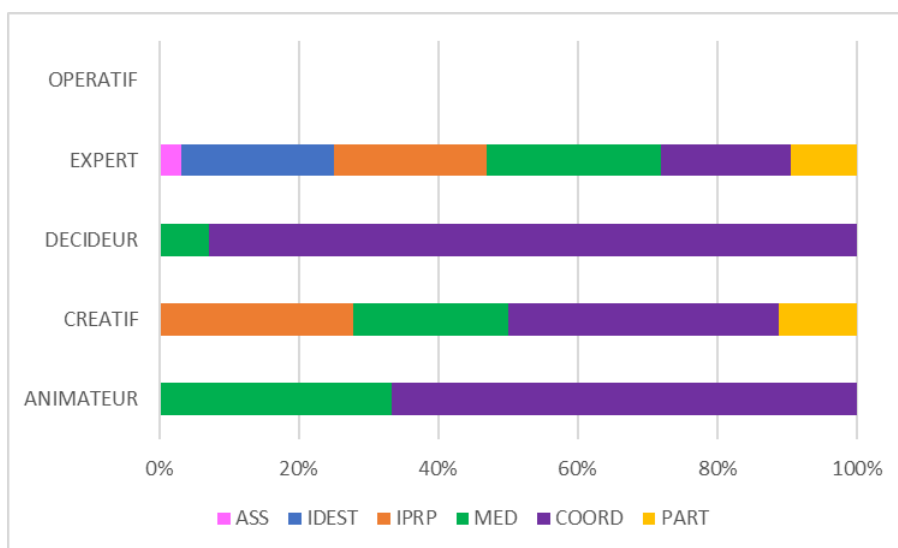


Figure 73 Graphique de Répartition des rôles par catégorie en fonction des statuts des personnes – G3 / Graph of the distribution of roles by category according to the status of people – G3

La représentation visuelle permet également de prendre conscience que les rôles de créatif et d'expert sont distribués entre une majorité de personnes participant au groupe projet.

Les données quantitatives permettent de constater à la Figure 73 que tous les statuts n'endossent pas de rôles lors des réunions du groupe projet. Ceux qui n'en n'assument pas ou peu sont les statuts professionnels posés comme étant en situation d'asymétrie défavorable : les assistants médicaux et les IDEST.

En revanche, il apparaît à la lecture des données quantitatives que concernant les autres statuts, les rôles d'expert et de créatif sont proportionnellement partagés entre les personnes ayant divers statuts professionnels. Les rôles de décideur et d'animateur sont l'apanage des personnes ayant le statut de coordinateur de projet et de médecin du travail.

Cette répartition des différentes catégories de rôles entre les personnes ayant des statuts professionnels est à mettre en perspective avec la répartition des rôles dans l'activité de chaque statut professionnel (Figure 74). Les données quantitatives permettent de constater que le

G3	ANIMATEUR	CREATIF	DECIDEUR	EXPERT	OPERATIF
ASS	0%	0%	0%	100%	0%
IDEST	0%	0%	0%	100%	0%
IPRP	0%	42%	0%	58%	0%
MED	7%	29%	7%	57%	0%
COORD	7%	25%	46%	21%	0%
PART	0%	40%	0%	60%	0%

Figure 74 Répartition des rôles dans l'activité de chaque statut professionnel – G3
/ Distribution of roles in the activity of each professional status – G3

	ANIMATEUR	CREATIF	DECIDEUR	EXPERT	OPERATIF
G3-1	11%	22%	11%	56%	0%
G3-2	20%	0%	40%	40%	0%
G3-3	6%	29%	59%	2%	0%

Figure 75 Répartition des rôles dans l'activité du « coordinateur » – G3 / Distribution of roles in the activity of « coordinateur » – G3

coordinateur assume une variété de rôle plus importante que les autres personnes du groupe.

Les données quantitatives (Figure 75) permettent de constater que le coordinateur de projet (médecin du travail) dans le groupe G3-1, a une activité tournée majoritairement vers l'expertise. Le coordinateur qui lui succède (directrice du SIST) dans le groupe G3-2 a une distribution variée de ses rôles entre l'expertise et la créativité. L'observation participante permet de relever que le coordinateur de projet introduit à cette étape une modification des modalités de participation au processus de conception. Celui-ci devient plus participatif et l'objectif est clairement la construction de la solution. Dans le groupe 3-3, il s'oriente majoritairement vers le rôle de décideur. L'observation participante permet de relever que le coordinateur de projet considère qu'il est temps de trancher afin de pouvoir passer à une phase d'opérationnalité du projet. En revanche, les évolution du processus de conception n'apparaissent pas clairement pour les membres des groupes projet à qui le cadre participatif n'est pas précisément défini, ni en termes de moyens, ni concernant la décision.

7.2.4.1 Le rôle de décideur assumé par les statuts en position asymétrique favorable

Les données quantitatives du groupe 3 font émerger que le coordinateur du projet endosse très majoritairement le rôle de décideur (Figure 76). Ce constat au sein du groupe 3 amène à plusieurs questionnements. Cette situation est-elle spécifique à ce groupe ou est-elle largement partagée dans les autres groupes projet observés ?

La comparaison des données quantitatives concernant l'assomption du rôle de décideur par le coordinateur de projet montre que les personnes à qui ce statut institutionnel a été confié

COORD	G1	G2	G3	G4
DECIDEUR	47%	0%	93%	67%

Figure 76 Comparatif de la part représentée par le coordinateur dans l'assomption du rôle de décideur / Comparison of the part represented by the coordinator in assuming the role of decision-maker

endossent dans 3 groupes sur 4 la majorité des rôles de décideur. Il n'y a que dans le groupe 2 que le rôle de décideur n'est pas endossé par le coordinateur de projet, comme cela a été montré au paragraphe 7.2.3.2. Dans les autres groupes, les données quantitatives permettent de constater que les personnes ayant un statut institutionnel de coordinateur de projet qui endossent les rôles de décideur sont en position asymétrique favorable dans l'ensemble des groupes projet. Dans le groupe 2, il s'agit d'un ergonome. Comme le laisse supposer la littérature, il pourrait se placer en situation de contestation de l'asymétrie du médecin du travail. L'observation participante permet de montrer que dans le groupe, s'il y a des tensions et une contestation, cette dernière ne permet pas de renverser l'asymétrie. Cette situation provient en grande partie de l'histoire des IPRP, qui sont des personnes ayant un statut d'assistant médical, formés en interne et devenus IPRP. Malgré un nouveau positionnement professionnel, ils gardent une relation au médecin ambivalente.

Dans les autres groupes, les coordinateurs ont des statuts professionnels qui les placent en position d'asymétrie favorable dans les groupes projet. Ce sont des médecins du travail ou la directrice du SSTI. Dans le groupe 3, le changement de coordinateur permet de confirmer cet état de fait. La personne ayant le statut de médecin du travail, coordinateur du projet, en position asymétrique favorable, qui assumait le rôle de décideur est remplacé par la directrice du SSTI, elle aussi en position asymétrique favorable. Elle endosse alors le rôle de décideur et il n'y a pas de contestation au sein du groupe projet. C'est elle qui finalise les décisions prises lors de la dernière réunion. L'observation participante permet de constater que les personnes en

position asymétrique défavorable lui sont gré de ces prises de décisions qu'elles considèrent comme permettant de stabiliser le projet et de permettre d'avoir une lisibilité pour la nouvelle étape de mise en production.

7.2.4.2 Les variabilités des rôles des personnes en position asymétrique défavorable

Les données quantitatives ont permis de montrer que les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable avaient un impact important sur le déroulement des groupes projet en raison de la réalisation de nombreuses actions et de l'assomption de nombreux rôles. L'observation participante permet de confirmer que dans les groupes, les personnes ayant ces statuts sont au centre des échanges et du processus de conception, de l'expertise comme de la décision.

En revanche, les données quantitatives permettent de mettre en relief des variabilités dans ce cadre général qui concerne notamment les personnes en position asymétrique défavorable. Il apparaît que dans le groupe 3, lorsque le médecin du travail, en position asymétrique favorable, est absent, alors il y a une augmentation des rôles d'un statut en position asymétrique défavorable. Les données quantitatives permettent de constater à la Figure 77 que l'IDEST endosse plus de rôles qu'habituellement.

G3	IDEST	MED
G3-1	7%	37%
G3-2	0%	38%
G3-3	17%	NA

Figure 77 Rôles endossés dans le groupe 3 par le médecin du travail et l'IDEST / Roles endorsed in group 3 by the occupational physician and IDEST

L'observation participante permet de révéler que cette compensation de l'absence du médecin par l'IDEST, qui n'endosse que des rôles de la catégorie « Expert », sont liées au champ professionnel commun des professionnels de santé. En revanche, il apparaît que l'IDEST ne réalise pas d'actions et n'endosse pas de rôles supplémentaires dans les domaines périphériques au champ professionnel. C'est le coordinateur de projet qui voit les données quantitatives des catégories « Animateur » et « créatif » augmenter.

Afin de compenser l'absence du médecin du travail dans le groupe, les données quantitatives permettent de constater que l'IDEST ne réalise pas seulement des actions isolées de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou

indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet ». Ce sont ses actes successifs qui permettent d'identifier des rôles d'expert. L'observation participante permet de révéler qu'elle intervient pour émettre des évaluations armées de ses propres retours d'expérience et des évaluations émises par les autres participants ainsi que de la transmission de connaissance sur le métier, y compris de médecin du travail :

« Il y a besoin de deux suivis. On a besoin du suivi [de l'ancien outil métier] de façon à [faciliter] le travail des médecins qui changent de secteur ou faciliter des possibilités d'échange de salariés entre médecins. Ça peut être compliqué pour le médecin qui va arriver après [si] c'est pas notifié dans [l'ancien outil métier], il ne sait pas forcément que [le salarié] est rentrée dans la cellule...parce que c'est pas marqué dans [l'ancien outil métier]. »

Il apparaît cependant que si ces rôles sont effectivement endossés, il n'y a pas de conscientisation de ce positionnement. Cela apparaît lors des entretiens lors desquels l'IDEST explique :

« A l'utilisation de la procédure, on s'est aperçu qu'il y a des choses qui... qui n'allaient pas forcément... donc... y'avait des choses à modifier. Là, on a réussi à en discuter... mais il manquait le médical pour travailler sur le processus, il n'y avait pas le médecin et il est le centre de l'équipe. [...] »

Si les IDEST compensent, elles respectent et appliquent les directives qui ont été données par le médecin du travail : *« [le médecin du travail] est directif, mais d'un autre côté, c'est un gros soutien, hein ! et puis, on travaille bien ensemble... [...] on parle médical... »*. Le médecin est considéré, en plus de sa position asymétrique favorable, comme un élément de la hiérarchie comme le décrivent des IDEST :

« C'est quand même hiérarchiquement... heu... y'a quand même le côté hiérarchique, hein ! tu vois ? y'a le côté hiérarchique, y'a le côté respect de la fonction, tu vois ? Voilà, je suis infirmière... je ne suis pas médecin... »

Ou bien encore :

« Y'a deux hiérarchies, tu vois... y'a quand même, même si c'est pas une « hiérarchie légale », y'a cette hiérarchie fonctionnelle puisque c'est le médecin qui va

nous dire de faire telle et telle chose, on a un rapport avec le médecin quand même dans le groupe... »

Ou une autre IDEST en entretien

« [...] il y a toujours cette supériorité mais je n'ai ressenti aucune maltraitance. Même si hiérarchiquement ce ne sont pas mes supérieurs, ça reste des médecins. Le médecin parle, j'exécute... c'est le médecin... c'est comme cela... Parce qu'il a d'autres connaissances que moi. Et dans le milieu médical, c'est comme cela. Dans nos formations, dans notre corps de métier, c'est quelque chose d'ancré. On nous a appris que lorsque le médecin dit quelque chose, l'infirmière exécute »

Ainsi, les personnes ayant un statut d'IDEST endossent des rôles lorsque le médecin du travail est absent, afin d'apporter au groupe la matière dont il a besoin et d'appliquer également des directives du médecin du travail qui en son absence souhaite que ses intérêts soient défendus au sein du groupe projet. En revanche, dès lors qu'il est présent, les personnes ayant un statut d'IDEST assument moins de rôles, notamment d'expert et de créatif, du fait de l'effectivité des asymétries statutaires et sociales préalablement établies.

Les résultats permettent de confirmer dans des conditions de représentation du secteur professionnel et de confiance de la personne en position asymétrique favorable favorisent la participation de professionnels en position asymétrique défavorable, une construction de la pluridisciplinarité et le développement de débats interprofessionnels. Ce sont des conditions dans lesquelles le frein constitué par l'asymétrie statutaire à la construction de la pluridisciplinarité et au développement du débat interprofessionnel dans les groupes projet de conception est levé.

7.2.5 Groupe 4

Les données quantitatives du groupe 4 permettent de constater que les personnes engagées dans le processus de conception ont endossé au total 52 rôles différents lors des 2 réunions du groupe projet observées. Ce groupe a un coordinateur de projet qui est la directrice

du SIST. Il a également la particularité d'accueillir un partenaire de projet qui est un acteur majeur de celui-ci.

Les données quantitatives permettent de constater, à la la Figure 61, que le coordinateur de projet endosse le plus grand nombre de rôles et apparait en position asymétrique favorable, tout comme le partenaire du projet. Les personnes ayant des statuts professionnels de médecin

	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
G1	0%	0%	29%	41%	31%	
G2	18%	3%	21%	43%	15%	
G3	1%	10%	18%	21%	42%	7%
G4	10%	4%	19%	19%	29%	23%

Figure 61 Répartition des rôles assumés par les différents statuts professionnels au cours de l'ensemble des groupes projet / Distribution of the roles assumed by the different professional statuses throughout the project groups

du travail et d'IPRP endossent le même nombre de rôles, en troisième position. Il est notable que le nombre de rôles assumé par les personnes ayant un statut d'assistant médical est le plus important de l'ensemble des groupes projet et mérite une attention particulière.

Ainsi, les données quantitatives permettent de constater, lorsqu'on regarde dans le détail de chaque rôle, que la distribution de ceux-ci n'est pas homogène et que certains statuts professionnels ont davantage assumé certains rôles que d'autres durant le groupe projetbof, ce

G4	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
ANIMATEUR	0%	0%	0%	0%	20%	80%
CREATIF	7%	0%	13%	13%	27%	27%
DECIDEUR	0%	0%	0%	0%	80%	20%
EXPERT	15%	8%	27%	27%	23%	12%
OPERATIF	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Figure 78 Répartition des rôles par catégorie en fonction des statuts des personnes – G4/ Distribution of roles by category according to the status of individuals – G4

que traduit la Figure 78. Le rôle d'animateur a été majoritairement endossé par le partenaire du projet, complété par le coordinateur du projet. Le rôle de créatif est partagé entre les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable : coordinateur, partenaire du projet, médecin du travail et IPRP, l'assomption du rôle d'expert est également distribué entre

les différentes personnes au sein du groupe, à l'exception de l'IDEST. En revanche, le coordinateur du projet endosse la majorité des rôles de décideur.

La représentation graphique de la Figure 79 permet de faire émerger visuellement les asymétries effectives existant au sein du groupe 4. Il apparaît que le coordinateur, en violet, endosse une part importante des rôles du groupe, ainsi que le partenaire du groupe projet.

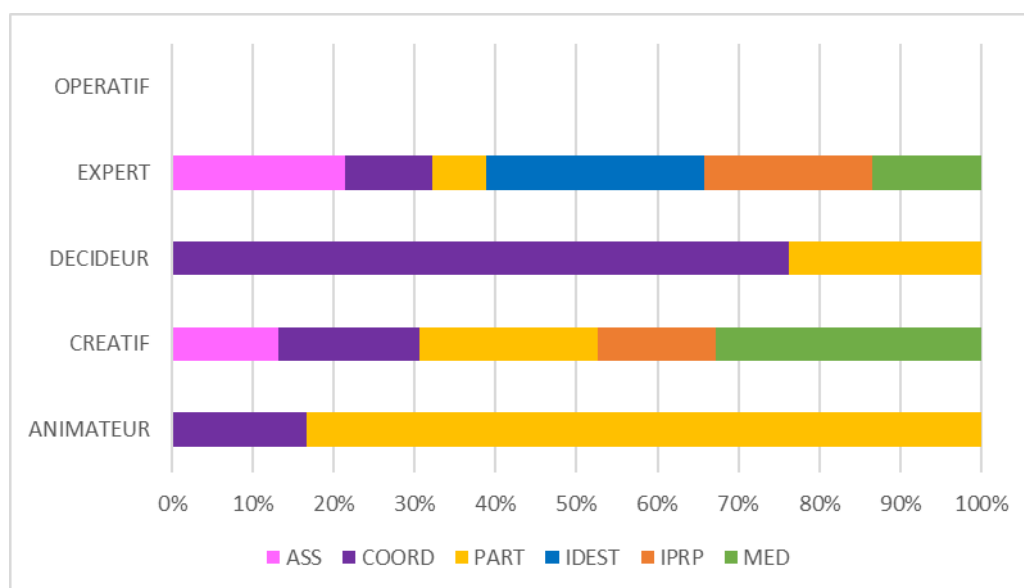


Figure 79 Graphique de Répartition des rôles par catégorie en fonction des statuts des personnes – G4 / Graph of the distribution of roles by category according to the status of people – G4

La représentation visuelle permet également de prendre conscience de la variété de statuts professionnels qui endossent des rôles d'expert et de créatif lors de ce groupe projet. En ce qui concerne le rôle d'expert, c'est le seul groupe lors duquel les 6 personnes ayant des statuts différents endossent un même rôle. Etant donné la nature du rôle, qui amène les personnes à transmettre des connaissances techniques, à évaluer celles-ci ainsi que les expériences ou expérimentations réalisées dans le cadre du projet, les données montrent qu'il y a eu cette fois-ci une capacité à réellement échanger entre les différents statuts professionnels. Le processus de décision apparaît clairement comme une construction collective et partagée, contrairement à ce qui apparaissait jusqu'à présent dans les groupes projet où la décision était l'apanage d'une personne, même si elle demeure une prérogative du coordinateur de projet. L'observation participante permet de révéler que l'objectif du groupe intègre les questions de conception technique en lien avec le développement de l'outil mais aussi, les environnements

organisationnels et physiques au sein desquels celui-ci prendra place. Pour cela, les budgets alloués sont les plus importants qu'un SSTI n'ait jamais déployé en France pour un projet de conception. Ainsi, il apparaît qu'un processus de conception participative a été co-construit lors du groupe 4.

Les données quantitatives montrent que les personnes endossent toutes formes de rôles, quelle que soit leur position asymétrique dans le groupe projet. L'observation participante permet de révéler qu'en effet, les échanges lors des réunions du groupe projet sont riches et que les personnes de tous les statuts professionnels s'engagent, prennent la parole. Cependant, comme cela a été montré, au paragraphe 7.1.1.5.1, dans le groupe, certaines personnes, en raison de la représentation métier dont elles sont dépositaires ont une activité plus importante que les autres. L'observation participante permet de révéler que le groupe projet produit des échanges pluridisciplinaires riches. Cependant, s'il est possible de constater que l'ensemble des statuts professionnels prennent part activement au projet, ce n'est pas nécessairement le cas concernant les personnes présentes dans le projet.

Deux rôles apparaissent comme plus particulièrement dédiés à un statut institutionnel, ceux de la catégorie « Animateur » et « Décideur ». Le premier apparaît comme étant clairement l'apanage du partenaire du projet et le second du coordinateur du projet. L'observation participante confirme la proposition des données quantitatives. En effet, lors des réunions observées, le partenaire du projet a ouvert celles-ci et présenté le projet. Il s'est ensuite positionné debout, au milieu de la salle, alors que les autres participants étaient assis et il a distribué la parole, a lancé des sujets. Il a animé et joué parfois le rôle de modérateur lorsque les débats se sont échauffés.

En ce qui concerne le coordinateur du projet, l'observation participante permet de révéler qu'il n'intervient pas beaucoup et laisse la place au partenaire et au débat entre les membres du groupe projet. En revanche, lorsque des décisions doivent être formalisées, lorsqu'il y a des tensions ou des désaccords entre des professionnels de santé dans le groupe qui ne trouvent pas d'issues, il intervient pour proposer solution ou prendre des décisions qui apaisent les situations. Le rôle de décideur, même s'il peut apparaître quantitativement comme peu partagé, occupe une place moins importante dans l'activité du coordinateur (Figure 80), ce qui signifie que nombre de décisions ont été coconstruites, comme le révèle l'observation participante, lors des phases de débats pluriprofessionnels par les personnes des différents

statuts. Par exemple, l'organisation du travail est suggérée par les assistants et le coordinateur des assistants, qui débattent des modalités, trouvent des solutions, la directrice du SSTI vient en phase finale valider une décision coconstruite par les assistants, les médecins et les IDEST. En cela, le processus est devenu participatif. L'observation participante permet de relever que le coordinateur parle moins qu'habituellement mais est tranchant grâce à des interventions courtes et précises, très compréhensibles de tous. Il appuie son discours par des gestes des bras et des mains, des mouvements du corps. Cet engagement corporel est significatif et marquant car il n'est pas habituel.

Cette répartition des différentes catégories de rôles entre les personnes ayant des statuts professionnels est à mettre en perspective avec la répartition des rôles dans l'activité de chaque statut professionnel (Figure 80).

G4	ANIMATEUR	CREATIF	DECIDEUR	EXPERT	OPERATIF
ASS	0%	20%	0%	80%	0%
IDEST	0%	0%	0%	100%	0%
IPRP	0%	22%	0%	78%	0%
MED	0%	50%	0%	50%	0%
COORD	7%	27%	27%	40%	0%
PART	33%	33%	8%	25%	0%

Figure 80 Répartition des rôles dans l'activité de chaque statut professionnel – G4 / Distribution of roles in the activity of each professional status – G4

Les données quantitatives (Figure 80) permettent de constater que plus les personnes sont en position asymétrique défavorable, plus le rôle de la catégorie « Expert » représente une part importante de leur activité. A l'inverse, plus les personnes sont en position asymétrique favorable dans le groupe, moins le rôle d'expert représente une part importante de leur activité. Les personnes ont une l'activité diversifiée, assumant une variété de rôles différents.

Les données quantitatives concernant les personnes ayant le statut de médecin du travail font émerger qu'elles endossent des rôles dans deux catégories, « Créatif » et « Expert ». Or, les personnes ayant le statut de médecin du travail assument habituellement dans les groupes une diversité de rôles beaucoup plus importante. Elles apparaissent dans ce groupe projet en position asymétrique moins défavorable, comme les IPRP. L'observation participante permet de révéler plusieurs facteurs permettant d'expliquer cette variabilité. D'une part, les médecins ont préparé cette réunion et le médecin présent est porteur des remarques de ces collègues. Il

fait en sorte de respecter les remarques et contradictions qui ont été portées par le collectif « médecin du travail ». D'autre part, c'est une phase de conception technique à laquelle les médecins du travail ne sont pas très acculturés. Ils interviennent sur les sujets qui les concernent directement et ne cherchent pas à s'aventurer sur des terrains qu'ils jugent parfois piégeux.

Il est notable de constater, comme l'illustre la Figure 80, que la personne ayant le statut de partenaire du projet assume une diversité de rôles importante, hormis le rôle opératif qui comme dans le groupe 3, n'a pas été assumé. La majorité des statuts professionnels lors de ce groupe a une activité qui a été partagée entre le rôle de créatif et le rôle d'expert, à minima de 20% pour le premier et allant à 50/50. Seules les personnes ayant le statut d'IDEST n'endossent pas de rôle de créatif et se concentrent sur l'expertise.

7.2.5.1 Préparer le groupe en raison de sa position de représentation des autres, un facteur de variabilité des rôles

Les données quantitatives concernant les rôles endossés par les personnes ayant un statut d'assistant médical permettent de constater que dans les groupes 2 et 4, elles assument beaucoup plus de rôles que dans les autres groupes.

L'observation participante permet de révéler que la variabilité d'assomption des rôles des personnes ayant un statut d'assistant médical des groupes 2 et 4 par rapport aux autres statuts professionnels est en lien avec la préparation des réunions et la représentation d'autrui qui a été montrée aux paragraphes 7.1.1.3.2 et à la Figure 81.

	ASS
G1	0%
G2	17%
G3	1%
G4	10%

Figure 81 Comparatif des pourcentage de rôles endossés par les assistants médicaux en fonction des groupes projet / Comparison of the percentage of roles assumed by medical assistants according to project groups

Ceci confirme que ces personnes réalisent plus d'actions dans les groupes projet lorsqu'elles sont en mesure de préparer le sujet, les objectifs de la réunion du groupe projet, mais aussi lorsqu'elles se trouvent être les représentantes des autres personnes du métier. En effet, dans le groupe 4, la direction du SSTI et le partenaire du projet favorisent la préparation du projet avec les assistants médicaux, en position asymétrique défavorable, en impulsant une démarche préalable. Ces échanges avec le partenaire sur le fondement de la démarche, les objectifs, donnent la possibilité aux assistants médicaux d'obtenir des éclaircissements sur des questions techniques, sur le planning. L'observation participante révèle que les personnes en position asymétrique défavorable peuvent préparer des réunions de groupes projet, en recueillant les perceptions de leurs pairs qui leur font confiance pour retranscrire les informations. Ils les reconnaissent comme représentant métier car la compétence métier est reconnue : « *elle sait de quoi elle parle [...] et elle a les capacités de le dire* » me confie un assistant médical. Ainsi, comme cela apparaît dans l'extrait d'une réunion de préparation du groupe 4, les assistants médicaux se font les porteurs des questions et des problématiques remontant de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, pas seulement du métier :

- ASS1 : *la bandelette urinaire*
- ASS2 : *la bandelette, on n'a pas la solution, là !*
- ASS3 : *et aussi, ce qu'on peut noter, c'est que les infirmières voudrait que la tension se prenne [au niveau du bras], parce [qu'au niveau du poignet], c'est pas fiable. Surtout qu'ici, ça dépend des appareils. [...]*
- ASS2 : *tu crois ? ça m'étonne, parce qu'ils l'ont quand même conçu avec un médecin !*
- ASS1 : *ouais ! c'est ça qui...*
- ASS3 : *c'est ce qu'elles me disaient les*
- ASS2 : *bon, question à poser !*

Cette préparation avec les autres assistants médicaux des questions concernant le métier, mais aussi les autres métiers de l'équipe pluriprofessionnelle construit la confiance de l'équipe et de l'assistant médical 2 qui sait pouvoir intervenir en portant des sujets qui sont véritablement appuyés sur des évaluations armées issues des retours de ses collègues. D'ailleurs lors de la réunion, à laquelle participe le représentant des médecins du travail à la CMT porteur des questions de la profession, l'assistant médical 2 est aussi saisi d'inquiétudes, plus individuelles de médecins du travail, face à l'outil.

Ces modalités de construction des réunions se retrouvent dans le groupe 2 avec l'assistant médical représentant du personnel. De la même façon, il ne se pose pas en position de sachant dans le groupe. Il fait systématiquement le recueil des perceptions et doléances de

ses collègues, et parfois d'une manière plus large, afin d'être porteur d'une connaissance à faire partager au groupe. Lorsqu'il n'a pas de retour ou qu'il n'a pas pu préparer, il explique au groupe qu'il n'a rien à dire.

Il apparaît que les personnes en position asymétrique défavorable assument plus de rôles lorsqu'elles ont la possibilité de préparer les réunions des groupes projet, notamment parce qu'elles sont représentants métier ou des équipes pluridisciplinaires. Ce résultat est la conséquence de la possibilité offerte par l'organisation de prendre du temps afin de préparer les réunions. Cette notion de temps est importante dans le cadre des groupes projet car elle n'est apparue que peu dans les réunions et dans les entretiens mais a été un élément récurrent de la participation observante.

Un assistant médical explique en entretien, suite à un groupe projet :

« Il faut comprendre qu'aujourd'hui, s'inscrire dans ces démarches de groupe projet, c'est encore pour nous du temps en plus. Pour qu'il y ait un véritable investissement, il faut que l'on admette que c'est du temps de travail. Il faut que ça émerge naturellement, que ça apparaisse comme un travail « normal » aux yeux de la direction comme des médecins du travail, que ce ne soit plus quelque chose qui se rajoute en plus de notre charge de travail habituelle »

Pour les personnes ayant un statut d'assistant médical qui n'ont pas comme les médecins du travail, les IDEST ou les IPRP des possibilités de régulation de leur activité, notamment grâce aux « 1/3 temps », il est plus compliqué de réussir à gérer le temps de travail. Cette difficulté est accrue lorsque votre position asymétrique défavorable fait que vous êtes dans la position du statut à qui tout le monde s'adresse afin de demander quelque chose. Il y a ainsi une multitude de petites tâches, souvent invisibles qui viennent s'ajouter aux tâches prescrites et qu'il faut néanmoins pouvoir assumer pour répondre aux attentes et besoins des adhérents et des travailleurs. Il est compliqué de venir intégrer des procédés complexes tels que les processus projet, qui du fait de leur fonctionnement participatif, s'avèrent chronophages. Afin de pouvoir espérer généraliser les résultats des statuts en position asymétrique défavorable constatés dans les groupes 2 et 4, il est nécessaire que l'organisation du travail intègre pour ces statuts, lorsqu'ils intègrent des groupes projet, des temps dédiés, non seulement aux périodes de réunion du projet, mais aussi, à la préparation, à des échanges entre pairs ou avec des experts qui permettent aux personnes de monter en compétence, de se former sur les sujets qu'elles jugent

pertinents, de pouvoir construire par des coopérations intermétiers les expérimentations ou les hypothèses et idées, de les confronter avant les réunions. Ces modalités permettent d'évaluer, de réduire le champ des possibles en amont des réunions lors desquelles sont ensuite construites collectivement les décisions. Il apparaît ainsi que ces résultats confirment que la définition des modalités encadrant l'activité des groupes projet participe de la constitution des freins ou des leviers au développement du débat interprofessionnel attribués aux asymétries statutaires. Il apparaît également que les rôles peuvent être porteurs de dynamiques collectives permettant l'émergence de solutions créatives et de la montée en compétence des personnes et des équipes pluriprofessionnelles par la présence de débats interprofessionnels ces dernières, alors que les asymétries statutaires devenaient effectives par les différents rôles endossés par les personnes.

7.3 Actions et dynamiques d'action dans les projets

Il s'agit dans cette partie de faire émerger des résultats caractéristiques soutenant les actions des personnes qui sont des leviers à des dynamiques d'action. Celles-ci sont caractérisées par des régularités, des schèmes qui se retrouvent systématiquement lorsqu'une action a eu lieu (Récopé, 2006). Ainsi, suite à une action spécifique, il s'agit de mettre en relief dans les résultats les régularités qui peuvent émerger. Par exemple dans l'ordre de déclenchement des différents types d'action et de les mettre en lien avec les statuts professionnels réalisant les actions.

Par ailleurs, il s'agit en outre d'identifier si certaines actions ne sont pas au contraire le produit de dynamiques d'action. Dans ce cas précis, il s'agira de regarder plus précisément les modalités de construction de la décision : comment l'action de décision se prépare-t-elle ? Est-elle un levier à des dynamiques d'action ou le résultat d'une construction, d'un schème d'action identifiable ? On cherche également à montrer l'impact des statuts professionnels en tant que frein ou levier, en faisant le lien des dynamiques d'action identifiées, notamment en faisant le lien entre ces dernières, les actions réalisées et le statut professionnel.

Afin de construire les résultats, plusieurs modalités d'administration de la preuve sont proposées. En premier lieu, des données quantitatives, afin de permettre de comparer, de faire émerger des régularités autorise à faire émerger les régularités dans la réalisation des actions par les personnes. Ces données quantitatives sont accompagnées de chroniques d'activité qui ont pour objectif de resituer le chiffre dans la dynamique de l'activité conjointe de personnes. En outre, l'observation participante vient éclairer l'ensemble en apportant des éléments de la perception du chercheur, de sa compréhension de ce qui se joue au sein du collectif, du vécu, etc...

Il ne s'agit pas de présenter l'ensemble de la chronique d'activité de la réunion du groupe projet de conception mais de faire des focales sur des moments précis. Les régularités apparaissent par la confrontation des différents cas particuliers entre eux ce qui permet de montrer en quoi les résultats de chaque groupe projet ont des caractéristiques soutenant les actions des personnes qui s'avèrent être des leviers aux dynamiques d'action.

7.3.1 Les dynamiques d'action émergeant des résultats

Afin de saisir les dynamiques que peuvent engendrer les différentes actions lors des groupes projet de conception, nous avons analysé pour chacune d'entre elles ce qu'elles produisaient. Ainsi, il s'agit de regarder pour chaque type d'action laquelle en est issue. Une fois ces données traitées, l'objet est de confronter les résultats des différents groupes afin de faire émerger les régularités si elles existent afin de pouvoir les présenter sous un format global qui permette au lecteur de comparer.

