



HAL
open science

La transformation numérique de la prévention des risques psychosociaux : étude exploratoire des applications de Qualité de Vie au Travail à destination des organisations

Nikolaz Le Vaillant

► To cite this version:

Nikolaz Le Vaillant. La transformation numérique de la prévention des risques psychosociaux : étude exploratoire des applications de Qualité de Vie au Travail à destination des organisations. Gestion et management. Université de Bretagne Sud, 2023. Français. NNT : 2023LORIL679 . tel-04673751

HAL Id: tel-04673751

<https://theses.hal.science/tel-04673751v1>

Submitted on 20 Aug 2024

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.

THESE DE DOCTORAT DE

L'UNIVERSITE BRETAGNE SUD

ÉCOLE DOCTORALE N° 597
Sciences économiques et sciences de gestion - Bretagne
Spécialité : Sciences de gestion

Par

Nikolaz LE VAILLANT

La transformation numérique de la prévention des risques psychosociaux

Étude exploratoire des applications de QVCT à destination des organisations

Thèse présentée et soutenue à Vannes, le 6 décembre 2023

Unité de recherche : LEGO (Laboratoire d'Économie et de Gestion de l'Ouest) – EA 2652

Thèse N° 679

Rapporteurs avant soutenance :

Emmanuel ABORD DE CHATILLON
Clotilde CORON

Professeur des universités, Grenoble IAE, Université Grenoble Alpes
Professeure des Universités, Université Paris-Saclay

Composition du Jury :

Examineurs :

Gregor BOUVILLE
Jordane CREUSIER
Gwenaëlle POILPOT-ROCABOY

Professeur des universités, IAE Lyon, Université Jean Moulin Lyon 3
Professeur des universités, Université du Littoral Côte d'Opale
Professeure des universités, IGR-IAE Rennes, Université de Rennes 1

Dir. de thèse :

Marc DUMAS

Professeur des universités, Université Bretagne Sud

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Celles-ci doivent être considérées comme propres à leurs auteurs »

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude envers mon Directeur de thèse, le Professeur Marc Dumas, pour sa bienveillance et son accompagnement inestimable tout au long de ce voyage intellectuel. Votre expertise, vos conseils éclairés, votre disponibilité et la richesse de nos échanges ont été la boussole qui m'a guidée dans la réalisation de cette thèse. Votre confiance en mes capacités, votre soutien, votre capacité à maintenir le cap dans mes moments de doutes, et les nombreuses opportunités que vous m'avez permis de saisir ont été source de motivation, de développement personnel, et de plénitude dans la construction de mon expérience dans l'enseignement et la recherche. Je suis profondément reconnaissant d'avoir pu travailler à vos côtés.

Je souhaite également exprimer ma gratitude envers les membres du jury pour l'intérêt porté à cette recherche, et pour l'honneur qu'ils ont fait en acceptant de lire, d'évaluer ce travail et pour leur disponibilité. Je remercie les rapporteurs, Monsieur Emmanuel Abord de Chatillon, Professeur des universités, Grenoble IAE, Université Grenoble Alpes et Madame Clotilde Coron, Professeure des Universités, Université Paris-Saclay ainsi que les examinateurs, Monsieur Gregor Bouville, Professeur des universités, IAE Lyon, Université Jean Moulin Lyon 3, Monsieur Jordane Creusier, Professeur des universités, Université du Littoral Côte d'Opale et Madame Gwenaëlle Poilpot-Rocaboy, Professeure des universités, IGR-IAE Rennes, Université de Rennes 1, d'avoir accepté de porter leur regard expert sur ce travail.

Je tiens à adresser mes remerciements sincères à la Région Bretagne et l'Université Bretagne Sud pour le financement de ce travail de recherche. Je remercie également l'école doctorale EDGE, le laboratoire LEGO et l'ensemble des équipes enseignantes et administratives grâce auxquelles ce travail a été rendu possible dans des conditions aussi favorables à sa réussite. Parmi les nombreux contributeurs, je tiens à adresser ma gratitude envers Yolande Piris, Directrice du laboratoire du site de Vannes, pour sa bienveillance et l'incroyable attention portée aux doctorants. Merci à Patrick Gabriel directeur du Laboratoire du site de Brest et aux secrétaires du laboratoire, Audrey Delahaye, puis Céline Rénier sur la branche vannetaise et Cécile Morinière sur la branche brestoise.

Les échanges intellectuels, les discussions et les collaborations avec mes collègues ont joué un rôle crucial dans le développement de mes idées et dans la construction de mon expérience

d'enseignement et de recherche. Je suis profondément reconnaissant pour cette communauté de chercheurs dévoués, pour la place qui m'a été laissée dans les différents projets auxquels j'ai pu prendre part et pour la confiance qui m'a été accordée. En ce sens, et parmi les si nombreuses personnes à remercier, merci Nadine pour ton soutien et l'immense plaisir d'avoir travaillé avec toi, Nicolas pour les incroyables opportunités que tu m'as offert depuis le début de ma thèse et bien avant, Christine pour ta confiance dans les enseignements que tu m'as laissé donner. Merci aussi à Gaëlle, Bénédicte, Olivier, Samba, Christine, Youssef, Saker, Michel, Eric, Claudine et tant d'autres pour votre gentillesse et pour le plaisir d'échanger avec vous et d'apprendre à vos côtés pendant ces quatre années.

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance envers les professionnels qui ont accepté de participer à ce travail. Leurs connaissances et leur coopération ont été essentielles pour la collecte de données. Je leur suis reconnaissant pour leur confiance, leur transparence et leur expertise lors des entretiens réalisés.

Mes remerciements et mon affection vont aussi à l'ensemble des doctorants avec qui j'ai partagé mon quotidien pendant ces années au laboratoire. Merci pour ces moments de convivialité, de bonne humeur, d'échanges enrichissants, de solidarité et de soutien mutuel. Chacun d'entre vous a contribué à la réussite de ce projet. Je vous souhaite à tous et à toutes la réussite. Je tiens particulièrement à remercier mes camarades et amis, Houssein pour ton soutien indéfectible et nos échanges si stimulants, Augustin pour ta sérénité et ton regard affuté, et Alexandre pour ta gentillesse et tes conseils.

Enfin, mes pensées se dirigent vers ma famille et mes amis. Merci à mes parents, à mon frère et à mes grands-parents pour leur soutien sans faille, leur gentillesse et le bonheur qu'ils m'apportent. Merci Chloé pour tes encouragements constants, ton écoute attentive et ton soutien si précieux. Merci aussi à mes amis, et en particulier à Pierre qui m'a guidé, encouragé et aiguillé tout au long de ce parcours. Merci enfin à Charles, Diane, Sofiane, Maxime, Thibault et tous les autres pour leur présence.

Titre : La transformation numérique de la prévention des risques psychosociaux : étude exploratoire des applications de QVCT à destination des organisations

Mots clés : Transformation numérique, risques psychosociaux, acteurs de la prévention

Résumé : La détérioration de la santé mentale des travailleurs avec le développement de risques psychosociaux (RPS) s'est accélérée en France ces dernières années. La réglementation s'est renforcée afin de mieux prévenir ces risques mais les organisations font face à des difficultés pour y parvenir. Des startups proposent des solutions numériques visant à améliorer le niveau de bien-être des employés et à prévenir les problèmes de santé mentale au travail. Ces technologies à destination des entreprises prennent la forme d'applications accessibles par smartphone ou par ordinateur. Exploitant des données quantitatives et qualitatives, elles proposent aussi de nombreux services pour les décideurs et aux salariés afin d'intervenir sur les problématiques de santé. Notre recherche exploratoire propose d'offrir une première grille de lecture de ce phénomène,

contribuant au développement du champ de recherche sur la transformation numérique de la prévention de la santé au travail. Nous nous interrogeons dans quelle mesure la transformation numérique de la prévention des RPS intervient sur les rôles, les responsabilités et l'engagement de ses parties-prenantes. Cette étude est composée de 65 entretiens semi-directifs visant à interroger un large panel de professionnels liés à ces applications. Parmi nos résultats, nous soulignons en quoi ces plateformes se positionnent dans le champ de la prévention des risques psychosociaux et modifient le rôle de plusieurs acteurs comme celui du manager pour la gestion émotionnelle de ses équipes, des subordonnés davantage autonomisés et une fonction RH partagée.

Title: The digital transformation in psychosocial risks prevention: an exploratory study of quality of life and working conditions applications for organizations

Keywords: Digital transformation, psychosocial hazards, prevention's actors

Abstract: The degradation of workers' mental health with the emergence of psychosocial hazards are significant concerns in France. Despite efforts to enhance rules and mitigate these risks, corporations face challenges in effectively addressing them. Start-up companies are providing digital interventions aimed at augmenting employee well-being and mitigating mental health issues inside the workplace. The aforementioned solutions are presented as applications that can be accessed through smartphones or PCs. The utilization of both quantitative and qualitative data is employed by these professionals, who offer a wide range of services to decision-makers and workers in order to effectively tackle health-related concerns. The objective of our exploratory research is to offer an

early comprehension of this phenomena, furthering research in the realm of digital transformation in occupational health prevention. We are investigating the extent to which the digital transformation of psychosocial risks prevention affects the roles, responsibilities and commitment of its actors. This study comprises 65 semi-structured interviews with a wide range of professionals involved in these applications. Among our findings, we highlight how these platforms are positioning themselves in the field of psychosocial risk prevention, and modifying the roles of several actors, such as managers in the emotional management of their teams, more empowered subordinates and a shared HR function.

Sommaire

Remerciements	5
Résumé / Abstract	7
Sommaire.....	9
Introduction générale.....	12
<i>La technologie au service de la prévention : un aperçu d'une journée future</i>	12
1. Un environnement aux défis multiples pour les organisations nécessitant une prévention accrue des risques pour la santé des travailleurs	14
2. L'adoption des TIC au sein des organisations : les perspectives de la donnée pour la GRH et la prévention de la santé au travail	21
3. Présentation des objectifs de notre travail de recherche et du positionnement méthodologique	27
PREMIÈRE PARTIE. Cadre théorique de la recherche	32
Chapitre I. La prévention des risques psychosociaux au travail : une notion englobante qui porte un clivage autour de la responsabilité de la santé au travail.....	34
I.1. Un tour d'horizon des fondements du concept vaste mais réglementé des RPS : une analyse par le langage institutionnel, par la réglementation et par la littérature scientifique	35
I.2. Derrière la prévention des risques psychosociaux, le difficile ajustement des intérêts liés à la responsabilité des risques professionnels	52
I.3. L'analyse stratégique de Crozier et Friedberg : une organisation constituée d'individus ayant des stratégies individuelles.....	61
Conclusion du chapitre I	67
Chapitre II. La mobilisation comme condition à la réussite d'une intervention pour la prévention des RPS.....	69
II.1. L'intervention pour la prévention des risques psychosociaux au travail : fondements, approches et mise en œuvre	70
II.2. Les principaux facteurs de réussite ou d'échec d'une intervention pour la prévention des RPS	78
II.3. Les parties-prenantes pour la prévention de la santé au travail.....	90
Conclusion du chapitre II	102
Chapitre III. La transformation numérique de la prévention des risques professionnels ...	103
III.1. La M-santé, une branche de la E-santé qui comprend des technologies, des objectifs et des perspectives à distinguer	104
III.2. La transformation numérique de la prévention des risques professionnels portée par la M-santé.....	114
III.3. Les évolutions de l'intervention pour la prévention des risques professionnels induites par la transformation numérique	119
III.4. Les enjeux stratégiques derrière l'adoption d'outils de gestion numériques pour la prévention des risques professionnels.....	146
Conclusion du chapitre III.....	170
Conclusion de la première partie	172
DEUXIÈME PARTIE. Étude exploratoire sur les applications de QVCT à destination des organisations	174
Chapitre IV. Méthodologie de recherche d'une étude qualitative à visée compréhensive. 176	
IV.1. Construction de l'objet de recherche	177
IV.2. Positionnement épistémologique : l'interprétativisme et la recherche du sens	179
IV.3. Construction du matériau empirique.....	182

IV.4. Présentation du raisonnement abductif et de la méthodologie d'analyse des données	192
Conclusion du chapitre IV	197
Chapitre V. Analyse des résultats : une étude exploratoire des applications de QVCT sur la prévention des risques psychosociaux	198
V.1. Première phase - Un marché hétéroclite et segmenté entre une approche individuelle et organisationnelle de la prévention	199
V.2. Deuxième phase - La prévention des RPS liée à l'adoption des applications	211
V.3. Troisième phase - Le tissu d'acteurs de la prévention des RPS : de multiples enjeux pour les parties-prenantes et de nouvelles perspectives amenées par l'usage du numérique	224
V.4. Quatrième phase - Les répercussions de l'adoption des applications sur le rôle des parties prenantes pour la prévention des RPS : des subordonnés autonomisés, un management redéfini, une GRH accompagnante.....	270
Conclusion du chapitre V	290
Chapitre VI. Discussion.....	291
VI.1. La transformation numérique face aux enjeux persistants de la prévention de la prévention des risques psychosociaux	292
VI.2. La transformation du rôle du subordonné, repositionné comme partie-prenante active	306
VI.3. La place du numérique dans une transformation durable du rôle du manager par la gestion émotionnelle des équipes dans un contexte de développement du télétravail....	310
VI.4. Entre soutien et contrôle : une GRH déléguée et renforcée par le numérique.....	313
Conclusion du chapitre VI	317
Conclusion de la deuxième partie	318
Conclusion générale	319
1. Les contributions théoriques de la recherche	319
2. Les contributions managériales de la recherche.....	325
3. Les limites de la recherche	329
4. Les perspectives de recherche	331
Références bibliographiques	334
Table des matières	366
Table des figures	373
Table des tableaux	375
Annexes et table des annexes	376

Introduction générale

La technologie au service de la prévention : un aperçu d'une journée future ¹

Le soleil se levait doucement dans le ciel, projetant une lueur chaleureuse sur les buildings futuristes de la ville. Comme chaque matin, je me rendais au travail, mon sac à dos sur l'épaule et ma smartwatch bien en place au poignet. L'air était empreint d'une énergie nouvelle, une journée de plus à relever les défis de mon emploi dans cette entreprise qui semblait tout droit sortie d'un film de science-fiction.

Alors que j'entrais dans le bâtiment, une voix douce et apaisante émanant de ma smartwatch me tira de mes pensées. « Bonjour », dit l'IA d'une voix calme et rassurante. « Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? » C'était comme si mon poignet était devenu un portail direct vers une technologie évoluée qui se souciait véritablement de mon bien-être.

Je répondis brièvement, me sentant étonnamment connecté à cette intelligence artificielle. En traversant le hall, je remarquais que les écrans lumineux affichaient des informations sur la santé mentale et les statistiques de bien-être de l'équipe. C'était une partie normale de notre environnement de travail, et il semblait que tout le monde accordait de l'importance à ces données.

M'installant à mon bureau, ma smartwatch s'anima à nouveau. « Votre charge de travail a été ajustée pour la journée », dit l'IA. J'étais intrigué. Comment pouvait-elle savoir que j'avais besoin d'un allègement ? Je touchais l'écran de ma montre pour obtenir plus d'informations. L'IA expliqua qu'elle avait analysé mon rythme de travail, mes interactions avec mes collègues et même mes habitudes de sommeil. Des signes de fatigue et d'épuisement avaient été détectés. Alerté, mon manager avait pris l'initiative de réduire ma charge de travail pour préserver ma santé.

¹ Histoire générée à l'aide d'une intelligence artificielle (ChatGPT-V3.5) – Création personnelle d'un scénario ; configuration et ajustement progressif d'une histoire générée par l'IA sur la base du scénario ; modification personnelle du texte retenu.

Au fil de la journée, je fus témoin de l'intervention de l'IA dans les interactions au sein de l'entreprise. Lorsqu'un désaccord éclata entre deux collègues, l'IA agit comme un médiateur impartial, facilitant la conversation et aidant à résoudre le conflit de manière constructive. Je passais ensuite à côté du bureau des Ressources Humaines, ils évoquaient la mise en place d'un accompagnement du management de proximité à partir des données par service. Plus tard, alors que je prenais une courte pause, je ressentis soudainement un changement dans l'ambiance autour de moi. Mon espace de travail virtuel avait été ajusté pour créer une atmosphère plus calme et propice à la concentration, et je sus que c'était encore l'œuvre de l'intelligence artificielle.

La journée touchait à sa fin. Je repensais aux avancées incroyables de cette technologie. C'était comme si elle était devenue mon alliée, veillant sur ma santé mentale et façonnant un environnement de travail qui me permettait de donner le meilleur de moi-même. Cependant, je me posais aussi des questions sur les limites de cette implication technologique dans nos vies professionnelles. Jusqu'où la technologie a fait évoluer les pratiques en matière de prévention ? Quels rôles donne-t-elle aux différents responsables de l'organisation ? Comment pouvons-nous garantir que la technologie reste impartiale dans ses recommandations, qu'elle réussisse à conjuguer les besoins des salariés et de l'organisation ? Comment assurer la transparence des décisions et être sûr que chacun assume ses responsabilités, sans détourner la technologie à son profit ?

Cette courte histoire nous invite à réfléchir à l'avenir du travail, où la technologie joue un rôle central dans la prévention des risques psychosociaux. Elle nous pousse à nous interroger sur la manière dont nous pouvons exploiter ces avancées tout en garantissant une approche éthique et équilibrée pour la santé des travailleurs et la performance des organisations.

Dans le monde d'aujourd'hui, où l'organisation fait face à de multiples défis, des risques pour la santé des travailleurs émergent et se renforcent. Plus particulièrement, la prévention des risques psychosociaux devient centrale et exige des évolutions profondes au sein des organisations comme l'ajustement des conditions de travail (1.).

Parallèlement, les technologies de l'information et de la communication sont de plus en plus présentes dans les organisations. Elles ont la capacité de s'adapter à toute activité au sein de l'organisation, parmi lesquelles la gestion des ressources humaines. Elles sont porteuses d'opportunités liées à la quantification RH. Dans cette perspective, un grand nombre d'applications issues de la *happy technology* promettent d'apporter une réponse nouvelle aux problématiques liées à la santé des travailleurs, en créant de nouveaux indicateurs et en accompagnant leurs utilisateurs. À destination des organisations, elles tendraient à les outiller et laissent entrevoir une évolution des rôles des parties-prenantes pour la prévention de la santé au travail (2.).

1. Un environnement aux défis multiples pour les organisations nécessitant une prévention accrue des risques pour la santé des travailleurs

Les organisations font face à de multiples défis dans un environnement en constante évolution. Les défis de compétitivité, le recours au télétravail et les avancées technologiques soulèvent des inquiétudes quant à la santé mentale des employés (1.1.). Des chiffres permettent de mesurer en quoi, depuis plusieurs années, les risques psychosociaux sont de plus en plus importants dans les risques professionnels (1.2.). Face à ces enjeux, la réglementation française en matière de santé et sécurité au travail tend à se renforcer pour garantir la protection des travailleurs, obligeant les entreprises à se saisir de ces problématiques (1.3.).

1.1. Un environnement aux multiples enjeux qui impliquent de nouveaux risques pour la santé des collaborateurs

Les organisations évoluent dans un environnement complexe et en constante évolution, caractérisé par une multitude d'enjeux et de défis. Ces enjeux englobent des aspects

économiques, technologiques, organisationnels ou de fidélisation qui influencent les conditions de travail, la santé des travailleurs et la performance des organisations. Dans un contexte de dégradation des conditions de travail en France (Abord de Chatillon, 2005 ; Méda et Vendramin, 2013), renforcée à cause de la crise sanitaire (Lambert et al., 2020), les organisations doivent s'adapter de manière proactive pour prévenir et gérer les risques grandissants qui pèsent sur la santé des travailleurs.

Un premier défi porte sur l'augmentation de la compétition à l'échelle mondiale. Les organisations font face à une concurrence internationale accrue qui les pousse à adopter des stratégies visant à améliorer leur efficacité et leur rentabilité. Cela s'est en partie traduit par une délocalisation de la production face aux pays émergents (Daudin et Levasseur, 2005). Les emplois industriels auraient diminué de 2,2 millions depuis 1980 (France Stratégie, 2020). L'autre conséquence majeure est l'action des organisations sur la rentabilité à travers l'intensification du travail. Celle-ci est une source de pénibilité croissante depuis ces dernières décennies (Gollac, 2005 ; Poilpot-Rocaboy et al., 2017). Reprenant Hamon-Cholet et Rougerie (2000), Poilpot-Rocaboy et al. (2017) définissent l'intensification du rythme de travail comme « devoir répondre à la demande tout en respectant des délais serrés, subir les contrôles fréquents de la hiérarchie, dépendre du rythme de travail de ses collègues » (p. 249). L'intensification a suscité une attention grandissante dans la recherche en sciences de gestion, en particulier sur les retombés en termes de conditions de travail (Volkoff et Delgoulet, 2019). Cette dynamique caractérisée par l'accroissement des demandes de productivité peut avoir des répercussions significatives sur la santé mentale des travailleurs. Cette pression exacerbée peut entraîner des conséquences comme un stress excessif chez les travailleurs, contribuant ainsi à provoquer des problèmes de santé. Pour Pezé (2015) « l'intensification et la densification du travail ont pour corollaire la production d'un travail abîmé, souvent sans moyens suffisants, qui en retour compromet la dynamique de la reconnaissance » (p. 15). En découle une surcharge du fonctionnement psychologique (*burn-out*, suicide...), pulsionnel (violence) et organique (pathologies physiques comme des troubles musculosquelettiques) (Clot, 2015 ; Pezé, 2015).

Un second défi est lié aux évolutions technologiques. Les avancées progressives de la technologie, comme dans le domaine de l'automatisation, de l'intelligence artificielle, de la robotique, ou simplement l'ensemble des technologies liées à l'information et à la communication, modifient la manière dont les tâches sont effectuées au sein des organisations. La technologie peut avoir des effets positifs sur le travailleur en lui fournissant des ressources,

en se positionnant comme support à la réalisation de ses tâches (Bobillier Chaumon, 2017 ; Loup et al., 2020). En outre, si elle offre des opportunités pour améliorer l'efficacité au travail, elle peut également susciter des inquiétudes quant à la sécurité de l'emploi et à la nécessité pour les travailleurs de développer de nouvelles compétences, générant un technostress. Le technostress est défini comme une « maladie moderne d'adaptation causée par une incapacité à faire face de manière saine aux nouvelles technologies informatiques » (Brod, 1984, p. 16). De plus, elle entraînerait une surcharge de travail, une intrusion technologique dans leur vie personnelle, influençant le niveau de stress (Loup et al., 2020). Les TIC peuvent altérer un rapport au travail et aux autres à travers une dégradation possible de la qualité du travail, de la qualité de vie au travail et de la qualité de vie hors travail (Bobillier Chaumon et al., 2014). Finalement, la littérature souligne de multiples conséquences négatives des TIC, liées à l'intensification du rythme de travail, la disponibilité perpétuelle, l'imprévisibilité, la surveillance ou encore la discontinuité des activités (des activités morcelées) (Barber et Santuzzi, 2015 ; Bobillier Chaumon et al., 2014 ; Ciampi et Berlant, 2019 ; Klein et Ratier, 2015).

La crise sanitaire est un défi supplémentaire auxquelles les organisations ont dû se confronter. Elle a considérablement remodelé les contours du travail, notamment avec l'essor du télétravail. Le Code du travail définit le télétravail comme « toute forme d'organisation du travail permettant à un employé d'exécuter son activité en dehors des locaux de l'entreprise, de manière régulière et volontaire, grâce aux technologies de l'information et de la communication, en vertu d'un contrat de travail ou d'un avenant à celui-ci » (article L-1222-9). En 2019, seulement 4% des salariés le pratiquaient, contre 27 % en janvier 2021 (DARES, 2022²). Plus de 4000 accords et avenants portant sur le télétravail ont été signés en 2021 soit dix fois plus qu'en 2017 (DARES, 2022³). Pour sa réussite, plusieurs pratiques de gestion des ressources humaines ou managériales ont été mises en avant (accord national interprofessionnel du 24 novembre 2020, étendu par décret le 2 avril 2021). Néanmoins, le télétravail a engendré des complexités additionnelles dans la gestion des risques pour la santé au travail dont le manager est l'un des principaux acteurs de leur prévention. Les études se penchant sur le télétravail ont mis en exergue le risque psychosocial lié au télétravail pendant la crise sanitaire (Chamoux, 2021). Par

² <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/teletravail-durant-la-crise-quelles-pratiques-quels-impacts-sur-le-travail-et-sur-la-sante>

³ <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/les-accords-dentreprise-portant-sur-le-teletravail-quels-usages-durant-la-crise>

exemple, il engendrerait un risque d'isolement qui se traduirait par une cohésion d'équipe amoindrie et une interaction réduite avec la hiérarchie, entraînant des effets préjudiciables pour la communication et les échanges entre les télétravailleurs et leurs supérieurs (Kurland et Bailey, 1999 ; Bentley et al., 2016 ; Mathieu et al., 2020). Le « tout distant » entraînerait une diminution du nombre de sollicitations en configuration de e-management, un sentiment d'appauvrissement du contenu des échanges et des relations interpersonnelles ou encore la mésinterprétation des échanges distants (Ruiller et al., 2017). Finalement une enquête de l'Aract/Anact en 2021⁴ révèle que le sentiment d'une dégradation des relations de travail s'est largement développé, passant de 17% en 2020 à 37% en 2021. Seulement 19% des interrogés estimaient aborder leurs difficultés avec leurs managers en 2021 contre 40% en 2020. Dans un même temps, selon une étude d'Opinion way de 2020⁵, l'éloignement du lieu de travail traditionnel a entraîné de la détresse psychologique pour 44% des salariés interrogés, un risque de dépression pour 25% et une perte de motivation professionnelle pour 26%.

Enfin, un quatrième défi pour les organisations émerge. Celui-ci est moins porté sur les risques pour la santé que sur une nécessaire amélioration des conditions pour que le travailleur reste dans l'organisation. En France, entre la fin de l'année 2021 et le début de l'année 2022, les démissions ont atteint un pic historique, avec environ 520 000 départs par trimestre, dont près de 470 000 étaient des démissions de CDI. Ceci dépasse le record précédent de 510 000 démissions, dont 400 000 CDI, enregistré au premier trimestre 2008 (DARES, 2022⁶). En outre, plus de quatre salariés sur dix penseraient à changer de travail pour exercer une activité qui ait plus de sens, mais aussi la possibilité de le réaliser dans de meilleures conditions pour 24% (Sondage Opinion way pour l'Anact, 2020)⁷. Une autre étude relève que pour 59% des salariés interrogés, le bien-être au travail est le sujet le plus important dans le monde du travail, devant le pouvoir d'achat (58%) (BVA, 2018)⁸. Les employés rechercheraient un environnement de travail qui favorise leur épanouissement personnel et professionnel, critères auxquels les employeurs tentent de répondre en ajustant leurs pratiques. Dans un contexte déjà complexe

⁴ <https://www.anact.fr/teletravail-de-crise-les-resultats-de-notre-consultation-2021>

⁵ Communiqué de presse accessible sur <https://empreintehumaine.com/la-sante-psychologique-des-salaries-franc%CC%A7ais-est-largement-atteinte-apres-plusieurs-semaines-de-confinement/>

⁶ [https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/la-france-vit-elle-une-grande-demission#:~:text=Le%20taux%20de%20d%C3%A9mission%20est%20%C3%A9lev%C3%A9%20mais%20pas%20in%C3%A9dit,-Afin%20de%20tenir&text=Le%20taux%20de%20d%C3%A9mission%20ainsi,2008%20\(2%2C9%20%25\).](https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/la-france-vit-elle-une-grande-demission#:~:text=Le%20taux%20de%20d%C3%A9mission%20est%20%C3%A9lev%C3%A9%20mais%20pas%20in%C3%A9dit,-Afin%20de%20tenir&text=Le%20taux%20de%20d%C3%A9mission%20ainsi,2008%20(2%2C9%20%25).)

⁷ <https://www.anact.fr/sondage-4-actifs-sur-10-envisagent-de-changer-demploi-pour-un-travail-qui-aurait-plus-de-sens>

⁸ <https://www.bva-group.com/sondages/salaries-nouveaux-enjeux-travail-sondage-bva-salesforce/>

marqué par une « guerre des talents » (Giauque et al., 2012) et une pénurie de compétences spécialisées, cette hausse significative des démissions souligne l'importance stratégique pour les entreprises de réussir à fidéliser leurs salariés. La perception des travailleurs ne se limite plus à leur simple aptitude à produire et à leurs compétences techniques. Elle reconnaît leur potentiel créatif, leur niveau d'engagement et de fidélité envers l'entreprise, ainsi que leur capacité à prendre des initiatives afin de favoriser la réussite globale de l'organisation (Per-Olof Berg, 1986).

Ainsi, les organisations font face à un environnement en mutation, avec des défis économiques, technologiques, organisationnels ou de fidélisation. La détérioration des conditions de travail en France, aggravée par la crise sanitaire, a nécessité des réponses pour gérer les risques pour la santé des travailleurs. Les enjeux de compétitivité de l'organisation, le recours contraint au télétravail et les avancées technologiques soulèvent des questions sur la santé mentale des employés. L'état préoccupant d'aggravation de ces risques, regroupés sous la dénomination de risques psychosociaux (Gollac et Bodier, 2011) sont mis en lumière par différents chiffres.

1.2. Un état des lieux des risques psychosociaux en France

Les RPS sont définis dans la littérature comme un concept poreux (Chakor, 2014) qui renfermerait de nombreux phénomènes (Vuattoux, 2020). La prévention des risques psychosociaux en France constitue néanmoins un enjeu majeur dans le domaine de la santé au travail. Ces risques seraient particulièrement associés dans la littérature scientifique à la notion de stress au travail (Raybois, 2010 ; Bauer et Jenny, 2012). Les multiples défis auxquels sont confrontées les organisations ont eu pour conséquence de les exacerber. Le rapport du collègue d'expertise sur le suivi des RPS au travail les définissent comme des « risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » (p. 13). Leur prévention renfermerait des enjeux stratégiques en cherchant à orienter l'intervention sur un niveau de prévention davantage primaire, la plus « préventive » par rapport aux niveaux secondaires et tertiaires (Randall et Nielsen, 2010 ; Rouat et Sarnin, 2013), à travers l'éradication de facteurs de risques. Elle porterait également des enjeux de responsabilisation de la santé au travail qui seraient clivants pour plusieurs acteurs de la prévention (Chakor, 2014).

En France, plusieurs sondages nationaux et internationaux mettent en avant la dégradation du niveau de santé mentale des travailleurs. Le cabinet Stimulus souligne à partir d'une étude menée entre mi-janvier 2013 et mi-juin 2017 auprès de plus de 30 000 salariés français que 24% seraient dans un état d'hyperstress⁹. Selon une étude d'ADP¹⁰ réalisée en 2018 auprès de 10 000 travailleurs européens dont 1410 en France, les travailleurs français continuent de faire face à un niveau élevé de stress au travail. Plus spécifiquement, 19 % d'entre eux déclarent subir du stress quotidiennement, 31 % estiment que leur employeur ne montre pas d'intérêt pour leur bien-être psychologique et 41 % pensent que leur intérêt est superficiel. Complétant ces chiffres, le sondage d'Opinion way pour Empreinte humaine (2023)¹¹ montre que 44% des travailleurs français interrogés présenteraient une détresse psychologique, en hausse de 3% par rapport à 2022 et 40% des travailleurs se disent épuisés au travail.

Enfin, l'enquête Sumer, dédiée à la surveillance de l'exposition des salariés aux risques professionnels en France, y compris les risques psychosociaux, permet de souligner leur ampleur. Réalisée tous les sept ans, elle vise notamment à recueillir des informations complètes sur les expositions des salariés au travail englobant les conditions physiques, les contraintes organisationnelles, les relations professionnelles, ainsi que les risques biologiques ou chimiques. Trois indicateurs sont sélectionnés pour mesurer les RPS. La tension au travail (*job strain*) qui découle du modèle de Karasek (1979) en est un premier. Entre 2003 et 2010, la part des travailleurs concernés par une tension au travail avait largement augmenté et s'est stabilisée à ce niveau en 2017 (Memmi et al., 2019). Ainsi, les salariés en situation de *jobstrain* sont passés de 26,8% en 2003 à 32,2% en 2010 et 31,6% en 2017. De plus, 18% des salariés se positionnent en état d'*iso-strain*, une situation de tension au travail dans laquelle ils ne bénéficient que d'un faible soutien social. Un second indicateur lié aux RPS souligne les comportements hostiles à travers les situations dégradantes, le déni de reconnaissance et les situations de comportements méprisants. Même si elle tendrait à diminuer depuis 2003, en 2017, 15,1% des salariés déclarent être encore concernés par des comportements hostiles. Enfin, un troisième indicateur de l'enquête Sumer concerne la reconnaissance au travail. Celle-ci est en baisse globale de 3,8 points, passant de 13,2% en 2010 à 9,4% en 2017.

⁹ <https://www.stimulus-conseil.com/observatoire-de-sante-psychologique-travail/>

¹⁰ ADP (2019). *The workforce view in 2019* – issu du communiqué de presse <https://www.fr.adp.com/a-propos-adp/communiqués-de-presse/stress-au-travail-salarie-francais.aspx>

¹¹ Opinion way pour Empreinte humaine (2023) Baromètre T11. <https://empreintehumaine.com/sondageseh/>

Ainsi, les chiffres illustrent l'ampleur des risques psychosociaux et leurs conséquences auxquels sont exposés les travailleurs français. En réponse à l'accroissement des risques pour la santé au travail, la réglementation française s'est développée pour renforcer sa prévention, avec une orientation récente plus spécifiquement liée au développement des risques psychosociaux.

1.3. Une construction réglementaire pour la prévention de la santé au travail en France avec une mise en avant plus récente des risques psychosociaux

En France, la réglementation de la santé au travail revêt une importance primordiale, s'élevant en garante de la santé et de la sécurité des travailleurs. Ses sources sont de niveau national et international. La réglementation intervient notamment à travers les contours de la responsabilité de différentes parties-prenantes et instaure des obligations qui se sont vues renforcées à travers le temps.

La prévention de la santé au travail en France trouve ses sources dès 1848 avec la réglementation du travail des enfants dans les manufactures en fixant des limites d'âge et de durée de travail. Depuis, de nombreuses évolutions ont complété la protection de la santé du travailleur. En 1946, le préambule de la constitution garantit la protection de la santé, de la sécurité et du repos pour tous les travailleurs. La création en 1982 du Comité d'hygiène, de santé et de sécurité doit permettre d'assister et de conseiller l'employeur dans la démarche d'évaluation, de prévention et de mise en œuvre de règles pour la prévention des risques (dont les ordonnances Macron de 2017 fusionneront le Comité d'entreprise, les délégués du personnel et le CHSCT pour fonder le Comité social et économique). La directive européenne transposée en 1991 dans la législation française établit quant-à-elle l'exigence générale de prévention, incluant la santé mentale des travailleurs.

Les années 2000 poursuivent cette dynamique de renforcement de la réglementation pour la santé et la sécurité des travailleurs. En 2008, le Code du travail rend l'employeur responsable de la santé physique et mentale des salariés. La même année, les articles L4121-1 à L4121-5 du Code du travail définissent les obligations de l'employeur en matière de prévention dont une obligation de résultat est soulignée.

Par ailleurs, face à la montée des risques psychosociaux mis en lumière par l'emblématique affaire France Télécom entre 2008 et 2010, le plan Darcos a été une première réponse d'urgence

pour prévenir le stress au travail. Initié en 2009, il visera à instaurer un système de négociation obligatoire au sein des entreprises de plus de 1 000 salariés pour prévenir le stress au travail. Un an plus tard, en 2010, un accord national interprofessionnel a abordé spécifiquement la question du harcèlement et de la violence au travail, mettant en lumière l'importance de garantir un environnement professionnel sain et respectueux. Un autre accord en 2013, a mis en avant la qualité de vie au travail ainsi que l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle. L'accord national interprofessionnel de décembre 2020 introduit la QVCT, mettant en avant l'importance des conditions de travail pour renforcer la prévention de la santé au travail. Cet accord favorise une approche globale de la santé au travail, en mettant l'accent sur une prévention primaire.

Finalement, la réglementation sur la santé et sécurité au travail en France a une importance majeure pour garantir la sécurité et la santé des travailleurs. L'évolution constante de cette réglementation répond aux enjeux complexes de la prévention des risques professionnels et reflète un enjeu supplémentaire pour les organisations. Ceci se traduit notamment par la responsabilité de l'employeur et le respect d'obligations pour assurer la santé physique et mentale des salariés. Parallèlement, la prévention des risques psychosociaux a connu un renforcement progressif, abordant des problématiques telles que le stress, le harcèlement et une action sur les conditions de travail. Cette dynamique souligne l'enjeu pour les organisations de s'orienter progressivement vers une prévention davantage primaire pour la prévention des risques.

2. L'adoption des TIC au sein des organisations : les perspectives de la donnée pour la GRH et la prévention de la santé au travail

Les organisations doivent relever divers défis qui ne sont pas sans conséquences pour la santé des salariés, y compris les risques psychosociaux, et sur le besoin de répondre à leurs aspirations. Les risques psychosociaux sont un risque majeur et grandissant pour les travailleurs. Ils sous-tendent des enjeux stratégiques pour l'entreprise et peuvent être également clivants, en particulier sous l'angle de la responsabilité de la santé des travailleurs. La réglementation française renforce la prévention des risques pour la santé au travail en définissant des obligations et des responsabilités. En parallèle, les organisations ont connu des évolutions technologiques qui ont ouvert de nouvelles perspectives, y compris dans la prévention de la santé au travail. Ces technologies de l'information, du fait de leur capacité à

créer, transmettre ou encore traiter de la donnée, revêtent un aspect hautement stratégique. Plus spécifiquement, leur adoption pour la gestion des ressources humaines (GRH), et la notion de quantification RH, ouvrent de nouvelles perspectives pour la fonction (2.1.). Dans ce contexte, le développement des TIC et de la quantification RH semble porteur de nouvelles opportunités dans le champ de la santé au travail. Elles laissent aussi entrevoir des défis inévitables à l'usage de la technologie dans ce domaine (2.2.).

2.1. L'importance stratégique des technologies de l'information et de la communication pour la GRH et la quantification RH

Depuis sa création, la fonction RH en entreprise n'a cessé d'évoluer. La GRH d'hier, basée sur la gestion administrative du personnel, n'est plus qu'une part de ses fonctions actuelles. Elle doit être « créatrice de valeur, mettant l'accent sur sa contribution stratégique et le développement de prestations à valeur ajoutée pour les managers opérationnels » et pour lesquelles les TIC sont centrales (Laval et Diallo, 2007, p. 125, citant Lepak, 1998).

Pour partie au moins, la mutation de la GRH est liée au développement des outils qu'elle a su mettre à sa disposition. Les technologies de l'information et de la communication y ont particulièrement contribué. Pour Peretti (2022), « l'informatisation de la fonction RH a permis une amélioration de la productivité et du service rendu à l'entreprise et aux salariés » (p. 52). Les évolutions qu'impliquent les TIC sont telles qu'elles ouvriraient un nouveau modèle de GRH, où elles permettraient un libre accès à l'information pour les salariés, moins de tâches administratives, des prestations de GRH en ligne, une responsabilité totale des managers opérationnels sur la GRH, une fonction RH support des managers et orientée sur des missions stratégiques d'appui aux managers (Matmati, 2000).

Hétérogènes, les TIC peuvent prendre la forme d'ordinateurs, de tablettes, de smartphones, d'internet ou encore de logiciels. Elles contribuent à la gestion des flux des données et à leur traitement (Gomez et Chevallet, 2011), offrent la capacité de créer, de modifier, de transmettre et de conserver de l'information sous diverses formes comme du son, du texte, des images, des vidéos ou encore des interfaces graphiques. Elles permettent de fournir des informations et de collecter des données pour réduire les fonctions répétitives et routinières et contribuer à l'amélioration de la prise de décision et créeraient ainsi une GRH stratégique (Laval et Diallo,

2007). En ce sens, elles peuvent s'adapter à un très grand nombre d'usages pour la GRH (pour la paie, la formation, le recrutement, ou la création de nouveaux indicateurs organisationnels).

Les TIC prennent une place importante dans les systèmes d'information des ressources humaines (SIRH), « un ensemble organisé de ressources : matériel, logiciel, personnel, données, procédures... permettant d'acquérir, de traiter, de stocker des informations (sous forme de données, textes, images, sons etc.) dans et entre des organisations » (Reix, 2004, p. 110). Soutiens à la prise de décision (Mirdrasse et Jaouhari, 2021), ils offrent notamment l'opportunité de pallier la trop grande quantité d'informations non traitées, en synthétisant l'information quantitative et qualitative, afin de disposer « de renseignements riches, actuels, complets et opérationnels » (Junghans, 2007, p. 41).

Leur lien avec la donnée prédestine les TIC à une importante influence sur la quantification des ressources humaines. La quantification RH apparaît à travers la littérature sous plusieurs grandes évolutions (Coron, 2019a) à travers le reporting RH, l'analytique RH et le Big data RH. Ils sont chacun représentatifs d'une évolution des technologies.

Pour Coron (2019a), le reporting se définit comme de simples métriques RH alors que l'analytique RH est basée sur « des techniques statistiques et des approches expérimentales qui peuvent être utilisées pour montrer l'impact des activités des ressources humaines » (Marler et Boudreau, 2017, p.14 – traduction personnelle). Cossette et al. (2014) expliquent que l'analytique RH amène à aller au-delà de la simple mesure et de la création d'indicateurs qui peuvent en découler. Elle doit permettre de « relier les résultats de différents indicateurs entre eux afin d'en comprendre le sens, et d'identifier les leviers d'actions » (p. 45). Le Big data RH est, quant à lui, une nouvelle évolution de la quantification RH, en rupture avec les précédentes, et correspond à « la mobilisation de volumes de données plus importants, de données non structurées, et d'algorithmes qui permettent notamment une certaine automatisation » (Coron, 2019a p. 57-58, reprenant de Vaujany, 2017). Il représenterait ainsi le plus haut niveau de complexité de la quantification RH mais serait porteur de difficultés liées à la capacité nécessaire à pouvoir utiliser toutes les données qu'elles génèrent. Il nécessite le développement et l'adoption de technologies d'analyses automatiques et intelligentes pour dépasser les limites humaines et en particulier l'intelligence artificielle (IA).

La quantification des ressources humaines s'ouvre à de nouvelles perspectives, tirant parti de l'essor des TIC. Au cœur de cette évolution, la valorisation croissante des données joue un rôle central dans divers domaines de la gestion des ressources humaines que ce soit dans le recrutement (Kluemper et Rosen, 2009 ; Roth et al., 2011 ; Van Iddekinge et al., 2016), les politiques salariales, la formation, la gestion de carrière (Zang et Ye, 2015) ou encore la prévention de la santé au travail. Elle serait une opportunité pour la GRH. Elle lui permettrait de répondre à un certain nombre d'enjeux comme la prise de meilleures décisions grâce à l'objectivité que doivent permettre les chiffres, la mise en place de politiques RH plus adaptées et efficaces ou encore donner la capacité de prouver le lien entre des pratiques RH et la performance organisationnelle (Coron, 2019b). Néanmoins, elles sont aussi au cœur d'interrogations éthiques quant à l'utilisation que l'organisation peut faire des données (Coron, 2019b). L'information peut jouer un rôle stratégique pour celui qui la contrôle.

Ainsi, la fonction RH en entreprise a évolué au fil du temps, passant de la simple gestion administrative du personnel à un rôle stratégique axé sur la création de valeur. Les TIC ont joué un rôle central dans cette transformation. Elles ont ouvert la voie à un nouveau modèle de GRH, favorisant l'accès à l'information pour les employés, réduisant les tâches administratives et responsabilisant davantage les gestionnaires opérationnels. Elles ont permis de simplifier la gestion des données, d'automatiser les tâches répétitives et d'améliorer la prise de décision. Ces technologies prennent part aux SIRH, facilitant la gestion des informations quantitatives et qualitatives. Elles sont aussi au cœur du développement de la quantification des RH et de ses évolutions, passant du reporting RH, à l'analytique RH jusqu'au Big data RH. La quantification RH offre de nouvelles opportunités et profite du développement des TIC au cœur duquel se trouve sur la valorisation toujours plus grande de la donnée dans différents aspects des ressources humaines, mais également des questions d'ordre éthique. Le marché lié à la quantification RH fait preuve depuis quelques années d'une dynamique croissante et s'inscrit dans un courant sous-jacent de la quantification de soi que nous abordons à présent.

2.2. La quantification RH au cœur du développement des applications de la *Happy technology* et de la prévention de la santé mentale des travailleurs

La quantification RH est porteuse d'opportunités pour les organisations et elle est renforcée par les TIC. Si la GRH se limitait auparavant à un questionnaire papier, traité à la main sur le climat de l'entreprise, les TIC sont en mesure d'automatiser la récolte, de traiter puis, de visualiser des données. De plus, la mise en chiffres des salariés sur des notions qui apparaissaient au premier

regard très subjectives (bien-être, engagement, satisfaction...) semble avoir gagné en intérêt pour les entreprises. Effectivement, face aux besoins des organisations de mieux prévenir les risques pour la santé mentale au travail, y compris les risques psychosociaux, un certain nombre d'acteurs proposent d'utiliser la technologie pour y répondre.

Le marché de la technologie pour la gestion des ressources humaines connaît une accélération considérable depuis quelques années. En 2020, la France comptait plus de 500 start-up liées à la RH Tech. L'attractivité pour le sujet se mesure à la hauteur des levées de fonds qui ont dépassé pour certaines plusieurs centaines de millions d'euros¹². Selon une étude réalisée par CB Insights¹³, les acquisitions de start-ups de l'IA autour la HR Tech dans le monde n'a cessé d'augmenter entre 2012 et 2017, et le domaine d'investissement le plus important n'est autre que l'intelligence artificielle au service de la santé et du bien-être en général avec 270 opérations consacrées à cette catégorie depuis 2012.

Plus particulièrement, depuis plusieurs années sur le territoire français, des entreprises créent des outils numériques à destination des organisations pour rentrer sur ce créneau qui semble présenter un potentiel financier important. Ce marché, parfois renommé comme celui de la *Happy technology*, positionne sa stratégie de communication autour d'un « bien-être » des salariés avec des références récurrentes à l'engagement, la santé mentale ou encore le bonheur au travail. La littérature souligne en quoi l'utilisation de l'expression « bien-être au travail » peut être une volonté de donner une vision plus positive de la lutte contre les RPS (Michiels et al., 2016).

Encore relativement peu connues, ces start-ups se caractérisent par une forte dynamique de croissance et certaines revendiquent déjà plus de 150 000 salariés accompagnés en 2020¹⁴. Parmi elles, on retrouve Glint (fondée en 2013), Peakon (2015), Moodwork (2015), Wittyfit (2014), Zestmeup (2015), Supermood (2015), Bleexo (2017), Bloomin (2016) ou encore Bloom at work by Lucca (2016). Elles prennent place dans le marché des applications, accessibles aussi bien sur smartphone que sur ordinateur, sous une forme *SaaS* (software as a service, ou logiciel comme service), hébergées sur le Cloud. Ce vaste marché va pour une partie proposer

¹² https://akoya.group/wp-content/uploads/2020/07/akoya-start-you-up-2020_map.pdf

¹³ The State of Artificial Intelligence - CB Insights, 2017

¹⁴ <https://www.lemondeinformatique.fr/actualites/lire-qualite-de-vie-au-travail-moodwork-leve-2meteuro-pour-acceler-en-europe-77256.html>

de créer de nouveaux indicateurs grâce à la quantification de soi et du feedback afin d'accompagner l'organisation et le travailleur pour la prévention de la santé au travail.

Les articles de presse sur internet foisonnent autour de ces applications liées à la santé au travail qui chercheraient « à nous rendre plus heureux au bureau »¹⁵, à permettre « aux salariés de reprendre la main sur leur bien-être au travail »¹⁶, à piloter « le capital humain de votre entreprise »¹⁷ ou encore à faire le lien entre « QVT, engagement et résultats de l'entreprise »¹⁸. Plusieurs auteurs notent également dans quelle mesure des TIC peuvent avoir un rôle émancipateur, peuvent conduire à un *empowerment* du patient et à une modification du rôle et de la relation entre différents acteurs (Fayn, et al., 2017 ; Cases, 2017).

Différents éléments contextuels profiteraient au développement de ces applications. Nous pouvons relever l'incitation réglementaire accrue des organisations à prévenir les risques professionnels et de santé mentale que nous avons précédemment décrits. À cela s'ajoute la volonté actuelle à chercher à répondre à un besoin d'épanouissement des travailleurs en proposant des solutions de bien-être (parfois controversées avec des problématiques de « greenwashing » transposées au bien-être ou la question de contraindre des salariés à être heureux). Enfin, la pénurie de médecins est une difficulté supplémentaire pour la prévention de la santé pour les organisations et les inciterait à trouver d'autres solutions de prévention. Cet usage de la technologie pour la prévention de la santé au travail laisse interrogatif sur la portée des transformations de la prévention portées par ces applications destinées aux organisations, leurs conséquences pour cette dernière et pour les différentes parties prenantes.

¹⁵ <https://www.europe1.fr/technologies/ces-happy-tech-qui-cherchent-a-nous-rendre-plus-heureux-au-bureau-3624914>

¹⁶ <https://www.capital.fr/entreprises-marches/moodwork-permet-aux-salaries-de-reprendre-la-main-sur-leur-bien-etre-au-travail-1407344>

¹⁷ https://www.bfmtv.com/economie/entreprises/wittyfit-pilotez-le-capital-humain-de-votre-entreprise_AO-202112060009.html

¹⁸ <https://www.forbes.fr/management/bleexo-le-lien-entre-engagement-et-resultats-de-lentreprise-est-etabli/>

3. Présentation des objectifs de notre travail de recherche et du positionnement méthodologique

3.1. Problématique et questions de recherche

Les deux précédentes sections mettent en lumière l'importance de traiter le sujet de la prévention de la santé au travail dans un environnement complexe où les organisations sont confrontées à des défis multiples. Les enjeux économiques, technologiques, organisationnels et la crise sanitaire ont exacerbé les risques pour la santé des travailleurs, en particulier les risques psychosociaux. La réglementation française a progressivement renforcé la prévention des risques pour le travailleur, soulignant l'obligation des entreprises de prendre en charge ces problématiques.

En parallèle, l'adoption croissante des technologies de l'information et de la communication offre de nouvelles perspectives, notamment dans le domaine de la gestion des ressources humaines. Les TIC simplifient la collecte, le traitement et l'analyse des données, et participent au développement de la quantification des RH. Récemment, un phénomène de développement d'applications qui s'inscrivent dans la *Happy technology* est observé. Ces applications axées sur la santé mentale et le mieux-être des travailleurs ouvrent de nouvelles perspectives aux différentes parties-prenantes de la prévention de la santé au travail. Elles interrogent sur la portée des changements de cette transformation de la prévention des RPS sous l'angle de l'influence sur ses parties-prenantes. Ainsi, notre travail s'interroge sur la problématique suivante :

Dans quelle mesure la transformation numérique de la prévention des RPS intervient sur les rôles, les responsabilités et l'engagement de ses parties-prenantes ?

Cette problématique large répond au besoin exploratoire de notre recherche. Plusieurs questions en découlent. De quelle manière ces applications se positionnent entre les différents niveaux de prévention de la santé au travail ? Quelles sont les implications dans les clivages autour de la responsabilisation des risques pour les différents acteurs ? Comment ces solutions numériques s'intègrent dans les prérogatives des principales parties prenantes ? Et en particulier pour le manager sur la gestion de son équipe, le subordonné sur la gestion de sa santé et du gestionnaire

RH sur l'amélioration des conditions de travail ? Quels sont les effets sur la prévention des risques psychosociaux ?

3.2. Intérêt de la recherche

- **Intérêt managérial de la recherche**

Cette recherche exploratoire vise à comprendre le phénomène de l'adoption des applications de QVCT et leur implication pour les organisations. Faiblement étudiées, ceci sous-tend qu'un grand nombre de perspectives managériales peuvent apparaître à l'issue de cette recherche. Celle-ci cherche à offrir une première incursion dans cet univers émergent, caractérisé par la prolifération d'applications de la *Happy technology* et les implications d'une transformation numérique dans le domaine de la prévention de la santé au travail.

D'une part, il importe d'offrir une première grille de lecture de ces technologies pour les dirigeants, managers, spécialistes RH, ou professionnels de la santé. Celle-ci s'effectue par une analyse des moyens mis en œuvre par les applications pour intervenir sur les différents risques, avec une attention particulière portée sur les risques psychosociaux. Il s'agit aussi de mettre en avant les préoccupations relatives à la prévention des risques psychosociaux et pourquoi le recours au numérique aurait tendance à gagner en pertinence au sein des organisations. Ceci se traduira par une meilleure compréhension des motivations, des freins et des positions contradictoires des acteurs impliqués.

D'autre part, cette recherche vise à développer le potentiel du numérique pour la prévention de la santé au travail et la construction d'un environnement favorable à la performance individuelle et organisationnelle. En particulier, elle doit éclairer sur la manière dont les applications peuvent influencer les rôles des parties-prenantes à la prévention de la santé et proposer des axes d'améliorations. Elle cherche aussi à éclairer et parfois souligner des vigilances sur les pratiques les plus efficaces, neutres, ou néfastes qui découleraient de l'usage de ces applications. Nous analysons plus spécifiquement en quoi elles ont la capacité ou non de s'inscrire dans une démarche de prévention des risques psychosociaux.

- **Intérêt théorique de la recherche**

Cette recherche porte la volonté d'ouvrir un champ d'études en sciences de gestion sur les applications dédiées aux organisations pour la prévention de la santé au travail.

D'une part, son dessein réside dans la quête d'une compréhension approfondie de la prévention des risques psychosociaux, englobant leur perception, les défis inhérents et leurs enjeux. Elle examine les divergences entourant la question de la responsabilité des risques et plus particulièrement de la place d'outils numériques dans ce clivage. Elle propose de mieux comprendre l'intégration des applications dans les enjeux stratégiques, notamment dans le cadre de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977).

D'autre part, elle vise à comprendre comment les organisations vont se saisir de la technologie pour agir à travers différents niveaux de prévention de la santé au travail.

Enfin, elle cherche à apporter une meilleure compréhension scientifique de l'implication de la technologie dans le rôle de différentes parties-prenantes pour la prévention de la santé au travail. Il s'agit d'étudier les principaux acteurs comme le management, qui fait face à un besoin de gérer des équipes à distance, le rôle du subordonné lié à un outil qui prône une quantification de soi au service de sa santé au travail, ou du gestionnaire RH.

Cette recherche a pour ambition de développer une première grille de lecture scientifique autour des applications dédiées à la prévention de la santé au travail et de souligner les perspectives de recherches futures dans ce champ d'études.

3.3. Design de la recherche

Dans une volonté de compréhension d'un phénomène émergeant, cette étude exploratoire s'inscrit dans une approche abductive. Celle-ci s'est traduite par la réalisation d'un large terrain composé de 65 entretiens semi-directifs qui devaient permettre de répondre à plusieurs questions. Ces questions sont traitées sous la forme d'une succession de quatre phases de questionnement construites au gré des découvertes et de notre réflexion progressive autour du sujet.

Pour rester le plus ouvert possible, conformément au caractère exploratoire de la recherche, le guide semi-directif a, dès le départ, été prévu pour avoir un regard étendu et laisser un certain degré de liberté aux répondants. La construction de la thèse prend la forme d'une première partie dédiée à la littérature et d'une deuxième partie dédiée au terrain, à l'analyse et à la

discussion des résultats. Ce format est l'aboutissement d'une rationalisation des questionnements progressifs qui ont chacun fait l'objet d'une analyse dans la littérature. Cette construction nous permet de donner un sens et une vision générale immédiate au lecteur sur le champ de littérature mobilisable pour l'analyse de ce sujet. Néanmoins, il est possible de retracer le rattachement de nos découvertes successives à chacun de nos chapitres de littérature (Tableau 1).

Tableau 1. Synthèse des quatre phases exploratoires par raisonnement abductif de notre processus de recherche

Terrain	Littérature
1) Quelles sont les caractéristiques du marché des applications dédiées à l'intervention sur la santé des travailleurs ?	
Première phase : Un marché hétéroclite et segmenté entre un axe d'intervention individuel et organisationnel des applications	Analyse théorique de l'intervention pour la prévention des risques entre une approche individuelle et organisationnelle (Chapitre I.2. ; Chapitre II.1.)
2) Derrière la notion de bien-être au travail, un outil destiné à la prévention des RPS ?	
Deuxième phase : Analyse descriptive et compréhensive du champ d'action des applications : la prévention des RPS	Définition des RPS et des enjeux qui les entourent (Chapitre I.1. - I.2.)
3) Quelles sont les problématiques qui poussent les organisations à chercher de nouveaux moyens (technologiques) pour prévenir les RPS ?	
Troisième phase : Analyse compréhensive du tissu d'acteurs de la prévention des RPS et des enjeux de l'intervention pour la prévention des RPS auxquelles se confrontent les applications de QVCT	Analyse dans la littérature des problématiques de la réussite de l'intervention pour la prévention des RPS : le clivage autour de la responsabilisation (Chapitre I.2) et le besoin de mobilisation de l'ensemble des acteurs internes et externes à l'organisation ainsi que les stratégies d'influence (Chapitre I.2. - I.3. ; Chapitre II.1. - II.2. - II.3 ; Chapitre III.1 - III.2.)
4) Dans quelle mesure les applications de QVCT influencent-elles les rôles des acteurs internes à l'organisation pour la prévention des RPS ?	
Quatrième phase : Analyse des répercussions de l'adoption des applications de QVCT sur la répartition des rôles des parties prenantes pour la prévention des RPS	Identification et présentation dans la littérature des grands acteurs de la prévention de la santé au travail et de leurs rôles principaux (chapitre II.3.). Analyse de l'influence de la transformation numérique sur la prévention de la santé au travail (chapitre III.1 - III.2.). Examen du caractère stratégique de la transformation numérique des outils de gestion (chapitre III.3.)

3.4. Organisation générale

La première partie de cette recherche, composée des chapitres I, II et III, se concentre sur l'établissement d'une base théorique pour notre étude. Notre objectif principal est de définir le contexte et les enjeux entourant la prévention des risques psychosociaux, en mettant en lumière l'importance des acteurs et en explorant la transformation numérique dans le domaine de la santé au travail. Dans le chapitre I, nous définissons la prévention des risques psychosociaux et identifions les obstacles liés à l'attribution de responsabilité en matière de santé. Le chapitre II se penche sur l'importance de la mobilisation d'un ensemble d'acteurs dans la réussite de la prévention des risques psychosociaux. Enfin, le chapitre III examine la transformation numérique au service de la santé au travail, en analysant l'impact des technologies sur les comportements et les enjeux stratégiques du numérique.

La deuxième partie de notre recherche, composée des chapitres IV, V et VI, est dédiée à l'étude empirique de terrain et à la présentation des résultats. Dans le chapitre IV, nous exposons en détail la méthodologie de notre recherche, incluant le paradigme épistémologique de l'interprétativisme, les instruments empiriques utilisés, les sources de collecte de données et les méthodes d'analyse. Le chapitre V présente les résultats de notre étude, structurés en quatre phases de notre approche abductive. Elles couvrent divers aspects du marché des applications, de leur fonctionnement, des enjeux de la transformation numérique et de l'impact des applications pour l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail sur la prévention et de leur influence sur le rôle de différentes parties-prenantes. Enfin, le chapitre VI discute nos résultats en les mettant en perspective avec la littérature scientifique. Elle examine les implications de la transformation numérique pour la prévention des risques psychosociaux et analyse la redéfinition des rôles des acteurs, notamment ceux de la gestion des ressources humaines, du management de proximité et des subordonnés sur la prévention des risques. Nous clôturons notre recherche en présentant une conclusion générale. Nous tirons des enseignements de cette recherche à travers une mise en avant de ses contributions théoriques, managériales, ses limites et ses perspectives.

PREMIÈRE PARTIE. Cadre théorique de la recherche

Cette première partie se compose de **trois chapitres**, focalisés sur la mise en perspective théorique de notre recherche doctorale. Notre démarche s'inscrit dans une ambition d'ancrer, grâce à la littérature existante, le domaine de recherche sur la transformation numérique de la prévention des risques psychosociaux, et ce, par l'intermédiaire de l'examen des applications pour l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail. L'architecture des chapitres est le résultat des allers et retours entre le terrain et la littérature.

Au sein du **chapitre I**, nous précisons la définition et les enjeux relatifs à la prévention des risques psychosociaux. Nous mettons en évidence la manière dont l'attribution de responsabilité en matière de santé, un obstacle majeur à la prévention des RPS, engendre un clivage entre les différents acteurs. Nous soulignons enfin l'importance cruciale du rôle joué par les différents acteurs dans les enjeux stratégiques des organisations, en nous appuyant sur l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg.

Le **chapitre II** se concentre sur la prépondérance de la mobilisation des acteurs dans la réussite de la prévention des risques psychosociaux. Nous caractérisons l'intervention pour la prévention des risques psychosociaux et ses diverses approches. Les éléments propices au succès ou à l'échec d'une intervention ciblant la prévention des risques psychosociaux sont relevés, avec une attention particulière portée à sa dimension coopérative. Finalement, nous mettons en évidence les principaux acteurs engagés dans la prévention des risques professionnels.

Le **chapitre III** s'intéresse à la transformation numérique au service de la santé au travail. Nous y définissons la « santé-mobile » ainsi que la transformation numérique qui englobe les applications dédiées à la qualité de vie et aux conditions de travail. L'évolution et les implications de l'intervention par le biais d'outils numériques pour la prévention de la santé des travailleurs sont examinées. Enfin, nous détaillons la capacité d'influence de la technologie sur les comportements et ses enjeux stratégiques pour l'organisation.

Chapitre I. La prévention des risques psychosociaux au travail : une notion englobante qui porte un clivage autour de la responsabilité de la santé au travail

Depuis les années 1980, l'intensification et la complexification du travail sont source d'un accroissement des troubles psychologiques en plus des troubles physiques, auquel s'ajoute un affaiblissement des possibilités collectives de régulation (Durand et Baret, 2022). De nombreuses études montrent en effet l'incidence de l'évolution des conditions de travail sur la santé psychologique des salariés (Sarnin et al., 2011), tout comme l'évolution de méthodes de management qui détruiraient les collectifs de travail (Minguet, 2011). Le résultat de ces évolutions est l'émergence de la notion de risques psychosociaux (RPS). Les RPS regroupent un ensemble de facteurs de risques auxquels sont confrontés les salariés. L'objectif est de mieux prévenir leurs conséquences physiques, psychologiques ou sociales. La notion de RPS a connu un important essor que ce soit dans les discours politiques ou gestionnaires. Ceci s'inscrit dans un contexte où les organisations sont passées au temps du risque, où le principe de précaution est devenu la norme (Laoukili, 2015). Les RPS sont devenus un enjeu pour les organisations, pour leur performance. Ils sont aussi une responsabilité légale pour les organisations. Ils restent pourtant une notion poreuse. Le contour des facteurs de risques reste difficilement appréciable par les organisations, tant elles touchent à la vie professionnelle que privée des salariés. Ces enjeux se cristallisent dans l'organisation par des positions politiques marquées qui ne sont pas sans effet sur la prévention de ces risques.

L'objet de ce chapitre est tout d'abord d'appréhender les risques psychosociaux, notion aux contours flous au premier abord (I.1.). Cette analyse est effectuée à partir de trois sources d'informations : comment sont-ils définis dans le langage institutionnel, dans la réglementation, et enfin dans la littérature scientifique ?

Il s'agit ensuite de mettre en lumière les enjeux derrière les RPS (I.2.). Ainsi, nous expliquons dans une deuxième section en quoi la prévention des RPS, qui fait face à un manque de consensus sur l'efficacité de certaines approches est également freinée par la responsabilisation des risques entraînant des intérêts divergents. Enfin, l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg est mobilisée pour éclairer les jeux d'acteurs portés par des intérêts individuels au sein de l'organisation (I.3.).

I.1. Un tour d’horizon des fondements du concept vaste mais réglementé des RPS : une analyse par le langage institutionnel, par la réglementation et par la littérature scientifique

La première section (I.1) de cette partie constitue un examen approfondi des fondements de la notion de « Risques Psychosociaux » (RPS). En se basant sur une analyse systématique du langage institutionnel, de la réglementation en vigueur, et de la littérature scientifique, cette section s'efforce de décortiquer les différents aspects de cette notion.

La première sous-section (I.1.1) jette un regard critique sur la définition floue des RPS au niveau des organisations nationales et internationales. La deuxième sous-section (I.1.2) aborde la complexité de la réglementation concernant les RPS, une notion poreuse et multifactorielle. Cette section examine également la réglementation européenne et le Code du Travail français, soulignant les efforts pour protéger la santé des travailleurs tout en tenant compte des défis associés aux RPS. Enfin, la troisième sous-section (I.1.3) élargit l'analyse en examinant la littérature scientifique. Elle révèle un paysage riche et diversifié de théories liées aux RPS, ainsi qu'une prédominance de l'approche centrée sur le *jobstrain* (Karasek, 1979). Cette dernière sous-section explore les aspects quantitatifs et qualitatifs de la recherche sur les RPS, en mettant en évidence une dynamique importante du domaine.

I.1.1. Dans les organisations nationales et internationales : une notion floue

Afin de mieux définir les risques psychosociaux, nous nous appuyons dans un premier temps sur le rapport du collège d’expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (Gollac et Bodier, 2011) (I.1.1.). Celui-ci nous permet de souligner le caractère vaste des RPS, qui constituent des risques pour la santé physique, mentale et sociale. Six facteurs de risques sont particulièrement mis en avant. Dans un second temps, nous mettons en évidence et synthétisons la diversité des définitions des RPS par les organismes français et européens (I.1.2.).

I.1.1.1. Le rapport du collège d’expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (Gollac et Bodier, 2011)

Comment définir les risques psychosociaux ? Cette question est aussi centrale pour les organisations qu’elle est souvent la cause d’une mauvaise gestion de ces risques. L’affaire liée à la vague de suicides chez les salariés de France Télécom, entre 2008 et 2009 a particulièrement interpellé sur la santé au travail. La question est devenue publique et particulièrement prégnante pour les organisations, notamment liée à la question du stress et du harcèlement. Selon un

rapport daté de 2011 du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail présidé par Michel Gollac, les RPS s'entendent comme des « risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » (p. 13). Le texte précise utilement que ce n'est pas la manifestation du risque mais son origine qui le définit comme un risque pour la santé au travail. Il retient par ailleurs six facteurs constitutifs comme définissant et illustrant leur étendue et leur complexité puisqu'ils peuvent se combiner entre eux et faire référence à des caractéristiques d'ordre personnel et liées à l'organisation : l'intensité du travail et temps de travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie, les rapports sociaux au travail, les conflits de valeurs et l'insécurité de la situation de travail (Tableau 2).

Tableau 2. Les six facteurs de risques issus du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail présidé par Michel Gollac (2011)

Facteurs	Définition
Intensité du travail et temps de travail	Temps : durée du travail et organisation du temps de travail Intensité : Exigences quantitatives et qualitatives liées à l'exécution du travail
Exigences émotionnelles	Travail émotionnel : maîtriser et façonner ses propres émotions pour maîtriser et façonner les émotions des bénéficiaires du travail.
Autonomie	Latitude décisionnelle liée à la marge de manœuvre dont dispose le travailleur, sa participation à la prise des décisions, ceci aussi bien sur l'emploi que sur sa carrière.
Rapports sociaux au travail	Rapports sociaux entre les travailleurs et avec l'organisation qui les emploie (qualité des relations, style de direction et justice des organisations, violence éventuelle des relations) : <ul style="list-style-type: none"> - Relations au travail - Relations avec les collègues - Relations avec la hiérarchie
Conflits de valeurs	Rôle du sens du travail dans la création de conflits de valeurs (éthique, utilité...).
Insécurité de la situation de travail	Insécurité socio-économique et risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail.

I.1.1.2. Les définitions issues des organismes français et européens

Au fil des années, plusieurs organisations internationales ont émis des rapports pour une meilleure prévention des risques psychosociaux. Il en est ainsi de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) (International Labour Office, 1986), de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (Leka et al. 2003), de l'UE-OSHA (2002), ou encore de l'Eurofund (2005) (Leka et al., 2011b). Une première analyse des organismes de prévention de la santé au travail en France et à l'international permet de dresser un aperçu de la vision des risques psychosociaux à travers leurs définitions. La liste de ces organismes de santé au travail en France est sélectionnée à partir du site du ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion que nous avons complétée par d'autres organismes nationaux et internationaux de références (Tableau 3).

Tableau 3. Définitions des risques psychosociaux par des organisations nationales et internationales

Institution	Définition
OPPBT	« Le risque de troubles psychosociaux est directement lié aux conditions de travail des salariés. On distingue notamment plusieurs types de risques ou facteurs de risque : le stress lié aux exigences de l'entreprise et à la pression exercée sur les salariés ; les violences à l'intérieur de l'entreprise telles que le harcèlement moral ou sexuel, les conflits entre salariés ; les violences externes, essentiellement verbales, exercées par les intervenants extérieurs à l'entreprise » ¹⁹
INRS	« Les risques psychosociaux (RPS) correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non : du stress : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ; des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes ; des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...). » « Pour prévenir les risques psychosociaux, une démarche de prévention collective, centrée sur le travail et son organisation est à privilégier. » ²⁰
ANACT	« Les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » ²¹

¹⁹ https://www.preventionbtp.fr/chantiers/risques/les-risques-psychosociaux-un-enjeu-pour-la-sante-des-salaries_2DejHhmByTxyJTXsnGwUJ8

²⁰ <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>

²¹ <https://www.anact.fr/10-questions-sur-la-prevention-des-risques-psychosociaux>

INSERM	« Risques professionnels qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés et qui ont un impact sur le fonctionnement des établissements. (...) correspondent à des situations de travail où sont présents du stress, des violences commises au sein de l'entreprise par des salariés (harcèlement moral ou sexuel, conflits...) et des violences commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...). Ces risques peuvent être causés par l'activité elle-même, par l'organisation ou par les relations de travail. L'exposition à ces situations de travail peut avoir des conséquences sur la santé psychique (dépression, épuisement professionnel, addictions, suicide...) et ou physique des salariés (hypertension, maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques...) » ²²
OIT	« Désigne les aspects de la conception et de la gestion du travail et de leur contexte social et organisationnel qui peuvent potentiellement causer des dommages psychologiques ou physiques. Si le terme « danger » fait référence à la propriété intrinsèque ou à la capacité potentielle d'un agent, d'un procédé ou d'une situation (y compris l'organisation du travail et les pratiques de travail) à altérer la santé d'une personne au travail, le terme « risque » décrit la combinaison de la probabilité de la survenue d'un événement dangereux et de la gravité du dommage provoqué par cet événement sur la santé d'un travailleur. En conséquence, le terme « risque psychosocial » fait référence à la probabilité qu'une personne soit victime d'un événement indésirable ou que sa santé soit altérée si elle est exposée à un danger psychosocial. » (OIT, 2020, p. 7)

L'analyse des définitions émises par les organisations de référence sur la santé au travail fait ressortir une vision des risques psychosociaux liée à l'environnement général de travail à travers plusieurs termes : « conditions de travail » (OPPBTP), « situations de travail » (INRS), « conditions d'emploi et facteurs organisationnels et relationnels » (ANACT).

Ainsi, trois risques ou facteurs de risques sont particulièrement représentés : le stress avec un déséquilibre entre les exigences de l'entreprise et les ressources dont dispose le travailleur, les violences internes commises par des salariés (harcèlement, conflits...) et des violences externes également physiques ou morales qu'ils sont susceptibles de subir (menaces, insultes...) (INRS ; INSERM). Les conséquences représenteraient à la fois un risque pour la santé physique et mentale des travailleurs et pour le bon fonctionnement des organisations.

I.1.2. Une approche limitée de la réglementation face à une notion poreuse et au grand nombre de facteurs de RPS

Afin d'analyser la réglementation autour des RPS, il est d'abord souligné comment les risques psychosociaux sont passés inaperçus sur le plan juridique et opérationnel, avec notamment le

²² <https://pro.inserm.fr/rubrique/prevenir-accompagner-et-agir/prevention-des-risques/risques-psychosociaux>

plan Darcos illustrant une réponse urgente face à la crise de France Télécom (I.1.2.1). La deuxième partie (I.1.2.2) met en évidence l'absence de définition conceptuelle dans le Code du travail français malgré une obligation générale de prévention, tout en explorant les évolutions légales visant à intégrer les risques psychosociaux dans les responsabilités de l'employeur et à renforcer la prévention. Enfin, la troisième partie (I.1.2.3) analyse les contributions des accords interprofessionnels (ANI) français à la prise en compte des risques psychosociaux, en mettant en lumière les accords sur le stress au travail (2008, 2010), sur la qualité de vie au travail (2013) et l'introduction de la notion de qualité de vie et des conditions de travail (2020).

I.1.2.1. La réglementation européenne comme source historique

Les risques psychosociaux ont été invisibles sur le plan juridique français ou européen (Lerouge, 2009). Cette invisibilité s'est traduite d'un point de vue opérationnel par des réactions dans l'urgence. Le plan Darcos (2009) adopté pour faire face à la vague de suicides qui a touché France Télécom en est une parfaite illustration. Il obligea notamment les entreprises de plus de 1000 salariés à mettre en place des négociations sur la prévention du stress au travail.

Par ailleurs, la directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 souligne, à titre d'exemple, l'obligation pour l'employeur de mettre en place des mesures destinées à améliorer la santé au travail dans ses dimensions physiques et psychologiques, par la suppression ou la réduction de leurs facteurs de risques. Parmi les grands principes qui s'en dégagent figurent la nécessité « d'éviter les risques », de « combattre les risques à la source » ou encore « d'adapter le travail à l'homme ».

Finalement, plusieurs références indirectes aux risques psychosociaux existent dans la réglementation issue de directives européennes : 89/391/CEE, d'obligations générales de l'employeur sur la santé des salariés, 90/270/CEE faisant référence aux problèmes de stress, 93/104/CE sur l'organisation du temps de travail. Cependant, l'écart entre ces politiques et la pratique reste grand (Leka et al., 2011b).

I.1.2.2. Le code du travail français : une protection globale de la santé des travailleurs

Le législateur français ne fournit aucune définition du risque psychosocial. Le Code du travail n'en comporte d'ailleurs aucune mention, même s'il pose une obligation générale pour l'employeur d'assurer la prévention de la santé physique et mentale des salariés (article L4121-1 du code du travail). Toute entreprise a ainsi l'obligation de mettre en place des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formation et de mettre en

place une organisation et des moyens adaptés à cet objectif (L4121-1). Même si la faute n'est pas intentionnelle, la responsabilité de l'employeur peut être engagée au titre d'une faute inexcusable dès lors qu'il avait ou aurait dû avoir connaissance du danger et n'est pas intervenu pour préserver le salarié de celui-ci (Cours de cassation, 2002²³).

Il apparaît que les principaux risques mentionnés dans la législation sont liés à des contraintes physiques marquées, un environnement physique agressif (agents chimiques dangereux...) ou encore un certain rythme de travail (L4161-1). Ils sont juridiquement déclinés entre différentes catégories de risques professionnels (Lapoire-chasset, 2017). Cette notion de « risques psychosociaux » n'apparaît que dans le Code de la santé publique pour la définition du projet de gouvernance et de management participatif de l'établissement. Il doit notamment porter sur l'élaboration et la diffusion d'actions et de bonnes pratiques de prévention des risques psychosociaux pour le personnel au sein des établissements de santé (Code de la santé publique, article L6143-2-3 ; R6156-79).

S'inspirant de la Directive européenne n°89/391, le Code du travail ne comporte pas moins de neuf principes généraux destinés à améliorer en amont la prise en charge des risques professionnels. Il intègre aussi, depuis 2008, la nécessité d'évaluer et de combattre les risques à la source, en associant des facteurs comme l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales ou encore le harcèlement moral et sexuel (L4121-2) :

- Éviter les risques, évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités, combattre les risques à la source,
- Adapter le travail à l'homme (conception de postes de travail, choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production),
- Tenir compte de l'état d'évolution de la technique,
- Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux,
- Planifier la prévention en y intégrant la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, dont les risques liés au harcèlement moral, au harcèlement sexuel, et aux agissements sexistes,

²³ Cours de cassation, chambre sociale, 28 février 2002 n°00-11.793

- Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle,
- Donner des instructions appropriées aux travailleurs.

Une évolution majeure s'est aussi effectuée par la modification de l'article L4121-3 du Code du travail avec la loi du 2 août 2021. Ce texte est venu compléter la liste de facteurs à prendre en compte dans l'évaluation par l'employeur des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à travers la prise en compte de l'organisation du travail, facteur de risque psychosocial récurrent dans la littérature (Bué et al., 2008 ; Douillet, 2010 ; Leka, 2015). À cela s'ajoute l'incitation à impliquer le plus d'acteurs pour une meilleure évaluation des risques professionnels et notamment par la contribution du dialogue social (à travers le Comité social et économique - le CSE, et la commission santé, sécurité et conditions de travail – la CSSCT), l'intégration des salariés désignés comme compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise (L4644-1) et le service de prévention et de santé au travail auquel l'employeur adhère.

Ces évolutions qui tendent indirectement à faire référence à la notion de risques psychosociaux sans pour autant la désigner et la définir strictement dans la loi, ont connu une application concrète au sein des entreprises à travers le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Rédigé par l'employeur ou son représentant, le DUERP contient les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à travers un inventaire des risques (R4121-1 à R4121-4). Ainsi, l'évolution légale de la prise en compte de facteurs faisant référence aux risques psychosociaux a mécaniquement incité l'obligation de leur prise en compte dans le DUERP puisque celui-ci doit évaluer l'ensemble des risques professionnels, y compris ceux liés à la santé mentale des travailleurs. Cette prise en compte s'est aussi renforcée avec la crise sanitaire. Un employeur doit en effectuer sa mise à jour où apparaît spécifiquement la notion de risques psychosociaux auxquels sont confrontés leurs salariés. Une décision de la Cour d'appel de Versailles (24 avril 2020, n*20/01993) fait acte d'un manquement dans l'évaluation des RPS, et de concertation avec les organismes syndicaux et les CSE, par la société Amazon, inhérents à la pandémie de la COVID 19, et dont il aura découlé une absence de mesures de protection des salariés, alors que l'organisation du travail était modifiée (horaires, surveillance soutenue, règles de distanciation...).

I.1.2.3. L'apport des accords nationaux interprofessionnels dans le traitement des RPS

Quatre accords majeurs peuvent compléter notre analyse du cadrage réglementaire des RPS. L'accord national interprofessionnel sur le stress au travail du juin 2008 a pour objectif de transposer l'accord sur le stress au travail signé par les partenaires sociaux européens le 8 octobre 2004. Cet accord veut permettre de mieux lutter contre le stress au travail pour conduire à une plus grande efficacité et une amélioration de la santé et sécurité au travail. L'objet de l'accord est la prise de conscience et la compréhension du stress au travail par les employeurs, les travailleurs et leurs représentants, d'attirer leur attention sur ses signes le plus précocement possible, de fournir aux employeurs et aux travailleurs un cadre pour détecter, prévenir et éviter de faire face aux problèmes de stress. Il précise par ailleurs que son but n'est pas de culpabiliser l'individu vis-à-vis du stress.

L'accord national interprofessionnel du 26 mars 2010 vise à compléter le premier accord sur le stress au travail en intégrant les notions de harcèlement et de violence au travail qui sont spécifiquement désignés comme deux aspects des risques psychosociaux. Tout comme pour le stress au travail, l'objet de l'accord est une meilleure sensibilisation, compréhension et prise de conscience des salariés et de leurs représentants pour mieux prévenir ces phénomènes et d'apporter aux employeurs, salariés et à leurs représentants un cadre pour leur identification, leur prévention et leur gestion.

L'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 sur la « Qualité de vie au travail » a notamment pour objet de promouvoir une organisation du travail qui va permettre « de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise ». Il précise la nécessité d'absence de toute forme de discrimination et s'inscrit dans la responsabilité sociale de l'entreprise. La promotion de la QVT doit **au global promouvoir le bien-être au travail perçu, englobant l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, le droit à l'erreur, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué**. La santé « vise d'abord le travail, les conditions de travail et la possibilité qu'elles ouvrent ou non de « faire du bon travail » dans une bonne ambiance, dans le cadre de son organisation » (p. 1). Elle répond aussi aux « attentes fortes d'être pleinement reconnue dans l'entreprise et de mieux équilibrer vie professionnelle et vie personnelle » (p. 1).

L'accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020 amène quant à lui la dénomination de QVCT, mettant en avant **la place centrale des conditions de travail pour renforcer la prévention de la santé au travail**. Elle souligne une vision collective et intégrée de la santé au travail, « en posant un regard plus large sur le travail et des conditions de réalisation » (p. 13). Cet accord vise à « mettre la prévention primaire au cœur de notre système de santé au travail » (p. 1).

I.1.3. Dans la littérature scientifique : un grand nombre de théories associées aux RPS malgré la prévalence de l'approche par le *jobstrain*

Nous analysons à présent la manière dont les risques psychosociaux sont traités dans la littérature au moyen d'une analyse quantitative de la littérature (I.1.3.1.), complétée par une analyse qualitative de la littérature (I.3.1.2.).

I.1.3.1. Analyse quantitative de la littérature : un champ de recherche dynamique, présentant une prédominance du thème du *jobstrain*

Cette partie vise à présenter une analyse quantitative de la littérature. Nous présentons d'abord l'intérêt et la méthodologie utilisée pour la bibliométrie (I.1.3.1.1.). Puis, nous montrons d'une part une dynamique de recherche importante sur la notion de risque psychosocial et, d'autre part, l'importance de l'approche du *jobstrain* dans la recherche (I.1.3.1.2.).

I.1.3.1.1. Processus d'identification des recherches portant sur les RPS : intérêt et méthodologie de la bibliométrie

La présentation suivante de l'évolution de la dynamique de la littérature sur la prévention des risques psychosociaux nous permet de présenter notre méthodologie de recherche des articles pour répondre à notre besoin de recherche. Par ailleurs, elle permet également de présenter à partir du cas d'une des plateformes de publications majeures (Web of Science) la dynamique de recherche sur le concept des risques psychosociaux. « La bibliométrie a le potentiel d'introduire un processus d'examen systématique, transparent et reproductible basé sur la mesure statistique de la science, des scientifiques ou de l'activité scientifique » (Fortuna et al. 2020, p. 555, notre traduction). L'analyse bibliométrique vise à analyser quantitativement les publications de recherche concernées par un sujet particulier par des moyens mathématiques (Chen, 2014), nous permettant d'identifier des orientations de recherches futures, des domaines spécifiques de recherche ou encore les influences dans le champ de recherche.

Nous présentons ainsi ci-dessous notre démarche d'interrogation de la base de données Web of Science Core Collection de Clarivate Analytics. Web of Science (WoS) a été sélectionnée puisqu'il s'agit de l'une des plus grandes bases de données bibliographiques scientifiques transdisciplinaires à notre connaissance et qui propose un large choix de filtrage nous permettant d'affiner notre sélection.

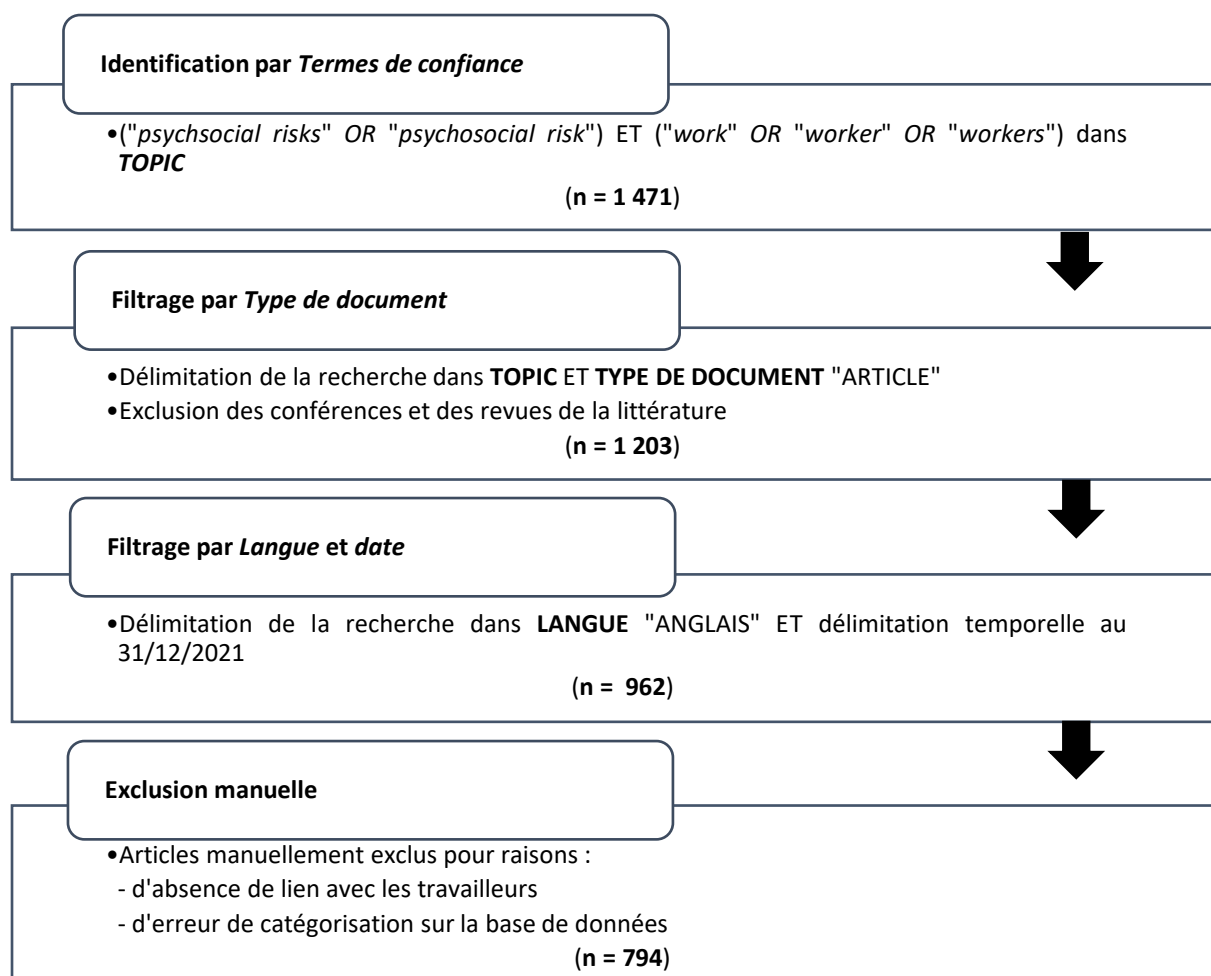


Figure 1 : Étapes de collecte de données sur les « risques psychosociaux » à partir de la plateforme Web of Science

Le schéma de cette nouvelle collecte de données se divise en quatre étapes (Figure 1). La première partie de filtrage consiste à utiliser les termes de confiance « *psychosocial risks* » et « *psychosocial risk* », complété obligatoirement par « *work* » ou « *worker* » ou « *workers* ». Les articles sont identifiés à l'aide de l'apparition des termes de confiance dans le filtre « TOPIC » de la plateforme, regroupant « TITLE », « ABSTRACT », « KEYWORD » et « KEYWORD PLUS », ceci nous permettant d'être à la fois étendu dans l'identification d'articles, tout en concevant suffisamment la thématique des RPS au travail. Le deuxième

filtrage porte sur la sélection dans le type de document des « articles ». Nous excluons également les articles de revue de littérature (« Review articles ») afin de conserver la représentativité des tendances de recherche du sujet et les communications de conférences. Le troisième filtrage comprend la sélection des articles en anglais et une date de parution maximale au 31 décembre 2021, correspondant à la date à laquelle la sélection des données est effectuée.

La recherche s'effectue sur l'ensemble des indexeurs de Web of Science. Nous n'avons pas effectué de filtrage par domaine de recherche puisque nous estimons qu'il s'agit d'une recherche globale sur les travailleurs. Enfin, un quatrième et dernier niveau d'épuration est effectué manuellement sur les 962 articles restants afin d'identifier les articles qui n'étaient pas pertinents pour l'analyse quantitative, car éloignés du sujet de recherche (sans lien avec les travailleurs) ou par erreur de la base de données.

I.1.3.1.2. Analyse de la dynamique de recherche : une recherche toujours en plein essor

L'analyse de l'évolution du nombre de publications sur les RPS des travailleurs fait apparaître une accélération de la recherche à partir de 2010 qui se poursuit jusqu'en 2021 (Figure 2). Trois périodes semblent globalement se distinguer : de 1991 jusqu'à 2010 avec la première publication de Theorell et al. (1991) sur le lien entre RPS liés au travail et taux de décès, représentant 168 publications soit 21,16% du total. Une seconde s'établit de 2010 à 2017 avec 277 publications soit 34,89% du total et une troisième de 2017 à 2021 avec 349 publications soit 43,95% des publications. Une forte augmentation est encore plus particulièrement observée depuis 2019, période de trois années qui représente à elle seule 28,97% des publications recensées depuis 1991. Ainsi, il est observable une tendance de fond de la montée en puissance de la notion de RPS dans l'attention des chercheurs.

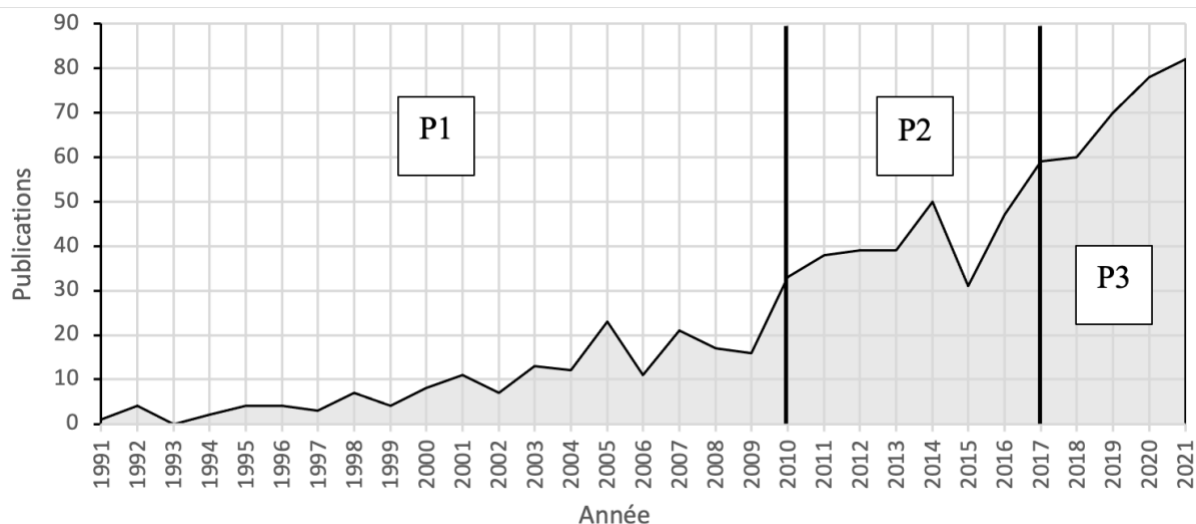


Figure 2 : Analyse bibliométrique sur les risques psychosociaux - nombre de publications par année

I.1.3.1.3. Analyse des citations et co-citations : une influence du modèle de Karasek

Dans cette partie, nous mettons en avant les articles les plus influents sur la littérature à travers leur fréquence de citations. Cette analyse, effectuée à partir du logiciel VOSviewer, nous permet d'identifier et de dresser la liste des dix articles les plus influents dans la recherche sur la notion de RPS pour les travailleurs (Tableau 4) à partir du nombre de citations et de la force des liens indiquant le nombre de fois où deux publications ou les deux citations apparaissent ensemble. Ainsi, plus la force est importante, plus la citation est apparue en même temps qu'une autre citation de la bibliographie commune à tous ces articles.

On y retrouve des publications de références de Karasek, dont deux font directement référence au modèle explicatif du stress au travail lié à la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social (Karasek, 1979 ; Karasek et Theorell, 1990). D'autres articles complètent cette influence du stress comme Siegrist avec le modèle de l'effort-récompense (Siegrist, 1996). Deux articles proposent des échelles de mesure plus globales, dédiées à l'évaluation des caractéristiques psychosociales de l'environnement de travail (Karasek et al., 1998 ; Kristensen et al., 2005). Viennent ensuite plusieurs articles en lien avec l'ergonomie (Kuorinka et al., 1987 ; Bongers et al., 1993 ; Ariëns, 2001 ; Bongers et al., 2002).

Tableau 4. Top 10 des articles les plus cités dans le champ de recherche des risques psychosociaux pour les travailleurs

Top	Articles	Citations	Force des liens
1	Karasek R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. <i>Administrative science quarterly</i> , 285-308.	128	7010
2	Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. et Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. <i>Journal of occupational health psychology</i> , 3(4), 322.	99	4994
3	Karasek R. et Theorell T. (1990), Health work stress, productivity and reconstruction of working life, New York, Wiley.	93	4594
4	Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sørensen, F., Andersson, G. et Jørgensen, K. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. <i>Applied ergonomics</i> , 18(3), 233-237.	81	3732
5	Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. <i>Journal of occupational health psychology</i> , 1(1), 27.	79	4423
6	Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A. et Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire—a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. <i>Scandinavian journal of work, environment & health</i> , 438-449.	64	2913
7	Bongers, P. M., de Winter, C. R., Kompier, M. A. et Hildebrandt, V. H. (1993). Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. <i>Scandinavian journal of work, environment & health</i> , 297-312.	55	2 608
8	Stansfeld, S. et Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. <i>Scandinavian journal of work, environment & health</i> , 443-462.	52	2 422
9	Bongers, P. M., Kremer, A. M. et Laak, J. T. (2002). Are psychosocial factors, risk factors for symptoms and signs of the shoulder, elbow, or hand/wrist?: A review of the epidemiological literature. <i>American journal of industrial medicine</i> , 41(5), 315-342.	49	2 242
10	Ariëns, G. A., van Mechelen, W., Bongers, P. M., Bouter, L. M. et van der Wal, G. (2001). <i>Psychosocial risk factors for neck pain: a systematic review. American journal of industrial medicine</i> , 39(2), 180-193.	40	1951

I.1.3.2. Analyse qualitative de la littérature : un champ théorique vaste et une notion difficile à positionner entre causes et conséquences

Après un aperçu de la dynamique de recherche et la mise en avant des principaux articles scientifiques qui contribuent au champ théorique des RPS, nous poursuivons par une analyse qualitative de la littérature. Finalement, celle-ci nous permet à la fois de mieux comprendre les contours des RPS en identifiant les obstacles à sa bonne compréhension. Ainsi, nous mettons en avant une première caractéristique liée au grand nombre de théories associées (I.1.3.2.1.), puis une seconde caractéristique liée à la confusion entre causes et conséquences dans son utilisation (I.1.3.2.2.).

I.1.3.2.1. Un premier obstacle : un grand nombre de théories autour des RPS

À l'instar de la réglementation, les risques psychosociaux dans la littérature sont particulièrement difficiles à cerner puisqu'ils ont un nombre de causes potentielles important. Les facteurs de risques étant multiples (Picard, 2006), aussi bien internes qu'externes à l'organisation, il y a tout autant de théories qui peuvent y être rattachées. D'une part, il s'agit d'une problématique qui touche à la fois l'épidémiologie, la psychologie et l'ergonomie, et d'autre part, c'est une notion qui est rarement explicitée quand elle est utilisée (Miossec, 2011). Finalement, de nombreux phénomènes sont effectivement rattachés sous la dénomination de « risques psychosociaux » comme le stress, le *burn-out* ou encore les types de violences (Vuattoux, 2020). Le concept de stress est cependant particulièrement utilisé pour traiter les RPS (Raybois, 2010 ; Bauer et Jenny, 2012).

Ces troubles pour la santé peuvent aussi bien se manifester sous la forme de troubles psychologiques, comme l'anxiété ou la dépression, que physiques, avec des maladies cardiovasculaires ou les troubles musculosquelettiques (Picard, 2006). Leur difficulté à être appréhendé tient aussi à leur dimension subjective puisque deux individus peuvent réagir différemment dans un même contexte (Roland-Lévy, 2013). Dans les sciences de gestion, l'étude des RPS aurait pour objectif de mieux les comprendre pour réduire leur impact, en cherchant à les maîtriser, les gérer, les mesurer, à travers des leviers comme la modification de l'organisation, le management ou de nouveaux outils (Vuattoux, 2020).

Pour Nieuwenhuijsen et al. (2010), les risques psychosociaux ont particulièrement été étudiés à travers trois grandes théories mobilisées autour de la question des RPS : le modèle « demande-contrôle » de Karasek, le modèle « effort-récompense » de Siegrist et al. (1986), la justice organisationnelle (Moorman, 1991). Si l'on s'en tient au rapport Gollac et Bodier (2011), la liste de théories associées est grande à la vue du nombre de facteurs s'y rapportant (Tableau 5). Un grand nombre de manifestations y sont associées ce qui complexifie d'autant sa bonne compréhension.

Tableau 5. Liste partielle de théories se rapportant aux six facteurs issus du rapport du collègue d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (Gollac et Bodier, 2011)

Facteurs	Théories associées
Intensité du travail et temps de travail	Demande psychologique (Karasek, 1979) Demande d'effort (Siegrist, 2004)
Exigences émotionnelles	Travail émotionnel (Hochschild, 1985)
Autonomie	Job decision Latitude (Karasek, 1979)
Rapport sociaux au travail	<i>Rapports sociaux au travail :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Soutien social (Johnson et al., 1989) - Équilibre effort-récompense (Siegrist, 1996) - Justice organisationnelle (Folger et Cropanzano, 1998) issue de la théorie de l'équité (Adams, 1963, 1965) <i>Rapports sociaux aux collègues :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Coopération - Collectif (Linhart, 2009) - Règles autonomes (Reynaud, 1993) - Autonomie collective <i>Rapports avec la hiérarchie :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Modèles de leadership (par ex. Lewin et White, 1939) - Leader-member exchange (Dansereau et al., 1975) - Soutien technique reçu du supérieur - Modes de contrôle
Conflits de valeurs	Sens du travail Souffrance éthique (Laliberté et Trembley, 2007)
Insécurité de la situation de travail	Insécurité de l'emploi (Greenhalg et Rozenblatt, 1994) Insécurité du salaire Insécurité de la carrière Soutenabilité du travail

I.1.3.2.2. Un second obstacle : au centre de l'incompréhension des RPS, la notion de cause et de conséquence pour la santé au travail

La complexité de la compréhension des risques psychosociaux est, d'une part, engendrée par le vaste champ de littérature liée aux différents facteurs qu'elle regroupe. Cette complexité se retrouve, d'autre part, dans la compréhension de son positionnement entre facteurs de risques et risques qu'elle fait encourir.

Un certain nombre de recherches s'accordent sur les risques pour la santé que fait peser l'exposition à des risques psychosociaux (Martin et al., 2016). Pour Ponelle et al. (2012), les RPS désignent « les caractéristiques de la nature du travail (contenu et demandes, charge de travail, horaires, interface vie de travail/vie privée, contrôle sur le travail, etc.) et le contexte social et organisationnel du travail (culture organisationnelle, communication, relations interpersonnelles, perspectives de carrière, violences et harcèlement moral, rémunérations, etc.)

qui exercent un impact sur la santé physique et mentale des travailleurs » (p. 186). Chakor (2014), lui, met en avant un regroupement de « concepts poreux, pouvant désigner à la fois des risques et des causes d'origine professionnelle (risques liés à l'organisation du travail par exemple) et des troubles sur la santé (stress, fatigue, mal-être, violence etc.). Jeoffrion et al. (2014) notent que les RPS « recouvrent les risques professionnels perçus et vécus par les salariés comme portant atteinte à leur santé mentale et physique, qu'ils résultent d'une combinaison entre les dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle » (p. 375) et qu'il est nécessaire de distinguer le risque, le facteur de risque et le trouble. Le risque et le trouble constituent effectivement des éléments bien distincts. Le premier fait référence à la probabilité qu'un événement survienne tandis que le second désigne les effets de cet événement (Clot, 2010 ; Gollac et Bodier, 2011). Il s'agit d'ailleurs d'un reproche lié à l'utilisation récurrente du terme « stress » pour parler des RPS, alors que celui-ci, bien qu'étant liées aux RPS, peut dans le langage courant à la fois désigner la cause du trouble comme la réaction physiologique à ce trouble. Il conviendrait alors davantage de parler de « facteurs de stress » (Miossec, 2011).

Finalement, pour certains auteurs, le terme de risque psychosocial pourrait paraître peu utile pour une approche scientifique puisque moins précis que des notions comme le stress au travail (Gollac, 2012). Cependant, Gollac (2012) ajoute que son intérêt est tout autre par son approche hygiéniste, basée sur l'identification et l'éradication de facteurs de risques pour le travailleur dans son rapport avec son travail. L'action de prévention sur les risques psychosociaux est liée à l'intervention pour améliorer les conditions de travail, pour fournir un environnement professionnel sain, et ainsi en agissant davantage sur les facteurs de risques que sur les risques eux-mêmes. La démarche d'action sur les facteurs de risques est couramment caractérisée de prévention primaire, la plus « préventive » et ont les avantages les plus importants par rapport aux niveaux secondaires et tertiaires (Randall et Nielsen, 2010 ; Rouat et Sarnin, 2013). Ces derniers représentent cependant la majorité des interventions de prévention de la santé au travail (Hansez et al., 2009 ; Rouat et al., 2017 ; Durand et Baret, 2022). Une grande partie des interventions de prévention se positionne davantage sur un niveau secondaire ou tertiaire par des formations à la gestion du stress, un accompagnement du management par de la formation ou du coaching, ou encore des actions ou outils pour une meilleure gestion individuelle du stress (suivi psychologique, ligne spéciale « numéro vert », programme d'assistance...) (Rouat et al., 2017). Les intérêts distincts derrière la prévention des RPS en seraient un élément de réponse.

Conclusion de la section I.1.

Cette première section a cherché à comprendre les contours des RPS. Nous avons analysé comment ils sont définis dans le langage institutionnel, par la réglementation et par la littérature scientifique. Le **langage institutionnel** révèle une vision des risques psychosociaux liés à l'environnement professionnel avec une prédominance de trois risques : le stress, les violences internes entre salariés, et les violences externes potentielles. Par ailleurs, le rapport « Gollac », validé par le ministère du travail, évoque quant à lui six axes d'intervention pour la prévention des RPS et souligne que ce n'est pas la manifestation du risque mais son origine qui le définit comme un risque pour la santé au travail. La poursuite de notre analyse sous **l'axe réglementaire** nous montre que le Code du travail n'en fait pas directement mention, malgré l'obligation pour les employeurs d'assurer la prévention de la santé mentale et physique des salariés. L'évaluation et la prévention des risques professionnels intègrent progressivement des éléments liés aux risques psychosociaux, notamment via la prise en compte de l'organisation du travail et du dialogue social, tout en se reflétant dans des documents tels que le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Enfin, plusieurs ANI complètent la prise en compte des risques psychosociaux, notamment par le stress au travail (2008, 2010), la qualité de vie au travail (2013) ou l'introduction de la notion de qualité de vie et des conditions de travail (2020). Finalement, la **littérature scientifique** fait état d'une forte dynamique de recherche sur le terme de risque psychosocial. Celui-ci est particulièrement ancré dans l'approche du *jobstrain* (Karasek, 1979). En outre, l'analyse de la littérature permet de souligner deux caractéristiques de la notion de RPS qui peuvent également représenter des obstacles à leur bonne compréhension : un regroupement d'un grand nombre de théories associées, lié aux différents axes possibles pour leur intervention, et une confusion générale autour des causes et conséquences pour la santé au travail. Pour autant, malgré la porosité de cette notion, son intérêt est de représenter un levier supplémentaire pour enclencher une démarche d'action pour la prévention de la santé des travailleurs.

I.2. Derrière la prévention des risques psychosociaux, le difficile ajustement des intérêts liés à la responsabilité des risques professionnels

Derrière la question des RPS, nous mettons en évidence dans cette section la responsabilisation de la prévention des risques. Pour ce faire, nous commençons par analyser l'efficacité parfois limitée de l'approche portée par la prévention des RPS, et plus particulièrement lié au niveau de prévention qui serait souvent inadapté (I.2.1.). Nous soulignons finalement le lien avec la responsabilisation des risques professionnels (I.2.2.).

I.2.1. Une approche de la prévention par les risques pour la santé à l'efficacité variable selon le niveau de prévention

Nous analysons dans cette sous-section les approches portées par la prévention des RPS. Notamment, nous détaillons comment elles s'inscrivent dans les trois niveaux de prévention (I.2.1.1.). Nous soulignons l'importance d'une action en niveau primaire (I.2.1.2.) mais constatons finalement un niveau de prévention des interventions souvent inadapté au besoin (I.2.1.3.).

I.2.1.1. La prévention des RPS, un écho aux trois niveaux de prévention de la santé au travail

Les risques psychosociaux font toujours état de peu de consensus scientifique (Gollac et Bodier, 2011), et la notion même de « risque psychosocial » est source de confusion sémantique entre les causes et les conséquences (Nasse et al., 2008 ; Chakor, 2014). Il s'agit pourtant d'une distinction fondamentale dans l'approche traditionnelle par les risques pour la prévention de la santé au travail qui se divise en trois niveaux de prévention à travers la prévention primaire (causes, facteurs de risques), secondaire (gestion du risque) et tertiaire (réhabilitation, traitement des conséquences) (Murphy, 1988 ; Cooper et Cartwright, 1994, 1997 ; Lorient, 2010). Cette approche préventive épidémiologique issue de la santé publique est particulièrement utilisée pour la prévention des risques pour la santé mentale au travail (Picard, 2006).

L'OMS définit ces trois niveaux. Le niveau primaire se situe avant l'apparition de la maladie pour réduire le risque de son apparition. Le niveau secondaire porte sur une action qui vise à agir en tout début des troubles/de la pathologie. Enfin, le niveau tertiaire, curatif, vise à réduire les effets de la maladie. Autrement dit, la prévention primaire a pour objectif d'agir sur les

facteurs de risque, l'organisation et les conditions de travail. On y retrouve l'organisation du travail, la gestion participative (formations aux managers), les horaires ou encore le soutien social (Rouat et al. 2017). La prévention secondaire doit permettre d'agir sur les contraintes auxquelles les travailleurs peuvent être confrontés (gestion du stress, hygiène de vie). La prévention tertiaire cherche à gérer la réalisation des risques soit la prise en charge psychologique ou physique des conséquences (Loriol, 2010).

Citant Clot (2010b) et Gollac et Bodier (2011), Chakor (2014) décrit que le « risque » désigne la probabilité qu'un événement survienne, les troubles font référence aux effets de cet événement. Effectivement, l'INRS définit un risque comme l'éventualité d'une rencontre entre l'homme et un danger auquel il est exposé (INRS, 2021²⁴). Il est constitué de la probabilité de survenance d'un dommage et de la gravité du dommage. Cette conceptualisation de la prévention reprend la Théorie de la gestion préventive du stress (« TPSM »). Cette théorie schématise le processus de stress organisationnel, des facteurs de stress, à la réponse adaptative jusqu'aux conséquences (Hargrove et al., 2011). Nous la rappelons à l'aide de la figure 3.

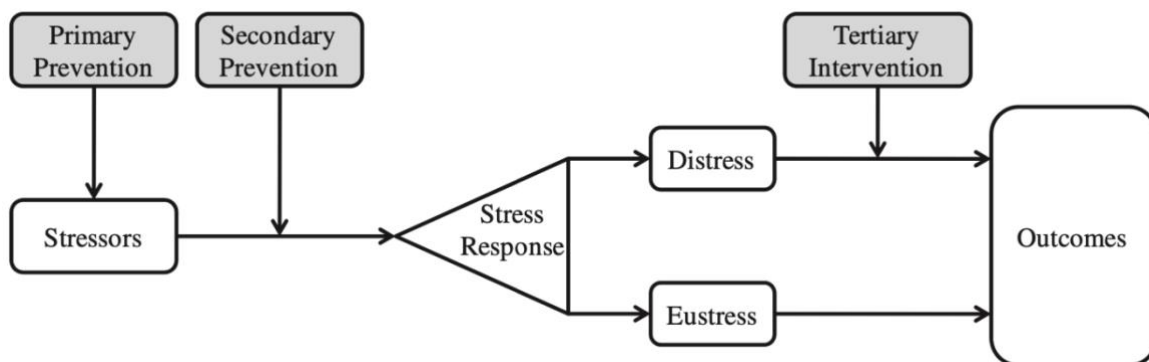


Figure 3 : Modèle de gestion préventive du stress issue de Hargrove et al., 2011

Dans cette configuration, la prévention par les facteurs de risques correspond à une prévention primaire, l'action d'adaptation individuelle à l'éventuelle réalisation de ces risques à une prévention secondaire et l'action curative sur leurs conséquences à une prévention tertiaire (Figure 4). Vézina et al. (2006) définissent les facteurs psychosociaux de l'environnement de

²⁴ Dossier INRS, « Évaluation des risques professionnels », 2021 - <https://www.inrs.fr/demarche/evaluation-risques-professionnels/ce-qu-il-faut-retenir.html>

travail comme « l'ensemble des facteurs organisationnels et les relations inter-individuelles qui peuvent avoir un impact sur la santé » (p. 33).

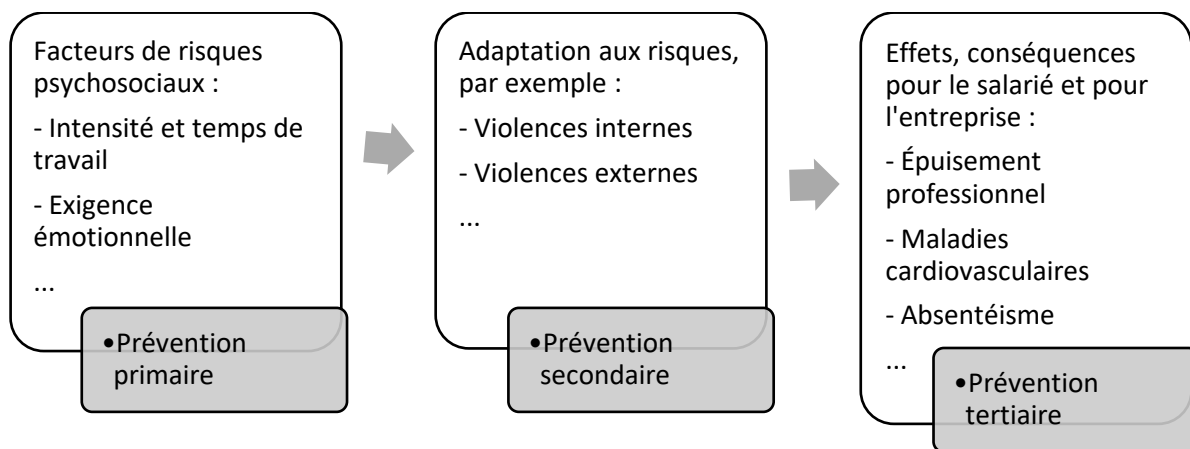


Figure 4 : Synthèse des trois niveaux de prévention de la santé au travail adaptés aux risques psychosociaux (production personnelle)

Pourtant, la confusion sémantique qui entoure la notion de risque psychosocial est à l'origine d'une part de l'utilisation courante du stress pour aborder les RPS, et d'autre part de se limiter à énumérer un ensemble de « risques psychosociaux », faisant aussi bien référence à la cause de troubles ou les troubles eux-mêmes, dans une volonté de consensus et une tentative de rassembler au mieux un ensemble d'indicateurs (Raybois, 2010 ; Miossec, 2011). Ainsi, **l'utilisation du mot « risque » psychosocial peut désigner une prévention pour la santé qui pourrait s'appliquer aux trois niveaux de prévention** (Chakor, 2014), en désignant à la fois des facteurs de risques (environnement organisationnel...), des risques (stress, harcèlement...) et leurs conséquences (maladie, absentéisme...).

I.2.1.2. Un intérêt de la prévention des RPS à agir sur un niveau de prévention primaire

L'action pour la santé au travail a un intérêt à ne pas agir uniquement sur un seul niveau de prévention primaire, secondaire ou tertiaire, que ce soit pour éviter l'apparition de facteurs de risques, outiller le salarié pour faire face aux situations risquées ou soigner leurs conséquences et éviter leur aggravation. Néanmoins, les interventions avant tout organisationnelles constituent un moyen de prévention primaire qui vise à agir sur les caractéristiques des tâches, les conditions de travail et les relations sociales (Semmer, 2003). Dans la littérature scientifique, cette prévention primaire, la plus en amont, est couramment considérée comme la plus efficace même si parfois nuancée (Rouat et al., 2017 ; Rouat et Sarnin, 2018). Effectivement, à niveau

d'efficacité différente dans la prévention, une action sur ces trois niveaux est néanmoins soulignée comme pertinente du fait de leur complémentarité (Lamontagne et al., 2007). Pour Lorient (2010), la prévention tertiaire s'apparente à de la prévention en ayant pour unique objectif d'éviter une aggravation des troubles. Il ajoute que la prévention secondaire chercherait à outiller l'individu. Il s'agit d'une réadaptation des employés soumis aux conséquences des risques réalisés (Martin et al., 2016).

L'action pour la prévention des risques psychosociaux trouverait ainsi un intérêt important à chercher à agir le plus en amont possible en identifiant les causes génératrices de ces risques, par la prévention primaire. Reprenant Lefebvre et Poirot (2011), Durand et Baret (2022) définissent l'action de prévention primaire des RPS par :

- Les actions sur l'organisation du travail (charge de travail, horaires, espaces de travail...)
- Les actions sur les collectifs de travail et le management (temps d'échanges entre travailleurs et entre opérationnels et l'encadrement...)
- Les actions sur la gestion des ressources humaines (politique de mobilité interne, reconnaissance monétaire, intégration des nouveaux arrivants...)
- Les actions sur la conduite du changement (groupe de travail, recueil de l'avis des travailleurs, les grandes étapes...)

1.2.1.3. Dans la réalité, la mise en œuvre des actions les moins préventives

L'intervention sur un niveau de prévention primaire ne vise pas à agir directement sur un trouble mais sur un facteur de risque. Les actions de prévention de niveau primaire seraient les seules véritablement préventives, mais plusieurs problématiques feraient barrage à leur recours (Durand et Baret, 2022). Effectivement, toujours selon Durand et Baret (2022), « la littérature déborde ainsi « de bonnes pratiques » pour prévenir les risques psychosociaux mais force est de constater que les améliorations en la matière ne sont pas au rendez-vous. » (p. 63). Les actions ainsi mises en place s'inscrivent largement dans les niveaux secondaires et tertiaires.

Vuattoux et Chakor (2020) qualifient l'approche des RPS de pathogénique. La pathogénie correspond à « l'étude du processus par lequel une cause pathogène agit sur l'organisme et détermine une maladie ; le processus lui-même » (Le Robert). Selon Vuattoux et Chakor (2020), cette approche par le risque présente des avantages opérationnels comme l'usage de « systèmes d'évaluation et de prévention s'appuyant sur des grilles de lecture de type

épidémiologique (comme les questionnaires de Karasek ou Siegrist) » (p. 1). Ce faisant, son succès viendrait également du fait qu'elle permet de répondre rapidement au minima légal sur l'évaluation ou la mise en place d'actions (Vuattoux et Chakor, 2020). Vuattoux et Chakor (2020) soulignent cependant l'incapacité de ces systèmes d'évaluation, focalisés sur l'individu et éludant la dimension organisationnelle, à agir sur les causes profondes des risques. Ils favoriseraient avant tout la mise en place de dispositifs de prévention davantage « secondaire » ou « tertiaire », cherchant prioritairement à réparer/adapter au niveau individuel qu'à prévenir. Cette approche profiterait aussi à beaucoup de dirigeants d'entreprises qui chercheraient à éluder la responsabilité de l'organisation du travail avec cette approche toxicologique (Clot, 2010a).

De même, la difficulté de la prévention des risques psychosociaux tiendrait pour Leka et al. (2015) à trois facteurs majeurs dans la littérature scientifique. Le premier tiendrait à un manque de clarté dans la définition, qui nuit aussi à la compréhension des parties prenantes (décideurs, services de santé au travail...). Le second porterait sur une sous-estimation de l'importance des opportunités que présente la prévention des RPS. Leur coût économique est perçu comme indirect et difficile à quantifier. Le regard est avant tout porté sur les risques qu'elles peuvent éviter de faire peser sur l'organisation. Enfin, le troisième est lié à des méthodes et outils inadaptés pour l'évaluation et la gestion des RPS, qui sont difficiles à identifier et à des rôles et responsabilités qui ne sont pas clairement établis.

I.2.2. Le clivage autour de la responsabilisation des RPS comme source de la mise en œuvre des actions les moins préventives

Les enjeux de la prévention de la santé psychologique et physique sont considérables pour les organisations (Hawkins, Ozminkowski, et Wang, 2003). La littérature fait ressortir que le caractère collectif de l'approche pour la prévention des risques psychosociaux reste le plus efficace (Rouat et Sarnin, 2013 ; Chakor, 2020). Pourtant l'une des difficultés pour la prévention des risques psychosociaux, plus que liée au vocabulaire utilisé ou les représentations derrière ce terme, est la concurrence et la confrontation des acteurs autour de positions, de visions ou de représentations divergentes (Gollac, 2012).

Pour Leka et al. (2015), l'obstacle probablement le plus important à la prévention des risques psychosociaux est « la peur et la résistance associée à la prise des mesures nécessaires » (p. 66). Plusieurs auteurs (par exemple Singer et al., 1986 aux États-Unis), notaient déjà deux visions en conflit sur le mode d'intervention entre la vision des cadres et des syndicats. Effectivement,

alors que les cadres pensent que l'intervention contre le stress qui cible l'individu est la plus importante (secondaire ou tertiaire), orientée sur des facteurs personnels (personnalité, problèmes familiaux...), les syndicats pointaient du doigt la nature des tâches ou le mode de management.

Selon Ughetto (2011), à travers les RPS, ce sont des groupes sociaux qui se combattent ou s'allient sur ces phénomènes. L'enjeu au cœur de ce clivage est représenté par une double perception de la responsabilité de la santé au travail (Chakor, 2014). Même si le stress est un aspect important des RPS, il n'est ni le seul, ni représentatif de la nouvelle approche de prévention de la santé que permet de donner la notion de « RPS », passant d'une approche centrée sur l'individu (avec le stress), à une approche plus collective, avec les relations individu-collectif et mettant l'organisation comme cause de ses manifestations pathologiques (Douillet, 2010).

Pour Durand et Baret (2022), une première explication dans la littérature à cette difficulté à mettre en place des actions de prévention primaire vient du clivage issu des deux représentations des risques psychosociaux entre une approche réductrice sur l'individu et une approche élargie sur l'organisation (Chakor, 2014 ; 2020), où des intérêts divergents empêcheraient le développement d'actions concertées et préventives dans la durée.

Chakor (2014) rappelle que les risques professionnels peuvent être positionnés dans un champ de tensions entre une approche restrictive individualisante et une approche élargie organisationnelle. Pour Chakor (2014), l'approche restrictive se focalise sur l'individu dans une situation d'adaptation de l'homme au travail, notamment étudiée à travers une approche physiologique du stress (Hans Selye, 1956), épidémiologique (Karasek, 1979 et Siegrist, 1986), de psychologie cognitive comportementale (Neboit et Vézina, 2002) ou encore ergonomique sans focalisation sur l'aspect réel des situations de travail. À l'inverse, l'approche élargie placerait l'organisation du travail comme source des pathologies, liant ainsi la responsabilité de l'employeur qui doit pouvoir agir sur ces facteurs. En particulier il met en avant les approches sur l'ergonomie de l'activité, la psychodynamique du travail et la sociologie pour expliquer l'incapacité d'agir de l'employé sur son environnement de travail, néfaste.

Les représentations des RPS revêtent une dimension stratégique et politique pour différents acteurs (Chakor, 2020). Le traitement de la problématique des RPS n'est pas un objet neutre et

représente une source de conflit (Rouat et al., 2017). Pour Durand et Baret (2022), reprenant Neveu (2012), ce clivage est à l'origine de la difficulté à établir une approche concertée et véritablement préventive, articulant à la fois l'individu et le collectif. Selon eux, il en découle une mise en œuvre privilégiée par les entreprises d'actions pathogéniques de niveau tertiaire ou secondaire, avant tout individuelles, correctrices et curatives. Effectivement, comme le relève Lorient (2010) d'après les résultats d'un sondage IFOP datant de septembre 2008, alors que les salariés citent comme principale cause d'atteinte à la santé mentale la charge de travail ou les contraintes dans le travail, les DRH interrogés mettent en première position « les problèmes dans la vie personnelle ». Cela illustre la mise en œuvre privilégiée par les entreprises d'actions pathogéniques de niveau tertiaire ou secondaire, écartant majoritairement l'action sur un niveau organisationnel (Durand et Baret, 2022).

Ce constat était aussi relevé en 2006 (Picard, 2006) par une difficulté des organisations à s'investir de questions psychosociales liées aux sources professionnelles. Il en découle une intention de favoriser l'intervention individuelle sur des causes extra-professionnelles. Picard (2006) conclut que les entreprises des pays qui parviennent le mieux à recentrer la question sur les contextes organisationnels sont les entreprises appartenant à des pays les plus disposés au dialogue social sur les conditions de travail. Pour Rouat et al. (2017), au-delà de l'individualisation, le poids de la question des risques psychosociaux fait appel au domaine des relations sociales. Discuter des responsabilités de l'organisation sur les RPS fait planer le risque de revendications, mal perçues par les directions. Les principaux espaces de discussion des contraintes sont des espaces de négociation qui enferment ainsi la question de la santé dans des enjeux politiques, où le collectif rend ou non le débat possible sur le travail.

Certaines nuances existent sur l'explication d'une intervention plutôt individuelle ou organisationnelle par la perception des causes de différents acteurs stratégiques dans l'entreprise. Dans l'étude de Rouat et al. (2017), la perception du rôle des contraintes de travail dans les causes des RPS était relativement partagée entre les représentants de la direction et les représentants des personnes. Cependant, les dirigeants mettaient plus l'accent sur les difficultés personnelles. Les auteurs concluent ainsi « que les études sur la perception du risque ne nous aident pas encore à comprendre l'écart entre la perception des causes de RPS en lien avec les contraintes de travail et l'action de prévention centrée sur l'individu » (Rouat et al., 2017, p. 23). Ils expliquent ici la tendance à privilégier des actions au niveau individuel par l'immédiateté permise en déléguant à des prestataires « experts » une intervention individuelle.