Dans tous les cas, nous nous sommes concentrés sur les actions immédiatement suivantes dans les chroniques d'activité. Ces actions sont issues de la situation mise en place par la première action. Le phasage de l'activité a été respecté. Ainsi, lorsqu'intervient un changement de sujet, il coupe la chaîne d'action.

7.3.1.1 Des asymétries qui ouvrent des possibilités d'actions

La première donnée observée est l'action qui ouvre les séquences des chroniques d'activité, entre chaque changement de sujet. Il s'agit de comprendre quel type d'action les personnes réalisent en début de séquence. Il émerge des données quantitatives une caractéristique commune à l'ensemble des groupes projets. C'est une action de la catégorie « Fluidifie les relations, trouve des compromis, encourage » qui est réalisée à chaque fois qu'est identifiée une nouvelle phase de la chronique d'activité.

Cette régularité apparaît quels que soient les groupes projet examinés comme le souligne la Figure 82.

	Fluidifie les relations...	Autre
G1	90%	10%
G2	100%	0%
G3	98%	2%
G4	100%	0%
TOTAL	98%	2%

Figure 82 Type d'action débutant une séquence / Type of action starting a sequence

Lors des groupes projet, les actions de la catégorie « Fluidifie les relations, trouve des compromis, encourage » sont réalisées majoritairement par des personnes en position asymétrique favorable, comme l'illustre la Figure 83. Ce sont en effet les personnes ayant les statuts de coordinateur du projet et de médecin du travail qui réalisent la majorité des actions et qui ouvrent les séquences, ainsi que le partenaire du projet dans le groupe 4.

	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
G1	4%	8%	38%	46%	4%	0%
G2	12%	0%	16%	26%	47%	0%
G3	9%	16%	9%	20%	39%	7%
G4	5%	20%	2%	12%	10%	51%
TOTAL	9%	13%	17%	28%	32%	18%

Figure 83 Statut des personnes qui réalisent les actions débutant les séquences / Status of the people who carry out the actions starting the sequences

La présentation des données quantitatives sous forme graphique, à la Figure 84, permet de mettre en lumière des éléments supplémentaires. La perception de ce que représente la part des actions réalisées permet de faire émerger les asymétries effectives. La représentation graphique des données quantitatives permet de constater qu'au fur et à mesure de la succession des groupes dans le temps, les personnes en position asymétrique défavorable réalisent une part plus importante des actions de la catégorie « Fluidifie les relations, trouve des compromis, encourage ».

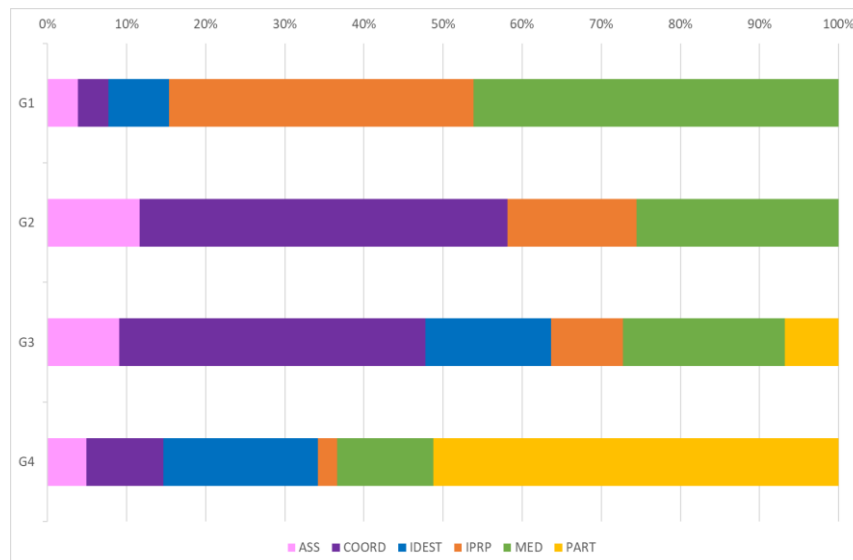


Figure 84 Graphique du statut des personnes qui réalisent les actions débutant les séquences / Status graph of the people performing the actions starting the sequences

L'observation participante permet d'éclairer les différences que font apparaître les données quantitatives. Elle montre que dans le groupe 1, la part importante d'action réalisée par l'IPRP est liée à son positionnement de co-inventeur de l'idée fondatrice du projet avec le médecin du travail. Cette position le place en position d'animation du groupe projet, ce qui l'amène à réaliser des actions de la catégorie « Fluidifie les relations, trouve des compromis, encourage ». Dans le groupe 4, la direction du SSTI confie au partenaire du projet la mission d'animer les différentes réunions afin de mettre en place un cadre participatif fondé sur la coconception de de la solution et des prises de décision entre les différents statuts professionnels engagés dans le groupe projet. L'observation participante permet de constater que les personnes en position asymétrique défavorable réalisent davantage d'actions dans des contextes lors desquels un cadre participatif est co-construit tels que le groupe 3-3 et le groupe 4.

Les données quantitatives font apparaître que les actions qui succèdent à celles de la catégorie « Fluidifie les relations, trouve des compromis, encourage », comme le montre la Figure 85, appartiennent aux catégories suivantes :

- « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet »
- « Fluidifie les relations, trouve des compromis, encourage »

	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
G1	26%	13%	3%	48%	10%
G2	23%	13%	0%	60%	4%
G3	26%	13%	1%	56%	4%
G4	36%	9%	0%	48%	6%
TOTAL	28%	12%	1%	54%	5%

Figure 85 Actions réalisées suite à une action de la catégorie « Fluidifie les relations, trouve des compromis, encourage » / Actions carried out following an action in the "Fluidify relations, find compromises, encourage" category

Il y a une homogénéité dans l'ensemble des groupes. Les données quantitatives permettent de constater les actions réalisées de la catégorie « Fluidifie les relations, trouve des compromis, encourage » qui ouvrent des possibilités d'actions pour les personnes, quelles que soient leurs positions au sein des groupes projet. L'observation participante permet de révéler que cette catégorie d'action est un levier pour les échanges intermétiers, des débats sur les pratiques de métier. Comme le montre l'extrait tiré de la réunion du groupe G4-2, suite à l'introduction d'un nouveau sujet dans le groupe.

- **Partenaire du projet** : donc, ce qu'on dit, c'est que la première étape, c'est qu'au moment... en amont... au moment où vous allez chercher le dossier médical papier finalement, vous le sortez, ben vous saisissez le rdv dans [la plateforme collaborative]...

[Aparté :

- **Ergonome 2** : j'ai pas compris
- **Ergonome 1** : au moment où ils vont chercher le dossier aux archives, ils le saisissent... qui vient quand ?
-
- **Assistant Médical 2** : on va chercher le dossier pour le médecin, on ne va pas chercher le dossier pour l'infirmière par exemple ?
- **Partenaire du projet** : il faut quelque part qu'on saisisse les rdv infirmier aussi, puisque sur l'IPad, finalement... sur la tablette, les personnes qui ont une préparation infirmier doivent être enregistrées. Donc, qu'est-ce qu'on dit ? on dit... les assistants... aujourd'hui, pour les rdv médecin, finalement, je me demande s'il ne faut pas qu'on fasse plutôt la visite sur site, parce qu'elle est très très proche entre médecin et infirmier
- **Assistant Médical 3** : oui ! c'est la visite sur site qu'il faut qu'on fasse !
- **Partenaire du projet** : voilà, et le deuxième cas, c'est la visite de reprise
- **Médecin du travail 1** : mais il faut aussi réfléchir à comment on va coordonner le fait que l'infirmière et le médecin vont avoir les visites en même temps aussi...
- **Assistant Médical 2** : ah ben, c'est sûr, même, c'est sûr

L'action initiale a pour objet d'encourager les personnes à exprimer ce qu'elles réalisent lors de certaines opérations de préparation de la visite avec le dossier médical papier afin

d'imaginer les transformations organisationnelles à envisager avec un outil dans lequel le dossier médical serait numérique. Ainsi, les personnes reviennent dans ces échanges au réel du travail. L'observation participante permet de révéler que les assistants médicaux et les médecins du travail réagissent, évaluent les propositions émises par les autres et émettent des contrepropositions. Ils réalisent des actions des catégories « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet » et « Propose une solution organisationnelle, technique ou de réflexion visant à faire progresser la conception vers une résolution du problème ».

7.3.1.2 Les actions des personnes en position asymétrique favorable orientent celles des autres personnes

Les données quantitatives permettent de constater (Figure 86), que lorsqu'une action est réalisée, la plus forte proportion d'actions réalisées est celle de la même catégorie pour les catégorie :

- « Propose une solution... »
- « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... »

Pour les autres catégories d'action, c'est la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » qui arrive en tête, la catégorie éponyme se trouve toujours en seconde position.

Actions réalisées suite à une action du type :	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation ...
Fluidifie les relations	28%	12%	1%	54%	5%
Propose une solution	7%	49%	1%	39%	3%
Est à l'origine de la formalisation de la décision	9%	25%	10%	43%	12%
Emet un avis, une évaluation positive ou négative	14%	16%	1%	65%	4%
Propose ou prend en charge les questions relative à l'organisation	8%	8%	2%	50%	32%

Figure 86 Succession des actions lors des chroniques d'activité / Succession of actions during activity chronicles

Les résultats font émerger une reproductibilité forte de l'action « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation » par une autre personne lorsque celle-ci est accomplie. La dynamique d'action est particulièrement remarquable pour cette action car cette action est peu réalisée. Elle représente 6% du total des actions effectuées lors des groupes projet par les personnes quel que soit leur statut professionnel. La catégorie d'action la plus réalisée par les personnes en position asymétrique défavorable, « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... », est celle qui a la plus forte reproductibilité et qui est la plus réalisée suite à tout autre catégorie d'action.

Les données quantitatives permettent de constater que les catégories « Propose une solution » et « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation », qui sont majoritairement réalisées par les personnes en position asymétrique favorable, se succèdent ou font suite à des actions de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision ». Comme le montre la Figure 87, il apparaît sur la chronique d'activité que la première action réalisée par le coordinateur de projet est de la catégorie « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation ».

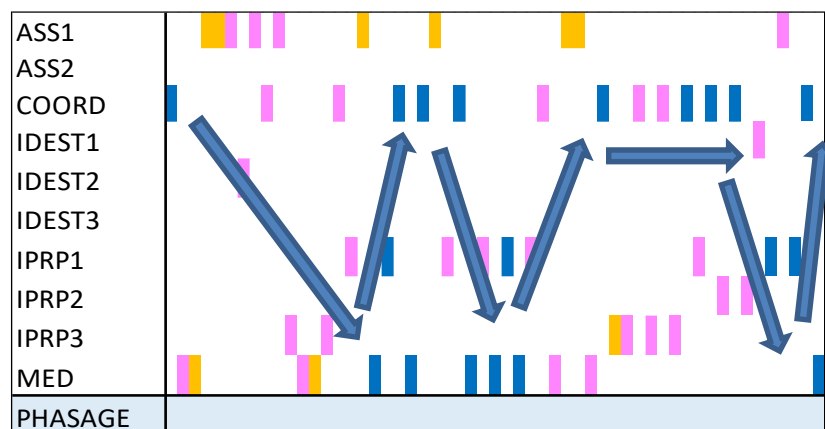


Figure 87 Exemple de dynamique d'action « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation » - G1 / Example of action dynamics "Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation"

Il semblerait que l'action « Est à l'origine de la formalisation de la décision » engendre une dynamique d'action « organisationnelle » réalisées par les personnes en position asymétrique favorable.

Il y a peu d'actions de la catégorie « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation » de réalisées lors des groupes. Il est notable de constater qu'elles apparaissent groupées dans les chroniques d'activité. La chronique d'activité permet de constater (Figure

87) que les statuts professionnels ne réalisent pas les mêmes catégories d'action. L'exemple montre un temps où les questions opératoires deviennent prégnantes dans les échanges. La première des actions en bleu, est initiée par le coordinateur du projet. Le chemin de flèches de la Figure 87 permet de suivre les personnes de différents statuts qui réalisent ces actions : Coordinateur, médecin du travail et IPRP. Ce sont les 3 statuts qui sont en position asymétrique favorable dans ce groupe 1. Les statuts en position asymétrique défavorable réalisent quelques actions de soutien des catégories « Fluidifie les relations... » ou « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». Ce sont des actions qui permettent d'affiner la construction de la planification des tâches et de des différentes phases du projet. Les personnes en position asymétrique défavorable réalisent en revanche moins d'actions que celles ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable. Ces dernières cumulent les actions de la catégorie « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation » avec d'autres, en particulier de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ».

Il a été montré au chapitre 7.1.1.2 que les personnes ayant des statuts professionnels les plaçant en position d'asymétrie favorable réalisent le plus d'actions au sein du groupe. Elles sont ainsi celles qui sont porteuses des dynamiques d'action. L'observation participante permet de révéler que lors des réunions du groupe, ce sont les deux médecins du travail qui envisagent les questions de gestion du projet. S'ils distribuent des tâches aux personnes des différents statuts professionnels, ils les associent quasi systématiquement à un délai (planification). De la même manière, l'objectif du groupe n'est pas simplement posé en terme de production matérielle.

Le coordinateur du projet comme le médecin du travail l'envisagent en terme de proposition aux adhérents, ce qui suggère nécessairement une organisation d'invitations, de communication afin de relayer l'information. Il s'agit par la suite d'être en mesure de préparer matériellement cette restitution. Ce sont l'ensemble de ces éléments qui sont présents dans les différentes actions des personnes en position asymétrique favorable. L'observation participante permet de révéler que les personnes en position asymétrique défavorable apportent des éléments de connaissances, de contexte qui permettent de fixer et de définir l'opérateur.

Les dynamiques d'action de la catégorie « propose une solution » font apparaître le même processus comme le fait apparaître la chronique d'activité à la Figure 88.

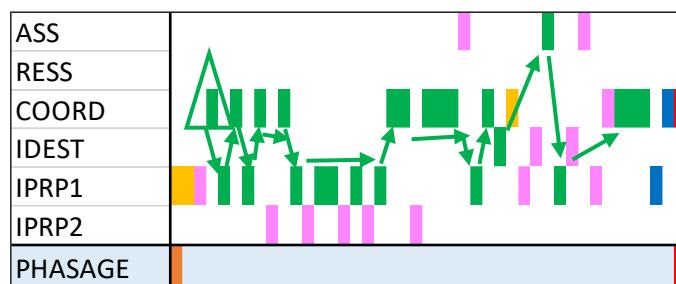


Figure 88 Exemple de dynamique d'action « Propose une solution » - G3 / Example of action dynamics "Propose une solution" – G3

Il apparaît dans cet exemple issu du groupe G3 que si l'IPRP réalise l'action initiale c'est le coordinateur, ici la directrice du SSTI, qui réalise la première action « Propose une solution ». Par la suite, l'IPRP1 réalise lui aussi des actions de la même catégorie. L'observation participante permet de révéler que cet IPRP est celui qui a pris en main la conception du processus d'identification et de catégorisation des situations de désinsertion professionnelle. Les personnes en position asymétrique défavorable réalisent des actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». Cela est commun aux deux groupes comparés, de la même manière que les chroniques d'activités permettent de constater que les personnes en position asymétrique défavorable ne réalisent pas ou peu l'action initiale. L'observation participante permet de révéler que lors de ces échanges, le coordinateur de projet émet des hypothèses et des idées qui soutiennent différentes possibilités pour atteindre des solutions au problème. C'est ce qu'illustre l'extrait suivant du coordinateur de projet lors de la réunion G3-3 :

« [Il faudrait] peut-être essayer de trouver le logigramme et le renvoyer aux partenaires pour [...] pour répondre au point 1 qui était sensation de perte de temps par rapport à des situations antérieures, voilà, il y a eu un travail de fait pour redéfinir le flux et ne pas [...] freiner ce qui fonctionnait antérieurement [...] tout en favorisant le retour d'expérience pour favoriser cette coordination. [...] soit il faut convaincre, il faut aller en discuter avec le médecin »

L'IDEST présente dans le groupe réalise alors une action de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres »

« heu... j'ai ouïe dire qu'il y aurait un médecin qui trouve que c'est beaucoup plus long de travailler avec la cellule que... peut-être beaucoup plus de médecins... hein... mais y'en a un hein, voilà ! donc... »

Ainsi, il apparaît que les dynamiques d'action sont conditionnées par les asymétries dans les groupes projet. Les données quantitatives font apparaître que c'est l'action « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » qui succède à la plupart des actions. Cependant, l'analyse des chroniques, éclairée par l'observation participante permet de constater que lorsque ce sont des personnes en position asymétrique favorable qui réalisent les actions initiales, elles orientent les personnes en position asymétrique défavorable vers les mêmes catégories d'action. Il y a toutefois toujours des actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » présentes, car le débat ou l'évaluation sont toujours présents dans le groupe autour des questions soulevées. La catégorie d'action « Est à l'origine de la formalisation de la décision » ne participe pas de ce fonctionnement car elle répond à une construction qui lui est propre. Ces résultats confirment que lors des groupes projet de conception en SSTI, les statuts professionnels (médecin, assistant médical, IDEST, IPRP) déterminent largement les actions réalisées et les rôles endossés par les personnes. Ils montrent cependant que la réalisation des actions n'apparaît pas comme un frein mais entraîne les autres personnes à en réaliser à leur tour, condition du développement du débat interprofessionnel comme de la pluridisciplinarité.

7.3.1.3 Des dynamiques d'action issues des échanges sur les manières de faire

Les données quantitatives permettent de constater des régularités lors de l'ensemble des groupes dans la réalisation de l'action de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive... » (Figure 89). Il apparaît que cette action est en moyenne 4,2 fois plus importante que les actions « Fluidifie les relations... » et « Propose une solution... ».

	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
G1	11%	18%	2%	62%	8%
G2	13%	13%	0%	72%	3%
G3	16%	18%	1%	63%	3%
G4	17%	17%	0%	62%	4%

Figure 89 Répartition des actions réalisées par groupe / Distribution of actions carried out by group

Les données quantitatives présentées à la Figure 86 permettent de constater que lorsqu'une personne réalise une action de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... », les actions qui succèdent sont majoritairement de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». Les différentes chroniques d'activité proposées dans les paragraphes précédents mettent en lumière que les différentes dynamiques d'action sont issues des échanges et débats sur le réel du travail, des évaluations qui se construisent par la réalisation d'actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». Les données quantitatives font apparaître des dynamiques d'action de la catégorie « Propose une solution » en premier lieu, puis « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation » et enfin « Est à l'origine de la formalisation de la décision ».

Il apparaît, dans la chronique d'activité de la Figure 90, la manière dont la dynamique d'action de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » se construit en situation.

ASS	
COORD	
RESS	
IDEST	
IPRP	
MED	
PHASAGE	

Figure 90 Extrait de la chronique d'activité du G2 / Extract from the Group 2's chronicle of activity

L'assistant informatique (RESS), en position asymétrique défavorable est à l'origine de la dynamique d'action de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». L'extrait de la chronique d'activité du G2 montre que les actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive... » qui suivent l'action initiale sont alors réalisées par l'ensemble des autres statuts professionnels, quelle que soit leur position. Les personnes ayant un statut d'assistant médical ne réalisent aucune action. En revanche, les actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive... » qui apparaissent dans la chronique sont de nature différente. Certaines de ces actions ont pour objectif d'informer ou d'apporter des connaissances aux autres personnes sur le contexte ou sur l'outil concerné par l'expérimentation. D'autres évaluent les propos, les actions ou les retours d'expériences. L'observation participante permet de révéler que lors des échanges, les personnes commencent

à évaluer les propositions ou les pratiques d'autrui et les débats qui s'en suivent, fondés sur les évaluations, sont sources d'apport de connaissances sur le contexte ou techniques. Il n'y a pas de barrières entre les catégories d'action, elles sont au contraire des leviers qui permettent de passer de l'une à l'autre.

Les échanges correspondants montrent que la nature des actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive... » n'est pas nécessairement identique en fonction du statut des personnes et des asymétries effectives.

- *« **Assistant informatique** : Il faut faire remonter des droits au niveau des assistants médicaux, pour l'instant rien n'est possible*
- ***Médecin du travail** : sauf que tant que l'on ne peut pas travailler à plusieurs sur une VLT ouverte, si on ouvre des droits à une assistante pour qu'elle entre la structure organisationnelle, administrative et un certain nombre de points, personne d'autre ne peut écrire dessus, donc on est obligé de la valider, de la consolider et de recommencer*
- ***IDEST** : ohhh... ah... oui d'accord*
- ***Coordinateur du projet** : l'intérêt du coup, c'est qu'on puisse travailler à plusieurs dessus*
- ***Médecin du travail** : exactement*
- ***IPRP** : mais ça, ça fait partie des points bloquant normalement*
- ***Médecin du travail** : tant qu'on ne peut pas travailler à plusieurs dessus, si on est 3 à travailler dessus, comme on ne peut récupérer que si on fait une création, si on travaille dessus on fait 3 créations de FE la même année dans le même mois pour la même entreprise*
- ***IPRP** : n'importe quoi*
- ***Coordinateur du projet** : ça, c'est un point qui a été remonté à Val sur lequel ils doivent travailler et c'est un des points que l'on a soumis là au départ, c'est que le but c'est d'abord qu'avant que l'outil soit le centre des débats, c'est que l'organisation soit une organisation qui aille vers un travail pluridisciplinaire et que l'outil vienne s'inscrire dans ce travail pluridisciplinaire, et pas l'inverse. Et si l'on veut cela, il faut que l'outil soit un outil pluridisciplinaire »*

Il apparaît donc que ce ne sont pas nécessairement des personnes en position asymétrique favorable qui sont initiatrices des dynamiques d'action. Cela est plus particulièrement le cas de l'action « Emet un avis, une évaluation positive... » car en fonction des situations, des personnes théoriquement en position asymétrique défavorable peuvent se trouver dans des situations dans lesquelles leurs connaissances spécifiques ou leur expertise les placent au centre des débats. C'est le cas dans l'exemple précédent où l'assistant informatique maîtrise les outils et les procédures, pas les autres membres du groupe. L'observation

participante permet de mettre en lumière que ce phénomène a aussi été rendu possible par la préparation des réunions, des objectifs de la conception et la mise en place d'une réflexion sur les possibilités d'évolution du métier et de transformations organisationnelles qui pourraient l'accompagner comme cela a été montré au paragraphe 7.1.1.3.2.. Cette préparation des réunions permet aux personnes ayant le statut d'assistant médical, en préparant les réunions de monter en compétence car ils s'informent auprès des autres statuts professionnels de ce qui leur serait nécessaire, d'un point de vue organisationnel comme du point de vue de l'outil. C'est ce qui permet ensuite les dynamiques d'action lorsqu'il y a des débats sur les questions de métier, et que les positions asymétriques ne sont alors pas seulement en lien avec les statuts professionnels mais aussi avec la représentation métier, le statut institutionnel comme cela a été montré au paragraphe 7.2.5.1.

L'observation participante permet de relever que lorsqu'un sujet de débat est présent au centre des échanges du groupe, il concentre l'attention, les retours d'expérience et les évaluations des personnes présentes. Par exemple, dans le groupe 4, une succession d'actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet » est réalisée par les membres du groupe :

Coordinateur de projet : dans ces cas-là, à un moment donné, y'a deux... aujourd'hui, c'est le choix qui a été fait, mais si vous voulez changer, encore une fois.... C'était de ne pas gérer le dossier médical dans [la plateforme technologique collaborative], hein, on a dit dans la phase pilote, on ne gère pas le dossier médical complet, on est sur une expérimentation salle d'attente complet où on recueille des données en salle d'attente...

Médecin du travail 3 : non, non... ce n'est pas bien... non, non

Médecin du travail 1 : non, non, mais c'est pas ça !

Assistant Médical 2 : [la plateforme technologique collaborative] ne remplace pas [l'ancien outil métier]

Médecin du travail 1 : (fort, agressive) c'est sûr, on a la partie médicale, mais je vais devoir le ressaisir sur [l'ancien outil métier]... mais c'est pour ne pas doubler le travail, je trouve ridicule de ne pas pouvoir intégrer ce qu'on a déjà.... Pourquoi je dois reposer toutes ces questions !

Coordinateur de projet : et bien tu ne les reposes pas si tu ne veux pas !

IPRP 1 : tu ne les reposes pas

Médecin du travail 1 : je suis d'accord, je suis d'accord, je ne les repose pas, mais je ne les mets pas sur [l'ancien outil métier]... et si un jour on veut extraire des données de [l'ancien outil métier]

Coordinateur de projet : la donnée, tu l'as...

IPRP 1 : tu l'auras sur [la plateforme technologique collaborative], tu pourras la requêter sur [la plateforme technologique collaborative]

Médecin du travail 1 : mais alors, c'est très bien, mais il faudrait harmoniser ça parce que sinon, on va créer un biais

Coordinateur de projet : (lentement, voix haute, veut appuyer sur la pédagogie) aujourd'hui, ce qu'on a dit, c'est qu'on est sur une phase « pilote », d'accord ? une phase pilote, c'est une phase d'expérimentation sur laquelle on fait une petite partie, d'accord ?

Médecin du travail 1 : oui, ça oui

Coordinateur de projet : ce qui a été choisi en CMT [elle appuie sur le mot CMT], dans cette phase « pilote », c'était de gérer le recueil de données dans des salles d'attente...

Médecin du travail 1 : oui, ça oui

Coordinateur de projet : [appuie ses mots] dans des salles d'attente et de ne pas gérer la totalité [appuie sur les mots gérer la totalité] du dossier médical, dans [la plateforme technologique collaborative]. On est d'accord ? c'est-à-dire qu'on a pour les infirmières, pourquoi pas jusqu'à l'édition... sur les infirmières, c'est autre chose puisque de toute façon, c'est des commentaires sur des déclarations de salariés, on est d'accord ? vous ne changez rien finalement. Donc, là, ce n'est pas un problème. Elles éditent, ça fait office d'entretien infirmier...

Partenaire du projet : et elles peuvent sortir les notes sous forme de texte libre

Coordinateur de projet : voilà, et vous saisissez... donc, pour l'infirmière, ça ne pose pas de problème, derrière, vous pouvez même aller jusqu'à l'édition de l'attestation VIP, l'attestation de suivi et vous poussez tout dans [l'ancien outil métier]. Là-dessus, pas de problème, pas de besoins de ressaisi. Pour le médecin, on n'a pas validé en CMT le fait d'expérimenter le dossier médical, attention !

Médecin du travail 1 : donc, ça veut dire que je dois saisir tout dans mon dossier, point !

Coordinateur de projet : ce que tu veux... ça... ce que tu veux dans ton dossier médical...

Médecin du travail 1 : oui, parce que si ce n'est pas considéré comme des données dans mon dossier médical, je dois tout ressaisir, et ce n'est pas un problème, je vais le faire... mais je veux juste comprendre le processus, c'est tout !

Dans cet échange, les personnes en position asymétrique favorable, médecin 1 et le coordinateur du projet, transmettent des informations et permettent un débat sur la confrontation du réel du travail aux éléments de prescription de celui-ci qui sont amenés par le coordinateur

du projet. Le partenaire du projet, comme développeur système, apporte des solutions et des contraintes techniques dont il doit informer les participants et qui sont évaluées par ceux-ci.

L'observation participante permet de constater une diversité et une richesse des actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet » en raison de cet apport pluriprofessionnel. Ces actions, en fonction des statuts ou des personnes qui les réalisent sont diverses et peuvent ouvrir des champs des possibles diversifiés. Par exemple, dans l'exemple ci-dessus, alors que l'ensemble de l'échange porte sur les modalités de gestion des données médicales, l'IPRP 1 intervient :

<p><i>IPRP 1 : tu l'auras sur [la plateforme technologique collaborative], tu pourras la requêter sur [la plateforme technologique collaborative]</i></p> <p><i>Médecin du travail 1 : mais alors, c'est très bien, mais il faudrait harmoniser ça parce que sinon, on va créer un biais</i></p>
--

Cette IPRP ouvre une courte parenthèse avec le médecin sur la question des données épidémiologiques. La proposition du médecin 1 est importante car elle demeure suite à la réunion du projet et c'est à partir de la base de cette proposition que ne cesse de défendre le médecin du travail, et qui sera reprise par d'autres de ses collègues que se met en place dans le SSTI une politique d'harmonisation des caractérisations des situations de travail, des risques et des pathologies par l'utilisation systématique de thésaurus harmonisés entre les métiers. Un guide régional d'utilisation de ces thésaurus est publié accompagné d'un sous-main.

Il apparaît ainsi que la réalisation d'une action de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » par une personne en position asymétrique favorable a orienté l'action des autres personnes vers des actions similaires. Il y a une dynamique d'action « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » qui soutient le débat entre les personnes du groupe projet et permet de préciser le cadre institutionnel au sein duquel s'inscrit le processus de conception. Il apparaît également des actions de la catégorie « Propose une solution », issues de cette dynamique d'action, qui sont elles aussi à l'origine, plus tard d'une dynamique d'action « Propose une solution » qui permettra de lancer un processus de conception à l'origine de la construction d'une partie de la solution.

Ainsi, comme il est apparu, l'observation participante permet de caractériser la nature de certaines des actions afin de montrer les nuances existantes et la richesse des actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». Il apparaît que certaines sont de nature évaluative, d'autres informative ou de nature épistémique. Par exemple le médecin du travail lors du groupe 2 donne à voir ses manières de faire, ses expériences, transmettant ainsi des connaissances aux autres personnes qui participent au groupe :

« Médecin du travail : Après, nous, on se heurte, on se heurte à l'outil... c'est-à-dire que quand on rapatrie les risques, en admettant qu'il y en ait 45 ou je ne sais combien, le début d'exposition, il se met automatiquement au début de la date de la visite... ça veut dire qu'il faut changer la date sur les 45 lignes... et le copier/coller ne fonctionne pas ! Donc, en l'état actuel... donc, voilà, en l'état actuel si on veut rapatrier les risques, ce qui est un des objectifs de la Visites des Lieux de Travail... »

D'autres actions sont considérées comme évaluatives ou évaluatives. C'est ainsi le cas dans le groupe 3 lorsque le coordinateur du projet réagit à une proposition de l'informaticien du SSTI qu'il évalue alors négativement :

« Coordinateur du projet : « non mais c'est n'importe quoi, franchement ! c'est une usine à gaz... c'est vraiment le truc, tu vois... heu... voilà... »

Certaines de ces actions ne sont pas nécessairement accompagnées d'un échange verbal. L'action corporelle des personnes, en situation, se suffit à elle-même et est compréhensible par les autres acteurs à l'instar du médecin du travail dans l'exemple suivant :

Médecin du travail : (Fait la moue et un geste « on passe » de la main)

Cette action de valuation est de la même nature que les « oui ! », « non ! » ou « c'est bien ! » prononcés spontanément en situation lors des échanges par les différentes personnes et qui participent cependant à informer l'ensemble du groupe sur la situation, la compréhension parfois des acteurs ou leur positionnement face à des axes stratégiques du projet. C'est une partie importante de la synchronisation cognitive qui doit permettre de ne pas isoler des pans entiers des groupes projet.

Ainsi apparaît dans les caractéristiques de la Figure 91 ce qui relève de l'apport de connaissances techniques ou sur le contexte ou de l'évaluation. Les données quantitatives montrent une faible variabilité de la répartition des actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » entre évaluation et apport de connaissances des différents statuts

professionnels les uns par rapport aux autres. Ceci signifie que quelles que soient leur position asymétrique dans le groupe, les personnes réalisent des actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » qui permettent d'apporter des connaissances et d'enrichir les autres membres du groupe. L'observation participante permet de révéler que ces échanges, encadrés par un coordinateur et réalisés dans un cadre prescrit permettent un partage d'expériences intermétiers et des possibilités de controverses. L'intérêt est qu'ils sont de plus fondés sur une demande des participants.

	Evaluation	Apport de connaissances
ASS	31%	69%
COORD	29%	71%
IDEST	32%	68%
IPRP	31%	69%
MED	36%	64%

Figure 91 Répartition des actions « Emet un avis, une évaluation positive... » entre évaluation et apport de connaissances / Distribution of actions " Emet un avis, une évaluation positive... " between evaluation and contribution of knowledge

Il apparait que les dynamiques d'action « Emet un avis, une évaluation positive... » émergent par l'apport des personnes qui sont en position d'apporter une expertise quelle que soit leur position asymétrique. Il ressort cependant que les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable structurent et apportent des connaissances techniques, contextuelles et une expertise professionnelle et théorique lors de débats intermétiers. Celles-ci sont également celles qui sont en mesure d'apporter les éléments structurant du cadre participatif. Ces débats engagent l'ensemble des statuts professionnels et représentent la part principale de l'activité des personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique défavorable. Ces résultats permettent de mettre en lumière qu'à partir du moment où le débat interprofessionnel est existant, il apparait que les asymétries tendent à s'atténuer. Il existe alors des espaces pour les personnes en position asymétrique défavorable pour faire entendre leur expertise. Par ces échanges, les personnes gagnent la possibilité de pouvoir renégocier les cadres prescrits, les moyens et permettent l'émergence de solutions créatives et de la montée en compétence des personnes et des équipes pluriprofessionnelles par la présence de débats interprofessionnels.

7.3.2 Des débats et des évaluations qui ouvrent les possibilités de se projeter et de proposer

Comme le met en lumière le chapitre 7.3.1, les résultats montrent que les actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive... » tiennent une place prédominante dans l'ensemble des groupes projet. Comment s'articule la relation entre les actions des catégories « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » et « Propose une solution » dans les groupes projet qui sont orientés vers la conception, c'est-à-dire les groupes 2, 3 et 4, ? Quelles sont les dynamiques qui en émergent ?

Les données quantitatives permettent de constater que l'action « Propose une solution... » est, avec 47%, la seconde action la plus réalisée suite à une action « Emet un avis, une évaluation positive... », lorsque celle-ci ne se reproduit pas (Figure 86). Il apparaît un « schéma » dans la réalisation des actions... par les personnes... lors des groupes projet.

- « Fluidifie les relations »
 - « Emet un avis, une évaluation positive... »
 - « Emet un avis, une évaluation positive... »
 - « Propose une solution »
 - « Emet un avis, une évaluation positive... »
 - « Propose une solution »
 - « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... »
 - « Fluidifie les relations »

La chronique d'activité de la Figure 92 présentée en exemple, permet de constater une succession d'actions des catégories suivant le schéma ci-dessus dans un contexte où le partenaire du projet et le médecin du travail sont en position asymétrique favorable avec la présence de nombreux participants de statuts professionnels différents.

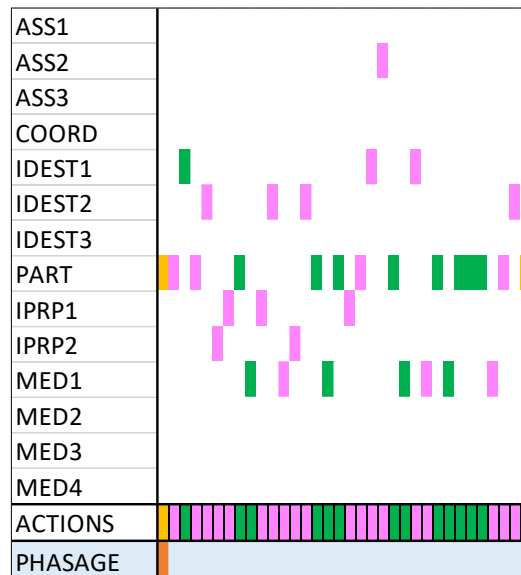


Figure 92 Exemple de chronique d'activité –
Groupe 4-1 / Example of activity chronicle -
Group 4-1

La chronique d'activité permet de constater les différentes successions d'actions initiées par le partenaire du projet. L'observation participante permet de révéler des boucles itératives amenant les personnes des concepts au terrain, à l'évaluation des procédés et des retours d'expérience, pour revenir à des projections et des propositions de solution de développement. La coexistence d'actions des catégories « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » et « Propose une solution » est confirmée dans l'ensemble des groupes.

Le second exemple présenté (Figure 93), issu du groupe 3-1 permet de constater lui-aussi que la solution est une construction fondée sur la réalisation d'actions des catégories :

- « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet »
- « Propose une solution organisationnelle, technique ou de réflexion visant à faire progresser la conception vers une résolution du problème »

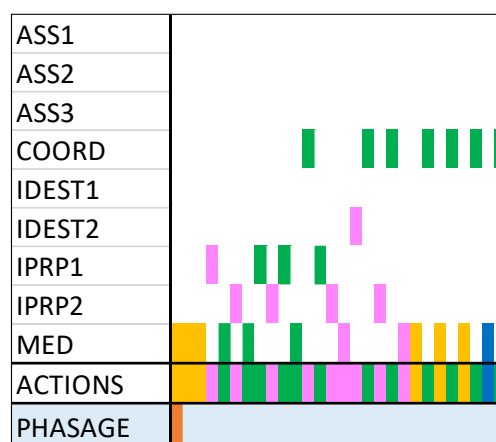


Figure 93 Exemple de chronique d'activité
 – Groupe 3-1 / Example of activity
 chronicle - Group 3-1

Il apparaît que c'est un processus intégrant toujours des actions de plusieurs catégories différentes, réalisées par des personnes ayant des statuts professionnels différents qui permet la construction de la solution. C'est donc que la pluriprofessionnalité inhérente aux groupes projet de conception du SSTI est un facteur qui favorise les dynamiques d'action « Propose une solution » et « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet ». Celles-ci sont des leviers permettant de révéler des solutions construites à partir d'idées et de propositions, hiérarchisées et discriminées au fur et à mesure des débats et des évaluations.

Il apparaît également que les personnes réalisent plutôt certaines catégories d'action en fonction de leur statut professionnel. Le médecin du travail et le coordinateur, ou le partenaire du projet dans le groupe 4, c'est-à-dire les personnes ayant des statuts les plaçant en position

asymétrique favorable, réalisent les actions de la catégorie « Propose une solution » tandis que les autres réalisent des actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet ».

La chronique d'activité propose le même schéma de succession des catégories d'action. Ce sont là aussi les personnes en position asymétrique favorable qui réalisent les premières actions. L'observation participante permet de révéler que les IDEST s'appuient sur l'intervention et l'expertise du médecin du travail et réalisent des actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte ». Ce sont les échanges intermétiers, les évaluations et les apports de connaissances qui font émerger les actions de la catégorie « Propose une solution... » et ainsi de suite.

L'observation participante permet de révéler que les actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte » jouent un rôle important dans le processus de conception des groupes projet. L'exemple suivant tiré du groupe 2 permet de mettre en évidence dans les échanges la succession des actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte » et « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... ». Il apparaît que les personnes ayant des statuts différents échangent sur la situation, évaluent leurs expériences et les façons de faire. De nombreuses propositions sont constatées dans les échanges, en raison de la participation de personnes différentes qui entraînent une multiplication exponentielle des évaluations. Ces échanges, dans un cas sur deux, donnent naissance à des actions de la catégorie « Propose une solution ».

- **Coordinateur de projet** : ...ça, c'est de l'administratif! un peu! finalement y'a le retour d'expérience, l'archivage, voilà, c'est juste à titre de synthèse de données pour le groupe de travail, c'est tout!
- **IPRP 1** : hum!
- **Coordinateur de projet** : ça, si c'est traité directement, c'est pareil. Y'a pas besoin de...
- **IDEST** : alors bon, quelquefois, les personnes qui sont traitées en direct, c'est des gens que je vais quand même recevoir avec la plus-value de psychologue! par ce que je les ai en entret...
- **Coordinateur de projet** : oui mais si on ne t'a pas demandé, si on ne t'a pas demandé, faut peut-être pas aller dans le champ de ce qui n'a pas été demandé!
- **IPRP 2** : mais si on te dit direct j'ai besoin d'une Assistante sociale, parce que...
- **Coordinateur de projet** : oui mais ça, non, mais dans ces cas-là, c'est là où ils avaient raison les partenaires... il ne faut pas que tu... tu dois savoir... tu dois séparer ta fonction, pour moi, de IDEST de ta fonction de psychologue... là, t'es IDEST...
- **IDEST** : bien sûr...

- **Coordinateur de projet** : *ou bien... tu vois... et là, après, c'est autre chose... c'est une action particulière qui est demandée et du coup tu sépares ton... t'es plus dans ton même champ... professionnel... tu vois, c'est là où il faut séparer... parce que sinon, ça va apporter de la confusion à tout le monde en fait... il faut à un moment donner bien... heu... parce que finalement, cette partie Coordination, au départ, pourquoi on a mis ton profil ? c'est parce que les médecins ne voulaient pas, à un moment donné... ils avaient besoin d'avoir confiance en quelqu'un qui fasse cette première instruction de dossier... et y'a plein de services où l'instruction, c'est une assistante médicale ou une assistante de coordination qui les fait... tu vois, on pourrait très bien se dire finalement, est-ce que cette première partie on ne considère pas que c'est dans le cadre d'une coordination projet, point ! tu vois ? ça serait une... et après, on re-séparerait les choses, ça pourrait être une... ça pourrait être une solution, hein ! si les médecins... mais après le problème c'est les médecins... est-ce que les médecins vont accepter, il faudra en discuter avec eux.*

Il apparaît dans l'exemple un échange entre les personnes de différents statuts professionnels sur le positionnement de l'IDEST, qui a une formation en psychologie, lors de certaines de ces interventions dans le cadre du projet. Les autres membres du projet réagissent à son positionnement et l'évaluent, donnant leur avis sur la manière de faire et cherche à construire une décision intermédiaire. C'est cependant le coordinateur du projet (la directrice du SSTI) qui produit une évaluation la plus complète, car elle est armée, s'appuyant sur des exemples provenant de situations d'autres SSTI. Elle termine cette phase par des actions « Propose une solution » offrant une ouverture à l'IDEST notamment de pouvoir s'emparer de celles-ci afin d'engager une nouvelle réflexion sur le travail.

Les dynamiques d'action « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte » sont les fondements du débat interprofessionnel au sein des groupes et de son développement. Elles permettent la transmission d'informations techniques comme organisationnelles ou sur le contexte au sein du groupe. Les évaluations des informations transmises, l'objet défini en commun et le cahier des charges permettent au groupe d'être en mesure de reformuler les demandes qui lui ont été adressées. Une variété importante de statuts professionnels différents participent à ces dynamiques d'action « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte ». On constate à travers elles la dynamique du débat interprofessionnel dans les groupes. L'observation participante permet de révéler que les positions statutaires ou hiérarchique ne sont pas des freins au débat. En effet, entre les groupes 1, 2 qui sont coordonnés par un médecin du travail et un ergonome et les 3-1 et le 4 qui sont coordonnés par la directrice du SSTI, il n'apparaît pas de différence majeure dans les données quantitatives en termes de réalisation des actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte ».

Ces débats et évaluation permettent également d'ouvrir sur des actions de la catégorie « Propose une solution ». La réalisation de ces actions, portées par les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable, est au cœur du processus de conception. L'observation participante permet de constater que c'est dans cette succession

- Apport de connaissances
- Proposition
- Évaluation
- Proposition

que les personnes réduisent le champ des possibles et construisent au fur et à mesure ce qui apparaît comme la solution la plus acceptable dans la situation et qu'elles le projettent alors d'un point de vue opératoire avec des actions « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... ». La coconstruction entre les différents statuts s'effectue par des débats et des échanges par la réalisation d'actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte » durant lesquels sont travaillées les asymétries. Des compromis entre les personnes sont trouvés, sinon, il apparaît, comme dans le groupe 2 que la réalisation de l'objet final s'en trouve impacté. C'est de ces compromis qu'émergent de nouvelles propositions qui permettent de dynamiser le projet et d'offrir des possibilités de nouvelles expérimentations. Les résultats montrent cependant qu'en SIST, les asymétries statutaires préalablement établies gardent une effectivité lors du projet, ce qui limite les possibilités de fonctionnement selon une hiérarchie qui serait fonctionnelle. Ce n'est cependant pas cette prévalence des asymétries statutaires qui impose des freins à la réalité du débat interprofessionnel. Il apparaît en effet des schémas récurrents qui montrent l'émergence de dynamiques collectives soutenues par les rôles qui sont à l'origine de l'émergence de solutions créatives. Ces dynamiques permettent en outre que les personnes, mais aussi l'expérience collective des groupes comme du SSTI s'enrichisse et puisse être réinvestie plus tard dans de nouveaux projets. C'est ce qui fonde le rapport à la performance des groupes projet.

7.3.3 Des dynamiques d'action constructrices d'un processus de construction de la décision

7.3.3.1 Un processus de construction de la décision indissociable de l'élaboration du cadre participatif

L'objet de ce paragraphe est de montrer quels sont les schémas d'enchaînement d'actions qui apparaissent dans les résultats et quelles dynamiques sont à l'origine de la réalisation des actions du type « Est à l'origine de la formalisation de la décision... ». Il ne s'agit pas de faire une focale sur une « action de décision ». Celle-ci semble engendrer une dynamique d'action « organisationnelles » réalisées en particulier par des personnes en position asymétrique favorable. L'objet est de chercher à montrer en quoi la réalisation de certaines catégories d'action et les dynamiques d'action participent du cycle de vie de la décision. Celui-ci débute avec la construction du cahier des charges, la formulation du problème, l'énoncé des premières hypothèses, les étapes d'expérimentation, de retours d'expérience et de débat et la réduction du champ des possibles. Ces différentes phases du processus de conception sont parsemées de multiples « [...] éléments qui forment la décision [qui] ne sont pas explicitement décrits à chaque étape. Du fait de la longue durée des processus de conception, il est difficile d'identifier la formulation explicite de chaque décision » (Darses, 2009, p. 51).

Dans un processus participatif, la construction de la décision passe par une prise d'information et des échanges, des évaluations conjointes des retours d'expérience autant que des différentes propositions émises par les acteurs intégrés dans le processus de conception. Ainsi, afin de comprendre le processus de construction, il s'est agi de chercher à mettre en lumière tout ce qui permettait d'arriver à une action de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision » : la réalisation des différentes catégories d'action qu'apportent les données quantitatives, éclairées par les explications de l'observation participante qui permet d'apporter des éléments contextuels.

Les données quantitatives (Figure 94) permettent de constater une variabilité forte de la réalisation de l'action de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision » entre les personnes en fonction de leur statut institutionnel. Il apparaît que dans tous les groupes projet, c'est le coordinateur de projet qui réalise plus de 70% des actions de la catégories « Est

à l'origine de la formalisation de la décision », quel que soit son statut professionnel. Pour l'ensemble des groupes, le coordinateur réalise en moyenne 82% de cette catégorie d'action. Les statuts professionnels qui réalisent également des actions de la catégorie « Est à l'origine

Est à l'origine de la formalisation de la décision	ASS	IDEST	IPRP	MED	COORD	PART
G1	0%	0%	9%	23%	69%	NA
G2	0%	0%	25%	0%	75%	0%
G3	0%	0%	0%	5%	95%	0%
G4	0%	0%	0%	0%	89%	11%
Ensemble des groupes	0%	0%	8%	7%	82%	4%

Figure 94 Répartition par groupes des actions de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision » en fonction du statut professionnel / Distribution by groups of actions in the " Est à l'origine de la formalisation de la décision " category according to professional status

de la formalisation de la décision » sont les IPRP et les médecins du travail. Cependant, dans ces deux cas, la réalisation des actions de la catégorie semble être liée au statut professionnel du coordinateur. En effet, le médecin du travail réalise 23% dans le groupe 1 lorsque le coordinateur est lui-même un médecin du travail. Dans le groupe 2, l'IPRP réalise 25% des actions de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision » alors que le coordinateur est lui aussi un IPRP.

Il apparaît une dynamique en lien avec le statut professionnel de la personne en position asymétrique favorable. Le coordinateur de projet, reconnu par les autres membres du groupe, est en position de réaliser des actions « Est à l'origine de la formalisation de la décision ». Dans cette position, il oriente l'action de ses pairs vers des actions semblables aux siennes. L'observation participante permet de le constater dans le groupe 2 au sein duquel le médecin du travail ne réalise aucune action de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision ». Pourtant, c'est le médecin administrateur du service, représentant métier à la CMT, qui siège dans des instances régionales et s'impose habituellement. Lors des échanges, ce médecin n'intervient pas dans ce registre et cherche à transmettre de la connaissance et à proposer des idées pour trouver une solution. Les actions qu'il réalise sont des catégories « Propose une solution organisationnelle, technique ou de réflexion visant à faire progresser la

conception vers une résolution du problème » et « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet ».

Les données quantitatives permettent de constater que seules les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable réalisent des actions de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision ». L'éclairage de l'observation participante permet en revanche de révéler que cet état de fait provient d'actions qui font valeur pour les personnes en position asymétrique favorable. Cela résulte aussi en creux de la perception des personnes en position asymétrique défavorable pour qui l'asymétrie détermine la possibilité de réalisation de l'action « Est à l'origine de la formalisation de la décision ».

Il existe des variabilités entre les personnes ayant des statuts institutionnels de coordinateur de projet dans la réalisation des actions de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision » et l'assomption du rôle de décideur y compris dans le même

COORD	Est à l'origine de la formalisation de la décision	DECIDEUR
G3-1	1%	11%
G3-3	5%	58%

Figure 95 Comparatif G3-1/G3-3 de la part l'action « représentée par l'action « Est à l'origine de la formalisation de la décision » et l'assomption du rôle « Décideur » par les coordinateurs / Comparison G3-1 / G3-3 of the share the action " Est à l'origine de la formalisation de la décision " and the assumption of the role "Décideur" by the coordinators

groupe comme le montre la Figure 95. Il apparaît que le coordinateur du groupe 3-1 réalise et endosse cinq fois moins d'actions et de rôles que celui du groupe 3-3. De plus, les données quantitatives permettent de constater que la directrice du SSTI, en position de coordinateur dans le groupe 3-3, réalise une diversité d'actions et endosse une variété importante de rôles par rapport au médecin du travail qui se concentre sur le rôle d'expert comme cela a été montré au chapitre 7.1.1.4.. L'observation participante permet de révéler que dans les échanges, elle va chercher les personnes des autres statuts professionnels, notamment ceux en position asymétrique défavorable, afin qu'ils s'engagent dans le processus de construction de la solution, et en finalité de la décision.

L'IPRP explique en entretien que la directrice cherche à construire un cadre participatif avec les membres du groupe projet donnant à chacun la possibilité de réaliser des actions. L'observation participante permet de révéler que le processus de construction de la décision participe de la légitimation de la position du coordinateur du fait de la réalisation d'actions de différentes catégories. Celles-ci ne sont pas uniquement à l'origine de la décision finale, mais les différentes actions réalisées lors des débats intermédiaires permettent des régulations collectives à l'origine de la résolution de problèmes intermédiaires. En effet, ce processus de décision est à l'origine de la projection et de la réalisation des actions future des différents statuts professionnels. Ainsi, les décisions finales sont perçues comme justifiées et utiles, individuellement comme collectivement comme le précise une IDEST:

« La directrice] était en position de décideur et de gestionnaire de la réunion. C'est comme cela que je l'ai ressenti, hein... qui dit décideur, dit un peu directive... c'est elle qui tranche [...] et puis ça éclaire les choses, tu vois ? on sait où on va... [...] on sait tout de suite ce qui est possible, vers où on peut aller, c'est clair, on n'est pas dans le flou... »

L'IDEST met en lumière que les actions de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision » produisent, d'un point de vue individuel comme collectif, un éclaircissement de la situation car elles permettent de définir des orientations stratégiques claires pour les membres du groupe projet. Il apparaît le même constat dans le groupe 1 ou dans le groupe 4.

L'observation participante permet de se rendre compte que les personnes en position asymétrique défavorable ont une perception de la succession des actions réalisées par la personne en position asymétrique favorable. Elles perçoivent et identifient ainsi les personnes qui assument le rôle de décideur et sont en mesure d'en verbaliser les modalités. Ainsi, dans le groupe 3, un IPRP explique lors d'un entretien :

« Pour moi, ce n'était pas choquant que [la directrice] prenne la direction de la réunion puisque c'est elle qui était à l'origine finalement de la demande [...] elle a les connaissances, c'est elle qui était à l'origine de la réunion, donc, ça ne me choquait pas qu'elle mène les débats. Elle a apporté des idées, des propositions. C'est elle qui tranchait au final [...] Elle nous laisse plus d'espace, ça c'est sûr [...]. Lors de la réunion avec [le médecin du travail comme coordinateur], ouais, c'était frustrant [...]

parce que [le coordinateur] arrivait en position de « j'arrive pour vous présenter ce que je connais. [Dans cette réunion], à partir du moment où on a essayé de basculer du « on a écouté » [...] comment ça fonctionnait ailleurs, à l'idée c'est de voir comment de ça va fonctionner dans le SSTI, c'est devenu hyper frustrant parce que ça n'avancait pas, personne ne décidait de ce qu'il fallait faire. [...] Si tu me demandes, finalement, qu'est-ce qu'on a conçu comme fonctionnement, je te dirai : rien du tout, parce que de mémoire, rien du tout... »

L'IPRP explique que l'absence d'action de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision » a plongé le groupe dans une situation confuse. Ce n'est pas seulement la quantité d'actions réalisées de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision » qu'évalue l'IPRP, c'est aussi le résultat produit par l'ensemble du processus de décision. L'observation participante permet de révéler que la construction collective de la décision qui s'effectue par des actions des catégories « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet » ou « Propose une solution organisationnelle, technique ou de réflexion visant à faire progresser la conception vers une résolution du problème » n'a pas lieu. En effet, les hiérarchisations qui doivent être faits au fur et à mesure de l'avancée du groupe ne le sont pas. Il y a une transmission descendante des personnes ayant un statut de coordinateur de projet (médecin du travail) et de médecin du travail qui est un frein au débat interprofessionnel. Cette absence de processus collectif de construction de la décision, du fait d'une forte participation des personnes en position asymétrique favorable et de l'absence de co-construction, amène le groupe projet à oublier son objectif premier de construction du processus.

En ce qui concerne le coordinateur de projet du groupe 3-3, elle cherche à construire une démarche partagée et inclusive de tous, quelle que soit la position asymétrique. C'est une approche consciente qu'elle verbalise, qui s'intègre dans une démarche de pilotage de projet réfléchi et se réfère à des expériences qu'elle a eu lors de participation à des travaux de Cahour et de Darses (Cahour, 2002; Darses, Cahour, et al., 2001) comme lors de ses propres travaux de recherche (Poveda & Thorin, 2000). Elle explique en entretien :

« Ma volonté était de faire participer tout le monde, en proposant des pistes de réflexion à partir desquelles chacun apportait sa vision. Au fur et à mesure des retours

d'expérience, l'idée initiale était transformée et une solution acceptable par tous au problème voyait le jour. Il ne s'agissait pas d'être directive ».

Le processus de décision apparaît par cette construction participative comme n'étant pas uniquement l'action « Est à l'origine de la formalisation de la décision » mais une succession d'actions de toutes les catégories aboutissant à une décision finale qui permet au collectif de définir de nouveaux objectifs, de clarifier une situation, ce que décrit un IPRP lors d'un entretien :

« [...] elle amenait les idées, mais elle attendait que les gens parlent pour écrire en fait, si tu veux... elle... j'ai pas comment dire ça... elle a commencé à écrire « fiche de signalement » ou « signalement » et après... c'est le moment où on était en train de réfléchir parce qu'on disait qu'en fait les gens n'avaient pas compris qu'il y avait un double chemin dans la cellule... qu'il y avait le chemin des cas complexes ou du coup, ça rentre vraiment dans la cellule et c'est traité par les partenaires de la cellule et les cas qui étaient juste des... ouais... un signalement, j'ai plus comment on a appelé ça, en gros, qu'un médecin ou un partenaire allait prendre en charge quelqu'un qui avait telle situation... euh... voilà... qui était un danger pour son emploi, qui allait faire ci ou ça et donc que ça permettait d'avoir une traçabilité et des chiffres. Et du coup, on s'est redit, eh ben, si c'est... si ça a pas été fait, c'est que c'est pas clair dans la tête des gens, donc faut peut-être re-réfléchir à comment on... explique ça, comment on trace ça... et du coup, elle s'est mise au tableau et elle a dû écrire fiche de signalement, deux flèches, et après, elle a attendu un peu de mémoire que les gens... euh... donnent leurs idées et... voilà, après, elle écrivait au-fur à mesure entre les idées qu'elle lançait elle, ce que les gens disaient et ce que finalement elle tranchait, puisque finalement, elle tranchait, puisque finalement, c'était elle qui écrivait quand-même... »

L'IPRP souligne que dans le contexte d'un cadre participatif lors duquel le coordinateur recherche la réalisation d'actions par les personnes des différents statuts engagées dans le groupe projet, par son positionnement, son asymétrie et la réalisation des actions de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision », il oriente l'action des personnes en position asymétrique défavorable vers certaines actions, certains sujets qui font valeur pour lui. L'observation participante permet de révéler qu'il n'y a pas de remise en cause de l'asymétrie

s'il n'y a pas de bouleversements, que ce soit en ce qui concerne la production attendue ou la planification. Il apparaît en effet que lors des réunions de groupe projet, l'évaluation du processus de décision par les personnes en position asymétrique défavorable s'appuie sur :

- Les modalités de construction du processus de décision : participatif ou non
- L'évaluation de la production du processus de décision

Il apparaît dans l'ensemble des groupe projet de conception un point commun, que le processus de décision ait été perçu comme efficient ou non. Dans l'ensemble des situations, l'action des personnes en position asymétrique favorable qui ont réalisées des actions de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision » a initié des dynamiques d'action. Ces dynamiques d'action ont notamment concerné les catégories « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » et « Propose une solution ». Les oublis, le manque de temps, qui ont conduit à ne pas traiter un sujet prévu par le groupe, notamment lorsqu'il est dû à un manque de décision des personnes en position asymétrique favorable, place les personnes engagées dans le groupe à chercher des régulations lorsqu'elles ont identifié les « défaillances ». Les personnes en position asymétrique défavorable réalisent alors des actions opportunistes qui visent à corriger ces oublis afin de permettre au processus de conception de rester au plus près de la planification prévue initialement.

Il apparaît donc que la définition des modalités encadrant l'activité des groupes projet participe de la constitution des freins ou des leviers au développement du débat interprofessionnel attribués aux asymétries statutaires. La définition d'un cadre participatif clair permet d'engager chacun dans des possibilités de régulations et de soutien au projet, atténuant les asymétries statutaires et favorisant le débat interprofessionnel. Les dynamiques collectives, en favorisant l'émergence de la solution et la montée en compétence, ont des effets sur l'issue du processus de conception, autant d'un point de vue individuel que collectif, autrement dit en matière de performance.

7.3.3.2 Une mutation du processus de décision au fil de la construction du cadre participatif

Les données quantitatives permettent de constater une évolution au cours du temps du nombre de catégories d'action mobilisées préalablement à l'action « Est à l'origine de la formalisation de la décision... » comme le montre la Figure 96. Il apparaît que lors du groupe 1, le processus de décision inclut une seule catégorie d'action dans plus de 70% des cas. Cette catégorie d'action est « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». Le phénomène est en baisse lors du groupe 2, même s'il demeure important. Cependant, il apparaît dans un tiers des cas une construction du processus de décision qui s'appuie sur deux catégories d'action différentes avant l'action « Est à l'origine de la formalisation de la décision... ». Ce processus

	1 catégorie d'action	2 catégories d'actions différentes	3 catégories d'actions différentes	4 catégories d'actions différentes	5 catégories d'actions différentes
G1	77%	10%	13%	0%	0%
G2	67%	33%	0%	0%	0%
G3	21%	11%	47%	21%	0%
G4	20%	0%	60%	0%	20%

Figure 96 Pourcentage des catégories d'action précédant « Est à l'origine de la formalisation de la décision... » / Percentage of previous action categories "Est à l'origine de la formalisation de la décision..."

se poursuit lors du groupe 3 et 4 avec une construction sur 3 ou 4 actions différentes et une plus de 4 actions dans le groupe 4. Les données quantitatives permettent de constater la régularité de l'évolution des catégories d'action précédant l'action de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision... » lors des différents groupes.

L'observation participante permet de mettre en lumière que cette évolution peut être mise en relation avec les évolutions organisationnelles et méthodologiques des modalités de gestion de projet de conception au sein du SSTI. Au fur et à mesure des groupes, la direction du SSTI a pris conscience que le cadre prescrit existant, en l'occurrence la procédure « Mode projet », n'était pas connu et utilisée car elle ne correspondait pas aux besoins des utilisateurs. Le choix des différents acteurs pour le groupe 2, portant une représentation institutionnelle, avec un coordinateur IPRP a permis d'élargir le nombre de catégories d'action mobilisées. La préparation des réunions avec les autres personnes, quelle que soit leur position asymétrique, comme cela a été montré au chapitre 7.1.1.5.1, est un levier de développement de la mise en place d'un cadre participatif. Dans les groupes 3 et 4, l'organisation du SSTI favorise la

préparation des réunions. Les données quantitatives montrent un développement de la réalisation des actions des personnes en position défavorable et l'observation participante permet de révéler que les échanges dans le groupe font émerger des débats interprofessionnels dans un cadre participatif dynamique.

L'observation participante permet de confirmer que l'évolution du pourcentage des catégories d'action précèdent la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision... » correspond à l'évolution des modalités de construction de la décision dans les groupes projet. En effet, dans le groupe 1 et dans le groupe 2-1, les médecins du travail ne sont pas formés à la conduite de projet. L'information est descendante et la prise de décision correspond à de la validation ou de la notification. Par la suite, les débuts de préparation, de recherche de conception participative permettent de constater que la décision devient alors véritablement un processus engageant l'ensemble des personnes du groupe. Les moyens financiers des groupes projet deviennent aussi visibles et conséquents. De plus, il y a des ressources qui sont attachées au fonctionnement des groupes projet de conception au fur et à mesure. Des ressources en termes de chargé de communication, chargé de projet, et en termes d'expertise technique et scientifique. La Figure 84 montre qu'en fonction des différents groupes, il y a une évolution du statut des personnes qui réalisent les actions. Néanmoins, les asymétries statutaires demeurent stables. Il semble qu'au fur et à mesure que les personnes de différents statuts réalisent des actions de types différents lors des réunions de groupes projet, il y a une transformation de la construction du processus de décision. La décision est construite de manière de plus en plus complexe, intégrant de plus en plus d'actions différentes, issues de personnes de statuts différents.

Comme le montre le paragraphe 7.2.3.2, le processus de décision est issu d'une succession d'actions de toute catégories. Cependant, ce n'est pas un processus fini, fermé, il permet la réalisation d'autres actions. Les données quantitatives (Figure 97) permettent de

Suite action "Est à l'origine de la formalisation de la décision"	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
TOTAL	9%	25%	10%	43%	12%

Figure 97 Pourcentage global pour l'ensemble des groupes projet des actions suivant l'action « Est à l'origine de la formalisation de la décision... » / Overall percentage for all project groups of actions following the action " Est à l'origine de la formalisation de la décision..."

constater que lorsqu'une action de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision... » est réalisée, dans 10% des cas, il y a une reproductibilité de cette action.

Sinon, c'est en majorité une action de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». Il apparaît que ce sont les actions de la catégorie « Propose une solution... » qui émergent en seconde position. Suite à l'action de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision... », les personnes ne réalisent pas une action de la catégorie « Fluidifie les relation », tendant à montrer que ce n'est pas une nouvelle phase qui s'ouvre comme le montre le chapitre 7.3.1.1.

Il apparaît que cette évolution de la construction du processus de décision et les dynamiques qu'elle porte est corrélative à la transformation du processus participatif. Ainsi, cela confirme que dans ces conditions régissant le processus de conception et définissant le cadre participatif les asymétries statutaires ont tendance à s'atténuer sans disparaître pour autant, ce qui favorisent la participation de professionnels en position asymétrique défavorable, le développement de débats interprofessionnels et une construction de la pluridisciplinarité.

7.3.4 Est-ce que les rôles créent des dynamiques d'action ?

Lors des chapitres précédents, il a été montré que la réalisation d'actions, en particulier par des personnes en position asymétrique favorable, était des facteurs favorisant des dynamiques d'action. Les rôles, comme cela a été montré au chapitre 7.2, sont principalement assumés par les personnes en position asymétrique favorable et les données quantitatives permettent de constater qu'ils renforcent ce qui a été constaté lors de la réalisation des actions. Les asymétries effectives sont plus marquées.

Les rôles sont des suites d'actions consécutives. Il y a donc nécessairement de multiples actions qui se déroulent durant lorsqu'une personne endosse un rôle. Il s'agit ici de chercher à regarder les régularités d'actions qui apparaissent lors de l'assomption d'un rôle et de comprendre comment ces actions s'organisent. Y-at-il un schéma d'actions qui émerge ? Une articulation de plusieurs actions qui apparaît ?

Afin de comprendre si les rôles créaient des dynamiques d'action, nous avons regardé dans les matériaux quelles catégories d'action étaient produites lorsque des rôles étaient endossés par les personnes dans les différents groupes, et de quelle manière ces catégories d'action étaient distribuées.