Ainsi, les risques psychosociaux font toujours état de peu de consensus excepté pour la caractéristique large de la notion. Nous retiendrons en ce sens les caractéristiques de Chakor (2014) qui met en avant un regroupement de « concepts poreux, pouvant désigner à la fois des risques et des causes d'origine professionnelle (risques liés à l'organisation du travail par exemple) et des troubles sur la santé (stress, fatigue, mal-être, violence etc.). ». Par ailleurs, au-delà de sa bonne compréhension pour se saisir de la problématique liée à leur prévention, son importance vient également de la volonté de l'organisation à s'en saisir pour la prévention des risques. Nous soulignons ainsi les enjeux stratégiques pour l'organisation, notamment liés à sa responsabilisation (Chakor, 2020). Nous appuyant sur la définition du rapport Gollac et Bodier (2011) et soulignant les défis stratégiques liés à leur prévention, nous proposons ainsi de définir les risques psychosociaux comme **le regroupement d'un ensemble de risques pour la santé mentale, physique et sociale des travailleurs, portant une dimension stratégique et clivante pour l'organisation autour de leur prévention.**

Conclusion de la section I.2.

Notre première section nous a permis de dresser une synthèse des contours des RPS, concept poreux, mais nous a également permis de montrer que cette notion trouve son intérêt à renforcer l'action pour la prévention de la santé des travailleurs sur différents axes et parmi lesquels les conditions de travail. Dans cette optique, cette seconde section a traité de la prévention que doit pouvoir permettre l'action sur les RPS. Nous avons souligné la manière dont leur prévention des RPS peut s'intégrer dans une démarche de prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Cependant, la littérature permet de souligner que les démarches engagées sont également souvent inadaptées aux problématiques rencontrées, éloignée d'un niveau de prévention primaire. Finalement, une des principales explications à cette problématique serait le clivage autour de la responsabilisation des risques que peut faire porter leur intervention au centre. Des intérêts contradictoires existent entre différents acteurs comme les dirigeants.

I.3. L'analyse stratégique de Crozier et Friedberg : une organisation constituée d'individus ayant des stratégies individuelles

Nous avons défini la problématique d'intérêt contradictoire entre différents acteurs au sein de l'organisation, notamment liés à la responsabilisation des risques pour la santé. Nous présentons au sein de cette section l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg pour expliquer la complexité des comportements humains au sein des organisations (I.3.1.) Nous mettons ensuite en avant les sources de pouvoir (I.3.2.) et finalement comment l'analyse des stratégies mises en place par les individus, orientés par rapport à leurs motivations, vont permettre de découvrir les jeux d'acteurs qui vont conditionner leur comportement (I.3.3.).

I.3.1. La complexité des comportements humains dans les organisations selon Crozier et Friedberg

Les enjeux stratégiques et jeux d'acteurs sont révélés comme déterminants pour la réussite d'un processus d'intervention et peuvent même positionner l'intervenant en santé au travail dans une incapacité à pouvoir agir (Rouat et al., 2021). Dans leur ouvrage sur l'acteur et le système, Crozier et Friedberg (1977) posent au cœur de leur démarche un problème lié à toute organisation : une surévaluation de la rationalité du fonctionnement naturel de l'organisation, qui doit permettre plus d'efficacité. Pourtant l'organisation est constituée d'hommes qui ont besoin de conserver leur liberté, la réalité de l'organisation est ainsi opposée à tout déterminisme. Autrement dit, même dans un environnement contraint, les individus chercheront toujours à conserver une marge de liberté. Même dans des situations de contraintes, le fonctionnement d'une organisation ne correspond pas à un simple système d'obéissance mais d'adaptation active des individus, d'une négociation, de jeu de l'individu avec les circonstances qu'il vit.

Pour Crozier et Friedberg (1977), l'analyse des comportements humains doit se concentrer sur la contingence des comportements dans un groupe qui par définition est un construit humain. La rationalité du groupe dépendra alors de ses membres et de leurs comportements. Leur approche, au contraire des approches classiques de la sociologie, ne considère donc pas l'organisation comme cadre déterminant de la conduite des acteurs, un système entièrement réglé, contrôlé, prévisible. Les individus qui constituent l'organisation ont leur propre but et ils mettent en place des stratégies pour l'atteindre. Chaque acteur dispose d'une rationalité qui lui

est propre. Ils proposent donc de partir de l'analyse des conduites des acteurs qui constituent l'organisation.

Or, la rationalité d'un individu est aussi limitée par sa marge de liberté et l'information imparfaite dont il dispose (Simon, 1978), à l'opposé de la vision classique qui suppose l'omniscience du décideur. Ainsi, faute d'une stratégie nette liée à une capacité cognitive limitée, l'individu adoptera une posture d'action sous la forme d'un système de jeu, lié à son vécu et à ses comportements en saisissant les opportunités qui se présenteront à lui. Le jeu est un « mécanisme concret grâce auquel les hommes structurent leurs relations et leur pouvoir et les régularisent tout en leur laissant – en se laissant – leur liberté » (p. 113). Cette liberté crée des opportunités pour agir sur l'ensemble du jeu.

Chaque individu, sans avoir la capacité de pouvoir systématiquement prendre la meilleure décision, choisira la solution qui répondra à un « seuil minimal de satisfaction » (Crozier et Friedberg, 1977). Cette conduite rend l'individu moins prévisible, animé par un but personnel, et n'ayant qu'une rationalité limitée.

I.3.2. La source du pouvoir des acteurs au sein de l'organisation

Cette vision des auteurs de l'acteur et de sa stratégie remet en question la signification et la source du pouvoir au sein de l'organisation. Selon Crozier et Friedberg, le pouvoir, du point de vue de l'acteur, est une relation instrumentale car il porte un objectif qui motive la mobilisation de ressources des acteurs. Il est une relation réciproque mais déséquilibrée et non un attribut des acteurs. Le pouvoir s'exerce dans une relation liant plusieurs acteurs interdépendants dans l'accomplissement d'un objectif commun. De plus la relation qui influence le pouvoir n'est pas transitive « A peut facilement obtenir d'une personne B une action X, et B peut obtenir cette même action d'une personne C, il se peut néanmoins que A soit incapable de l'obtenir de C » (p. 58). Ainsi, Crozier et Friedberg définissent le pouvoir comme « un rapport de force, dont l'un peut retirer davantage que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démunie face à l'autre » (p. 59).

Les zones d'incertitudes sont au centre des stratégies pour obtenir du pouvoir. Elles permettent effectivement d'élargir sa marge de liberté au sein de laquelle plusieurs sources de pouvoir peuvent être utilisées. Plus un acteur dispose de marge de liberté (la richesse, l'autorité, la reconnaissance...) par rapport à un autre acteur engagé dans cette relation de pouvoir, plus il pourra refuser sa demande, donc plus il aura de pouvoir. Les zones d'incertitude sont multiples

à pouvoir affecter la capacité de l'organisation à atteindre ses objectifs. De ce fait, « plus la zone d'incertitude contrôlée par un individu ou un groupe sera cruciale pour la réussite de l'organisation, plus celui-ci disposera de pouvoir » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 67).

Dans ce contexte, pour Crozier et Friedberg (1977), la stratégie de l'acteur revêtirait ainsi deux postures. La première est caractérisée par un aspect offensif en saisissant les opportunités et en contraignant les autres acteurs. La seconde se définit par un aspect défensif en développant sa marge de liberté, sa capacité à agir, en échappant à la contrainte des autres.

Autrement dit, des objectifs qui ne seraient pas complètement clairs ou cohérents, en partie du fait d'une rationalité limitée, n'empêchent pas une rationalité dans un comportement. Crozier et Friedberg notent qu'« au lieu d'être rationnel par rapport à des objectifs, l'individu est rationnel d'une part, par rapport à des opportunités et (...) d'autre part, par rapport au comportement des autres acteurs » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 57). Ainsi, son comportement demeure logique et se manifeste par deux aspects : offensif, en saisissant les opportunités, et défensif, en préservant sa marge de liberté. Il adopte ainsi un comportement stratégique au sein de l'organisation.

Ainsi, l'organisation serait influencée par les différents pouvoirs qui agissent en son sein. Elle disposerait pourtant d'une capacité à agir. D'une part, sa structure peut réguler ces pouvoirs. D'autre part, elle peut aussi agir sur la volonté des acteurs à les mobiliser. L'organisation par la structure de l'organigramme ou la réglementation intérieure « conditionne profondément l'orientation et le contenu de leurs stratégies » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 68). Les canaux de communication déployés qu'elle déploie, tout comme sa capacité à agir sur la volonté de mobilisation des acteurs (en développant une culture de la compétition par exemple), sont des leviers de régulation de pouvoir des acteurs dont l'organisation dispose. Bien que dépendante des jeux de pouvoirs qui agissent en son sein, l'organisation a donc la capacité de réintroduire du contrôle et de la prévisibilité dans les comportements. Elle peut déterminer les atouts dont peuvent se servir ses membres dans les relations de pouvoir et a aussi la capacité à agir sur la volonté des acteurs à mobiliser leur pouvoir pour suivre leur stratégie en fixant les enjeux de gains ou de perte.

Ainsi, quatre sources de pouvoir sont mises en avant par Crozier et Friedberg. La première est **le pouvoir issu d'une compétence difficilement remplaçable** (le monopole par un individu

de la maîtrise technique d'un outil ou de connaissances incontournables dans la démarche de prévention de la santé au travail). La seconde est **le pouvoir lié aux relations entre l'organisation et son environnement** (dans le cadre du besoin de ressources pour la production et de la vente du produit fini). La troisième est **le pouvoir lié à la maîtrise de la communication et des flux d'informations entre ses membres** (créer une dépendance d'un premier acteur à de l'information nécessaire pour son activité issue d'autres acteurs lui fait perdre du pouvoir). La quatrième est **le pouvoir issu de l'utilisation des règles organisationnelles**, liée à la suppression ou la création d'incertitudes dans la négociation de ces règles. L'organisation contrôle l'existence de zones d'incertitude aux interstices de la réglementation (empêcher statutairement un ensemble d'acteurs potentiellement qualifiés d'avoir accès aux fonctions stratégiques de maintenance d'un atelier leur enlève tout enjeu et donc à mobiliser leurs atouts pour en obtenir un pouvoir). Ce pouvoir est aussi bien mobilisable par ceux qui éditent ces règles pour proscrire des comportements que contre eux-mêmes lorsqu'elles sont maîtrisées par les subordonnés, qui mettront les décideurs face à leurs propres règles pour justifier une conduite. Le supérieur peut difficilement demander plus que ce que demande la règle.

L'organisation, formée par tous les acteurs qui la composent, œuvrant sous la forme de stratégies offensives ou défensives **est un univers de conflits**. Elle se définit comme un ensemble de jeux (stratégies) structurés, elle est le « résultat des affrontements entre les rationalités contingentes, multiples et divergentes d'acteurs relativement libres, utilisant les sources de pouvoir à leur disposition » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 80).

L'analyse stratégique souligne ainsi l'autonomie et la capacité stratégique des subordonnés. Le dirigeant est positionné au second plan dans ce système de jeu qui se définit par l'ensemble des stratégies qui y prennent place. Il s'agira davantage pour lui d'assurer les conditions de bon fonctionnement de cet ensemble, notamment en préservant une marge de liberté suffisante aux acteurs. Effectivement, il peut s'appuyer sur son statut pour essayer de structurer les jeux à son profit mais sa marge de manœuvre est limitée. Ceci peut être lié à un contrôle de l'information, qui restreinte, perdra son sens et nuira à son tour à l'information qu'il recevra, ou à des règles organisationnelles qui peuvent être à double tranchant.

I.3.3. Le système d'action concret

Le « système d'action concret » introduit par Crozier et Friedberg peut être synthétiquement présenté et défini comme un « essai de reconstitution d'un construit humain indispensable à la poursuite des activités et des relations sociales » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 244). Effectivement, les auteurs soulignent l'importance de prendre en compte deux raisonnements pour cerner le système d'action concret. Ils proposent d'analyser ce système d'action par un double raisonnement afin d'éviter de tomber dans une interprétation purement phénoménologique, par son orientation sur la stratégie, ou purement spéculatif, par une orientation exclusivement tournée vers le raisonnement systémique.

D'une part, le raisonnement stratégique part du constat que les acteurs ont chacun leur propre stratégie orientée par rapport à leurs motivations et le résultat de leur action. Les auteurs notent néanmoins que leur analyse suffirait à elle seule à comprendre la rationalité de ces stratégies. L'analyse de ces stratégies va permettre de découvrir les jeux d'acteurs qui vont conditionner leur comportement. Les caractéristiques de l'ensemble des relations de pouvoir vont ainsi pouvoir être mises en évidence en partant d'une perspective ciblant les acteurs.

D'autre part, le raisonnement systémique, lui, va chercher à comprendre la rationalité des comportements ou mécanismes à partir de l'analyse de l'organisation. Cette analyse permet de faire ressortir des caractéristiques du jeu.

Conclusion de la section I.3.

Nous avons présenté les RPS dans la section et montré leur intérêt à enclencher une dynamique de prévention au sein de l'organisation, particulièrement sur les conditions de travail. La seconde section a analysé la manière dont les RPS peuvent s'inscrire dans les trois niveaux de prévention. Néanmoins la littérature souligne également une mise en œuvre d'actions les moins préventives, expliqué en partie par des intérêts divergents autour notamment de la responsabilisation des RPS. Ainsi, cette troisième section aborde l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg. Elle met en lumière la complexité des comportements humains au sein des organisations, notamment en abordant les enjeux stratégiques et les jeux d'acteurs qui peuvent influencer les processus d'intervention pour la prévention de la santé au travail. La prise en compte de la question de la rationalité pure et de la notion de pouvoir au sein de l'organisation est soulignée comme fondement de cette théorie. Selon leur approche, l'organisation est formée d'individus ayant des stratégies individuelles, orientées par des motivations et des opportunités, ce qui crée des dynamiques de jeu et de pouvoir. Ils identifient quatre sources de pouvoir et soulignent que l'organisation a également la capacité d'agir et de réguler les relations de pouvoir. Finalement, leur modèle du « système d'action concret » intègre à la fois une approche stratégique, en se penchant sur les stratégies individuelles, et une approche systémique, en analysant les caractéristiques du jeu à l'échelle de l'organisation. Cette perspective globale permet de mieux comprendre les interactions complexes qui façonnent les comportements au sein des organisations. Ainsi, cette section conclut ce chapitre I en proposant une grille d'analyse de possibles freins à la prévention des RPS par l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg.

Conclusion du chapitre I

L'objet de ce chapitre était de mieux appréhender les risques psychosociaux. La réglementation traite de plusieurs facteurs de risques et conséquences liés aux RPS (comme le stress au travail ou le harcèlement) sans toutefois nommer la prévention des risques psychosociaux. Plusieurs accords cherchent également à orienter l'intervention en santé sur le stress, le harcèlement ou les violences internes et externes auxquels peut avoir à faire face le travailleur faisant écho à la prévention des RPS. Même si le terme de « risques psychosociaux » n'apparaît que peu dans la réglementation, ils sont finalement traités sous la forme d'une protection générale de la santé physique et mentale des individus, en évaluant et en agissant sur l'environnement de travail interne et externe à l'organisation, avec la volonté de mobiliser et d'impliquer tous les acteurs autour du sujet. Ces risques sont difficilement identifiables par les entreprises. Effectivement cette notion poreuse est difficilement saisie pleinement par les différents acteurs de l'organisation. Elle désigne parfois des facteurs de risques (l'organisation du travail) et des conséquences (le stress, la violence...) et la multiplicité de ses causes rend son intervention difficile.

Par-dessus tout, la prévention des risques psychosociaux cache un enjeu stratégique pour les organisations lié à la responsabilisation des risques professionnels. Les organisations encourent des sanctions en cas de non-respect de leurs obligations légales. Les salariés et leurs représentants sont confrontés à une vision de décisionnaire qui tendrait à éloigner l'intervention d'une modification de l'organisation du travail, pourtant reconnue comme efficace et nécessaire. Ce clivage lié à des intérêts distincts entre différents acteurs est source de division et de manque de collaboration.

Finalement, nous mobilisons l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg qui offre une grille de lecture des jeux d'acteurs au sein des organisations. Ces jeux sont déterminants pour la réussite d'un processus d'intervention puisqu'ils peuvent réduire la capacité à pouvoir agir sur la prévention de la santé. Elle se concentre effectivement sur le fait qu'une organisation ne correspond pas à un simple système d'obéissance mais d'adaptation active des individus. Chaque individu est nourri par un intérêt personnel qu'il cherchera à assouvir et doté d'une rationalité limitée. Dans cet univers de conflits, chaque acteur cherche à saisir des opportunités (en augmentant sa capacité d'agir) ou à contraindre les autres acteurs. Le pouvoir de chaque

individu peut être issu d'une compétence difficilement remplaçable, des relations entre l'organisation et son environnement, de la maîtrise de la communication et des flux d'informations entre ses membres ou de l'utilisation des règles organisationnelles. La compréhension de ce système permet de cerner la rationalité du groupe qui dépendra de ses membres et de leurs comportements.

Chapitre II. La mobilisation comme condition à la réussite d'une intervention pour la prévention des RPS

Nous avons abordé dans le chapitre I les difficultés qui freinent la prévention des risques psychosociaux. Nous avons plus particulièrement caractérisé des conflits, des intérêts individuels et des jeux d'acteurs. Comme nous l'avons vu, le risque psychosocial est une notion vaste qui trouve son intérêt dans l'orientation des actions mises en place pour la santé au travail. Cependant, cette notion porte également des tensions liées à des intérêts divergents qui vont avoir une influence négative sur ces mêmes actions. L'intervention pour la prévention des risques psychosociaux est une obligation pour l'employeur. Elle se caractérise par la participation et le regroupement d'un ensemble d'acteurs internes et externes à l'organisation autour d'un objectif commun. Dans ce second chapitre, nous nous focalisons sur l'intervention pour la prévention des RPS, ses facteurs de réussites et les acteurs qui y prennent part.

La première section (II.1.) se concentre sur la définition et approfondit les approches de l'intervention pour la prévention des risques psychosociaux au travail. La deuxième section (II.2.) examine les principaux facteurs qui peuvent contribuer au succès ou à l'échec de l'intervention en soulignant la mobilisation nécessaire d'un ensemble d'acteurs. Enfin, la troisième section (II.3.) se penche sur l'examen des principales parties prenantes qui jouent un rôle crucial dans la prévention de la santé au travail.

II.1. L'intervention pour la prévention des risques psychosociaux au travail : fondements, approches et mise en œuvre

Cette première section vise à définir l'intervention pour la prévention des RPS (II.1.1.). Nous approfondissons ensuite la prévention des RPS par ses approches d'intervention, organisationnelle et individuelle, qui se distinguent par le moyen d'actions et lien qu'elles entretiennent de manière variable avec une approche de prévention primaire, secondaire ou tertiaire (II.1.2.).

II.1.1. Définir l'intervention pour la prévention des risques psychosociaux au travail

Selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), la prévention des risques professionnels se définit comme « l'ensemble des dispositions à mettre en œuvre pour préserver la santé et la sécurité des salariés, améliorer les conditions de travail et tendre au bien-être au travail » (site de l'INRS, 2022). Pour l'employeur, cette prévention se traduit légalement par la mise en œuvre de neuf principes généraux de prévention visant à éviter les risques ou les réduire lorsque cela n'est pas possible (article L.4121-1). Pour les services de santé au travail, il s'agit « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs » du fait du travail (article L.4622-2). En cela, les services interentreprises, obligatoires pour les entreprises de moins de 500 employés, au libre choix de l'employeur au-delà (Article D.4622-16), doivent pouvoir intervenir de manière pluridisciplinaire. Ils font appel à des compétences issues des différents acteurs qui le composent comme le médecin du travail, les infirmiers ou encore les Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) ces derniers étant introduits réglementairement par le décret du 24 juin 2003 (Articles R241-1).

Une intervention, de manière générale, peut se définir comme une « action, rôle, effet de quelque chose dans un processus » (Larousse). Dans la littérature scientifique, la prévention des risques professionnels consiste à « intervenir de manière à changer les conditions de réalisation du travail qui peuvent porter atteinte à la santé » (Bellemare et al., 2019, p. 3). Si l'on s'en tient à une transposition de l'intervention en santé publique à la santé au travail, elle représente un ensemble d'actions ayant pour objectifs de créer un changement ou de produire des résultats identifiables (Rychetnik et al., 2002) qui doivent promouvoir ou protéger la santé des travailleurs ou prévenir sa possible dégradation. De plus, l'intervention pour le champ de la santé au travail est particulièrement liée à l'intervention pour la prévention des risques psychosociaux qui en représente une clé d'entrée, ou plus en particulier à celui du stress au travail. Ce constat s'observe dans de nombreux articles et ouvrages (Leka et al., 2011a ; Lhuilier

et Litim, 2009 ; Chouanière, 2019 ; Rouat et al., 2021). Une intervention en santé au travail est constituée de plusieurs étapes. Rouat et Sarnin (2018) synthétisent et présentent huit étapes constitutives d'une intervention en santé au travail (Figure 5), de l'émission de la problématique jusqu'à la décision institutionnelle de la mise en place d'actions spécifiques.

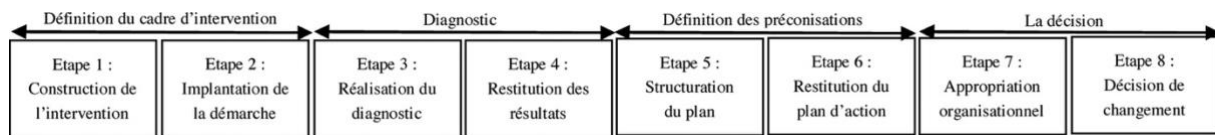


Figure 5 : Représentation temporelle du processus d'intervention pour la santé au travail (Rouat et Sarnin, 2018)

II.1.2. Le lien entre l'approche individuelle ou organisationnelle de l'intervention et la mobilisation des parties prenantes

L'analyse approfondie de la visée de l'intervention permet de mettre en perspective l'approche individuelle ou organisationnelle (II.1.2.1.). Nous développons ensuite le lien avec le niveau d'intervention primaire, secondaire et tertiaire ainsi que les parties prenantes mobilisées (II.1.2.2.). Finalement, nous soulignons la complémentarité des interventions individuelles ou organisationnelles (II.1.2.3.).

II.1.2.1. Adapter l'homme au travail ou le travail à l'homme

Un ensemble de pratiques et de modèles théoriques peuvent être rattachés au champ d'intervention pour la santé au travail. Leur visée est un moyen d'opérer des distinctions entre eux que ce soit sur le plan théorique ou méthodologique (Rouat et al., 2021). Selon Rouat et al. (2021) on y retrouve d'une part l'adaptation aux risques qui regroupe les modèles axés sur la prévention des risques, s'inspirant avant tout des théories du stress au travail et de l'épidémiologie. D'autre part, un deuxième groupe porte sur le développement du pouvoir d'agir des individus, lié à la clinique du travail et notamment à la clinique de l'activité. Ces cadres d'intervention pour s'adapter au risque peuvent être différenciés par un mode d'action qui met principalement l'accent soit sur l'organisation, soit sur l'individu (Rouat et al., 2021). Un troisième niveau peut compléter ces deux premières approches de l'intervention en santé. Au total ce sont donc trois approches que l'on peut distinguer : le niveau individuel, le niveau organisationnel ou entre l'individu et l'organisation (Frank et Cooper, 1987 ; Kompier et Cooper, 1999 ; Lamontagne et al., 2007).

Les interventions pour la prévention de la santé au travail, selon qu'elles soient davantage orientées sur l'organisation ou l'individu, s'inscrivent à des degrés très différents dans les trois principaux niveaux de la prévention (primaire, secondaire et tertiaire) (Murphy, 1988). Les trois niveaux de prévention de la santé au travail (primaire, secondaire et tertiaire) ont un caractère stratégique car ils permettent ainsi d'adapter l'intervention aux problématiques rencontrées et aux possibilités contextuelles organisationnelles. Néanmoins, elles peuvent aussi constituer un frein à l'intervention face à la tendance à l'individualisation des solutions mises en œuvre (Rouat et al., 2021).

Ainsi, en premier niveau, l'intervention individuelle sur le stress viserait avant tout à mettre en place un certain nombre de techniques destinées à l'individu, portant avant tout sur la personne et son appréciation et réaction face au stress (Frank et Cooper, 1987 ; Kompier et Cooper, 1999). On se reporte alors à un niveau de prévention secondaire pour l'adaptation et s'en suit une possible intervention de niveau tertiaire pour la réhabilitation face à la souffrance (Raybois, 2010). L'acteur central sera le salarié-patient et des intervenants comme les professionnels de la santé qui auront respectivement pour objectif de se soigner et de soigner.

Au deuxième niveau, l'intervention sur l'organisation cible les sources pathogènes comme l'environnement organisationnel, sa structure ou les politiques (Lamontagne, 2007 ; Raybois, 2010) d'une manière que l'adéquation entre l'environnement de travail par son ajustement et le travailleur soit amélioré (Kompier et Cooper, 1999). Les acteurs décisionnaires sont naturellement davantage présents dans ce niveau d'intervention car il peut remettre en cause des facteurs comme organisation du travail (manager de proximité, direction générale...).

Enfin, le troisième niveau porte sur l'interface entre l'individu et l'organisation (Figure 6). Les interventions ciblant à la fois l'individu et l'organisation sont pertinentes car elles se complèteraient mutuellement (Lamontagne, 2007 ; Martin et al., 2016).

Interventions	Outcomes
<p>Focus on individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Relaxation techniques Cognitive coping strategies Biofeedback Meditation Exercise Employee Assistance Programmes (EAPs) Time management 	<p>Focus on individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mood states (depression, anxiety) Psychosomatic complaints Subjectively-experienced stress Physiological parameters (blood pressure, catecholamines, muscle tension) Sleep disturbances Life satisfaction
<p>Focus on individual/organisational interface:</p> <ul style="list-style-type: none"> Relationships at work Person-environment fit Role issues Participation and autonomy 	<p>Focus on individual/organisational interface:</p> <ul style="list-style-type: none"> Job stress Job satisfaction Burnout Productivity and performance Absenteeism Turnover Health care utilisation and claims
<p>Focus on organisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> Organisational structure Selection and placement Training Physical and environmental characteristics of job Health concerns and resources Job rotation 	<p>Focus on organisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> Productivity Turnover Absenteeism Health care claims Recruitment/retention success

Figure 6 : Les niveaux d'intervention pour le stress au travail et ses conséquences (Franck et Cooper, 1987)

II.1.2.2. Le lien entre la mobilisation d'acteurs et la prévention de niveau primaire, secondaire et tertiaire

Sur l'échelle d'anticipation de la prévention, le niveau organisationnel fait avant tout référence à une prévention primaire (Rouat et al., 2021 ; Semmer, 2003). Il a pour objectif d'adapter le travail (l'organisation, horaires, tâches...) à l'individu et d'agir sur les facteurs de risques (Cooper et Cartwright, 1997). L'intervention au niveau organisationnel pour la santé mentale cible avant tout le contexte du travail à travers les conditions de travail psychosociales (Martin et al., 2016). Elle serait, si tant est qu'elle soit bien structurée, plus efficace et présenterait des apports plus importants et durables que l'intervention à visée individuelle (Kompier et Kristensen, 2000). L'action au niveau organisationnel contribuerait à améliorer la santé du travailleur, optimiser la performance de l'organisation et renforcer l'environnement psychosocial au travail (Rouat et al., 2017). Elle répond aux éléments contextuels susceptibles de favoriser l'apparition de la souffrance (Laoukili, 2015). Elle agirait également positivement aussi bien sur l'individu que l'organisation (Lamontagne 2007).

Le rôle de l'intervenant, comme le psychologue, peut se matérialiser par la recherche de (re)donner un pouvoir d'agir à l'individu sur une adaptation de l'organisation de son travail, ou pour une tout autre organisation du travail (Lhuilier et Litim, 2009). Cependant, Rouat et al.

(2021), synthétisent qu'au travers de la littérature les principaux freins à l'intervention organisationnelle viennent avant tout d'un manque de volonté collective à agir sur l'organisation du travail et la tendance à individualiser les problèmes. Ainsi, elles ne sont pas les stratégies d'intervention les plus utilisées au contraire des approches individuelles (Vézina et al., 2006).

À l'opposé, les interventions au niveau individuel vont davantage être liées à une prévention de type secondaire ou tertiaire. Ces interventions sont également les plus récurrentes (Rouat et al., 2017). Il peut s'agir d'interventions visant à apprendre à mieux gérer les exigences liées au travail, à traiter leurs conséquences ou à mettre en place un soutien correctif (Cooper et Cartwright, 1997 ; Vézina et al., 2006 ; Leka et al., 2008 ; Raybois, 2010). L'efficacité de cette approche centrée sur l'individu, dans le cas de la lutte contre le stress par exemple, peut montrer une efficacité qui est limitée à une courte durée et avec une faible ampleur, sans impact sur la productivité ou la satisfaction au travail (Rouat et al., 2017). Une des problématiques du diagnostic en adoptant une approche individuelle est que le lien de causalité entre l'effet et le risque est particulièrement difficile à établir à cause du caractère multifactoriel, cumulatif et distendu des risques psychosociaux (Vuattoux, 2020).

Des études montrent l'inefficacité de certaines actions courantes d'intervention individuelles pour la gestion du stress au travail sur des indicateurs comme l'absentéisme (van Rhenen et al., 2007). Pourtant, la prestation serait particulièrement lucrative pour les intervenants, consultants, sous la forme de formations à la gestion de soi, du stress ou sous la forme de thérapies cognitivo-comportementales lorsque l'atteinte psychique est visible (Lhuillier et Litim, 2009). L'existence d'un marché de la prestation de services pour la prévention des RPS est une réalité pour les cabinets de consultants qui font face à un impératif de chiffres d'affaires (Chakor, 2014). Les stratégies cognitivo-comportementales comme les techniques de relaxation ou les techniques de réinterprétation de situations stressantes pour diminuer le ressenti d'une menace sont courantes (Vézina et al., 2006).

Elles peuvent aussi prendre la forme de cellules d'écoute. L'objectif est d'offrir un espace de libre circulation de la parole et neutre, un espace qui éloignerait un temps l'individu de son contexte organisationnel sans toutefois cibler l'organisation mais plutôt sur le partage des ressentis individuels. Mais cette approche individuelle porte alors la vision d'un individu qui évoluerait dans un environnement contre lequel il doit se prévenir de toute atteinte, où les intervenants en santé doivent rendre supportable ce qui ne l'est pas (Lhuillier et Litim, 2009). Il

s'agirait ainsi d'une vision qui, si elle restait unique, reviendrait à adapter l'homme au travail, où la psychologie du soutien est largement répandue (Lhuilier et Litim, 2009).

Finalement, pour Rouat et Sarnin (2013) la connaissance du risque est moins importante que le moyen d'intervention pour produire une dynamique de coopération autour d'un ensemble d'acteurs dans le temps visant à instaurer des mesures de prévention. Les enjeux politiques rendent plus difficile la mise en place de postures responsables vis-à-vis de la santé au travail et paralysent l'organisation (Rouat et Sarnin, 2013). Les enjeux sont d'ailleurs couramment évoqués dans la littérature, ne serait-ce par exemple que l'utilisation du mot « stress » qui était probablement beaucoup plus apprécié dans différentes instances de l'organisation (ex-CHSCT...) que l'expression du terme de « souffrance au travail » (Davezies, 2001). Rouat et Sarnin (2013) interrogent le processus d'intervention, son efficacité et son impact sur la prévention des risques psychosociaux. Les auteurs concluent qu'une intervention réussie pour la prévention des risques psychosociaux doit agir sur le milieu de travail et être durable afin de produire des effets dans le temps. Elle nécessite pour cela la création d'un espace collaboratif et sécurisé, créateur de débat, qui vise à agir dans le temps. Elle exige la mobilisation de l'ensemble des acteurs de la prévention. Ainsi, au-delà de l'objectif d'identifier et de maîtriser le risque, l'analyse de la mise en œuvre de l'intervention en prévention primaire est aussi une opportunité de travailler sur le processus d'intervention pour améliorer la transformation et le développement de la coopération (Rouat et Sarnin, 2013).

II.1.2.3. Organisationnelle et individuelle, des approches complémentaires

Il convient de souligner qu'une intervention au niveau organisationnel ne correspond pas systématiquement à une prévention de niveau primaire, tout comme une action centrée sur l'individu ne cible pas nécessairement une prévention de niveau secondaire ou tertiaire (Martin et al., 2016). De plus, toutes les études n'ont pas toujours réussi à montrer l'efficacité de l'intervention organisationnelle (Rouat et Sarnin, 2013). Van der Klein et al. (2001) observent que sur les quatre types d'intervention visant à réduire le stress, les interventions de type individuel étaient les plus efficaces et en particulier celles favorisant une approche cognitivo-comportementale pour une grande part. À l'opposé, l'intervention de type organisationnel étudiée est apparue comme sans effet. Les auteurs expliquent en partie cette conclusion par des effets individuels qui seraient plus longs à apparaître, du fait d'une intervention qui vise directement le lieu de travail, et donc plus indirectement l'individu. Les effets indirects sur l'individu nécessitent plus de temps pour pouvoir être observés et mesurés. Par ailleurs, ils

soulignent que les interventions axées sur l'organisation ne sont pas adaptées à l'individu puisque la seule intervention organisationnelle qui a eu des effets incluait également une série d'actions au niveau individuel (stratégie de coping, perception...).

Les interventions duales, organisationnelles et individuelles ont ainsi fait l'objet d'un appel à des recherches approfondies (Murphy, 1988 ; Van der Klein et al., 2001). L'intervention axée sur l'individu apparaît comme un complément essentiel à une intervention sur l'organisation, à l'opposé du regard courant qui hiérarchise l'intervention primaire comme prévalente sur l'intervention secondaire ou tertiaire (Lamontagne et al., 2007). Selon Martin et al. (2014) une focalisation des études généralement sur un niveau individuel a limité la recherche et la pratique pour les interventions organisationnelles. Selon eux, une évaluation systématique à plusieurs niveaux dans la recherche sur la santé des salariés se justifie par le fait qu'il s'agisse d'un phénomène mixte. En particulier, cette approche peut aider à comprendre le rôle des ressources collectives ou expliquer l'efficacité d'une intervention. Une intervention emprunt à cette approche multi-niveaux peut améliorer l'intervention, en renforçant l'engagement et aussi fournir des résultats d'évaluation plus précis.

Conclusion de la section II.1.

Dans l'étude de l'intervention en santé au travail, trois approches distinctes émergent : l'orientation individuelle, l'orientation organisationnelle et l'approche à l'intersection entre individu et organisation. Ces approches se situent à différents niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire), s'adaptant aux enjeux et contextes organisationnels, bien que l'accent sur l'individualisation puisse entraver certaines interventions. L'approche individuelle vise à aider le salarié à faire face au stress par des techniques ciblées. L'intervention organisationnelle se concentre sur l'ajustement de l'environnement de travail pour améliorer l'adéquation entre l'organisation et le travailleur, avec des acteurs décisionnaires tels que les managers. Enfin, l'approche combinée individu-organisation est jugée complémentaire, où les interventions cherchent à renforcer les deux dimensions simultanément.

Cette tendance à agir davantage sur l'organisation ou sur l'individu, et le positionnement des acteurs dans la démarche peut être mis en perspective avec le niveau d'intervention primaire, secondaire ou tertiaire. L'orientation organisationnelle (prévention primaire) vise à adapter le travail à l'individu en agissant sur les facteurs de risque, tandis que l'approche individuelle (prévention secondaire ou tertiaire) cible la gestion des conséquences pour l'individu. L'orientation organisationnelle offre une perspective plus efficace et durable, impliquant des acteurs décisionnaires et visant à améliorer la santé du travailleur et l'environnement psychosocial. Cependant, les freins à l'intervention organisationnelle résident dans la tendance à l'individualisation des solutions et les enjeux politiques. Finalement une intervention devrait mobiliser l'ensemble des acteurs, créer un espace collaboratif et agir sur le milieu de travail de manière durable (Rouat et Sarnin, 2013).

Finalement, les approches organisationnelles et individuelles de l'intervention en santé au travail ne correspondent pas toujours aux niveaux de prévention de manière stricte. De plus, certaines études n'ont pas pu démontrer l'efficacité de l'intervention organisationnelle, mettant en avant des effets indirects qui nécessitent plus de temps pour être observés. Les interventions combinant les deux approches, organisationnelle et individuelle, sont de plus en plus explorées, soulignant leur complémentarité. Alors que l'accent est souvent mis sur l'intervention individuelle, une évaluation systématique à plusieurs niveaux est justifiée pour mieux comprendre le rôle des ressources collectives et améliorer l'efficacité de l'intervention en santé au travail (Martin et al., 2016).

II.2. Les principaux facteurs de réussite ou d'échec d'une intervention pour la prévention des RPS

Nous abordons dans cette section les facteurs explicatifs de la réussite ou de l'échec d'une intervention en prévention des RPS, au cœur duquel nous retrouvons l'importance du niveau d'intervention individuel ou organisation (II.2.1.), le collectif et la coopération (II.2.2.) et les limites de l'approche épidémiologique de la santé au travail (II.2.3.).

II.2.1. Un niveau d'intervention individuel inadapté

Nous présentons un premier obstacle à la réussite d'une intervention en santé au travail en mettant en évidence un déséquilibre entre les approches individuelles et organisationnelles. Ce déséquilibre se manifeste par une tendance à l'individualisation des problèmes de santé psychologique, malgré la perception des acteurs internes de l'organisation sur l'émergence des risques psychosociaux (II.2.1.1.). Puis, nous soulignerons en quoi cette individualisation peut conduire à la psychologisation des réponses en santé au travail, responsabilisant ainsi les salariés et déplaçant les contradictions structurelles vers la sphère psychique (II.2.1.2.).

II.2.1.1. Une tendance à l'individualisation des risques

Se basant sur l'intervention stratégique divisée entre les trois niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire), Rouat et al. (2021) soulignent deux obstacles à l'intervention à but transformationnel de l'organisation du travail. Le premier est l'usage privilégié des interventions individuelles, le second est le déni des conflits du travail.

Il s'agirait pour eux du premier obstacle à l'intervention en santé au travail : un déséquilibre entre une démarche individuelle et organisationnelle. Ceci serait principalement causé par un manque de volonté collective à agir sur l'organisation du travail, individualisant alors le problème. Cette tendance à l'individualisation des problèmes de santé psychologique se retrouve dans la littérature comme principal mode d'intervention. Elle reste cependant secondaire dans la perception des acteurs de la santé au travail internes à l'organisation sur l'émergence des RPS, qui mettent davantage en avant des facteurs de risques liés au travail (Rouat et al., 2017).

D'une part, la problématique liée à une individualisation des problèmes (au niveau des travailleurs) et de ne pas reconnaître la cause organisationnelle est une explication récurrente

dans la littérature (Rouat et al., 2021). Les employeurs prétexteraient la difficulté à définir et à mesurer les facteurs de risque pour mieux les gérer (Vézina et al., 2006). En 1997 déjà, Briner note que « dans un contexte organisationnel (...), changer la nature de l'emploi ou de l'organisation peut être considéré comme beaucoup plus difficile et complexe que d'acheter d'autres types d'intervention » (p. 62, notre traduction). D'autre part, l'individualisation de la santé tient non seulement à des causes qui viendraient d'une vulnérabilité de l'individu, mais également par une reconnaissance de ses ressources et stratégies personnelles pour la préservation de sa santé (Lhuilier et Litim, 2009). Enfin, l'action sur des troubles psychiques d'origine individuelle fait débat au sein des professionnels de la santé mentale, entre des techniques positives pour se protéger et l'aspect contre nature de chercher à éradiquer des facteurs propres à la vie (Picard, 2006).

II.2.1.2. Le risque de la psychologisation des réponses

Cette tendance à l'individualisation conduit à un risque d'une psychologisation des réponses pour la santé au travail (Rouat et al., 2021) et à responsabiliser les salariés (Rouat et al, 2017). Laoukili (2015) définit cette psychologisation comme un déplacement des contradictions structurelles, de facteurs de contexte ou sur le rapport au travail, sur l'encadrement et vers la sphère psychique.

Pour Rouat et al. (2017) cette psychologisation découlerait principalement d'une résistance de l'organisation qui tente de déroger à ses responsabilités. Cette attitude est observable dans la tendance de l'organisation à minimiser son rôle. Elle peut se manifester par le choix d'outils de mesures. Effectivement, la psychologisation serait favorisée par la manière dont l'organisation mettrait en place des outils qui interpréteraient de manière individuelle les causes de la souffrance au travail. Effectivement, pour Roy et al. (2005) les outils de mesure en santé au travail « reflètent de façon tangible les valeurs des organisations et de leurs dirigeants » (p. 5). La vision stratégique ou politique va influencer la mise en place d'outils pour la prévention de la santé et sécurité au travail.

Ainsi, la psychologisation entrave l'action préventive collective et constitue un risque pour la santé individuelle en faisant porter la seule responsabilité au salarié (Rouat et al., 2017) et peut constituer un « despotisme compassionnel » (Clot, 2010). Selon Clot, l'hygiénisme, contribuerait à s'éloigner des conflits. Il ciblerait la souffrance individuelle ce qui « blanchirait » ainsi une élaboration collective impossible. Les protocoles d'intervention ciblant

la détection de travailleurs en difficultés et l'accès à des professionnels constitueraient finalement avant tout une « police sanitaire ». Il s'agit ainsi d'une critique des approches qui ne feraient que traiter les symptômes et les risques visibles sans forcément traiter les problématiques d'ordre organisationnel qui les causes.

II.2.2. Une approche épidémiologique contestée

Un second obstacle porte sur l'approche épidémiologique de la prévention des RPS. Ainsi, nous débutons en présentant les critiques liées à cette approche, considérant notamment le travailleur comme passif (II.2.2.1.). Nous mettons ensuite en avant les freins à l'action sur l'activité et l'alternative de la clinique de l'activité au sein duquel le travailleur est actif et le collectif a un rôle prééminent (II.2.2.2.).

II.2.2.1. Les critiques de l'approche épidémiologique de la prévention des RPS

Connaitre n'est pas toujours suffisant pour définir une action de transformation de l'organisation (Rouat, 2010). L'approche du risque issue de l'épidémiologie vise avant tout à traiter le risque psychosocial par la question de son exposition. Dans cette approche, la notion de « risques psychosociaux » vise à compléter un ensemble de risques professionnels sur le même modèle de travailleurs exposés à des facteurs de risques (chimiques, physiques...) par des facteurs psychosociaux liés au travail (Miossec, 2011). Cette approche épidémiologique constituerait avant tout une réponse à grande échelle pour faire face à l'urgence d'une situation de dégradation globale de la santé psychologique. Reprenant Derriennic et Vezina (2000, p. 8), Miossec ajoute que l'approche épidémiologique cherche à isoler « telle ou telle caractéristique de l'organisation du travail indépendamment d'autres facteurs de risques » comme les problématiques de charges lourdes pour les lombalgies, ou les différentes substances augmentant le risque de développer un cancer. Bien que les travaux en épidémiologie aient permis de confirmer le lien entre une exposition à des facteurs de risques psychosociaux et l'atteinte de la santé psychologique, il s'agirait cependant d'une approche à la capacité limitée dans l'analyse de tous les facteurs de risques (Miossec, 2011).

Cette approche qualifiée d'hygiéniste (Clot, 2010a ; Laoukili, 2015) s'inscrirait dans « un monde social reconverti en péril sanitaire » (Clot, 2010b, p. 43). Le travailleur, victime de l'organisation du travail, ferait face à un ensemble de facteurs de risque. Le problème est centré sur la souffrance que le travail produit sur un travailleur vulnérable et pour lequel « une

médecine prédictive œuvre au calcul et à la gestion des troubles de la santé » (Raybois, 2010, p. 73). La focalisation est portée sur l'altération de la santé des travailleurs, où le travail devient à la fois un risque et sa prévention un « outil » pour assurer le travail (Raybois, 2010), alors que le travail peut aussi avoir une fonction dans le maintien et le développement de la santé (Lhuilier et Litim, 2009).

Pour Laoukili (2015), les méthodes par diagnostic particulièrement utilisées dans l'approche épidémiologique, et notamment les questionnaires, ne feraient que confirmer des situations déjà connues et partagées par toutes les organisations (intensification du travail, perte d'autonomie...) sans pour autant changer la situation. Celle-ci resterait cantonnée à l'approche par le risque, avec un travailleur passif. Malgré leur capacité à émettre un diagnostic, à créer de la connaissance sur une situation, Rouat et al. (2021) mettent en avant la problématique des modèles d'interventions basés sur le risque d'empêcher le passage de la connaissance à l'action. Selon eux, ces modèles d'action placent les travailleurs dans une position d'attente, sans provoquer les changements ce qui « ne semble pas favorable à la transformation des milieux professionnels à partir de la mobilisation des collectifs de travail » (p. 50).

La conclusion de ces démarches resterait alors à l'état descriptif ou proposerait des recommandations généralistes (formations, identification des risques et inscriptions au DUERP...). Un reproche envers la promotion de ce type de management des RPS porte donc sur l'empêchement du travailleur à devenir actif sur son travail, à empêcher la régulation collective, et conduit à des impasses pour l'action de changement et de prévention (Laoukili, 2015). À l'inverse, une institutionnalisation des risques psychosociaux visant à faire parler, échanger dans les organisations, sur les conditions de travail ou relations défavorables pour la bonne santé des travailleurs pourrait avoir des effets plus positifs (Laoukili, 2015). Par ailleurs, un risque issu de la mesure subsiste. Celle-ci pourrait prendre le pas sur l'analyse et la compréhension des processus psychologiques et sociaux véritablement engagée au travail (Miossec, 2011). De plus, cette approche déboucherait sur une santé au travail mesurable et résulterait souvent pour l'organisation à une assistance individuelle (Clot, 2010a).

Pour Rouat et al. (2021), cette approche centrée sur le risque ne laisserait pas la place aux acteurs internes à l'organisation, les premiers concernés, à pouvoir agir. L'approche épidémiologique viserait le rapport environnement-santé et exclurait le statut actif du travailleur, et la capacité du collectif de travail à pouvoir agir sur l'organisation du travail

(Raybois, 2010). Elle favoriserait l'acceptation des conditions au détriment d'une réévaluation de la capacité de l'homme à transformer son environnement (Raybois, 2010). Cette approche où le *coping* se substitue à l'activité est plus restreinte et orientée sur la réduction du stress (Raybois, 2010). Le *coping* est particulièrement utilisé dans l'explication et l'adaptation face au stress. L'individu met en place des stratégies d'ajustement, appelées *coping*, pour faire face à une situation de stress, résultant d'une perception de déséquilibre entre les exigences liées à celle-ci et les ressources dont il dispose (Lazarus et Folkman, 1984).

Finalement, l'ajustement de l'émotion correspondrait à une approche individuelle où l'individu ne pourrait pas agir sur son environnement (de son fait ou parce qu'on ne lui en fournit pas la possibilité). Ceci fait référence à la prévention secondaire et empêcherait la focale de se positionner sur l'activité du travail (Raybois, 2010). Pour Raybois, trois conséquences découlent de cette approche. Premièrement, les problématiques liées à l'environnement de travail sont abordées de manière défensive (Stresseur – coping – réaction émotionnelle). Deuxièmement, les efforts sont reportés sur l'individu qui doit mettre en place des stratégies adaptatives. Troisièmement, la responsabilité des travailleurs s'étend à leur rôle dans l'accroissement de leurs propres ressources pour faire face aux stressseurs, en plus de la réalisation de leurs tâches et de la qualité de leur travail.

Miossec (2011) propose une intervention issue de la clinique de l'activité, domaine de la clinique du travail, en analysant le problème psychosocial par le travail en situation. Le collectif, dans une approche de la clinique du travail ne se réduit pas à sa perception binaire entre soutien ou stressseur. Le collectif comme le travail peuvent jouer un rôle favorable pour le développement de la santé (Lhuilier et Litim, 2009 ; Raybois, 2010). Elle permettrait d'avoir une approche plus complète que l'épidémiologie par l'analyse de situations et d'activités réelles de travail pour prendre en compte l'ensemble de leurs spécificités.

II.2.2.2. La prévention des risques psychosociaux par la clinique de l'activité et l'importance du collectif

Nous commençons par présenter les freins à l'action sur l'activité (II.2.2.2.1.) puis la clinique de l'activité qui serait une alternative face aux limites de l'approche épidémiologique en cherchant à renforcer le pouvoir d'agir individuel et collectif (II.2.2.2.2.).

II.2.2.2.1. Les freins à l'action sur l'activité

L'approche hygiéniste tendrait trop souvent à ne pas attacher d'importance à la réalité d'une situation au profit d'une attention exclusive sur des comportements à corriger. De ce fait, c'est souvent le stress du salarié qui est à soigner alors que c'est le travail qui serait malade (Simonet et Clot, 2014). Il existe plusieurs problématiques liées à des visions différentes et parfois contradictoires sur le travail. Elles sont source de conflits et freinent l'intervention sur l'organisation. Nous développons ainsi la problématique de l'écart entre travail prescrit et travail réel, l'importance du travail non fait et de la qualité empêchée, et enfin l'influence des outils d'intervention pour la dynamique d'action sur l'activité.

Reprenant Clot (2010b), Rouat et al. (2021) précisent que la différence entre le travail prescrit et le travail réel est une difficulté pour l'intervention sur l'activité. Une action sur le prescriptif n'aurait pas d'efficacité. Ils sont source de risques pour la santé et il appartiendrait au travailleur de combler l'écart entre les deux (Dejours, 2009 ; Lhuilier, 2010). Cette situation où l'individu fait face à un écart entre une tâche prescrite et une activité réelle le positionne encore plus comme un acteur central. Cette situation nécessite le développement de son inventivité pour y faire face (Sarnin et al., 2011). L'analyse de l'activité doit ainsi être au cœur du débat sur les conditions de travail comme un « instrument psychologique de développement de l'individu » (Sarnin et al., 2011, p. 309).

Par ailleurs, le recours majeur à des outils de mesure du stress pour en identifier les sources, pour adopter des mesures individuelles ou organisationnelles (Rouat et al., 2021) est un frein supplémentaire à l'action sur l'activité. Pour Rouat et al. (2021), ils peuvent maintenir l'inefficacité d'une intervention car ils ne s'attacheraient pas nécessairement au réel. Les auteurs soulignent effectivement que les outils de mesure du stress ne peuvent ainsi servir qu'à un diagnostic de situations à risques, sans pouvoir explorer les conflits du travail. La référence au stress contribuerait à poursuivre le conditionnement de l'individu comme passif. Dans ce modèle de causalité, le travailleur serait uniquement une personne exposée aux risques psychosociaux (Clot, 2010a ; Rouat et al., 2021). Restreint à ce prisme du stress, il n'y a pas la possibilité d'avoir l'expression des professionnels sur ce « qu'ils construisent pour travailler et peut maintenir le déni des conflits du travail » (Rouat et al, 2021). Le travailleur doit avoir plus de place dans l'organisation de son travail, avoir un rôle actif grâce à une certaine autonomie et grâce à la régulation collective (Laoukili, 2015). À l'inverse, lorsque ces conflits sur le travail

sont au centre de l'intervention pour transformer l'organisation du travail, les dispositifs méthodologiques s'inscrivent dans l'activité des collectifs (Rouat et al., 2021).

Enfin, Clot (2010a) indique que « la souffrance n'est pas le résultat de l'activité réalisée. C'est ce qui ne peut être fait qui entame le plus. La souffrance trouve son origine dans les activités empêchées » (p. 165). Pour Clot, la santé au travail repose en partie sur la capacité donnée aux travailleurs à discuter de ce qu'ils sont empêchés de faire. Il ajoute que la qualité empêchée (ou l'absence d'un sentiment de travail bien fait) est un autre versant de la bonne santé au travail. Ces deux indicateurs se retrouvent dans plusieurs études sur la prévention de la santé des travailleurs comme le rapport de la Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES) et de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) sur les indicateurs de facteurs de RPS (2009)²⁵ et dans les enquêtes de l'équipe SUMER coordonnées par la DARES sur les conditions de travail et santé au travail au volet des RPS (enquête Sumer, 2021).

II.2.2.2.2. L'alternative de la clinique de l'activité : le développement du pouvoir d'agir de l'individu et le rôle crucial du collectif

Plusieurs recherches proposent de mettre au centre du débat l'activité plutôt que rechercher par une approche hygiéniste une action directe sur les « risques » en mettant au centre du problème le travailleur, en position de passivité (Simonet et Clot, 2014 ; Sarnin et al., 2011 ; Miossec, 2011).

La clinique de l'activité, qui appartient à la psychologie du travail, est une intervention qui se fonde autour du développement du pouvoir d'agir dans des situations au sein des organisations (Clot et Litim, 2008). Elle cherche à aller au-delà d'un inventaire des risques auxquels pourraient être confrontés les travailleurs (Clot, 2014). L'analyse de l'activité doit être au cœur du débat sur les conditions de travail comme un « instrument psychologique de développement de l'individu » (Sarnin et al., 2011, p. 309) au sens d'un individu faisant face à un écart entre la tâche prescrite et l'activité réelle, et où cette situation nécessite le développement de son inventivité pour y faire face (Sarnin et al., 2011).

²⁵ dares & dress (2009), « Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail »

Dans ce contexte, pour Clot (2010b ; Clot, 2014), les RPS devraient davantage être définis comme « ressources psychologiques et sociales » des milieux professionnels qu'il faudrait développer, plutôt que des « risques psychosociaux » qu'il faudrait éviter. Cette approche de l'intervention « constructive et développementale » vise à identifier les ressources et les espaces de régulation pour développer l'autonomie du travailleur dans son travail (Sarnin et al., 2011).

Parmi ces ressources psychosociales, Clot souligne le collectif, favorisé par le développement du pouvoir d'agir, et l'organisation du travail. Pour Clot (2014), l'enjeu du collectif est l'instauration d'un pouvoir d'agir qui permettra de bien faire le travail. Dans ce cadre, la recherche sur les processus d'instauration d'espaces de discussions représente un terrain de recherche (Detchessahar, 2013 ; Rouat et al., 2017).

Selon Clot (2010b), il est nécessaire de faire la distinction entre agir sur l'individu et agir sur le travail. Être bien dans son travail et pouvoir faire un bon travail sont à la fois distincts mais ne doivent pas être séparés. Selon lui (Clot, 2014), « le meilleur remède (...) aux problèmes de santé psychique au travail, est le plaisir que le salarié éprouve à bien faire les choses » (p. 9).

Sarnin et al. (2011) expliquent que le salarié doit pouvoir se reconnaître dans son travail en se confrontant à la difficulté à résoudre un problème, une situation, qui lui demande des efforts (un geste, une technique...), et qui soit défendable à ses yeux. Cette approche de l'intervention par l'analyse de l'activité doit alors ouvrir la possibilité d'étudier et de développer le métier, les ressources collectives, et les moyens de régulations individuelles et collectives de celle-ci (Sarnin et al., 2011).

Pour Clot (2014), face aux contraintes économiques actuelles, les travailleurs ne sont naturellement pas prédisposés au travail bien fait. Il invite alors à organiser à travers le collectif des controverses sur la pratique professionnelle. Le conflit créé n'est pas une finalité en soi. Il doit permettre de faire émerger par le croisement de points de vue différents sur ce qui, par difficulté à pouvoir en discuter, était devenu silencieux. Pour Clot (2014, p. 10), « le réel ne se découvre jamais mieux que lorsque l'on organise sur lui des controverses pour en faire le tour ». Ces débats doivent être organisés entre les travailleurs de premières lignes et la direction.

L'analyse de l'activité doit finalement permettre de porter un regard collectif et concerté sur le travail « dans les processus de décision, de conception et de négociation » (Sarnin et al., 2011,

p. 310). Un véritable collectif de travail se caractérise par la possibilité de générer une dispute professionnelle (Clot, 2014 ; Clot et Simonet, 2015). La situation où ce critère n'est pas respecté ne représente qu'une collection d'individus, allant même jusqu'à être délétère pour leur propre santé au travail (Clot, 2002 ; Clot, 2004). Une étude pour la Dares (Coutrot, 2017) met effectivement en avant la nécessité de l'écoute véritable du salarié lors de sa participation à un processus de changement. Informer, consulter et donner de l'influence à la parole du salarié était dans cette étude favorable à son état psychique. Un effet délétère était cependant observé lorsque le salarié était simplement informé et consulté, mais sans écoute. Mieux vaut alors se limiter à l'informer si la consultation ne débouche pas sur une écoute, une situation d'une « parole inutile » qui ne débouche sur rien (Coutrot, 2017 ; Gamassou et al., 2018 ; Clot, 2019).

Ainsi, ce professionnalisme délibéré dont la dispute professionnelle est la source (Clot et Simonet, 2015 ; Bonnefont et Clot, 2018) est formé par la possibilité d'un dialogue sur le travail bien fait. Pour Bonnefont et Clot (2018), il peut ainsi être défini comme une situation ou une « action recherche délibérément le développement du professionnalisme à tous les niveaux de l'organisation et qu'elle le fait en développant la délibération collective ».

II.2.3. La pérennisation de la solution et le caractère coopératif du processus d'intervention

Nous terminons cette section sur les facteurs de réussite ou d'échec d'une intervention pour la prévention des RPS en soulignant l'importance de la pérennisation de la mise en place d'une solution. Parmi les facteurs de succès d'une intervention en santé au travail se trouve la durée de ses effets. Les effets à long terme des interventions sont dépendants du type d'intervention. Les interventions au niveau organisationnel auraient tendance à créer plus facilement des effets dans la durée par rapport aux approches individuelles (Vézina et al., 2006).

De plus, la capacité de l'organisation à s'approprier et à mettre en œuvre les actions préconisées est aussi importante (Rouat et al., 2021). Ainsi, reprenant Guérin et al., 2001, Rouat et al. (2021) rappellent qu'une intervention doit se centrer sur des résultats à atteindre et sur « un processus à initialiser et à accompagner, guider par le souci de pérennisation de l'action » (p. 264). La recherche de solutions d'amélioration des conditions de travail nécessite une production portée par un collectif de travail (Zardet et Bonnet, 2015).

L'intervention en prévention dépasse la connaissance du risque et la détermination de réponses. Elle est l'opportunité de « produire, à l'intérieur d'un espace coopératif et sécurisé, une dynamique de maturation susceptible de favoriser le débat sur le travail, de se dégager de la logique d'individualisation des difficultés et des réponses, et de régler l'action entre acteurs dans le temps » (Rouat et Sarnin, 2013).

Rouat et al. (2021) notent ainsi que le processus même d'intervention peut permettre aux acteurs participants d'apprendre et d'améliorer la capacité collective, remettant le travail au centre de la pensée collective. Ce processus permet alors de faire émerger des solutions qui pourraient se retrouver enfermées par des conflits sociaux et des jeux d'acteurs. L'intervenant pourra étudier les différents acteurs et leur positionnement dans le processus d'intervention.

La coopération et le collectif sont alors des facteurs clés car le succès d'un diagnostic tient à sa capacité à favoriser le changement (Rouat et al., 2021), en se confrontant à d'autres interprétations, points de vue, où la participation d'acteurs de l'entreprise doit permettre « de traduire l'originalité des problématiques particulières à l'organisation et des ressources dont elle dispose » (Rouat et al. 2021, p. 39). Ainsi, la manière dont le diagnostic aura été mis en circulation dans l'entreprise aura un effet réel ou non sur le processus de décision.

Le mode d'intervention aura un effet sur la temporalité de son efficacité. La recherche de résultats immédiats est moins utile lorsqu'il s'agit de mettre en place des actions durables. En effet, l'intervention repose avant tout sur la découverte véritablement du problème par la participation de l'ensemble d'acteurs concernés (Rouat et al., 2021) et permettra ensuite d'émettre une solution adaptée. Le succès de l'intervention tient ainsi à sa caractéristique sociale moins que de l'expertise technique. Ainsi, l'intervention pour la prévention ne doit pas s'arrêter à l'intervention effective d'un professionnel, mais doit pouvoir être portée par les acteurs internes à l'organisation et poursuivre le développement d'effets durables.

Rouat et al. (2021) s'interrogent sur la poursuite du processus d'amélioration après l'intervention de professionnels, observant une tendance des acteurs internes à donner la priorité à des contenus qui sont moins menaçants pour l'organisation. Même après l'intervention, la confrontation des points de vue doit rester durable et pourraient trouver une réponse dans des recherches sur les conditions d'institutionnalisation des actions de santé au travail, au cœur

duquel ils mettent en avant la difficulté de la stabilisation du collectif et de l'engagement des acteurs sur l'ensemble de l'intervention (Rouat et al., 2021).

Selon sa forme d'institutionnalisation, l'intervention peut avoir des conséquences différentes. Elle peut agir sur le développement du débat collectif autour de la santé et du travail. Elle peut aussi normaliser des conduites ou le travail par des procédures de prévention (Linhart, 2015), et agir négativement sur l'amélioration de la santé au travail (Rouat, 2013).

Finalement, Rouat et al. (2021) définissent l'analyse de la qualité de l'intervention organisationnelle à visée durable et comme développement de la maturation de l'entreprise à travers 3 dimensions (Figure 7). La première concerne les **situations de travail** en cherchant notamment à transformer l'activité des autres acteurs (comme les managers). La seconde porte sur les **représentations des problèmes de santé au travail**. La troisième est la **coopération entre acteurs** qui s'occupent de la question de la santé au travail.

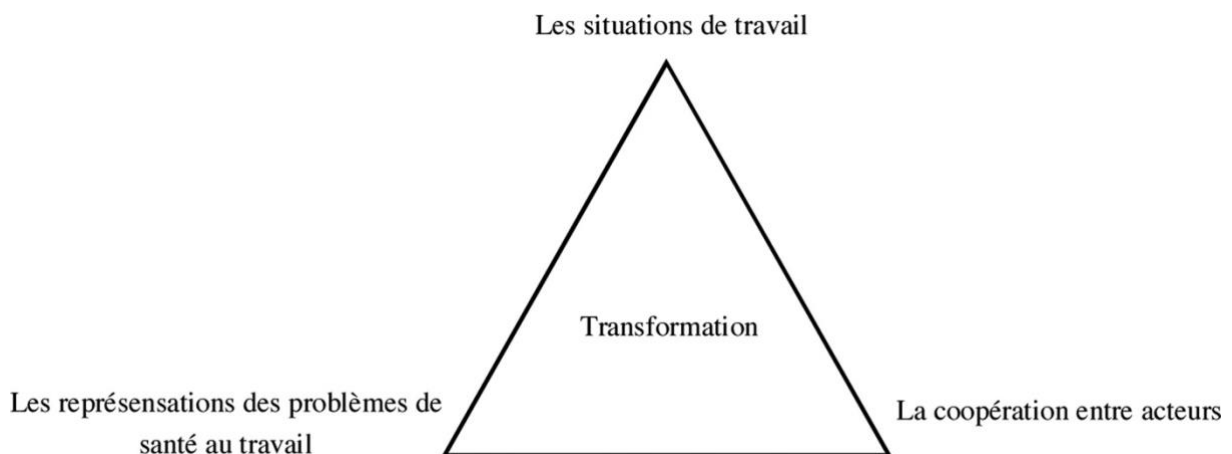


Figure 7 : Les dimensions liées à la capacité transformatrice de l'intervention (Rouat et al., 2021)

Conclusion de la section II.2.

L'intervention pour la prévention des RPS a été présentée en section II.1. La section II.2. s'est attachée à souligner des facteurs participants à la réussite ou non d'une intervention de prévention des RPS.

Ainsi, un premier facteur réside dans la prédominance des approches individuelles au détriment d'une prise en compte organisationnelle, favorisant ainsi l'individualisation des problèmes de santé psychologique et entraînant le risque de la psychologisation des réponses. Cette tendance à attribuer la responsabilité aux travailleurs et à minimiser les facteurs organisationnels inhibe les actions collectives préventives et peut mener à une approche réductrice des enjeux liés aux risques psychosociaux.

Un deuxième facteur porte sur les limites et les critiques de l'approche épidémiologique dans la prévention des risques psychosociaux (RPS). L'approche épidémiologique est critiquée pour son orientation vers le risque et l'exposition au lieu de promouvoir le développement des ressources psychosociales dans les milieux professionnels. Cette approche tend à considérer le travailleur comme passif face aux risques et à négliger l'importance de l'activité réelle. En opposition à cette approche, la clinique de l'activité est proposée comme une alternative. Elle se concentre sur le développement du pouvoir d'agir individuel et collectif dans les situations de travail, en encourageant l'analyse de l'activité réelle.

Enfin, un troisième facteur est lié à la pérennisation d'une intervention. Celle-ci repose sur plusieurs éléments, dont la durée des effets au fil du temps, la capacité d'appropriation et de mise en œuvre des actions recommandées par l'organisation, ainsi que le caractère coopératif du processus d'intervention. L'approche organisationnelle tend à créer des effets durables, tandis que l'intervention doit se centrer sur des résultats à atteindre tout en favorisant la coopération et le débat collectif sur le travail. L'intégration des acteurs internes à l'organisation et la maturation des dimensions liées aux situations de travail, aux représentations des problèmes de santé au travail et à la coopération entre acteurs sont essentielles pour le succès d'une intervention à visée durable.

II.3. Les parties-prenantes pour la prévention de la santé au travail

La prévention des risques psychosociaux revêt des enjeux primordiaux pour toute entreprise à la fois pour la santé des salariés et la performance (Pujol-Cols et Lazzaro-Salar, 2021). Ces contraintes légales incitent l'employeur à mettre en place un système de prévention performant afin de réduire les risques pour la santé des salariés et leurs risques de sanctions économiques pour son organisation. Les risques psychosociaux représentent d'ailleurs un champ stratégique où s'opposent employeurs et représentants du personnel (Chakor, 2014). Néanmoins, un système de prévention efficace contre les risques psychosociaux nécessite une intervention collective (Rouat et Sarnin, 2013 ; Abord de Chatillon et Desmarais, 2017 ; Chakor, 2020). Plusieurs études ont montré l'importance des différents acteurs dans la réussite des interventions préventives et notamment le rôle de soutien de la direction tout comme l'implication de tous les niveaux hiérarchiques ou encore la participation active des salariés concernés à la discussion des problèmes et à leur résolution (Vézina et al., 2006).

Un ensemble d'acteurs sont donc impliqués, allant de la direction de l'entreprise, des organisations syndicales, des praticiens de la santé (Miossec, 2011) dans le processus de prévention avec pour chacun des rôles différents étudiés dans la littérature. En effet, pour Loriol (2010), quel que soit le niveau de prévention primaire, secondaire ou tertiaire pour les RPS, l'attention doit être portée sur les acteurs au cœur de la vie de l'entreprise (encadrement, médecin du travail...) et ceux-ci nécessitent d'être formés au rôle de la vie collective au travail. L'ANI sur la qualité de vie et les conditions de travail de 2020 pose également le collectif au centre du processus de prévention. Il est évoqué la gestion des ressources humaines (GRH), les concepteurs de l'organisation (DSI, directions métiers...), l'ensemble des salariés et leurs représentants ou encore le management de proximité. À cela peut s'ajouter des intervenants extérieurs à l'organisation comme des professionnels de la santé au travail (les services de prévention et de santé au travail inter-entreprises par exemple), des consultants ou encore les assureurs (Morival, 2021).

Ainsi, après avoir défini dans les deux premières sections l'intervention pour la prévention des RPS puis mis en lumière les facteurs de réussite, dont la mobilisation d'un ensemble d'acteurs, nous terminons par présenter les principales parties-prenantes. Plus précisément, nous effectuons successivement une présentation et une description des attributions pour la

prévention de la santé au travail des instances représentatives du personnel (II.3.1.), du management de proximité (II.3.2.), du dirigeant (II.3.3.), du service de gestion des ressources humaines (II.3.4.), des services de prévention et de santé au travail (II.3.5.) et enfin des cabinets de conseil (II.3.6.).

II.3.1. Les instances représentatives du personnel : un acteur catalyseur et médiateur pour la prévention de la santé au travail

La mesure de l'importance de la prévention de la santé mentale au travail a été relativement tardive pour les acteurs sociaux en France (Picard, 2006). Cependant, la prévention des risques psychosociaux a pris une place croissante dans le dialogue social au sein des entreprises. Le stress, souvent mis en avant pour la prévention des risques psychosociaux, a été au cœur de l'accord national interprofessionnel sur le stress au travail de juin 2008.

Elle transparait pour certains auteurs dans la remise au premier plan du débat sur le travail au centre des revendications syndicales (Sarnin et al., 2011). Les espaces d'échanges ouverts et les conditions de sa réalisation en sont des exemples (Sarnin et al., 2011). Des enjeux politiques et financiers pour les organisations orienteraient aussi le choix dans l'intervention en santé. Pour Rouat et al. (2017), la perception du risque est socialement construite et dépendante des contextes collectifs au sein de l'organisation dont dépendra la possibilité un espace de débat sur le travail.

La mise en application de l'ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017, et rentrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018, établit le Comité social et économique (CSE). Elle vise également à réorganiser le dialogue social et économique au sein de l'entreprise tout en promouvant l'exercice et la reconnaissance des responsabilités syndicales. Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a de ce fait été remplacé par ce CSE, dont une Commission de santé, sécurité et conditions de travail doit être instaurée pour les entreprises et établissements distincts d'au moins 300 salariés. Il est constitué d'une délégation du personnel et l'employeur. Le CSE joue un rôle de médiation entre les employeurs et les salariés en matière de prévention et de promotion de la santé au travail. Il doit être mis en place dans les entreprises de plus de 11 salariés.

Au sein des organisations, le CSE et sa Commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) participent activement à la politique de la prévention des risques professionnels. Ils

contribuent à la promotion de la QVT, à l'information et à la sensibilisation des travailleurs (ANI, 2020).

Les missions des instances représentatives du personnel sont réglementées. Parmi ses missions, le CSE analyse l'exposition des salariés aux risques professionnels et leurs effets. Il est informé et est chargé de formuler des avis sur les questions qui intéressent l'organisation, et notamment liée aux conditions d'emploi, de travail ou encore sur « tout aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail » (article L2312-8 du Code du travail). Il peut aussi demander à l'employeur de réaliser des enquêtes sur des risques spécifiques et peut également faire appel à un expert pour évaluer un « projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, prévus au 4° de l'article L. 2312-8 » (L.2315-94).

La CSSCT est quant à elle constituée des membres du CSE. Ses missions lui sont déléguées dans le cadre de la santé, la sécurité et les conditions de travail des salariés. Ses marges d'actions vont être variables. Elles sont celles qui lui sont déléguées par le comité social et économique « à l'exception du recours à un expert » (L2315-38).

Ainsi, le CSE et le CSSCT sont des acteurs clés dans la prévention de la santé au travail. Leur rôle consiste à garantir la participation active des travailleurs à la gestion des risques professionnels et à favoriser un environnement de travail sûr et favorable à la bonne santé des travailleurs.

Ainsi, la prévention des risques psychosociaux et la promotion de la santé mentale au travail sont réparties entre un ensemble d'acteur et dont nous en avons présenté succinctement les principaux. Ils ont gagné progressivement en importance dans le dialogue social au sein des entreprises. Le Comité social et économique (CSE), établi par l'ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017 et entré en vigueur le 1er janvier 2018, joue un rôle clé dans la médiation entre employeurs et salariés en matière de prévention et de promotion de la santé au travail. Avec la participation de sa Commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT), le CSE contribue à la politique de prévention des risques professionnels en analysant l'exposition des salariés aux risques, en émettant des avis et en prenant des mesures pour intervenir sur la santé, la sécurité et les conditions de travail.

II.3.2. Le management de proximité : une mise en avant pour la prévention de la santé au travail

Nous présentons dans cette sous-section une analyse de la littérature succincte sur la place du management de proximité dans la prévention des RPS. « Le management est un sujet indissociablement lié à celui des risques psychosociaux (Thévenet, 2014, p. 454). Le rôle des managers, comme des dirigeants, sur l'intervention pour la prévention des risques psychosociaux est à interroger, en particulier sur le soutien social, pour réduire les conséquences de facteurs de risques (mauvaises conditions de travail...) mais aussi pour agir en amont sur son organisation (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012).

Les managers, relais entre la direction et les salariés, disposent de capacités organisationnelles, financières, techniques et d'encadrement d'équipe (Lorino, 2020). Néanmoins, au fil du temps, l'importance de la place du manager dans la prévention de la santé au travail est également soulignée.

Le rapport Lachmann, Larose et Pennicault (2010) décrit la santé au travail comme l'affaire des managers, qui doivent être responsabilisés de leurs équipes, êtres les « premiers acteurs de la santé ». Ils doivent dans ce cadre être préparés et formés. La littérature scientifique note que le développement du socle de formation des managers pour la gestion des risques psychosociaux s'est développé, mais qu'il dépende aussi de l'organisation et des modes de gestion dont découlent ses propres marges de manœuvre (Journoud et Pezé, 2012). Pour Richier (2016), le rôle du manager pour la prévention de la santé au travail doit être revisité. Une erreur serait que « les managers doivent être exclus de la démarche. Ils doivent au contraire être intégrés dans son pilotage et dans son exécution, notamment en animant certains des groupes d'échanges » (p. 138).

Richier (2016) propose dans le cadre d'une refondation du rôle du manager de proximité souligne qu'un socle de connaissances devrait être apporté aux managers sur la qualité de vie au travail. Le manager doit prendre part à l'évolution de la vision à ne plus se limiter à simplement éviter une souffrance au travail. Il doit agir pour favoriser la possibilité de faire un bon travail. Par ailleurs, l'évolution de sa responsabilité face à ces risques vis-à-vis de son équipe et de ses supérieurs nécessite, dans le cadre du lancement d'une démarche d'expression des salariés, que le management y trouve sa place. Ils peuvent être intégrés au pilotage et à son exécution. Enfin, pour mener à bien l'évolution de leur métier, les contraintes récurrentes liées

au métier de manager (administratif) doivent être allégées (Richier, 2016). De même, une charge de travail mal évaluée, une différence importante entre les tâches prescrites et les tâches réelles sont une source de risques psychosociaux, contre lequel le management peut veiller.

Pour Van Hoorebeke (2008), le management moderne se caractériserait par une capacité à « réconcilier le présent au futur, de résoudre les problèmes quotidiens tout en prévoyant les problèmes à venir qui a pour rôle premier de gérer ses propres émotions et celles des autres. » (p. 96). La qualité de la relation entre le subordonné et son manager est la cause d'une meilleure productivité et d'une baisse du turn-over (Zipkin, 2000). Les managers qui savent maîtriser leurs émotions, être à l'écoute de leurs équipes, sont très bien perçus (Chanlat, 2002). Cette énergie positive qui en découle se diffuse à travers l'organisation, et, reprenant Goleman (2002), « plus le style du leader est positif, plus les membres du groupe sont positifs, prévenants et coopératifs » (p. 124). La gestion des relations par le manager, tout comme le rôle de la diffusion et la régulation des émotions sont centraux.

Detchessahar (2013) souligne que les espaces de discussions sont de véritables opérateurs pour la santé et la qualité de vie au travail. Les managers de proximité sont des acteurs privilégiés pour participer à la mise en discussion locale du travail au sein de ces espaces. Cependant, leurs pratiques managériales sont menacées par les excès de prescriptions qui sont défavorables au maintien de ces espaces de discussion. Ces prescriptions peuvent être liées à l'activité comme des méthodes de ventes plus minutieuses qui complexifient l'activité quotidiennes des équipes avec des davantage de gestion et de suivi d'objectifs, de nouveaux rendez-vous ou encore plus de temps à compléter des progiciels.

Finalement, la littérature scientifique met également en avant des résistances à l'intervention en santé au travail liées aux managers. Plus particulièrement, les managers de proximité peuvent ressentir des craintes du fait de leur impréparation à aborder ces thématiques, ou, tout comme leur encadrement hiérarchique supérieur, du risque perçu de responsabilisation (Picard, 2006).

Cette sous-section met ainsi en lumière la mise en avant du rôle des managers de proximité dans la prévention des risques psychosociaux. Leur influence sur la santé au travail est importante mais leur préparation et formation en matière de gestion de ces risques seraient centrales pour assurer leur efficacité (Journoud et Pezé, 2012 ; Richier, 2016). Des défis sont également liés à la gestion des émotions, des espaces de discussion ou de leurs résistances

potentielles à l'intégration des thématiques de santé au travail dans leurs responsabilités (Detchessahar, 2013 ; Picard, 2006). En définitif, les managers de proximité représentent des acteurs clés dans l'effort global visant à créer un environnement de travail favorable à la santé de leur équipe.

II.3.3. Le dirigeant et sa capacité décisionnelle : un support indispensable dans la prévention de la santé au travail

« L'intérêt des dirigeants politiques, économiques et syndicaux est pleinement justifié par l'importance des risques psychosociaux au travail en tant qu'enjeu de santé publique » (Gollac et Bodier, 2011, p. 21). Le dirigeant est pleinement touché et responsable de la prévention de la santé au travail, que ce soit d'un point de vue économique ou en matière de responsabilité légale (article L4121-1 du code du travail). La prise en charge de la santé et de la sécurité au travail nécessite des employeurs ainsi que des cadres de prévoir, d'identifier, d'évaluer et de maîtriser les risques qui peuvent se manifester sur le lieu de travail ou en relation avec celui-ci (Irastorza et Anafantis, 2019).

Pour Minguet (2011), le rôle des dirigeants dans la prévention de la santé est central puisque, du fait de leur **pouvoir décisionnel**, ils sont à l'initiative de la trajectoire des actions menées par les entreprises. L'action dirigeante peut participer à la construction de la santé des individus en favorisant la proximité pour favoriser le débat collectif sur le travail. La question de la prévention de la santé au travail porte néanmoins des questions stratégiques pour l'organisation et notamment en termes de responsabilisation des risques comme nous l'avons précédemment évoqué. Les dirigeants sont ainsi l'un des principaux responsables des problématiques que l'organisation peut rencontrer et il met en partie sa responsabilité en jeu. Ceci leur donne une motivation à mettre en œuvre un pouvoir orientant la prévention en cohérence avec leur intérêt. Weissbrodt et al. (2023) notent, dans une étude sur la perception par les dirigeants sur la prévention des risques psychosociaux, que les RPS sont souvent perçus comme des problèmes liés à l'individu plutôt qu'à l'environnement de travail, aussi bien en ce qui concerne leurs origines que les stratégies pour y faire face. D'un point de vue opérationnel, les directions d'entreprise semblent ainsi adopter une approche qui met l'accent sur l'adaptation de l'individu au travail. Par exemple, Davezies (2001) souligne que les directions d'entreprise manifestent un intérêt marqué pour les implications issues des théories cognitives relatives au stress. Dans ce contexte, l'intervention tendrait à se baser sur des méthodes à l'approche individualisante et responsabilisantes, liés au comportement et à la personnalité du salarié qui peuvent mêler

hygiène de vie, techniques d'auto-évaluation ou de la relaxation (Davezies, 2001). Dans cette vision, les méthodes de *coping* seraient alors particulièrement appropriées. Plusieurs études mettent également en avant que les dirigeants sont parfois davantage empreints à être dans une logique d'individualisation des difficultés liée à une posture d'évitement plutôt qu'un aveuglement sur une réalité déjà connue (Rouat et al., 2017). Cette tendance des directions s'expliquerait par la rapidité à mettre en œuvre des actions individuelles par des experts externes, mais aussi d'éviter un sujet qui pourrait être source de négociations et de revendications.

« Qui peut agir dans le cadre de la QVT ? En tout premier lieu, une démarche QVT viendra d'une décision de la direction, véritable stop or go du projet. Que le projet soit lancé par les partenaires sociaux, managers ou employés, il reste du ressort de la direction de démarrer la démarche ainsi que permettre la mise à disposition des ressources nécessaire » (Cléty et Schoenenberger, 2022, p. 229)

Ce pouvoir décisionnel et d'orientation de la stratégie de l'entreprise peut se retrouver dans un certain nombre de choix que peut prendre l'employeur liés à la prévention de la santé au travail. Leur engagement peut être financier et organisationnel pour la mise en place de programmes de prévention efficaces. Ils peuvent aussi participer à la mise en place d'un climat social plus favorable. Finalement, quelle que soit la démarche, l'influence du dirigeant et son pouvoir décisionnel sont centraux mais peuvent être orientés par des intérêts parfois inadapté pour l'organisation comme l'application d'une action à un niveau de prévention en décalage avec le besoin.

II.3.4. Le service de gestion des ressources humaines (GRH) : une fonction en évolution

En France, les entreprises sont légalement tenues de prendre des mesures pour préserver la santé au travail de leurs employés. Cela implique l'identification et la gestion des risques professionnels, la mise en œuvre de stratégies de prévention et de protection, la fourniture d'informations et de formations sur les risques, ainsi que la surveillance de la santé des travailleurs exposés à des risques spécifiques. Les entreprises ont aussi l'obligation de consulter les représentants du personnel sur les enjeux liés à la santé au travail et d'entreprendre des actions spécifiques. Ces obligations sont en partie issues du Code du travail français et ont pour objectif d'assurer un environnement professionnel sécurisé et favorable à la préservation tant physique que mentale des employés. Dans ce champ, la GRH occuperait une position

privilegiée pour améliorer les conditions de travail et la qualité de vie au travail, à travers ses missions axées sur le bien-être et la santé au travail en général. Ces missions peuvent viser à contrer l'épuisement professionnel (*burn-out*), le désintérêt pour le travail (*bore-out*) ainsi que le manque de sens dans les tâches accomplies (*Brown-out*) (Peretti, 2020).

Toutefois, certains auteurs restent sceptiques sur l'intervention de la GRH, qui se verrait confiée un « service minimum » maquillé par quelques procédures formelles de prévention (diagnostics quantitatifs, conférences...). Pour Laoukili (2015), il s'agirait des problématiques générales (DUER à mieux compléter, formations nécessaires...), déjà connues, et qui empêcheraient ou remplaceraient la régulation interne par les acteurs. Pour d'autres auteurs, la GRH a pourtant notablement évoluée de ces précédentes missions. Elle doit et devra continuer d'apporter des réponses aux problématiques actuelles et ce faisant, elles impliqueront une évolution de l'activité des équipes RH. Abord de Chatillon et Scouarnec (2012) soulignent que le rôle de la GRH du XXIème siècle ne consiste plus à normaliser les dispositifs de management ou de promouvoir des démarches globales d'amélioration de la qualité » et ajoutent qu'ils doivent « accompagner et anticiper les évolutions organisationnelles pour les rendre compatibles avec les capacités individuelles et collectives de travail dans un bien-être minimal » (p. 24). Ceci devra être fait en résistant à la pression constante exercée par les dirigeants d'entreprises et les actionnaires en faveur d'une amélioration continue de la productivité et de la flexibilité du travail et qui se limiteraient au respect de contraintes réglementaires minimales. En outre, de nouveaux moyens technologiques, la « digitalisation de la fonction RH et la reconfiguration du SIRH », ont permis de faire évoluer la fonction RH par « une montée en compétences et un redéploiement pour mieux répondre aux attentes des clients internes de la fonction et de créer plus de valeurs » (Peretti, 2022, p. 30). Plusieurs chercheurs soulignent également les perspectives qu'offrent les algorithmes et l'intelligence artificielle pour la GRH (Coron, 2019a ; Chevalier et Dejoux, 2021).

Pour Ughetto (2011), le rôle de la gestion des ressources humaines dans la prévention de la santé au travail réside dans la mise en place de processus de gestion, d'outils et de dispositifs pour aborder les questions liées à la santé mentale au travail. Ces processus, tels que les dispositifs de traitement des risques psychosociaux, créent des obligations et des solutions de gestion qui définissent les responsabilités et les rôles des différents acteurs. Finalement l'auteur souligne l'importance de remettre en question les catégories et les spécialisations évidentes au sein de l'entreprise, notamment entre les directions des ressources humaines et les responsables

de terrain. Effectivement, les rôles dans la santé au travail ne suivraient pas des lignes de spécialisations simples. Les gestionnaires devraient ainsi tenir compte du métier des individus pour favoriser leur confiance et leur bien-être. Plutôt que de se concentrer sur des processus complexes de gestion de la santé au travail, il est essentiel de manager en prenant en compte le métier et son rôle dans la santé au travail.

Ainsi, la GRH occupe un rôle essentiel en visant à améliorer les conditions de travail et la qualité de vie au travail. Malgré certains regards sceptiques quant à son intervention, la GRH poursuit une évolution pour répondre aux défis actuels. Les avancées technologiques ouvrent également de nouvelles perspectives pour la GRH.

II.3.5. Les services de prévention et de santé au travail (SPST) : une transformation pour un renforcement de la prévention de la santé au travail

Les acteurs professionnels de la santé sont nombreux. Les services de santé au travail ont connu une refonte progressive pour pallier le déficit de médecins de travail, tout en apportant un surplus de nouvelles compétences spécifiques comme la psychologie ou l'ergonomie. En particulier, l'arrivée de cette nouvelle catégorie d'acteurs multidisciplinaires, les IPRP, entérine le passage d'un « service de médecine » à un « service de santé au travail » (Bellemare et al., 2019). Derrière ce développement s'exprime une volonté des pouvoirs publics de développer réglementairement une expertise par une approche pluridisciplinaire appliquée par la Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 sur l'organisation de la médecine du travail. Ses principaux acteurs sont le médecin du travail, l'infirmier de santé au travail, les différents IPRP et les assistants de SPST (site de l'INRS)²⁶.

Par ailleurs, un renforcement de la prévention, de l'accompagnement des entreprises et de l'insertion professionnelle des publics vulnérables est recherché à travers la loi du 2 août 2021 de renforcement de la prévention en santé au travail. Cette loi instaure les services de prévention et de santé au travail (SPST), qui remplacent en 2022 les services de santé au travail. Leurs missions sont élargies, incluant la participation à l'évaluation et à la prévention des risques professionnels ainsi que des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail. Les SPST sont conçus pour fournir une variété de services et sont positionnés en tant que conseillers pour les employeurs et les travailleurs.

²⁶ <https://www.inrs.fr/demarche/services-sante-travail/organisation.html>

Les SPST peuvent être externes ou internes à l'organisation. Les entreprises cotisent à un des services de santé interentreprises lorsqu'un service de santé n'existe pas au sein de l'entreprise. L'une de leurs forces est leur perception de neutralité qui va favoriser leur recours. Effectivement, la position d'intervenant en santé est rassurante pour les acteurs internes à l'entreprise du fait de son impartialité liée à son statut d'expert externe à l'organisation pour Rouat et al. (2021). Les auteurs soulignent néanmoins que cette impartialité et ce statut d'intervenant en santé ne seraient cependant pas exempts d'un risque politique, où des acteurs internes à l'organisation chercheraient à l'influencer, à le séduire ou encore à le dénigrer (Rouat et al., 2021).

Ainsi, la refonte des services de santé au travail en réponse au manque de médecins du travail a conduit à l'émergence d'une diversité d'acteurs professionnels, dont les IPRP, reflétant ainsi un changement vers un service de santé au travail multidisciplinaire. Cette évolution, soutenue par la Loi de 2011, se poursuit avec la loi de 2021 visant à renforcer la prévention en santé au travail, instaurant les services de prévention et de santé au travail (SPST). Ces acteurs sont perçus comme neutres, garantissant une impartialité appréciée par les acteurs internes. Des possibles enjeux politiques liés à leur rôle d'intervenants sont néanmoins soulignés (Rouat et al., 2021).

II.3.6. Les cabinets de conseil : entre posture co-constructive, adaptative et militante

Les consultants sont une catégorie d'intervenants externes à l'organisation qui relèvent d'une activité de conseil. L'activité de conseil pour la prévention de la santé au travail consiste en la fourniture de services et de conseils spécialisés qui visent à accompagner les entreprises et les organisations à identifier, évaluer ou gérer les risques pour la santé et le bien-être des travailleurs. Les consultants en santé au travail apportent leur expertise dans différents domaines tels que l'ergonomie ou la psychologie du travail.

Néanmoins, le consultant ne serait pas un acteur complètement neutre. Dans son activité, il peut avoir différentes postures qui vont orienter ses pratiques. Chakor (2014) met en avant plusieurs postures éthiques des consultants. Sur la base d'une étude qualitative auprès de 37 consultants, Chakor produit une typologie de trois types de pratiques des consultants dans la prévention des risques psychosociaux au travail. Premièrement, l'intervention du consultant peut se limiter à mettre en relation différentes parties-prenantes pour amorcer une collaboration et atteindre une vision commune des RPS. Elles sont définies comme des **pratiques co-constructives**. Il s'agit

de l'intervention la plus impartiale. La mission principale du consultant est de fédérer, de donner une vision partagée des RPS et de permettre à l'organisation d'autogérer les RPS. La deuxième situation s'illustre par une volonté des consultants à chercher à intégrer les opinions et les représentations du client dans la démarche de gestion des RPS. Il s'agit des **pratiques adaptatives**. La demande du commanditaire reste le point qui guidera l'intervention. Sa vision, notamment des représentants de l'encadrement est alors celle qui guide davantage l'intervention au détriment d'une vision plus collective, fédérée, avec les représentants du personnel par exemple. La troisième catégorie de pratiques, les **pratiques militantes**, se base sur une vision commune du monde du travail, militante. L'objectif sera à l'opposé de la conciliation, dans une recherche « de prouver la culpabilité totale du camp adverse dans l'existence des RPS » (p. 53). La convergence des acteurs autour de la question n'est pas prioritaire. Le consultant prend clairement parti pour l'une des deux parties, avec la volonté d'imputer leur responsabilité aux adversaires.

Enfin, Chakor (2014) souligne que l'impératif de chiffre d'affaires relativise la « sensibilité co-constructive » que peuvent afficher les cabinets. La réalité tendrait plutôt en une hybridation des pratiques « selon la configuration d'intervention sur les RPS, la sensibilité des acteurs (notamment la direction) aux questions de santé au travail et les marges de manœuvres existantes » (p. 54). Il note enfin que malgré des divergences liées à la vision entre le consultant et le commanditaire, aucun consultant n'a jamais refusé d'intervenir, ce qui montre la limite des cabinets dans la contrainte, dans leur capacité à faire changer la vision du commanditaire malgré les résultats de la typologie de pratiques-types.

Des réserves sont également émises sur l'appel d'acteurs externes pour intervenir sur les questions de santé au travail. Certains auteurs soulignent qu'il s'agirait d'une intervention en désespoir de cause. Pour Clot (2010), cette gestion des risques externalisée serait avant tout le reflet d'une élaboration interne collective impossible.

Ainsi, les cabinets de conseil jouent un rôle essentiel en fournissant des services spécialisés pour la prévention de la santé au travail, en aidant les entreprises à identifier et gérer les risques pour la santé et le bien-être des travailleurs. Cependant, l'impartialité du consultant peut varier en fonction de ses postures éthiques et influence ses pratiques.

Conclusion de la section II.3.

Nous avons présenté dans les deux premières sections l'intervention pour la prévention des RPS, puis les facteurs de réussite ou d'échec de celles-ci et en particulier le besoin de mobilisation d'un ensemble d'acteurs. Cette troisième et dernière section du chapitre nous permet de présenter plusieurs acteurs fondamentaux dans la prévention des RPS. Les instances représentatives du personnel, et notamment le Comité social et économique, agissent en tant qu'acteurs catalyseurs et médiateurs pour la prévention de la santé au travail. Le management de proximité est reconnu comme un levier essentiel pour la prévention. Le dirigeant, en tant que décideur, apporte un soutien indispensable à travers ses choix stratégiques. Le service de gestion des ressources humaines (GRH) joue un rôle vital en améliorant les conditions et la qualité de vie au travail. Son adaptation continue face aux enjeux actuels est renforcée par les opportunités offertes par les avancées technologiques. Les services de prévention et de santé au travail (SPST) sont le fruit de plusieurs évolutions pour renforcer l'approche préventive. Ils ont une mission de conseil et offrent une gamme de services pour y parvenir. Enfin, les cabinets de conseil, acteurs externes, adoptent diverses postures, co-construction, adaptative ou militante, bien qu'ils se retrouvent finalement contraints face aux pressions financières exercées par l'employeur liée à la nature de leur activité de conseil.

Conclusion du chapitre II

Au terme de ce chapitre II, nous avons pu souligner les différentes facettes et enjeux relatifs à l'intervention pour la prévention des risques psychosociaux au travail. Il est apparu que l'intervention, pour être fructueuse, requiert une compréhension précise non seulement des fondements mêmes des RPS mais également des différentes approches de prévention, qu'elles soient individuelles ou organisationnelles. Le débat sur l'adaptation de l'homme au travail ou du travail à l'homme est une préoccupation centrale, renvoyant aux différentes visées des interventions, avec leurs spécificités respectives. Le lien établi entre les approches organisationnelles et individuelles, et la prévention primaire, secondaire et tertiaire, démontre que ces approches peuvent se montrer complémentaires.

Toutefois, la réussite d'une telle intervention n'est pas toujours garantie. Les facteurs d'échec, tels qu'un niveau d'intervention individuel inadapté, marqué par une tendance à l'individualisation des risques et le risque de psychologisation, soulèvent des préoccupations majeures. L'approche épidémiologique elle-même, bien que largement adoptée, fait face à des critiques légitimes. L'importance du pouvoir d'agir de l'individu et du rôle du collectif dans la clinique de l'activité suggère une voie alternative à la prévention traditionnelle des RPS et remet au centre l'importance de l'action davantage centrée sur l'organisation plutôt que sur l'individu. La pérennité d'une intervention efficace repose aussi sur une démarche collaborative.

Finalement, la prise en compte des parties prenantes, qu'il s'agisse des instances représentatives du personnel, du management de proximité, de la direction, du service de gestion des ressources humaines, des services de prévention et de santé au travail ou encore des consultants, est essentielle. Chacun de ces acteurs revêt des enjeux et particularités qui leur sont propres et qui peuvent influencer la prévention des RPS.

Chapitre III. La transformation numérique de la prévention des risques professionnels

Le chapitre I nous a permis d'explorer les fondements du concept réglementé des RPS et de mettre en lumière le défi d'ajuster les intérêts individuels auxquels se confrontent leur prévention. Le chapitre II examine quant à lui les fondements, les facteurs de succès et d'échec, ainsi que le rôle des parties prenantes dans les interventions visant la prévention des risques psychosociaux au travail.

Au-delà de ces deux premiers axes de développement, l'avènement du numérique a engendré des changements profonds dans divers domaines, y compris celui de la santé et de la prévention des risques professionnels. Dans le chapitre III, nous explorons les divers aspects de la transformation numérique dans ce domaine, en analysant les implications, opportunités et défis liés à la M-santé (« Santé-Mobile » ou « *M-Health* »).

Pour ce faire, nous commençons par définir la M-santé. Nous la distinguons comme branche spécifique de la E-santé, caractérisée par ses technologies, objectifs et perspectives propres et mettons en avant les avantages et inconvénients qui pèsent dessus (III.1.). Nous poursuivons par la question de la transformation numérique de la prévention des risques professionnels portée par la M-santé (III.2.). Nous continuons par un état de la littérature sur les évolutions de l'intervention qu'engendre la M-santé (III.3.). Finalement, nous soulignons les enjeux stratégiques pour l'organisation derrière l'adoption d'un outil de gestion numérique pour la prévention des RPS (III.4.).

III.1. La M-santé, une branche de la E-santé qui comprend des technologies, des objectifs et des perspectives à distinguer

Dans cette première section, nous aborderons la M-santé en tant que branche de l'E-santé, distinguant ses technologies, ses objectifs et ses perspectives. Nous commençons par explorer les technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le domaine de la santé, et plus particulièrement les technologies de la M-santé (III.1.1.). Nous examinons l'essor croissant de la M-santé et la réponse de la Haute Autorité de Santé par le déploiement de deux référentiels régulateurs (III.1.2.). Enfin, nous introduisons le débat entourant l'utilisation des technologies de l'information pour la santé, oscillant entre l'enthousiasme d'un nouveau pouvoir d'agir et le risque d'une instrumentalisation du corps (III.1.3.).

III.1.1. L'application des technologies de l'information et de la communication à la santé : de la E-santé à la M-santé

Afin de définir le champ vaste que constitue la E-santé, nous commençons par distinguer les différents domaines s'y rattachant et des pratiques associées (Figure. 8). Il s'agit ici pour nous de synthétiser différentes technologies dédiées à l'amélioration ou à la réduction du risque d'altération de la santé des individus, dans un contexte de travail, ou pour les patients en général. Cela permet de souligner comment la technologie se décline dans la E-santé, et en quoi elle correspond à des enjeux différents pour le patient comme pour les professionnels de la santé.

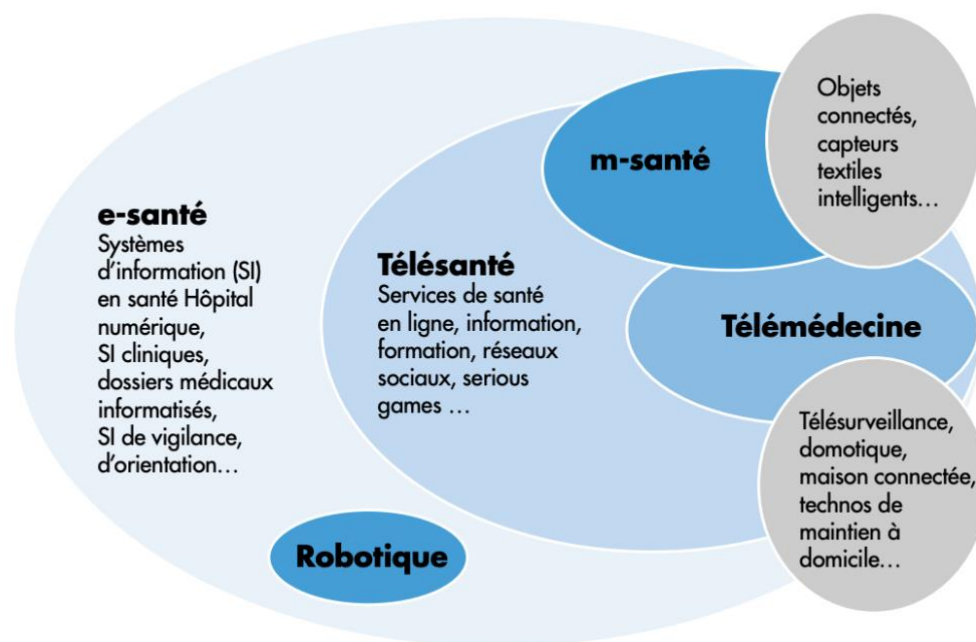


Figure 8 : Le champ de la e-santé – tiré du livre blanc sur la santé connectée (CNOM, 2015)

La **santé numérique**, **E-santé** ou « **eHealth** » est définie par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) comme « le domaine de connaissances et de pratiques associés au développement et à l'utilisation des technologies numériques pour améliorer la santé » (OMS, 2021, p. 4). Elle inclut « les consommateurs numériques, avec un plus large éventail d'appareils intelligents et connectés (...) des technologies numériques pour la santé, comme l'internet des objets, l'apprentissage automatique, l'intelligence artificielle, l'informatique de pointe, l'analyse des mégadonnées et la robotique » (p. 4-5). Parmi ses effets positifs, la E-santé en général aurait un potentiel d'amélioration de la communication patient/professionnel de santé, d'amélioration de l'évaluation et de la gestion des symptômes ou encore d'optimisation de l'engagement du patient dans le processus de soin (Seguin et Tassy, 2022).

La santé numérique ou E-santé à travers les différentes branches qu'elle englobe comme la M-santé (« Santé-mobile » ou *M-health*) ou la télémédecine (Figure 8) serait une opportunité de faire face à plusieurs défis auxquels sont confrontés les professionnels comme la pénurie de main d'œuvre, faire baisser le coût de la prestation (Abukhousa et al., 2012), ou participer au confort du praticien dans le cas de la télémédecine. Cependant, elle fait elle-même face à des enjeux majeurs comme la confiance, la confidentialité et la sécurité des données ou le risque de problème technique inérant à toute technologie (Abukhousa et al., 2012).

Alors que la e-santé rassemble un ensemble de technologies parmi lesquelles internet en est la principale (Brouard et al., 2014), des sous-catégories sont à différencier (Figure 8). La M-santé et la Télémédecine font partie de la **télesanté**. Elle désigne l'ensemble des pratiques médicales à distance grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) (Essig et al., 2020) (services de santé en ligne, serious game...).

La M-santé a fait naître de grandes espérances notamment sur son potentiel d'économie lié aux dépenses de santé (Durand Salmon et Le Tallec, 2014). La **M-santé** fait plus spécifiquement référence aux technologies mobiles sans fil pour la santé, comme les smartphones ou tablettes (OMS, 2017). La M-santé est largement soutenue et constituée d'un ensemble d'applications qui peuvent avoir un ou plusieurs usages affichés par leurs concepteurs. Il peut s'agir d'informations, d'instructions, d'alertes, d'enregistrements, de communications... sur des thématiques variées comme le bien-être, la promotion de la santé ou encore les modes de vie (HAS, 2021). On peut y retrouver des applications mobiles, natives sur l'appareil mobile ou téléchargeables, ou accessibles via un portail internet (HAS, 2016).

Une classification des applications de M-santé est proposée par Augnst et al. (2014) qui distinguent les applications préinstallées sur l'appareil, téléchargeables (souvent via un « magasin d'applications mobiles », ou usuellement appelé un *store* ou *app store*), ou basées sur le web. Sous l'angle de la santé physique l'étude de l'efficacité de la M-santé sur les travailleurs donnerait des résultats positifs, par exemple sur la sédentarité et l'activité physique (Buckingham et al., 2019 ; Bort-Roig et al., 2020 ; Haque et al., 2020). Le développement de la M-santé des travailleurs sous l'angle psychologique a elle aussi récolté des résultats positifs sur le stress ou encore le bien-être (Bostock et al., 2019 ; Weber et al., 2019 ; Rick et al., 2022). D'autres études tendent enfin à montrer le potentiel des interventions en M-santé sur l'engagement et la productivité (Stratton et al., 2021). Nous pouvons synthétiser la M-santé comme **l'ensemble des technologies mobiles, comprenant les applications préinstallées, téléchargeables ou accessibles via un portail web, que l'on peut retrouver sur smartphone ou tablette notamment, potentiellement assistées par des dispositifs techniques automatiques (des capteurs), et qui visent à promouvoir la santé physique ou mentale.**

La **télémédecine** est quant à elle définie par le décret du 19 octobre 2010 comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication » (TIC), « elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient » (Article L6316-1). Cinq actes en sont constitutifs : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale, la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale (Art.R. 6316-1). Elle peut se décliner dans un contexte organisationnel sous la forme de consultations réalisées à distance pour améliorer l'efficacité des consultations, en évitant le déplacement des salariés et en réduisant les délais de rendez-vous (Essig et al., 2020). Les salariés peuvent avoir des téléconsultations avec leur médecin du travail sous certaines conditions. Finalement, nous pouvons synthétiser la Télémédecine comme la consultation médicale à distance permise par l'intermédiaire de la technologie.

Ainsi, la E-santé est un champ vaste donc les contours peuvent être décrits selon des technologies et pratiques médicales s'y rapportant. Cela permet également de mieux comprendre en quoi celle-ci a la capacité d'impacter un grand nombre d'aspects de l'intervention pour la santé au travail, et la prévention des risques dans le contexte organisationnel. Parmi ces champs, la M-santé concerne l'utilisation des technologies mobiles,

telles que les smartphones, dans le cadre de la santé. Leur particularité est leur capacité à s'adapter à un grand nombre de contextes et de besoins, tout en démocratisant l'accès à des technologies autrefois hors de portée des patients, et des nouvelles données aux professionnels. Face à la rapidité du développement d'applications, appartenant au domaine de la *M-santé*, des tentatives d'encadrement de la qualité et de l'efficacité de ces nouveaux outils ont été réalisées et permettent de mieux connaître les enjeux et risques derrière l'adoption de ces outils.

III.1.2. Face à l'explosion de la M-santé, le déploiement de deux référentiels par la Haute Autorité de Santé

Face à l'ampleur du développement des applications dans le domaine de la M-santé, la Haute Autorité de Santé (HAS) a créé en France deux rapports successifs en 2016 puis en 2020 pour dresser un état des lieux et un référentiel comparatif de critères de qualité de ces applications. Le nombre d'applications de M-santé augmente rapidement. Elles peuvent répondre à des besoins très spécifiques, parfois de niches, et posent ainsi la difficulté d'avoir un outil d'évaluation adapté qui saura être suffisamment flexible pour s'ajuster aux évolutions du marché. L'objectif mis en avant dans le référentiel de 2016 par la HAS est double : évaluer des outils afin de s'assurer que ceux-ci ne puissent pas nuire à la santé des utilisateurs et qu'ils délivrent un bénéfice au moins équivalent à ce qui existait avant.

Au sein de ces outils de M-santé, la HAS décrit des applications hétérogènes qui peuvent par exemple donner des conseils et avis aux utilisateurs de manière automatisée ou par un professionnel de santé, des collectes de données réalisées pour des professionnels de santé, des fonctions de géolocalisation pour aider l'utilisateur (HAS, 2016). Finalement, la grille d'évaluation décrite ci-après doit aussi permettre à différents acteurs d'améliorer leurs outils : les développeurs de compléter leur projet, les évaluateurs externes d'avoir une documentation adaptée, les organisations professionnelles de construire des tableaux de synthèse du marché grâce aux critères proposés pour l'évaluation. Ce premier référentiel a permis de dresser cinq domaines (informations utilisateurs, contenu de santé, contenant technique, sécurité/fiabilité et utilisation/usage) et 14 sous-domaines d'évaluation. Ils comportent chacun plusieurs sous-domaines et chacun est pondéré d'un niveau d'exigence différent selon le type d'utilisateur et la principale destination d'usage (Figure 9).

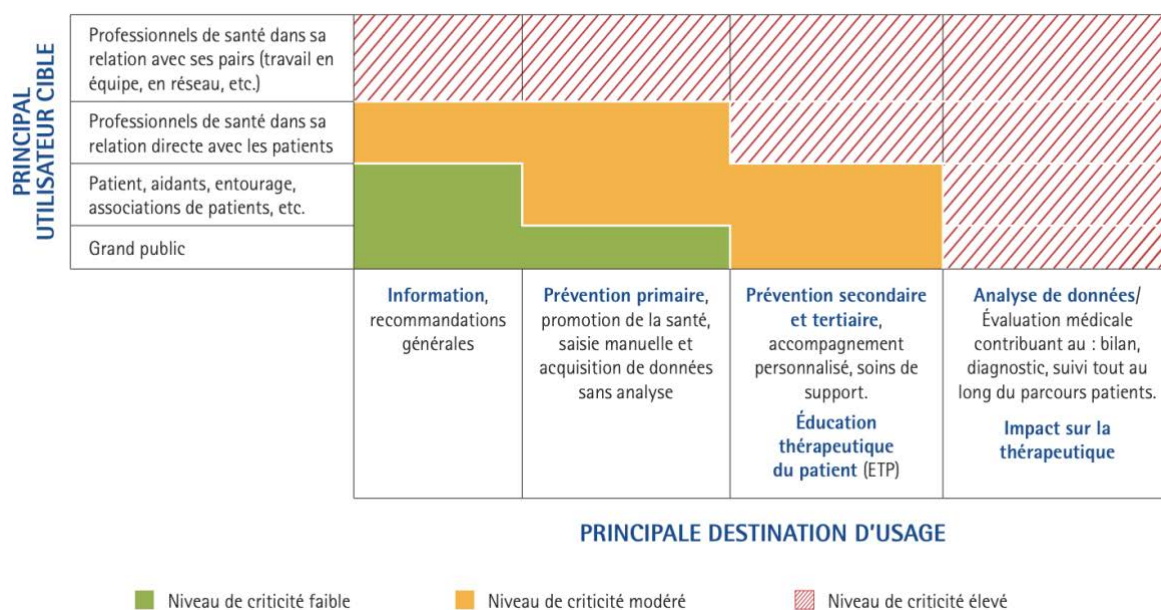


Figure 9 : Modulation du référentiel par une matrice de risque issue du rapport de la HAS (2016)

Le risque thérapeutique et le principal acteur seront déterminants dans le niveau de criticité. Par exemple les professionnels de santé dans leur relation avec leurs pairs ont un niveau de criticité le plus élevé car ils auront un impact sur la simple information et prévention primaire (niveau de criticité faible), sur la prévention secondaire et tertiaire (criticité modérée, car participe à l'éducation thérapeutique du patient). L'impact sera considéré à un niveau encore plus critique concernant l'analyse des données qui permettra le diagnostic et le suivi tout au long du parcours du patient. À l'inverse, lorsque le principal utilisateur cible sera le grand public, pour de l'information ou prévention primaire, l'impact de criticité sera faible car absent de tout impact thérapeutique ou d'impact dans le suivi médical. Enfin, pour chaque sous-domaine, la prise en compte de critères quel que soit leur niveau de criticité est « obligatoire » s'ils sont issus de dispositions légales (par exemple sur la protection des données), et sinon évalués comme « souhaitable » ou « recommandé » par le référentiel.

En réponse à la délégation ministérielle au numérique de juillet 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS) a complété ce premier référentiel par un second sur un état des lieux et l'émission de critères afin de justifier ou non la qualité des services et du contenu proposés. Alors que le premier référentiel portait avant tout sur des objets connectés se positionnant en « zone grise », sans finalité médicale déclarée, ce nouveau référentiel inclut les applications qualifiées de dispositifs médicaux. La HAS souligne que la proportion des applications orientées bien-être tend à être supplanté par celles orientées sur l'amélioration de la santé de l'utilisateur.

L'objectif de ce référentiel est de garantir un niveau de qualité suffisant des applications qualifiées de dispositif médical par rapport aux risques encourus de leur utilisation (risque de désinformation, de promouvoir de mauvaises pratiques, risques d'apporter des réponses non pertinentes...). Ainsi, ce nouveau référentiel qui traite du contenu médical se divise en quatre sections selon des types de contenu spécifiques. La première porte sur le contenu initial, avec une fonction d'informer et d'instruire. La seconde est sur le contenu généré, c'est-à-dire l'information générée par l'utilisateur. La troisième est sur contenu interprété, les informations produites par l'utilisateur et interprétées par un professionnel ou un algorithme. La quatrième est le contenu affiché, les informations éditées par le concepteur et comprises par l'utilisateur. Ces sections comprennent un total de 17 critères qui doivent être justifiés et accompagnés de document ou d'éléments à produire.

Ainsi, la HAS a prévu, face au fort développement du nombre d'applications de M-santé, le développement de référentiels qui visent à évaluer le niveau de risque des applications. L'objectif est d'identifier plus facilement les applications dont l'équilibre soit favorable à l'utilisation plutôt qu'aux risques qu'il fait encourir aux utilisateurs. Au vu du développement de l'usage de la M-santé en tant que dispositif médical, le référentiel de la HAS souligne l'importance d'évaluer objectivement et en profondeur le contenu de ces applications.

III.1.3. Le clivage opportunité/risque de l'utilisation des TIC pour la santé : entre l'enthousiasme d'un nouveau pouvoir d'agir et le risque d'un corps instrumentalisé

La littérature est clivante sur l'adoption du digital pour la santé (Del Rio Carral et al., 2017). D'une part, elle montre tous les bénéfices à son adoption. D'autre part, elle met en lumière un certain nombre de risques encourus.

Les outils numériques qui permettent et facilitent la quantification et l'auto-suivi de soi sont devenus un fer de lance des défenseurs des opportunités que peut offrir la transformation numérique dans le domaine de la santé. L'ensemble de ces données stockées permet de créer des profils, de comparer les résultats, de passer d'une dimension individuelle à une dimension collective pour échanger, comme avec le mouvement du *quantified self* (Del Rio Carral et al., 2017). Ces technologies sont des sources de données alimentant le Big Data. L'intérêt des technologies vient aussi des algorithmes plus ou moins complets qui vont permettre de traiter toutes ces données. Nous parlons ici du rôle que l'Intelligence Artificielle (IA) peut avoir dans ces outils et pour la santé.

Pour Callegarin et Callier (2021), l'intelligence artificielle favorise le développement de la médecine à travers quatre facteurs : la personnalisation, la prévention, la prédiction et la participation. Les opportunités du déploiement de l'IA concernent toutes les spécialités médicales, mais dépendront des capacités technologiques à pouvoir traiter le Big Data « pour mettre en évidence des corrélations entre les données et le phénotype des patients » (p. 22). Ainsi, la technologie serait vectrice d'un pouvoir d'agir, permis par une parfaite quantification du corps et d'une surveillance de la santé.

D'un autre côté, plusieurs auteurs soulignent les critiques face aux objets connectés. Elles sont de plusieurs ordres. En premier, Del Rio Carral et al. (2017) soulignent l'efficacité relative à créer des changements comportementaux durables de ce type d'intervention, au moyen d'une plateforme ou d'un objet connecté qui accompagne l'utilisateur.

En second, avec la création de toutes ces données, la question de la confidentialité des données fait aussi l'objet de questionnements (Barcena et al., 2014). En France, la question de la protection des données et encadrée par le règlement général sur la protection des données (RGPD²⁷). Cette réglementation est issue du cadre réglementaire européen. Elle vise avant tout à réguler le traitement et le flux des données personnelles générées par les nouvelles technologies. Son principe est avant tout basé sur l'application d'un certain nombre de règles et sur la responsabilisation des organisations qui ne respecteraient pas ces mesures.

En troisième, selon Del Rio Carral et al. (2017), on peut également relever dans la littérature des critiques liées au contexte sociopolitique, un « biopouvoir », avec la tendance à vouloir influencer le comportement. Ils mettent en avant une tendance au « solutionnisme technologique », avec parfois un désintérêt rapide de l'utilisateur, ou d'une démarche qui se limiterait à un processus de diagnostic qui s'arrêterait une fois avoir été mis en œuvre. Autrement dit, le « solutionnisme technologique » correspondrait à la mise en place de la technologie comme une solution de facilité qui n'a pas pour but l'efficacité, mais de répondre à un problème en utilisant peu de ressources.

²⁷ Règlement n°2016/679, Règlement général sur la protection des données (GDPR : The EU General Data Protection Regulation).

Ainsi, malgré des perceptions divergentes sur la technologie entre les « enthousiastes », qui la perçoivent comme une opportunité, et les « pessimistes », qui la voient comme un risque, les auteurs soulignent une vision commune de la conception du corps humain. Cette vision commune observe que « le corps humain pourrait être mesuré, ajusté, programmé, contrôlé par les technologies, que cela soit espéré ou redouté. » (Del Rio Carral et al., 2017, p. 71, notre traduction). D'un côté, les « enthousiastes », ou « technophiles » observent la technologie comme apportant de nouvelles possibilités de gestion du corps, du pouvoir d'agir, de *l'empowerment*. Cette meilleure connaissance de soi, assistée par des signaux créés grâce à la technologie, serait l'une des seules méthodes d'introspection qui apporterait une vision objective de soi basée sur la mesure. Elle pourrait réduire le nombre de visites médicales et permettre des interventions plus personnalisées. De plus, ce dynamisme est permis par un grand nombre de promoteurs qui cherchent à produire des objets connectés avec une action individualisée de la prévention, visant à réduire les coûts d'une santé dégradée. Pour les auteurs, cette course au développement d'objets connectés variés, par une démarche peu rigoureuse de ce qui serait bon pour la santé, a apporté un flou conceptuel entre « santé » et « bien-être » dans la littérature. D'un autre côté, les « pessimistes », « sceptiques », « technophobes », y verraient un vecteur de « techno-pouvoir », où le corps peut être externalisé à des outils numériques. Cette « normopathie » serait la traduction d'un programme de vie qui chercherait à faire atteindre ce qui serait alors défini comme la « bonne santé ». Elle se traduirait même par une perte de pouvoir de contestation puisque chacun viserait à « une forme d'existence homogène caractérisée par des objets de consommations identiques, induisant des comportements et des préoccupations similaires » (p. 69).

Del Rio Carral et al. (2017) concluent que chez les auteurs enthousiastes comme chez les plus critiques, on retrouve au moins quatre points problématisés autour des promesses des nouvelles technologies pour la santé : la surveillance, la comparaison à une norme homogénéisée, le *healthism* (la priorité donnée à la santé et au bien-être par rapport aux autres domaines de la vie) et le pouvoir d'agir (et le focus individuel de l'intervention).

Finalement, au-delà des opportunités qu'offre la donnée créée pour la prévention de la santé des utilisateurs, celle-ci pose aussi la question de la manière d'observer l'Homme et la technologie. Elle pourrait favoriser un certain contrôle sur son corps et la maladie, participer à ouvrir de nouveaux champs sur l'amélioration de la qualité de vie. Pour d'autres, il s'agit d'un

risque de modeler une certaine image de l'homme, contrôlé par le techno-pouvoir qui le définit (et est réductrice) de sa nature, et diminuerait sa liberté d'être.

Conclusion de la section III.1.

Ainsi, le champ de la E-santé est vaste et constitue un ensemble de transformations technologiques toujours à l'œuvre. Elle englobe diverses pratiques médicales et intègre un éventail de technologies numériques visant à améliorer la santé. Parmi ses branches, la M-santé, centrée sur les technologies mobiles sans fil telles que les smartphones et tablettes, s'avère prometteuse pour la promotion de la santé. La M-santé englobe les applications mobiles préinstallées, téléchargeables ou accessibles via le web, visant à favoriser la santé physique ou mentale, par le biais de dispositifs techniques pouvant être automatisés. Dans ce contexte, la régulation et l'évaluation des applications de M-santé prennent de l'importance, étant donné leur potentiel pour impacter divers aspects de la santé, y compris au travail.

La M-santé fait l'objet d'une réglementation et d'une tentative d'encadrement des outils numériques. L'objectif est d'obtenir un équilibre dans lequel la technique soit en faveur des opportunités plutôt que des risques encourus. Au-delà de l'analyse technique des outils, qui a avant tout pour but de donner un objectif d'amélioration pour les développeurs et de compréhension pour les évaluateurs externes et les organisations professionnelles, un regard philosophique et sociologique est aussi porté sur l'adoption des TIC pour la santé. Elle permet de pousser la réflexion au-delà du technique, au croisement entre l'homme et la technologie.

Finalement, l'utilisation croissante des TIC dans le domaine de la santé génère un débat marqué par deux perspectives opposées. D'une part, les opportunités de quantification du corps et de surveillance de la santé sont mises en avant, permettant une meilleure compréhension de soi et la création de profils personnalisés. L'intelligence artificielle ajoute une dimension prometteuse en termes de personnalisation, de prévention et de prédiction médicale. D'autre part, des critiques émergent concernant l'efficacité à induire des changements durables, la confidentialité des données et le potentiel de contrôle et de solutionnisme technique. Malgré ces divergences, un regard partagé porte sur la redéfinition possible du corps humain par la technologie. Cependant, les "enthousiastes" soulignent l'autonomisation et la connaissance accrue du soi, tandis que les "pessimistes" s'inquiètent du risque d'instrumentalisation du corps et de perte de liberté. Cette dualité met en évidence des points de convergence autour de la surveillance, de la normativité, du *healthism* et du pouvoir d'agir, et soulève des questions quant à la relation entre l'homme et la technologie.

III.2. La transformation numérique de la prévention des risques professionnels portée par la M-santé

Avant de préciser les enjeux de la transformation numérique de la santé au travail, il convient de différencier plusieurs termes proches mais dont la portée est différente pour les organisations. Nous abordons successivement les enjeux de la transformation numérique des organisations (III.2.1), puis distinguons la numérisation, la digitalisation et enfin la transformation numérique de la santé au travail (III.2.2.).

III.2.1. La transformation numérique des organisations : un enjeu de pérennité organisationnelle

Bobillier Chaumon (2017) a produit une synthèse des TIC qui participent à la transformation digitale de l'activité. Il identifie cinq grandes catégories : les technologies de communication, qui permettent de transmettre et d'échanger de l'information ; les technologies de collaboration, afin d'optimiser et de mieux coordonner le travail en équipe ; les technologies de gestion qui améliorent le traitement et la gestion automatique des données stratégiques pour l'organisation ; les technologies d'aide à l'action et à la décision qui assistent physiquement le travailleur ou diagnostiquent et résolvent les problèmes pour des tâches intellectuelles ; les technologies de formations qui améliorent le système d'apprentissage et de transmission des connaissances dans l'organisation. Selon lui, ces technologies ont la capacité de suppléer, de se substituer aux travailleurs ou pallier un déficit ou une fragilité.

La transformation numérique est un processus qui vise à intégrer les technologies dans l'ensemble des activités, avec des enjeux de collaboration entre les utilisateurs (Karoui et Dudezert, 2016). Sa réussite est en partie conditionnée à l'adhésion des collaborateurs. Dans ce cadre, nombreuses sont les recherches sur la conduite du changement dans le cadre d'une transformation digitale et qui justifient les enjeux qui entourent sa réussite (par exemple : Rhchim et Bentalec, 2019 ; Hanssali, 2020 ; Chouaib, 2020 ; Kääriäinen et al., 2020; Fisher, 2022).

La transformation numérique est couramment réduite à la recherche d'impact sur l'amélioration des résultats commerciaux et de l'expérience client. Ainsi, pour Morakanyane et al. (2017), dans leur revue systématique de la littérature, la transformation digitale tourne majoritairement autour de trois domaines de l'entreprise : l'expérience client, les processus opérationnels et les

modèles commerciaux. Morakanyane et al. (2017) la définissent comme « un processus évolutif qui tire parti des capacités et des technologies numériques pour permettre aux modèles commerciaux, aux processus opérationnels et aux expériences client de créer de la valeur » (p. 437). Ils notent qu'à travers la littérature, une large part de facteurs sont touchés dans la création de valeur comme l'efficacité opérationnelle, l'amélioration des relations avec les parties prenantes et la réduction des coûts.

Ainsi, le numérique a pris part au développement de l'expérience client et de sa création de valeur pour l'entreprise dans le marketing expérientiel, collaboratif ou participatif (Frimousse et Peretti, 2019). Selon Frimousse et Peretti (2019), cette approche expérientielle s'est également vue appliquée aux collaborateurs car ils doivent aussi eux-mêmes permettre d'améliorer l'expérience client. Pour ce faire, les données récoltées et traitées grâce à l'analytique et le Big Data doivent devenir un appui pour la fonction RH. Finalement, Morakanyane et al. (2017) appellent à une meilleure compréhension de la valeur créée par la transformation digitale des organisations.

Ainsi, la transformation numérique des organisations englobe l'intégration de diverses technologies. Ces technologies peuvent se découper entre grandes catégories telles que la communication, la collaboration, la gestion, l'aide à l'action et à la décision et la formation. Le succès de la transformation numérique repose en partie sur l'adhésion des collaborateurs. Cette transformation numérique vise à créer de la valeur en exploitant les capacités des technologies numériques. Au-delà de l'expérience client soulignée, le numérique pourrait également améliorer l'expérience des collaborateurs, lesquels jouent un rôle important dans l'amélioration de l'expérience client.

III.2.2. De la numérisation, à la digitalisation jusqu'à la transformation numérique pour la santé au travail : des processus distincts à la complexité variable

La littérature distingue plusieurs processus liés à l'intégration du numérique. Trois sont principalement évoqués à travers la numérisation, la digitalisation et la transformation numérique. La **numérisation** (ou *digitization*), fait référence à un processus technique, une transformation sous format numérique d'informations analogiques (Iyamu et al., 2021), et « en définitive sous forme binaire » (Legner et al., 2017, p. 301). C'est le cas lorsque l'on procède à la transformation d'un questionnaire d'évaluation papier en numérique. Par exemple, il peut

s'agir d'une numérisation des données de soin comme avec le dossier médical (Odeh, 2016 ; Willemin, 2018) ou encore du dossier du personnel dans les organisations.