Ensemble des groupes	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
ANIMATEUR	9%	33%	0%	53%	5%
CREATIF	7%	19%	20%	49%	5%
DECIDEUR	11%	39%	0%	48%	2%
EXPERT	9%	27%	5%	55%	3%
OPERATIF	16%	9%	20%	43%	13%

Figure 98 Les catégories d'actions produites en fonction des rôles endossés pour l'ensemble des groupes / The categories of actions produced according to the roles assumed for all the groups

Les données quantitatives (Figure 98) permettent de constater que lorsque des personnes endossent des rôles de :

- Animateur
- Créatif
- Décideur
- Expert

Les actions qui sont réalisées par la suite sont majoritairement de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet ».

7.3.4.1 Des dynamiques consécutives au rôle d'opératif

Les données quantitatives proposées à la Figure 99 permettent de constater que les actions réalisées qui succèdent au rôle d'opératif sont majoritairement de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative d'une manière directe ou indirecte aux propos d'autrui. Transmet des connaissances, informe les autres personnes sur les techniques, la situation, le contexte, l'objet », et en seconde position de la catégorie « Est à l'origine de la formalisation de la décision ».

	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
OPERATIF	26%	3%	0%	53%	18%

Figure 99 Pourcentage global pour l'ensemble des groupes projet des actions suivant le rôle d'Opératif / Overall percentage for all project groups of actions according to the Operative role

Ce rôle, comme cela a été mis en évidence précédemment, est peu assumé dans les groupes projet et lorsqu'il l'est, c'est par une personne ayant un statut professionnel qui la place en position asymétrique favorable (Figure 62). La chronique d'activité présentée à la Figure 100 permet de visualiser qui réalise les actions et dans quel ordre alors que l'IPRP endosse le rôle d'Opératif dans le groupe.

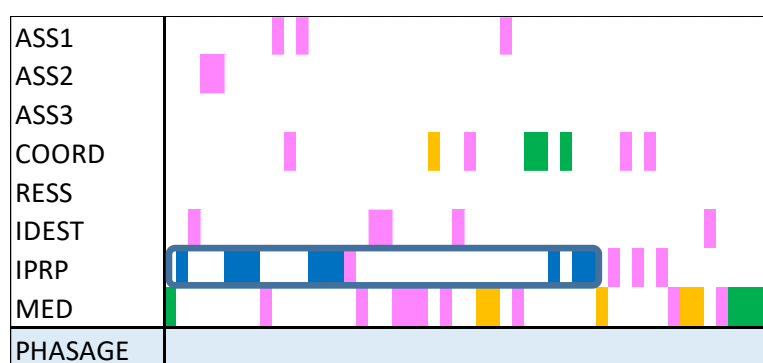


Figure 100 Dynamique d'action créées par le rôle d'opératif- G2-2 / Dynamics of actions created by the role of Opératif – G2-2

Cette succession d'actions de la catégorie « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... » amène à la réalisation d'actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » ainsi que d'actions « Fluidifie les relations... ».

L'observation participante permet de révéler que durant les échanges, l'IPRP propose au groupe de s'organiser et fixe des délais, avec des retours d'expérience pour la construction du processus pluridisciplinaire de construction de la Fiche d'Entreprise. Ces modalités provoquent un débat. Elles sont évaluées par les personnes ayant un statut professionnel d'assistant médical et d'IDEST et un débat s'engage avec le médecin du travail. Le coordinateur cherche un compromis, qui est soutenu par le médecin du travail afin de favoriser la construction. Le coordinateur du projet propose alors de pouvoir construire collectivement les Fiches d'Entreprise par un processus où les relations de chaque métier seraient inscrites. L'IPRP note alors que ce processus peut être préparé par une personne de chaque métier et qu'une première modélisation peut être proposée pour la semaine suivante. L'IPRP et le coordinateur du projet apporte des précisions et des éléments d'informations aux groupe, notamment concernant des précisions de la demande qui ont été formulées par la directrice du SSTI.

Ces rôles sont majeurs dans les groupes projet de conception. En effet, l'observation participante permet de mettre en lumière que lorsqu'il n'est pas endossé, par exemple dans lors de la réunion du groupe G3-1, des éléments majeurs définis dans les objectifs du projet et prévus dans la planification de celui-ci peuvent être perdus au fil des débats. La réalisation de ces actions comme l'assomption de ces rôles peut cependant prendre des formes plus complexes, qui nécessitent une étude complémentaire au travail de thèse. En effet, l'observation participante a mis en évidence que des régulations ont lieu en dehors des réunions, entre les participants, durant les pauses ou au quotidien dans l'activité de travail. C'est de cette manière que l'ergonome, dans le groupe 3, mobilise d'autres participants afin de mettre en place une réunion de rattrapage pour commencer à construire le processus d'identification des problématiques de désinsertions professionnelles et des modalités de maintien dans l'emploi.

Il apparait que dans les groupes projet, le fait qu'une personne endosse le rôle d'opératif impacte les autres membres du groupe projet. Lorsqu'une personne en position asymétrique favorable est dans une dynamique de proposition de planification de l'expérimentation, de projection de la suite du projet, ou de prise en charge du suivi documentaire du projet, il y a des évaluations ou des apports d'éléments supplémentaires. Ces actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » ont pour objet de venir soutenir le rôle, puis les actions de la catégorie « Est à l'origine de la décision » viennent confirmer cette construction ou des idées viennent étayer cette construction avec des actions « Propose une solution ». Elles

peuvent être à l'origine de débats au sein du groupe projet, qui n'ouvrent cependant pas sur la réalisation d'autres types de catégories et sont la plupart du temps en fin de phases.

7.3.4.2 Des dynamiques consécutives au rôle de Décideur

Concernant le rôle de Décideur, les données quantitatives (Figure 101) permettent de constater que les actions qui lui succèdent sont

- Emet un avis, une évaluation positive ou négative...
- Propose une solution...

	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
DECIDEUR	13%	36%	0%	46%	5%

Figure 101 Pourcentage global pour l'ensemble des groupes projet des actions suivant le rôle de « Décideur » / Overall percentage for all project groups of actions according to the role of "Decideur"

Les données quantitatives permettent là aussi de constater que ce rôle est peu endossé dans les groupes projet de conception. Lorsque c'est le cas, c'est par une personne qui a un statut professionnel la plaçant en position asymétrique favorable (Figure 62). Les données quantitatives, éclairées par l'observation participante, permettent de mettre en relief des dynamiques d'action qui émergent suite à l'assomption du rôle de Décideur.

Le rôle de Décideur, est un rôle dynamique qui porte, outre l'action de décision, la capacité de co-construire avec les autres personnes cette action de décision par la réalisation de multiples catégories d'actions partagées. Lors des réunions de groupes, l'observation participante permet de révéler que lorsque des personnes endossent le rôle de Décideur, outre les dynamiques d'actions intrinsèques à la construction de la décision qui ont été présentées au paragraphe 0, les personnes réagissent lors des réunions de groupe projet suite à la formalisation d'une décision. C'est un point qui relance les discussions dans le groupe car il resserre le champ des possible et concentre alors les débats en excluant certaines possibilités offertes jusqu'à présent.

Deux types d'interventions sont donc majoritairement présentes, comme le montrent les données quantitatives. Le débat est relancé et les personnes réévaluent, apportent de nouvelles connaissances à partir de cette nouvelle base de construction, de la reformulation collectivement construite de l'objectif partagé. Comme le montre la chronique d'activité de la Figure 102, le processus de décision permet aussi de relancer la réalisation d'actions de la catégorie « Propose une solution », qui apparaissent en vert.

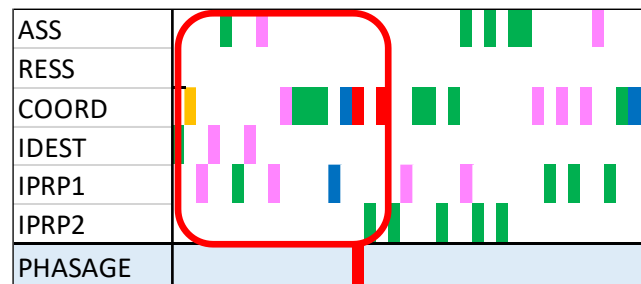


Figure 102 Dynamique d'action créée par le rôle de Décideur - G3-3 / Dynamics of actions following the role of « Décideur » - G3-3

L'observation participante permet de relever que les personnes, une fois qu'une décision est formalisée et qu'un horizon est éclairci, proposent alors de nouvelles idées. En effet, la hiérarchisation qui a été préalablement réalisée et le resserrement du champ des possibles donne la possibilité d'envisager le contexte différemment, de faire des liens qui n'avaient pas vu le jour auparavant.

Ces nouvelles idées et propositions sont discutées et évaluées, comme le laissent apparaître les actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » qui apparaissent en rose sur la chronique d'activité. Dans cet exemple, il est d'ailleurs notable que le coordinateur, en position asymétrique favorable, conclut la séquence par la réalisation d'actions de la catégorie « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... ». Il se donne les moyens de la mise en place opératoire de la décision qui a été prise précédemment et de la planification de celle-ci.

7.3.4.3 Des dynamiques consécutives au rôle de Créatif

Les données quantitatives (Figure 103) pour le rôle de Créatif permettent de constater que ce rôle, assumé principalement par des personnes ayant un statut les plaçant en position asymétrique favorable, est majoritairement suivi d'actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ».

CREATIF	Fluidifie les relations...	Propose une solution...	Est à l'origine de la formalisation de la décision	Emet un avis, une évaluation positive ou négative...	Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation...
G1	10%	9%	0%	71%	10%
G2	28%	14%	0%	57%	2%
G3	30%	26%	2%	30%	11%
G4	9%	28%	0%	60%	2%
TOTAL	20%	18%	0%	55%	7%

Figure 103 Pourcentage par groupes projet des actions suivant le rôle de « Créatif » / Overall percentage by groups of actions according to the role of "Créatif"

Il apparait en revanche des différences importantes en fonction des groupes projet. C'est un point majeur car il met en évidence des variations importantes de la réalisation des catégories d'actions des personnes suite à l'assomption par une autre du rôle de créatif, en fonction des groupes.

Les données quantitatives font apparaitre une augmentation au fil des groupes projet des actions « Propose une solution » qui succèdent au rôle de Créatif. Celles-ci sont à moins de 10% lors du groupe 1 pour arriver à atteindre près de 30% lors du groupe 4. Il a été montré lors du paragraphe 7.1.1.3.2 et du chapitre 0 que les modalités d'organisation ou de participation des personnes en position asymétrique défavorable avaient des effets sur la réalisation des actions. L'observation participante permet de constater que les groupes au sein desquels la réalisation d'actions « Propose une solution » est plus importante sont ceux qui ont des échanges pluriprofessionnels et une variété d'actions réalisées plus importante, comme le souligne par exemple la Figure 96.

Il apparait deux types de dynamiques suite au rôle de Créatif, c'est-à-dire à la réalisation d'une succession d'actions de la catégorie « Propose une solution ». Les personnes suite à ces propositions et idées, débattent, évaluent les idées et propositions qui ont été émises, les confrontent à certains retours d'expériences personnelles ou que le groupe a précédemment

expérimenté. Elles réalisent des actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». Ce sont ces débats qui permettent de discriminer certaines idées ou hypothèses. Ils font partie intégrante du processus de décision par la fonction de tamis du débat d'idées, qui ne retient que les évaluations les mieux armées et les plus solides.

Il peut également succéder à ces rôles de créatif la réalisation d'actions de la catégorie « Propose une solution ». Dans ce cas, la personne qui a endossé le rôle de créatif a potentiellement orienté l'action des membres du groupe vers des actions « Propose une solution », en lien avec le même objet que le rôle, d'autant plus que les rôles de créatif sont majoritairement assumés par des personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable. De nouvelles idées et propositions, de nouvelles hypothèses émergent de la succession d'actions « Propose une solution » réalisée par la personne qui a endossé le rôle de Créatif.

La chronique d'activité du groupe G3-3 (Figure 104) montre que suite à l'assomption du rôle de créatif par le coordinateur de projet, L'IPRP1, l'IDEST et la personne Ressource réalisent des actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ».

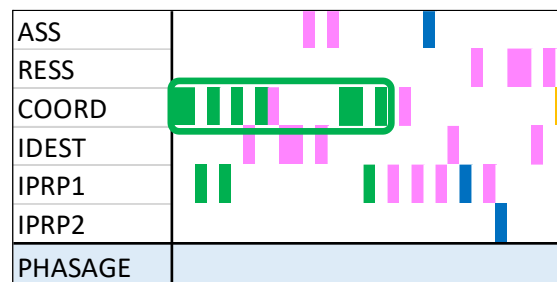


Figure 104 Dynamique d'actions consécutives au rôle de Créatif - G3-3 / Dynamics of actions following the role of "Créatif" - G3-3

L'observation participante permet de révéler que lors de cet échange, le coordinateur apporte des idées et des solutions nouvelles concernant les modalités d'interconnexion du système afin de pouvoir partager certaines informations avec les partenaires du SIST. Les actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » réalisées par la personne Ressource et les IPRP évaluent la faisabilité technique et les difficultés institutionnelles. Un objectif de contact partenaire est planifié par l'assistant médical et confirmé par les deux IPRP.

Il apparaît que le rôle de créatif, à l'instar des autres rôles est lui aussi porteur de dynamiques d'action « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». Au-delà des

données quantitatives, l'observation participante révèle que dans les situations où des personnes en position asymétrique favorable endossent le rôle de créatif, réalisant une succession d'actions de la catégorie « Propose une solution », les personnes en position asymétrique défavorable coréalisent ensuite des actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » en alternance parfois avec des actions des catégories « Propose une solution... » et « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... ». Ces dynamiques d'actions sont des facteurs de développement du débat intermétiers et incitent, au fur et à mesure des évaluations, les personnes des différents statuts à armer leurs évaluations afin de leur permettre d'être entendues dans le débat.

7.3.4.4 En conclusion

Il apparaît ainsi que lorsque les personnes endossent des rôles, ce phénomène est à l'origine de dynamiques d'action. Lors des groupes projets, il apparaît une régularité en terme de dynamiques d'action constitutives des rôles de différentes catégories. Deux éléments apparaissent en termes de régularités concernant ces dynamiques. D'une part, elles sont à l'origine des personnes en position asymétrique favorable dans la mesure où ce sont elles qui endossent la majorité des rôles. D'autre part, il apparaît que lorsque ces personnes en position asymétrique favorable endossent les différents rôles, les données quantitatives font émerger des dynamiques d'action « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ».

L'observation participante permet de mettre en évidence que ces actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » ouvrent des possibilités de débat qui par l'évaluation des retours d'expérience, des hypothèses et des projections, permettent de discriminer les pistes de développement et de réduire le champ des possibles, clarifiant ainsi les objectifs à atteindre pour les participants. Il apparaît que certaines conditions favorisent la participation de professionnels en position asymétrique défavorable. Il apparaît notamment que l'atténuation des asymétries en raison de la transformation du processus de conception participatif permet un développement de dynamiques collectives permettant l'émergence de débats interprofessionnels favorisant les solutions créatives.

7.3.5 Quelles sont les dynamiques de rôle qui sont constatées ?

Le paragraphe 7.3.4 a montré que des dynamiques d'action émergeaient lorsque des personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable assumaient des rôles. Cependant, au-delà d'actions isolées, peut-on constater que des régularités en termes de successions des rôles apparaissent, permettant de relever des dynamiques ?

Les données quantitatives (Figure 105) permettent de constater une évolution importante en fonction des groupes projet.

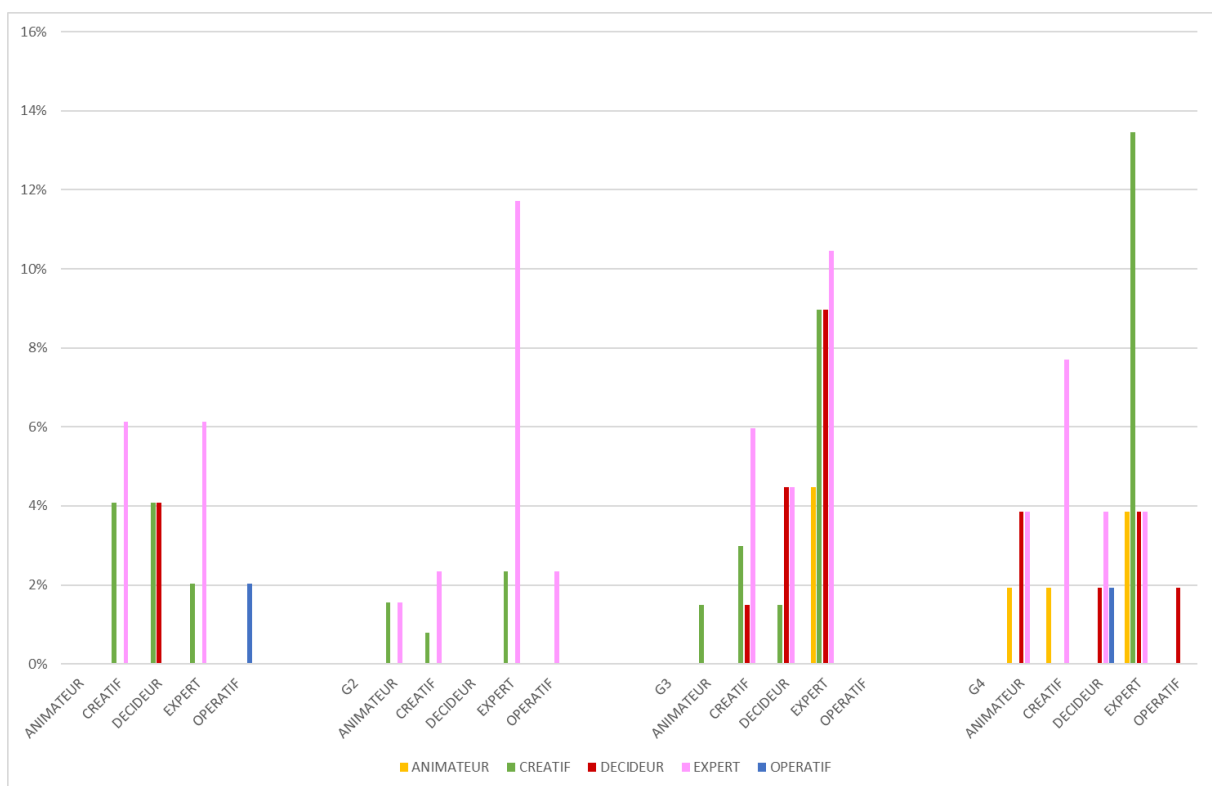


Figure 105 Taux de rôles succédant à d'autres rôles / Rate of roles succeeding other roles

Le constat d'une évolution au fur et à mesure des groupes projet s'appuie sur :

- Une augmentation du nombre de rôles endossés suite à l'assomption d'un rôle par une autre personne, quel que soit son statut.
- Une augmentation de la variété des rôles endossés au fur et à mesure des groupes
- Un groupe G2 qui se révèle en décalage

En premier lieu, les données quantitatives montrent que les dynamiques de rôles ne sont pas systématiques et sont quantitativement peu nombreuses. Cette succession de rôles est la traduction effective de la réalité des groupes projet notamment en termes de contraintes organisationnelles. On peut constater que lorsque le processus de conception devient plus participatif, lors du groupe 3, il y a une augmentation significative des dynamiques de rôle. Celles-ci prennent un essor plus important lors du groupe 4 alors qu'au-delà de la simple mise en place d'un processus de conception participatif, un cadre participatif est défini lors du projet.

La Figure 105 permet de mettre en évidence les impacts des tensions mises en évidence au paragraphe 7.1.1.3.1 et révélées par l'observation participante. Les rôles n'entraînent que peu de variété de rôles lors de leur succession. Il y a essentiellement le rôle d'Expert qui est endossé. Les données concernant les rôles confirment ce qui a été mis en évidence par l'éclairage de l'observation participante au paragraphe 7.1.1.3.1, à savoir comment les tensions intermétiers et la focalisation du débat du la contestation d'autrui et non sur la dispute de métier ne produit que peu de résultats en termes d'assomption de rôle de créatif et d'opératif.

Les données quantitatives permettent de constater, lors des groupes 3 et 4 en quoi la transformation des organisations et des modalités de préparation des groupes projet a impacté les catégories de rôle qui sont endossées par les personnes suite à un autre rôle. Il a été montré que le statut professionnel ou institutionnel du coordinateur du projet oriente les actions et les rôles notamment dans les groupes 3 et 4. Les catégories de rôle endossées suite au rôle d'Expert par exemple sont significatives, car elles sont les plus nombreuses dans les deux cas. Lors du groupe 3, sans qu'il n'y ait de préparation du groupe, avec un processus de conception qui a été plus ou moins participatif, en fonction des réunions et des coordinateurs de projet, il apparaît que la catégorie de rôles émergente est celle d'Expert. Les catégories de rôles Créatif et Décideur sont aussi fortement représentées.

En revanche, dans le groupe 4, avec :

- Une préparation pour les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique défavorable afin d'homogénéiser les connaissances techniques,
- Avec un processus de conception participatif, intégrant l'ensemble des personnes, quelle que soit la position asymétrique,

Les données quantitatives permettent de constater que les catégories de rôles Animateur, Décideur et Expert sont toutes au même niveau et que la catégorie Créatif est la plus représentée.

Le rôle de Décideur ouvre sur le rôle d'Opératif. Ainsi, suite à la formalisation de la décision, il apparaît qu'avant que ne reprenne les échanges experts, les personnes planifient les modalités d'intégration de la décision dans le déroulement des projets, offrant des perspectives de développement aux acteurs.

Ainsi, il est possible de conclure que la succession de rôles est orientée par les asymétries comme le montre le paragraphe 7.2.2.1 et que les modalités d'organisation des groupes projet, notamment la mise en place par le coordinateur de projet d'un processus de conception participatif favorisent la diversité d'assomption des rôles ou des dynamiques d'actions comme cela est montré au chapitre 7.3.2, mais aussi favorisent la diversité des rôles qui succèdent à une catégorie de rôle donnée et les possibilités de régulation ou d'actions opportunistes. Il apparaît également que ce constat est favorisé par une préparation en amont du groupe projet visant à un partage des connaissances comme cela a été mis en évidence au paragraphe 7.2.5.1. Au fur et à mesure de l'ajustement de ces modalités par la direction du SIST, la définition du cadre participatif fondé sur l'attribution de moyens pour participer au processus de conception et sur les modalités de prise de décision est venu soutenir l'assomption des rôles et a constitué un levier au débat interprofessionnel dans le groupe projet.

Les résultats permettent de confirmer que les rôles sont porteurs de dynamiques collectives qui autorise l'apparition de solutions créatives ainsi que l'élévation des compétence des personnes et des équipes pluriprofessionnelles. Ce gain est lié à la présence de débats interprofessionnels. Ces derniers impactent la production finale du processus de conception, autant d'un point de vue individuel que collectif, autrement dit en matière de performance. Dans ces conditions, cette capacité à construire la controverse et à la coordonner avec une approche pluriprofessionnelle afin qu'elle soit productive autorise à envisager un fonctionnement pluridisciplinaire des équipes du SSTI.

8 Discussion

Ce travail de recherche a permis en premier lieu de caractériser les freins et les leviers qui dans les contextes spécifiques des SSTI peuvent représenter des pistes de développement de la pluridisciplinarité. Ainsi, les asymétries statutaires lors de la réalisation des actions caractéristiques à l'origine de la construction des rôles peuvent apparaître en fonction des modalités d'organisation comme favorisant ou non le débat pluriprofessionnel dans les groupes projet.

Le deuxième point concerne des schémas récurrents d'actions qui émergent dans le processus de conception et qui sont à l'origine de solutions créatives. En troisième lieu, il s'agit de montrer de quelle manière la construction des rôles s'avère être marquée par les asymétries statutaires mais aussi par les modalités organisant le processus de conception comme les équipes pluriprofessionnelles dans le cadre d'un fonctionnement pluridisciplinaire.

8.1 Les ressources et entraves à la controverse interprofessionnelle dans les groupes projet du SSTI

Nos travaux permettent de montrer que lors des groupes projet du SSTI, les personnes, par la réalisation d'actions caractéristiques, font émerger des asymétries effectives en lien avec les statuts professionnels qui confirment les asymétries statutaires posées.

Les résultats des actions réalisées par les personnes sont confirmés par les rôles endossés qui renforcent les tendances émergeant des actions. Les asymétries effectives sont plus marquées. Nos résultats montrent que lors des différents groupes projet, les actions caractéristiques du débat interprofessionnel sont réalisées le plus grand nombre de fois et par la plus grande variété de personnes. Ces résultats ne masquent pas certaines disparités entre les statuts professionnels. Ils font notamment émerger les asymétries effectives dans les débats des médecins du travail, des IPRP et la position défavorable des IDEST. Ainsi, dans les situations d'évaluation et d'apport de connaissances techniques, les résultats permettent de montrer que ce sont les personnes ayant des statuts d'experts techniques dans le SIST qui sont en position asymétrique favorable. Les médecins du travail sont les spécialistes des pathologies professionnelles et du lien santé travail. Ils sont au centre de la construction du diagnostic santé/travail réalisé conjointement avec les équipes pluriprofessionnelles. Les IPRP sont les

experts de l'analyse d'activité de travail visant à comprendre pour la transformer, l'adapter ou en concevoir de nouvelles afin de prévenir des situations de risques professionnels. Les personnes ayant d'autres statuts, qu'elles soient assistants médicaux ou IDEST, ne voient pas leur expertise immédiatement identifiée, ce qui ne facilite pas l'obtention d'une légitimité à participer aux débats à égalité avec les autres membres dans les groupes projet du SIST.

8.1.1 Les freins aux débats interprofessionnels dans le SSTI

Plusieurs freins aux débats interprofessionnels dans le SSTI apparaissent dans notre travail de recherche. Ils sont issus d'empêchements des personnes en position asymétrique défavorable.

Les résultats montrent que dans les groupes projet, les personnes ayant un statut professionnel les plaçant en position asymétrique favorable se trouvent systématiquement désignées pour assumer la hiérarchie fonctionnelle. De fait, les asymétries statutaires préalablement établies deviennent systématiquement effectives et la hiérarchie fonctionnelle, dans les groupes projet comme dans les équipes pluriprofessionnelles au quotidien, se trouve toujours en situation de distribuer les tâches aux personnes en position asymétrique défavorable.

Certaines personnes, notamment les IDEST, considèrent le médecin du travail comme le responsable hiérarchique. Il y a ainsi une limitation de fonctionnement du projet avec un mode de hiérarchie fonctionnelle. Cette limitation des modalités de fonctionnement du projet de conception s'entend dans la mesure où celui-ci était prévu pour être participatif d'une part et d'autre part que la majorité des participants est en position asymétrique défavorable. Cela ne signifie rien en termes de production des projets de conception. Ces difficultés et la perception de ces empêchements sont exprimées par les personnes en position asymétrique défavorable : assistants médicaux et IDEST. Ces éléments viennent compléter ceux mis en lumière par Caroly (2013, 2014; Caroly & Sallah, 2015) qui montrent que dans les équipes pluridisciplinaires des SIST, le médecin du travail est en situation d'injonction aux IPRP du fait de sa position de coordination, du manque de temps parfois pour l'échange ou du refus de travail avec certaines personnes ou métiers. Il apparaît que ce n'est pas propre à développer les débats pluriprofessionnels. Cependant, nos travaux nuancent ce que montre Barlet (2015) lorsqu'elle explique que le médecin du travail est en position de domination du fait de sa position hiérarchique, du contexte de manque de main d'œuvre et du soutien indéfectible des directions des SIST. En effet, nos travaux aboutissent à montrer que les statuts en position asymétrique

favorable ne sont pas en situation de domination ou d'injonction lors des réunions du fait de leur position sociale. Ce sont leurs actions qui rendent effectives les asymétries posées, leur activité dans les groupes projet de conception. Par exemple, c'est la succession des actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » qu'ils réalisent qui oriente l'activité des personnes en position asymétrique défavorable.

La littérature montre que l'histoire sociale contribue largement à construire l'asymétrie statutaire (rôle d'expert) du médecin ainsi que le montrent les travaux de Ogien (1987) ou Vega (2000). Tous deux montrent en quoi le poids de cette asymétrie du médecin est un frein aux échanges dans les équipes. La construction d'un rapport au médecin qu'il ne faut pas contredire lorsqu'il a prononcé sa sentence est difficilement compatible avec l'exercice du processus de conception participatif. Ce dernier nécessite la controverse, l'évaluation de l'avis de l'autre, l'échange spontané idées, sans craintes d'être jugé ou évalué individuellement. Les médecins du travail acceptent et recherchent parfois cette controverse qui leur permet également de gagner en compétence, de se poser des questions et de progresser. Ce sont les IDEST qui font chaque fois émerger ces empêchements. Elles mettent également en avant des problématiques liées à la présence de la directrice du SIST dans les groupes projet, ce que ne verbalisent pas les autres personnes ayant des statuts différents.

Nos résultats permettent également de montrer que les actions « Propose ou prend en charge les questions relatives à l'organisation... » apparaissent peu et semblent être un frein au développement des débats interprofessionnels. C'est en effet un espace complet des échanges, concernant la synchronisation opératoire, qui n'est pas présent et particulièrement les actions réalisées par les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique défavorable. Certaines régulations n'apparaissent pas dans les transcriptions de réunions en raison de la présence dans les groupes projet de l'assistant médical et du médecin du travail agissant de concert. Des régulations dans les semaines inter-réunions ont eu lieu. Nous en avons eu la trace grâce à la participation observante, notamment lors d'échanges informels (machine à café, repas du midi) ainsi que lors des entretiens.

Ainsi, il apparaît que dans des équipes pluriprofessionnelles qui travaillent habituellement ensemble, il y a des habitudes de fonctionnement établies préalablement aux groupes projet qui sont longues à faire évoluer dans certains cas. En revanche, les travaux, notamment lors du groupe 3 et du groupe 4 ont montré que des régulations entre les personnes avaient lieu de manière opportuniste en dehors des réunions : dans le groupe 3 afin de rétablir

l'oubli du point central de la conception lors de la réunion du groupe projet ; lors du groupe 4, afin de réguler, entre les personnes en position asymétrique favorable (directrice du SSTI et partenaire du projet), les modalités de fonctionnement, le cadre participatif et l'animation du groupe.

Cependant, une des limites des travaux, en raison du choix qui a été fait de se concentrer sur les réunions des groupes projets est de ne pas avoir pu capter l'ensemble des modalités de mise en place des actions opportunistes. Cette approche pourrait permettre de déterminer quels sont les freins et les leviers spécifiques à la coordination dans les groupes projet. C'est une ouverture possible du travail de thèse qui permettrait de compléter la recherche en apportant des éléments de compréhension, au-delà de la synchronisation des projets de conception, sur la coordination au sein des équipes pluriprofessionnelles et la pluridisciplinarité dans l'objectif de rendre les collectifs de travail plus efficaces. Cette approche pourrait aussi déplacer les asymétries effectives entre les statuts professionnels en raison d'actions des personnes qui ne sont pas visibles aujourd'hui mais qui importent pour le projet.

8.1.2 L'identification de leviers permettant un développement des débats interprofessionnels dans le SSTI

8.1.2.1 Des dynamiques des asymétries à l'origine des débats interprofessionnels

Nos travaux font émerger les leviers des débats interprofessionnels au sein du SIST. Il apparaît que dans les groupes projet, les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable réalisent et assument la plus grande part des actions et des rôles dès lors que le sujet du groupe est en lien avec leur champ professionnel. Elles orientent dès lors l'action collective du groupe projet. En revanche, lorsque le sujet est en dehors du champ professionnel des personnes en position asymétrique favorable, il apparaît une participation plus large au débat interprofessionnel des connaissances, et des évaluations permettant de construire la solution, notamment des personnes en position asymétrique défavorable. Il y a moins de prévalence d'une connaissance académique et les personnes co-construisent un référentiel minimal de connaissances. Cela favorise les débats, les évaluations, les partages d'expérience. Par exemple, il apparaît que dans le groupe où les connaissances techniques sont moins en lien avec le champ de la santé et plus avec celui des organisations et de la conception d'outil numérique, il y a une atténuation de la position asymétrique favorable du médecin du

travail. Ces résultats peuvent apparaître en décalage avec ceux de Caroly (2013) pour qui les freins dans la coopération pluridisciplinaire sont en lien avec des décalages dans les pratiques des différents collectifs de métiers : nos résultats insistent eux sur les dynamiques internes des groupes projet dans le renforcement ou l'atténuation des asymétries.

Il apparaît alors dans les groupes projet de conception que les personnes, quelle que soit leur position, cherchent à débattre, à évaluer et à transmettre des connaissances d'une part, et à proposer des idées, des suggestions d'expérimentations ou d'organisation, des projections d'autre part. Les résultats permettent de mettre en lumière que les personnes ont une activité moins diversifiée lorsqu'elles sont en position asymétrique défavorable. Celle-ci est tournée vers l'échange, la transmission de connaissances, l'évaluation armée et le partage avec les autres, ce qui correspond à la synchronisation cognitive définie par Darses & Falzon (1996) ; elle est également identifiée dans les résultats de Visser (2002) qui se concentrent sur l'activité argumentative des différents acteurs des projets. Cependant, nos résultats permettent d'identifier des leviers aux échanges pluriprofessionnels lorsque les personnes en position asymétrique favorable structurent et apportent des connaissances techniques, contextuelles et une expertise professionnelle et théorique en réalisant des actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » qui amènent les personnes en position asymétrique défavorable à monter en compétence.

Nos travaux montrent également un autre facteur de tempérament des asymétries, propice au débat pluriprofessionnel : l'absence de personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable. Cette absence n'apparaît nullement comme une difficulté dans le groupe projet. Il apparaît notamment qu'en raison de l'absence du médecin du travail durant la réunion du groupe projet, l'IDEST compense cette absence en réalisant des actions de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». L'IDEST intervient dans le débat en tant qu'expert des questions de santé et de pathologies, afin de répondre également aux questions métier (effectifs, logiciel métier) en substitution au médecin du travail. Ainsi, il apparaît que la faible réalisation d'actions habituelle des IDEST n'est pas liée à un manque d'expertise mais à une difficulté à gérer la co-intervention avec le médecin du travail. Les travaux de recherche complètent sur ce point l'analyse de Bellemare (2019) qui considère que l'expertise des IDEST issue de leur formation n'est pas totalement mise à profit du fait de la reconnaissance insuffisante de cette expertise par les SIST comme par les entreprises adhérentes. Il y a cependant des nuances à apporter car l'absence du médecin du travail n'est

pas nécessairement la seule explication. En effet, les résultats mettent également en relief, lorsqu'il s'agit de personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable, des réalisations d'actions inhabituelles lors de la participation d'un partenaire extérieur ou de l'absence d'une personne. Nos travaux montrent qu'il y a des possibilités de régulations opportunistes qui contribuent à l'équilibre des processus de groupe prenant malgré tout en compte les asymétries. Il apparaît ainsi que les actions partagées comme « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » sont compensées de manière partagée, mais les actions « Est à l'origine de la formalisation de la décision » restent du domaine d'une personne en position asymétrique favorable. Ces résultats complètent les travaux de Darses, Détienné & Visser (2004) qui montrent que le processus de conception a besoin de demeurer opportuniste et que pour cela, il autorise les personnes à agir de telle manière. Cependant, les auteurs montrent que cela s'inscrit dans un cadre hiérarchique et que le processus doit garder la trace de ces épisodes. Cela n'est pas le cas dans nos résultats. Le processus de conception autorise ces régulations dans le cas d'actions opportunistes des personnes engagées dans le processus de conception, notamment pour rétablir des oublis ou pour explorer des pistes de solution. Cependant, dans le processus actuel, il n'y a pas de trace construite du cheminement de la conception qui serait utile afin de pouvoir partager avec tous pour construire un référentiel commun qui puisse être mobilisable lors d'un prochain groupe projet mais aussi que la conception conçue comme une œuvre commune le demeure et ne glisse pas vers de la coaction de petits groupes autonomes.

Les processus de conception complexes nécessitent des apports de connaissances plus riches, plus fins et plus techniques qui imposent des participations plus larges des personnes, quelle que soit leur position asymétrique. Il apparaît qu'au fur et à mesure de l'avancée des différents groupes projet dans le SIST, les actions réalisées par les personnes deviennent de plus en plus complexes et en particulier plus conséquentes en termes de connaissances indispensables pour le projet. Les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique défavorable sont intégrées au débat, à la conception et au processus de décision car elles réalisent plus d'actions et parce qu'il y a une attente de ces actions afin de répondre au cahier des charges. Dans ces conditions, les personnes en position asymétrique favorable adaptent leur conduite, réalisant moins d'actions si cela est bénéfique au projet et si elles ne sont plus en position d'expertise.

8.1.2.2 Des dynamiques issues de la définition du processus participatif

Les résultats de la recherche montrent que la mise en place d'un processus plus participatif à partir du groupe 3 puis lors du groupe 4, avec la définition d'un cadre participatif clairement identifié par les personnes, a été un des leviers au développement de dynamiques de rôle dans les groupes.

Il apparaît que l'attribution de moyens comme d'un processus de décision clairement établi font émerger un engagement des personnes ayant des statuts professionnels les plaçant en position asymétrique défavorable qui est supporté notamment par la préparation en amont des réunions avec des travaux de concertation. Ces travaux ont lieu avec des interlocuteurs qui sont des pairs ou parfois des experts extérieurs au SSTI. Dans tous les cas, les personnes en position asymétrique défavorable réalisent alors le plus d'actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». Ces résultats complètent les travaux de Caroly (2013, 2014) qui mettent en évidence que lorsque des membres des équipes pluridisciplinaires développent leurs propres connaissances, cela a un effet bénéfique pour les débats, montrant en quoi, pour les personnes en position asymétrique défavorable, cette possibilité d'acquérir des connaissances permet de construire une légitimité à défendre son propre point de vue dans le groupe projet.

La définition du cadre participatif permet également de légitimer la reconnaissance des représentations métier au sein du groupe projet, en mandatant les personnes et en définissant leur rapport à la décision. Les travaux de la recherche aboutissent à montrer que lorsqu'elles représentent leurs pairs dans le projet, les personnes en position asymétrique défavorable réalisent plus d'actions « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... ». Les résultats montrent qu'il en est de même que cette représentation soit d'ordre professionnel, c'est-à-dire une représentation d'un métier ou d'un statut professionnel au sein d'un groupe projet, ou qu'il s'agisse de personnes ayant des responsabilités issues d'un mandat électif (CSE, CMT) intégrées dans un groupe projet.

Le travail de recherche permet de faire apparaître que ces mandats ou la représentation métier offrent la possibilité pour les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique défavorable d'avoir du temps dédié dans les plannings par la prescription du travail pour préparer les réunions. Ces résultats montrent des possibilités d'activité de coopération en raison de positions asymétriques des personnes différentes des asymétries préalablement établies. Le temps dégagé pour la préparation des réunions du groupe projet est optimisé. Le

travail de recherche permet de constater que les personnes en position asymétrique défavorable participent ensuite plus aux débats interprofessionnels, avec des évaluations armées, fondées sur les connaissances techniques ou empiriques acquises lors des préparations. Les personnes en position asymétrique favorable ne contestent pas le changement de position des personnes habituellement en position asymétrique défavorable et s'adaptent à la nouvelle situation.

La définition du cadre participatif s'avère essentielle afin de pouvoir participer activement aux débats interprofessionnels. Il est nécessaire pour les personnes d'avoir les moyens techniques et temporels de pouvoir les préparer. De ce point de vue, il apparaît des disparités entre les personnes en position asymétrique favorable et celles en position asymétrique défavorable quant à ces possibilités de préparation, de gestion du temps de travail et des tâches à réaliser. Les personnes en position asymétrique défavorable n'ont généralement pas les mêmes possibilités d'organisation et de régulation que les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable. Par exemple, les assistants médicaux n'ont pas de temps dédié pour travailler sur les projets (préparation, échange, recherche) si le cadre participatif ne prévoit pas précisément les moyens de pouvoir réaliser la tâche demandée. De plus, ils ont moins de possibilités de régulation en raison de la nature de l'activité et de la charge de travail qui leur sont imposées. Le fait de ne pas avoir les mêmes prérogatives que les autres membres des groupes les place dans une situation singulière au sein du processus de conception participatif. Ils deviennent alors des assistants du projet ou des chargés de projet. De fait, ils ne sont plus engagés volontairement dans un processus participatif de conception mais la participation devient une tâche de travail. Il y a alors une indétermination à propos de leur rapport à la construction de la décision qui n'est pas défini par le cadre participatif. La nature prescrite de la participation au groupe projet de conception se transforme. Dans ce cas, les tâches prescrites doivent alors être définies, prévues et intégrées à la charge de travail et dans les fiches de poste. Au-delà des SIST, cette situation apparaît comparable à ce que Darses (2002a) évoque dans ses travaux sous l'appellation « *d'acteurs transversaux* ». Nos travaux complètent ceux de Cahour (2002), qui montre que l'organisation comme les cadres qui pilotent le projet de conception offrent difficilement une légitimation et de la reconnaissance aux personnes en position asymétrique défavorable dont les compétences nourrissent le projet. Pourtant, il semble que les personnes en position asymétrique favorable tendent à considérer que l'apport de leur expérience est évident et que la connaissance empirique n'est pas valorisable à l'égal de la connaissance scientifique.

8.2 Un schéma récurrent générant des solutions créatives

Nos résultats montrent que la réalisation de l'action de la catégorie « Emet un avis, une évaluation positive ou négative... » est le reflet de débats interprofessionnels au sein desquels toutes les personnes échangent, évaluent et participent à la construction de la solution. Ces résultats complètent les résultats apportés par Détienne (1991) qui montre dans des processus de conception l'homogénéité existante d'un point de vue cognitif, méthodologique aboutissant à des logiques de construction de la solution. Visser (2002, 2006) montre que la conception collective est composée de la conception individuelle additionnée d'un « *certain nombre d'autres activités spécifiques à la coopération (notamment de coordination, communication, synchronisation et résolution de conflits)* » (Visser, 2002, p. 324). Les asymétries statutaires semblent alors pouvoir être des catalyseurs de la coopération dans le cadre d'un processus générant des solutions créatives en lien avec l'environnement prescrit des groupes (Amabile, 1996; Hargadon & Bechky, 2006).

Nos travaux permettent également de mettre en évidence que dans le processus générant des solutions créatives, ce sont les personnes ayant des statuts en position asymétrique favorable qui sont acteurs des actions et rôles en lien avec la créativité. Il apparaît que c'est particulièrement le médecin du travail, en position asymétrique favorable qui réalise les actions « Propose une solution ». Ces actions représentent en moyenne 40% de l'activité des médecins du travail (hors coordinateur). En revanche, nos travaux permettent de montrer que lorsque des personnes en position asymétrique défavorable représentent le métier ou/et ont des moyens pour préparer les réunions, elles réalisent en moyenne 4.5 fois plus d'actions « Propose une solution... » que lorsqu'elles ne préparent pas les réunions.

Le modèle de schématisation issu des résultats traduit une logique de construction de la solution lors des groupes projet de conception. Il apparaît que l'Idée n'émerge pas d'un individu qui la porte à lui seul. C'est une construction collective imbriquant différentes catégories d'actions. Certaines de ces actions permettent à un certain moment d'ouvrir le champ des possibles, pour ensuite entamer un travail de hiérarchisation des différentes propositions et retours d'expérience. Ensuite, une nouvelle ouverture, par des itérations par exemple, est possible, engageant à nouveau des évaluations et une hiérarchisation. C'est ce va et vient constant entre les actions « Propose une solution... » et les actions « Emet un avis, une

évaluation positive ou négative... » qui dans les résultats est à l'origine de la construction de la solution créative. Les résultats de nos travaux mettent d'ailleurs en lumière que les dynamiques d'action les plus importantes sont entre ces deux actions.

En fonction du contexte, des situations ou des personnes, l'articulation ou le nombre d'actions constituant ce schéma d'actions récurrentes peut être différent. La régularité tient aux catégories d'actions présentes. Ces résultats complètent, par le côté aléatoire, les résultats proposés par Visser (2002) dont les catégories sont similaires mais apparaissent de manière ordonnée ou par Bonnardel (2009a) qui propose également un trio d'étapes du processus de conception qui s'inscrit dans une logique définie.

Les résultats des travaux de Visser (2002, p. 13) montrent une « *articulation fréquente [...] composée d'une séquence d'activités de trois types, de la synchronisation cognitive, de l'évaluation d'une solution et de la contre-proposition d'une autre solution* ». Cette articulation d'activités permet la construction d'un cadre cognitif partagé qui offre aux personnes participant à l'activité de conception une base commune pour armer les évaluations de la solution, avec des justifications (Darses, 2009; Darses, Détienne, et al., 2001b; Visser, 2002, 2006).

Des régulations lors des inter-réunions pendant lesquelles les personnes ont la possibilité d'avoir des actions spontanées, pouvant permettre la créativité, ont été identifiées : dans le groupe 3, lorsque IPRP, Assistant médical et IDEST réalisent une série d'actions opportunistes afin de rétablir la situation suite à un oubli du groupe ou dans le groupe 4 entre la directrice du SSTI et le partenaire du projet. Les résultats s'inscrivent ainsi dans la littérature existante de Darses, Détienne & Visser (2004) et Visser (1994) qui montrent que le processus de conception, tout en fonctionnant avec une logique de hiérarchisation du traitement des problèmes identifiés comme des réponses à ceux-ci, conserve une dynamique par sa capacité à demeurer opportuniste, comme l'explique Visser (1994, p. 42) « *Such systems should assist organisational activities [to] not impose a hierarchical planning structure, but allow designers, if they are following a plan, to deviate from, and even abandon, this plan; [at] support plan resumption, but not presuppose, and still less impose, it; [to] assist representational activities: [at] allow designers to work at different levels of representation (different levels of detail, of abstraction, of design decomposition) ».*

Des résultats plus complets pourraient être analysés concernant la créativité à partir de nos matériaux. Nous avons fait le choix dans la méthodologie de ne nous intéresser qu'aux échanges d'un point de vue quantitatif. Le contenu des échanges en réunion n'a pas été traité. Le traitement et la prise en compte de ce contenu des échanges permettraient de pouvoir analyser ce qui fait valeur pour les personnes, en fonction de leur statut professionnel et des asymétries posées et effectives connues dans les groupes projet. Cette approche permettrait de pouvoir introduire la notion de normes et de regarder comment celles-ci, en fonction des dynamiques des asymétries, sont travaillées au sein des groupes projet. Ce traitement pourrait également permettre d'avoir une approche plus fine du rapport des personnes à l'objet de la conception et à leur perception des conditions d'évolution du processus générant la solution créative.

8.3 Des rôles marqués par les asymétries statutaires

8.3.1 La construction des rôles par rapport aux statuts, leviers de collaboration interprofessionnelle

La question des modalités de construction des rôles dans un milieu complexe est au centre du travail de recherche. Celui-ci permet de montrer des régularités relatives aux statuts professionnels dans l'assomption des rôles. Ce sont les personnes ayant des statuts professionnels ou institutionnels les plaçant en position asymétrique favorable qui assument le plus de rôles. Le coordinateur de projet apparaît majoritaire dans les rôles d'ANIMATEUR, de DECIDEUR et d'OPERATIF.

En revanche, c'est le médecin du travail qui endosse le plus de rôles de CONCEPTEUR. Le travail de recherche montre que les résultats concernant le rôle d'EXPERT varient en fonction du cadre participatif des groupes. Plus le cadre participatif offre des moyens organisationnels, techniques et temporels aux personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique défavorable qui permettent d'élargir les échanges et les modalités de construction de la décision, plus il apparaît que le rôle d'EXPERT est endossé par une diversité de personnes de différents statuts. Les résultats permettent de constater que l'évolution du processus participatif a conduit à une évolution des rôles endossés par les personnes en position asymétrique défavorable. Il émerge cependant que la construction d'un processus de conception

plus participatif, si elle a permis qu'une diversité de personnes de statuts différents endossent le rôle d'EXPERT, elle ne déstabilise pas les asymétries. Les statuts professionnels pour qui la position asymétrique est favorable restent stables.

Nos résultats apportent un éclairage sur la prévalence des asymétries statutaires lors de la construction des rôles, complétant sur le sujet l'analyse de Bales (1951) dont la construction des rôles s'appuie sur la dynamique des communications entre les différents acteurs. Les modalités de construction des rôles qui apparaissent dans nos résultats peuvent compléter les travaux de Rocheblave-Spenle (1969) qui explique que le rôle est l'ensemble des conduites de l'individu relatif à sa position dans le contexte de ses interactions ou de Barcellini (2009) où les rôles relatifs à des asymétries cognitives (rôle épistémique, garant du processus de conception...). Les rôles ne sont pas relatifs à des statuts professionnels, sociaux ou institutionnels dont les positions asymétriques sont préétablies.

Le travail de recherche contribue à révéler que les personnes ayant un statut les plaçant en position asymétrique défavorable se spécialisent dans le rôle d'EXPERT. Les résultats précisent que ces rôles permettent des partages de connaissances sur le métier et sur ses pratiques, sur des perceptions des situations. Les personnes en position asymétrique défavorable sont ainsi en situation d'apporter des éléments de connaissances au groupe pour la construction d'une solution partagée, et notamment aux personnes en position asymétrique favorable, détentrices d'une connaissance académique. Barcellini (2008) montre que les « participants communs » participent plus à la « liste orientée usage et conception », ont des activités collaboratives de conception qui sont orientées essentiellement vers l'évaluation et la clarification.

Nos travaux de recherche permettent d'aboutir à faire apparaître que le fait d'avoir une activité

- De partage de connaissances,
- De prise de décisions,
- De créatif, à l'origine de l'idée ou sur laquelle se construit la solution,

Est un facteur qui participe cependant de la construction des asymétries dans les groupes et renforce en partie les asymétries statutaires préalablement établies. Le rôle d'EXPERT offre une diversité plus importante. Les résultats font donc apparaître que si l'ensemble des personnes participent au processus de créativité en endossant le rôle d'EXPERT, en revanche, ce sont les personnes en position asymétrique favorable qui orientent ce processus de créativité, par les

dynamiques de rôles et d'actions, car elles assument la majorité des rôles de créatif et de décideur. Elles orientent également l'action des personnes lors de ce processus de créativité car du fait de cette prévalence, c'est ce qui fait valeur pour elles qui colore le processus.

Il apparaît que c'est l'activité réalisée par les personnes qui est reconnue. Ces résultats viennent compléter les écrits de Bales (1972) qui montrent que les personnes qui ont une activité élevée, de la compétence, de l'expertise dans leur domaine et de la sympathie/reconnaissance de la part des autres membres du groupe sont en situation favorable. Les médecins du travail, lorsqu'ils ne réalisent pas d'actions n'apparaissent alors pas en position asymétrique favorable.

Notre travail de recherche montre des dynamiques de rôles relatives aux modalités de synchronisation du processus de conception. Il apparaît que si les modalités participatives ne transforment pas les asymétries au sein des groupes projet, elles permettent en revanche d'impulser des dynamiques collaboratives portées par les débats interprofessionnels. Les personnes en position asymétrique défavorable endossent de plus en plus de rôles notamment lorsque le cadre participatif est clairement défini. Ainsi les personnes en position asymétrique défavorable ont vu leur expertise et leur point de vue reconnus dans la construction du processus de créativité comme de décision. Cette reconnaissance a été dans la période doublée d'une reconnaissance institutionnelle puisque les assistants médicaux ont été représentés à la CMT. Ces résultats viennent compléter ceux de Boutinet (1990) qui montre que lors des projets de conception, il peut y avoir des glissements dans le positionnement des personnes dans le projet (de l'équipe de pilotage aux acteurs périphériques). Il n'associe en revanche pas ce positionnement à des statuts dans la structure d'accueil du projet ni à des asymétries statutaires sous-jacentes. Nos travaux permettent de montrer que c'est la mise en œuvre des principes montrés dans les écrits de Darses (2001b) et Cahour (2002) qui permet de constater plus d'actions des personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique défavorable. Darses (2001b) et Cahour (2002) montrent qu'une des missions du chef de projet est de mettre en œuvre les moyens pour que les participants au projet puissent exprimer clairement leur idées, leur évaluation et les connaissances techniques en leur possession.

8.3.2 Des dynamiques de rôles favorisées par la prescription

Il émerge des résultats que, dans le cadre du SIST contrairement à Barcellini (2008), les statuts sont déterminés par la prescription, les personnes se connaissent et sont potentiellement moins nombreuses. Elles ont déjà identifié les expertises et les asymétries. La situation n'est pas sclérosée et il n'y a pas de blocages.

De plus, les évolutions au sein du processus de conception et des organisations prennent d'autres formes que dans les travaux de Barcellini (2008) et (Barcellini et al., 2010) qui montrent que les processus de conception en ligne fonctionnent de manière plus évolutives. Dans les processus en ligne, le statut des personnes n'est pas défini par la prescription de l'organisation. C'est une construction en acte. Ainsi, chacun, en fonction des compétences qu'il possède intervient sur les différentes listes du réseau. Les personnes gagnent en connaissances en fonction des rencontres, des expériences. De la même façon, les personnes ont un statut qui leur permet d'accéder à plus de droits dans la mesure où leur expertise et leur contribution sont reconnues par la communauté. Dès lors que des moyens sont attribués aux personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique défavorable, celles-ci les saisissent pour préparer les réunions et pour pouvoir faire entendre leur voix lors des groupes projet. Les résultats montrent que les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique défavorable endossent plus de rôles qu'habituellement lorsque le sujet touche d'une manière ou d'une autre la transformation du métier ou de la catégorie professionnelle (professionnels de santé ; IPRP), les manières de faire ou l'organisation : c'est par exemple le cas des assistants médicaux dans les groupes 2 et 4 et de l'IDEST dans le groupe 3. Cette capacité à pouvoir réaliser des actions lors des réunions signifie, au-delà de la simple expression, d'avoir une possibilité, en fonction des possibilités offertes par le processus participatif de co-construire les décisions avec les personnes ayant des statuts les plaçant en position asymétrique favorable. Le groupe projet du groupe 4 apparaît comme le plus participatif et il est reconnu comme performant. La coconception de la plateforme interactive connectée est aujourd'hui établie, les outils dédiés (questionnaires de pré visites connectées) également. Les outils de seconde génération sont en cours de conception dans une logique d'appel aux compétences identifiées du SSTI, sans questions de statut, ou à des compétences externes. Il apparaît que des projets au long court, avec une complexité fine, comme le groupe projet du groupe 3 ou du groupe 4, valorisent une dynamique participative. En effet, les personnes peuvent s'inscrire dans ces projets, faire preuve

de compétence et avoir la capacité de construire des liens de confiance réciproque nécessaires à développer la coopération (Prud'Homme et al., 2014). En revanche, dans des groupes projet qui ont vocation à être courts, le rapport entre délai et objet produit est plus important et les modalités de réalisation du groupe semblent avoir une moindre importance. Comme le montre le groupe 1, même si le processus de conception est moins participatif, l'engagement des personnes en position asymétrique défavorable est important, leur valuation du projet positive car celui-ci apparaît comme aboutissant rapidement à un résultat concret qui donne satisfaction aux adhérents à qui il est destiné.

Ces résultats peuvent aboutir à des pistes de développement qui peuvent être explorées également dans le cadre du fonctionnement habituel des équipes pluridisciplinaires. Il pourrait alors appartenir au médecin du travail d'être en mesure de co-construire au sein de l'équipe pluridisciplinaire des règles de fonctionnement ayant pour objectif que les personnes aient des conditions d'accès et des moyens qui favorisent les échanges pluriprofessionnels. Pour cela, il pourrait être nécessaire que les médecins du travail soient formés, d'une part à la coordination d'équipe, comme à des outils et des méthodes qui leur permettent de pouvoir apporter un cadre clair aux autres personnes concernant les actions participatives de l'équipe (construction des diagnostic santé travail, plan d'action de l'effectif). L'organisation du travail peut en outre chercher à créer des dynamiques autour du nouveau positionnement de l'assistant comme assistant de l'équipe pluridisciplinaire afin de bien marquer un changement de tâches et de missions. Le travail de communication autour de cette transformation organisationnelle pourrait être l'occasion de former les assistants des équipes pluridisciplinaires à leurs nouvelles fonctions. Il s'agit de la communication à l'ensemble des statuts professionnels sur les missions centrales que l'assistant réalise aujourd'hui. Ce statut est en effet au centre du travail des équipes pluridisciplinaires, de l'accueil des travailleurs lors des pré-visites connectées et au contact avec les adhérents.

9 Conclusion générale et perspectives de recherches

Conclure ce travail de recherche ne signifie pas mettre un point final. J'ai comme perspective que c'est un point d'étape et que des pages restent à écrire. Les résultats produits ouvrent sur des possibilités d'explorations futures. La demande initiale qui a permis de construire ces travaux portait sur une problématique de manque d'efficience de la pluridisciplinarité au sein des équipes du SSTI. Dans un contexte qui semblait en pleine mutation il y a 5 ans, nous avons fait le choix de nous centrer sur les groupes projet de conception. Le mode de fonctionnement participatif de ceux-ci, les équipes plus restreintes nous semblaient être un pari sur l'avenir, à la vue du devenir de la santé au travail. Cette vision nous a plutôt donné raison aujourd'hui. En particulier si demain le financement des SSTI passait sur un guichet unique comme le préconise le Rapport Lecocq (2018), avec une cotisation unique pour les employeurs et un socle de prestations minimums, les autres étant tarifées. Des équipes pluridisciplinaires efficaces, fonctionnant en mode projet pour déterminer les plans d'action et orienter ensuite les adhérents vers les expertises, seraient indispensables.

9.1 La distanciation aux matériaux

Les objectifs de ce travail, qui se situe à la croisée des chemins entre l'anthropologie et l'ergonomie sont multiples. La participation observante a donné la possibilité de pouvoir traiter des interactions existantes dans des contextes fortement marqués par les asymétries et par des relations pluriprofessionnelles complexes. En position de dédoublement professionnel, comme chercheur/ergonome, j'ai été moi-même confronté à cette réalité. Mon rapport au métier d'IPRP, la position d'ergonome/chercheur, m'a amené au début de la recherche à percevoir et à traiter d'emblée le médecin du travail comme étant en position d'injonction systématique. Cette prise de conscience m'a amené à retravailler la méthodologie et à introduire un processus d'enquête construit sur la base de la logique pragmatique de Dewey (1938). Cette confrontation aux matériaux empiriques de la recherche prend part dans un processus d'enquête (Dewey, 1938). Il ne s'agit pas seulement pour le chercheur de poser une nouvelle hypothèse alors que la première a été invalidée. L'enquête, qui se comprend comme « *la transformation contrôlée (ou dirigée) pour convertir les éléments disséminés, qu'ils soient connus ou inconnus, en un*

nouveau tout unifié » (Dewey, 1938, p. 169) s'inscrit dans une logique pragmatique, un processus pour « *penser l'expérience et la quête de connaissance* » (Thievenaz, 2019, p. 118). C'est dans cette logique que les matériaux qualitatifs des enregistrements de réunions ont été traités afin de pouvoir les objectiver d'un point de vue quantitatif et les comparer les uns aux autres. Ensuite, il s'agit d'en éclairer les résultats à la lumière des matériaux qualitatifs issus notamment de l'observation participante. Par ce traitement des matériaux, le chercheur est amené à se re-questionner et à éprouver son vécu par la confrontation aux résultats. Il ne préjuge pas. Dewey (2011) considère que ce passage par l'expérience est une dynamique de construction de la connaissance fondée sur l'envie.

Ainsi, du rapport à nos matériaux émerge un processus dont l'objectif pragmatiste est la construction de connaissances qui s'articule avec la nécessité de répondre opérationnellement aux besoins de la demande du SSTI. Un impératif d'intégrer une logique opératoire à la logique cognitive que développe Dewey (2016), cité par Thievenaz (2019, p. 117) : « *la science devrait surtout contribuer à faire les relations entre l'homme et son travail – y compris les relations avec les autres hommes qui y participent – qui mobiliseront intelligemment son intérêt pour bien faire ce qu'il fait* ». Ainsi, le dédoublement professionnel chercheur/ergonome permet de construire en actes les solutions en continu au sein du SSTI pour participer par exemple à la mise en place de nouvelles organisations.

9.2 L'apport d'un chercheur au sein du SSTI

En premier lieu, la volonté du SSTI d'accueillir un projet de recherche est une spécificité à souligner car peu de ces structures en font le choix alors même qu'elles offrent des opportunités de terrains de recherche qui pourraient permettre de construire des pistes de solution avec des entreprises ou des branches d'activités spécifiques et ainsi participer au processus d'évolution de la santé au travail. Le SSTI a considéré que l'expérience lui a apporté satisfaction en interne ; pour preuve le contrat de CDD CIFRE a été transformé en CDI. Le SSTI a ensuite décidé de renouveler l'expérience en s'engageant dans une nouvelle thèse CIFRE dès le mois de janvier 2021, cette fois-ci sur des aspects épidémiologiques.

La réalisation du travail de thèse s'est déroulée dans un environnement capacitant pour des activités de recherche : un accès au terrain sans restriction, des moyens matériels, financiers et organisationnels qui ont permis d'être dans de bonnes conditions. L'un des objectifs qui a été atteint, aussi bien d'un point de vue méthodologique que d'un point de vue professionnel a été l'intégration au SSTI, qui est une organisation vivante. L'évaluation de cette intégration peut s'effectuer non seulement à la vue de l'acceptation et de la confiance qui se sont peu à peu installées au regard de ce statut intégrant un dédoublement professionnel « ergonomes/chercheur ». Elle a eu lieu du fait de la bienveillance et de l'accueil des personnes avec qui j'ai été amené à travailler durant des années, qui ont accepté le jeu de l'observation et des entretiens.

Cette confiance s'est construite car les personnes ont compris que je cherchais à comprendre leur activité et que je ne préjugeais pas. C'est ce que m'a dit un jour en entretien une assistante médicale mais c'est aussi ce qui a détendu au fil du temps les relations avec les médecins du travail. L'objectif de la recherche n'était pas de juger mais de comprendre. Des échanges ont eu lieu durant les travaux de recherches avec les personnes impliquées. J'ai expliqué la méthodologie et donné des explications sur l'avancé des travaux dans les groupes projet au sein desquels j'étais intégré. En fin de groupe, j'ai fait une synthèse lorsque cela s'est avéré possible, dans 3 groupes sur 4. En dehors de cela, les résultats intermédiaires de la thèse ont été présentés lors de réunions de médecins du travail (2 point intermédiaires) auxquelles participait l'ensemble des professionnels de santé, et de la même façon en réunion de pôle technique. De plus, l'ensemble des textes des communications en congrès ont été mis à

disposition de tous les salariés du SSTI par le service communication en les plaçant sur un serveur accessible à tous et en informant l'ensemble du personnel. Une présentation finale sera proposée dans les semaines à venir à l'ensemble des salariés du SSTI.

Les échanges avec la direction du SSTI se sont construits sur un mode de relations directes et régulières. Des rapports intermédiaires sur l'avancée de la recherche ont été transmis, ainsi que les soumissions d'articles et de communications pour les congrès, faisant état des recherches. La directrice du SSTI a par ailleurs participé directement à la rédaction de deux communications fondées en partie sur les résultats du travail de recherche, l'une pour le congrès de l'AFISST, l'autre pour le congrès de la SELF. Cette implication et son expérience sur les projets de conception ont permis d'avoir des échanges sur les orientations des travaux comme sur les résultats. C'est par exemple à la suite de ces échanges, sans que les choses n'aient été formalisées, que la directrice du SSTI a engagé des essais d'organisation, une transformation participative des organisations ou a demandé à des ergonomes de retravailler le « Mode Projet ». Ce choix des modalités d'échange a été consciemment choisi au début de la thèse par la directrice du SSTI et moi-même. L'objectif n'était pas de rendre des livrables prescrits à date fixe, mais de pouvoir partager, d'échanger et d'être en mesure de construire ensemble.

Pour le SSTI, l'apport de la présence d'un doctorant en CIFRE, aussi bien afin de répondre à la demande initialement posée que sur d'autres thématique, a trouvé une réponse pragmatique en terme de méthodologie plus que de plan d'action. C'est par la capacité d'apporter des méthodes de travail, des procédés de réflexions autour de certains thèmes que des dynamiques ont eu lieu. Faire un travail de recherche signifie être dans un processus singulier de recherche et de construction de la connaissance, de remise en cause permanente de ses propres méthodologies. Lorsque la directrice propose de développer la plateforme connectée avec les adhérents et les salariés, le projet qui aurait pu passer comme totalement en dehors du sens commun ailleurs s'inscrit dans la continuité d'une volonté de construire des connaissances, de progresser et d'innover. Ces façons de procéder paraissent bizarres et hors normes au début de l'intégration dans le collectif. Elles sont mêmes parfois agaçantes pour certains quand d'autres considèrent simplement que vous êtes en décalage avec la réalité. Mais au fur et à mesure, j'ai réussi à apprendre qu'il ne s'agit pas d'apparaître « en décalage » mais de réussir à partager avec les membres du collectif. Ce partage, le transfert qui l'accompagne ont permis de pouvoir construire le débat professionnel dans un collectif au sein duquel il n'existait pas. La nouvelle organisation en a été l'occasion. Jusqu'à présent, il y avait des

réunions de descente d'informations hiérarchiques, justifiées par la présence d'un responsable de pôle IPRP. Sa suppression et la mise en place des experts ont été l'occasion de la co-construction de débats professionnels, organisés par celui qui souhaite prendre en main le sujet et dont l'objectif est de partager sur un sujet, des méthodologies, des manières de faire. Le dernier en date, dont le sujet était d'échanger sur nos pratiques en termes d'intervention sur la QVT, a été riche et a conclu sur la nécessité de construire un cadre commun. Un groupe de 5 IPRP se charge de le construire. Le sujet avance aujourd'hui et les IPRP se sont engagés sur la construction d'un cadre méthodologique partagé.