La **digitalisation** (ou *digitalization*), fait référence à un processus qui implique l'intégration de la technologie dans la prestation de services permettant ainsi une réorganisation et une offre innovante des services de santé (Iyamu et al., 2021). L'objectif est l'amélioration de l'efficacité et l'ajout de valeur aux utilisateurs. Cela peut permettre de générer des données de manière automatique. Elle ferait ainsi référence à un niveau de complexité plus élevé de processus. Selon Iyamu et al. (2021), cinq perspectives issues de la littérature y sont liées : l'inclusion de la technologie dans la production et la prestation de services, la faciliter de nouvelles façons de fournir des services de santé, un processus organisationnel et culturel, le soutien mais ne change pas les objectifs de santé publique, la mise en place et la maintenance continue de la technologie pour les services de santé.

Enfin la **transformation numérique** (ou *digital transformation*), représenterait la forme d'intégration technologique la plus complète, la plus complexe et la plus répandue (Iyamu et al., 2021). C'est un processus visant à incorporer les technologies dans l'ensemble des activités, comportant des impératifs de coopération entre les utilisateurs (Karoui et Duderzert, 2016). Appliquée aux organisations, il s'agit d'« un processus qui vise à améliorer une entité en déclenchant des changements significatifs dans ses propriétés grâce à des combinaisons de technologies de l'information, de l'informatique, de la communication et de la connectivité » (Vial, 2019, p. 121, notre traduction). La transformation numérique d'un service de soin spécifique implique généralement plusieurs digitalisations distinctes (Iyamu et al., 2021). Elle peut passer par la création d'un site dédié de tests et d'auto-tests en ligne, de promotion et de formation via des applications mobiles, l'ensemble étant interconnecté. Cette transformation va nécessiter le décloisonnement des systèmes et agences de santé afin de favoriser leur collaboration. Iyamu et al. (2021) identifient les caractéristiques et les perspectives qui définissent la transformation numérique issues de la littérature. Il s'agirait d'un processus complexe et multiforme, de changement continu, perturbateur, nécessitant un effort concerté pour une intégration significative de la technologie dans la santé, centré sur les besoins des utilisateurs (centrée sur la personne) et de transition (au sens d'un processus de transition au cours duquel davantage de services et de processus seront numérisés). C'est un changement fondamental dans la culture et le modèle de prestation de services.

Ainsi, la distinction entre numérisation et digitalisation dans la littérature médicale réside dans la transformation technique d'informations analogiques en format numérique pour le premier, et dans l'intégration de la technologie dans la prestation de services de santé pour le second. La transformation numérique représente le niveau le plus complexe d'intégration technologique dans le domaine de la santé. Elle implique plusieurs digitalisations distinctes, exige une collaboration interdisciplinaire et nécessite un effort concerté pour une intégration de la technologie.

Conclusion de la section III.2.

La première section nous a permis de développer la notion de M-santé. Cette seconde section a ensuite mis en avant la notion de transformation numérique car elle interroge à quel degré l'usage de technologie de la M-santé peut y faire référence. La transformation numérique des organisations est un processus qui impacte leur pérennité. Elle a la capacité de modifier les processus organisationnels et est créatrice de valeur pour l'organisation. Son application au sens de la prévention de la santé des travailleurs nécessite la distinction entre trois niveaux du rôle de la technologie. Ces trois niveaux, numérisation, digitalisation et transformation digitale, se caractérisent par une complexité différente du processus en jeu. Enfin, ils sont aussi porteurs de perspectives différentes pour les organisations. Au vu de la pluralité des technologies et applicatifs qui existent pour la santé, nous proposons dans la prochaine partie de revenir sur les grandes caractéristiques et techniques des TIC qui vont influencer la transformation numérique de la prévention de la santé au travail.

III.3. Les évolutions de l'intervention pour la prévention des risques professionnels induites par la transformation numérique

Dans cette section, nous explorons les évolutions de l'intervention pour la prévention des risques professionnels qui sont façonnées par la transformation numérique. Nous débuterons en analysant la capacité de transformation de la prévention de la santé au travail à travers l'analyse de l'influence de la technologie et des objectifs d'intervention qui sont rattachés à la M-santé dans la littérature (III.3.1.). Nous nous penchons ensuite sur les conséquences des évolutions de l'intervention pour la prévention de la santé au travail, qui découlent directement de la transformation numérique. Cette exploration nous permettra de mieux comprendre comment la technologie façonne les nouvelles approches de prévention des risques professionnels et quelles sont les répercussions sur les pratiques en milieu professionnel (III.3.2.).

III.3.1. Une capacité de transformation de la prévention de la santé au travail : analyses de la technologie et des objectifs d'intervention de la M-santé par les applications analysées dans la littérature

Cette sous-section effectue une première analyse de la transformation de la prévention de la santé au travail par les applications liées à la M-santé. Nous examinons d'abord les influences des TIC pour la prévention de la santé au travail (III.3.1.1). Puis, l'analyse de la littérature sur des applications s'inscrivant dans la M-santé au travail nous permet de souligner deux objectifs interventionnels de la M-santé : la gestion autonome de la santé et le soutien à la décision et à l'action pour les organisations et les professionnels de la santé au travail (III.3.1.2).

III.3.1.1. Cinq influences technologiques des TIC sur la transformation de la prévention de la santé au travail

Après avoir défini la transformation numérique des organisations et précisé son application en matière de santé au travail, nous pouvons à présent éclaircir comment cette dernière prend forme en matière de TIC. Effectivement, l'importance des technologies numériques dans la santé publique ne cesse d'augmenter. Les opportunités financières sont colossales, estimées en France entre 16 et 22 milliards d'euros par an de gain de performance au financement du système de santé (Institut Montaigne, 2020). Selon l'institut Montaigne (2020), les évolutions générales liées à la transformation numérique de la santé prennent la forme de cinq axes (Figure 10). Ainsi, on y retrouve des patients plus autonomes, *empowerés*, gérant leur propre santé au moyen d'outils intelligents qui permettent de suivre et offrent de nouveaux usages dans le

ystème de soin (prise de rendez-vous...). Le patient est impliqué. On y retrouve aussi une information qui serait fluidifiée grâce à la dématérialisation des échanges, une télémédecine qui faciliterait l'accès aux soins grâce à des canaux multiples (téléconsultations...) et une amélioration de l'efficacité des structures de soins et d'expérience patient. Enfin la décision médicale et paramédicale serait plus fiable et sûre, à travers une diminution du risque d'erreur et de retard de diagnostic.

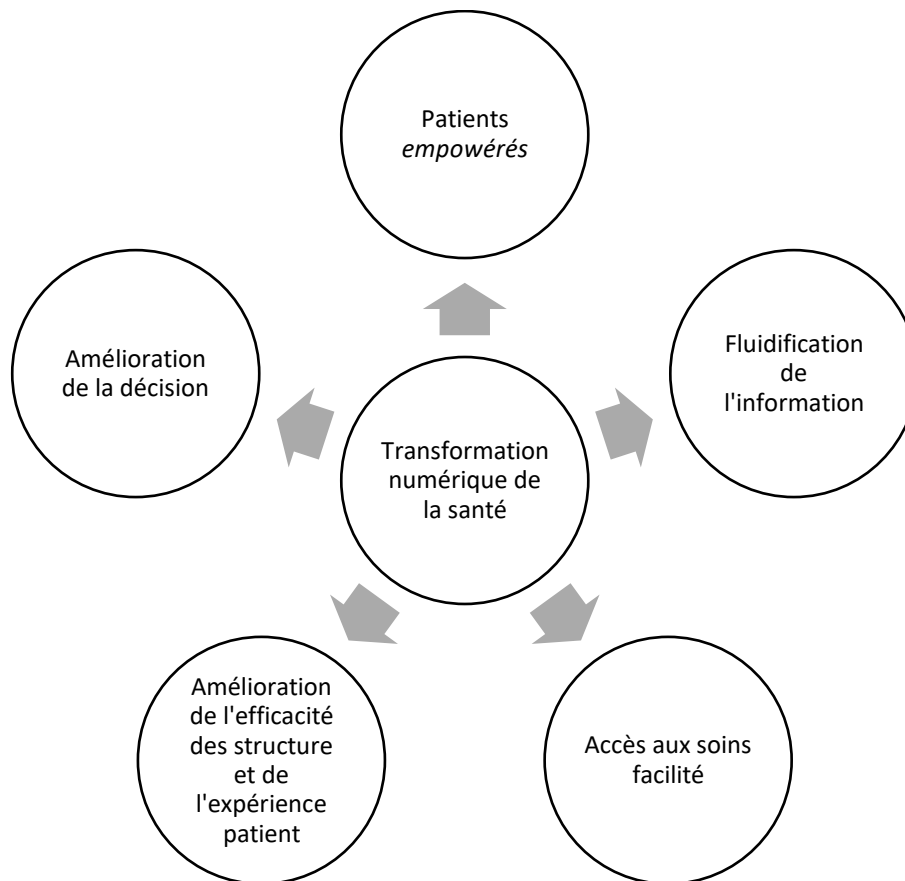


Figure 10 : Évolutions générales liées à la transformation numérique de la santé selon l'Institut Montaigne (2020).

Les implications de l'usage des technologies s'appliquent également à la santé au travail. La littérature identifie plusieurs avantages des interventions pour la santé en milieu de travail comme l'effacement des limites de temps et de lieu (internet permet une utilisation en tout lieu, plus de commodité pour le temps le plus opportun), les avantages financiers (réduction du coût des services de santé...) ou encore la confidentialité qu'ils peuvent permettre en rendant pleinement anonyme l'utilisateur (Griffiths et al., 2006 ; Ryan et al., 2017). Les utilisateurs décrivent aussi les interventions numériques en santé mentale au travail comme étant pratiques,

anonymes et flexibles (Carolan et de Visser, 2018). Selon ces mêmes auteurs, malgré les avantages qu'elles présentent, certaines caractéristiques peuvent se révéler néfastes. Par exemple, la flexibilité et la commodité dans l'utilisation peut rendre difficile une séparation claire entre le temps de travail et le temps accordé à la thérapie.

Ainsi, plusieurs types de transformations digitales peuvent être observées pour le maintien de la santé des travailleurs permise par une meilleure prévention des risques professionnels. Bobillier Chaumon (2017) à partir de son analyse et de la classification des TIC, a synthétisé la manière dont celles-ci peuvent être mises au service de l'individu et de l'activité dans les organisations. Pour notre part, nous souhaitons souligner la manière dont les TIC participent à la transformation numérique de la prévention de la santé dans le contexte organisationnel, concernant les travailleurs, au moyen de l'analyse de la littérature existante. Nous questionnons comment elles peuvent influencer la prévention des risques professionnels, et dressons un tableau des évolutions permises par la transformation numérique de la santé au travail.

À partir d'une revue de la littérature sur les applications dédiées à la santé au travail (Annexe 1.) nous analysons la manière dont les TIC participent à la transformation numérique de la santé au travail (Figure 11). Pour ce faire, nous transposons la catégorisation de Bobillier Chaumon (2017) appliquée au champ de la santé au travail.



Figure 11 : Transposition de l'influence des TIC sur la transformation des organisations (Bobillier Chaumon, 2017), appliquée à la santé au travail (production personnelle)

Des technologies de captation et d'envoi des données

L'analyse de la littérature sur les applications appartenant au domaine de la M-santé souligne leur capacité à collecter des données et à les envoyer, en temps réel, au médecin ou au

décisionnaire. Plusieurs recherches ont porté sur des applications qui vont collecter des informations plus ou moins larges pour dresser un état de santé psychologique ou physique du travailleur (Beaufigeau-Pulci, 2020 ; Grimm et al., 2020).

Des technologies dans un système de collaboration entre patients, acteurs des services de santé au travail, management, direction

L'application du digital au domaine de la prévention de la santé au travail se traduit par un canal de communication entre les différents acteurs internes et externes à l'organisation. La communication orale ou papier devient numérique, intégrée dans un système qui facilite les échanges et la collaboration. Les salariés alimentent une base d'informations, répondent à des questions qui permettent une analyse par les décideurs et les médecins du travail. Les médecins se servent des applications pour proposer des actions et partager des indicateurs (Beaufigeau-Pulci, 2020).

Des technologies qui facilitent le traitement des données

Beaucoup de recherches récentes (Hwang et Jo, 2019 ; Behrendt et al., 2020 ; Fiol-DeRoque et al., 2021 ; Sasaki et al., 2021 ; Nixon et al., 2022 ; Lee, 2022) portent sur des plateformes qui outillent les salariés pour gérer leur propre santé. La technologie permet le traitement automatisé des données. L'application va permettre de collecter ces données, insérée de façon manuelle par l'utilisateur (données chiffrées, données textuelles...) ou automatique par des capteurs par exemple. Ainsi, on passe des questionnaires papier, traités à la main ou par Excel où les données sont réécrites sous format numérique, à un système de captation et de calcul automatique, en temps réel.

Des technologies qui assistent la prise de décision

La technologie permet d'apporter des éléments chiffrés qui doivent aider à la prise de décision. Le traitement automatique, la capacité à synthétiser et filtrer la donnée permet aux décisionnaires et aux médecins de prendre et de justifier des choix. Elles se matérialisent par l'alimentation de tableaux de bord qui aident à la prise de décision (Riedel, 2007) ou l'accès à des outils qui guident l'utilisateur (chatbot...) (Grimm et al., 2020).

Des technologies qui servent pour l'information et la formation pour la prévention de la santé au travail

Les technologies montrent en quoi elles servent l'intérêt des salariés en leur offrant des outils pour agir sur leur santé (Villani et al., 2013 ; Hwang et Jo, 2019 ; Behrendt et al., 2020 ; Nixon et al., 2022). Des formations E-learning, des fiches conseils sont accessibles directement sur le smartphone. Des programmes sont disponibles pour une poursuite en autonomie de l'amélioration de sa santé physique (par exemple Nuijten et al., 2022) ou psychologique (par exemple Lee, 2020). Ces technologies servent de canal de communication pour différents acteurs (médecins du travail...) afin d'informer les travailleurs.

L'analyse technique nous permet de comprendre comment les TIC ont la capacité de participer à la transformation digitale de santé au travail. Les perspectives d'usage nous questionnent alors sur l'opérationnalisation des outils numériques pour la prévention de la santé au travail. Pour compléter cette analyse, il est ainsi intéressant d'analyser comment ces aspects techniques ont pris forme dans la littérature scientifique sur ces outils.

III.3.1.2. Deux objectifs interventionnels des applications liées à la M-santé : une gestion plus autonome de sa santé et une aide à la décision et à l'action pour les organisations et les professionnels de la santé au travail

L'analyse opérationnelle de la transformation digitale de la santé au travail doit nous permettre d'identifier dans la littérature quels sont ses grands axes d'intervention sur la prévention de la santé au travail. Au moyen d'une revue de la littérature médicale (à partir de la plateforme spécialisée « Pubmed »), nous analysons la manière dont les technologies ont été utilisées pour une intervention ciblant la prévention de la santé au travail. Nous orientons notre analyse de la littérature sur les applications de la M-santé pour les travailleurs. Nous observons une première caractéristique concernant la population de travailleurs analysée : de nombreux articles portent sur l'analyse de la M-santé auprès des travailleurs de la santé. D'autres articles, moins nombreux, portent sur l'application de la M-santé auprès du reste des travailleurs. L'explication de cette différence d'intérêt pour les populations de travailleurs étudiées s'expliquerait dans plusieurs articles par l'épuisement et les autres risques comme le stress qu'a fait porter la pandémie de la COVID 19 sur les travailleurs de la santé. Du fait de leurs missions, ils ont plus particulièrement été touchés par la crise sanitaire (Drissi et al., 2021). De plus, les études sur la

M-santé ont connu un développement important lié au développement du recours à ces technologies adaptées aux contraintes sanitaires grâce à leur utilisation possible à distance.

L'analyse de la littérature permet de faire ressortir deux approches par type d'intervention pour lesquels sont utilisés la *M-santé* (Figure 12) : une gestion autonome de sa santé par le salarié et une aide à la décision et à la mise en place d'actions pour les organisations et les professionnels de la santé au travail.

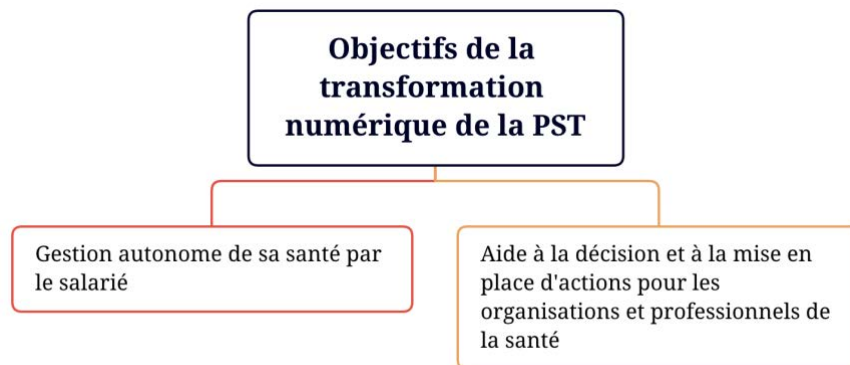


Figure 12 : Objectifs interventionnels de l'usage des applications de M-santé pour la prévention de la santé au travail (tableau de la littérature en annexe 1)

Une gestion autonome de sa santé par le salarié

La première catégorie que nous présentons est aussi celle qui a fait l'objet d'un nombre particulièrement important d'articles de recherche ces dernières années. Les plateformes qui visent à permettre une gestion autonome de sa santé ont fait l'objet d'une attention particulière concernant l'efficacité. Effectivement, au-delà de pouvoir rendre davantage acteur le salarié dans la prévention de sa santé, il s'agit aussi de discuter de sa place dans le système de prévention de la santé déjà existant. Les résultats sont souvent positifs même si le gain est parfois faible et peu efficace à long terme par la seule utilisation de la plateforme. Lee (2022) analyse l'efficacité d'une plateforme de gestion de son stress auprès de 82 travailleurs. Cette application inclut un journal de travail, des conseils basés sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et des outils d'assistance basés sur la méditation, la musique, la relaxation et la guérison par image. Ses résultats montrent un effet significatif mais faible sur la diminution du stress et une image positive de l'intervention pour 86% des utilisateurs. Néanmoins, aucun effet n'a été relevé sur l'anxiété, la dépression ou l'engagement au travail. Les auteurs appellent d'ailleurs à poursuivre les efforts de recherche pour souligner les limites de ce type d'intervention. D'autres études ont été menées auprès de travailleurs avec des

spécificités différentes dans les modes d'action (yoga, conseils sur l'hygiène de vie...) et ont obtenu des résultats plus ou moins importants sur l'efficacité de ces plateformes utilisées seules (Villani et al., 2013 ; Hwang et Jo, 2019 ; Behrendt et al., 2020 ; Nixon et al., 2022). Dans l'étude de Sasaki et al. (2021) sur l'efficacité d'un programme en autonomie de gestion du stress sur smartphone sur l'amélioration de l'engagement, l'application du programme de TCC sur six semaines en six leçons a montré une efficacité uniquement lorsque les leçons étaient correctement ordonnées (sans choix libre) et sur une courte durée. L'efficacité était existante sur trois mois mais diminuait ensuite jusqu'au septième mois. Fiol-DeRoque et al. (2021) soulignent que ces outils peuvent avoir des effets positifs en étant intégré de manière complémentaire à un cadre clinique.

Une aide à la décision et à la mise en place d'actions pour les organisations et les professionnels de la santé au travail

Une seconde catégorie d'outils se caractérise non plus par la place qu'ils doivent donner aux salariés mais à l'aide qu'ils peuvent apporter aux décideurs et professionnels de la santé au travail pour la prévention des risques. Les outils qui appartiennent à cette catégorie sont particulièrement représentés par la présence d'un système de tableau de bord. Le tableau de bord présente une caractéristique technique de captation de données provenant éventuellement de plusieurs sources, d'un traitement mathématique des données et d'une visualisation évolutive en temps réel sous la forme de graphiques, d'indicateurs ou de figures bien ordonnés pour faciliter la lecture. Pour Riedel (2007) les tableaux de bord « permettent aux utilisateurs de voir rapidement l'état des systèmes complexes et importants » (p. 2). En gestion de la santé, leur intérêt est de présenter de manière claire et synthétique des données qui permettront aux chefs d'entreprise de « comprendre la relation entre une variété de problèmes tels que l'état de santé, les problèmes de santé, la profession, la rémunération, l'absence et la performance » (p. 2). Dans son étude, ils soulignent comment les tableaux de bord de gestion de la santé permettent de faire le lien avec la productivité et de prendre des décisions adaptées comme l'allocation de ressources organisationnelles pour répondre aux besoins de leur main d'œuvre.

La M-santé semble adaptée à la médecine clinique dans le contexte de la santé au travail. L'outil de coaching étudié par Muuraiskangas et al. (2022) avait pour objectif d'appuyer les séances de coaching téléphonique pour la gestion du stress lié au travail. Si l'outil n'a pas réussi à faire gagner du temps aux entraîneurs, elle souligne que la technologie s'adapte bien en appui aux interventions à distance sans faire perdre en efficacité, avec une satisfaction relativement plus

importante des utilisateurs. Pour un autre exemple d'opérationnalisation, l'outil utilisé dans l'étude de Beaufigeau-Pulci (2020) est présenté comme un dispositif médical de prévention opérationnel, pour le suivi RPS et les TMS. En premier lieu, les salariés ont confiance et modifient leurs comportements, obtiennent un canal de communication anonyme. En deuxième lieu, l'organisation et les managers modifient leur stratégie d'action avec l'utilisation des indicateurs fournis, ils deviennent lanceurs d'alerte. Ils disposent de nouveaux indicateurs sur les RPS et TMS. L'outil doit permettre d'interagir avec les salariés et de réaliser des actions sur le travail. Pour ce faire, l'outil vise à sensibiliser et engager les utilisateurs sur la prévention de la santé et mesurer en temps réel le bien-être global pour fournir des indicateurs. Les résultats montrent que les services de santé au travail disposent grâce à lui d'informations précises et évolutives sur les TMS et ont un canal de communication facilité avec les salariés et managers. L'outil permet à leurs actions d'être plus ciblées, personnalisées selon la problématique précise qui se pose. Il favorise également la collaboration multidisciplinaire, en supprimant des « silos métiers » et fournit et rassemble des informations décrites comme variées et riches (Beaufigeau-Pulci, 2020). L'outil visait particulièrement les médecins du travail pour des problématiques de TMS qui étaient les premiers à récolter l'information et ensuite seulement les décideurs dans les organisations.

D'autres outils d'aide à la décision visent plus particulièrement les décideurs. Nous observons que les articles dans la littérature les concernant visent davantage à présenter le design fonctionnel et technique de l'outil sans présenter de résultats sur leur efficacité. Néanmoins, ces informations donnent des perspectives qu'ils offrent aux décideurs dans les organisations. Ainsi, Grimm et al. (2020) présentent l'application « wecoach », basée sur un chatbot, qui doit renforcer les capacités des managers de proximité à améliorer les conditions de travail en lien avec la santé psychologique et le bien-être de leur équipe. L'outil guide et fournit au chef d'équipe plusieurs fonctionnalités comme une carte mentale de la santé au travail, des outils de formations et d'auto-évaluation, un système d'enquête et une évolution des progrès afin de l'aider dans sa prise de décision et dans la mise en place d'actions adaptées. D'autres outils comme Wittyfit (Dutheil et al. 2017), cherchent à être plus holistique et regroupent un certain nombre de fonctionnalités, dont certaines qui visent aussi à l'autonomisation du travailleur sur la gestion et la prévention de sa santé, vont aussi avoir pour objectif de fournir un tableau de bord général sur l'état de l'organisation à travers plusieurs indicateurs proposés par l'outil et affinés par le décideur.

Malgré une efficacité marquée des outils numériques pour la prévention de la santé des travailleurs, plusieurs auteurs appellent à la retenue lors de l'usage de ces outils. Ces interventions ne seraient pas toutes égales, peuvent manquer d'arguments et les interventions doivent être adaptées au type de population concernée (Stratton et al., 2017).

III.3.2. Les conséquences des évolutions de l'intervention pour la prévention de la santé au travail induites par la transformation numérique

Nous complétons notre première analyse sur les TIC pour la prévention de la santé au travail par l'analyse de différents changements pour l'intervention. Tout d'abord, nous examinons comment les questionnaires de santé deviennent plus puissants avec les technologies numériques (III.3.2.1). Ensuite, nous analysons le développement des TIC pour la prévention de la santé au travail et leur impact sur le rôle d'un travailleur-patient actif et engagé (III.3.2.2). Enfin, nous nous penchons sur l'impact de la transformation numérique pour les décideurs des organisations et comment les outils d'aide à la décision sont utilisés pour la santé dans un contexte de quantification des ressources humaines (III.3.2.3).

III.3.2.1. Des questionnaires de santé plus puissants

Des recherches rappellent l'importance du développement d'outils adaptés pour permettre la mise en place d'intervention sur les risques psychosociaux (Leka et al., 2015). Le caractère mesurable en direct des facteurs de risques psychosociaux, que soit d'un point de vue physique ou psychique est critiqué par plusieurs auteurs (Vézina et al., 2006). Les risques psychosociaux sont multifactoriels et cumulatifs pour l'exposition des salariés. Les liens de causalité entre les risques psychosociaux et leurs effets sont distendus ce qui complique le diagnostic, la cartographie et l'évaluation de leurs causes. Un diagnostic multi-niveaux est nécessaire et ne doit pas se limiter aux individus, pour permettre d'identifier des causes organisationnelles complémentaires et d'actionner des démarches plus préventives (Vuattoux, 2020).

Les outils digitaux de prévention des risques professionnels peuvent concerner deux catégories d'outils. D'une part, il y a les outils traditionnellement utilisés, souvent sous format papier qui vont être adaptés en format numérique par des acteurs historiques de la santé. D'autre part, existent des outils plus récemment développés, s'appuyant sur des technologies plus sophistiquées, sous la forme de plateformes SaaS, qui sont proposés par des acteurs privés de type start-up.

Dans sa définition la plus fondamentale issue de la littérature, la digitalisation se réfère à la transformation sous format numérique des processus, de transformer des produits ou services en variantes numériques, et d'en tirer des bénéfices par rapport à la version tangible (Parviainen et al., 2017). Les mêmes auteurs soulignent pour une compréhension plus complète de la digitalisation qu'elle nécessite de « repenser les opérations actuelles à partir de nouvelles perspectives rendues possibles par la technologie numérique » (p. 74, notre traduction). Par exemple, Uber déstabilise le secteur des taxis ou AirBnb avec l'hôtellerie, positionnant la digitalisation comme une nécessité stratégique pour toute entreprise d'être proactive. Dans le domaine de la santé, la digitalisation combine technologie et médecine, allant « de la gestion hospitalière jusqu'à l'utilisation d'applications de santé ou de suivi, en passant par le dossier médical partagé » (Seguin et Tassy, 2021, p. 599).

Dans l'intervention en santé au travail, les questionnaires papier ont, pour beaucoup, laissé place à des questionnaires sous format numérique, ce qui facilite naturellement la diffusion du questionnaire et le traitement des données pour le calcul des moyennes et pondérations souvent effectuées sous le logiciel Excel. Le contenu ne change pas. Lorsqu'ils sont mis sous format numérique, ce qui n'est pas encore toujours le cas, les bases théoriques restent les mêmes (par exemple le questionnaire « Karasek »). Enfin, ce format numérique permet de traiter l'intégralité des données, sans limitation d'un nombre de questionnaires pour dégager des thèmes prioritaire pour une politique de prévention de la santé et pour la sécurité au travail.

Les professionnels de la santé utilisent ces diagnostics pour évaluer une situation avant de mettre en place un plan d'actions. Les modèles théoriques s'appuyant sur des dimensions psychosociales sont mobilisés sous la forme de questionnaires car ils permettent de diminuer la « complexité de la réalité psychosociale du travail » et « facilitent également l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions » (Vézina et al., 2006, p. 33). Les modèles de « demande-contrôle » (Karasek et complété avec Theorell par le soutien social) et celui de Siegrist sont particulièrement mobilisés par les questionnaires.

Ces questionnaires sont facilement accessibles, que ce soit pour les services de santé externes ou directement pour les entreprises sur les sites internet des grands organismes acteur de la prévention au travail (par exemple l'INRS). Payant ou gratuit, l'accessibilité avantageuse de ces outils se confronte cependant aux problématiques de compétences nécessaires pour analyser

et interpréter les résultats, un facteur de risque récurrent à l'usage d'application numérique pour la santé au travail (référentiel M-santé de la HAS, 2021).

Cette catégorie d'outils se caractérise par l'usage des TIC à travers deux perspectives mises en avant grâce aux trois typologies d'impact de la technologie entre la numérisation, la digitalisation et la transformation numérique. L'évolution des questionnaires de diagnostic peut être caractérisée de « numérisation » voire de « digitalisation ». D'une part, ces outils ont pour objectif de numériser un questionnaire papier sous format numérique ce qui correspondrait à une simple numérisation. D'autre part ils auraient également la capacité de transformer l'intervention en organisant et en fournissant des services de santé de nouvelles façons, ce qui correspondrait alors à une digitalisation.

Ainsi, les questionnaires de santé traditionnels ont évolué. Ils sont devenus plus puissants dans la diffusion et dans le traitement des données. Ils permettent des évaluations d'un plus grand nombre de données, permettant à une grande organisation ou au niveau national d'avoir des analyses globales afin d'en dégager des thèmes prioritaires jusqu'ici peu accessibles au traitement.

III.3.2.2. Le développement des technologies de quantification de soi et collaboratives : un nouveau positionnement interventionnel du travailleur-patient

Nous avons caractérisé l'évolution numérique des questionnaires de santé pour la prévention de la santé au travail. Nous soulignons à présent les opportunités qu'ouvrent les nouvelles technologies de mesure liées au travailleur-patient à partir de l'analyse du courant de la « quantification de soi » (*quantified self*) et de l'*empowerment* permis par le potentiel collaboratif des plateformes numériques. Pour ce faire, nous analysons les plateformes de *quantified self* (III.3.2.2.1.) et l'attitude néolibérale derrière le *self-tracking* (III.3.2.2.2.). Puis nous abordons la caractéristique collaborative des plateformes numériques et leur lien avec l'*empowerment* des utilisateurs (III.3.2.2.3.). Nous finissons par le lien entre ces technologies et le développement d'un *care* collectif (III.3.2.2.4.).

III.3.2.2.1. Le développement du *quantified self* en santé au travail : un positionnement du travailleur-patient au centre du processus de prévention

Le *quantified self* (soi-quantifié) constitue le mouvement dominant de la littérature scientifique traitant des objets connectés et des attentes sur l'amélioration de la santé et du bien-être des

individus (del Río Carral et al., 2017). Les chercheurs ont montré la grande diversité des outils appartenant au *quantified self* et qu'ils ne se limitent pas forcément à la présence de capteurs (Pharabod et al., 2013). Les capteurs sont associés à des mesures automatiques de données physique. Beaucoup d'autres outils permettent par exemple d'évaluer un ressenti (des émotions par exemples) par l'insertion de données manuellement (Logiciel, sites internet...).

Pour Dagiral et al. (2019), la compréhension du rôle du *quantified self* peut se faire à travers un certain nombre de travaux dans le contexte médical. Par exemple, Martin (2009), traite de l'utilisation de logiciel pour mesurer les niveaux d'humeurs de patients atteints de troubles de l'humeur. Ces données recueillies par le logiciel, que le patient rentre lui-même, sont affichées au médecin sous la forme d'un tableau de bord indiquant son humeur et participent à sa prise de décision dans l'adaptation du niveau de traitement aux patients (p. 186).

Dagiral et al. (2019) mettent cependant en avant que peu d'études empiriques ont été menées sur l'usage des dispositifs de *quantified self*. Ils notent aussi que la majorité de ces outils sont basés sur des champs du soi déjà quantifiable et qu'ils sont à présent accessibles au grand public. Auparavant l'apanage du domaine médical du fait de leur encombrement, d'une complexité d'utilisation ou encore d'un prix extrêmement élevé, beaucoup de technologies se sont démocratisées. C'est par exemple le cas des outils qui permettent de mesurer des performances sportives avec des données physique (rythme cardiaque, nombre de pas...) et qui se retrouvent à présent dans des bracelets connectés au prix d'un livre. Ainsi, ils permettent d'ouvrir de nouvelles opportunités de quantification, soit par la miniaturisation de technologie (comme un podomètre), ou soit par la quantification d'états qualitatifs (comme l'humeur ou le bien-être).

Cependant, ces études sont très fortement orientées sur des pratiques individuelles, dans un contexte privé où l'utilisateur veut quantifier une activité ou un état (pratique de la course à pied, sommeil...). L'intérêt des outils dans un contexte organisationnel semble plutôt en retrait en comparaison mais elle profite d'un fort développement ces dernières années, en même temps que la digitalisation globale de l'entreprise permise par toutes les innovations technologiques. Parmi les recherches en contexte du travail, Han et al. (2017) étudient un outil de mesure du stress au travail par un appareil électrocardiogramme et mesurant la respiration qui a permis de mettre en évidence trois niveaux de stress. Quelques études portent sur la présentation partielle de solutions d'interaction avec les travailleurs consistant à recueillir de l'information pour identifier les problématiques des travailleurs et d'en tirer des répercussions sur leur santé (par

exemple Dutheil et al., 2017). Ces technologies font partie du marché du « corporate Wellness », défini comme l'un des usages du *quantified self* au travail, encore récent (Dagiral et al., 2019), et qui appelle à développer de nouvelles études. Selon eux, on le retrouve particulièrement dans la prévention des risques physiques à travers des programmes de prévention contre la sédentarité avec l'utilisation de *self-trackers* et d'incitations de type concours entre les employés. Le marché du « *corporate wellness* » s'est particulièrement développé à travers des programmes de bien-être et qui cherche outiller les organisations sur des programmes d'évaluation de la santé ou des risques pour la santé en mesurant l'état de santé physique mais également mental et émotionnel des salariés (Mujtaba et Cavico, 2013). Ces programmes de bien-être sont populaires chez les employeurs puisqu'ils favorisent l'adoption de comportements sains par leurs travailleurs afin de réduire les risques de maladies, donc de turn-over, d'absentéisme et en augmentant leur productivité (Goetzel et Ozminkowski, 2008).

III.3.2.2.2. Le *self-tracking*, une attitude néolibérale pour le développement de soi

Le *quantified self* ne se limite pas à la récolte de données sur des personnes malades, mais est également à l'usage des personnes en bonne santé (Brouard et al., 2014). Ajana (2017) explique que le *quantified self* serait souvent considéré comme une attitude néolibérale de l'individu envers lui-même, de développement personnel, dont la mesure serait une première étape incontournable vers l'amélioration d'une situation. Pour Swan (2012), les objets connectés favorisent des comportements plus sains. Ils sont à l'origine d'un processus en plusieurs étapes : « commencer la mesure, obtenir des données, examiner les données dans l'infographie, déterminer la signification, essayer un changement de comportement, maintenir le changement de comportement pendant la phase de trois semaines pour le maintien des habitudes, et finalement produire un changement durable. » (p. 240, notre traduction).

Ainsi, les entreprises y trouveraient leur intérêt en outillant leurs salariés afin de leur permettre de mieux gérer leur santé et bien-être. Elles obtiendraient à la fois une réduction des coûts de santé qu'elles pourraient supporter, et récolteraient les effets favorables d'une santé physique et psychologique positive (comme une productivité supérieure).

Bode et Kristensen (2016) décrivent deux méthodes de *self-tracking*. La première, le « *passive tracking* » est une situation où la donnée est enregistrée de manière automatique avec des capteurs. La seconde, « *l'active tracking* », nécessite la rentrée manuelle des informations

(comme pour l'humeur ou la consommation alimentaire). Le *self-tracking* est lié à l'idéologie de l'individu entrepreneur de sa propre vie Granjon et al. (2011). Pour le sujet contemporain, la réflexivité peut être qualifiée d'instrumentale plutôt qu'uniquement orientée sur la connaissance de soi. Au-delà du rôle d'objectivation de leurs états ou comportements (connaissance de soi), le *self-tracking* rendrait l'individu entrepreneur de sa vie (instrumental) (Granjon et al., 2011).

Les données recueillies dans le cadre du *self-tracking* concernent souvent le corps et l'état de santé comme le sommeil, l'alimentation, l'exercice physique ou encore les humeurs et le niveau de stress. L'utilisation des technologies a connu un fort développement avec 160 000 applications dédiées (Lupton, 2017). Lupton, 2016 identifie 5 modes de *self-tracking* : privé, poussé, communautaire, imposé et exploité (Figure 13). Concernant le privé, bien que la RGPD se veut sécurisante pour les données de chacun, celles-ci peuvent parfois être récupérées et utilisées, par défaut d'information ou par le vol de données d'utilisateurs. Lupton (2016) intègre dans le « poussé » les programmes de mieux-être en milieu de travail dans lesquels les employeurs s'attendent à ce que leurs employés s'inscrivent à travers un auto-suivi de sa santé et de sa condition physique. Le communautaire consiste en la mise en commun des données pour obtenir des mégadonnées. L'imposé fait référence à des systèmes d'incitation à l'auto-suivi (bien que souvent basés sur le volontariat) qui peuvent être utilisés comme un système promotionnel avantageux d'assurance pour les salariés qui accepteraient de se quantifier et transmettre aux organismes (déjà largement développé aux États-Unis). Enfin, l'exploité est défini comme le capital numérique créé par des pratiques d'auto-suivi médicales qui peuvent être exploitées, transformées en marchandises, obtenant une valeur monétaire.

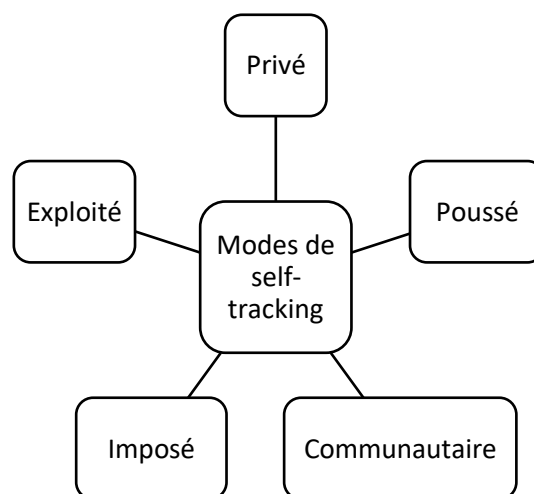


Figure 13 : Les modes de *self-tracking* selon Lupton (2016)

Parmi les effets perçus du *self-tracking* des auteurs relèvent celui-ci comme permettant d'ajuster ses comportements et améliorer le bien-être ou l'autonomie (Granjon et al., 2011). Les applications basées sur le *quantified-self* positionneraient ainsi l'individu en autonomie pour l'amélioration de sa propre condition grâce à la récolte d'informations personnelles qu'elles soient liées à des caractéristiques physiques ou psychologiques.

Finalement, les assureurs représentent un acteur de la santé dont les entreprises dépendent car elles ont l'obligation de souscrire à une couverture pour leurs salariés. Les technologies liées au *quantified self* et la place du salarié en tant qu'acteur sur sa propre santé qu'offre ces technologies sont une opportunité pour les assureurs. Ils commencent à s'en saisir sous la forme d'une incitation à l'usage d'objet connecté (comme des bracelets connectés) et du traitement des données permises par les TIC (Dumez et al., 2015). Il s'agit pour les entreprises de favoriser une meilleure santé de ses salariés mais aussi d'obtenir un levier de négociation supplémentaire pour faire diminuer le coût des contrats d'assurance (Dumez et al., 2015).

Ainsi, les assureurs profitent des nouvelles technologies, notamment de celles qui n'engagent pas l'intervention de l'organisation mais qui promeuvent une intervention individuelle comme outil complémentaire à leur offre de prestation.

III.3.2.2.3. Le potentiel collaboratif des plateformes numériques : un empowerment du salarié connecté pour la santé au travail

Nous avons décrit dans les deux précédentes sous-section comment les TIC peuvent prendre la forme de plateforme dédiés au *self-tracking*. Nous abordons à présent leur lien avec une fonction collaborative et l'*empowerment* de l'utilisateur, que ce soit pour le consommateur, le travailleur et enfin le patient.

La quantification de soi va générer des données qui vont pouvoir être utilisées pour un auto-suivi mais aussi partagées. La littérature souligne le lien entre la collaboration permise par des outils numériques et un *empowerment* des utilisateurs. Effectivement, les plateformes numériques porteraient également une fonction d'*empowerment* des foules (Dunleavy et al., 2006) qui deviennent plus intelligentes en communiquant entre elles (Becker, Brackbill et Centola, 2017). Ces dispositifs collaboratifs peuvent dans certains cas participer à ordonner, voire à imposer des formes particulières de coopération entre les salariés pour multiplier les échanges et le travail collaboratif à distance (Crouzat et Bobillier Chaumon, 2017). Les plateformes collaboratives au sein des organisations puisent leur philosophie gestionnaire dans

le modèle des réseaux sociaux, favorisant la liberté de parole, la participation et la collaboration (Benedetto et Klein, 2017).

Les recherches sur l'*empowerment* ont particulièrement porté sur le consommateur, le patient et le travailleur avec des approches différentes. Coline Rual (2019) synthétise l'*empowerment* du consommateur comme un processus d'acquisition du pouvoir évoluant en plusieurs stades, individuel, collectif, collaboratif, dont chacun mène à une évolution de l'état psychologique du consommateur, qui gagne en perception de pouvoir. Elle décrit les répercussions de l'*empowerment* du consommateur sur la co-création de valeur pour l'entreprise. Pour ce faire, elle recommande notamment la mise en place à l'échelle de fédérations ou d'une association de plateformes digitales pour créer un espace d'échange de ressources et de création de savoir.

L'*empowerment* du salarié est plus particulièrement lié à la capacité d'exécuter une tâche et la responsabilisation du travailleur, à la délégation de pouvoir de la part de son responsable hiérarchique. Kim et Fernandez (2017) le définissent à la fois comme un état cognitif et une approche managériale. Kim et Fernandez (2017) résume la capacité cognitive comme un niveau de motivation accru dans l'exécution d'une tâche ou un état d'esprit pour lequel le salarié se sent capable d'accomplir une tâche. L'approche managériale fait référence aux comportements ou pratiques managériales qui favorisent le partage des informations, des ressources, des récompenses et de l'autorité avec ses subalternes. Citant Kanter (1979), Kim et Fernandez (2017) précisent que l'*empowerment* des employés peut passer par l'accès à trois sources de pouvoir : l'accès à des ressources essentielles, l'information et le retour d'information et le soutien et l'autorité d'agir. L'*empowerment* au sens de l'approche managériale peut effectivement signifier donner la capacité de prendre des décisions qui vont pouvoir influencer la direction (Bowen et Lawler, 1994). L'*empowerment* du salarié est aussi indissociable avec une plus grande responsabilité et une obligation à « rendre des comptes » (Ongori et Shunda, 2008).

Finalement, Cases (2017) souligne le rôle des plateformes d'échanges numériques qui se positionnent comme « des lieux de partage, d'échange et renforcent les liens entre patients. » (p. 147). Elle étudie comment des dispositifs numériques (un carnet de santé intelligent) peuvent impliquer le patient pour l'amélioration de sa santé. Les résultats montrent qu'elles ont effectivement la capacité de favoriser un *empowerment* psychologique par l'échange. Plus précisément, son étude examine le cas d'une plateforme d'échange positionnée entre le patient

et le médecin, où le patient complète ses données de santé et de modes de vie, consultable ensuite par le médecin. Cet outil collaboratif favorise un *empowerment* psychologique du patient sous la forme d'un pouvoir d'expert, informé, éduqué (connaissance et accès à l'information santé), d'un pouvoir de récompense, qui l'engage (capacité à partager l'information santé) et d'un pouvoir de légitimité, qui favorise son émancipation (la capacité à décider). L'interaction patient/médecin/plateforme favorise la confiance dans le médecin et plus d'engagement dans le dispositif médical. L'*empowerment* des patients connectés se traduit par une redéfinition de son rôle, ils deviennent acteurs de leur propre santé (Fayn et al, 2017 ; Cases, 2017). Ainsi, la question de l'usage des applications s'inscrivant dans la M-santé pour la prévention de la santé au travail, bien qu'étant portée sur les travailleurs, va davantage se rapporter à l'*empowerment* du patient connecté vis-à-vis des objectifs poursuivis.

III.3.2.2.4. Du caractère collectif des applications au *care* collectif

Les plateformes numériques sont caractérisées par le *self-tracking* et une dynamique collaborative qu'elles peuvent permettre. Ces caractéristiques sont vectrices d'échanges et de rapprochements entre différents acteurs qui vont communiquer entre eux à travers ou grâce aux informations délivrées par la plateforme. Ces acteurs peuvent former un collectif au sens d'un « ensemble de personnes participant d'une manière concertée à une entreprise quelconque » (Le Larousse). On peut reprendre l'exemple de patients atteints de la même pathologie qui vont échanger sur des forums spécialisés.

La littérature souligne que le collectif influence la performance de l'entreprise et a un rôle de *care* au sens d'un processus interactif où les salariés qui travaillent en groupe ne peuvent agir au mieux qu'en étant reliés, ce qui explique la création de soutien par un collectif (Beaucourt et Louart, 2011). Effectivement, Beaucourt et Louart (2011) définissent le *care* collectif comme un processus interactif, une « pratique d'agir ensemble, à l'intérieur d'un contexte précis » et ajoutent qu'il « oscille entre pratique sociale organisée et débats entre acteurs, jalonnés de réajustements et de régulations » (p. 49). Pour les managers, les processus de *care* collectif permettent simultanément d'offrir du soutien relationnel et des lieux de parole et d'interaction sur ce que chacun pense et vit dans son travail et créer des possibilités de négociation.

L'écoute et le soutien font aussi référence à la notion de *care* : « faire attention à », « prendre soin de », « se mobiliser pour l'autre », « l'accompagner » (Pesqueux, 2012). Pesqueux reprend Garrau et Le Goff (2010), pour qui le *care* fait référence à « une attention à l'autre qui se

développe dans la conscience d'une responsabilité à son égard, d'un souci de bien-être – et l'activité – l'ensemble des tâches individuelles et collectives visant à favoriser ce bien-être » (p. 113). La littérature met en avant le rôle que peut avoir le *care* sur l'amélioration de la performance et du niveau de santé au travail (Beaucourt et Louart, 2011).

Les plateformes numériques favorisent le self-tracking et la collaboration, sont liées à la formation de collectifs au sein desquels les acteurs échangent et se rapprochent grâce aux informations partagées. Ce collectif joue un rôle essentiel dans l'influence de la performance de l'entreprise et dans la création d'un environnement de *care*. Cette notion de *care* collectif est définie comme un processus interactif d'agir ensemble, offrant du soutien relationnel et des opportunités de négociation. À travers l'écoute, le soutien et l'attention à autrui, le *care* contribue à améliorer la performance et la santé au travail.

III.3.2.3. La transformation numérique au service des décideurs dans les organisations : les outils d'aide à la décision pour la santé des travailleurs dans un contexte du développement de la quantification RH

Nous avons examiné comment les questionnaires de santé deviennent plus puissants avec les technologies numériques. Nous avons ensuite souligné le développement des technologies de quantification de soi et collaboratives. Nous avons premièrement montré leur impact sur le rôle du travailleur-patient actif et engagé. À présent, nous nous penchons sur leur influence pour les décideurs des organisations. Nous commençons par présenter les limites des outils traditionnellement utilisés par les organisations pour la gestion des risques professionnels (III.3.2.3.1.). Nous poursuivons en soulignant une volonté croissante de quantifier les ressources humaines de l'organisation (III.3.2.3.2.). Enfin nous présentons l'*evidence based management* appliquée à la GRH (III.3.2.3.3.).

III.3.2.3.1. Des outils de diagnostic et de gestion des risques professionnels limités

Les organisations et les professionnels de la santé utilisent des outils de gestion des risques professionnels. Pour Girin (1990), une situation de gestion représente la réunion de participants qui « doivent accomplir, dans un temps déterminé, une action collective conduisant à un résultat soumis à un jugement externe » (p. 142). Cette réunion peut être physique mais aussi se tenir grâce à des moyens matériels comme des réseaux informatiques. La gestion des risques psychosociaux représente la réunion collective de différents acteurs de la santé au travail. Le

jugement externe se portera ici sur les résultats visibles de l'efficacité de l'intervention, particulièrement sous la forme d'indicateurs et d'actions mises en place et à mettre en place.

Les outils de pré-diagnostic des RPS ont fait l'objet d'un développement important depuis la mise en lumière de la problématique en France. Parmi les outils connus et utilisés pour un pré-diagnostic des RPS, on peut retrouver le questionnaire évolutions et relations en santé au travail (EVREST) complété par le médecin du travail, le guide d'indicateurs de dépistage des RPS (CRAM-INRS) pour aider à la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation de prévention des RPS, l'Outil « faire le point » de l'INRS, l'outil RPS-DU de l'INRS qui doit permettre de faciliter l'intégration d'une évaluation des RPS dans le DUERP (Ponelle et Vanevanoglou, 2017). L'usage de ces outils est recommandé à des personnes formées aux risques psychosociaux (Faucheux et al., 2009).

Ces outils sont cependant souvent l'apanage d'experts en santé, comme le médecin du travail, qui sauront faire passer les questionnaires et analyser les résultats. Ils sont aussi utilisés par de grands organismes statistiques. Ces outils n'ont pas pour seul but le diagnostic de l'entreprise mais ils peuvent chercher à dresser un reflet général de l'état des RPS au sein de l'ensemble des entreprises en France comme c'est le cas pour le questionnaire EVREST.

En France, dans le cadre d'une gestion interne des risques, la réglementation oblige l'adoption d'outils de gestion des risques professionnels. Ces outils doivent être mis en place dans chaque entreprise. Bien qu'ils posent une base collective pour la gestion des risques professionnels, ils ne sont parfois mis en place dans la réalité que superficiellement et ne sont pas exempt de limites liées à leur usage ou la compréhension des résultats. Cette impossibilité de leur mise en place peut aussi venir d'un manque de compétences et de connaissances. Parmi les outils dont disposent les organisations, le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et le bilan social font figures de proue du fait de l'obligation réglementaire concernant leur mise en œuvre. Nous présentons chacun d'eux en mettant en avant leurs objectifs et leurs limites.

Le DUERP, rédigé par l'employeur ou son représentant, que nous avons précédemment présenté en chapitre I, contient les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à travers un inventaire des risques (R4121-1 à R4121-4) dont les RPS doivent mécaniquement faire partie. Outil de repérage des risques professionnels, il se présente souvent

sous la forme d'un tableau reprenant les grands axes attendus par la réglementation (Henrotin et Gulisano, 2022). On y retrouve particulièrement le poste de travail concerné, les dangers, les risques et leurs niveaux de risque, les moyens de prévention/de protection existant et à mettre en place. Cet outil, qui doit permettre d'obliger une remise en question continue sur les risques auxquels sont confrontés les travailleurs, n'est pas exempt de limites. Parmi celles-ci, le DUERP ne chercherait qu'à maîtriser les risques inhérents à l'organisation, or les RPS sont multifactoriels et touchent à la fois dans le monde professionnel et personnel. Le DUERP n'a aussi une obligation de mise à jour qu'une seule fois par an au minimum, ce qui limite l'adaptation aux risques des organisations.

L'organisation peut également s'appuyer sur le bilan social (BS). Le BS est un outil rendu obligatoire en France en 1977 et, bien qu'il n'ait pas été pensé par le législateur comme un outil de gestion, il peut le devenir en favorisant « l'identification et le traitement des problèmes sociaux » ou en étant intégré dans un « système de planification et de gestion sociale » (p. 64) (Igalens et Peretti, 1982). Toute entreprise d'au moins 300 salariés doit établir chaque année un bilan social. Cette photographie doit permettre « d'appréhender la situation de l'entreprise dans le domaine social, d'enregistrer les réalisations effectuées et de mesurer les changements intervenus au cours de l'année écoulée et des deux années précédentes » (article L 2323-70). Le code du travail ajoute qu'il comporte des données sur les conditions de santé et de sécurité, les conditions de travail en général ou encore les conditions de vie des salariés. Cependant au-delà d'une seule mise à jour par an, les données qu'il fournit se limitent à des indicateurs chiffrés. Il « ne permet pas de savoir quels sont les sentiments, les attitudes, les perceptions, les attentes et les intentions du personnel » (Igalens et Peretti, 1997, p. 6) et « ne laisse place à l'expression des salariés que par un avis du comité d'entreprise (ou d'établissement) qui doit, en principe, être joint au bilan social » (Igalens et Peretti, 1997, p. 5).

Ainsi, les outils de diagnostic et de gestion des risques professionnels dans le contexte de la santé au travail jouent un rôle essentiel dans l'évaluation et la gestion des RPS au sein des organisations. Cependant, malgré leur importance, ils présentent certaines limitations. Les outils de pré-diagnostic des RPS, tels que les questionnaires et guides d'indicateurs, sont souvent utilisés par des experts en santé et nécessitent des connaissances et compétences spécifiques pour leur usage. De plus, bien que des outils comme le DUERP et le Bilan Social soient obligatoires en France, ils peuvent ne pas suffisamment prendre en compte la complexité des RPS. De ce fait, ces outils offrent une base pour la gestion des risques, mais des

améliorations sont nécessaires pour mieux appréhender les enjeux de la santé au travail dans leur ensemble.

III.3.2.3.2. Une volonté croissante de quantifier les ressources humaines

Depuis sa création, la fonction RH en entreprise n'a cessé d'évoluer et la GRH d'hier qui était basée sur la gestion administrative du personnel, mission alors prise en charge par la direction administrative et financière, n'est plus qu'une part de la gestion des ressources humaines d'aujourd'hui. Elle doit être « une fonction créatrice de valeur, mettant l'accent sur sa contribution stratégique et le développement de prestations à valeur ajoutée pour les managers opérationnels » et pour lesquelles les TIC sont centrales (Laval et Diallo, 2007 citant Lepak, 1998, p. 125). Les TIC jouent un rôle de transformation digitale de la GRH à travers leur capacité à fournir des informations et à collecter des données pour réduire les fonctions répétitives et routinières et contribuer à l'amélioration de la prise de décision en créant une GRH stratégique (Laval et Diallo, 2007). Les évolutions sont telles qu'il s'agirait d'un nouveau modèle de GRH, où les nouvelles technologies de l'information et de la communication permettraient un libre accès à l'information pour les salariés, moins de tâches administratives de la RH, des prestations de GRH en ligne, une responsabilité totale des managers opérationnels sur la GRH, une fonction RH support des managers et orientée sur des missions stratégiques d'appui aux managers (conduite du changement...) (Matmati, 2000).

Depuis plusieurs années, les technologies RH ont-elles-mêmes connues de grandes évolutions qui ont offert de nouvelles possibilités à la GRH et particulièrement le champ de la quantification RH. Les nouvelles technologies, particulièrement représentées par l'intelligence artificielle et le Big Data, déjà très intégrées dans beaucoup de problématiques organisationnelles, continuent de s'étendre à toutes les questions de gestion des ressources humaines. Elles peuvent notamment concerner le recrutement, la gestion de carrière, la formation ou encore la mobilité.

McAfee et al. (2012) résume un point essentiel pour eux attribué au Big Data comme « vous ne pouvez manager que ce que vous ne pouvez pas mesurer » (p. 4 - traduction personnelle). La mise en chiffres des salariés sur des notions qui apparaissaient au premier regard très subjectives (bien-être, engagement, satisfaction...) a gagné un regain d'intérêt pour les entreprises. Si la GRH se limitait auparavant à un questionnaire papier, traité à la main sur le climat de l'entreprise, des exemples d'entreprises montrent que les TIC sont aujourd'hui en mesure

d'automatiser de la récolte, du traitement et de la visualisation des données sous la forme de solution « SaaS » (*solution as a service* – Logiciel en tant que service).

Les solutions SaaS font partie du champ du *Cloud Computing*, (l'informatique en nuage, sur des serveurs). Il s'agit avant tout d'un nouveau mode de fourniture et de financement des ressources informatiques pour les organisations (Reix et al., 2016). Pour eux, le *Cloud Computing* représente une externalisation de ressources (un logiciel par exemple) auprès d'un tiers. Le logiciel peut être facturé à l'utilisation réelle, donc de ne payer qu'en fonction de ses besoins et d'éviter des investissements en technologie de l'information physique (comme des serveurs physiques et leur maintenance). Ainsi, le *SaaS* représente l'un des trois composants pouvant être externalisé avec l'*IAAS* (*Infrastructure as a Service*, comme du stockage, les serveurs...) et la *PaaS* (*Platform as a Service*, comme l'hébergement mais intègre également des systèmes d'exploitation).

La quantification RH apparaît à travers la littérature sous plusieurs grandes évolutions (Coron (2019a)) à travers le reporting RH, l'analytique RH et le Big Data RH. Ils sont chacun représentatifs d'une évolution des technologies. Coron (2019a), s'appuyant sur Marler et Boudreau, (2017), définit le reporting comme de simples métriques RH alors que l'analytique RH est basée sur « des techniques statistiques et des approches expérimentales qui peuvent être utilisées pour montrer l'impact des activités des ressources humaines » (Marler et Boudreau, 2017, p. 14 – traduction personnelle). Cossette et al. (2014) expliquent que l'analytique RH amène à aller au-delà des simples mesures et de la création d'indicateurs qui peuvent en découler. Elle doit permettre de « relier les résultats de différents indicateurs entre eux afin d'en comprendre le sens, et d'identifier les leviers d'actions » (Cossette et al., 2014, p. 45). Le Big Data RH est, quant lui, une nouvelle évolution de la quantification RH, en rupture avec les précédentes, et correspond à « la mobilisation de volumes de données plus importants, de données non structurées, et d'algorithmes qui permettent notamment une certaine automatisation » (Coron (2019a) p. 57-58, reprenant De Vaujany, 2017).

Pour Levy (2019), les prestataires des outils de Big Data RH promettent un gain de performance des services RH et une plus grande influence sur les décisions des dirigeants d'entreprise. Les salariés deviendraient des acteurs centraux, ils seraient responsabilisés grâce à l'assistance de l'outil intelligent, fonctionnant à base d'algorithmes. Par exemple, dans un article de 2019, Dejoux présente un exemple d'utilisations de l'IA. Ainsi, la mairie de Paris proposerait un

système de prédiction des risques d'accidents de travail en se basant sur des données comme l'âge, l'ancienneté, de type de contrat ou encore les maladies professionnelles.

Cependant, derrière ces promesses technologiques, Levy (2019) ajoute aussi que la vision des attendues du Big Data RH peut être en décalage avec la réalité. Une vision de changements à apporter à l'organisation peut se confronter à des possibilités réelles de transformations qui sont limitées (en particulier lié aux résistances de certains utilisateurs). Parmi les autres problématiques liées au Big Data, les données mêmes qui permettent à ces algorithmes de fonctionner sont aussi au centre de préoccupations sur la protection des données des salariés, qui peuvent d'ailleurs encore une fois en être responsabilisés en acceptant ou non la diffusion de celles-ci (Coron, 2020).

Par ailleurs, Tambe et al. (2019) identifient quatre défis dans l'utilisation de l'IA dans le management des ressources humaines à travers la complexité des phénomènes RH avec des contraintes liées à de petits ensembles de données : la capacité à tirer des résultats fiables de l'IA sont réduites ; les contraintes légales ; les questions d'éthique et enfin les possibles réactions négatives des employés aux décisions de gestion prises grâce aux algorithmes.

Ainsi, ces technologies au service de la RH ne sont pas sans conséquence sur sa transformation. Les effets des TIC sur la GRH peuvent être analysés à travers trois impacts (Laval et Diallo, 2007) : l'impact opérationnel, qui donne accès à l'administrateur à des outils pour effectuer ses tâches (SIRH), l'impact relationnel, qui facilite la communication, l'interactivité, le partage (tableaux de bord sociaux, plateformes d'e-learning...) et l'impact transformationnel, qui favorisent des modifications organisationnelles et managériales à travers notamment leur capacité de contrôle.

Enfin, Dejoux (2019) divise la technologie RH en quatre familles d'outils basées sur l'intelligence artificielle et triées selon les transformations qu'elles impliquent. La première famille est constituée des « disrupteurs ». Ils transforment les principes de structuration d'un domaine comme celui du recrutement en faisant remonter des profils correspondants à la recherche, sans CV, par le « matching ». Les « challengers » correspondent à des « domaines RH qui intègrent de nouvelles fonctionnalités grâce à l'IA » (p. 59) comme avec la personnalisation des parcours de formation selon la façon d'apprendre des candidats, de manière individualisée, en sortant du système de compétences métiers traditionnel. Les « optimisateurs » permettent, eux, de gagner « en efficacité, en temps, en performance » (p. 59)

et notamment par leur capacité de prédiction. L'intelligence artificielle permet ici de remonter de l'information dans des tableaux de bord en temps réel, pour la gestion des effectifs, pour la prévention et le bien-être au travail, en prédisant par exemple de possibles accidents du travail grâce aux données sur les salariés et l'historique de l'entreprise. Enfin, les « intégrateurs » ont pour objectif de fluidifier la circulation de l'information en mettant en relation plusieurs domaines IA et deviennent des « agrégateurs d'activités RH » (p. 59) (un outil gère l'évaluation, la formation, des programmes de développement de compétences...).

Enfin, de la simple gestion administrative du personnel, la GRH a évolué vers une fonction créatrice de valeur et stratégique. Les TIC, notamment l'intelligence artificielle et le Big Data, ont joué un rôle essentiel dans cette transformation en automatisant les tâches répétitives et en favorisant une GRH plus orientée vers la prise de décision stratégique. La quantification RH, représentée par le reporting, l'analytique RH ou le Big Data RH, est devenue une composante cruciale de cette évolution. Cependant, malgré les promesses et les avantages qu'elle offre, la quantification RH ne vient pas sans défis. Les questions de protection des données, les limites des algorithmes et les implications éthiques et légales sont autant d'aspects à considérer. Ces technologies ont également un impact sur la transformation globale de la GRH.