Durant les 5 années de recherche, le SSTI n'est pas resté inerte et l'organisation vivante a évolué au gré de la compréhension des différents freins et leviers sur lesquels il pouvait être possible de jouer pour tenter de mettre en place des organisations proposant un fonctionnement réellement pluridisciplinaire. Ainsi, il s'agissait de répondre de manière opératoire à la demande initiale du SSTI. Pour cela, différentes expérimentations ont été mise en place, qui trouvent leurs résultats au fil des groupes projet. Les résultats du travail de recherche ont participé à la construction de la dernière réorganisation du SSTI. Elle ne cherche pas à supprimer les asymétries au sein des équipes mais s'appuie sur la position du médecin en lui confiant pleinement la coordination fonctionnelle de petites équipes pluridisciplinaires fixes qui ont un responsable hiérarchique commun. Trois experts (ergonomie/sciences sociales, toxicologie, épidémiologie) viennent apporter leur appui méthodologique aux équipes en cas de besoins et travaillent sur l'avance de phase de définition des projets de conception. Les résultats sont concrets, y compris dans la manière dont les asymétries peuvent être travaillées dans les interactions entre les personnes de différents statuts. Il y a eu une évolution importante depuis 4 ans qui ne tient pas aux personnes mais aux modalités organisationnelles. En comparaison, dans certains SSTI, les jeunes médecins du travail obligent les IPRP à porter la blouse. Dans d'autres SSTI, le renouvellement de médecins du travail, sans la construction de nouvelles modalités d'organisation du travail, n'a pas permis de développement vers un fonctionnement réellement pluridisciplinaire.

9.3 Perspectives

Les perspectives de poursuites des travaux débutés avec le projet de thèse CIFRE pourront s'inscrire demain dans le cadre de développements diversifiés, qui pourront être des partenariats avec des structures institutionnelles tel le projet actuel sur le développement des applications numériques smartphone au service de la prévention des risques professionnels, en partenariat avec des startups françaises et britanniques. Deux perspectives se présentent dans la poursuite de nos travaux. D'une part il s'agit d'affiner les catégories d'actions proposées dans nos travaux actuels en traitant le contenu des échanges. En second lieu, il pourrait s'agir de travailler sur la question de la performance. C'est une question qui s'est régulièrement posée lors de nos travaux et qui n'a pas pu être traitée.

9.3.1 Investiguer le contenu des échanges

Lors de la construction méthodologique de nos travaux actuels nous avons fait le choix de ne pas prendre en compte le contenu et la nature de l'échange entre les personnes pour traiter que les caractéristiques des propositions des personnes lors des échanges que nous avons traduits en actions. L'action est un entredeux, mais elle ne permet pas de revenir finement à des différences interpersonnelles. Le fait qu'un traitement des échanges prenne en compte le contenu permettrait de pouvoir analyser les intentions des personnes que nous n'avons pu saisir dans nos travaux. Ainsi, au-delà de la photographie proposée dans nos travaux actuels, l'intentionnalité de l'action permettrait d'introduire une dimension supplémentaire, qui étofferait l'analyse et introduirait de la nuance, des subtilités entre les positionnements, les différents statuts. L'analyse du contenu des échanges pourrait également faire émerger, en documentant d'une manière plus précise ce qui est adossé aux actions réalisées. Il apparaîtrait ce qui fait valeur pour les personnes. Il serait alors intéressant de pouvoir regarder de quelle manière s'organisent ce qui fait valeur pour les personnes avec les asymétries et les statuts. La poursuite de ce travail pourrait permettre de répondre à des questions laissées en suspens dans nos travaux et d'introduire la question des normes.

9.3.2 Ouvrir la porte de la performance

L'une des perspectives de travail suite à ces travaux, qui pourrait permettre de construire des connaissances et serait également une piste de développement organisationnelle pour le SIST serait de se questionner sur la performance des processus de conception. Ce rapport à la performance est peu investigué en SIST. Nos travaux permettent un regard provenant de deux points de vue différents sur la question de la performance.

En premier lieu, une performance de la conception des groupes projet. Il apparaît dans nos résultats que le rapport et la notion de performance prennent des formes différentes pour les personnes qui sont engagées dans les processus en fonction du type de conception. En ce qui concerne des projets de conception relatifs à des plaquettes, des sensibilisations ou des informations, il apparaît que réussir à répondre au cahier des charges, produire l'objet demandé est évalué comme un indice de performance et de satisfaction important. Les modalités ou les conditions de participation lors du groupe de conception ne semblent pas être prégnantes. En revanche, lorsque les groupes projet ont pour objet la conception d'outils ou de processus transformant l'activité de travail des personnes, le rapport à la performance du groupe projet est tout autre. Il apparaît alors que les personnes valent la performance finale du groupe projet non plus sur sa production finale mais sur les possibilités et les moyens qui leur ont été offerte de s'exprimer et de participer aux processus de construction de la décision. La performance du groupe projet de conception est évaluée à l'aune du cadre participatif.

Dans la poursuite de nos travaux, il pourrait s'avérer pertinent de se demander comment les personnes appréhendent la notion de performance en fonction du statut ? Quelle application dans l'activité de travail habituelle, dans les projets ?

Il s'agirait ensuite, sur un nombre de groupes projet, que les personnes valent la performance des groupes, en comparaison de la réalisation du cahier des charges, de la réalisation de l'objet partagé du groupe par exemple. Cette notion de performance peut aussi être interrogée du point de vue des modalités de fonctionnement du processus participatif. Cela permettrait de chercher à comprendre en quoi les personnes jugent que le groupe est plus ou moins performant en fonction de l'atteinte de ses objectifs et le fonctionnement participatif, dans un contexte marqué par les asymétries statutaires. Ces réflexions pourraient permettre de nourrir la construction d'une organisation proposant un fonctionnement réellement pluridisciplinaire.

9.4 En Conclusion

En conclusion de ce travail de recherche, il semble nécessaire de mettre en perspective les résultats importants et de les associer à des pistes de préconisation qui puissent orienter le SSTI demandeur dans le cadre de sa réflexion concernant les axes de pilotage de la pluridisciplinarité.

L'un des éléments majeurs est que les asymétries statutaires n'apparaissent pas dans les résultats comme un facteur bloquant des débats interprofessionnels mais peuvent au contraire être dans des conditions des facteurs de dynamiques. Afin de le favoriser il est nécessaire que les prescriptions du travail soient claires pour l'ensemble des personnes, qu'elles soient en position asymétrique favorable ou non, particulièrement concernant l'allocation de tâches, les moyens matériels, temporels et humains alloués pour les réaliser. Pour cela, le SSTI peut redéfinir les prescriptions et communiquer sur celles-ci afin que les personnes, quel que soit leur statut, soient en mesure de les approprier. Il s'agit en particulier de définir clairement les modalités organisant les relations fonctionnelles et hiérarchiques. Par la définition des missions et du positionnement de chacun, les asymétries peuvent alors être atténuées en évacuant des tensions générées par les incertitudes de positionnement.

La définition claire des moyens alloués en fonction des besoins, des compétences requises et de la nature du projet permettent également de stabiliser les relations par l'objectivation des logiques d'attribution. Ce type de processus permet d'une part de ne pas fonctionner avec un système qui autorise les personnes en position asymétrique favorable, ayant plus de possibilités de régulation à consacrer du temps aux groupes projet, et d'autre part, oblige le coordinateur du projet à se poser la question de l'expertise des personnes dans le processus et des moyens à allouer pour la développer. Ainsi le processus de conception change de dimension. Les personnes ne se consacrent plus seulement à l'objectif de construire la solution dans le cadre du développement de la politique stratégique du SSTI. Les groupes projet de conception s'intègrent pleinement dans l'itinéraire professionnel des personnes comme des équipes incorporant expérience et connaissances. Par le débat interprofessionnel, par la découverte de méthodes de travail comme de nouveaux horizons techniques ou scientifiques, c'est pour les personnes l'occasion de construire leur pratique, du fait qu'elles sont en interaction avec d'autres professionnels. Ainsi, le processus pluridisciplinaire est un processus développemental pour la personne comme pour le collectif.

Cependant, dans ces conditions, il est apparu que la condition sine qua non d'une représentation de l'ensemble des métiers du SSTI dans les groupes projet n'était pas forcément un levier pour la pluridisciplinarité. Dans certains groupes projet, lorsque des personnes sont désignées, il apparaît que leur activité s'en ressent fortement par la suite. Un processus réellement pluridisciplinaire est un processus dynamique à l'échelle de l'ensemble de l'organisation du SSTI et pas nécessairement à l'échelle micro d'un groupe projet. Il apparaît donc qu'il est plus souhaitable d'avoir des groupes projet fonctionnant sur la base de personnes volontaires ayant une expertise et un point de vue à apporter pour la conception, quelle que soit leur position asymétrique. Ce fonctionnement, encadré par un cadre participatif clairement établi et communiqué permettra des dynamiques collectives de construire un fonctionnement réellement pluridisciplinaire.

Il apparaît de plus que l'ensemble des groupes projet ne nécessite pas forcément un processus participatif équivalent en fonction de leur objet ou de leur nature. Nos travaux ont montré que plus les groupes projet étaient complexes, plus ils engageaient d'expertise, plus il était nécessaire d'avoir un cadre participatif clairement défini. En revanche, il apparaît que dans un groupe tel le groupe 1, dont la nature est de construire un outil de formation avec sur un sujet consensuel, ce qui est valué positivement par les personnes, c'est l'efficacité et le résultat.

Ce sont l'ensemble de ces conditions qui permettent de lever les freins que peuvent constituer les asymétries statutaires présentes dans le SSTI à la construction d'un fonctionnement qui soit réellement pluridisciplinaire. Ces freins sont levés d'une part par le développement des débats interprofessionnels qui sont favorisés par les modalités de construction de l'activité, mais aussi par la façon dont se travaillent ces asymétries statutaires, par la manière dont elles deviennent effectives par les rôles, par la façon dont elles s'atténuent ou sont porteuses de dynamiques en fonction des situations.

Tables

Bibliographie

- Abbott, A. (1988). *The system of professions*. The University of Chicago Press.
- Ajrourd-Quillet, R., & Valléry, G. (2013). Rôle et enjeux de l'exercice de la pluridisciplinarité en service interentreprise de santé au travail. In *Dongo Rémi Kouabenan & al (Eds), Conditions de travail, évaluation des risques et management de la sécurité* (pp. 95–108). L'Harmattan.
- Amabile, T. M. (1996). *Creativity and innovation in organizations* (pp. 115–135). Harvard Business School. https://doi.org/10.1007/978-3-319-04726-3_8
- Andrieu, B. (2011). Les corps participants, agence épistémique et écologie expérientielle dans les recherches en STAPS depuis 2000. *Staps*, 91(1), 77–86.
- Anzieu, D., & Martin, J. Y. (1994). *La dynamique des groupes restreints*. PUF.
- Asquin, A., Falcoz, C., & Picq, T. (2005). *Ce que manager par projet veut dire*. Editions d'Organisation, Eyrolles.
- Asquin, A., Garel, G., & Picq, T. (2007). Quand les individus et les collectifs sociaux sont mis en danger par travail en projet. *Gérer et Comprendre. Annales Des Mines*, 43–54.
- Austry, D., & Berger, E. (2009). Le chercheur du Sensible – Sa posture entre implication et distanciation. *Actes Du 2ème Colloque International Francophone Sur Les Méthodes Qualitatives 25 et 26 Juin 2009, Lille*.
- Avenier, M.-J., & Thomas, C. (2012). À quoi sert l'épistémologie dans la recherche en sciences de gestion ? *Le Libellio d'Aegis*, 8(4), 13–27.
- Ayed, A. K. B., & Vandenberghe, C. (2019). Stresseurs de rôle et performance prosociale: l'effet de l'épuisement émotionnel et de l'engagement au travail. *Le Travail Humain*, 83(4), 293–316.
- Baker, M. (2004). *Recherches sur l'élaboration de connaissances dans le dialogue*. Habilitation à diriger les recherches. Psychologie, Nancy 2.
- Bales, R. F. (1972). Rôles centrés sur la tâche et rôles sociaux dans des groupes ayant des problèmes à résoudre. In *André Lévy (Ed), Psychologie sociale* (pp. 263–277). Dunod.
- Bales, R. F., & Strodtbeck, F. L. (1951). Phases in group problem-solving. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46(4), 485–495.
- Barcellini, F. (2008). Conception de l'artefact , conception du collectif: dynamique d'un processus de conception ouvert et continu dans une communauté de développement de logiciels libres. In *CNAM. Thèse de Doctorat d'ergonomie - Conservatoire national des arts et metiers - CNAM*.
- Barcellini, F. (2009). Conception de l'artefact , conception du collectif: dynamique d'un processus de conception ouvert et continu dans une communauté de développement de logiciels libres. *Activités*, 6(1), 147–150.
- Barcellini, F. (2015). *Développer des interventions capacitanes en conduite du changement*. Université de Bordeaux, Ecole doctorale Société, Politique, Santé Publique.
- Barcellini, F., Belleghem, L. Van, & Daniellou, F. (2013). Les projets de conception comme opportunité de développements des activités. In *Pierre Falzon (Ed), Ergonomie constructive* (PUF, pp. 191–206).
- Barcellini, F., Détienne, F., & Burkhardt, J.-M. (2008). User and developer mediation in an Open Source Software community: Boundary spanning through cross participation in online discussions. *International Journal of Human Computer Studies*, 66(7), 558–570.
- Barcellini, F., Détienne, F., & Burkhardt, J.-M. (2014). A situated approach of roles and participation in open source software communities. *Human-Computer Interaction*, 29(3), 205–255.

- Barcellini, F., Détienne, F., & Burkhardt, J.-M. (2010). Distributed Design and Distributed Social Awareness: Exploring Inter-subjective Dimensions of Roles. *Proceedings of COOP 2010*, 3–23.
- Barcellini, F., Grosse, C., & Karsenty, L. (2013). Quelle démarche pour favoriser la construction de relations de confiance dans un projet de conception ? In *Karsenty Laurent (dir.). La confiance au travail dans un projet de conception ?* (Octares, pp. 187–207).
- Barcellini, F., Prost, L., & Cerf, M. (2015). Designers' and users' roles in participatory design: What is actually co-designed by participants? *Applied Ergonomics*, 50, 31–40.
- Barlet, B. (2015). *De la médecine du travail à la santé au travail Les groupes professionnels à l'épreuve de la pluridisciplinarité*. Thèse de Doctorat en Sociologie, Université Paris-Ouest Nanterre.
- Barlet, B. (2017). Enjeux de prestige et enjeux de genre en médecine du travail. *La Nouvelle Revue Du Travail*, 10.
- Barlet, B. (2019). *La santé au travail en danger. Dépolitisation et gestionnarisation de la prévention des risques professionnels*. Octarès.
- Barrand, J. (2009). Etre agile... le destin de l'entreprise de demain. *L'Expansion Management Review* », 132, 118–129.
- Barthe, B. (2003). Élaboration, mise en œuvre et apport classificatoire d'un cadre d'analyse des aspects collectifs du travail. *Actes Du XXXVIIIe Congrès de La Société d'Ergonomie de Langue Française, 24, 25 et 26 Septembre 2003*, 181–188.
- Barthe, B., & Quéinnec, Y. (1999). Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. *Annee Psychologique*, 99(4), 663–686.
- Baschet, C. (2016). Comment l'équipe pluridisciplinaire et le métier sont présentés pendant la formation des médecins du travail et quelles perspectives ? *Journée Nationale de l'AFISST, Paris, 27 Mai 2016*.
- Bautzer, E. R. (2005). Le rôle de la raison pratique dans la structuration d'une profession. In *Sorel, Maryvonne, & fittorski, Richard (éds), La professionnalisation en actes et en question* (pp. 67, 78). L'Harmattan, Collection Action & Savoir.
- Beaud, S. (1996). L'usage de l'entretien en sciences sociales . Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique ». *Politix*, 9(35), 226–257.
- Becker, H. S. (2014). *La bonne focale. De l'utilité des cas particuliers en sciences sociales*. La Découverte.
- Becker, H. S., Geer, B., Hugues, E. C., & Strauss, A. L. (1961). *Boys in White, Student Culture in Medical School*. University of Chicago Press (1992).
- Béguin, P. (1997). L'activité de travail: facteur d'intégration durant les processus de conception. In *P. Bossard, C. Chanchevrier & P. Leclair (éd.), Ingénierie concourante : de la technique au social* (pp. 41–54). Economica.
- Béguin, P. (2004). L'ergonome, acteur de la conception. In *Pierre Falzon (Ed) Ergonomie* (p. 375 à 390). PUF.
- Béguin, P. (2007). Prendre en compte l'activité de travail pour concevoir. *Activités*, 4(2), 107–114.
- Béguin, P., & Cerf, M. (2004). Formes et enjeux de l'analyse de l'activité pour la conception des systèmes de travail. *Activites*.
- Bellemare, M., Caroly, S., & Prud'homme, D. (2019). Travail collectif pluridisciplinaire dans la prévention des risques professionnels complexes : ressources et contraintes du contexte au Québec et en France. *Relations Industrielles*, 74(2), 242–265.
- Benne, K. D., & Sheats, P. (1948). Functional Roles of Group Members. *Journal of Social Issues*, 4(2), 41–49.
- Bidet, A., & Vatin, F. (2016). Travailler, c'est produire: activité, valeur et ordre social. In *Marie-Anne Dujarier, Corinne Gaudard, Anne Gillet et Pierre Lénéel (co-direction)*,

- L'activité en théories. Regards croisés sur le travail* (pp. 13–33). Octarès.
- Blondeau, C. (2002). La boucherie : un lieu d'innocence ? *Ethnographiques.Org*, 2, [en ligne].
- Bødker, S. (1996). Creating Conditions for Participation : Conflicts and Resources in Systems Development. *Human-Computer Interaction*, 11(3), 215–236.
- Bogdan, R., & Taylor, S. J. (1975). *Introduction to Qualitative Research Method. A Phenomenological Approach to the Social Sciences*. John Wiley & Sons.
- Bonnardel, N. (2009a). Activités de conception et créativité de l'analyse des facteurs cognitifs à l'assistance aux activités de conception créatives. *Le Travail Humain*, 72(1), 5–22.
- Bonnardel, N. (2009b). Conception et créativité : de l'analyse des facteurs cognitifs à l'assistance aux activités de conception créatives. *Le Travail Humain*, 72(1), 5–22.
- Bouchayer, F., Cresson, G., Pennec, S., & Schweyer, F. (2003). Normes et valeurs dans le champs de la santé. *Colloque International « Sociologie de La Santé » de l'Association Internationale Des Sociologues de Langue, Les 20 et 21 Mars 2003 Française (AISLF)*, 5–15.
- Bourbousson, J., Poizat, G., Saury, J., & Sève, C. (2008). Caractérisation des modes de coordination interpersonnelle au sein d'une équipe de basket-ball. *Activites*, 05(1), 21–39.
- Bourbousson, J., Poizat, G., Saury, J., & Sève, C. (2011). Cognition collective : partage de préoccupations entre les joueurs d'une équipe de basket-ball au cours d'un match. *Le Travail Humain*, 74(1), 59–90.
- Bourdieu, P. (1979). La Distinction Critique sociale du jugement. *Pensée Sociologique. XX Siècle*, 1–7.
- Bourdieu, P. (1984). Espace social et genèse des “classes.” *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, 52–53, 3–14.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques, sur la théorie de l'action*. Editions du Seuil (2014).
- Boutinet, J.-P. (1990). *Anthropologie du projet*. PUF.
- Boutinet, J.-P. (1998). Management par projet et logique communicationnelle, quelles convergences ? Quels défis ? *Communication et Organisation*, 13, 20–41.
- Boyer, S. (2015). *L'activité collective des arbitres de football en match. Agencement d'expérience entre l'arbitre central et ses arbitres assistants*. Université Clermont Auvergne, Thèse de doctorat.
- Boyer, S., Rix-Lièvre, G., & Récopé, M. (2014). Évaluer une pratique en situation. *Spiral-E - Revue de Recherches En Éducation*, 53, 3–17.
- Bréchet, J.-P. (2008). Le regard de la théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. *Revue Française de Gestion*, 184(4), 13–34.
- Brechet, J.-P., & Desreumaux, A. (2007). Une « Project-Based View » pour le « Strategic Choice ». *Revue Sciences de Gestion*, 64, 383–404.
- Bréchet, J.-P., & Desreumaux, A. (2006). Le projet dans l'action collective. In *Encyclopédie des Ressources Humaines* (pp. 1015–1024). Vuibert, 2ème édition.
- Breton, P. (1996). *L'argumentation dans la communication*. La Découverte.
- Briner, W., & Geddes, M. (1989). Understanding the big picture: Positioning the project team. *European Management Journal*, 7(1), 120–123.
- Brock, A., Vinot, J.-L., Oriola, B., Kammoun, S., Truillet, P., & Jouffrais, C. (2010). Méthodes et outils de conception participative avec des utilisateurs non-voyants. *IHM'10 - Proceedings of the 22nd French-Speaking Conference on Human-Computer Interaction*, 65–72.
- Brun, J. P., Lamarche, O., & Vaudran, A. (2016). Réseau régional d'ergonomes en services de santé au travail (PRESANSE) : construire et promouvoir une identité professionnelle. *Actes Du 51ème Congrès de La SELF, Quelles Évolutions à La Croisée d'une Discipline et d'un Métier, Sep 2016*, 1–13.
- Bruxelles, S. (2004). Négociations sur le partage des biens lors de la liquidation du régime

- matrimonial devant notaires. In *Michèle Grosjean et Lorenza Mondada (éds), La négociation au travail* (pp. 155–186). Ethnologie et psychologie des communications, PUL.
- Bucciarelli, L. L. (2002). Between thought and object in engineering design. *Design Studies*, 23(3), 219–231.
- Buckingham Shum, S. J., Uren, V., Li, G., Sereno, B., & Mancini, C. (2007). Modeling naturalistic argumentation in research literatures: Representation and interaction design issues. *International Journal of Intelligent Systems*, 22(1), 17–47.
- Bussy, G. (2017). FabLabs, Product Design and Anthropotechnology. In *Philippe Geslin (Edt) Inside Anthropotechnology: User and Culture Centered Experience, Volume 1* (pp. 139–154). ISTE Ltd and John Wiley & Sons, Inc.
- Cacouault-Bitaud, M. (2001). La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? *Travail, Genre et Sociétés*, 1(5), 91–115.
- Cahour, B. (2002). Décalages socio-cognitifs en réunions de conception participative. *Le Travail Humain*, 65(4), 315.
- Cahour, B. (2006). Les affects en situation d'interaction coopérative : proposition méthodologique. *Le Travail Humain*, 69(4), 379.
- Cahour, B., & Lancry, A. (2011). Émotions Et Activités Professionnelles Et Quotidiennes. *Le Travail Humain*, 74(2), 97.
- Cahour, B., & Pemberton, L. (2001). A model of conversational positioning in collaborative design dialogues. *AI and Society*, 15(4), 344–358.
- Canguilhem, G. (1978). *Écrits sur la médecine*. Seuil (2002).
- Canguilhem, G. (2003). *La connaissance de la vie*. Paris. Vrin (1952).
- Caroly, S. (2010). *Activité collective et rélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail*. Humanities and Social Sciences. Université Victor Segalen - Bordeaux II.
- Caroly, S. (2011). L'activité collective : des enjeux pour la santé au travail. *Présentation à Université de Laval, Montréal, Québec, Canada*.
- Caroly, S. (2013). Les conditions pour mobiliser les acteurs de la prévention des TMS : construire du collectif de travail entre pairs pour développer le métier et favoriser le travail collectif pluri-professionnel. Le cas des médecins du travail. *Perspectives Interdisciplinaires Sur Le Travail et La Santé*, 15(2).
- Caroly, S. (2014). Vers une approche pluridisciplinaire de la santé au travail : Les conditions d'une activité collective entre les acteurs de la prévention des risques professionnels : enjeux de pluridisciplinarité et de prévention durable. *Les Cahiers de La Recherche. Santé, Environnement, Travail, ANSES - La Santé Au Travail*, 39–41.
- Caroly, S. (2016). L'efficacité du travail collectif : enjeu de pluridisciplinarité et d'organisation des SSTi. Une recherche sur l'activité collective dans les SSTi. *Société de Médecine et Santé Au Travail- Dauphiné Savoie*, 18/11/2016.
- Caroly, S., Cholez, C., Coutarel, F., Dugué, B., Landry, A., Daniellou, F., Roquelaure, Y., & Douillet, P. (2006). Prévention durable des TMS : médecine du travail et ergonomie. Premiers résultats d'une recherche nationale pluridisciplinaire. *Actes Du 41ème Congrès de La SELF, Ergonomie et Santé Au Travail, Caen*, 449–453.
- Caroly, S., Cholez, C., Landry, A., Davezies, P., Poussin, N., Bellemare, M., Coutarel, F., Garrigou, A., Chassaing, K., Petit, J., Baril-Gingras, G., Prudhomme, D., & Parrel, P. (2011). *Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS : ressources et contraintes*. ANR.
- Caroly, S., & Clot, Y. (2011). Méthodes d'observation de l'activité de travail et prévention durable des TMS : action et discussion interdisciplinaire entre clinique de l'activité et ergonomie. *Activités*, 8(1), 104–128.
- Caroly, S., Landry, A., Cholez, C., Davezies, P., Bellemare, M., & Poussin, N. (2012).

- Innovation in the occupational health physician profession requires the development of a work collective to improve the efficiency of MSD prevention. *Work*, 41(SUPPL.1), 5–13.
- Caroly, S., & Sallah, M. (2015). *Tâches , objectifs des IPRP de SST et pluridisciplinarité. Analyse des résultats du questionnaire AFISST-PACTE des IPRP 2014.*
- Carré, A. (2004). Pluridisciplinarité, Mode d'emploi. *Les Cahiers S.M.T.*, 19, 69–70.
- Chateauraynaud, F. (2006). *Les asymétries de prises. Des formes de pouvoir dans un monde en réseaux.*
- Cholez, C., Caroly, S., Landry, A., & Vinck, D. (2011). L'interdisciplinarité dans la santé au travail: dynamique de l'apprentissage pratique et croisé en situation. In *Darbellay, F., & Paulsen, T. (Eds.) Au Miroir des Disciplines : Réflexions sur les pratiques d'enseignement et de recherche inter-et transdisciplinaires* (pp. 35–56). Peter Lang.
- Cicourel, A. V. (2002). La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé. Organisation et communication en régime de « surcharge cognitive ». *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, 143(3), 3–17.
- Cicourel, A. V, Joseph, P., & Conein, B. (1994). La connaissance distribuée dans le diagnostic médical. *Sociologie Du Travail*, 36(4), 427–449.
- Clement, A., & Van den Besselaar, P. (1993). A retrospective look at PD projects. *Communications of the ACM*, 36(6), 29–37.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail.* PUF.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir.* PUF.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur: pour en finir avec les risques psychosociaux.* La Découverte.
- Coenen-Huther, J. (2005). Heurs et malheurs du concept de rôle social. *Revue Européenne Des Sciences Sociales*, XLIII(132), 65–82.
- Copans, J. (1999). *L'enquête ethnographique de terrain.* Armand Colin (2008).
- Côté, J., & Salmela, J. H. (1994). A Decision-Making Heuristic for the Analysis of Unstructured Qualitative Data. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 465–466.
- Coutarel, F. (2008). L'effort. In *G. Boëtsch, D. Chevê & P. Blanchard (dir.), Corps et Couleurs* (pp. 108–111). Editions CNRS.
- Coutarel, F., Caroly, S., Vézina, N., & Daniellou, F. (2015). Marge de manœuvre situationnelle et pouvoir d'agir: Des concepts à l'intervention ergonomique. *Travail Humain*, 78(1), 9–29.
- Coutarel, F., & Daniellou, F. (2007). Construction sociale du changement en ergonomie et réseaux sociaux: vers une conduite de projet orientée "conception d'organisations capacitanes". *Colloque Management et Réseaux Sociaux, Capital Social et/Ou Réseau Social En Actes : Quels Outils de Gestion?*, 85–86.
- Coutarel, F., & Petit, J. (2013). Prévention des TMS et développement du pouvoir d'agir. In *Falzon Pierre (dir.). Ergonomie Constructive* (pp. 175–190). Presse Universitaires de France.
- Créplet, F. (2003). *Ingénierie de projet intranet.* Editions d'Organisation, Eyrolles.
- Cross, N., & Cross, A. C. (1996). Winning by design: The methods of Gordon Murray, racing car designer. *Design Studies*, 17(1), 91–107.
- Cru, D. (1988). Collectif et travail de métier. In *C. Dejours, Plaisir et souffrance dans le travail* (pp. 43–49). Editions de l'AOCIP.
- Cuny-Guerrier, A., Caroly, S., Coutarel, F., & Aublet-Cuvelier, A. (2015). Quelle prévention des TMS dans l'activité de l'encadrement de proximité en sous-traitance interne ? Un cas dans le secteur de la découpe de viande. *Perspectives Interdisciplinaires Sur Le Travail et La Santé*, 17(2).
- Cuvelier, L., Falzon, P., Granry, J. C., & Orliaguet, G. (2017). Développement des collectifs de travail et développement de la sécurité : une étude sur les décisions à risque en anesthésie. *Psychologie Du Travail et Des Organisations*, 23(3), 255–272.

- D'Astous, P., Détienne, F., Visser, W., & Robillard, P. N. (2004). Changing our view on design evaluation meetings methodology : a study of software technical review meetings. *Design Studies*, 25, 625–655.
- Da Luz, T., Loup-Escande, E., & Christofol, H. (2009). La conception collaborative de produit et aide à la prise de decision: le mind mapping interactif. *Confere'09. 2 et 3 Juillet 2009, Marrakech, Maroc, Visser 2001*.
- Dambrun, M. (2010). La Théorie de la Dominance Sociale de Sidanius & Pratto. *Préjugés & Stéréotypes*, 1–24.
- Dameron, S. (2002). La dynamique relationnelle au sein d'équipes de conception. *Le Travail Humain*, 65(4), 339–361.
- Damodaran, L. (1996). User involvement in the systems design process-a practical guide for users. *Behaviour and Information Technology*, 15(6), 363–377.
- Daniellou, F. (2004). L'ergonomie dans la conduite de projet de conception de systèmes de travail. In *Pierre Falzon (Ed) Ergonomie* (pp. 359–374). PUF.
- Daniellou, F., & Garrigou, A. (1995). L'ergonomie, l'activité et la parole des travailleurs. In *Josiane Boutet (Ed), Parole au Travail* (pp. 73–92). Langage & Travail, L'Harmattan.
- Daniellou, F., & Martin, C. (2007). Quand l'ergonome fait travailler les autres, est-ce de l'ergonomie? *Actes Des Journées de Bordeaux Sur La Pratique de l'Ergonomie*, 13–32.
- Darses, F. (1997). L'ingénierie concourante : un modèle en meilleure adéquation avec les processus cognitifs de conception. In *P. Bossard, C. Chanchevrier & P. Leclair (éd.), Ingénierie concourante : de la technique au social* (pp. 39–55). Economica.
- Darses, F. (2002a). Modéliser et outiller les activités coopératives de conception. *Le Travail Humain*, 65(4), 289–292.
- Darses, F. (2006). Analyse du processus d'argumentation dans une situation de reconception collective d'outillages. *Le Travail Humain*, 69(4), 317–347.
- Darses, F. (2009). Résolution collective des problèmes de conception. *Le Travail Humain*, 72(1), 43–59.
- Darses, F. (2016). Activity analysis: not what it was! *Le Travail Humain*, 79(3), 193–208.
- Darses, F. (2002b). A cognitive analysis of collective decision-making in the participatory design process. *PDC 02 Proceedings of the Participatory Design Conference T.Binder, J.Gregory, I.Wagner (Eds.) Malmo, Sweden, 23-25 June 2002., June*, 23–25.
- Darses, F., Cahour, B., Poveda, O., & André-Thorin, F. (2001). Quelles conditions pour la participation des opérateurs a la conception de leurs dispositifs de fabrication? *36e Congrès SELF, Montréal : Les Transformations Du Travail, Enjeux Pour l'ergonomie*.
- Darses, F., Détienne, F., & Visser, W. (2001a). *COMET: a method for analyzing collective design processes*.
- Darses, F., Détienne, F., & Visser, W. (2004). Les activités de conception et leur assistance. In *Pierre Falzon (Ed) Ergonomie* (pp. 545–582). PUF.
- Darses, F., Détienne, F., & Visser, W. (2001b). Assister la conception : perspectives pour la psychologie cognitive ergonomique. *ÉPIQUE 2001, Actes Des Journées d'étude En Psychologie Ergonomique*, 11-20.
- Darses, F., & Falzon, P. (1996). La conception collective : une approche de l'ergonomie cognitive. In *G. de Terssac & E. Friedberg (Eds). Coopération et Conception* (pp. 1–12). Octares.
- Darses, F., Falzon, P., & Munduteguy, C. (2004). Paradigmes et modèles pour l'analyse cognitive des activités finalisées. In *Pierre Falzon (Ed) Ergonomie* (pp. 191–212). PUF.
- Darses, F., & Reuzeau, F. (2004). Participation des utilisateurs à la conception des systèmes et dispositif de travail. In *Pierre Falzon (Ed) Ergonomie* (pp. 404–420). PUF.
- Darses, F., & Rezeau, F. (2004). Participation des utilisateurs à la conception des systèmes et dispositifs de travail. In *Pierre Falzon (Ed) Ergonomie* (pp. 405–420). Presses

Universitaires de France.

- Davezies, P. (2000). Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale. *Médecine et Travail*, 183, 38–41.
- Davezies, P. (2001). Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale. *Revue de Médecine Du Travail*, 28(2), 104–108.
- Davezies, P. (2005). La santé au travail, une construction collective. *Santé & Travail*, 52, 24–28.
- De Terssac, G. (2016). L'activité dans le travail: un point de vue sociologique. In M.A. Dujarier, C. Gaudart, A. Gillet & P. Lenel (Eds), *L'activité en théories. Regards croisés sur le travail* (pp. 187–222). Octarès.
- De Terssac, G., & Chabaud, C. (1990). Référentiel opératif commun et fiabilité. In Jacques Leplat, Gilbert de Terssac. *Les facteurs humains de la fiabilité*. Octares/Entreprises.
- De Terssac, G., & Friedberg, E. (1996). *Coopération et conception* (Eds). Octarès.
- Debut, T. (2015). La prévention des risques professionnels - une aire de jeux privilégiée pour la pluridisciplinarité - Quelle pluridisciplinarité ? Quelles perspectives ? In François Hubault (Ed), *La dynamique des métiers de l'ergonomie* (pp. 62–66). Octares.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? *Le Travail Humain*, 58(1), 1–16.
- Dejours, C. (2009). *Travail vivant. Travail et émancipation*. Petite Bibliothèque Payot.
- Dellacherie, C., Frimat, P., & Leclercq, G. (2010). *La santé au travail : Vision nouvelle et professions d'avenir - Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions*.
- Denis, A., Quignard, M., Fréard, D., Détienne, F., Baker, M., Barcellini, F., Denis, A., Quignard, M., Fréard, D., Détienne, F., & Baker, M. (2012). Détection de conflits dans les communautés épistémiques en ligne. *TALN 2012, Actes de La Conférence Sur Le Traitement Automatique Des Langues Naturelles, Jun 2012*, 351–358.
- Desbiens, D. (2011). Le contrôle et la flexibilité. De quel équilibre s'agit-il ? In M. Aubry & P. Lièvre (Eds), *Gestion de projet et expéditions polaires, Que pouvons nous apprendre ?* (pp. 251–258). Presses de l'Université du Québec.
- Dessors, D., Teiger, C., Laville, A., & Gadbois, C. (2009). Conditions de travail des opératrices des renseignements téléphoniques et conséquences sur leur santé et leur vie personnelle et sociale. In *De l'ergonomie à la psychodynamique du travail* (pp. 40–91). Eres.
- Détienne, F. (1991). Reasoning from a schema and from an analog in software code reuse. *Empirical Studies of Programmers: Fourth Workshop, New Brunswick, NJ, USA, December 6-8, 1991*.
- Détienne, F. (2006). Collaborative design : managing task interdependencies and multiple perspectives. *Interacting with Computers*, 18(1), 1–20.
- Détienne, F., Baker, M., Fréard, D., Barcellini, F., Denis, A., & Quignard, M. (2016). The Descent of Pluto: Interactive dynamics, specialisation and reciprocity of roles in a Wikipedia debate. *International Journal of Human Computer Studies*, 86, 11–31.
- Détienne, F., Boujut, J.-F., & Hohmann, B. (2004). Characterization of Collaborative Design and Interaction Management Activities in a Distant Engineering Design Situation. In F. Darses, R. Dieng, C. Simone, M. Zacklad (Eds), *Cooperative systems design* (pp. 83–98). IOS Press.
- Détienne, F., Martin, G., & Lavigne, E. (2005). Viewpoints in co-design: A field study in concurrent engineering. *Design Studies*, 26(3), 215–241.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse de la méthode dans les sciences du comportement*. Flammarion.
- Dewey, J. (1938). *La logique : théorie de l'enquête*. PUF (1967).
- Dewey, J. (1939). Theory of valuation. In *International Encyclopedia of Unified Science: Vol.*

- II* (Issue 4, pp. 35–51). The University of Chicago Press.
- Dewey, J. (2011). *Démocratie et éducation*. Armand Colin (1916).
- Dodier, N., & Baszanger, I. (1997). Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique. *Revue Française de Sociologie*, 38(1), 37–66.
- Dubet, F. (2012). Classes sociales et description de la société. *Revue Française de Socio-Économie*, 10(2), 259–264.
- Dugré, G. (2006). *Travailleuses de la construction*. Éditions du remue-ménage.
- Durrive, L. (2012). Comment approcher une situation de travail dans une perspective ergologique. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 237–252.
- Durrive, L. (2014). La démarche Ergologique : pour un dialogue entre normes et renormalisations. *Ergologia*, 11, 171–198.
- Durrive, L. (2015). *L'expérience des normes. Comprendre l'activité humaine avec la démarche ergologique*. Octares.
- Ehrenreich, B. (2001). *Nickel and Dimed*. Metropolitan Books.
- Elias, E., Caffiau, S., & Chaumon, M.-E. (2018). Vers une meilleure collaboration pluridisciplinaire dans le processus de conception d'un système interactif : cas de la définition des besoins. *ERGO'IA 2018, Oct 2018, Bidart, France*.
- Engeström, Y., Kajamaa, A., Lahtinen, P., & Sannino, A. (2015). Toward a Grammar of Collaboration. *Mind, Culture, and Activity*, 22(2), 92–111.
- Falzon, P. (1994). Dialogues fonctionnels et activité collective. *Le Travail Humain*, 57(4), 299–312.
- Falzon, P. (2005). Ergonomie, conception et développement. *Conférence Introductive, 40ème Congrès de La SELF, Saint-Denis, La Réunion, 21-23 Septembre 2005*.
- Falzon, P., & Darses, F. (1993). Les processus de coopération dans des dialogues d'assistance. *Actes Du XXVII Congrès de La SELF 1992 : Les Aspects Collectifs Du Travail. Lille, 23-25 Septembre, 67–70*.
- Falzon, P., & Teiger, C. (1995). Construire l'activité. *Séminaire DESUP/DESS de Paris I. Performances Humaines & Techniques N° Hors Série (Septembre), 34–39*.
- Favret-Saada, J. (2009). *Désorcèler*. Editions de l'Olivier.
- Favret-Saada, J., & Contreras, J. (1981). *Corps pour corps. Enquête sur la sorcellerie dans le bocage*. Editions Temoins/Gallimard.
- Fernandez, G. (2009). *Soigner le travail*. Eres.
- Filliettaz, L. (2006). Asymétrie et prises de rôles. Le cas des réclamations dans les interactions de service. In M. Laforest & D. Vincent (dirs), *Les interactions asymétriques* (pp. 89–113). Éditions Nota bene.
- Folcher, V. (2015). Conception pour et dans l'usage : la maîtrise d'usage en conduite de projet. *Revue Des Interactions Humaines Médiatisées*, 16(1), 39–60.
- Fréard, D., Barcellini, F., Détienne, F., Baker, M., & Burkhardt, J.-M. (2012). Comprendre l'activité collaborative dans des communautés épistémiques en ligne : une approche socio-cognitive. *47e Congrès de La Société d'Ergonomie de Langue Française. SELF 2012, 29–35*.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine*, . Harper & Brothers.
- Gaillard, I. (2011). Sécurité en action, ergonomie et action sur les risques: la négociation est en cours. *L'ergonomie à La Croisée Des Risques, Actes Du 46ème Congrès de La SELF, 207–213*.
- Gal-Petitfaux, N. (2011). *La leçon d'Education physique et sportive : formes de travail scolaire, expérience et configurations d'activité collective dans la classe Contribution à un programme de recherche en anthropologie cognitive*. Université Clermont Auvergne, UFR STAPS : HDR.
- Galey, L., Judon, N., Jolly, C., Goutille, F., Albert, M., Lhospital, O., Martin, P., Noel-, C.,

- Pasquereau, P., Aublet-cuvelier, A., Galey, L., Judon, N., Jolly, C., Goutille, F., Morelot, S., Albert, M., Martin, P., Noel-suberville, C., Pasquereau, P., & Aublet-cuvelier, A. (2019). Proposition méthodologique en ergotoxicologie pour révéler les expositions à des produits chimiques. *Activités*, 16(1), [En ligne].
- Garel, G. (1996). L'entreprise sur un plateau : un exemple de gestion de projet concurrente dans l'industrie automobile. *Gestion 2000*, 3(mai-juin), 111–134.
- Garel, G. (2011). Le management de projet. « *Informations Sociales* », 5(167), 72–80.
- Gérard, L. (2013). Supervision doctorale et socialisation des doctorants. Implication des superviseurs dans la socialisation professionnelle des doctorants. In *Marianne Fresnay & Marc Romainville (Eds), L'accompagnement des mémoires et des thèses* (pp. 153–175). Presses universitaires de Louvain.
- Gernet, I. (2009). Les relations entre santé et travail du point de vue de la psychodynamique du travail. *Mouvements*, 58(2), 79.
- Gernet, I., & Dejours, C. (2009). Évaluation du Travail et Reconnaissance. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 8(2), 27.
- Ghislaine, D., Descartes, C., Dominique, H., Francis, D., Anne, D., Ellen, I., Du, R., Catherine, N., Nicolas, S., & Hélène, S. (2001). *Comptes rendus du congrès SELF-ACE 2001 – Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie*. 171–176.
- Ginzburg, C. (1980). Signes, traces, pistes » Racines d'un paradigme de l'indice. *Le Débat*, 6(6), 3–44.
- Giraud, B. (2015). Négociateur sous contrainte : les modalités d'appropriation du rôle de « partenaire social » par les représentants de la CGT. *Relations Industrielles*, 70(2), 306–326.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Editions de minuit.
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Editions de minuit.
- Goldman, E. (2001). *L'Épopée d'une anarchiste*. Editions Complexe (1984).
- Gollac, M., & Volkoff, S. (2006). La santé au travail et ses masques. *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, 163(3), 4.
- Goodwin, M. H., & Alim, H. S. (2010). “Whatever (Neck Roll, Eye Roll, Teeth Suck)”: The Situated Coproduction of Social Categories and Identities through Stancetaking and Transmodal Stylization. *Journal of Linguistic Anthropology*, 20(1), 179–194.
- Goussard, L., & Tiffon, G. (2013). Travailler en projets dans la R & D. *Temporalités*, 18, [En ligne].
- Gouvenelle, C., Cassar, A., & Thorin, F. (2021). Les impacts de l'introduction de la Data en SSTI : de l'adaptation des pratiques de métier à la transformation des organisations. *55ème Congrès de La SELF, L'activité et Ses Frontières. Penser et Agir Sur Les Transformations de Nos Sociétés*.
- Gouvenelle, C., & Maudhuy, F. (2017). L'intervention en mode projet : une articulation entre SIST et branches professionnelles. *Journées Du CISME, 10-12 Mai 2017*.
- Granath, J. Å., Lindahl, G. A., & Rehal, S. (1996). From Empowerment to Enablement. An evolution of new dimensions in participatory design. *Logistik Und Arbeit*, 8(2), 16–20.
- Grojean, O. (2011). Les aléas d'un terrain comme révélateurs de sa structuration. *Revue Internationale de Politique Comparée*, 17(4), 63.
- Grondin, M.-A. (2018). Relations asymétriques et santé : comment les aménager ? In *G. Rix-Lièvre & S. Thomazet (Eds), Interactions et dynamiques des asymétries* (pp. 139–153). Transverse.
- Grosjean, M. (2001). De la parole plurielle au polylogue effectif. Les relèves inter-équipes à l'hôpital. *Bulletin Suisse de Linguistique Appliquée*, 74, 57–81.
- Gurvitch, G. (1955). Le concept de structure sociale. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 19, 3–44.

- Hall, E. T. (1966). *The hidden dimension*. Doubleday & C°.
- Hargadon, A. B., & Bechky, B. A. (2006). When collections of creatives become creative collectives: A field study of problem solving at work. *Organization Science*, 17(4), 484–500.
- Hedberg, B. (1981). How Organizations Learn and Unlearn. In PC Nystrom & WH Starbuck (Eds.), *Handbook of Organizational Design, Vol.1* (pp. 3–27). Oxford University Press.
- Hélaridot, V. (2018). Prévenir et agir sur les problèmes de santé au travail : les services de santé au travail à la croisée des chemins. *Psychologie Du Travail et Des Organisations*.
- Ho, A. K., Kteily, N., Pratto, F., Foels, R., Sidanius, J., Sheehy-Skeffington, J., Henkel, K. E., & Stewart, A. L. (2015). The nature of social dominance orientation: Theorizing and measuring preferences for intergroup inequality using the n. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(6), 1003–1028.
- Hodebourg, J. (1994). *Le travail, c'est la santé ?* VO Editions.
- Honta, M., Julhe, S., & Salaméro, É. (2015). Aider à la reconversion des danseurs. *Revue Française Des Affaires Sociales*, 1, 229–247.
- Huez, D. (1998). *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*. Syros.
- Huez, D. (2003). Pluridisciplinarité et système de santé au travail. Point de vue d'un médecin du travail. *Les Cahiers S.M.T.*, 18, 69–72.
- Hugues, E. C. (1996). *Le regard sociologique. Essais choisis. Textes rassemblés et présentés par J.M. Chapoulie*. Editions de l'EHESS.
- Ingham, M. (2015). L'apprentissage organisationnel dans les coopérations. *Revue Française de Gestion*, 253, 55–81.
- Jaeger, M. (2010). L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs. *Vie Sociale*, 1(1), 13–23.
- Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale*. Editions de Minuit.
- Jensen, P. L. (1997). Can participatory ergonomics become “the way we do things in this firm” - The Scandinavian approach to participatory ergonomics. *Ergonomics*, 40(10), 1078–1087.
- Junker, B. H. (1960). *Field work; an introduction to the social sciences* : University of Chicago Press (1968).
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322–355.
- Kast, R. (1993). *La théorie de la décision*. La Découverte.
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). The Social Psychology of Organizations. In (Vol.2). Wiley.
- Kaufmann, L., & Kneubühler, M. (2014). Introduction du Dossier « Affecter, être affecté. Autour des travaux de Jeanne Favret-Saada ». *SociologieS*.
- Kilani, M. (1994). Du terrain au texte. *Communications*, 58(1), 45–60.
- Laneyrie, E., Caroly, S., & Descatha, A. (2016). Le travail collectif pluri-acteur, une ressource pour favoriser le maintien en emploi des soignants. *Archives Des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 77(2), 179–185.
- Le Bianic, T. (2003). L'inaptitude au travail: une construction sociale ? *Education Permanente*, 156, 55–66.
- Lecocq, C., Dupuis, B., & Forest, H. (2018). *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée. Rapport fait à la demande du Premier Ministre*.
- Lecomte-Ménahès, G. (2014). Santé précaire et transformation de la médecine du travail. *Travail et Emploi*, 140.
- Lecomte-Ménahès, G. (2017). *Permanence et transformations d'une institution de prévention: la médecine du travail: de l'évaluation de l'aptitude à celle des risques professionnels*.

Université de Nantes.

- Lecomte-Ménahès, G. (2011). « Pluridisciplinarité » et réorganisation des services de santé au travail : comment les médecins se positionnent-ils ? *Colloque La Santé, Quel Travail !?, GERMES, Nantes, 26 Mars 2011.*, 1–8.
- Ledoux, É. (1992). Un préalable à la conception collective : l'analyse du mode d'exploration spontanée des concepteurs. *Actes Du XXVII Congrès de La SELF 1992 : Les Aspects Collectifs Du Travail. Lille, 23-25 Septembre*, 187–190.
- Lenfle, S., & Midler, C. (2003). Gestion de projet et innovation. In *Mustar P, Penan H (eds), Encyclopédie de l'innovation* (pp. 49–69). Economica.
- Leplat, J. (2004). L'analyse psychologique du travail. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 54(2), 101–108.
- Leplat, J., & Cuny, X. (1974). *Les accidents du travail*. PUF.
- Letheux, C. (2016). Le diagnostic territorial : étape préalable à l'action des SSTI. *Archives Des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 77(3), 457.
- Lhuillier, D. (2010). L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail. *Sciences Sociales et Sante*, 28(2), 31–63.
- Lièvre, P., & Rix-Lièvre, G. (2011). Pratiques de coordination d'un collectif informel en situation extrême : une étude de cas "ancrée" au Groenland. *Management & Avenir*, 41(1), 449–471.
- Linton, R. (1936). *The study of man: an introduction*. . Appleton-Century-Crofts, Inc.
- Lorino, P. (2001). La performance et ses indicateurs. Eléments de définition. In *Chantal Bonnefous et Alain Courtois (Edts), Indicateurs de performance*. Productique-Hermes.
- Loup-Escande, E., & Burkhardt, J. (2019). Évaluer l'utilité dans le contexte des technologies émergentes pour identifier des besoins latents : éléments issus d'une analyse des interactions en situation d'usage. *Activités*, 16(2).
- Loup-Escande, E., Burkhardt, J. M., & Richir, S. (2013). Anticiper et évaluer l'utilité dans la conception ergonomique des technologies émergentes: Une revue. *Travail Humain*, 76(1), 27–55.
- Machado-Borges, T. (2017). « Les voix du rebut » : pratiques orales de positionnement social en contexte d'interactions asymétriques », *Brésil(S)*, 12, [En ligne].
- Machefer, J., & Deveaux, A. (2012). Des stratégies face au projet de réforme des services de santé au travail. *Les Cahiers S.M.T.*, 26, 62–66.
- Malébat-Mély, D., & Froment-Védrine, M. (2012). *Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir*.
- Malinowski, B. (1933). *Trois essais sur la vie sociale des primitifs*. Petite Bibliothèque Payot (1968).
- Marquié, J.-C. (2009). Environnements capacitants , développement cognitif et possibilité de maintien dans l'emploi. *Retraite et Société*, 3(59), 103–115.
- Martin, C. (2000). *Maîtrise d'ouvrage maîtrise d'oeuvre*. Octares.
- Maruani, M. (1989). Statut social et modes d'emplois. *Revue Française de Sociologie*, 30(1), 31–39.
- Marx, K. (1844). *Manuscrits de 1844*. Les Éditions sociales (1972).
- Maurice, M. (1994). Acteurs, règles et contexte : A propos des formes de la régulation sociale. *Revue Française de Sociologie*, 35(4), 645–658.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. NRF, Gallimard.
- Merleau-Ponty, M. (1995). *La Nature. Notes, Cours du Collège de France*. Traces écrites, Seuil (1968).
- Meyor, C. (2005). La phénoménologie dans la méthode scientifique et le problème de la subjectivité. *Recherches Qualitatives*, 25(1), 25–42.
- Midler, C. (1993a). *L'auto qui n'existait pas*. *Management des projets et transformation de*

- l'entreprise*. InterEditions.
- Midler, C. (1993b). Le responsable de projet, portrait d'un rôle d'influence. *GESTION* 2000, 9, 123–142.
- Midler, C. (1994). Temps du produit, temps du projet, temps des métiers. *Social Science Information*, 33(1), 25–39.
- Midler, C., Garel, G., & Giard, V. (2006). Management de projet et gestion des ressources humaines. In *L'encyclopédie de la gestion des ressources humaines* (pp. 1001–1014). Vuibert, 2ème édition.
- Mintzberg, H. (1989). *Le management : voyage au centre des organisations*. Éditions d'Organisation.
- Moliner, P. (2009). Utilité sociale des représentations intergroupes de sexe. domination masculine, contexte professionnel et discrimination positive. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 3(83), 25–44.
- Molinier, P. (2010). Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du care. *Champ Psychosomatique*, 58(2), 161.
- Mollo, V., & Falzon, P. (2009). Le corps comme objet de l'interaction médecin-patient. *Corps*, 1(6), 69–75.
- Mondada, L. (1999). L'accomplissement de l'«étrangéité» dans et par l'interaction : procédures de catégorisation des locuteurs. *Langages*, 33(134), 20–34.
- Mondada, L. (2001). Participation et expertise : l'élaboration collective du savoir médical. *Bulletin VALS-ASLA (Association Suisse de Linguistique Appliquée)*, 74, 9–11.
- Mouchet, A. (2016). Comprendre l'activité en situation : articuler l'action et la verbalisation de l'action. *Comprendre l'activité En Situation : Articuler l'action et La Verbalisation de l'action*, 1(40), 9–70.
- Munduteguy, C., & Darses, F. (2000). Facteurs de transgression d'un mode de coopération prescrit par l'organisation pour un mode de coopération adapté au problème à résoudre. In *In Benchekroun, T. H. & Weill-Fassina, A. (Eds.) (2000). Le Travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 165–192). Octares.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1986). The new new product development game. *Harvard Business Review*, 64(1), 137–146.
- Oberlin, G. (1999). Le pluridisciplinaire , perspective exigeante pour les disciplines de base. *Natures Sciences Sociétés*, 7(3), 42–44.
- Ogien, A. (1987). Le travail en équipe : l'imposition de la collégialité dans l'exercice de la psychiatrie. *Sciences Sociales et Santé*, 5(2), 61–84.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2003). L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants. In *Etudes et Travaux n ° 13* (Vol. 13, Issue 227). LASDEL.
- Olivier De Sardan, J. (2000). Le " je " méthodologique : Implication et explicitation dans l ' enquête de terrain. *Revue Française de Sociologie*, 41(3), 417–445.
- Olson, G. M., Olson, J. S., Carter, M. R., & Storosten, M. (1992). Small Group Design Meetings : An Analysis of Collaboration. *Human Computer Interaction*, 7, 347–374.
- Omnès, C. (2016). Henri Desoille, un bâtisseur de la médecine du travail. *Santé & Travail*, 96.
- Omnès, C., & Bruno, A.-S. (2004). *Les mains inutiles, inaptitude au travail et emploi en Europe*. Belin.
- Paillé, P. (2007). La recherche qualitative, une méthodologie de la proximité. In *Henri Dorvil (éd.). Théories et méthodologie de recherche, Problèmes Sociaux, T. III.* (pp. 409–443). Presses Universitaires du Québec.
- Paillereau, G. (2015). La pluridisciplinarité en santé au travail : indispensable et à géométrie variable. In *François Hubault (Ed), La dynamique des métiers de l'ergonomie* (pp. 41–54). Octares.

- Parsons, T., & Shils, E. A. (1951). *Toward a general theory of action*. Harvard university Press (1962).
- Pavard, B., & Karsenty, L. (1997). Différents niveaux d'analyse du contexte dans l'étude ergonomique du travail collectif. *Réseaux*, 15(85), 73–99. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/reso_0751-7971_1997_num_15_85_3136
- Petit, J. (2013). Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas. *Perspectives Interdisciplinaires Sur Le Travail et La Santé*, 15(2), [En ligne].
- Picot, G. (2005). Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers. *Revue Française Des Affaires Sociales*, 1(1), 83–100.
- Piot, T. (2018). Dynamique d'interactions asymétriques dans les métiers adressés à autrui. Un exemple dans le soin. In G. Rix-Lièvre & S. Thomazet (Eds), *Interactions et dynamiques des asymétries* (pp. 139–153). Tranverse.
- Piotet, F. (2002). Médecins du travail. In Françoise Piotet (Ed), *La révolution des métiers* (pp. 291–316). PUF, coll. Le lien social.
- Plantin, C. (1995). *L'interaction argumentative*. Sciences du Langage, Université Lyon 2, HDR.
- Platt, J. (1983). The development of the “Participant Observation” method in Sociology: origin myth and history. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 19, 379–393.
- Pouchelle, M.-C. (2014). Situations ethnographiques à l'hôpital. « Elle vient voir si on a un os dans le nez... ». *Recherche En Soins Infirmiers*, 103(4), 4–19.
- Poussin, N., & Miossec, Y. (2015). Développement du sentiment et du pouvoir d'agir : un exemple chez des médecins du travail. *Le Travail Humain*, 78(1), 81–94.
- Poveda, O. (2001). *Pilotage technique des projets d'ingénierie simultanée : modélisation des processus, analyse et instrumentation*. Thèse de doctorat, INPG, Grenoble.
- Poveda, O., & Thorin, F. (2000). Use of scenarios to integrate cooperation in design. *Proceedings Supplement of COOP 2000, Sophia-Antipolis, France*.
- Prud'Homme, D., Bellemare, M., & Caroly, S. (2014). Les pratiques de collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé au travail du Québec. *50^{Ème} Congrès International. Société D'ergonomie de Langue Française, La Rochelle*, 118–124.
- Rabardel, P. (1995). Qu'est-ce qu'un instrument ? *Les Dossiers de l'Ingénierie Éducative*, 19, 61–65.
- Rabardel, P. (2001). Instrument mediated activity in situations. In *People and Computers XV—Interaction Without Frontiers* (pp. 17–30). Springer.
- Rasclé, V., Guillou, C., Gouvenelle, C., & Desarmenien, A. (2019). Mutations du travail, mutations du système de santé au travail : Interrogations pour la pratique des ergonomes de SSTI ? *54e Congrès de La SELF, “Comment Contribuer à Un Autre Monde ?” Tours, 25-27/09/2019*.
- Récopé, M. (2001). *L'apprentissage*. Collection Pour l'action, Edition Revue EP.S.
- Récopé, M. (2006). *Normativité et sensibilité : une perspective généalogique d'étude du mouvement et de l'action. Motricité et schèmes des volleyeurs mobilisés en défense*. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II.
- Récopé, M., Boyer, S., Rix-Lièvre, G., & Coutarel, F. (2013). Une modélisation de l'activité est-elle nécessaire, est-elle envisageable ? *Ergologia*, 9, 45–74.
- Récopé, M., & Fache, H. (2010). La sensibilité des volleyeurs les plus “ actifs ”. In A. Berthoz et B. Andrieu. *Le corps en acte* (pp. 97–122). Presses universitaires de Nancy.
- Récopé, M., Fache, H., & Fiard, J. (2011). Sensibilité , conceptualisation et totalité [activité-expérience-corps-monde]. *Travail et Apprentissages*, 7, 11–32.
- Reynaud, J.-D. (1995). *Le conflit, la négociation et la règle*. Octares.
- Ricœur, P. (1996). Les Trois Niveaux Du Jugement Médical. *Esprit*, 227(12), 21–33.

- Riquet, O., & Grossetête, A. (2012). L'équipe médicale relevant du code de la santé publique dans les SST. *Les Cahiers S.M.T.*, 26, 26–28.
- Rix-Lièvre, G., & Lièvre, P. (2005). Une mise en perspective de modes d'investigation de l'activité humaine. *6ème Congrès Européen de Science Des Systèmes, 19-22 Septembre 2005*.
- Rix-Lièvre, G., & Lièvre, P. (2009). L'observatoire de l'organisant. *Revue Internationale de Psychosociologie*, XV(35), 161–178.
- Rix-Lièvre, G., & Lièvre, P. (2014). Rôle d'un dispositif d'investigation posé a priori dans l'exercice d'une réflexivité méthodologique. La petite histoire de l'ethnographie d'une expédition polaire à. *Recherches Qualitatives*, 33(1), 149–171.
- Rix, G., & Biache, M. (2004). Enregistrement en perspective subjective située et entretien en re-situ subjectif : une méthodologie de la constitution de l'expérience. *Intellectica*, 1(38), 363–396.
- Rocheblave-Spenle, A.-M. (1969). *La notion de rôle en psychologie sociale*. Presse Universitaires de France.
- Rodgers, D. (2019). Ethnologue et membre de gang : une expérience nicaraguéenne. *The Conversation*, 1–9.
- Roueff, O. (2010). L'improvisation comme forme d'expérience. Généalogie d'une catégorie d'appréciation du jazz. *Tracés*, 18, 121–137.
- Roux, C. (Edt). (2010). Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ? *Actes Du Séminaire Organisé Par Le Réseau ANACT 10 et 11 Mars 2010, Paris*.
- Ryan, P., Luz, S., Albert, P., Vogel, C., Normand, C., & Elwyn, G. (2019). Using artificial intelligence to assess clinicians. *The BMJ*, 364, 161–166.
- Salman, S. (2008). Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail. *Sociologie Du Travail*, 50, 31–47.
- Saury, J., Sève, C., Leblanc, S., & Durand, M. (2002). Analyse de l'activité des entraîneurs à l'entraînement et en compétition. Contribution de quatre perspectives de recherche. *Sciences et Motricité*, 46, 9–48.
- Schaller, A. (2013). Rôle et place des IPRP exerçant au sein de SIST: quelles évolutions depuis la réforme de 2004, quelles perspectives suite à la réforme de 2011? *Références En Santé Au Travail*, 133, 101–106.
- Schembri, M., Farrugia, P., Wodehouse, A. J., Grierson, H., & Kovacevic, A. (2015). Influence of sketch types on distributed design team work. *CoDesign*, 11(2), 99–118.
- Schwartz, Y. (2011). Pourquoi le concept de corps-soit ? Corps-soi, activité, expérience. *Travail et Apprentissage*, 7, 148–177.
- Seitz, G. (2004). Un cadre réglementaire en attente de sens : la pluridisciplinarité. *Les Cahiers S.M.T.*, 19, 72–73.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Barnsley, J., Béland, F., Leggat, S. G., Denis, J. L., Bilodeau, H., Langley, A., Brémond, M., & Baker, G. R. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research*, 11(1), 24–41.
- Sonnentag, S. (1998). Expertise in Professional Software Design : A Process Study. *Journal of Applied Psychology*, 83(5), 703–715.
- Spradley, J. P. (1980). *Participation observant*. Holt, Rinehart and Winston.
- Stoetzel, J. (1978). *La Psychologie Sociale*. Flammarion.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3–21.
- Sueur, J.-P. (1979). Une analyse sémantique des verbes devoir et pouvoir. *Le Français Moderne*, 47(2), 97–120.
- Supiot, A. (1999). *Au-delà de l'emploi, synthèse du rapport pour la Commission européenne*.