III.3.2.3.3. La quantification RH au service de l'*Evidence Based Management (EBM)*

La technologie peut être une assistance à la gestion des ressources humaines, qui peine à pouvoir manager les risques en temps réel. Pour Merlet et Poussing (2020 ; p. 115), citant Valléry et Leduc (2017), les supports informationnels peuvent servir d'appuis pour éviter toute dégradation de la santé au travail, notamment les RPS. Pour Vidal et Petit (2009), les systèmes d'information ont cette capacité à aider à piloter des processus, analyser des performances, anticiper des évolutions et prendre des décisions.

Pour Cossette et al. (2014) « la mesure de la gestion des ressources humaines s'inscrit dans un courant de gestion appelé « gestion par les preuves (*Evidence Based Management...*) » (p. 45). Les données récoltées doivent permettre de prendre des décisions, d'activer un plan d'actions, à partir de données valides, recueillies sur la base d'un processus d'observation systématique (Cossette et al., 2014 ; Benabbou et Nafzaoui, 2020). La mesure et la preuve de leur efficacité sont un élément central pour que les fonctions RH obtiennent et justifient leur rôle stratégique dans les organisations (Lawler et al., 2004).

Dans le domaine des ressources humaines, l'« *Evidence Based HR* » doit permettre de faire face au nombre de décisions erronées qui abondent dans le domaine des ressources humaines (Rousseau et Barends, 2011). Dans l'*EBM*, la quantification doit permettre « d'améliorer la prise de décision, les processus et les politiques » (Coron, 2019b, p. 9). Rousseau et Barends (2011) synthétisent quatre caractéristiques dans les pratiques de gestion RH de prise de décision basée sur la preuve : l'« utilisation des meilleures preuves scientifiques disponibles provenant de sources évaluées par des pairs ; la collecte systématique de faits, d'indicateurs et de mesures organisationnels pour mieux agir par le biais des preuves ; le jugement du praticien assisté par des procédures, des pratiques et des cadres qui réduisent les préjugés, améliorent la qualité des décisions et créent un apprentissage plus valide au fil du temps ; les considérations éthiques qui pondèrent les impacts à court et à long terme des décisions sur les parties prenantes et la société » (p. 224, notre traduction).

Dans une situation où la quantification prend une place grandissante dans les organisations, les algorithmes qui vont pouvoir traiter cette information ont une fonction de plus en plus importante. La fonction RH et le management témoignent un intérêt pour la quantification comme un outil de rationalisation (Coron, 2019b). Pour Coron (2019a), « le management par les algorithmes est une forme de rationalisation poussée à l'extrême », « où le travail est confié à un algorithme », « tout comme l'évaluation de la qualité du travail » (p. 106). Plusieurs questions sont naturellement soulevées par le management algorithmique comme l'efficacité organisationnelle est-elle réelle ou non (perte d'espace de créativité), le contrôle et l'autonomie (le chauffeur Uber est contraint par les directives de l'application), la perception et le vécu (les décisions sont-elles justes, transparentes, motivantes ?) (Coron, 2019b).

Conclusion de la section III.3.

La première section nous a permis de développer la notion de M-santé. La seconde section a ensuite mis en avant la notion de transformation numérique auquel l'usage d'une technologie de la M-santé fait référence. Cette troisième section a examiné de manière approfondie les évolutions de l'intervention pour la prévention des risques professionnels induites par la transformation numérique.

Premièrement, nous avons effectué une analyse des applications qui s'inscrivent dans la M-santé, dans le champ d'intervention de la santé au travail. Nous analysons puis transposons l'influence des TIC pour la santé en générale à la santé au travail. Nous soulevons ensuite au moyen d'une analyse des articles traitant des applications liées à la M-santé au travail deux objectifs interventionnels : une gestion plus autonome de sa santé et un outil d'aide à la décision.

Deuxièmement, nous avons examiné les conséquences opérationnelles de la transformation numérique de la santé au travail. Nous avons montré comment les questionnaires de santé sont renforcés par les technologies numériques, qui se rapportent avant tout à une numérisation voire une digitalisation. Nous avons ensuite exploré le développement des technologies de quantification de soi (*quantified self*) puis collaboratives. Le *quantified self* désigne l'usage de technologies au-delà des capteurs, qui s'étendent aussi aux mesures manuelles, favorisant l'auto-évaluation de caractéristiques physiques et psychologiques. Bien que principalement centrées sur des pratiques individuelles, ces technologies trouvent une place grandissante dans les contextes organisationnels. Ce marché vise à améliorer la santé et le bien-être des employés par le biais de programmes de bien-être pour réduire les risques de maladies, d'absentéisme et augmentant la productivité. Ce mouvement du *quantified self* est associé à une attitude néolibérale de développement personnel et de responsabilisation individuelle envers sa propre santé. Les plateformes numériques facilitent également la collaboration entre les individus, favorisant l'*empowerment*. Cette capacité d'*empowerment* que nous présentons sous l'angle du consommateur, du travailleur et enfin du patient peut s'étendre au « travailleur-patient connecté » à travers les applications liées à la M-santé au travail. En outre, les plateformes numériques suscitent des interactions entre les acteurs qui favorisent le *care* collectif. Ces collectifs ont un impact sur la performance de l'entreprise,

généralisant un environnement de *care* où l'attention, le soutien et l'échange contribuent à l'amélioration de la santé au travail.

Troisièmement, l'analyse de la transformation numérique porte également sur les décideurs et plus particulièrement sur la gestion des ressources humaines. Elle met en lumière comment les outils traditionnels de gestion des risques professionnels montrent des limitations et comment la quantification des ressources humaines évolue avec l'utilisation croissante des technologies, notamment l'intelligence artificielle et le Big Data. Cette évolution vers la quantification a des implications significatives pour la gestion basée sur des preuves (*Evidence Based Management*) dans le domaine des ressources humaines. Elle soulève aussi des défis comme la protection des données. En fin de compte, la transformation numérique favoriserait une vision plus stratégique de la GRH. La mesure et la preuve permise par la quantification RH permettrait de soutenir la prise de décision et de justifier l'influence stratégique de la fonction.

III.4. Les enjeux stratégiques derrière l'adoption d'outils de gestion numériques pour la prévention des risques professionnels

La première section de ce chapitre nous a permis d'explorer la M-santé en tant que segment de l'E-santé, en identifiant les technologies, les objectifs, ainsi que les perspectives qui lui sont associées. Ayant identifié les contours de la M-santé nous avons poursuivi dans une seconde section notre compréhension de leur niveau d'influence en définissant la notion de transformation numérique. La troisième section nous a permis d'analyser en profondeur les applications de la M-santé au travail étudiées dans la littérature et souligner leur influence sur la prévention de la santé au travail, en particulier du point de vue d'un travailleur plus autonome mais aussi d'un décideur mieux équipé.

Finalement, cette quatrième et dernière section souligne que l'usage de nouveaux outils de gestion de la santé n'est pas neutre pour l'organisation. Il porterait un caractère stratégique pour l'organisation. D'une part, les outils de gestion numérique font partie intégrante du système d'information de l'organisation. Cette caractéristique nous amène à souligner à travers la notion d'alignement stratégique la capacité du système d'information à pouvoir ou non répondre au besoin de l'organisation et ainsi influencer sa performance (III.4.1). Les outils de gestion vont également avoir la capacité à guider les utilisateurs, à modifier les comportements, lorsque la philosophie gestionnaire ne se confronte pas à un décalage trop important avec les outils préexistants au sein de l'organisation. Une lecture par l'usage prescrit d'un outil de gestion est insuffisante et doit être complétée par la question de son appropriation qui porte trois regards sur l'outil : une perspective rationnelle, une perspective sociopolitique et une perspective psycho-cognitive (III.4.2.). Enfin, nous abordons l'influence des outils de gestion sur le processus de résolution d'une problématique à travers la sociologie de la traduction et le concept d'objet-frontière (III.4.3).

III.4.1. Le rôle stratégique du système d'information sur la performance de l'organisation

Cette sous-section analyse le caractère stratégique des systèmes d'information pour l'organisation. Le rôle du système d'information (SI) revêt une importance stratégique en influençant la performance des organisations. Dans un premier temps, nous explorons comment le système d'information ressources humaines (SIRH) agit en tant qu'agrégateur de ressources techniques et humaines, favorisant ainsi la réalisation d'objectifs communs (III.4.1.1). Dans un second temps, nous abordons la question de la cohérence entre les systèmes d'information et la

stratégie globale de l'organisation. Nous analysons comment l'alignement stratégique des SI émerge comme un moteur essentiel de la performance organisationnelle. (III.4.1.2).

III.4.1.1. Le système d'information RH, l'agrégation de ressources techniques et humaines pour atteindre un objectif commun

Selon Reix (2004), un système d'information est « un ensemble organisé de ressources : matériel, logiciel, personnel, données, procédures... permettant d'acquérir, de traiter, de stocker des informations (sous forme de données, textes, images, sons etc.) dans et entre des organisations » (p. 110). Cette définition a l'avantage de souligner la caractéristique technique et la notion de circulation de l'information qu'elle permet. Par ailleurs, Reix et Rowe (2002) ajoutent que le système d'information est un « système d'acteurs sociaux qui mémorise et transforme des représentations via des technologies de l'information et des modes opératoires ». Reix et al. (2016) citant Alter (1991) ajoutent qu'un « système d'information est une combinaison de pratiques de travail, d'informations, de personnes et de technologies... organisée pour atteindre des objectifs dans une organisation ». Ces définitions permettent d'intégrer la notion d'acteurs et de parties prenantes dans la notion de système d'information, sans se limiter à des caractéristiques techniques uniquement. Elle souligne la mobilisation de ce système pour atteindre des objectifs spécifiques. Ainsi, Reix et al. (2016), détaillent un système d'information comme des acteurs puisque le système d'information n'existe que parce qu'il est composé d'acteurs comme des utilisateurs ou concepteurs et des données sous des formes variées, la « matière première des traitements » (p. 2). Elles sont indispensables au bon fonctionnement de l'organisation. S'ajoutent du matériel et des logiciels car même si un système d'information ne se réduit pas obligatoirement à un système technologique (un papier et un crayon peuvent en faire partie), il se compose très souvent de technologies numériques.

Les systèmes d'information sont stratégiques face aux défis issus de l'environnement concurrentiel, ils sont une réponse au besoin d'information de l'organisation pour survivre (Issa-Salwe et al., 2010). Dans le contexte de la gestion des ressources humaines, « la puissance de la micro-informatique et l'orientation vers les réseaux locaux ouvrent à la GRH des perspectives de développement » (Peretti, 1994, p. 54). Le système d'information RH est un « système utilisé pour acquérir, stocker, manipuler, analyser, retraiter et distribuer de l'information pertinente au sujet des ressources humaines d'une organisation » (Tannenbaum, 1990, p. 27).

Bernard Just (2010) divise en trois périodes l'évolution de l'informatisation de la fonction RH. Le système d'information ressources humaines (SIRH) serait ainsi une nouvelle étape de la fonction RH qui doit répondre à des besoins qui se multiplient. L'âge de pierre correspond aux premiers logiciels professionnels dédiés à la paie qui font leur apparition grâce au développement de l'ordinateur. L'âge de Bronze fait ensuite référence à l'évolution des besoins de la fonction RH (formation, complexification de la paie) qui pousse les éditeurs à enrichir leur progiciel (formation, gestion des temps). Enfin, l'âge de fer est décrit comme l'apparition du SIRH à partir des années 2000, répondant à l'apparition d'autres besoins comme l'employabilité, la gestion de carrière ou le recrutement.

Le SIRH offre l'opportunité de pallier la trop grande quantité d'informations non traitées, en synthétisant l'information quantitative et qualitative, afin de disposer « de renseignements riches, actuels, complets et opérationnels » (p. 41), même si l'utilisateur ne se saisit malheureusement pas toujours de l'ensemble des possibilités offertes par l'outil (Junghans, 2007).

Le SIRH est aussi un soutien à la prise de décision (Mirdrasse et Jaouhari, 2021). Il est l'un des sous-systèmes d'informations présents dans une organisation (Martory, 2018). Il a pour objectif de permettre l'accomplissement des missions des fonctions ressources humaines. Martory précise qu'il est à la fois un instrument de communication, qui peut se traduire par le dialogue, la cohésion ou encore son action sur le climat social ; un support de la communication avec l'environnement (par exemple le bilan social) ; et « le support des processus de gestion et donc du contrôle et de la décision » (p. 301) car l'information sociale traitée représente la base des décisions individuelles (rémunération...) ou collectives (embauches...).

Temsamani et Mensoum (2012) décrivent que l'utilisation d'un progiciel pour la GRH est avant tout liée à la recherche d'optimisation des activités administratives (dossiers du personnel, la paie, la gestion sociale). De plus, le SIRH a la capacité de favoriser le partage de la fonction RH. Pour lui, ce partage se traduit par le positionnement du manager comme acteur des principales activités RH de l'entreprise (gestion administrative et sociale, gestion stratégique des RH...). Temsamani et Mensoum (2012) expliquent que le SIRH permet de réaliser de manière personnalisée le « suivi des objectifs des collaborateurs et des équipes, (d')apprécier la performance, les compétences individuelles et collectives, (d')identifier les besoins en

matière de formation... le tout dans un environnement de travail collaboratif caractérisé par de bonnes conditions de réactivité, de fiabilité et de convivialité » (p. 406).

Darbelet et al. (2007) soulignent également trois finalités du système d'information. Il agit sur la prise de décision car il permet de collecter des informations et d'étudier des conséquences prévisibles des décisions. Il agit sur le contrôle en contrôlant des réalisations par rapport aux prévisions et à l'historique des situations. Il agit enfin sur la coordination entre les différentes fonctions de l'entreprise. Effectivement, un département marketing va organiser un évènement qui va déclencher des opérations liées à la production ou la gestion des stocks.

Ainsi, les définitions mettent en avant la nature complexe et multifacette des systèmes d'information en intégrant à la fois les aspects techniques et sociaux, ainsi que leur rôle clé dans l'atteinte des objectifs organisationnels. Ces systèmes revêtent une importance stratégique, répondant aux impératifs de compétitivité et de survie dans un environnement concurrentiel. Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, le système d'information RH se positionne comme une étape évolutive qui accompagne les besoins changeants de la fonction RH. Le SIRH offre la possibilité de synthétiser et d'exploiter les informations pour la prise de décision, tout en soutenant la communication interne et les processus de gestion. Il peut aussi se traduire par faire davantage prendre part le manager à l'activité RH. L'évolution vers le SIRH s'inscrit dans la recherche d'optimisation des activités administratives et dans la promotion d'un partage accru des responsabilités au sein de la fonction RH. Les systèmes d'information agissent de manière essentielle sur la prise de décision, le contrôle et la coordination au sein de l'organisation.

III.4.1.2. La cohérence des systèmes d'information avec la stratégie de l'organisation : l'alignement stratégique comme facteur de performance organisationnelle

Selon Henderson et Venkatraman (1989), l'alignement stratégique se positionne comme un prédicteur du lien entre la cohérence de décisions organisationnelles et la performance. Ils définissent plus spécifiquement l'alignement stratégique autour de quatre domaines : la stratégie de l'entreprise, la stratégie en matière de technologie de l'information, l'infrastructure et les processus organisationnels, et l'infrastructure et les processus portant sur la technologie de l'information. Ces quatre « chemins » forment le modèle de base de l'alignement stratégique (Figure 14).

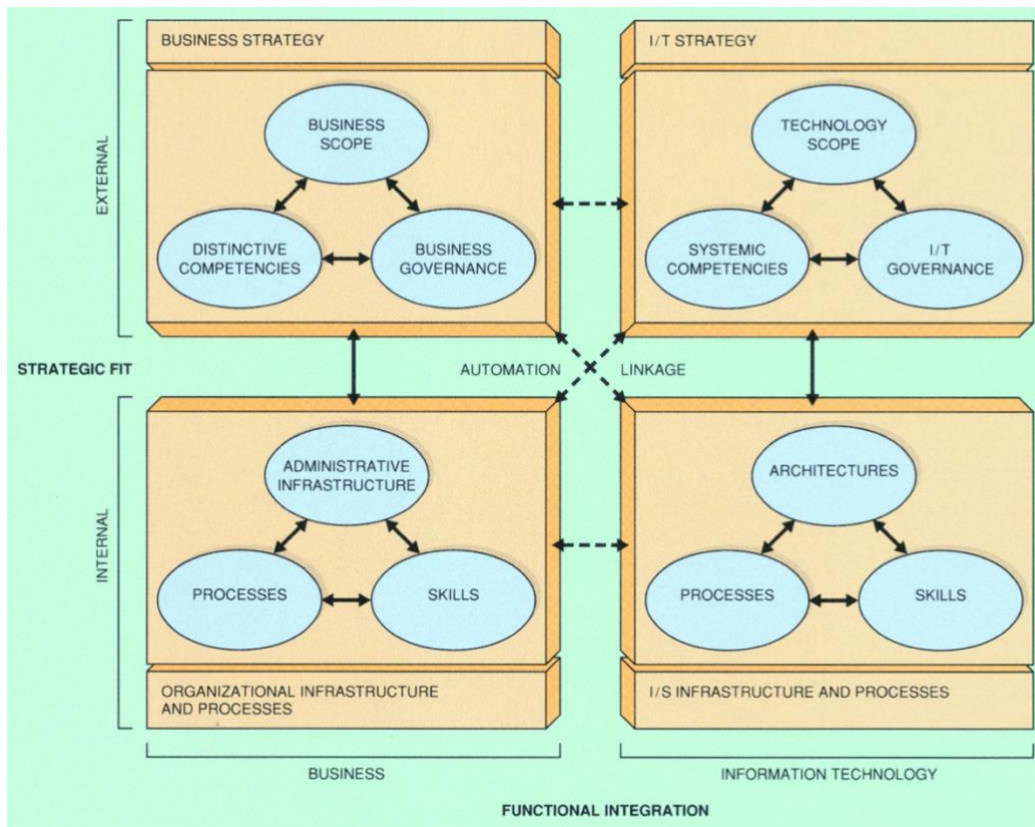


Figure 14 : L'alignement stratégique issu de Henderson et al. (1999)

Au niveau interne, l'alignement stratégique porte sur l'intégration fonctionnelle entre l'infrastructure organisationnelle et celle des systèmes d'information. Au niveau externe, la cohérence porte entre la stratégie d'entreprise et la stratégie des TIC (Henderson et Venkatraman, 1993). Dans leur modèle, ils tentent d'expliquer l'absence de lien entre l'investissement en TIC et leur rentabilité, leur propension à générer un retour sur investissement (*Return On Investment – ROI*). À partir de leur modèle, ils justifient l'importance de leur valorisation. Plus précisément, leur modèle permet de l'expliquer par un manque de cohérence entre les choix de l'organisation. L'alignement vertical, le « Fit Stratégique », désigne les « interrelations entre les domaines internes et externes » (p. 472). Il s'agit d'aligner les infrastructures de l'organisation et des systèmes d'information aux stratégies globales de l'organisation. L'intégration fonctionnelle représente, elle, l'alignement horizontal, définit comme le « processus d'intégration entre les domaines business et fonctionnel » (p. 472). Cela concerne la co-influence entre les choix liés aux systèmes d'information et ceux liés à l'organisation.

L'alignement stratégique doit « servir la stratégie de l'entreprise », et « être source de valeur, d'optimisation et d'innovation pour l'entreprise » (Thevenet, 2009, p. 18). La construction de l'alignement peut passer par la recherche d'un logiciel aligné avec les besoins organisationnels (Rosemann et al., 2004). Plusieurs études empiriques ont prouvé l'efficacité de l'alignement stratégique sur la performance de l'organisation (par exemple Byrd et al., 2006 ; Attar et Zahi, 2020). L'étude de Tarik et al. (2019) montre l'apport de la mise en place d'un tableau de bord prospectif (BSC) en termes d'alignement stratégique et de pilotage de la performance au sein de l'hôpital public.

L'alignement stratégique est l'illustration dans les systèmes d'information du besoin de cohérence entre les systèmes et les stratégies des organisations. Pourtant cette recherche de cohérence se heurte à plusieurs problématiques qui en limitent l'intérêt. Ainsi, Bourguignon et Jenkins (2004) mettent en avant une cohérence mal définie, trop peu précisée et pas assez opérationnalisée. De plus, l'évaluation de la cohérence ne fait pas l'objet d'un consensus interdisciplinaire ou même interprofessionnel, aucun critère normatif n'en ressort.

III.4.2. La capacité d'influence d'un outil de gestion : du déterminisme technique à l'appropriation de l'outil

Nous avons souligné dans la précédente sous-section l'importance stratégique des TIC sous l'angle SIRH et de leur alignement stratégique, un prédicteur du lien entre la cohérence de décisions organisationnelles et la performance. Nous abordons dans cette deuxième sous-section les technologies numériques sous l'angle des outils de gestion et de leur capacité d'influencer les utilisateurs. Pour ce faire, nous définissons l'outil de gestion (III.4.2.1.) puis analysons la question de son déterminisme technique (III.4.2.2.) et relevons finalement l'importance de la question de l'appropriation (III.4.2.3.).

III.4.2.1. Définition d'un outil de gestion et des autres notions proches de règles, dispositifs et objets de gestion

Les outils qui assistent le gestionnaire sont indispensables. « Comme toute technique, la gestion est une pratique instrumentée. Le gestionnaire fait usage de nombreux outils qui structurent son activité en le définissant lui-même » (Chiapello et Gilbert, 2013, p. 31). Pourtant, la notion d'outil de gestion est complexe. Plusieurs autres dénominations existent et rajoutent de la difficulté à sa bonne compréhension. Par exemple, Hatchuel et Weil (1992) utilisent la notion de techniques managériales pour le désigner. Il peut aussi s'agir d'autres notions liées mais qui

n'ont pas la même signification. Plusieurs auteurs ont ainsi cherché à les définir et à les distinguer ces notions. Parmi eux, De Vaujany (2006) précise les différences entre les objets, les règles, les outils et les dispositifs de gestion. Moisdon (1997) fait la distinction entre un outil de gestion, une règle et un dispositif. L'agrégation des travaux sur ces notions permet de donner une vision plus précise de la définition de ces notions dans la littérature, et de mieux les distinguer.

Pour De Vaujany (2006), un **dispositif de gestion** peut représenter l'agrégation de plusieurs outils de gestion qui vont aider au pilotage de l'organisation. Un dispositif de gestion représente l'agrégat d'un ensemble d'outils de gestion et d'acteurs de manière cohérente, avec une intention stratégique (De Vaujany, 2006). Moisdon et Hatchuel (1997) soulignent également que les dispositifs de gestion sont un concept plus large que les outils de gestion, des « types d'arrangements des hommes, des objets, des règles et des outils (qui) paraissent opportuns à un instant donné » (p. 10-11).

Un **objet de gestion** représente un élément (technique, savoir-faire...) dont l'objectif est d'agir sur l'action collective ou micro-social (De Vaujany, 2006). Il peut s'agir d'interface d'outils informatiques, de croquis, de schéma ou encore d'indicateurs.

Une **règle de gestion**, qui peut avoir un caractère formel ou informel (discours, pratique...) a une visée normative, prescriptive (De Vaujany, 2006). Pour Moisdon et Hatchuel(1996), la différenciation avec un outil de gestion n'est pas toujours aisée, « Un planning, reliant entre elles des tâches affectées de délais, de contraintes de succession et de limitations de ressources, ne devient-il pas rapidement une obligation pour ceux qui en sont destinataires ? » (p. 8).

De Vaujany (2006) définit un **outil de gestion** par son caractère instrumental (même finalisé il n'est défini que par l'usage qu'il en est fait) et contextuel qui transformeront l'outil progressivement du fait de son appropriation par les acteurs. Il s'agit de l'intégration d'un ensemble d'objets de gestion (De Vaujany, 2006). Il doit « aider un acteur ou un groupe d'acteurs à raisonner sur les fonctionnements dans lesquels leur action s'inscrit, et à anticiper leurs évolutions possibles. » (Moisdon, 1997). Même s'ils peuvent alimenter les règles de gestion, un outil de gestion doit avant tout aider dans le choix en les orientant ou les évaluant. Il est une « représentation formalisée d'un fonctionnement organisationnel », et ainsi, au contraire d'une règle, ne peut pas être informel (Moisdon, 1997, p. 10). En ce sens, l'outil de

gestion va appuyer les intentions d'usage des gestionnaires qui sont multiples. Parmi ces intentions, il peut avoir pour objectif de prévoir, décider et contrôler, organiser, commander, coordonner (Moisdon, 1997 ; Chiapello et Gilbert, 2013).

Enfin, De Vaujany souligne que la dénomination va enfin dépendre de sa finalité. « D'un point de vue interprétatif, un même outil de gestion utilisé par une filiale pourra être pensé comme un objet de gestion pour les membres d'un siège central » (De Vaujany, 2006). Il ajoute qu'un tableau de bord restera une règle de gestion tant qu'il ne sera qu'évoqué par le siège, mais deviendra un outil de gestion s'il devient incorporé aux pratiques quotidiennes et dans la prise de décision. De même, un outil de gestion peut également devenir une règle.

III.4.2.2. Le déterminisme technologique de l'outil de gestion

Ayant défini les outils de gestion, nous nous attachons à présenter leur déterminisme technique. Pour cela, nous développons le déterminisme technique comme un facteur de changement au sein de l'organisation (III. 4.2.2.1.), puis à travers la scénarisation permise par les outils de gestion (III.4.2.2.2.) et enfin par la présentation des grandes fonctions d'un outil de gestion (III.4.2.2.3.) qui permettent d'ouvrir la réflexion sur la question de l'appropriation.

III.4.2.2.1. Le déterminisme technique comme facteur de changement au sein de l'organisation

Le déterminisme technologique dans le contexte des organisations fait traditionnellement référence au fait que la technologie est le premier facteur explicatif d'un changement au sein de l'entreprise. Dans notre cas, il s'agirait de la manière dont les technologies de la M-santé sont les premières causes explicatives d'une réorganisation de l'intervention pour la prévention des RPS. Dans cette perspective, les caractéristiques techniques de la M-santé seraient l'unique variable explicative et unidirectionnelle d'un changement dans l'intervention pour la prévention des risques professionnels.

Pour Bourguignon et Jenkins (2004), le déterminisme technique est considéré comme la capacité des systèmes de gestion à « mobiliser le comportement humain dans un sens favorable à des stratégies spécifiques » (p. 34). Les outils contribuent ainsi à la mise en œuvre des stratégies de l'organisation. Pour l'illustrer, ils reprennent l'exemple du *balanced scorecard* (Kaplan et Norton, 1996) qui doit permettre grâce à des indicateurs, d'attirer l'attention des

décisionnaires, et permettre ainsi d’orienter les comportements vers la clientèle, et favorise de ce fait la mise en place de la stratégie centrée sur la clientèle.

Pour Grimand (2006, p. 15-16), la conception représentationniste des outils de gestion dans la littérature repose sur trois postulats. Le premier est la capacité de l’outil à répliquer au plus près le réel et déterminera son efficacité. Ses propriétés intrinsèques et son design suffiraient à le définir. Le second est que l’outil est une source de rationalisation et de normalisation des comportements. Il aurait ainsi par définition la capacité « d’influencer l’action ou les schémas de raisonnement qui y conduisent ». Enfin, le troisième est que son efficacité n’est pas tributaire d’une appropriation, puisqu’il aurait sa propre force autonome qui lui permettrait de s’imposer à l’acteur.

III.4.2.2.2. La scénarisation de l’action par l’outil de gestion

Le déterminisme technique serait un trait de la technologie en cela qu’elle pourrait orienter à elle seule les comportements des utilisateurs. La littérature souligne que les outils de gestion ne sont pas neutres. Leur conception serait caractérisée par une norme et une prescription qu’ils diffusent. Selon Hatchuel et Weil (1992), trois éléments sont constitutifs d’un outil de gestion : un substrat technique, une philosophie gestionnaire et une vision simplifiée des relations organisationnelles (Figure 15). Le substrat technique concernerait les éléments techniques de l’outil (algorithmes de toutes natures, tableaux, courbes...). La philosophie gestionnaire serait un « système de concepts qui désigne les objets et les objectifs formant les cibles d’une rationalisation » (p. 124). Elle permettrait « d’établir vis-à-vis de ces objets un rapport de gestion » (p. 124). Enfin la vision simplifiée des relations organisationnelles ferait référence à des rôles caricaturalement décrits par un petit nombre d’acteurs.

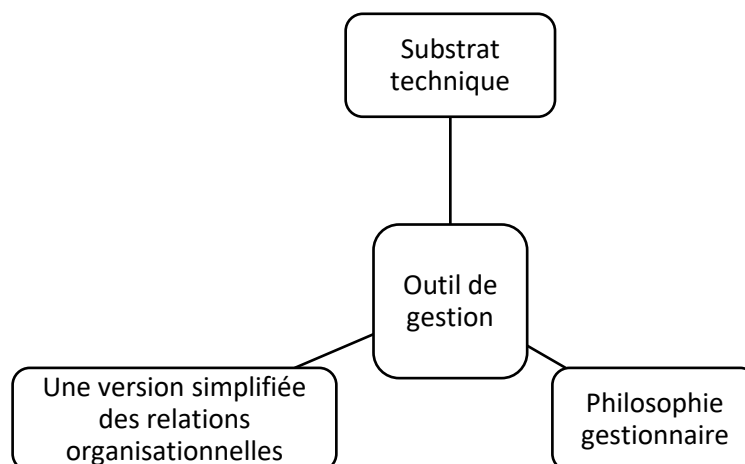


Figure 15 : Les éléments constitutifs d’un outil de gestion selon Hatchuel et Weil (1992)

Pour Hatchuel et Weil (1992), cette philosophie gestionnaire est souvent proche d'une vision simplifiée des relations organisationnelles et la nature managériale du substrat technique est conditionnée à l'existence d'une philosophie gestionnaire. Il est ainsi mis en avant l'importance de l'outil sur les pratiques managériales, qui, à travers la vision simplifiée des relations organisationnelles, puis de la philosophie gestionnaire et de sa traduction en substrat technique, va avoir la capacité à guider les utilisateurs. Detchessahar et Journé (2007) soulignent que pour Hatchuel et Weil (1992), l'outil de gestion « scénarise l'action d'un ensemble d'individus de l'organisation en vue d'une plus grande performance » (p. 79). Ainsi, s'inscrivant dans la continuité du déterminisme technique, les outils de gestion auraient la capacité de scénariser l'action des acteurs organisationnels en vue d'améliorer la performance.

III.4.2.2.3. Les grandes fonctions de l'outil de gestion

Partant du caractère déterministe de l'outil de gestion, la question est de savoir quelles sont les grandes fonctions des outils de gestion, et ainsi leur capacité à comprendre les transformations dont ils peuvent être porteurs au sein de l'organisation. Malgré leur multiplicité, nous pouvons éclairer sur leurs effets grâce à la synthèse de Chiapello et Gilbert (2016) qui distinguent trois grandes fonctions des outils de gestion : la fonction épistémique, la fonction pragmatique et la fonction politique (Tableau 6). Ils notent cependant que cette division en trois grandes fonctions bien qu'intéressante pour l'analyse des outils de gestion, en reste une représentation simplifiée. Dans la réalité les outils ne se limiteraient pas strictement à une seule fonction, chacune pouvant elle-même agir sur les deux autres fonctions.

Tableau 6. Les trois fonctions d'un outil de gestion, adaptation des travaux de Chiapello et Gilbert (2016)

Fonction épistémique	Fonction pragmatique	Fonction politique
Proposer/imposer des connaissances	Agir/décider	Influencer, contrôler, dominer, arbitrer

La fonction épistémique signifie que les outils fournissent et imposent des connaissances aux individus. Les outils sont au service de la connaissance de l'utilisateur dans le sens où ils vont ordonner, classer, mesurer, mettre en avant de l'information.

La fonction pragmatique souligne que l'outil de gestion est une aide à l'action, il propose ou impose des pratiques ou des formes d'actions ou de décisions. L'outil de gestion va équiper l'utilisateur pour mener à bien sa tâche. L'outil va habiliter le gestionnaire au prix d'un conformisme du processus d'action encadré par l'outil.

Enfin, la fonction politique représente la capacité d'un outil à produire ou reproduire des rapports de pouvoir. Cette fonction peut être volontaire ou non dans la conception de l'outil. Dans ce contexte, « la dimension technique des outils est déterminante et agit comme un voile recouvrant les rapports de force tendant à naturaliser les asymétries de façon à les faire tenir pour normales » (Chiapello et Gilbert, 2016, p. 195). L'outil va agir sur les rapports d'influence entre les individus. Chiapello et Gilbert (2016) illustrent ses effets avec l'exemple des systèmes de gestion des compétences au sein de l'entreprise qui réduit l'information sur les salariés à quelques chiffres et qui occultent des construits qui en sont sous-jacents aux quelques compétences chiffrées. Ces opérations « réifient ainsi les salariés en paniers de compétences » qui permet ainsi de « les gérer comme des choses » (p. 196). Ainsi, au travers de ces trois fonctions, nous sommes bien ici dans un déterminisme technique puisque l'utilisateur sera influencé par les effets de la conception technique de l'outil (même si ces effets sont voulus ou non lors de la conception), et part sur le principe d'un pouvoir autonome.

Pour Benedetto et Klein (2017), l'introduction des nouveaux outils collaboratifs numériques dans les organisations favorise les échanges informels préexistants, en particulier dans les entreprises en silo. Ils se confrontent néanmoins à une dualité avec d'un côté leur philosophie gestionnaire qui serait en décalage avec les dispositifs préexistants (indicateurs, organisation du pouvoir décisionnel et d'évaluation) et peuvent avoir finalement des effets délétères. Pour eux, la solution viendrait d'une transformation organisationnelle pour pallier les difficultés liées à l'appropriation et l'usage de ces outils de gestion.

Plusieurs auteurs ont souligné les limites de cette approche « représentationniste » des outils de gestion (Lorino, 2002 ; Grimand, 2006). Pour Grimand (2006), l'approche représentationniste des outils de gestion négligerait cependant la question du sens. Selon lui, le sens est la deuxième face d'un outil de gestion. Bourguignon et Jenkins (2004) soulignent que dans le cas du *balanced scorecard*, aucune attention n'est portée sur l'interprétation et le sens que le décideur va donner au nouvel outil de gestion, comment ou pourquoi il porte une attention et réagit à l'outil. Allant plus loin, il précise que la littérature a également démontré l'absence de rationalité en soi d'un outil de gestion à partir de phénomènes de détournement et de manipulation des outils. Dans cette perspective, l'étude de l'appropriation offre l'opportunité de comprendre le processus de construction de sens et de l'action collective (Grimand, 2006).

III.4.2.3. Au-delà du déterminisme technique, la question de l'appropriation des outils de gestion et des intérêts stratégiques des adoptants

Nous avons précisé la définition d'un outil de gestion, puis l'influence du déterminisme technique non sans limites. Finalement, nous développons la manière dont l'influence des outils de gestion peut être analysée par l'analyse de l'appropriation qui en est faite. Pour cela, nous relevons la capacité d'intervention de l'utilisateur sur l'outil qui va le faire dévier de son utilisation prévue. (III.4.2.3.1.). Nous mettons ensuite en lumière les différents types d'appropriations qui en découlent (III.4.2.3.2.).

III.4.2.3.1. L'intervention de l'utilisateur sur l'outil de gestion

Une approche strictement limitée à l'usage prescrit par un outil de gestion est incomplète. Un outil de gestion ne peut pas être réduit à sa dimension normative, prescriptive, portée par une tradition rationaliste dans la recherche (Grimand, 2012). Grimand ajoute que plusieurs auteurs ont tenté de comprendre par l'analyse d'un processus d'appropriation des outils, quels peuvent être leurs effets sur les dynamiques organisationnelles comme le contrôle, le pouvoir, le changement. Les travaux auxquels ont participé plusieurs auteurs comme De Vaujany (2005 ; 2006) ou Grimand (2012) ont particulièrement contribué à la compréhension et à la conceptualisation de l'appropriation.

Le déterminisme technique précédemment présenté part du principe que la technologie a la capacité de déterminer les comportements des utilisateurs, leur enlevant leur capacité à détourner un usage prescrit. Plusieurs auteurs soulignent les limites de cette approche (Bourguignon et Jenkins, 2004 ; Grimand, 2006). Pour De Vaujany (2006), la perception des outils de gestion a beaucoup évolué et tend à dépasser l'opposition entre la conception et l'usage. Ainsi, le terme d'appropriation répond à cette nouvelle perspective d'étude et de compréhension des outils de gestion.

Si nous reprenons l'analyse d'Akrich (1998), l'usage d'un outil ne suit pas un processus simple entre un usage prévu à sa conception et un usage final par des utilisateurs cantonnés à suivre un scénario encadré par l'outil. L'usage de nouveaux outils peut donner lieu à différents comportements. L'utilisateur a la capacité d'intervenir de quatre manières sur des outils de gestion, par une approche sur l'objet en lui-même ou sur ses usages prescrits.

Le **déplacement** fait référence à l'utilisation de la flexibilité relative permise par l'outil pour modifier son usage prévu sans changer son objectif de conception. Des scénarios d'usage sont prévus jusqu'à un certain point lors de la conception et permettent à l'outil de s'adapter à son environnement d'utilisation. L'innovation dans l'utilisation peut se diffuser aux autres utilisateurs par un travail de reconception mineur de l'outil ou de mimétisme dans son usage.

L'adaptation représente des modifications plus importantes qui sont intégrées à l'outil et qui permettent de l'ajuster aux caractéristiques de l'environnement (la puissance d'une machine qui doit faire tourner un logiciel) ou de l'utilisateur (modifications d'ordre ergonomique...). Sa fonction première reste inchangée.

L'extension signifie que l'outil gardera globalement sa forme et son usage mais l'ajout de plusieurs fonctionnalités lui permettra de s'enrichir. Ainsi, même pour un outil qui de premier abord peut sembler extrêmement rigide (par exemple un logiciel de prise de mains courantes dans des commissariats), des usages radicalement différents au prescrit ont été développés. Les capacités globales de l'outil se trouvaient alors modifiées et pouvaient transformer la manière dont il s'intégrait dans une organisation qu'il devait contribuer à redéfinir.

Enfin, le **détournement** est l'évolution la plus radicale à l'initiative de l'utilisateur. Le détournement représente un outil qui serait complètement détourné du scénario initialement prévu lors de sa conception. L'objectif premier de l'outil n'est plus celui qui justifie sa nouvelle utilisation, voire n'existe plus dans sa nouvelle utilisation.

III.4.2.3.2. Les types d'appropriations et les intérêts individuels

Pour Reix et al., (2016), l'appropriation de la technologie peut être définie comme « le processus par lequel l'utilisateur acquiert » une plus ou moins importante « maîtrise de l'outil » et peut faire évoluer « les modes opératoires en fonction des propriétés de l'outil » (p. 40). Lorsqu'un utilisateur adopte une technologie, il peut avoir un comportement d'abstinence (non-utilisation de l'outil), une utilisation minimale, une utilisation par détournement et une utilisation intensive. Pour Grimand (2012), l'absence de la prise en compte des différentes dimensions liées au processus d'appropriation peut aboutir à une incompréhension et une action inadaptée sur une résistance des acteurs à l'outil par exemple. Ainsi l'appropriation comporte l'étude de l'usage finale d'un outil, qui peut différer de l'usage prescrit. Ces exemples montrent que l'appropriation d'un outil peut notamment donner suite à plusieurs types de comportements.

Son étude dans les organisations est particulièrement utilisée pour tenter de maximiser la réussite de la mise en place d'un outil et éviter les coûts liés à son échec ou à une utilisation peu efficace.

Cependant, au-delà de l'analyse globale des évolutions de la forme de l'outil, le processus d'appropriation peut également permettre de comprendre des fins stratégiques plus individuelles dans lesquelles est positionné l'outil. L'appropriation n'a pas pour objectif la modification ou non de l'outil, seul son usage le sera à des fins davantage personnelles. Celui-ci va dépendre de chaque acteur et les outils de gestion peuvent de ce fait servir des intérêts stratégiques différents. Pour De Vaujany (2006), l'intérêt d'un travail sur l'appropriation passe par l'analyse du processus car il permet d'agir pour mieux canaliser ou faciliter l'appropriation. Dans une étude sur l'appropriation des technologies d'internet dans les entreprises, De Vaujany (1999) observe cinq types d'appropriations. Le premier est l'appropriation **centrée sur la tâche à accomplir** où la technologie est intégrée à la tâche du gestionnaire, son utilisation correspond au prescrit de la conception. Le second est **l'appropriation centrée sur l'influence**. La technologie va renforcer l'influence au sein d'une stratégie d'acteurs. « Elle permet de manœuvrer des individus ou des services, d'influencer des négociateurs (...) Plus généralement, elle va permettre d'activer ou de gérer une zone d'incertitude » (p. 12). L'acteur obtient un outil qui va renforcer sa place au sein de l'organisation. L'usage de l'outil n'est pas fidèle à l'esprit de sa conception sauf lorsque cet esprit profite à l'utilisateur. Pour Crozier et Friedberg (1977), la zone d'incertitude est constitutive d'un pouvoir par celui qui les contrôle. De plus, plus cette zone d'incertitude est cruciale pour la réussite de l'organisation, plus l'individu ou un groupe disposera de pouvoir. **L'appropriation centrée sur le partage** désigne la technologie au service de l'échange et du partage. **L'appropriation centrée sur la symbolique** valorise l'individu (l'utilisation de la technologie internet va renvoyer une image positive, moderne, de soi envers les autres). Enfin **l'appropriation centrée sur le ludique** désigne une situation où la technologie est détournée de son usage prescrit pour davantage servir de divertissement, de détente, à l'utilisateur.

Plus tard, De Vaujany (2006) poursuit l'analyse du processus d'appropriation sur les outils de gestion numériques et distingue trois perspectives : la perspective rationnelle, la perspective sociopolitique et la perspective psycho-cognitive (De Vaujany, 2006). On retrouve également la définition de ces perspectives dans les travaux d'autres auteurs (cf. Grimand, 2012). Ces perspectives, qui seront présentées par Chiapello et Gilbert (2016) comme les trois fonctions

des outils de gestion sont pour De Vaujany (2006) des perspectives de l'appropriation d'un outil.

	Nature des objets et outils de gestion	Nature du processus d'appropriation	Fondements théoriques
Perspective rationnelle	Un vecteur de rationalisation, un outil de travail	Un processus normalisé, l'appropriation est "instantanée"	Théorie micro-économique classique Théories fayoliennes et tayloriennes
Perspective socio-politique	Un outil de valorisation (une "médaillon"), de rhétorique (un "argument") ou d'influence (un "atout")	Un acte social, l'appropriation est un processus collectif qui s'inscrit dans la durée	Sociologie des organisations (Crozier et Friedberg, 1977 ; Sainsaulieu, 1998) Sociologie générale (Bourdieu, 2000 ; Giddens, 1984 ; Archer, 1995)
Perspective psycho-cognitive	Un support d'apprentissage, un objet affectif ou un objet de traitement de l'information	Un processus psycho-cognitif, l'appropriation est un processus individuel voire collectif qui s'inscrit dans la durée	Théorie de la rationalité limitée (Simon, 1965) Psychologie cognitive (Piaget, 1967, 1975) Perspective psychanalytique (Pagès et al, 1992)

Tableau 7 . Les trois perspectives sur la question de l'appropriation (De Vaujany, 2005)

Pour Grimand (2012), sur le **plan sociopolitique**, l'appropriation d'un outil de gestion va dépendre du contexte dans lequel il est déployé. Cette perspective peut prendre la forme de pressions institutionnelles ou de cultures et modes d'organisation dominants. Cette perspective sociopolitique est définie par De Vaujany comme un outil de valorisation (une médaille), de rhétorique (un argument) ou d'influence (un atout). Dans ce cas, la nature du processus d'appropriation se définira comme un acte social, un processus collectif qui s'inscrit dans la durée (Tableau 7). Les fondements théoriques qui s'y rattachent sont notamment la sociologie des organisations et la sociologie générale.

Une lecture par le plan **psycho-cognitif** induit que l'outil offre un potentiel d'apprentissage qui peut s'opérer à la fois à un niveau individuel (un regard réflexif sur son activité) et organisationnel (un regard réflexif sur l'organisation de différentes branches de l'organisation). Il ne tient pas uniquement un rôle prescriptif, de conformisme des comportements (Grimand 2012). L'appropriation est un processus d'apprentissage et de construction du sens.

Enfin, la perspective **rationnelle** porte sur la capacité de l'outil à aider vers une meilleure prise de décision. Il visera à prescrire une démarche, un processus, normalisé. L'appropriation se fait alors de manière spontanée et sans écart avec l'usage prescrit.

Pour De Vaujany (2006), ces trois regards sont à analyser selon les points de vue des concepteurs et formateurs qui s'inscrivent dans la perspective rationnelle de l'outil, des utilisateurs finaux et des dynamiques d'apprentissage. Cette représentation de l'outil conditionnerait leur utilisation. Elle peut aussi être observée comme une logique de régulation autonome dans une perspective psycho-cognitive ou sociopolitique.

Dans ce contexte évolutif de l'usage de l'outil de gestion (qui n'est pas toujours l'aboutissement de l'appropriation, comme dans une perspective rationaliste et prescriptive), sa phase de conception ne s'arrête pas à un processus simple et unidirectionnel de la conception vers l'usage. Grimand (2012) souligne que l'appropriation est un processus qui alterne entre des phases de conception et d'usage. L'utilisation de l'outil se caractérise par une démarche d'expérimentation incluant des essais et des erreurs. Pour lui, l'appropriation peut se définir comme un processus de contextualisation. Le concepteur va imaginer et donner forme à l'outil (finalité, support formel, rôle qu'il pourra donner à l'utilisation). Le processus qui va se caractériser par de multiples réappropriations de l'outil est largement causé par les enjeux sociopolitiques ou symboliques que l'outil va cristalliser (Grimand, 2012). Finalement, au bout de ce processus itératif, Grimand souligne deux finalités possibles. L'outil serait soit abandonné faute d'une régulation conjointe, ou reconceptualisé par la prise en compte des usages qui auront émergés.

III.4.3. L'outil de gestion comme objet de coopération dans le processus de résolution des problématiques organisationnelles : la théorie de l'acteur réseau et le concept de l'objet-frontière

Après avoir présenté le rôle stratégique du SIRH, puis la capacité d'influence d'un outil de gestion (par son déterminisme technique, puis par son appropriation), nous examinons son rôle dans un processus de traduction dans le cadre de la sociologie de la traduction. Dans leur article fondateur sur l'objet frontière qui traite du cas d'un Musée d'histoire naturelle, Star et Griesemer (1989) s'inscrivent dans le prolongement de la théorie de l'acteur-réseau dans le but de la compléter. Ainsi, nous présentons la théorie de l'acteur réseau (III.4.3.1.), puis abordons

l'objet frontière mis en avant par Star et Griesemer (1989) (III.4.3.2.) et enfin l'étude des outils de gestion comme objet frontière (III.4.3.3.).

III.4.3.1. À l'origine de l'objet frontière : les apports de la théorie de l'acteur réseau

La théorie de l'acteur-réseau, *Actor network theory* (ANT), ou sociologie de la traduction, permet de comprendre l'échec ou la réussite d'une innovation en rendant compte des innovations techniques et du lien entre la science et la société. Il s'agit d'une ethnométhodologie, pour comprendre et apprendre ce qui est fait et pourquoi cela est fait (Latour, 1999). Selon Latour (1999), c'est une méthode pour « apprendre des acteurs sans leur imposer une définition a priori de leurs capacités de construction du monde » (p. 20, notre traduction). Dans ce cadre, l'ANT va étudier comment des actants humains ou non humains (comme une technologie) vont interagir et former un réseau d'acteurs pour résoudre une problématique.

Le cas des coquilles Saint Jacques de la baie de St Brieuc (Callon, 1986) est l'une des études de cas fondatrices de l'ANT. Elle pose un certain nombre d'éléments constitutifs de la sociologie de la traduction. Cette étude a permis de comprendre que la coopération d'un réseau d'acteurs, rythmée par différentes étapes au sein du processus de traduction, a fait progresser la résolution de la problématique de l'élevage des coquilles Saint-Jacques dans la baie de St Brieuc. L'exemple de cette étude permet de définir le processus de traduction et de souligner ses quatre niveaux d'avancement (Schéma X.). La traduction est un processus itératif composé d'étapes dont chacune d'entre elles « marque une progression dans les négociations » (p. 205).

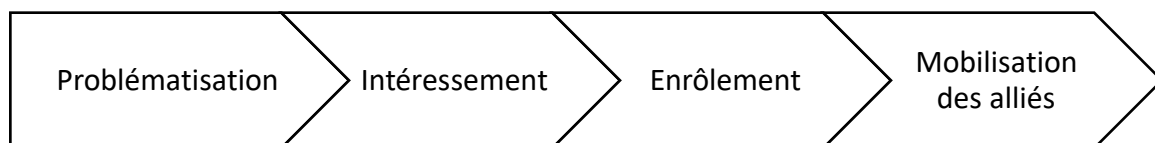


Figure 16 : Les quatre étapes du processus de traduction (Callon, 1986)

La première étape, la **problématisation**, consiste à formuler la problématique. Il s'agit ensuite de définir la solution recherchée par chacun des acteurs et d'identifier un point de passage obligé (PPO). Le point de passage obligé doit être accepté par tous les actants humains ou non-humains faisant partis du réseau, il s'agit d'un point de convergence des acteurs.

Ainsi, « le travail des acteurs peut être décrit comme un processus de problématisation, qui les conduit à formuler un problème, et ce faisant, à définir les acteurs concernés par la résolution

du problème, et enfin, à placer leur projet en position de point de passage obligé pour tous ces acteurs » (Akrich, 2006).

La seconde étape du processus de traduction est l'**intéressement**. Une fois les problématiques identifiées, le réseau va s'organiser autour de négociations afin d'intéresser différents acteurs du réseau à travers des gains potentiels. Il ne s'agit plus d'identifier des acteurs concernés par la problématique mais de les faire participer. Pour Callon (1986), les possibilités sont illimitées, cela peut aussi passer par un rapport de force, la séduction ou même de simples sollicitations. Elle correspond à « l'ensemble des actions par lesquelles une entité s'efforce d'imposer et de stabiliser l'identité des autres acteurs qu'elle a définis par sa problématisation » (Callon, 1986, p. 185). Dans le cas des coquilles Saint-Jacques, les chercheurs effectuent ce processus d'intéressement à travers les colloques auxquels ils participent. Selon Callon (1986), cette relation, qui se crée entre plusieurs acteurs, à la faveur de certains et à la défaveur d'autres qui ne partageront pas les mêmes buts et incitations, permet de commencer à mettre en forme et de consolider le lien social.

La troisième étape est l'**enrôlement**. L'enrôlement constitue un intéressement réussi (Callon, 1986). C'est « le mécanisme par lequel un rôle est défini et attribué à un acteur qui l'accepte » (Callon, 1986, p. 189). L'enrôlement se termine quand chacun a accepté le rôle donné par l'initiateur, quand les alliés ont accepté leur rôle. Cela se traduit par une réelle implication dans l'action et non pas une simple « figuration » non participative (Akrich et al., 2006). Callon (1986) met en avant que l'enrôlement est « l'ensemble des négociations multilatérales, des coups de force ou des ruses qui accompagnent l'intéressement et lui permettent d'aboutir ». (p. 189).

Enfin, la **mobilisation des alliés** doit permettre l'élargissement du réseau constitué. Les actants ayant été définis, un porte-parole sera alors désigné pour porter leur parole. La mobilisation des alliés permet ainsi de rendre effective la coordination entre les différents acteurs par la désignation d'un porte-parole représentatif. Enfin, une cinquième étape, le **rallongement**, désigne le rallongement du réseau grâce à la traduction.

Un acteur-réseau se forme, traverse ces quatre étapes du processus de traduction pour constituer cet objet sociotechnique qui peut être arrêté à tout moment par d'autres réseaux concurrents. L'objectif final est la stabilisation de cet objet sociotechnique.

III.4.3.2. Le rôle des objets frontières dans le processus de traduction : le cas du musée d'histoire naturelle de Star et Griesemer (1989)

L'objet frontière que nous allons présenter prend racine dans les travaux de la sociologie de la traduction. Selon Coron (2022), Star et Griesemer (1989) ont proposé un concept qui « cherche à rendre compte de la manière dont des groupes différents peuvent travailler ensemble grâce à un objet apparemment commun, mais qui en fait peut renvoyer à des acceptions différentes selon les groupes » (p. 14).

Ils développent le concept d'objet frontière dans le but d'analyser le cas d'une recherche sur le musée d'histoire naturelle (Star et Griesemer, 1989). Il s'agit pour les auteurs de modifier le modèle de l'intéressement dans la sociologie de la traduction développée par Callon, Latour, Law ou encore Akrich.

Cette étude de cas prend forme dans le musée d'histoire naturelle de l'université de Berkeley en Californie. S'inscrivant dans le cadre de la sociologie de la traduction, plusieurs populations avec des intérêts différents doivent coopérer en vue de la résolution d'une problématique commune (scientifiques, dirigeants, administrateurs...). Dans ce cas, leurs objectifs communs portent la préservation de la nature, par celle des espèces, de la faune et de la flore (établissement d'un guide...). Cependant, à la différence de l'approche traditionnelle de la théorie de l'acteur réseau, Star et Griesemer établissent des différences dans le modèle de traduction et d'intéressement. Plus particulièrement, alors que le modèle original de l'ANT est un entonnoir, où un seul point de passage obligé doit permettre la traduction et donc la résolution du problème, le modèle de Star et Griesemer suppose que plusieurs sont possibles pour arriver à un objectif commun. Dans ce cadre, la seule action du scientifique qui tente d'enrôler les autres acteurs pour constituer un point de passage obligé serait réductrice (par exemple Callon, 1986). Pour eux, il existe plusieurs processus de traduction en simultané (Figure 17). Ces différents points de vue n'empêchent pas la possibilité d'obtenir une cohérence qui constitue le problème. Pour rendre cohérent des résultats qui comprennent des significations différentes car venant de mondes différents, les auteurs constatent que la standardisation des méthodes (un système de gestion qui permet à plusieurs acteurs de participer par exemple) et le développement d'objets frontières en seraient la réponse.

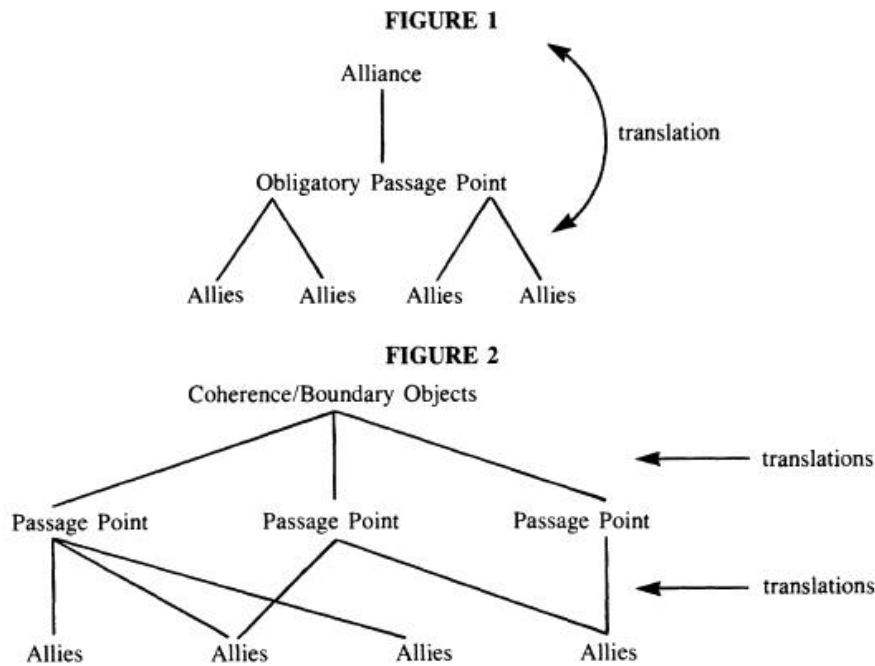


Figure 17 : Schéma du processus de traduction dans l’approche traditionnelle de l’ANT (figure 1) et dans l’approche de Star et Griesemer (1986) (figure 2)

Ces objets frontières sont effectivement « à la fois assez plastiques pour s’adapter aux besoins locaux et aux contraintes des différentes parties qui les emploient, mais aussi assez robustes pour conserver une identité commune » (Star et Griesemer, 1986, p. 393, notre traduction). Les auteurs ajoutent qu’ils « peuvent être abstraits ou concrets (...), ont des significations différentes dans des mondes sociaux différents, mais leur structure est suffisamment commune à plus d’un monde pour les rendre reconnaissables, un moyen de traduction » (Star et Griesemer, 1986, p. 393, notre traduction). Ces objets-frontières sont supposés permettre la communication et les coopérations entre différents mondes, ils représentent en cela des points de passage et non des limitations (Star, 2010). Ils jouent ainsi un rôle particulièrement important dans le processus d’intéressement car ils permettent de créer de la coopération grâce à leur plasticité et de répondre à des enjeux différents, tout en poursuivant un objectif commun.

III.4.3.3. L’outil de gestion comme objet-frontière

Ayant présenté la sociologie de la traduction, puis les objets frontière de Star et Grisemer, nous abordons à présent l’outil de gestion comme objet-frontière. Pour ce faire, nous présentons les caractéristiques d’un objet frontière (III.4.3.3.1.) puis relevons la manière dont un outil de gestion peut se positionner comme un objet frontière (III.4.3.3.2.).

III.4.3.3.1. Les caractéristiques d'un objet frontière

Les objets-frontières, à défaut d'intégrer une limitation d'un espace avec les frontières, sont en fait des zones d'échange qui ne sont pas faites pour séparer mais pour rapprocher. Il s'agirait de la désignation d'un espace partagé (Star, 2010). Ils constituent des « points de passages obligés » selon la conception de la sociologie de la traduction. Nous nous intéressons à présent plus spécifiquement à ce qui permet de définir un objet-frontière.

Les objets-frontières comprennent trois dimensions : la flexibilité interprétative, la structure des besoins et des arrangements du processus de travail et de l'information, et la dynamique à l'œuvre entre une utilisation plus ou moins adaptée (Star, 2010).

La **flexibilité interprétative** fait référence aux différentes utilisations et interprétations que les acteurs vont avoir de l'objet. Star (2010), explique qu'une feuille de route peut à la fois guider vers un lieu de camp qu'une série de sites archéologiques pour deux groupes différents. Un tableau de bord peut être à la fois une aide à la décision pour les dirigeants qu'un outil d'évaluation des performances pour les actionnaires d'une entreprise. Les objets frontières doivent ainsi « être suffisamment plastiques pour s'adapter à ces différents mondes » (Coron, 2022, p. 17) sociaux mais cette flexibilité interprétative ne doit pas les empêcher de rester aussi robustes pour « créer et maintenir un facteur commun entre eux » (Coron, 2022, p. 17).

La **structure matérielle/organisationnelle** des types d'objets frontières fait référence au besoin d'information à l'origine de la création des objets frontières. Plusieurs formes d'objets frontières sont présentées par Griesemer et Star dont quatre formes étaient soulignées. Parmi elles, l'inventaire va permettre de « rassembler des choses conçues de manière itératives » (Star, 2010). Beaucoup d'autres ont été suggérées par la suite. Elle « rend compte des exigences d'information commune que nécessitent une délégation et un travail partagé » (Coron, 2022, p. 393, reprenant Trompette et Vinck, 2009).

Enfin, la **dynamique à l'œuvre**, ou le **processus** à l'œuvre, est la dernière dimension constitutive d'un objet frontière. Issue à l'origine de l'étude des coopérations entre différents acteurs. Selon Star (2010), un premier consensus n'est pas la bonne explication de l'origine de la coopération puisqu'il était rarement obtenu et restait fragile mais n'empêchait pas la coopération de se poursuivre. Ainsi, selon la conceptualisation retenue par Star et Griesemer (1986), l'objet se positionne au centre de plusieurs mondes sociaux sans être correctement

structuré. Sa structure est modifiée par différents groupes locaux. Il garde son identité d'objet « originaire » mais ils le rendent adapté à leur utilisation. Cette coopération se fait sans consensus et l'objet alterne alors entre les deux formes de l'objet. Ils soulignent finalement que les objets frontières sont « faiblement structurés dans leur usage commun et fortement structurés dans leur usage individuel » (Start et Griesemer, 1986, p. 393, notre traduction).

III.4.3.3.2. L'application de l'objet-frontière à l'outil de gestion

Les caractéristiques d'un objet frontière ayant été précisé, nous examinons grâce à la littérature que les outils de gestion peuvent y répondre. Ainsi, pour Baille (2018), les objets de gestion, en plus de produire de la gestion, ont également la capacité à amener une meilleure coordination et coopération. Selon Baille (2018), les outils de gestion peuvent ainsi avoir la caractéristique d'objet-frontière, reprenant les caractéristiques de Wenger (2005) sur sa capacité d'abstraction, de polyvalence, de modularité et de standardisation. Elle souligne que l'usage de l'objet frontière pour les outils de gestion en comptabilité et en contrôle de gestion ont permis d'expliquer les relations entre l'acteur et l'objet, ou encore le rôle médiateur de l'outil (par exemple Rocher, 2008, et Windeck et al., 2013).

L'outil de gestion étudié par Baille (2018) dans le cadre de la coopération entre des concessions automobiles du même groupe aurait des effets positifs sur l'organisation en permettant un meilleur fonctionnement interne et une meilleure réactivité. Dans ce cas, l'outil appelé Allure est un outil de gestion interne sous la forme d'un tableau de bord sur l'activité au niveau du groupe, pour chaque concession. Il a permis d'améliorer la coopération et l'échange entre les concessions, « ce qui leur donne un atout stratégique face à des concessions n'appartenant pas à un groupe ou à un groupe mono-marque » (p. 12). L'outil permet à la fois de suivre les objectifs communs de vente du groupe (vendant les véhicules) et du constructeur, tout en faisant preuve de flexibilité interprétative sur le pilotage par chaque concession utilisatrice. Enfin, la coopération est renforcée puisque l'outil a notamment favorisé le partage entre les différentes concessions de données stratégiques.

Conclusion de la section III.4.

La première section nous a permis de développer la notion de M-santé. La seconde section a ensuite mis en avant la notion de transformation numérique auquel l'usage d'une technologie de la M-santé peut faire référence. La troisième section a quant-à-elle examiné de manière approfondie les évolutions de l'intervention pour la prévention des risques professionnels induites par la transformation numérique. Finalement, cette quatrième section a mis l'accent sur le caractère stratégique du système d'information puis d'un outil de gestion pour l'organisation.

Premièrement, nous mettons en lumière la nature stratégique des systèmes d'information, en soulignant leur rôle central dans la performance organisationnelle et leur contribution à la gestion des ressources humaines. Ces systèmes évoluent en réponse aux défis et aux besoins évolutifs de l'environnement concurrentiel et des fonctions dans l'organisation (comme l'aide à la décision ou un partage de la fonction RH avec le management de proximité). Leur alignement stratégique est un prédicteur du lien entre la cohérence de décisions organisationnelles et la performance de l'organisation.

Deuxièmement, nous avons abordé la capacité d'influence des outils de gestion et leur appropriation par les utilisateurs. Après avoir défini les outils de gestion, nous les avons ensuite examinés à travers le déterminisme technique puis l'appropriation. Le déterminisme technique des outils de gestion fait référence à la capacité technique de l'outil à influencer le comportement des utilisateurs. Ceci s'explique d'une part par les trois éléments constitutifs d'un outil de gestion à savoir son substrat technique, une philosophie gestionnaire et une vision simplifiée des relations organisationnelles. Leurs grandes fonctions peuvent aussi être également réparties dans plusieurs perspectives qui décrivent comment les outils de gestion proposent des connaissances, agissent sur les actions et les décisions, et influencent les rapports de pouvoir au sein de l'organisation. Finalement, nous avons exploré la question de l'appropriation des outils de gestion. Leur usage ne suivrait pas simplement un scénario prescrit et pourrait donner lieu à des modifications des comportements des utilisateurs et de l'outil à travers son déplacement, son adaptation, son extension ou son détournement. En outre, l'analyse de l'appropriation peut également porter sur l'usage de l'outil à des fins qui seraient davantage personnelles et non plus portées sur ses modifications fonctionnelles avant

tout. Cinq types d'appropriations ressortent et plus particulièrement, l'appropriation centrée sur la tâche à accomplir, sur l'influence (qui va permettre d'activer ou de gérer une zone d'incertitude), sur le partage, sur la symbolique et sur le ludique.

Troisièmement, nous examinons le rôle de l'outil de gestion dans un processus de traduction dans le cadre de la sociologie de la traduction. L'ANT explore les interactions des réseaux d'acteurs pour résoudre des problématiques dont l'étude de cas des coquilles Saint-Jacques dans la baie de St Brieuc (Callon, 1986) a illustré l'essence de l'ANT en démontrant comment la coopération d'un réseau d'acteurs a résolu la problématique de l'élevage de ces coquilles. Alors que le modèle original de l'ANT est un entonnoir, où un seul point de passage obligé doit permettre la traduction et donc la résolution du problème, Star et Griesemer (1989) supposent que plusieurs sont possibles pour arriver à un objectif commun. Pour ce faire, les objets frontières participeraient à maintenir une cohérence malgré des points de vue différents. Ils doivent être suffisamment flexibles pour s'ajuster aux besoins et aux contraintes spécifiques des parties impliquées, tout en maintenant une cohérence suffisante pour préserver une identité commune. Finalement, nous avons souligné comment les outils de gestion dans la littérature ont la capacité à avoir ce rôle d'objet frontière.

Conclusion du chapitre III

En conclusion de ce chapitre, nous avons exploré le potentiel transformationnel du numérique dans le domaine de la prévention des risques professionnels. À travers les différentes sections de ce chapitre, nous avons mis en lumière les multiples facettes de cette transformation et les implications qui en découlent.

Nous avons débuté en examinant la **M-santé**, une composante de l'E-santé, et avons souligné la nécessité de distinguer les technologies, les objectifs et les perspectives qui la caractérisent. Nous la définissons finalement comme **l'ensemble des technologies mobiles, comprenant les applications préinstallées, téléchargeables ou accessibles via un portail web, que l'on peut retrouver sur smartphone ou tablette notamment, et potentiellement assistées par des dispositifs techniques automatiques (des capteurs), et qui visent à promouvoir la santé.** Nous avons également mis en évidence le clivage entre les opportunités et les risques liés à l'utilisation des TIC pour la santé, en soulignant le dilemme entre l'enthousiasme pour un nouveau pouvoir d'agir et le risque d'une instrumentalisation du corps.

En se plongeant dans la transformation numérique des organisations, nous avons souligné son importance en tant qu'enjeu de pérennité organisationnelle. Les processus de numérisation, de digitalisation et de transformation numérique pour la santé au travail ont été examinés dans toute leur complexité, mettant en évidence la variabilité des chemins vers la transformation.

L'intervention pour la prévention des risques professionnels a subi des évolutions significatives grâce à la transformation numérique. La M-santé a apporté des influences technologiques clés et deux objectifs interventionnels distincts : l'autonomisation de la gestion de sa propre santé et le soutien à la prise de décision pour les organisations et les professionnels de la santé au travail. Les conséquences de ces évolutions ont été explorées en détail, notamment l'émergence de questionnaires de santé plus puissants, le développement du *quantified self* et du self-tracking et leur lien avec un empowerment du travailleur-patient, ainsi que l'impact sur les décideurs organisationnels.

Enfin, la transformation numérique a également révélé des enjeux stratégiques pour l'organisation lors de l'adoption d'outils de gestion. Le rôle crucial du système d'information

dans la performance organisationnelle a été mis en évidence, l'influence des outils de gestion à travers le déterminisme technique, puis par la complexité de l'appropriation des outils de gestion et leur interaction avec les intérêts stratégiques des acteurs impliqués. Nous avons finalement exploré la perspective des outils de gestion en tant qu'objets frontière développés dans le prolongement de la théorie de l'acteur-réseau. Les outils de gestion peuvent être des objets frontières et participer au maintien d'une cohérence malgré des points de vue différents. Cette approche a permis de mieux comprendre une dynamique entre des outils, des acteurs et des problématiques organisationnelles dans le contexte de la transformation numérique qu'il est dès lors possible d'appliquer à la prévention de la santé au travail.

Conclusion de la première partie

Cette première partie nous a permis d'exposer le cadre conceptuel sur lequel repose ce travail de thèse.

Dans le **chapitre I**, nous avons tracé les contours conceptuels des risques psychosociaux au travail. Nous avons exploré l'étendue de cette notion à travers le prisme du langage institutionnel, de la réglementation et de la littérature scientifique. Dans ce contexte, nous avons relevé les défis de sa définition et de sa régulation. En examinant la prévention des risques psychosociaux sous l'angle des intérêts liés à la responsabilité des risques professionnels, nous avons observé les différentes approches de prévention et les tensions entre l'action sur l'organisation et l'individu. Le clivage persistant autour de la responsabilisation des RPS a également été mis en lumière. Finalement, nous avons introduit l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg, qui met en évidence la complexité des comportements humains au sein des organisations et la dynamique des stratégies individuelles des acteurs. Cette perspective stratégique offre une base solide pour la compréhension des interactions au sein des organisations dans le contexte de la prévention des risques psychosociaux.

Dans le **chapitre II**, nous avons exploré en profondeur les éléments cruciaux pour la réussite d'une intervention en prévention des risques psychosociaux au travail et en particulier qu'elle nécessite la mobilisation d'un ensemble d'acteurs. Nous avons défini les fondements d'une intervention sur les risques professionnels. Nous avons mis en évidence la nécessité de distinguer les approches individuelles et organisationnelles de l'intervention pour la prévention des RPS, tout en soulignant leur complémentarité dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Nous avons également identifié les facteurs clés de succès et d'échec des interventions. Nous avons pointé les risques liés à l'individualisation excessive des risques, ainsi que les limites de l'approche épidémiologique et soulignons une vision alternative proposée par la clinique de l'activité qui met en avant le rôle crucial du collectif et le besoin d'agir sur l'activité de manière coopérative. Finalement, nous avons examiné les parties prenantes essentielles pour la prévention de la santé au travail. Des instances représentatives du personnel aux managers, de la direction aux services des ressources humaines, en passant par les services de santé au travail et les consultants, chaque acteur a un rôle spécifique à jouer dans le processus global d'intervention pour la prévention des risques psychosociaux.

Dans le **chapitre III**, nous avons investigué à partir de la littérature le potentiel de transformation du numérique pour la prévention des risques professionnels. Nous avons d'abord distingué la M-santé au sein de la E-santé, examiné les opportunités et risques liés à l'utilisation des TIC pour la santé, puis plongé dans la transformation numérique de la prévention des risques. Nous avons révélé comment la transformation numérique a le potentiel de redéfinir les interventions, en analysant les influences technologiques sur la santé au travail et en mettant en évidence les objectifs d'intervention de la M-santé. Les implications des évolutions numériques ont été explorées, notamment la puissance accrue des questionnaires de santé et le nouveau rôle du travailleur-patient. De plus, nous avons exploré les conséquences pour les décideurs, avec des outils d'aide à la décision basés sur la quantification des ressources humaines. Enfin, nous avons évalué les enjeux stratégiques et sociopolitiques liés à l'adoption d'outils numériques pour la prévention des RPS, mettant en évidence le rôle du système d'information et l'influence des outils de gestion.

DEUXIÈME PARTIE. Étude exploratoire sur les applications de QVCT à destination des organisations

Cette seconde partie dédiée au terrain et aux résultats de notre étude se compose de **trois chapitres**.

Le **chapitre IV** aborde la méthodologie employée. Nous précisons le paradigme épistémologique, l'interprétativisme, dans lequel nous nous inscrivons. Nous dévoilons ensuite l'objet de recherche. Nous exposons l'instrumentation empirique caractérisant notre approche qualitative. Enfin, nous présentons les sources et procédures de collecte de données ainsi que la démarche d'analyse méthodologique utilisée pour obtenir les résultats. Notre approche abductive est présentée.

Le **chapitre V** porte sur les résultats de notre étude. Sa structure se compose de quatre phases répondant à l'approche abductive de cette recherche. Chaque phase propose ainsi une réponse à un questionnement concernant le marché des applications, le fonctionnement des applications, les enjeux autour de la transformation numérique de la prévention des risques psychosociaux et enfin la manière dont les applications de QVCT vont venir influencer la prévention.

Le **chapitre VI** porte une réflexion sur les résultats à la lumière de la contextualisation théorique de ce domaine de recherche, établie dans la première partie. Nous y examinons les enjeux de la transformation numérique pour la prévention des risques psychosociaux et comment les applications ont contribué à la redéfinition du rôle des acteurs dans ce processus, plus particulièrement celui de la gestion des ressources humaines, du management de proximité et des subordonnés.

Chapitre IV. Méthodologie de recherche d'une étude qualitative à visée compréhensive

Le **chapitre IV** précise les éléments méthodologiques de cette recherche. L'objet de recherche vise à comprendre comment la transformation numérique affecte la prévention de la santé au travail à travers l'analyse de l'adoption par les organisations d'applications de QVCT (IV.1). Pour y parvenir, nous cherchons à comprendre et à interpréter les motivations ainsi que l'usage des applications par les principales parties-prenantes à la prévention des RPS grâce à une approche interprétativiste (IV.2). Pour mener à bien cette recherche, un matériau empirique a été construit au moyen de documentations, d'une imprégnation par la participation à des événements physiques et virtuels, et d'un ensemble d'entretiens menés auprès de plusieurs typologies d'acteurs afin d'obtenir une vision la plus englobante possible (IV.3.) Enfin, cette recherche est le résultat d'une itération entre un terrain, qui s'est progressivement formé au gré des éléments de terrain qui l'ont constitué, et d'une littérature scientifique (IV.4.).

IV.1. Construction de l'objet de recherche

La problématique que nous soulevons dans notre travail de recherche porte sur la compréhension des enjeux et conséquences de la transformation numérique de la prévention de la santé au travail. Pour y parvenir, cette recherche a pour objectif d'apporter une première lecture sur cette transformation numérique qui prend la forme d'applications de santé et de bien-être au travail nouvellement proposées. L'objet de cette recherche vise à effectuer une analyse empirique du « domaine d'intérêt » de la transformation numérique de la prévention de la santé au travail.

Cependant, un « domaine d'intérêt » ne constitue pas un objet en soi, il doit être raffiné et précisé, mis à l'épreuve afin de constituer une interrogation (Thiéart, 2014). Cet affinage, pour parvenir à un objet de recherche, se construit par un processus itératif. Le point de départ repose sur un constat situationnel : les outils numériques de prévention de la santé au travail, proposés à l'initiative de l'employeur, sont de plus en plus nombreux et connaissent une adoption croissante par les entreprises. Ils font également partis de l'offre de plusieurs acteurs privés de la santé au travail comme les cabinets de consulting ou les mutuelles d'entreprises en supplément de l'offre obligatoire de protection des salariés. Un deuxième phénomène d'actualité a également orienté cet objet puisqu'il est incontournable et a gagné en intérêt pour les organisations et les chercheurs, et encore plus récemment avec les évolutions qui ont touché les organisations (et notamment la crise sanitaire) : la question des risques psychosociaux. Ils font partie des problématiques générales communiquées (souvent indirectement) par les applications de suivi de la santé et du bien-être au travail. Cette double entrée nous amène à chercher à mieux cerner les enjeux de la transformation digitale de la prévention de la santé au travail sous l'angle de la prévention des risques psychosociaux. Une intention générale est ainsi délimitée : identifier les enjeux de ces applications pour l'ensemble des acteurs de la santé au travail face à la problématique de la prévention des risques psychosociaux. Cette intention a ensuite été présentée sous la forme d'un « problème scientifique », une « tension entre savoir et non-savoir » (Dumez, 2011). Notre recherche vise à apporter des réponses à plusieurs questions de recherches délimitées grâce à l'identification d'une lacune dans la littérature.

En effet, tout au long de la thèse, la revue de la littérature sur les concepts autour de la santé au travail par la prévention des risques psychosociaux d'une part, et d'autre part autour de la

transformation numérique du domaine, a ponctué des allers et retours avec le terrain. Cette revue de la littérature nous a permis d'identifier que, malgré le besoin de prévenir les risques psychosociaux, l'intervention fait face à des freins d'ordre stratégique liés à un défaut de définition claire, une réglementation floue mais existante, et une tension de fond autour de la responsabilité de ces risques à cause de laquelle des acteurs peuvent chercher à exercer un certain pouvoir (chapitre I). Pourtant, l'intervention pour la prévention des RPS est tributaire de la mobilisation d'un grand nombre d'acteurs avec des rayons d'intervention différents, ce qui multiplie les possibles divergences d'intérêts (chapitre II). Enfin, la transformation numérique de la santé numérique est porteuse d'évolutions aussi bien sur l'efficacité de l'intervention, que sur son rôle stratégique pour l'organisation et sa capacité d'influence, parfois relative, sur les utilisateurs (chapitre III).

L'objectif de cette recherche est d'identifier les motivations sous-jacentes et parfois en oppositions des différentes parties-prenantes, souvent liées à la responsabilisation des risques professionnels, et quelle place la transformation numérique peut prendre dans la résolution du conflit et le rôle attribué à chacun. La force de notre recherche est située dans sa capacité à analyser un grand nombre d'acteurs de la santé au travail afin de multiplier les regards, de comprendre les freins qui se posent pour l'amélioration de la prévention par la compréhension des motivations individuelles, et d'apporter une lecture plus claire sur l'influence de la transformation numérique en cours dans la santé au travail. Cette recherche posera ainsi un socle d'analyse sur les enjeux managériaux de la transformation numérique de la santé au travail et d'efficacité interventionnelle de la prévention des RPS. D'une part, cette démarche compréhensive sera portée sur les intérêts des différents acteurs de la santé qui utilisent ou sont portés à utiliser ces applications de santé au travail. D'autre part, elle visera à mieux comprendre la manière dont ces plateformes influencent l'intervention par une analyse des parties prenantes pour la résolution de la problématique de la prévention des RPS. Se basant sur ces orientations, notre phase de collecte de données s'est poursuivie tout au long de notre réflexion avec des allers et retours entre le terrain et la littérature scientifique. Elle fut complétée par des démarches de partage et d'échange avec la communauté scientifique notamment lors de présentations de communications et la rédaction d'articles.

IV.2. Positionnement épistémologique : l'interprétativisme et la recherche du sens

L'épistémologie est étroitement liée à la démarche de recherche. Elle constitue la science des sciences. Elle offre une vigilance critique dans sa démarche de recherche, il s'agit d'une « sociologie de la production de connaissances scientifiques » (Wacheux, 1996, p. 37). Les différents paradigmes épistémologiques existants se réfèrent à des représentations différentes du monde, et vont aider le chercheur « à prendre position et à positionner sa recherche dans une représentation sociale » (Wacheux, 1996, p. 38). L'épistémologie est ainsi une étape incontournable qui se concrétise par une prise de position dans l'un des paradigmes existants. Il est également à noter que les méthodes de recherche vont plutôt s'inscrire dans l'un ou l'autre des différents paradigmes sans en être pour autant une règle. Par exemple, Dumez (2019, p. 19), note que les « méthodes quantitatives seraient l'apanage du paradigme positiviste, tandis que la recherche qualitative se situerait du côté des paradigmes constructivistes ou interprétativiste ».

Elle a pour objectif de « clarifier la conception de la connaissance sur laquelle le travail de recherche reposera et la valeur attendue des connaissances qui seront élaborées » (Avenier et Gavard-Perret, 2012, p. 8). Thietart (2014), partant du rôle de l'épistémologie dans la constitution de connaissances valables, note quatre dimensions sur la réflexion épistémologique. Elle va questionner la nature de la réalité à connaître (dimension ontologique), la nature de la connaissance produite (épistémique), la manière dont la connaissance est produite et justifiée (méthodologique), et enfin la valeur portée par la connaissance (axiologique).

Notre travail de recherche s'inscrit dans une posture interprétativiste. L'interprétativisme est l'un des grands paradigmes épistémologiques qui se positionne dans l'orientation du constructivisme (Thietart, 2014). Dans ce cadre, l'interprétativisme ne va pas chercher une régularité causale stable (comme dans les sciences de la nature). Il va avoir une approche compréhensive. Il va chercher le sens et sa construction dans les discours, les pratiques ou les interactions. Les quatre dimensions de la réflexion épistémologique peuvent permettre de mieux souligner les contours de l'interprétativisme.

Dimension ontologique

Concernant la dimension ontologique, correspondant à la conception du réel, les paradigmes se distinguent par leur rapprochement plutôt essentialiste (il existe une réalité propre) ou non essentialiste (la réalité est dépendante de contingences). Alors que le positivisme, qui s'inscrit dans le courant essentialiste, considère que la réalité a ses propres lois, pour l'interprétativisme, non-essentialiste, la réalité est construite. Pour Thiétart (2014), reprenant Lyotard (1995), dans l'orientation constructiviste, les réalités humaines et sociales sont animées d'une part par une dimension intentionnelle où « l'activité humaine est le fruit de la conscience, de la réflexivité, des intentions des acteurs » (p. 26) qui vont pouvoir chercher à agir pour atteindre leurs propres objectifs. Deux autres dimensions, signifiantes et symboliques sont liées à la fonction des représentations et au langage dans la construction du sens. Dans ce cadre, l'interprétativisme considère que la réalité est un construit par des intentions et des interactions entre des acteurs qui vont construire le sens de cette réalité sociale, qui évoluera à mesure de leurs interactions.

Dimension épistémique

La dimension épistémique questionne ce qu'est la connaissance. L'interprétativisme, qui se situe dans l'orientation relativiste, fera de ce fait référence à une connaissance qui sera relative, s'opposant à l'existence d'une connaissance absolue « indépendante du sujet qui la possède » (Thiétart, 2014, p. 33). Dans cette réalité, la connaissance est dépendante du contexte, des intentions, des processus de construction du sens. Dans l'interprétativisme, la connaissance dépend de la signification qui est toujours singulière (par un individu ou un groupe d'individus), sans pour autant abandonner l'idée d'atteindre un certain niveau d'objectivité de la connaissance.

Dimension méthodologique

La valeur et la validité de la connaissance des paradigmes qui s'inscrivent dans une orientation constructiviste vont correspondre à l'idée d'une vérité-adéquation (Thiétart, 2014). Cette adéquation dans l'interprétativisme fera référence à la crédibilité de l'interprétation. La connaissance doit être « le résultat d'un processus de compréhension inter-subjectivement partagée par les acteurs concernés » et l'administration de la preuve qui permet de façonner l'interprétation doit être rigoureuse. Thiétart (2014) ajoute que la description du phénomène doit être suffisamment dense pour savoir si les résultats peuvent être transférables ou non à un autre contexte.

Dimension axiologique

L'interprétativisme, paradigme inscrit dans l'orientation constructiviste, va sous-tendre à la dimension performative de la connaissance qui sera produite. À l'inverse d'une prétention d'autonomie de l'activité scientifique vis-à-vis de la société, que sous-tend l'orientation réaliste, la dimension performative ne distingue plus la science comme une activité qui n'est pas en dehors du social. Effectivement, Thiétart souligne que « les choix scientifiques et les systèmes techniques sont des structures politiques en ce sens qu'ils ouvrent et contraignent les choix qu'une société peut se donner » (p. 43).

L'interprétativisme va donc chercher une connaissance contextualisée, relative aux interprétations qu'en feront les acteurs. Notre étude se penche sur la compréhension des motivations des acteurs. Le projet lié à une posture interprétativiste ne sera pas non plus de comprendre une réalité guidée par une loi unique, mais de la construire. Dans ce paradigme, la validité du construit, qui consiste à interpréter l'expérience vécue, dépendra de l'épaisseur suffisante de la description (des descriptions suffisamment détaillées), de montrer un consensus entre les acteurs et qu'elle correspond effectivement à ce qu'ils font (Gavard-Perret et al., 2012). Enfin, la justification de la validité prend forme à travers les validités communicationnelles (dialogue avec les acteurs de l'expérience vécue et les acteurs de la communauté scientifique), les validités pragmatique (tester dans l'action généralement dans une recherche complémentaire les interprétations) et les validités transgressives (tensions et contradictions à l'œuvre dans l'expérience vécues investiguées) (Gavard-Perret et al., 2012).

Chakor (2013) souligne par ailleurs que l'interprétation et la compréhension des motivations des acteurs liés aux RPS est subjective et appelle de ce fait à une approche interprétativiste. Nous cherchons nous-même à souligner les contours de ce « domaine d'intérêt » (Thiétart, 2014). Ce travail de recherche doit permettre d'établir une première grille d'analyse des plateformes/applications de QVCT. Sa constitution est basée sur les motivations et les stratégies des acteurs qui gravitent autour de ces applications en relation avec la prévention des risques psychosociaux. D'une part, cette approche est donc marquée par la subjectivité des motivations et des stratégies déployées par les acteurs concernés par la prévention des risques professionnels, et plus particulièrement de la notion des risques psychosociaux. D'autre part, son caractère exploratoire est renforcé par une méthode qualitative et une approche abductive afin d'approfondir l'appréhension d'un phénomène nouveau.

IV.3. Construction du matériau empirique

IV.3.1. Justification de l'approche qualitative

L'approche qualitative est justifiée par le caractère exploratoire de notre recherche et sa perspective complémentaire aux recherches précédentes.

Une étude qualitative est souvent perçue comme telle par la nature de ses données même si cette distinction sur le type de données ne dicte pas son mode de traitement (comme un traitement statistique de retranscription d'entretiens qui sera quantitatif) (Thiétart, 2014). L'exploration au sens de la découverte d'éléments nouveaux est souvent associée à une approche qualitative qui serait la plus adaptée (Brabet, 1988). Notre objet de recherche vise à établir une meilleure compréhension des enjeux de la transformation numérique de la SST liée à l'utilisation croissante d'applications outillant les employeurs pour la gestion de la santé de leurs salariés. L'analyse des motivations et stratégies associées à l'utilisation ou au détournement de nouveaux outils numériques nécessite une approche exploratoire afin de réussir à capter, grâce à une approche interprétative et un raisonnement abductif, les enjeux globaux, et de resserrer sur des problématiques précises. En ce sens, les recherches quantitatives sont moins adaptées car elles ne permettent pas d'analyser en profondeur toute la possible complexité d'un phénomène nouveau (celui de l'adoption d'applications récentes de gestion de la santé au travail).

Par ailleurs, bien que le caractère exploratoire soit justifié par le peu d'études existantes en sciences de gestion sur ces outils, ceux-ci sont traités majoritairement de manière quantitative dans le domaine médical. Parmi ces recherches, les auteurs ont souvent tenté de mesurer l'efficacité de ces outils et le caractère transformationnel de l'intervention pour la prévention de la santé au travail (Hwang et Jo, 2019 ; Behrendt et al., 2020 ; Nixon et al., 2022 ; Lee, 2022). Cependant, nous cherchons à comprendre l'influence de la transformation numérique à travers ces outils sur les freins liés à l'intervention pour la prévention de la santé au travail auprès des acteurs internes et externes à l'organisation. Peu d'études ont cherché à comprendre les controverses autour de la prévention des RPS (par exemple Chakor, 2013) et en faisant le lien avec les enjeux de l'usage de ces plateformes.

IV.3.2. Construction de l'échantillon des applications étudiées

IV.3.2.1. Cartographie du marché des applications de santé au travail

L'étude de ces applications de QVCT, couramment appelées de « bien-être au travail », nécessite avant tout de mieux les caractériser afin de les trier. Cette caractérisation nous permettra ensuite de justifier notre choix de sélection des acteurs qui gravitent autour de certaines d'entre elles (nous présentons plus bas notre démarche de sélection des acteurs interrogés pour notre étude). Ainsi, la cartographie a pour objectif de mieux définir les applications proposées sur le marché.

Afin de mieux rendre compte du marché des plateformes numériques de QVCT, nous effectuons une première analyse des acteurs du marché français (prestataires français ou étrangers dont les solutions sont utilisées par des entreprises en France). Visant à mieux comprendre qui sont ces acteurs et comment ces plateformes numériques tentent d'agir sur la santé et le bien-être des salariés, nous avons construit notre recherche d'informations autour des cinq points suivants :

- La présentation de la plateforme ;
- Les problématiques auxquelles elle tente de répondre ;
- Les solutions apportées ;
- Les fonctionnalités ;
- Les utilisateurs de la solution.

Cette recherche d'informations sur les sites, plaquettes, les webinaires ou dans des forums est complétée par des entretiens menés auprès des prestataires de ces solutions.

Pour cela, nous nous sommes appuyés sur une association majeure du domaine puisqu'elle est l'une des premières (bien que n'ayant été créée qu'en 2017), et qui se présente comme un chef de file du domaine de la *happy technology* (la technologie au service du bien-être en entreprise). L'association HappyTech France rassemble des chefs d'entreprises de la HappyTech, essentiellement des start-up, et dresse une liste de 47 solutions qui soutiennent le bien-être au travail. Nous avons retenu 24 solutions de cette liste qui correspondent à des applications. Nous avons également complété cette liste par 17 entreprises supplémentaires ayant une certaine notoriété dans le paysage français ou local. Ces analyses ont été effectuées à travers des recherches sur les sites internet institutionnels de ces solutions majoritairement et aussi par des

entretiens pour six d'entre elles avec des représentants de leur entité (dirigeants, responsables de pôle R&D et commerciaux essentiellement). L'analyse de ces 41 plateformes permet de proposer une cartographie du marché des applications de « bien-être au travail » (Annexe 4). Elle permet de dresser une première distinction entre les applications intervenant sur la sphère personnelle et professionnelle (figure 18).

Enfin, nous avons décidé de ne pas retenir les applications qui étaient trop axées sur un mode d'action éloigné de la sphère professionnelle et de la santé mentale. Ainsi, pour chacun de nos échantillons, seules les solutions appartenant à l'accompagnement dans la sphère professionnelle ont été retenues (les détails sont évoqués dans le chapitre V).

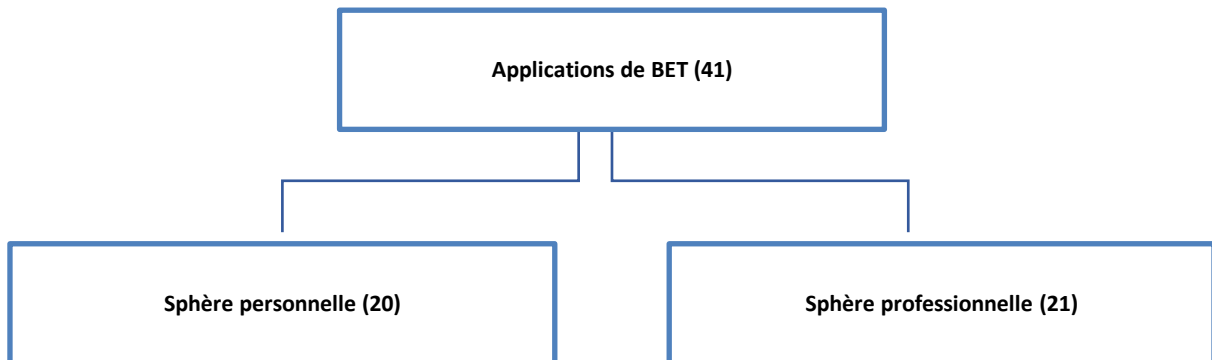


Figure 18 : Division du marché des applications de bien-être au travail entre une intervention orientée sur la sphère personnelle ou professionnelle

IV.3.2.2. Sélection des applications de QVCT

Afin de constituer un échantillon pertinent au vu de notre recherche de plateformes de santé au travail, nous avons dressé une liste de critères auxquels devaient répondre les applications des créateurs que nous avons interrogés.

Ainsi, même si notre échantillon s'est créé en partie par des opportunités qui pouvaient se présenter (demande de mise en relation en fin d'entretien, sélection d'un ensemble d'applications dans une liste que nous avons dressée sans peut-être connaître l'ensemble des applications qui font partie de ce marché extrêmement dynamique), nous tentons de respecter une objectivité par une approche raisonnée de l'échantillonnage (Thietart, 2014). Ainsi, nous avons dressé une liste de critères auxquels devaient obligatoirement répondre les applications

que nous sélectionnions pour nos études. Ces critères pouvaient correspondre à des entreprises créatrices ou utilisatrices de ce type de solutions.

Les différents critères à respecter sont au nombre de deux :

- 1) Des caractéristiques techniques qui correspondent aux deux modes d’actions de la M-santé (auto-gestion pour l’utilisateur et un outil d’aide à la décision pour les décideurs)
- 2) La présence des applications sur le marché français

Finalement, 20 acteurs des entreprises créatrices de ces applications ont été interrogés, correspondant à 17 solutions (Tableau 8). Nous soulignons que ces 17 applications pouvaient ou non faire partie des applications qui ont été utilisées pour fournir une première cartographie du marché. Concernant les entreprises utilisatrices, les 20 acteurs interrogés répartis entre 16 organisations correspondent à six de ces applications.

Tableau 8. Synthèse des entretiens des entreprises prestataires des applications de prévention

Type d'organisation	N° d'organisation	Nombre d'entretiens	Solutions adoptées par au moins une entreprise interrogée	Nombre d'organisations utilisatrices interrogées
PR	1	2	X	5
PR	2	2	X	2
PR	3	1		
PR	4	1	X	2
PR	5	2	X	1
PR	14	1		
PR	15	1	X	4
PR	17	1		
PR	21	1		
PR	23	1		
PR	25	1		
PR	28	1	X	2
PR	32	1		
PR	34	1		
PR	35	1		
PR	36	1		
PR	37	1		
Total	17	20	6	16

IV.3.3. Construction de l'échantillon des individus interrogés

IV.3.3.1. L'entretien semi-directif

L'entretien fait partie des méthodes qualitatives les plus utilisées en sciences de gestion (Gavard-Perret et al. 2012). Il est défini comme « une technique destinée à collecter, dans la perspective de leur analyse, des données discursives reflétant notamment l'univers mental conscient ou inconscient de l'individu (Thiétart, 2014, p. 274). Les entretiens individuels sont particulièrement adaptés pour les études exploratoires car ils permettent de comprendre des processus individuels (compréhension, appropriation...) ou d'évoquer des sujets plus sensibles (confidentiel...) (Gavard-Perret et al., 2012). La validité d'une source de données issue de l'utilisation d'entretiens va dépendre de la multiplication des interviews réalisées (Wacheux, 1996).

Lorsque l'entretien est défini comme méthode de collecte de donnée, il convient de faire la distinction entre les trois grands types d'entretiens qui existent selon leur niveau de directivité. Chacun est plus ou moins adapté selon l'objectif de la recherche. Il s'agit des entretiens non-directifs, semi-directifs et directifs.

L'entretien non directif a l'avantage d'aller analyser en profondeur. Il se caractérise par son ouverture et sa souplesse (Gavard-Perret et al. 2012). Cet entretien libre apparaît comme limitatif car son manque de cadre empêche le chercheur de centrer ses questions sur le besoin de son étude. De plus, notre sujet étant parfois sensible puisqu'il touche la santé des travailleurs, s'abstenir de réorienter l'entretien risque d'empêcher de traiter le sujet dans sa globalité, ou de manière trop superficielle.

L'entretien directif est une situation où l'acteur va répondre à une suite de questions précises émises par le chercheur. Ce dernier contrôlera complètement son déroulement. Pourtant, sa caractéristique de structure ne permet pas de laisser une totale liberté d'expression à l'interviewé. Pour certains chercheurs, l'entretien directif ne relèverait même pas de l'entretien mais du questionnaire (Thiétart, 2014). Ce type d'entretien apparaît inadapté à notre objet de recherche puisque le caractère exploratoire de notre travail nécessite un certain degré de liberté de parole.

L'entretien semi-directif est le type d'entretien le plus utilisé en sciences de gestion (Gavard-Perret et al. 2012). À mi-chemin entre l'entretien directif et semi-directif, il est mené à l'aide d'un guide qui va lister les thèmes ou sujets à aborder sans toutefois imposer un ordre précis de discussion. Les entretiens semi-directifs sont ainsi marqués par un rôle plus discret du chercheur pendant la discussion qui va orienter l'entretien en suivant un fil conducteur général (Evrard et al., 2009). Ce sont les enchaînements spontanés qui émergent de l'individu interrogé qui doivent particulièrement permettre de passer d'une idée à l'autre. Sa principale force vient de la capacité qu'il offre au chercheur à revenir sur des points qu'il souhaite aborder, et à insister pour explorer en profondeur des axes pertinents pour sa recherche tout en évitant tout hors sujet.

La quête d'une libre expression de la part du répondant, caractéristique des entretiens d'inspiration phénoménologique, peut encourager le chercheur à opter pour un entretien non-directif (Evrard et al., 2009). Cependant, nous décidons de nous appuyer sur un entretien semi-directif avec pour volonté de trouver un équilibre adéquat entre liberté d'expression et profondeur des informations collectées (Evrard, Pras et Roux, 2009), en nous assurant que celui-ci s'inscrit correctement dans le cadre de notre recherche avec des thématiques spécifiques à aborder.

IV.3.3.2. Le guide d'entretien et son élaboration

Le guide d'entretien réalisé a été créé dans l'objectif d'être vaste. Il respecte le caractère exploratoire de notre recherche sur un phénomène nouveau, le développement des applications de QVCT. Son élaboration a été effectuée au moyen de grandes thématiques. Il est reconnu que le guide peut se développer progressivement au fil de la collecte de données, en fonction de la pertinence des questions posées ou de l'apparition de nouvelles thématiques (Alami et al., 2009, p. 86). Peu d'évolutions sont à noter au cours de nos entretiens, excepté concernant la reformulation de certaines questions pour une meilleure compréhension et un élargissement du champ traité, en respectant la thématique initialement prévue. Ces évolutions ont été faites lors des premiers entretiens. Par ailleurs, une distinction du guide existait entre les acteurs. D'une part, face à la méconnaissance de certains professionnels de la santé vis-à-vis de ces solutions, une présentation a été préparée (Annexe 3.). D'autre part, certaines questions de thématiques étaient plus adaptées à certains échantillons que d'autres qui n'ont pas pu être abordées. Nous

présentons sa structure globale dans le tableau 9. Le guide d'entretien complet est fourni en annexe 5.

Tableau 9. Structure générale du guide d'entretien

Étape	Contenu
Introduction	Présentation de la recherche et de l'objet de l'étude. Rappel des critères d'éthique : anonymat, confidentialité, accord d'enregistrement. Prise d'informations sur le répondant (âge, ancienneté...)
Thème 1. La prévention de la santé au travail et ses acteurs	Comprendre les enjeux, freins et motivations à l'intervention pour la prévention de la santé au travail Définir les acteurs qui y prennent part et leur rôles
Thème 2. Les caractéristiques et l'adoption des applications de QVCT	Avoir une présentation ou présenter les applications de QVCT La manière dont elles se positionnent pour la prévention de la santé au travail La manière dont elles se positionnent au côté des autres outils existants
Thème 3. L'utilisation des plateformes de QVCT	Caractéristiques des utilisateurs et usages de la plateforme
Thème 4. Les conséquences des applications de QVCT	Conséquences pour chaque acteur et pour l'organisation de l'usage des plateformes Perception des plateformes par les acteurs
Conclusion	Clôture de l'entretien Identification d'une possibilité de mise en relations dans la perspective d'obtenir d'autres entretiens

IV.3.3.3. Les entretiens

L'identification des répondants est le résultat de différentes stratégies d'approche. Notre terrain se divise en quatre échantillons (Tableau 10) : les entreprises prestataires (PR), les entreprises utilisatrices (UT), les professionnels de la santé au travail (PST) et les confédérations syndicales (CS). Nous avons précédemment présenté l'identification des entreprises prestataires de ces solutions que nous avons ensuite contactées. Concernant les répondants d'entreprises utilisatrices, ceux-ci ont été identifiés de deux manières principales. La première a été de faire une recherche sur les sites internet des prestataires. Nous complétions par une recherche des noms d'applications et identifions les pages d'entreprises vers lesquelles le moteur de recherche nous dirigeait lorsqu'il identifiait ces noms sur des sites vitrine par exemple. Cette recherche était également effectuée sur le réseau social LinkedIn. Nous contactions ensuite soit le siège de l'organisation, soit directement le professionnel identifié (lorsque cela était le cas) sur le réseau social professionnel LinkedIn. Sur le réseau social LinkedIn, nous nous sommes

également aidés d'une publication afin de faire venir d'éventuels acteurs liés à ces outils à l'aide de message LinkedIn (Annexe 6.). La seconde manière a consisté à solliciter une mise en relation à la fin de chaque entretien.

Concernant les professionnels de santé, nous avons cherché à contacter les services de prévention et de santé inter-entreprises dont pouvaient dépendre les entreprises utilisatrices. Nous avons également élargi notre recherche à l'ensemble des services de prévention et de santé au travail interentreprises en France. Nous contactions le secrétariat, expliquions notre recherche, et étions mis en relation, lorsque cela était possible, avec un professionnel qualifié au sein de la structure.

Enfin, les confédérations syndicales contactées sont issues d'une liste des confédérations présentes en France que nous avons successivement contactées. Nous avons fait face de nombreuses absences de réponses. Ceci s'ajoutant au nombre restreint de confédérations, ceci fut un facteur limitatif du nombre d'entretiens pour cet échantillon.

Au total, 68 individus ont été interrogés (Annexe 2) au cours de 65 entretiens réalisés durant la période de février 2021 à mars 2023 (les entretiens se sont terminés en novembre 2022 excepté un dernier participant qui est revenu tardivement vers nous en mars 2023). L'âge moyen des 68 répondants est de 39 ans avec 51,5% de 20 à 34 ans, 32,4% de 35 à 49 ans, 13,2% de 50 à 64 ans et 2,9% avec plus de 64 ans (68 ans pour les deux individus). La répartition par sexe est strictement égale entre les hommes (34 individus) et les femmes (34 individus).

Parmi ces 65 entretiens (Tableau 10), un entretien a été composé de deux individus, et un second de trois individus. Les entretiens ont duré entre 22 minutes et 2 heures 09 minutes pour une durée totale d'environ 55 heures. La durée moyenne des entretiens est de 51 minutes. La variabilité de la durée des entretiens est due au peu de temps que pouvaient nous accorder certains professionnels déjà extrêmement sollicités (en particulier les médecins du travail). Pour les entretiens de plus courte durée, nous nous focalisons sur quelques questions du guide liées à chacun des quatre thèmes. Nous souhaitons cependant conserver ces entretiens puisqu'ils apportaient une matière complémentaire pour notre analyse. De plus, seul un entretien a duré moins de 25 minutes et six entretiens ont duré moins de 30 minutes.

Tableau 10. Synthèse de la répartition des entretiens semi-directifs réalisés

Type d'organisation	Nombre d'organisations	Nombre d'entretiens	Nombre d'individus interrogés
Entreprises prestataires	17	21	21
Entreprises utilisatrices	15	20	20
Professionnels de la santé au travail	17	20	21
Confédérations syndicales	4	4	6
Total	52	65	68

À l'exception de deux entretiens qui se sont déroulés de manière collective (un avec deux individus interrogés simultanément et un avec trois individus interrogés), l'ensemble des entretiens divisés entre quatre échantillons ont été réalisés individuellement. Ceci nous a permis de multiplier les points de vue et d'avoir une profondeur plus importante dans les thèmes évoqués. L'entretien à trois individus interrogés simultanément a été effectué sans avoir été prévenu au préalable de l'accompagnement par deux personnes de l'individu qui devait initialement être interrogé. Nous avons cependant décidé d'accepter cet entretien collectif puisqu'il permettait d'enrichir la quantité et la qualité des informations récoltées. Même si dans la pratique, certaines personnes se sont davantage exprimées, nous avons veillé à ce que chacun puisse s'exprimer au mieux sur les différentes questions.

La quasi-totalité des entretiens s'est réalisée par visio-conférence et par téléphone du fait des contraintes liées à la crise sanitaire. L'utilisation de ces technologies n'a pas affecté le bon déroulement des entretiens. Tous les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits.

L'ensemble des entretiens a été réalisé dans de bonnes conditions et sans problème d'enregistrement. Les entretiens pouvaient cependant aussi bien être réalisés sur le temps de travail que hors travail puisque certaines organisations ne permettaient pas à leurs collaborateurs de participer à ce travail dans ce temps de travail effectif. Lorsque cela était le cas, nous n'avons pas ressenti d'impact négatif comme une impatience de la part des individus interrogés. Effectivement, nous délimitons toujours au préalable un temps imparti avec l'individu que nous nous attachions de tenir afin de conserver un climat favorable à la discussion. Plusieurs techniques apprises lors de nos formations aux entretiens ont été réutilisées. En particulier, nous répétons certains mots utilisés pour conclure la dernière phrase de l'individu interrogé afin de l'inviter à approfondir ou de clarifier un propos. Nous laissons également des silences dans le même objectif. Nous prenions en notes sur notre ordinateur des idées sur lesquelles nous souhaitions revenir par la suite sans couper l'individu dans une

explication déjà en cours. Nous reformulons également des idées afin de nous assurer d'en avoir bien saisi le sens.

Concernant l'échantillon des professionnels de santé et celui des confédérations syndicales, ayant eu à plusieurs reprises des emails lors du contact qu'ils n'utilisaient pas ou ne connaissaient pas ce type d'outil, nous avons créé une présentation que nous effectuons en début d'entretien. Elle se compose d'une plaquette de présentation et d'une présentation orale (Annexe 3) qui avaient pour objectif de présenter et de permettre à l'individu interrogé de mieux comprendre le fonctionnement et faciliter une projection de l'individu sur les implications de ce type d'outil.

IV.3.4. Documentation

En plus des entretiens semi-directifs que nous avons menés, nous avons cherché à obtenir différentes plaquettes de présentation des outils afin de pouvoir analyser le fonctionnement des outils et les objectifs qu'ils portent. Ces plaquettes restent cependant empreintes d'un certain niveau de langage commercial que nous avons ensuite comparé à la réalité qui ressort lors des entretiens et des essais des solutions.

Les sites internet complètent également notre analyse car, comme pour les plaquettes de présentation, ils nous ont permis de comprendre les objectifs affichés par les plateformes, d'identifier comment classer et organiser les plateformes entre elles pour mieux comprendre les contours du marché des applications de bien-être et de santé au travail.

IV.3.5. Participation aux événements physiques et numériques et prise en main des outils

Dans notre démarche de recherche exploratoire, nous avons cherché à nous imprégner au maximum de ce monde des applications de santé et de bien-être au travail. La diffusion par les différents acteurs parties-prenantes de ces solutions passe par la communication à travers des événements, physiques ou numériques.

Nous avons dans ce cadre participé à plus d'une dizaine de webinaires organisés par les prestataires de ces solutions, pendant lesquels des invités (dirigeants, responsable QVT...) pouvaient être amenés à discuter de problématiques d'actualité autour de la santé mentale au travail. Ces événements fédérateurs mais également commerciaux vis-à-vis de prospects potentiels permettaient également d'aborder les différentes solutions proposées. Nous avons également participé au forum Preventica à Nantes du 17 au 19 mai 2022. Ce forum qui

rassemble plus de 150 ateliers et conférences et 350 exposants nationaux et internationaux nous a permis de rencontrer différents prestataires et d'obtenir des échanges pour compléter notre compréhension des applications de QVCT.

Finalement, à chaque fois que nous avons eu un entretien avec un prestataire de ces applications, nous avons demandé à pouvoir essayer ces plateformes. Lorsqu'ils acceptaient, une session spécifique était alors créée pour nous connecter à l'outil et nous avons pu prendre en main ces technologies. Lorsque cela n'était pas possible, nous avons généralement une démonstration de l'outil en direct.

IV.4. Présentation du raisonnement abductif et de la méthodologie d'analyse des données

IV.4.1. Le raisonnement abductif : une dynamique itérative entre littérature et terrain

Notre démarche exploratoire nous amène dans une démarche abductive. Cependant, rappelons préalablement que trois grands types de raisonnement existent : la déduction, l'induction et l'abduction. La déduction est une démarche de démonstration, par une démarche hypothético-déductive, en partant de lois et théories universelles à des explications et prédictions. Une démarche inductive ou abductive vont chercher à établir des liens entre des choses, qui par la rigueur de leur proposition, vont aboutir à une proposition valide (Thietart, 2014). L'induction permet à l'inverse de la déduction, de passer « du particulier au général, des faits aux lois, des effets à la cause et des conséquences aux principes » (Thiétart, 2014). Finalement, l'abduction est un processus itératif entre le terrain et la littérature scientifique. Alors que l'abduction conduirait à la découverte de cause, l'induction permettrait la découverte de lois (Catellin, 2004). Par ailleurs, la démarche hypothético-déductive portée par le déductif est « insuffisant à intégrer les faits surprenants, les surprises, les anomalies » (Hallé et Garneau, 2019).

Pour Dumez (2021), le raisonnement abductif débute par un « fait surprenant » (p. 204). Ce fait surprenant nécessite de ne pas uniquement se focaliser sur des éléments qui n'auraient pour unique objectif de confirmer la théorie envisagée par l'auteur (Dumez, 2021), ceci définissant particulièrement bien le caractère exploratoire de la démarche. Cette démarche suppose que le chercheur accepte une part d'imprévisibilité qui s'illustrera par une mise à jour récurrente de sa revue de littérature vis-à-vis de ce qui ressortira du terrain. Les allers et retours entre le terrain et la théorie, qui peut se qualifier d'exploration hybride, sont représentatifs de la démarche abductive (Thietart, 2014). Pour Dumez (2021) le chercheur sera ainsi « actif en ce qu'il

recherche un effet de triangulation, mais passif vis-à-vis de ses théories d'arrière-plan au sens où il cherche à ne pas être déterminé par elles et à rester ouvert à la découverte » (p. 210).

Ainsi, notre raisonnement abductif nous a amené à compléter progressivement notre littérature, en nous efforçant de rester ouvert à la découverte, sans chercher à uniquement confirmer une théorie envisagée. Nous avons développé notre étude sans idées au préalable sur ce que nous allions chercher selon le principe de « sérendipité » de l'approche abductive (Catellin, 2004). La synthèse de notre raisonnement abductif peut prendre la forme d'un tableau qui illustre les allers et retours entre le terrain et la théorie et le chemin de réflexion qui illustre le caractère exploratoire de notre recherche (Tableau 11).

Tableau 11. Les quatre phases exploratoires par raisonnement abductif de notre processus de recherche

Terrain	Littérature
1) Quelles sont les caractéristiques du marché des applications dédiées à l'intervention sur la santé des travailleurs ?	
<p>Première phase : Un marché hétéroclite et segmenté entre un axe d'intervention individuel et organisationnel des applications</p> <p>Nous observons le développement d'un certain nombre d'applications sur le marché de la <i>Happytech</i> se qualifiant de bien-être au travail. Derrière ce marché foisonnant de solutions existe une relative segmentation entre une approche orientée sur l'individu ou sur l'organisation.</p> <p><u>Collecte et exploitation</u> : Sites internet commerciaux, plaquettes de présentation des solutions, Webinaires, Forum, entretiens</p>	<p>Analyse théorique de l'intervention pour la prévention des risques entre une approche individuelle et organisationnelle (Chapitre I.2. ; Chapitre II.1.)</p>
2) Derrière la notion de bien-être au travail, un outil destiné à la prévention des RPS ?	
<p>Deuxième phase : Analyse descriptive et compréhensive du champ d'action des applications : la prévention des RPS</p> <p>Connaissant la structure du marché des applications et leurs moyens d'actions communiqués, nous approfondissons l'analyse du fonctionnement des applications, leurs objectifs et, finalement, leur périmètre d'action.</p> <p>D'une part, la synthèse et l'analyse du schéma de fonctionnement de ces applications fait écho à la notion vaste et floue du BET communiquée dans le grand public. Un ensemble de problématiques sont prises en compte par les applications, notamment la question du stress et du <i>burn-out</i>.</p> <p>D'autre part, l'examen des motivations collectées sur l'usage de ces applications par les décisionnaires élargit leur rayon d'intervention à la prévention des RPS.</p> <p><u>Collecte et exploitation</u> : Webinaires, Entretiens</p>	<p>Définition des RPS et des enjeux qui les entourent (Chapitre I.1. - I.2.)</p>

3) Quelles sont les problématiques qui poussent les organisations à chercher de nouveaux moyens (technologiques) pour prévenir les RPS ?	
<p>Troisième phase : Analyse compréhensive du tissu d'acteurs de la prévention des RPS et des enjeux de l'intervention pour la prévention des RPS auxquelles se confrontent les applications de QVCT</p> <p>La prévention des RPS est centrale dans le périmètre d'action des applications. Nous cherchons à connaître les difficultés rencontrées par les acteurs pour leur prévention.</p> <p>Le retour sur le terrain montre que les parties prenantes (Directions, RH, les collaborateurs, les syndicats...) à la prévention de la santé au travail rencontrent différentes problématiques qui freinent leur prévention. Les solutions numériques sont des outils qui doivent permettre de répondre à ces problématiques que les organisations n'arrivent pas à gérer efficacement. La crise sanitaire est un facteur aggravant dans ce contexte de besoin de prévention des RPS (accroissement du <i>burn-out</i>, isolement social...)</p> <p><u>Collecte et exploitation</u> : Entretiens</p>	<p>Analyse dans la littérature des problématiques de la réussite de l'intervention pour la prévention des RPS : le clivage autour de la responsabilisation (Chapitre I.2) et le besoin de mobilisation de l'ensemble des acteurs internes et externes à l'organisation ainsi que les stratégies d'influence (Chapitre I.2. - I.3. ; Chapitre II.1. - II.2. - II.3. ; Chapitre III.1 - III.2.)</p>
4) Dans quelle mesure les applications de QVCT influencent-elles les rôles des acteurs internes à l'organisation pour la prévention des RPS ?	
<p>Quatrième phase : Analyse des répercussions de l'adoption des applications de QVCT sur la répartition des rôles des parties prenantes pour la prévention des RPS</p> <p>Ayant identifié les problématiques rencontrées pour la prévention des RPS, nous cherchons à comprendre l'influence des applications de QVCT sous l'angle des rôles des acteurs visés par leur usage.</p> <p>Nous analysons la manière dont les applications vont influencer les rôles des différentes parties-prenantes pour la prévention des RPS (la gestion des RH, le management de proximité et les subordonnés).</p> <p><u>Collecte et exploitation</u> : Entretiens</p>	<p>Identification et présentation dans la littérature des grands acteurs de la prévention de la santé au travail et de leurs rôles principaux (chapitre II.3.). Analyse de l'influence de la transformation numérique sur la prévention de la santé au travail (chapitre III.1 - III.2.). Examen du caractère stratégique de la transformation numérique des outils de gestion (chapitre III.3.)</p>

IV.4.2. Codage des données et détermination de la taille de l'échantillon

Afin de garantir la qualité du processus de codage, nous mobilisons la méthodologie présentée par Gioia et al., (2013). Une analyse multithématique a été effectuée à l'aide du logiciel Nvivo 12 et en suivant la méthodologie d'analyse présentée par Gioia et al. (2013). Le codage s'effectue en entonnoir, des concepts de premier ordre jusqu'à une agrégation générale en quelques grandes dimensions (Figure 19). Nous avons ainsi effectué un premier codage afin de dégager des concepts de premier ordre. Nous obtenons à ce stade un très grand nombre de concepts que nous réduisons en recherchant des similitudes et différences, ce qui nous permet

de réduire à un nombre plus restreint de concepts de premier ordre. Nous identifions ensuite des thématiques de 2nd ordre jusqu'à une agrégation globale en grandes dimensions (Tableau 12). L'utilisation du logiciel Nvivo nous a permis de déstructurer les entretiens grâce au codage des données pour les restructurer dans des catégories par thématiques spécifiques.

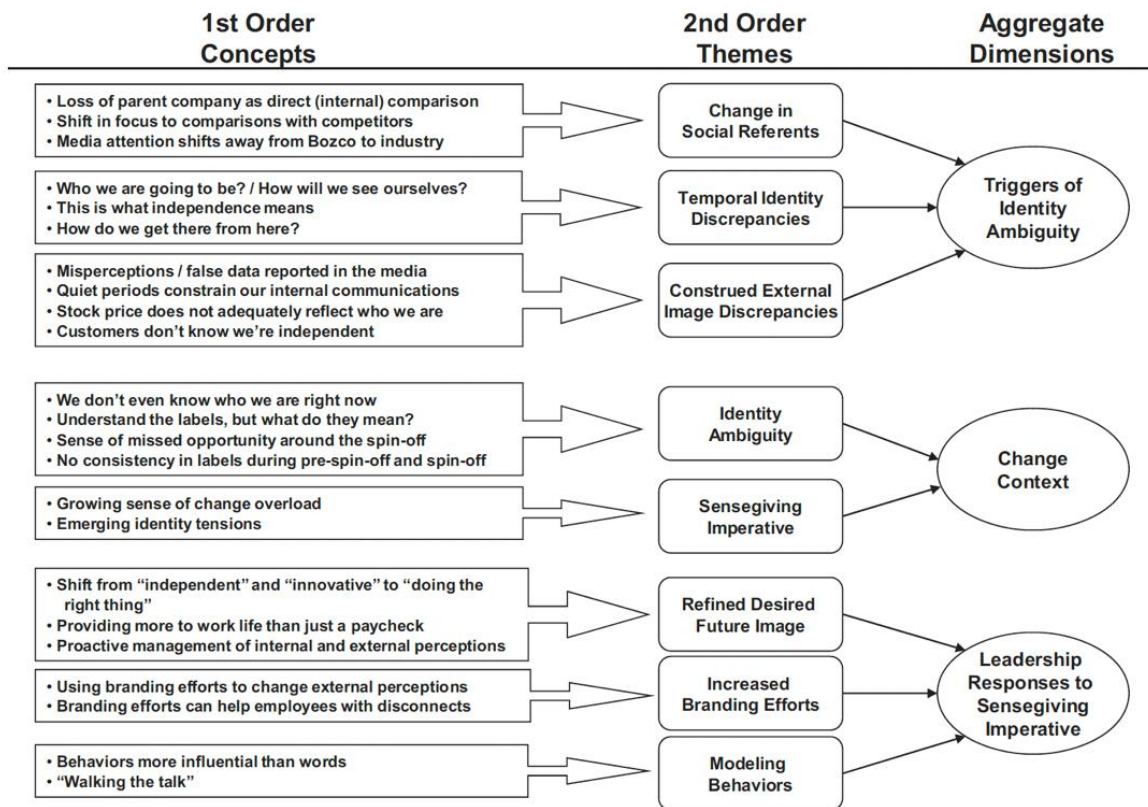


Figure 19 : Structure des données issues de Gioia et al. (2013)

Tableau 12. Grille d'analyse des données sur la question de la transformation du rôle des managers par les plateformes numériques de bien-être au travail dans un contexte de télétravail (V.4.2.)

8 thématiques de 2nd ordre	3 grandes dimensions
Problématiques à dimension organisationnelle liées au télétravail	Risques perçus du télétravail
Problématiques à dimension individuelle liées au télétravail	
Les plateformes : une aide au pilotage des équipes autonomes à distance	Les plateformes : un outil d'adaptation du management pour le maintien de l'activité à distance
Les plateformes : une aide à l'évaluation du vécu au travail	
Les plateformes : un système de contrôle des objectifs et des résultats	
Les plateformes : un nouveau canal de communication interne	La prévention de la santé et la gestion émotionnelle au centre des nouvelles prérogatives managériales
Les plateformes : un outil de mobilisation autour de la santé au travail	
Les plateformes : un outil de monitoring de la santé psychologique	

Les entretiens se sont poursuivis pendant un an et demi. L'analyse des résultats s'est effectuée au fur et à mesure des entretiens. Notre guide, suffisamment vaste, nous a finalement permis de traiter plusieurs questions à partir d'un seul terrain. La réflexion autour du nombre et du type de répondants s'est justifiée par les acteurs concernés par la transformation numérique, et par la prévention de la santé au travail. Nos questions ont émergé au gré de l'itération entre l'analyse progressive des entretiens et des apports de la théorie. Nous sommes finalement arrivés à un nombre d'entretiens qui nous a permis d'obtenir une saturation théorique. La saturation théorique est considérée comme généralement obtenue lorsque de nouvelles unités d'observations analysées ne permettent pas d'apporter des éléments nouveaux (Thiétart, 2014). Ainsi ce seuil de saturation nous a servi d'indicateur pour savoir quand des entretiens supplémentaires n'étaient plus nécessaires.

Conclusion du chapitre IV

Ce chapitre nous a permis de détailler les éléments méthodologiques employés tout au long de cette recherche. Nous avons présenté notre objet de recherche. Celle-ci explore les implications et conséquences de la transformation numérique sur la prévention de la santé au travail, en mettant un accent particulier sur les applications de la M-santé au travail. Nous visons notamment à comprendre l'influence du numérique sur la prévention et à démystifier les freins à la prévention de la santé au travail en examinant les motivations sous-jacentes des diverses parties prenantes et en analysant l'impact réel de la transformation numérique sur l'efficacité de la prévention des risques psychosociaux (IV.1). Dans cette optique, nous justifions le recours à une approche interprétativiste pour cerner et interpréter les motivations et les usages des applications par les principaux acteurs de la prévention des RPS (IV.2). Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur une base empirique construite à partir de diverses sources, notamment des documents, des participations à divers événements, et une série d'entretiens avec différents types d'acteurs pour avoir une vision englobante (IV.3). Enfin, cette recherche est le fruit d'une interaction entre un terrain en évolution constante et une littérature scientifique. Elle prend la forme de quatre phases d'exploration et de questionnement pour lesquelles nous présentons les résultats dans le chapitre suivant (IV.4).

Chapitre V. Analyse des résultats : une étude exploratoire des applications de QVCT sur la prévention des risques psychosociaux

Notre démarche de recherche suit une approche exploratoire, où chaque étape met en lumière de nouvelles perspectives. Adoptant une approche abductive dans notre recherche, nous avons navigué entre la littérature existante et nos observations empiriques, permettant ainsi une exploration enrichie et constamment mise à jour. L'approche abductive, comme soulignée précédemment, est caractérisée par sa dynamique itérative, engendrant des interactions récurrentes entre les théories et le terrain. Cette interaction assure que la recherche reste ouverte à la découverte et à l'imprévu. Ce voyage nous a conduit à travers quatre phases distinctes, chacune ayant sa propre signification et ses propres découvertes. Ces quatre phases sont successivement traitées dans ce chapitre d'analyse des résultats.

La première phase porte sur l'exploration du marché des applications, afin de comprendre ses contours et sa segmentation (V.1.). Dans la seconde phase, nous tentons d'éclaircir le domaine de la santé que ces applications abordent et nous mettons en évidence que la question de la prévention des risques psychosociaux est portée par celles-ci (V.2). La troisième phase se penche sur la compréhension du réseau d'acteurs qui participe à la prévention des RPS et les enjeux du numérique pour celle-ci (V.3.). Enfin, la quatrième phase analyse la manière dont la transformation numérique va influencer le rôle des parties-prenantes à la prévention des RPS, avec l'analyse du rôle du gestionnaire des ressources humaines, du manager et du subordonné (V.4.).