- Teiger, C., David, M., Duraffourg, J., Thérèse, M., Laville, A., & Thareaut, L. (2002). Quand les ergonomes sont sortis du laboratoire à propos du travail des femmes dans l'industrie électronique (1963 - 1973). *PISTES*, 8(2), 1–38.
- Theureau, J. (1992). *L'entretien d'autoconfrontation comme composante d'un programme de recherche empirique & technologique*. <http://coursdaction.fr/02-Communications/2002-JT-C93FR.pdf>
- Thévenin, M. (1998). Un "après-licenciement" : résister, persévérer, tenir pour ne pas décevoir. In *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*. Syros.
- Thievenaz, J. (2012). L'activité d'«enquête» du médecin du travail. Transformation des habitudes d'orientation de l'action et construction de l'expérience. *Recherche et Formation*, 70.
- Thievenaz, J. (2019). *Enquêter et apprendre au travail. Approcher l'expérience avec John Dewey*. Editions Raison et Passions.
- Tillman, F. (2004). *Penser le projet. Concepts et outils d'une pédagogie émancipatrice*. Le Grain.
- Toffel, K. (2018). *Positions et prises de position dans la profession infirmière La structuration d'un espace professionnel au prisme de la théorie des champs*. Faculté des Sciences Sociales et Politiques de l'Université de Lausanne.
- Tréanton, J.-R. (1960). Le concept de "carrière". *Revue Française de Sociologie*, 1(1), 73–80.
- Trompette, P., & Blanco, E. (2009). L'usage en conception. Projeter sans fermer la carrière sociale des innovations. In *Chalas Y., Gilbert C., Vinck D. (ed), Comment les acteurs s'arrangent avec l'incertitude* (pp. 97–115). Ed. des Archives Contemporaines.
- Trudel, P., & Côté, J. (1994). Pédagogie sportive et conditions d'apprentissage. *Enfance*, 2–3, 285–298.
- Valléry, G., Boucheix, J.-M., Leduc, S., & Cerf, M. (2005). Analyser les situations de service : questions de méthodes. In *M. Cerf & P. Falzon (Eds) Situations de services : travailler dans l'interaction* (pp. 21–40). PUF, Le Travail Humain.
- Van Belleghem, L., Bahuaud, B., & Martin, S. (2008). L'architecte au service de l'ergonome au service de l'architecte. *43ème Congrès de La SELF, Ajaccio*.
- Van Rooij, S. W. (2010). Project management in instructional design: ADDIE is not enough. *British Journal of Educational Technology*, 41(5), 852–864.
- Varela, F. J. (1989). *Connaître les sciences cognitives; tendances et perspectives*. Seuil.
- Varela, F. J. (1996). Approches de l'intentionnalité: de l'individu aux groupes sociaux. *L'organisation Apprenante*, 1–9.
- Varela, F. J. (1998). Le cerveau n'est pas un ordinateur. *La Recherche*, 109(308), 109–112.
- Vega, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Editions des Archives Contemporaines.
- Villermé, L. R. (1840). *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*.
- Vincent, J. (2012). Ramazzini n'est pas le précurseur de la médecine du travail. *Genèses*, 4(89), 88–111.
- Vion, R. (1996). L'analyse des interactions verbales. *Les Carnets Du Cediscor*, 4, 19–32.
- Visser, W. (1994). Organisation of design activities: Opportunistic, with hierarchical episodes. *Interacting with Computers, Oxford University Press*, 6(3), 239–274.
- Visser, W. (2002). Conception individuelle et collective. Approche de l'ergonomie cognitive. In *M. Borillo & J.-P. Goulette (Eds.), Cognition et création. Explorations cognitives des processus de conception* (pp. 311–327). Mardaga.
- Visser, W. (2006). L'analyse de l'expertise du point de vue de l'ergonomie cognitive. *Conférence Invitée à La 4ième Journée d'étude Organisée Par Le Sensolier "Les Expertises Sensorielles : Nature et Acquisition"*, Ivry-sur-Seine, 12 Octobre 2006.

- Weick, K. E. (2003). Theory and Practice in the Real World. In *The Oxford Handbook of Organization Theory* (pp. 453–475). Oxford University Press.
- Wickizer, T. M., Franklin, G., Plaeger-Brockway, R., & Mootz, R. D. (2001). Improving the quality of workers' compensation health care delivery: the Washington State Occupational Health Services Project. *The Milbank Quarterly*, 79(1), 5–33.
- Wisner, A. (1985). *Quand voyagent les usines*. (Syros).
- Wisner, A., Pavard, B., Benchekroun, T. H., & Geslin, P. (1997). *Anthropotechnologie. Vers un monde industriel pluricentrique*. Octares.
- Yvon, F. (2013). La convocation de l'expérience en formation. Le cas de la préparation à la formation de directeur d'établissement scolaire au Québec. In *Luc Albarello & al (Edts), Expérience, activité, apprentissage* (pp. 193–220). PUF.

Table des illustrations

FIGURE 1 LES AXES DU PST3 / THE AXES OF THE PST3.....	44
FIGURE 2 INVENTAIRE DES PROJETS RENCONTRES DANS LES SITUATIONS QUOTIDIENNES- BOUTINET (1990, P.120) / INVENTORY OF PROJECTS ENCOUNTERED IN DAILY SITUATIONS - BOUTINET (1990, P.120)	52
FIGURE 3 ARBORESCENCE PROCEDURE "GESTION EN MODE PROJET" / PROCEDURE TREE "PROJECT MODE MANAGEMENT"	59
FIGURE 4 SCHEMATISATION DES ETAPES DE LA PROCEDURE "MODE PROJET"/ SCHEMATIZATION OF THE STEPS OF THE "PROJECT MODE" PROCEDURE	60
FIGURE 5 DYNAMIQUE DE LA SITUATION PROJET (MIDLER, 1993) / DYNAMICS OF THE PROJECT SITUATION (MIDLER, 1993).....	62
FIGURE 6 MODELISATION DU PROCESSUS DE CONCEPTION (DARSES, 1997) / MODELING OF THE DESIGN PROCESS (DARSES, 1997).....	73
FIGURE 7 DEGRES DE PARTICIPATION PRATIQUE DANS LA CONCEPTION PARTICIPATIVE (DARSES & REUZEAU 2004) / DEGREES OF PARTICIPATION PRACTICED IN PARTICIPATORY DESIGN (DARSES & REUZEAU 2004).....	79
FIGURE 8 LES TYPES DE ROLES / THE TYPES OF ROLE (BARCELLINI, PROST, & CERF, 2015 P.32).....	100
FIGURE 9 CARACTERISATION DES ROLES / CHARACTERIZATION OF ROLES (CAHOUR, 2002)	101
FIGURE 10 LES ROLES / THE ROLES (BARCELLINI, 2008)	103
FIGURE 11 MODALITES DE PARTICIPATION A LA CONSTRUCTION DE L'OBJET COMMUN / MODALITIES OF PARTICIPATION IN THE CONSTRUCTION OF THE COMMON OBJECT	107
FIGURE 12 ANALYSE DES EFFETS DES ASYMETRIES EN FONCTION DES MODALITES DE COORDINATION / ANALYSIS OF THE EFFECTS OF ASYMMETRIES ACCORDING TO THE COORDINATION MODALITIES	109
FIGURE 13 DENSITE DE MEDECINS DU TRAVAIL PAR REGION / DENSITY OF OCCUPATIONAL PHYSICIANS BY REGION	119
FIGURE 14 LES PRESCRIPTIONS EXOGENES/EXOGENEOUS PRESCRIPTIONS.....	120
FIGURE 15 LES PRESCRIPTIONS ENDOGENES / ENDOGENOUS PRESCRIPTIONS.....	122
FIGURE 16 TACHES ATTRIBUEES AUX DIFFERENTS METIERS DANS LE SSTI ETUDIE / TASKS ASSIGNED TO DIFFERENT TRADES IN THE SSTI STUDIED.....	123
FIGURE 17 ORGANIGRAMME DU SST / ORGANIZATION CHART OF THE OCCUPATIONAL HEALTH SERVICE.....	128
FIGURE 18 LOGIGRAMME D'INTERVENTION / INTERVENTION FLOW CHART	130
FIGURE 19 ORGANIGRAMME FONCTIONNEL / FUNCTIONAL ORGANIGRAM OF THE OCCUPATIONAL HEALTH SERVICE.....	131
FIGURE 20 DEROULE DE LA RECHERCHE/SCROLL OF RESEARCH	167
FIGURE 22 SPECIFICITES DES GROUPES PROJET / SPECIFICS OF PROJECT GROUPS.....	170
FIGURE 21 CARACTERISATION DES ELEMENTS DE CONSTRUCTION DES MATERIAUX /CHARACTERIZATION OF BUILDING ELEMENTS OF MATERIALS	170
FIGURE 23 MODALITE DE TRAITEMENT DES MATERIAUX/MATERIAL TREATMENT MODALITY	177

FIGURE 24 SCHEMATISATION DES SEQUENCES DE L'ACTIVITE DIALOGIQUE /SCHEMATIZATION OF THE SEQUENCES OF THE DIALOGIC ACTIVITY	179
FIGURE 25 EXEMPLE DE CHRONIQUE D'ACTIVITE / EXAMPLE OF ACTIVITY CHRONICLE.....	182
FIGURE 26 LEGENDE DES GRAPHIQUES "ACTIONS REALISEES EN FONCTION DES STATUTS" / GRAPHS LEGEND "ACTIONS CARRIED OUT ACCORDING TO THE STATUTES"	188
FIGURE 27 CARACTERISTIQUES SUPPORTANT LE CODAGE DES MATERIAUX / CHARACTERISTICS SUPPORTING THE CODING OF MATERIALS.....	189
FIGURE 28 SCHEMATISATION DES MODALITES DE CONSTRUCTION DES ROLES / SCHEMATIZATION OF THE WAYS OF BUILDING ROLES	193
FIGURE 29 MODALITES D'IDENTIFICATION DES ACTIONS CARACTERISTIQUES DANS LES MATERIAUX / IDENTIFICATION MODALITIES OF CHARACTERISTIC ACTIONS IN MATERIALS.....	195
FIGURE 30 LEGENDE DES CHRONIQUES D'ACTIVITE (ACTIONS)/ LEGEND OF THE ACTIVITY CHRONICLES (ACTIONS)	196
FIGURE 31 PHASE 1 : CHRONIQUE D'ACTIVITE DES ACTIONS REALISEES / PHASE 1: CHRONICLE OF ACTIVITY OF THE ACTIONS CARRIED OUT	196
FIGURE 32 PHASE 2 : CHRONIQUE D'ACTIVITE : LES ROLES ENDOSES PAR LES PERSONNES / PHASE 2: CHRONICLE OF ACTIVITY : ROLES ASSUMED BY PEOPLE	197
FIGURE 33 CARACTERISTIQUES DES GROUPES / CHARACTERISTICS OF GROUPS	205
FIGURE 34 LA REPRESENTATION DES STATUTS PROFESSIONNELS DANS LES GROUPES PROJET / REPRESENTATION OF TRADES IN PROJECT GROUPS	206
FIGURE 35 REPARTITION DE L'ENSEMBLE DES ACTIONS REALISEES / DISTRIBUTION OF ALL ACTIONS CARRIED OUT.....	209
FIGURE 36 POURCENTAGE REPRESENTE PAR LES STATUTS PROFESSIONNELS PAR TYPE D' ACTIONS – ENSEMBLE DES GROUPES PROJET / PERCENTAGE REPRESENTED BY PROFESSIONAL STATUTES - ALL PROJECT GROUPS	210
FIGURE 37 COMPARAISON DES ACTIONS PAR STATUT PROFESSIONNEL DU GROUPE 1 PAR RAPPORT A L'ENSEMBLE DES GROUPES / COMPARISON OF ACTIONS BY STATUS OF GROUP 1 COMPARED TO ALL GROUPS	213
FIGURE 38 POURCENTAGE REPRESENTE PAR LES STATUTS PROFESSIONNELS PAR TYPE D' ACTIONS LORS DU GROUPE 1 / PERCENTAGE REPRESENTED BY PROFESSIONAL STATUTES BY TYPE OF ACTION IN GROUP 1	214
FIGURE 39 REPARTITION DES ACTIONS DANS L'ACTIVITE DES DIFFERENTS STATUTS PROFESSIONNELS - GROUPE 1 / DISTRIBUTION OF ACTIONS IN THE ACTIVITY OF THE DIFFERENT PROFESSIONAL STATUSES - GROUP 1	214
FIGURE 40 COMPARAISON DE LA REPARTITION DES ACTIONS REALISEES PAR LE COORDINATEUR DE PROJET ET LE MEDECIN DU TRAVAIL - G1/ COMPARISON OF THE DISTRIBUTION OF ACTIONS CARRIED OUT BY THE PROJECT COORDINATOR AND THE OCCUPATIONAL PHYSICIAN – G1	217

FIGURE 41 COMPARAISON DE LA REPARTITION DES ACTIONS REALISEES PAR LE COORDINATEUR DE PROJET ET LE MEDECIN DU TRAVAIL – G3-1 / COMPARISON OF THE DISTRIBUTION OF ACTIONS CARRIED OUT BY THE PROJECT COORDINATOR AND THE OCCUPATIONAL PHYSICIAN – G3-1	218
FIGURE 42 COMPARAISON DE LA REPARTITION DES ACTIONS REALISEES PAR LE COORDINATEUR DE PROJET ET LE MEDECIN DU TRAVAIL – G 2 / COMPARISON OF THE DISTRIBUTION OF ACTIONS CARRIED OUT BY THE PROJECT COORDINATOR AND THE OCCUPATIONAL PHYSICIAN – G 2	219
FIGURE 43 POURCENTAGE TOTAL DES ACTIONS REALISEES PAR STATUTS PROFESSIONNELS-G2 / TOTAL PERCENTAGE OF ACTIONS CARRIED OUT BY PROFESSIONAL STATUTES –G2	225
FIGURE 44 POURCENTAGE REPRESENTE PAR LES STATUTS PROFESSIONNELS PAR TYPE D’ACTIONS LORS DU GROUPE 2 / PERCENTAGE REPRESENTED BY PROFESSIONAL STATUTES BY TYPE OF ACTION IN GROUP 2	225
FIGURE 45 REPARTITION DES ACTIONS DANS L’ACTIVITE DES DIFFERENTS STATUTS PROFESSIONNELS - GROUPE 2 / DISTRIBUTION OF ACTIONS IN THE ACTIVITY OF THE DIFFERENT PROFESSIONAL STATUSES - GROUP 2	226
FIGURE 46 REPARTITION DES ACTIONS REALISEES ENTRE IPRP ET MEDECIN DU TRAVAIL / BREAKDOWN OF ACTIONS CARRIED OUT BETWEEN IPRP AND OCCUPATIONAL PHYSICIAN	228
FIGURE 47 COMPARAISON DE LA REPARTITION DES ACTIONS DES DIFFERENTS ASSISTANTS MEDICAUX EN FONCTION DES MODALITES D’ORGANISATION / COMPARISON OF THE DISTRIBUTION OF THE ACTIONS OF THE DIFFERENT MEDICAL ASSISTANTS ACCORDING TO THE ORGANIZATIONAL METHODS	231
FIGURE 48 POURCENTAGE TOTAL DES ACTIONS REALISEES PAR STATUTS PROFESSIONNELS- G3 / TOTAL PERCENTAGE OF ACTIONS CARRIED OUT BY PROFESSIONAL STATUTES-G3	237
FIGURE 49 POURCENTAGE REPRESENTE PAR LES STATUTS PROFESSIONNELS PAR TYPE D’ACTIONS LORS DU GROUPE 3 / PERCENTAGE REPRESENTED BY PROFESSIONAL STATUTES BY TYPE OF ACTION IN GROUP 3	237
FIGURE 50 REPARTITION DES ACTIONS DANS L’ACTIVITE DES DIFFERENTS STATUTS PROFESSIONNELS - GROUPE 3 / DISTRIBUTION OF ACTIONS IN THE ACTIVITY OF THE DIFFERENT PROFESSIONAL STATUSES - GROUP 3	239
FIGURE 51 COMPARATIF DES RESULTATS GLOBAUX DES REUNIONS DU GROUPE 3 / COMPARISON OF THE OVERALL RESULTS OF GROUP 3 MEETINGS.....	241
FIGURE 52 COMPARATIF DE LA REPARTITION DES ACTIONS EN FONCTION DES STATUTS PROFESSIONNELS LORS DES REUNIONS DU GROUPE 3 / COMPARISON OF THE DISTRIBUTION OF ACTIONS ACCORDING TO PROFESSIONAL STATUS DURING GROUP 3 MEETINGS.....	242
FIGURE 53 COMPARATIF DE LA PART REPRESENTEE PAR LES ACTIONS DANS L’ACTIVITE DES DIFFERENTS STATUTS PROFESSIONNELS LORS DES REUNIONS DU GROUPE 3 / COMPARISON OF THE SHARE REPRESENTED BY THE ACTIONS IN THE ACTIVITY OF THE DIFFERENT PROFESSIONAL STATUSES DURING MEETINGS OF GROUP 3.....	243
FIGURE 54 COMPARATIF DES ACTIONS REALISEES PAR LES PARTENAIRES DU PROJET / COMPARISON OF ACTIONS CARRIED OUT BY PROJECT PARTNERS	246
	385

<i>FIGURE 55 POURCENTAGE TOTAL DES ACTIONS REALISEES PAR STATUTS PROFESSIONNELS- G4 / TOTAL PERCENTAGE OF ACTIONS CARRIED OUT BY PROFESSIONAL STATUTES-G4</i>	256
<i>FIGURE 56 POURCENTAGE DES STATUTS PROFESSIONNELS HABITUELLEMENT PRESENTS PAR TYPE D' ACTIONS LORS DU GROUPE 4 / PERCENTAGE OF PROFESSIONAL STATUS USUALLY PRESENT BY TYPE OF ACTION IN GROUP 4</i>	256
<i>FIGURE 57 POURCENTAGE DES STATUTS PROFESSIONNELS, Y COMPRIS PART, PAR TYPE D' ACTIONS LORS DU GROUPE 4 / PERCENTAGE OF PROFESSIONAL STATUSES, INCLUDING PART, BY TYPE OF SHARE IN GROUP 4</i>	257
<i>FIGURE 58 REPARTITION DES ACTIONS DANS L' ACTIVITE DES DIFFERENTS STATUTS PROFESSIONNELS - GROUPE 4 / DISTRIBUTION OF ACTIONS IN THE ACTIVITY OF THE DIFFERENT PROFESSIONAL STATUSES - GROUP 4</i>	258
<i>FIGURE 59 COMPARAISON DES ACTIONS REALISEES PAR LES IPRP DU GROUPE 1 / COMPARISON OF ACTIONS CARRIED OUT BY GROUP 1 IPRPS</i>	260
<i>FIGURE 60 COMPARAISON DES ACTIONS REALISEES PAR LES MEDECINS DU TRAVAIL DU GROUPE 4 / COMPARISON OF ACTIONS PERFORMED BY GROUP 4 OCCUPATIONAL PHYSICIANS</i>	262
<i>FIGURE 61 REPARTITION DES ROLES ASSUMES PAR LES DIFFERENTS STATUTS PROFESSIONNELS AU COURS DE L' ENSEMBLE DES GROUPE PROJET / DISTRIBUTION OF THE ROLES ASSUMED BY THE DIFFERENT PROFESSIONAL STATUSES THROUGHOUT THE PROJECT GROUPS</i>	266
<i>FIGURE 62 REPARTITION DES STATUTS POUR CHAQUE ROLE / DISTRIBUTION OF STATUTES FOR EACH ROLE .</i>	266
<i>FIGURE 63 REPARTITION DES ROLES DANS L' ACTIVITE DES STATUTS PROFESSIONNELS POUR LE GLOBAL DES GROUPES / DISTRIBUTION OF ROLES IN THE ACTIVITY OF PROFESSIONAL STATUSES</i>	267
<i>FIGURE 64 ROLES ENDOSES PAR LES DIFFERENTS STATUTS LORS DES DIFFERENTS GROUPE PROJET / ROLES ENDORSED BY THE DIFFERENT STATUTES DURING THE DIFFERENT PROJECT GROUPS</i>	268
<i>FIGURE 65 REPARTITION DES ROLES PAR CATEGORIE EN FONCTION DES STATUTS DES PERSONNES – G1/ DISTRIBUTION OF ROLES BY CATEGORY ACCORDING TO THE STATUS OF INDIVIDUALS – G1</i>	270
<i>FIGURE 66 GRAPHIQUE DE REPARTITION DES ROLES PAR CATEGORIE EN FONCTION DES STATUTS DES PERSONNES - G1 / GRAPH OF THE DISTRIBUTION OF ROLES BY CATEGORY ACCORDING TO THE STATUS OF PEOPLE - G1</i>	270
<i>FIGURE 67 REPARTITION DES ROLES DANS L' ACTIVITE DE CHAQUE STATUT PROFESSIONNEL – G1 / DISTRIBUTION OF ROLES IN THE ACTIVITY OF EACH PROFESSIONAL STATUS - G1</i>	271
<i>FIGURE 68 REPARTITION DES ROLES PAR CATEGORIE EN FONCTION DES STATUTS DES PERSONNES – G2/ DISTRIBUTION OF ROLES BY CATEGORY ACCORDING TO THE STATUS OF INDIVIDUALS – G2.....</i>	274
<i>FIGURE 69 GRAPHIQUE DE REPARTITION DES ROLES PAR CATEGORIE EN FONCTION DES STATUTS DES PERSONNES – G2 / GRAPH OF THE DISTRIBUTION OF ROLES BY CATEGORY ACCORDING TO THE STATUS OF PEOPLE – G2</i>	274
<i>FIGURE 70 REPARTITION DES ROLES DANS L' ACTIVITE DE CHAQUE STATUT PROFESSIONNEL – G2 / DISTRIBUTION OF ROLES IN THE ACTIVITY OF EACH PROFESSIONAL STATUS – G2</i>	275
<i>FIGURE 71 LE ROLE D' ANIMATEUR DANS LES PROJETS / THE ROLE OF FACILITATOR IN PROJECT GROUPS.....</i>	276
	386

<i>FIGURE 72 REPARTITION DES ROLES PAR CATEGORIE EN FONCTION DES STATUTS DES PERSONNES – G3/ DISTRIBUTION OF ROLES BY CATEGORY ACCORDING TO THE STATUS OF INDIVIDUALS – G3</i>	282
<i>FIGURE 73 GRAPHIQUE DE REPARTITION DES ROLES PAR CATEGORIE EN FONCTION DES STATUTS DES PERSONNES – G3 / GRAPH OF THE DISTRIBUTION OF ROLES BY CATEGORY ACCORDING TO THE STATUS OF PEOPLE – G3</i>	283
<i>FIGURE 74 REPARTITION DES ROLES DANS L'ACTIVITE DE CHAQUE STATUT PROFESSIONNEL – G3 / DISTRIBUTION OF ROLES IN THE ACTIVITY OF EACH PROFESSIONAL STATUS – G3</i>	284
<i>FIGURE 75 REPARTITION DES ROLES DANS L'ACTIVITE DU « COORDINATEUR » – G3 / DISTRIBUTION OF ROLES IN THE ACTIVITY OF « COORDINATEUR » – G3</i>	284
<i>FIGURE 76 COMPARATIF DE LA PART REPRESENTEE PAR LE COORDINATEUR DANS L'ASSOMPTION DU ROLE DE DECIDEUR / COMPARISON OF THE PART REPRESENTED BY THE COORDINATOR IN ASSUMING THE ROLE OF DECISION-MAKER</i>	285
<i>FIGURE 77 ROLES ENDOSES DANS LE GROUPE 3 PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL ET L'IDEST / ROLES ENDORSED IN GROUP 3 BY THE OCCUPATIONAL PHYSICIAN AND IDEST</i>	286
<i>FIGURE 78 REPARTITION DES ROLES PAR CATEGORIE EN FONCTION DES STATUTS DES PERSONNES – G4/ DISTRIBUTION OF ROLES BY CATEGORY ACCORDING TO THE STATUS OF INDIVIDUALS – G4</i>	289
<i>FIGURE 79 GRAPHIQUE DE REPARTITION DES ROLES PAR CATEGORIE EN FONCTION DES STATUTS DES PERSONNES – G4 / GRAPH OF THE DISTRIBUTION OF ROLES BY CATEGORY ACCORDING TO THE STATUS OF PEOPLE – G4</i>	290
<i>FIGURE 80 REPARTITION DES ROLES DANS L'ACTIVITE DE CHAQUE STATUT PROFESSIONNEL – G4 / DISTRIBUTION OF ROLES IN THE ACTIVITY OF EACH PROFESSIONAL STATUS – G4</i>	292
<i>FIGURE 81 COMPARATIF DES POURCENTAGE DE ROLES ENDOSES PAR LES ASSISTANTS MEDICAUX EN FONCTION DES GROUPES PROJET / COMPARISON OF THE PERCENTAGE OF ROLES ASSUMED BY MEDICAL ASSISTANTS ACCORDING TO PROJECT GROUPS</i>	293
<i>FIGURE 82 TYPE D'ACTION DEBUTANT UNE SEQUENCE / TYPE OF ACTION STARTING A SEQUENCE</i>	299
<i>FIGURE 83 STATUT DES PERSONNES QUI REALISENT LES ACTIONS DEBUTANT LES SEQUENCES / STATUS OF THE PEOPLE WHO CARRY OUT THE ACTIONS STARTING THE SEQUENCES</i>	299
<i>FIGURE 84 GRAPHIQUE DU STATUT DES PERSONNES QUI REALISENT LES ACTIONS DEBUTANT LES SEQUENCES / STATUS GRAPH OF THE PEOPLE PERFORMING THE ACTIONS STARTING THE SEQUENCES</i>	300
<i>FIGURE 85 ACTIONS REALISEES SUITE A UNE ACTION DE LA CATEGORIE « FLUIDIFIE LES RELATIONS, TROUVE DES COMPROMIS, ENCOURAGE » / ACTIONS CARRIED OUT FOLLOWING AN ACTION IN THE "FLUIDIFY RELATIONS, FIND COMPROMISES, ENCOURAGE" CATEGORY</i>	301
<i>FIGURE 86 SUCCESSION DES ACTIONS LORS DES CHRONIQUES D'ACTIVITE / SUCCESSION OF ACTIONS DURING ACTIVITY CHRONICLES</i>	302
<i>FIGURE 87 EXEMPLE DE DYNAMIQUE D'ACTION « PROPOSE OU PREND EN CHARGE LES QUESTIONS RELATIVES A L'ORGANISATION » - G1 / EXAMPLE OF ACTION DYNAMICS "PROPOSE OU PREND EN CHARGE LES QUESTIONS RELATIVES A L'ORGANISATION"</i>	303

<i>FIGURE 88 EXEMPLE DE DYNAMIQUE D'ACTION « PROPOSE UNE SOLUTION » - G3 / EXAMPLE OF ACTION DYNAMICS "PROPOSE UNE SOLUTION" – G3</i>	305
<i>FIGURE 89 REPARTITION DES ACTIONS REALISEES PAR GROUPE / DISTRIBUTION OF ACTIONS CARRIED OUT BY GROUP</i>	306
<i>FIGURE 90 EXTRAIT DE LA CHRONIQUE D'ACTIVITE DU G2 / EXTRACT FROM THE GROUP 2'S CHRONICLE OF ACTIVITY</i>	307
<i>FIGURE 91 REPARTITION DES ACTIONS « EMET UN AVIS, UNE EVALUATION POSITIVE... » ENTRE EVALUATION ET APPORT DE CONNAISSANCES / DISTRIBUTION OF ACTIONS "EMET UN AVIS, UNE EVALUATION POSITIVE..." BETWEEN EVALUATION AND CONTRIBUTION OF KNOWLEDGE</i>	313
<i>FIGURE 92 EXEMPLE DE CHRONIQUE D'ACTIVITE – GROUPE 4-1 / EXAMPLE OF ACTIVITY CHRONICLE - GROUP 4-1</i>	315
<i>FIGURE 93 EXEMPLE DE CHRONIQUE D'ACTIVITE – GROUPE 3-1 / EXAMPLE OF ACTIVITY CHRONICLE - GROUP 3-1</i>	316
<i>FIGURE 94 REPARTITION PAR GROUPES DES ACTIONS DE LA CATEGORIE « EST A L'ORIGINE DE LA FORMALISATION DE LA DECISION » EN FONCTION DU STATUT PROFESSIONNEL / DISTRIBUTION BY GROUPS OF ACTIONS IN THE "EST A L'ORIGINE DE LA FORMALISATION DE LA DECISION" CATEGORY ACCORDING TO PROFESSIONAL STATUS</i>	321
<i>FIGURE 95 COMPARATIF G3-1/G3-3 DE LA PART L'ACTION « REPRESENTEE PAR L'ACTION « EST A L'ORIGINE DE LA FORMALISATION DE LA DECISION » ET L'ASSOMPTION DU ROLE « DECIDEUR » PAR LES COORDINATEURS / COMPARISON G3-1 / G3-3 OF THE SHARE THE ACTION "EST A L'ORIGINE DE LA FORMALISATION DE LA DECISION" AND THE ASSUMPTION OF THE ROLE "DECIDEUR" BY THE COORDINATORS</i>	322
<i>FIGURE 96 POURCENTAGE DES CATEGORIES D'ACTION PRECEDENT « EST A L'ORIGINE DE LA FORMALISATION DE LA DECISION... » / PERCENTAGE OF PREVIOUS ACTION CATEGORIES "EST A L'ORIGINE DE LA FORMALISATION DE LA DECISION..."</i>	327
<i>FIGURE 97 POURCENTAGE GLOBAL POUR L'ENSEMBLE DES GROUPES PROJET DES ACTIONS SUIVANT L'ACTION « EST A L'ORIGINE DE LA FORMALISATION DE LA DECISION... » / OVERALL PERCENTAGE FOR ALL PROJECT GROUPS OF ACTIONS FOLLOWING THE ACTION "EST A L'ORIGINE DE LA FORMALISATION DE LA DECISION..."</i>	328
<i>FIGURE 98 LES CATEGORIES D'ACTIONS PRODUITES EN FONCTION DES ROLES ENDOSSES POUR L'ENSEMBLE DES GROUPES / THE CATEGORIES OF ACTIONS PRODUCED ACCORDING TO THE ROLES ASSUMED FOR ALL THE GROUPS</i>	330
<i>FIGURE 99 POURCENTAGE GLOBAL POUR L'ENSEMBLE DES GROUPES PROJET DES ACTIONS SUIVANT LE ROLE D'OPERATIF / OVERALL PERCENTAGE FOR ALL PROJECT GROUPS OF ACTIONS ACCORDING TO THE OPERATIVE ROLE</i>	331
<i>FIGURE 100 DYNAMIQUE D'ACTION CREEES PAR LE ROLE D'OPERATIF– G2-2 / DYNAMICS OF ACTIONS CREATED BY THE ROLE OF OPERATIF – G2-2</i>	331

<i>FIGURE 101 POURCENTAGE GLOBAL POUR L'ENSEMBLE DES GROUPES PROJET DES ACTIONS SUIVANT LE ROLE DE « DECIDEUR » / OVERALL PERCENTAGE FOR ALL PROJECT GROUPS OF ACTIONS ACCORDING TO THE ROLE OF "DECIDEUR"</i>	<i>333</i>
<i>FIGURE 102 DYNAMIQUE D'ACTION CREEES PAR LE ROLE DE DECIDEUR - G3-3 / DYNAMICS OF ACTIONS FOLLOWING THE ROLE OF « DECIDEUR » - G3-3</i>	<i>334</i>
<i>FIGURE 103 POURCENTAGE PAR GROUPES PROJET DES ACTIONS SUIVANT LE ROLE DE « CREATIF » / OVERALL PERCENTAGE BY GROUPS OF ACTIONS ACCORDING TO THE ROLE OF "CREATIF"</i>	<i>335</i>
<i>FIGURE 104 DYNAMIQUE D'ACTIONS CONSECUTIVES AU ROLE DE CREATIF - G3-3 / DYNAMICS OF ACTIONS FOLLOWING THE ROLE OF "CREATIF" - G3-3</i>	<i>336</i>
<i>FIGURE 105 TAUX DE ROLES SUCCEDANT A D'AUTRES ROLES / RATE OF ROLES SUCCEEDING OTHER ROLES...</i>	<i>338</i>

*Les dynamiques des interactions asymétriques
dans des collectifs pluridisciplinaires en SSTI.*

*Une approche anthropologique et ergonomique
de quatre projets de conception d'actions de
prévention en santé au travail*

Résumé

Dans la santé au travail, la question d'un fonctionnement réellement pluridisciplinaire devient un enjeu dans un contexte de transformations futures des structures et des modes de financement des SSTI. L'activité collective des membres d'équipe pluriprofessionnelles de groupes projet de conception en SSTI n'a jamais fait l'objet de travaux de recherche afin de comprendre comment les statuts professionnels influent sur l'activité de conception. Il s'agit par cette recherche de regarder comment les asymétries statutaires participent de l'organisation de l'activité de conception. 4 groupes projets regroupant 6 statuts professionnels différents ont été étudiés grâce à des enregistrements audio et des transcriptions. Un traitement quantitatif des échanges avec une catégorisation spécifique à l'activité de conception a été construit. Les travaux ont identifié que les asymétries statutaires demeurent en position favorable mais sont à l'origine des débats interprofessionnels dans les groupes. La prescription du travail a des leviers pour favoriser des fonctionnements réellement pluridisciplinaires par la définition de cadres participatifs équilibrés et ouvrant des possibilités de régulations aux membres des équipes.

Mots-clefs

Asymétries ; Conception ; Groupes projet ; Rôles ; Services de santé au Travail (SSTI) ; Statuts

Résumé en anglais

In occupational health, the question of a truly multidisciplinary operation becomes an issue in a context of future transformation of structures and methods of financing Occupational health services. The collective activity of multi-professional team members of design project groups in Occupational health services has never been a subject of research to understand how professional statuses influence design activity. The purpose of this research is to study how statutory asymmetries participate in the organization of design activity. 4 project groups bringing together 6 different professional statuses were studied using audio recordings and transcriptions. A quantitative treatment of the exchanges with a specific categorization of the design activity was built. The work has identified that statutory asymmetries remain in a favorable position but are at the origin of interprofessional debates in groups. Prescribing work has levers to promote truly multidisciplinary operations by defining a balanced participatory framework and opening up possibilities for regulation to team members.

Keywords :

Asymmetries; Design; Project groups; Roles; Occupational health services (OHS); Statutes