V.1. Première phase - Un marché hétéroclite et segmenté entre une approche individuelle et organisationnelle de la prévention

D'une part, l'analyse du marché nous permet de développer d'une part ses caractéristiques larges et hétéroclites (V.1.1.). D'autre part, nous pouvons segmenter les applications entre une approche plutôt individuelle ou organisationnelle (V.1.2.).

V.1.1. Un marché vaste et hétéroclite difficilement délimitable

L'analyse des études sur le développement d'outils numériques issues de sociétés privées pour la santé au travail permet de se rendre compte du grand nombre et de la diversité des applications existantes, tout comme les contours flous qui entourent le marché du bien-être au travail. Plusieurs tentatives de descriptions de ce marché ont été effectuées avec deux principaux objectifs.

D'une part ces études vont chercher à dresser les grandes tendances derrière le bien-être en synthétisant le marché par les moyens d'actions de ces solutions. Réalisées par des organismes privés ou publics, elles sont peu nombreuses, traitent des applications qui y sont dédiées, et ne porte que rarement sur le marché français. Nous observons qu'elles vont construire une image très large de la notion de bien-être des travailleurs. Par exemple, le rapport international *Wellbeing Market and Trends (2021)*²⁸ définit le bien-être holistique du travailleur à partir de l'épanouissement et de la citoyenneté, de la connexion humaine/du bien-être social, du bien-être financier, de la santé physique, de la santé mentale et de la pleine conscience, et du soutien à la prise en charge (des enfants ou des personnes âgées par exemple). Cette étude regroupe plus d'une centaine de prestations étudiées liées au bien-être, dont une part sont des plateformes technologiques, au sein de ces six segments plus un supplémentaire de bien-être holistique qui regroupe plusieurs des segments en même temps.

D'autre part, certaines études visent plus particulièrement à classer et comparer l'efficacité de ces outils. Nous pouvons citer le rapport *Be digit 2019* (Blanco et al., 2019) qui porte sur l'analyse de solutions digitales d'évaluation et/ou d'amélioration du niveau de bien-être au travail (Figure 20). Ce rapport s'inscrit également dans la représentation publique ambiguë du

²⁸ <https://bersinacademy.com/blog/2021/04/2021-report-insights-for-employee-wellbeing-in-a-complex-time>

bien-être au travail. Son titre, « Rapport global d’analyse de solutions digitales d’évaluation et/ou d’amélioration du niveau de bien-être au travail » se positionne clairement sur la notion de bien-être au travail. Le bien-être y est d’ailleurs défini comme la « santé mentale positive », avec une dimension eudémonique et une dimension hédonique. Pourtant, le rapport indique chercher à analyser en quoi et comment les solutions retenues vont mesurer le bien-être ou la qualité de vie au travail (selon l’objectif communiqué par les applications). Finalement, le rapport évalue au moyen de plus d’une dizaine de critères (fondements théoriques, approche et méthode d’évaluation de l’outil, utilisation et protection des données...) et classe les applications selon les résultats obtenus.

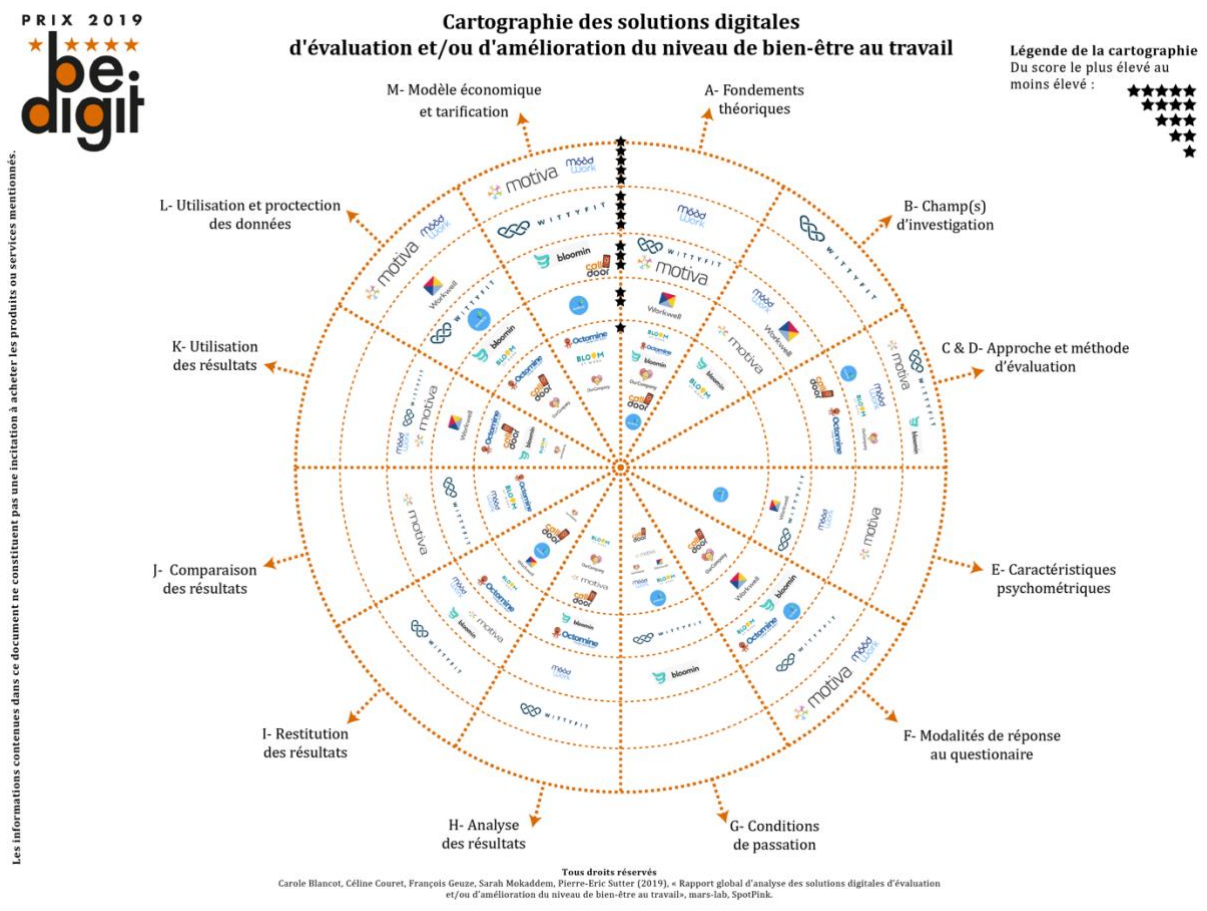


Figure 20 : Résultats des applications, extrait du rapport Be.digit 2019

Ainsi, les études sur le marché des applications de bien-être au travail donnent un premier aperçu de la pluralité de leurs modes d’actions. Par ailleurs, la représentation de ces études « sur le bien-être au travail », montre que la notion semble correspondre à un concept plus large qui ne se limite donc pas au BET mais plutôt à la santé en générale (mentale ou même physique).

V.1.2. Des outils d'accompagnement et d'interaction segmentés entre une approche individuelle et organisationnelle

Poursuivant notre analyse du marché des applications, nous distinguons d'abord deux modes d'action agissant sur la sphère professionnelle ou privée (V.1.2.1.). Puis nous mettons en avant l'approche individuelle et organisationnelle qu'elles peuvent avoir (V.1.2.2.).

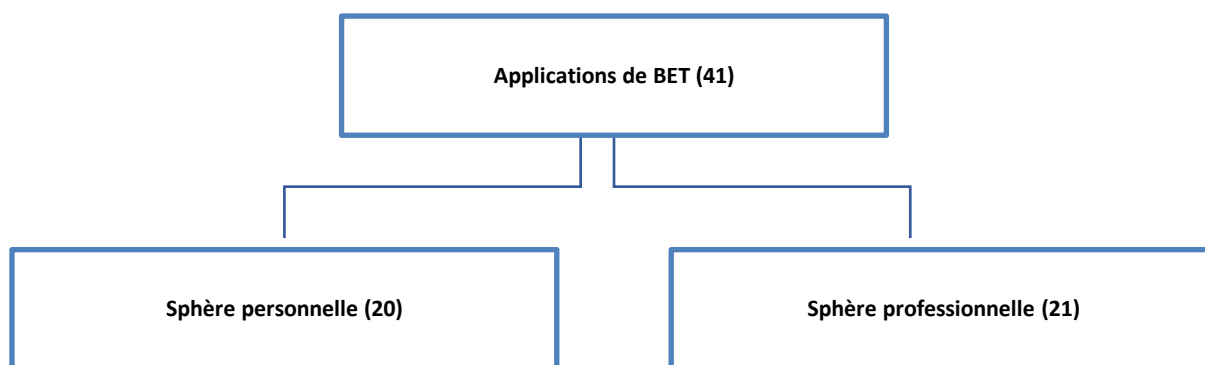
V.1.2.1. Une action entre la sphère privée et professionnelle

Les technologies de la santé et du bien-être au travail sont nombreuses et récentes. Elles forment un marché varié qui évolue à grande vitesse. Les plateformes numériques semblent particulièrement tirer leur épingle du jeu avec des exemples concrets comme Moodwork, plateforme de santé mentale créée en 2017, qui revendique l'accompagnement de plus de 100 000 utilisateurs²⁹, ou encore Glint, plateforme de feedback pour l'amélioration de l'environnement de travail créée en 2013 et rachetée par Microsoft en 2018 entre 400 et 500 millions de dollars³⁰.

Nous présentons dans notre chapitre de méthodologie le processus qui nous a permis d'identifier les applications de « BET ». Le marché est hétéroclite et la définition du bien-être au travail semble floue même dans les études cherchant à présenter les contours du marché (voir partie précédente). Nous avons cherché ici à rester représentatif du marché des applications de bien-être au travail en respectant la représentation « large » de la notion de bien-être au travail, qui se rapprocherait de la qualité de vie au travail. Nous avons également respecté les deux critères d'actions des solutions de m-Heath (outil d'auto-gestion ou outil d'aide à la décision) et la présence sur le marché français des applications. Pour notre première synthèse du marché, nous listons les applications de BET à partir des axes d'interventions que leurs créateurs ont imaginés. Nous menons ce travail au moyen des applications référencées au sein de l'association Happy tech, complété par des applications complémentaires que nous avons identifiées pour obtenir un total de 41 applications (figure 17).

²⁹ <https://www.capital.fr/entreprises-marches/moodwork-permet-aux-salaries-de-reprendre-la-main-sur-leur-bien-etre-au-travail-1407344>

³⁰ <https://www.usine-digitale.fr/article/linkedin-s-offre-la-start-up-glint-pour-booster-son-activite-entreprises.N753354>



(Rappel de la figure 17 : Cartographie du marché des applications de bien-être au travail)

Nous observons tout d’abord que les applications de la *HappyTech* traitent la question du bien-être de manière très large. L’association *HappyTech* définit des technologies « au service du bien-être et qui agissent pour changer le monde du travail » à travers : la santé physique et psychique ; l’échange, l’intégration et la communication ; l’amélioration de l’environnement et des conditions et de travail ; la facilitation du quotidien et l’équilibre vie professionnelle/vie personnelle.

L’analyse des 41 solutions montre que la notion de technologie du bien-être est utilisée pour représenter toutes les technologies qui permettent de développer la qualité de vie au travail, la santé physique et mentale ou encore l’engagement. Les entreprises sont des start-up, créées en moyenne en 2015 et dont le siège social est pour la plupart basé en Ile-de-France. Certaines ont été rachetées (Glint a été racheté par LinkedIn, Bloom at work par Luka) d’autres sont des solutions annexes créées par des entreprises déjà existantes (Workcare), et la grande majorité de ces solutions SAAS (« software as a services » que l’on peut traduire comme « logiciel en tant que service ») représente l’activité unique ou principale de l’entreprise. Les plateformes numériques sont multi-supports, elles sont souvent accessibles à la fois par application mobile et par un ordinateur pour faciliter leur accès aux salariés, qu’ils soient sur leur lieu de travail ou en déplacement.

L’analyse des sites institutionnels (présentation et caractéristiques de l’outil, témoignages clients, vidéos d’introduction) et les entretiens réalisés, nous ont permis d’effectuer un premier rassemblement de ces plateformes autour de trois grandes thématiques : « Accompagnement dans la vie personnelle », « Accompagnement dans la vie professionnelle » et « Canal de communication interne ». Ces catégories sont proposées car elles correspondent à la fonction

principale de l'application. Effectivement, certaines plateformes peuvent proposer des fonctionnalités multiples qui restent secondaires par rapport à leur mission principale telle qu'elle apparaît dans leur utilisation prescrite. Cette finalité nous permet d'en dresser nos deux cartographies.

L'analyse des plateformes sur le marché fait ressortir une première thématique sur l'accompagnement dans la vie privée. Elle vise à l'amélioration d'un état de bien-être dans la sphère privée, ou en dehors du lieu de travail. Les problématiques traitées sont d'ordre privé. D'ailleurs, plusieurs plateformes ne visent pas uniquement les entreprises mais sont des solutions proposées au grand public. Il s'agit notamment des solutions de sport et nutrition, qui sont déjà très présentes dans le marché des particuliers (par exemple : Trainme, Activcorner...). Ces plateformes de sport font parties de la catégorie des outils de sport, hygiène de vie et bien-être. Cette catégorie est largement représentée par les plateformes dédiées au sport mais aussi à la nutrition, l'ergonomie (pour la prévention des TMS). Il s'agit d'outiller le salarié pour le maintien de bonnes conditions physiques. Deux autres catégories sont présentes à travers les loisirs et activités à faire seul ou entre collègues (copiétonnage, réservation d'activités...) et toutes les solutions facilitatrices dans la vie personnelle des salariés avec des services de conciergerie, d'aide aux devoirs pour les enfants ou de santé à domicile. Ces plateformes sont parmi les plus connues du grand public, parce qu'elles existent déjà dans la sphère des consommateurs particuliers pour une partie, et parce qu'elles font référence à des sujets assez traditionnels dans la santé en général des individus, avec les programmes de sport et nutrition, de loisirs, de services à la personne.

Une seconde thématique s'adresse spécifiquement à la sphère professionnelle. Nous regroupons dans cette catégorie les plateformes qui ont pour objectif d'accompagner les salariés dans leur vie professionnelle. On y retrouve aussi des plateformes facilitatrices comme Humoon ou Neomade qui permettent un accompagnement dans leur carrière pour la première et de trouver un lieu de travail agréable pour la seconde. Le salarié est aussi placé au cœur de son bien-être, à travers des applications d'auto-suivi, avec par exemple Moodwork pour sa santé mentale par un diagnostic, des fiches conseils et webinaires et la possibilité de contacter des psychologues de façon anonyme et confidentielle, par un chat, en visio et par téléphone. Enfin, nous y intégrons les outils de diagnostics développés par des cabinets. À la différence des autres solutions précédemment citées, elles se placent parmi un ensemble de services, une démarche globale, pour l'intervention des cabinets. Les plateformes d'accompagnement dans la vie

professionnelle se présentent d'une part comme un moyen d'outiller les salariés dans l'amélioration de leur vie au travail, en leur donnant plus d'autonomie, et d'autre part proposent des services de diagnostic et d'accompagnement dans leur vie au travail.

Enfin, toujours dans cet axe de la sphère professionnelle, une sous-thématique concerne la circulation de l'information, l'interaction entre les décideurs (managers, direction) et les subordonnés. C'est un canal de communication. On y retrouve principalement des plateformes de communication collective et des plateformes de feedback qui visent le management. La première catégorie vise la communication globale dans l'entreprise comme avec des boîtes à idées (Team-starter) ou des systèmes de tickets pour remonter ce qui ne va pas à l'organisation (Followme). La seconde, beaucoup plus abondante en nombre de plateformes vise une meilleure communication entre le manager et son équipe. Basées sur le feedback, ces solutions encouragent l'échange en proposant un canal de communication basé sur des questionnaires et sondages. Le lien au travail, l'expérience collaborateur ou encore l'engagement y sont des thématiques récurrentes. Le degré de liberté dans les questions est fort, les managers peuvent aussi s'appuyer sur une base de questions existantes ou proposées en fonction des précédentes remontées d'informations. La plateforme invite les collaborateurs à s'exprimer et à être forces de propositions. Elle favorise aussi la mise en place d'actions issues de l'analyse par le manager des réponses qu'il a reçues, en lui permettant de répondre aux messages même s'ils sont anonymes, et d'intégrer les actions dans un tableau de bord de suivi qui permet à la fois de voir ce que les autres managers font pour favoriser l'intelligence collective et aux salariés de suivre les actions en place. Parmi ces plateformes, on retrouve Glint racheté par Microsoft en 2018 pour l'intégrer à LinkedIn ou Peakon, une start-up danoise qui a réussi à lever 30 millions d'euros en 2019³¹.

Ces deux axes permettent d'illustrer la multiplicité des solutions qui existent. La notion de bien-être des salariés est détournée pour exprimer plus globalement la question de la qualité de vie des travailleurs. Elle est abordée dans un large rayon, de la vie personnelle à la vie professionnelle, par la famille ou les collègues et la hiérarchie, de son propre chef ou accompagné par des acteurs internes (manager) ou externe (coach, psychologue...). Au global, parmi notre échantillon de 41 plateformes, beaucoup d'applications font référence à l'hygiène

³¹ <https://business.lesechos.fr/entrepreneurs/financer-sa-creation/0600917484377-peakon-prend-le-pouls-des-employes-en-temps-reel-327904.php>

de vie. Ce sont des solutions déjà relativement communes sur le marché. On retrouve également un certain nombre de plateformes de feedback pour les managers qui se positionnent particulièrement sur l'engagement au travail et le retour d'expérience collaborateurs. Cela fait écho à toutes les plateformes d'expériences clients déjà existantes en marketing.

Bien que cette première synthèse du marché nous aide à positionner les grandes tendances des modes d'action des applications, ces descriptions restent un trait grossi de la réalité puisque les plateformes sont souvent multifonctionnelles et évolutives. Ceci correspond au contexte d'évolution rapide de la technologie numérique. Par ailleurs, les modes d'action, le fonctionnement réparti par les sphères touchées peut se compléter par un second niveau d'analyse. Effectivement, nous observons que même si nous pouvons regrouper ces applications par moyen d'intervention sous la forme des sphères qu'elles cherchent à modifier (privée ou professionnelle, complétés par un troisième axe davantage lié à la communication interne), l'analyse du fonctionnement de ces applications montre aussi deux dynamiques d'intervention distinctes. La première est avant tout liée à l'individu et la seconde est liée à l'organisation.

V.1.2.2. Une segmentation entre une approche individuelle et organisationnelle de l'intervention

Afin de mieux rendre compte du marché des plateformes numériques de santé au travail nous poursuivons l'analyse des acteurs du marché français (prestataires français ou étrangers dont les solutions sont utilisées par des entreprises en France). Nous proposons une deuxième lecture de ces applications sur les modes d'action.

L'analyse du tableau de synthèse sur ces 41 plateformes confirme l'image d'un marché hétérogène, où les plateformes de santé et de bien-être des salariés ne s'arrêtent pas à la vie professionnelle mais tentent aussi d'améliorer la vie privée des salariés, et où se mélangent quelques acteurs historiques (les cabinets) avec de nouveaux acteurs (des start-up de la *Happytech*). Avec cette nouvelle analyse, deux approches semblent ressortir : une action orientée sur l'individu et une action orientée sur l'organisation, chacune comprenant des modes d'action différents mais orientés plutôt vers l'un ou l'autre (Figure 21).

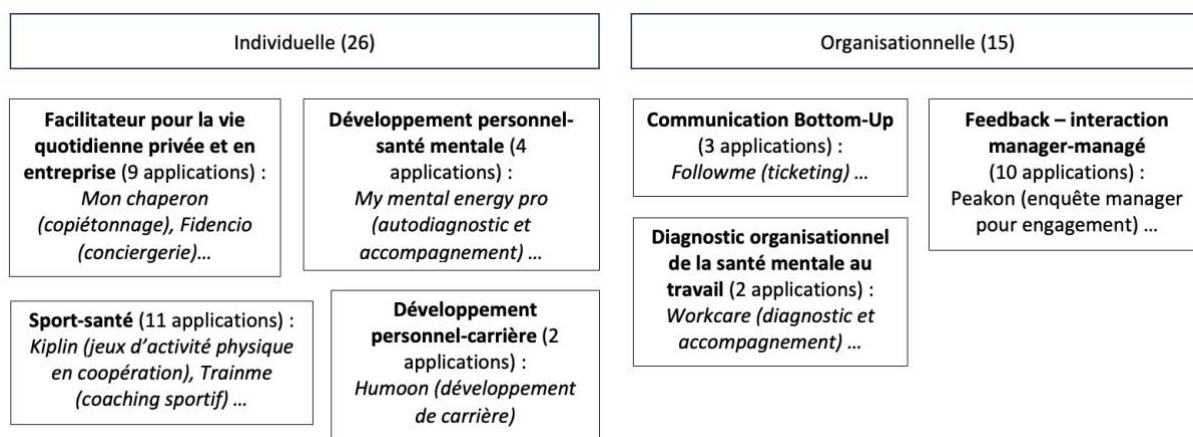


Figure 21 : Le marché des applications de « bien-être au travail » (production personnelle)

V.1.2.2.1. L'approche individuelle : une action individualisée, une prise en charge par le salarié de sa propre santé.

Le premier groupe des applications de BET se caractérise par leur approche orientée sur l'individu. Il s'agit d'une approche très représentée par les applications. Ces plateformes visent à l'amélioration de la condition des salariés, aussi bien dans la sphère privée que sur leur lieu de travail. D'ailleurs, plusieurs plateformes ne visent pas uniquement les entreprises mais sont des solutions proposées au grand public. Il s'agit notamment des solutions de sport, de santé, de nutrition, qui sont déjà très présentes dans le marché des particuliers (Trainme, Activcorner...). Nous distinguons quatre catégories d'outils. Les plateformes de sport pour la santé précédemment citées visent particulièrement l'amélioration de la santé physique. Il s'agit d'exercices, d'activités, de défis, avec ou sans coach, qui placent le salarié en situation d'autonomie dans l'amélioration de sa condition physique. Les plateformes sont des référentiels d'activité, qui permettent le suivi ainsi que l'organisation de séances collectives. Les plateformes de développement professionnel visent quant à elles à développer des compétences pour la vie professionnelle. Il s'agit d'intervenir sur les *softskills* ou d'avoir un accompagnement pour sa carrière en jouant un rôle de référentiel vers des acteurs externes qui pourront aider, ou par des formations en ligne. Une troisième catégorie est celle des plateformes qui visent à faciliter la vie quotidienne, majoritairement dans la sphère privée, avec des services de conciergerie, d'aide aux devoirs pour les enfants ou de santé à domicile. Le salarié doit gagner du temps, doit être moins « stressé » par les « problèmes du quotidien ». Il doit gagner en confort pour être plus productif sur son temps de travail en supprimant ce qui peut parasiter sa concentration. La quatrième catégorie est celle du développement personnel de la santé mentale. Ces solutions sont basées sur l'autodiagnostic par la mise en chiffres de soi (à travers

des questionnaires), la formation et l'information, et l'accès à des services tiers comme des psychologues.

« L'idée c'est qu'on va se reposer sur une méthodologie qu'on a appelé la méthodologie des trois « A » pour analyse, action et accompagnement. (...) Le bilan de bien-être va lui permettre de faire un état des lieux sur sa situation professionnelle et identifier quelles sont ses facteurs de risques et ses facteurs de protection vis-à-vis de ce qui était dû au travail. (...) Une fois qu'il a identifié ses principaux facteurs de risque et de protection, on va lui proposer du contenu pour agir sur ses facteurs de risques mais aussi pour capitaliser sur ses facteurs de protection. (...) Finalement (...) le salarié peut se faire accompagner par un psychologue du travail qui va au travers d'un entretien psychologique aider à affiner ses résultats, voir exactement où il y a des problèmes et accompagner le salarié. » (Individu 1 - PR)

Ces plateformes sont parmi les plus connues du grand public, parce qu'elles existent déjà dans la sphère des particuliers pour une partie, et parce qu'elles font référence à des sujets traditionnels dans la santé en général des individus, avec les programmes de sports et nutrition, de loisirs, de services à la personne. Cette catégorie d'outils cherche à agir sur l'individu défini comme acteur de son bien-être.

V.1.2.2.2. L'approche organisationnelle : une action organisationnelle, intégrant le salarié dans une démarche collective d'amélioration

L'analyse du marché fait ressortir une seconde approche plus organisationnelle. L'amélioration de la qualité de vie au travail est assurée par l'évolution de l'organisation, et l'intégration du salarié dans ce processus. L'échange est au centre de ces plateformes. Une première catégorie vise la circulation de l'information *bottom-up*, du bas de la hiérarchie vers le haut. Les logiciels de gestion des services d'assistance au moyen de « tickets », tout comme les boîtes à idées pour remonter les problématiques du terrain et proposer librement et sans limites des idées d'améliorations pour améliorer les conditions de travail.

Une seconde catégorie regroupe les plateformes d'accompagnement dans la santé mentale au travail. Cette catégorie est spécifique par les acteurs qui la composent. Il s'agit pour l'outil d'être intégré dans une démarche globale des cabinets de consulting plus traditionnels sur la prévention des risques psychosociaux. La mise en chiffres de soi est également présente puisque

ces plateformes sont basées sur un autodiagnostic. Elles doivent devenir des avantages concurrentiels sur le marché du consulting car elles permettent l'automatisation de la création et du traitement de la donnée. Elles permettent aussi de compléter l'offre de services de l'accompagnement organisationnel par une prise en charge individuelle.

« J'ai travaillé à « Entreprise » (...) c'est tellement une grosse boîte, c'est quand même 100 000 personnes, qu'il va falloir trouver des outils numériques... Je ne pourrai pas faire face tout seul pour faire des diagnostics par équipe etc. (...) Ça m'a donné l'idée d'utiliser le numérique. (...) au bout d'un an et demi on a passé (notre idée) au développeur (...) On utilise maintenant l'outil auprès de la clientèle » (Individu 3 – PR)

Enfin, une troisième catégorie d'outils fait référence à l'engagement et l'interaction manager-managés. Cette catégorie est la plus abondante et regroupe un certain nombre des plus importantes et les plus anciennes entreprises du marché. Parmi ces plateformes, on retrouve Glint créée en 2013, rachetée par Microsoft en 2018, intégrée à LinkedIn, ou Peakon, une start-up danoise créée en 2014 rachetée par Workday, spécialiste de service RH dans le cloud, 700 millions de dollars en 2021³². Elles sont plus abondantes et placent le manager au centre du processus. Basées sur le feedback, ces solutions barométriques encouragent l'échange en proposant un canal de communication basé sur des questionnaires et sondages. Des indicateurs globaux d'axes d'intervention sur l'organisation sont présents. On y retrouve la satisfaction des salariés, l'atmosphère au travail, l'expérience collaborateur ou encore l'engagement, comme objectifs fréquemment indiqués. L'eNPS (l'employee net promoter score) qui veille à mesurer l'engagement des salariés envers leur entreprise, sur le modèle des sondages d'engagement des consommateurs vis-à-vis de marques par exemple est souvent évoqué. Des enquêtes évolutives et personnalisables par les décideurs sont présentes, tout comme la quantification de soi. Elles peuvent aussi prendre la forme d'enquêtes de type « pulse » basées sur une grande régularité (toutes les deux semaines/tous les mois) d'un même questionnaire spécifique pour voir l'évolution d'une situation précise (Figure 22). Le degré de liberté dans les questions est fort et les prestataires de ces solutions mettent aussi à disposition une base de questions, proposées pour certaines en fonction des précédentes demandes de la part des clients. Le manager ne choisit pas toujours les questions qui peuvent être à la main des RH, mais il est l'utilisateur privilégié, tout comme son équipe pour le reste du processus. Il reçoit les résultats, les analyse,

³² <https://siliconcanals.com/news/startups/fintech/workday-acquires-peakon-for-577m/>

souvent à partir d'un rapport d'analyse déjà effectué par l'algorithme des applications, et agit en mettant en place des plans d'actions suivis par ses collaborateurs et son responsable hiérarchique. Les subordonnés sont forces de propositions, pour trouver avec les managers des points d'améliorations et des solutions. Des plans d'actions sont proposés selon l'analyse par les algorithmes, tout en le laissant libre le manager d'inscrire dans le logiciel ses propres propositions. Le feedback et la libre expression sont au centre de ces plateformes, et une liberté est laissée aux salariés qui y répondent avec des espaces de commentaires libres qui sont aussi traités par les algorithmes en temps réel.

Choisissez vos questions parmi les suivantes pour créer votre enquête Pulse (dans l'idéal, six questions au maximum) :

Catégorie	Texte
Soutien	Je me sens soutenu(e) par mon entreprise en ce moment.
Bien-être	Mon entreprise s'intéresse sincèrement au bien-être de ses employés.
Ressources	Je dispose des ressources nécessaires pour faire mon travail.
Gestion des priorités	Je sais ce sur quoi je dois me concentrer à l'heure actuelle.
Connexion des employés	Mon entreprise fait le nécessaire pour que les employés se sentent connectés les uns aux autres.
Télétravail	J'ai tout ce dont j'ai besoin pour travailler de manière productive à distance.
Question ouverte	Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus soutenu(e) en ce moment ?

Figure 22 : Enquête pulse de la plateforme Glint sur l'impact de la crise sanitaire

Enfin, quelle que soit la typologie d'outil, dès lors qu'il s'agit de plateforme de remontée d'informations sensibles comme l'évaluation des salariés ou par des salariés, une communication importante porte sur les caractéristiques confidentielles et anonymes des données. Certaines plateformes proposent néanmoins aux répondants de lever leur anonymat s'ils le souhaitent. La quantification de soi est souvent présente et le salarié est placé comme un acteur actif du développement de sa propre qualité de vie au travail, par l'approche individuelle, et adaptée à chaque salarié, ou à visée organisationnelle, pour faire évoluer les conditions de travail.

Synthèse des résultats de la première phase :

Cette première phase a pour but de répondre à la question des caractéristiques du marché des applications dédiées à l'intervention sur la santé des travailleurs.

L'analyse du marché nous a permis de dessiner le contour d'une intervention pour une prévention des risques plutôt qu'un simple bien-être au travail que ces solutions numériques semblent porter. Elle souligne également les principales tendances d'action des applications, mais simplifie la réalité, car elles sont polyvalentes et en évolution constante dans un contexte technologique en rapide progression. Malgré une présentation englobante des différents axes de fonctionnement par la sphère d'intervention (privée et professionnelle), nous relevons deux approches : l'une centrée sur l'individu, l'autre sur l'organisation. Les applications du premier groupe centrées sur l'individu, couvrent des domaines tels que la santé physique (avec des applications sportives), le développement professionnel, l'assistance quotidienne (comme la conciergerie ou l'aide aux devoirs) ou encore la santé mentale. Ces plateformes placent l'individu comme acteur central. La seconde approche est centrée sur l'organisation. On y retrouve des applications de communication, de feedback et de diagnostic. Un objectif de ces solutions semble être d'intégrer le salarié dans une démarche collective. Ces premiers résultats dressent un premier état du marché. Nous cherchons à présent à resserrer la focale sur le fonctionnement des applications en étudiant leurs fonctionnalités et les motivations qui sous-tendent l'adoption de ces plateformes. La poursuite de notre étude exploratoire vise à mieux identifier quels sont les ressorts, auprès de différentes typologies d'acteurs, derrière la décision d'adopter ces applications.

V.2. Deuxième phase - La prévention des RPS liée à l'adoption des applications

La deuxième phase cherchera à analyser le schéma de fonctionnement des applications. D'une part, nous montrons un double schéma de fonctionnement lié aux utilisateurs, les administrateurs-décideurs et les utilisateurs-subordonnés (V.2.1.). Puis nous soulignons la largeur du champ d'intervention, d'un niveau de prévention primaire à un niveau de prévention tertiaire (V.2.2.). Enfin, nous soulignons en quoi l'intervention à travers ces applications s'étend à la prévention des RPS (V.2.3.).

V.2.1. Un double schéma de fonctionnement destiné aux administrateurs-décideurs ou aux utilisateurs-subordonnés

L'analyse du double schéma de fonctionnement destiné aux deux populations d'utilisateurs, administrateurs-décideurs et utilisateurs-subordonnés. Nous commençons par souligner les catégories d'applications retenues à l'aide de notre analyse du marché et des critères que nous avons retenus (V.2.1.1.). Puis, nous relevons que la typologie d'acteurs (décideur ou subordonné) va aboutir à des fonctionnalités différentes de gestion ou d'auto-gestion (V.2.1.2.).

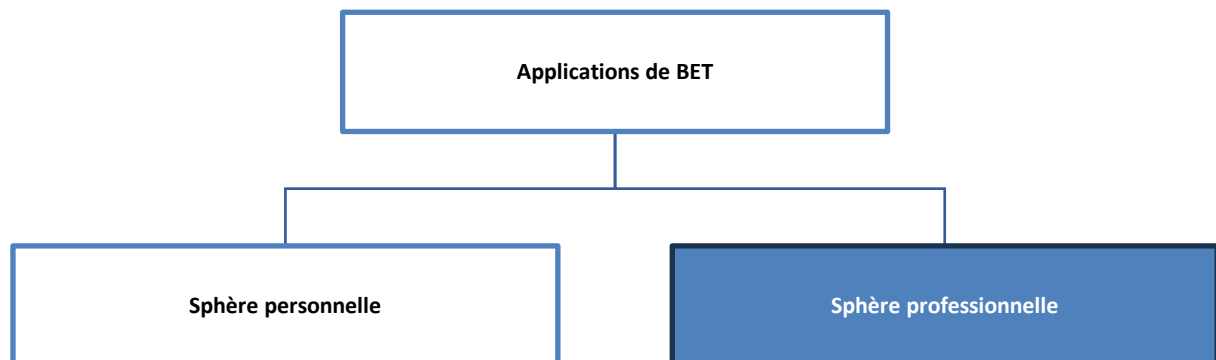
V.2.1.1. Le choix des applications étudiées : la M-santé appliquée à la sphère professionnelle

Nous l'avons souligné, les applications « de bien-être au travail » sont nombreuses et forment un marché qui se divise entre différents modes d'action. Nous distinguons en particulier les applications qui vont intervenir sur la sphère privée, de celles qui vont intervenir sur la sphère professionnelle. Dans ce cadre, nous décidons de ne retenir que les applications qui ont pour objectif d'intervenir sur la sphère professionnelle (Figure 23 - 1). Effectivement, les applications qui ne cherchent à agir que sur la sphère privée sont les mêmes que celles déjà utilisées pour le grand public. Le lien avec l'organisation est absent, excepté une participation financière qui pousse justement des applications « grand public » à tenter d'intervenir sur ce marché « professionnel » particulièrement lucratif.

Par ailleurs nous ne retenons également que les applications qui répondent aux critères pour les applications de M-santé. Plus spécifiquement, il s'agira d'applications qui vont permettre d'accompagner le salarié dans une « auto-gestion », comme les applications d'autodiagnostic

et de conseil, ou qui vont servir d'outil d'aide à la décision avec la création d'indicateurs, ou par un système de feedback (Figure 23 - 2).

1)



2)

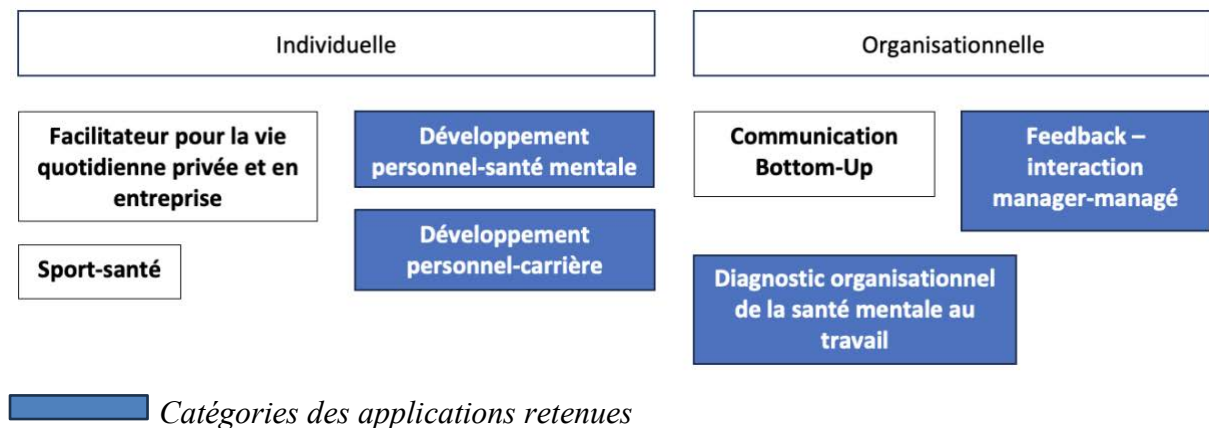


Figure 23 : Catégories d'applications retenues pour notre démarche exploratoire (1 et 2)

V.2.1.2. Le schéma de fonctionnement appliqué au double axe d'auto-gestion et de gestion de la santé et des conditions de travail

Le fonctionnement des plateformes que nous avons retenues peut être synthétisé sous la forme d'un schéma de fonctionnalités. Ce schéma a été réalisé au moyen des essais, des présentations des plateformes et plus généralement des entretiens que nous avons réalisés (Figure 24).

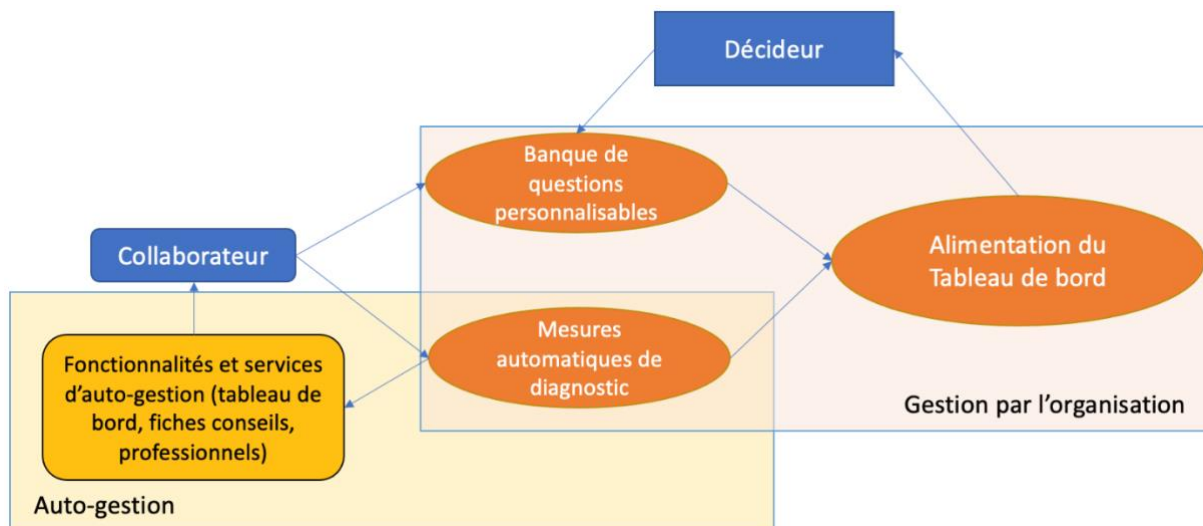


Figure 24 : Schéma de fonctionnement des applications retenues

- **Une gestion de la prévention par l'organisation**

Les entretiens nous ont permis d'identifier deux approches. Nous pourrions également les qualifier comme deux schémas de fonctionnement qui ne vont pas mobiliser les mêmes acteurs. D'une part, il y a la gestion par l'organisation de la santé au travail, où l'outil se positionne comme une aide à la prise de décision. Il permet d'identifier des signaux sur des tensions comme la question de recrutements nécessaires.

« Dès qu'on prenait une décision liée aux ressources humaines, par exemple aux embauches, ou pour une évolution... pour des choses qu'on pourrait mettre en place dans la vie interne, des aménagements de bureau, tout un tas de chose... ça permet d'objectiver. » (Ind 20 – UT)

On y retrouve une première famille de fonctionnalités autour d'une banque de questions personnalisables par les décideurs. Ces banques de questions peuvent être alimentées par les prestataires. Cependant, la possibilité est l'adaptation d'un questionnaire existant, jusqu'à sa création pure et simple.

« L'outil est complètement flexible et personnalisable et il permet de recevoir des feedbacks anonymes sur des sujets abordés directement par les collaborateurs » (Ind 34 – PR)

Par ailleurs, des systèmes de mesure automatique qui doivent permettre un diagnostic individualisé, sans modification possible, sont proposés. Cette fonctionnalité aurait pour

objectif d'ajouter une rigueur à la mesure et de créer un indicateur plus fiable, représentatif d'un état de santé psychologique. Cette normalisation de l'indicateur doit aussi pouvoir rendre la comparaison facile des organisations utilisatrices.

« Ces questions (...) sont données à tous nos clients de la même manière pour qu'elles puissent être « benchmarkable » en fait. » (Ind 17 – PR)

Ces indicateurs sont créés à partir de questionnaires déjà existants, tel que Karasek, mais les questions peuvent avoir été directement créées par les prestataires, ce qui peut interroger sur la pertinence de la grille d'évaluation. Pour certains, la question se pose même sur la **primauté de l'envie d'usage** (d'une plateforme appétente) par rapport à la rigueur de ces questionnaires.

« Il y a différents questionnaires qui existent qui sont recommandés par l'INRS, par exemple le Karasek, je ne sais pas si vous connaissez ou pas du tout ? (...) Donc nous en fait, on peut en prendre plusieurs » (Ind 41 – PR)

« J'ai souvent une question d'humeur, comment allez-vous en ce moment... on a une ergonomie qui est assez appétente (...) S'en suit un certain nombre de questions qui sont toutes illustrées. C'est un jeu qui en fonction de ma réponse je vois l'illustration qui est faite. Il y a une portée qui est symbolique c'est plus ludique qu'autre chose. » (Ind 29 – PR)

« Et en fait s'ils sont tout à fait d'accord avec l'affirmation ils sont tout de suite... ils vont tout de suite mettre un smiley content et s'ils ne sont pas du tout en accord ils vont mettre un smiley pas content. Donc c'est visuel pour les collaborateurs alors que ça l'est moins quand on met je suis tout à fait d'accord à pas du tout d'accord. Il y a moins besoin de réfléchir. En tout cas moi c'est l'analyse que j'en fais. C'est très visuel et il n'y a pas de sujet à interprétation des questions. C'est il y a une affirmation et c'est on est d'accord ou pas d'accord, mais avec ce système de smiley qui fait que c'est intelligible pour tout le monde. » (Ind 57 – UT)

Ainsi, ces éléments prennent la forme d'indicateurs ou d'analyses simplifiées des réponses dans un tableau de bord d'aide à la décision pour les décideurs. Les indicateurs doivent synthétiser l'information et la rendre rapidement compréhensible. L'organisation du tableau de bord met en avant les informations les plus pertinentes pour orienter les actions sur les indicateurs potentiellement les plus urgents.

« Il y a un tableau de bord qui se génère automatiquement lorsqu'on appuie sur un bouton et ça génère une sorte de compte-rendu sur qui est remonté sur le mois... les deux mois, enfin, bref sur la timeline décidée par le client » (Ind 21 – PR)

« On a le tableau de bord managérial déjà (...) En deux minutes je peux prendre la température de mon équipe (...) On va pouvoir voir les priorités. Ce sont les dix items les moins bien évalués par les collaborateurs. (Ind 9 – PR)

- **Une auto-gestion par les collaborateurs**

D'autre part, un second axe porte sur l'auto-gestion de sa santé par l'utilisateur. Ces données sont les mêmes que celles générées par la mesure d'autodiagnostic.

« Et dedans, du coup, chaque salarié a accès à des outils d'autodiagnostic qui lui permet de faire un point sur ces situations de bien-être » (Ind 2 – PR)

Elles vont, comme pour les décideurs, alimenter un tableau de bord destiné aux collaborateurs seulement.

« Tu as aussi un tableau de bord collaborateur qui est personnel à tous les collaborateurs. » (Ind 9 – PR)

Cet élément doit situer le collaborateur comme acteur de son bien-être. La grande majorité des thématiques proposées aborde des questions d'actions individuelles, sur sa propre personne. Le risque est pourtant de ne pas donner les moyens aux utilisateurs d'agir en axant uniquement sur une approche individuelle.

« On demande aux salariés d'être en bonne santé, de ne pas fumer, de ne pas boire, de bien s'asseoir, de faire des pauses... (...) souvent ce sont des injonctions paradoxales parce qu'on ne donne pas de moyens aux salariés de respecter ces injonctions. Quand on demande aux salariés de déconnecter, de ne pas consulter leurs mails le soir tard, mais qu'on les surcharge de travail il y a un vrai paradoxe » (Ind 30 – PR)

Pourtant, des prestataires se défendent de ne pas strictement se rapporter à cette problématique de n'intervenir que sur l'individu, écartant les problématiques organisationnelles. Certains prestataires présentent une solution qui permet d'outiller le collaborateur afin d'intervenir sur son environnement de travail. Cela laisse cependant songeur sur la portée des actions d'un collaborateur tout compte fait de sa capacité d'action sur l'organisation.

« Il y a des évolutions (...) pour l'individu sur la compréhension de soi et sur son champ d'action (...) on axe énormément sur la communication entre manager et salariés et donc il y a des choses qui se mettent en place, qui au départ sont individuelles, mais qui deviennent ensuite organisationnelles parce que bah on aura facilité le contact, fait comprendre au collaborateur qu'il a aussi un plan d'actions, il peut aussi agir en parlant à son manager d'une telle ou telle manière, en exposant bien les faits calmement etc » (Ind 2 – PR)

Ainsi plusieurs types d'actions peuvent être proposés au collaborateur, comme un accompagnement individuel par des professionnels ou des outils qui doivent leur permettre d'agir en totale autonomie.

« La machine va générer tout un tas de contenus sur-mesure, de parcours pour le collaborateur, au sein d'un ensemble d'articles, de podcast. Le collaborateur va avoir tout un ensemble de solutions qui répondent aux besoins qu'il exprime via le diagnostic. » (Ind 21 – PR)

Enfin, la répétition automatique des questionnaires doit permettre, pour le collaborateur comme pour l'organisation, de créer un indicateur évolutif et « en temps réel ». Il s'agirait d'un avantage face aux interventions traditionnelles qui mettent parfois des mois entre la passation, l'analyse et de reporting des résultats pour la mise en place d'actions.

« L'analyse des données, tout se fait directement sur la plateforme et tout est automatique et en temps réel. Donc si tu administras le questionnaire lundi à 10h, que lundi à 10h10 tu as suffisamment de répondants, tu es directement capable d'avoir une analyse des résultats sur la plateforme » (Ind 43 – PR)

V.2.2. Une action de prévention à large spectre : de la prévention primaire à la prévention tertiaire

Nous l'avons souligné, les applications tentent d'outiller à la fois les administrateurs, souvent représentés comme les décisionnaires de l'organisation, et les utilisateurs-subordonnés. L'analyse des résultats montre que les outils n'ont pas les mêmes objectifs d'utilisation selon qu'ils soient utilisés comme des outils d'aide à la décision pour les décideurs, ou d'auto-gestion pour les utilisateurs. L'analyse des actions prévues montre finalement que, naturellement, la typologie d'acteur qui va utiliser l'application (décideur ou subordonné) sera liée au niveau de prévention plutôt primaire, secondaire, ou tertiaire des actions (Figure 25.).

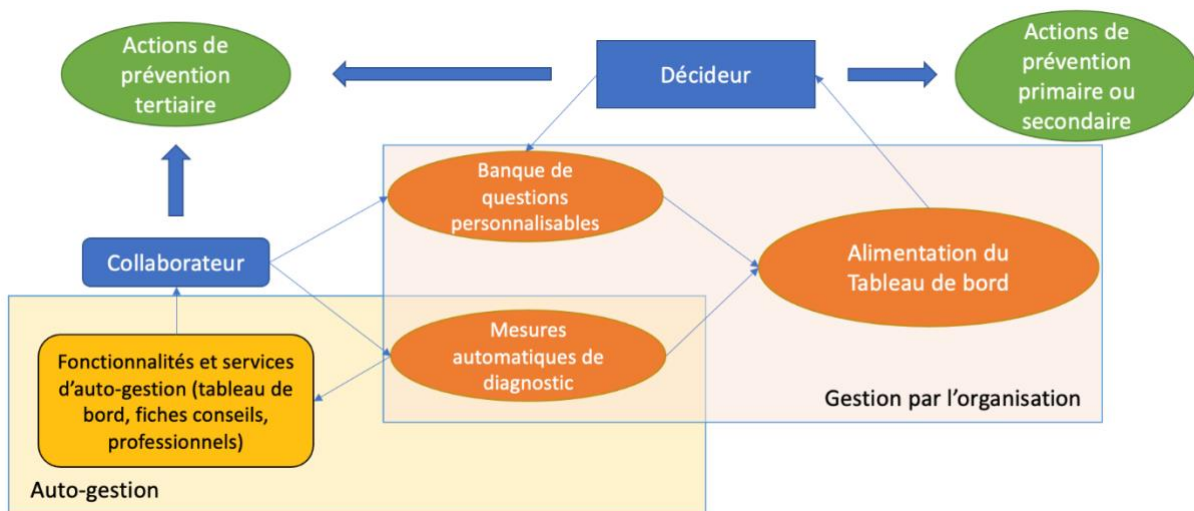


Figure 25 : Niveau de prévention primaire, tertiaire ou secondaire appliqué au schéma de fonctionnement des applications

Les applications se défendent de proposer une approche de la prévention à la fois à un niveau primaire, secondaire ou tertiaire.

« Nous on est généraliste (...) on fait autant de primaire, que de secondaire que de tertiaire et l'idée de ces plateformes c'est de mettre un peu l'ensemble de notre savoir sur la prévention des risques que ce soit une sorte de marketplace qui aborde tout ça. » (Ind 21 – PR)

« Ce serait vraiment intéressant de travailler sur ces deux plans, ces deux fronts. Donc à la fois être dans la prévention des risques, et aussi malheureusement dans la réparation quand le mal est fait, et aussi de se dire que pour un salarié qui va bien, il est quand même important de travailler pour qu'il continue d'aller bien et de promouvoir aussi le bien-être au travail » (Ind 1 PR)

Les applications vont chercher à agir sur différents niveaux de prévention. Plusieurs fonctionnalités destinées aux décideurs évoquent un niveau de prévention plutôt primaire ou secondaire. Les conditions de travail sont fréquemment évoquées dans le système de questionnaire dont peuvent se servir les décideurs pour la mise en place d'actions. Les collaborateurs vont intervenir de manière annexe en répondant aux questionnaires de mesure, parfois avec la possibilité d'affiner leur ressenti par des commentaires.

« Les questions sont orientées / axées sur différents piliers qui sont des valeurs comme la fierté d'appartenance, les espaces et conditions de travail ou l'ambiance générale et l'esprit d'équipe. » (Ind 5 – PR)

« Il y a les conditions de travail environnemental, comme le bruit, la luminosité, enfin un tas de choses qui rentrent en compte... » (Ind 6 – PR)

D'autres thématiques comme les horaires de travail vont être traitées par l'outil. Ces informations sont toujours à destination des décideurs.

« Une question précise ou une thématique spécifique sur les gens qui ont une mauvaise QVT nous apprend que sont des gens dérangés pendant le WE, qui ont des horaires à rallonge etc... et ça aide les managers à mettre en place des plans d'actions » (Ind 43 – PR)

Enfin, les décideurs, et en particulier les managers de proximité sont invités à prendre part à la prévention pour agir sur les difficultés que peuvent rencontrer leur équipe.

« Donc pour les managers il y a un espace qui s'ouvre et qui s'appelle « Gérer le bien-être de mon équipe » avec là, d'autres ressources, d'autres fiches conseils spécifiques pour les managers. » (Ind 1 – PR)

Pour leur part, les salariés ont accès à des outils qui doivent principalement leur permettre d'apprendre à faire face et à réduire les effets d'une prévention plutôt tertiaire, voire secondaire. Des programmes composés de différentes formations sont proposés afin de contrebalancer des effets négatifs qu'ils subissent, en prenant en charge leur propre santé.

« Le deuxième pilier accessible aux collaborateurs : ce sont des sessions de groupe sur des thématiques en lien avec leur santé mentale. Par exemple il y a la parentalité, la gestion du stress... Et le troisième pilier c'est un pilier 100% digital qu'on appelle des programmes pour apprendre sur sa santé mentale. » (Ind 42 – PR)

Une palette d'outils leur est également proposée afin d'agir sur eux-mêmes et d'avoir accès à des professionnels lorsque la situation le nécessite.

« Effectivement en fonction de la réponse je vais pouvoir accéder à du contenu, accéder au numéro vert de notre entreprise, ou chatter avec un psychologue. » ; « Ça permet au collaborateur une fois qu'il a terminé son enquête, de se connecter (...), de faire des autodiagnostic sur leur état de santé, le stress, leur charge cognitive, émotionnelle et d'accéder à des vidéos de sensibilisation sur les autodiagnostic et les thématiques qu'ils ont traités. » (ind 29 – PR)

V.2.3. Des actions de prévention qui dépassent le bien-être au travail : le lien des applications avec la prévention des risques psychosociaux

L'analyse des discours autour des applications semble donner un contour d'une action qui ne se limite pas au bien-être. Plusieurs bien-être sont évoqués. Les discours s'orientent rapidement vers la prévention des risques professionnels et la santé mentale des salariés.

« Alors nous le bien-être on a trois principes : le bien-être mental, le bien-être physique et le soutien de l'organisation (...) pouvoir donner une information au manager de la santé globale, mentale, de leurs employés. Et si jamais la santé se détériore, c'est de pouvoir mettre en place des actions en préconisation avant que la santé mentale se dégrade » (Ind 17 – PR)

« Notre mission première c'est de travailler à ce que les salariés des entreprises clientes aillent le mieux possible et d'accompagner les salariés dans toute leur démarche de qualité de vie au travail, de façon globale, que ce soit prévention des risques, amélioration du bien-être... » (Ind 1 – PR)

« Je dirais qu'on utilise 60% leur bibliothèque et on a 40% de questions propres à notre entreprise parce qu'on a des projets, des fois les questions sur des projets, notamment par exemple sur les questionnaires (...) on évalue le management, on évalue la charge de travail, on évalue les relations entre collègues, énormément de choses. » (Ind 57 – UT)

“Nous on est généraliste sur la gestion des risques psychosociaux, donc on fait autant de primaire, que de secondaire que de tertiaire et l'idée de ces plateformes c'est de mettre un peu l'ensemble de notre savoir sur la prévention des risques que ce soit une sorte de marketplace qui aborde tout ça. L'objectif ça va être de compléter le plus possible cette plateforme de manière à ce qu'elle couvre l'ensemble des besoins des collaborateurs.” (Ind 21 – PR)

La largeur du choix de contenus proposé par les applications et leurs évolutions illustrent également une orientation d'intervention qui dépasse largement la simple conception du bien-être au travail, dimensions positives de la santé psychologique.

« Nous on fait évoluer notre bibliothèque très régulièrement (...) on peut avoir des thématiques santé au travail, les ressources santé, la sécurité etc... (...) on essaie d'avoir un périmètre assez large » (Ind 29 – PR)

Les questions du stress, des conditions de travail, du harcèlement ou des violences sont abordées. Elle souligne une tendance à prévenir les risques psychosociaux

« On (...) de faire des autodiagnostic sur leur état de santé, le stress, leur charge cognitive, émotionnelle et d'accéder à des vidéos sensibilisation sur les autodiagnostic et les thématiques qu'ils ont traités » (Ind 29 - PR)

« Il y avait tout un système où il avait également la possibilité d'avoir les coordonnées de son médecin du travail, de l'ergonome et puis éventuellement s'il y avait un problème de harcèlement ou interne de violence... on le faisait aussi comme un système de prévention. » (Ind 25 – PST)

Les risques psychosociaux sont enfin largement et finalement directement mis en avant. Des référentiels dédiés sont évoqués pour une part des applications dès leur conception.

« On se base aujourd'hui sur le référentiel COPSOQ qui permet des analyses sur six dimensions (...) qui permettent d'établir par un système de score, les différents risques psychosociaux d'une dimension causale » (Ind 41 – PR)

« On va effectivement travailler à la fois très largement sur la QVT et puis on a des focales possibles sur les RPS bien évidemment, puisqu'on sait qu'aujourd'hui les risques psychosociaux sont assez diffus (...) il y a plein de choses qui vont dedans et on donne cette capacité à l'entreprise de pouvoir les piloter également. » (Ind 18 – PR)

Nous soulignons enfin la place qui tendrait à être donnée à l'utilisateur-subordonné si l'on s'en tient strictement à l'usage prescrit concernant la prévention de ses propres risques psychosociaux.

« Son objectif va être plus global, ça va être un kit multi-usages collaborateur sur son bien-être au travail. C'est une espèce de plateforme avec la possibilité dans un premier temps de faire un autodiagnostic sur ses propres risques psychosociaux (...). Suite à ça,

la machine va générer tout un tas de contenus sur-mesure, de parcours pour le collaborateur » (Ind 21 – PR)

Synthèse des résultats de la deuxième phase :

Connaissant la structure du marché des applications et leurs moyens d’actions communiqués, nous approfondissons l’analyse de leur fonctionnement, les buts et, finalement, leur périmètre d’action. Cette seconde phase a donc pour objectif de répondre à la question du champ de la santé traité par ces applications.

Au vu des frontières floues du marché, et pour rester dans la sphère professionnelle et le champ de la santé mobile comme identifié dans la littérature, nous avons choisi de ne retenir que les applications répondant aux critères qui y sont associés. Finalement, leur analyse montre que celles-ci s’inscrivent à la fois dans une approche individuelle et organisationnelle précédemment mise en avant. Cependant, nous ne retenons que deux catégories dans chacune de ces approches : le développement personnel pour la santé mentale et de la carrière (approche individuelle) et le feedback et le diagnostic organisationnel de la santé mentale au travail (approche organisationnelle).

Premièrement, le schéma de fonctionnement des applications nous permet de souligner qu’elles ont, d’une part, pour objectifs d’être utilisées par les décideurs, avec un objectif qui se rapprochera davantage d’un niveau de prévention prévu secondaire, voire primaire. D’autre part, un angle axé sur le collaborateur-subordonné se rapprochera davantage d’un niveau de prévention tertiaire.

Deuxièmement, notre analyse permet de dresser clairement une intervention qui dépasse la notion de bien-être au travail. Le lien avec la prévention des risques psychosociaux est clair à travers des notions liées à la santé mentale et aux risques professionnels. Plus précisément encore, les notions de stress, des conditions de travail, du harcèlement ou des violences sont prises en compte. Au final, la notion de risques psychosociaux est utilisée. Les applications vont ainsi chercher à intervenir sur la QVCT à travers la prévention des RPS.

Au vu de ces résultats, la poursuite de notre recherche exploratoire nous amène à chercher à comprendre le tissu des parties-prenantes à la prévention des RPS et quels sont les enjeux de

l'intervention pour la prévention des RPS auxquelles se confrontent les applications de QVCT.

V.3. Troisième phase - Le tissu d'acteurs de la prévention des RPS : de multiples enjeux pour les parties-prenantes et de nouvelles perspectives amenées par l'usage du numérique

La prévention des RPS est une idée centrale dans l'apparition des applications « de bien-être au travail » que nous pouvons nommer de « qualité de vie au travail et des conditions de travail ». La proposition de ces outils par des start-ups répond à une demande du marché. Nous revenons sur les motivations et les enjeux qui alimentent la volonté d'adopter des outils numériques pour prévenir les RPS. Effectivement, l'analyse du marché et des fonctionnalités nous offre un aperçu du rayon d'action des outils. Elle nous permet aussi d'entrevoir la place que ces outils numériques ont la capacité technique de donner aux différents statuts d'utilisateurs (administrateurs, utilisateurs finaux). Cependant, se limiter à cette analyse « prescrite », à la lecture d'un « mode d'emploi », nous pousse à nous interroger sur le fond de cette transformation numérique. Quelles sont les problématiques auxquelles les adoptants veulent répondre, les intérêts des différentes typologies d'acteurs liés à ces outils, aux différents acteurs liés à la prévention des RPS ? Dans ce cadre, nous commençons par dresser une cartographie de ce réseau d'acteurs intervenants sur la prévention des RPS en **présentant leurs rôles** (3.1.). Une fois dressée nous poursuivons par l'analyse des **enjeux** à la prévention des RPS derrière l'adoption de ces plateformes, et faisons le lien avec les catégories d'acteurs précédemment cartographiés (3.2.). Enfin, nous relevons le **rôle** de l'usage progressif de la technologie pour la prévention de la santé au travail (3.3.).

V.3.1. Un large réseau d'acteurs pour la prévention des risques psychosociaux

Nos entretiens nous ont permis de dessiner les **contours du réseau d'acteurs** qui peuvent participer à la prévention de la santé au travail. Effectivement, afin de mieux comprendre les enjeux et intérêts individuels, nous poursuivons nos entretiens en diversifiant les typologies d'acteurs interrogés pour identifier leurs rôles dans la prévention. La prévention de la santé au travail nécessite d'être portée par un ensemble d'acteurs internes et externes à l'organisation, mobilisés et coopérant autour de la démarche de prévention de la santé au travail.

« Les acteurs que j'ai pu rencontrer ce sont surtout la directrice, pour l'analyse du travail, il y avait des salariés qui occupent le poste, l'informatique qui m'ont surtout parlé de leurs besoins. Ensuite nous avons créé un groupe projet. Dans ce groupe il y avait pour l'animation le président de l'association qui était intervenu. C'est surtout lui qui était le décideur avec la directrice. Après il y avait un autre salarié. Du coup il y

avait quatre acteurs dans le groupe projet. C'était bien parce qu'il y avait les deux décideurs avec le président et la directrice, mais aussi un salarié qui a pu parler de ses besoins car il effectue l'activité concernée dans l'entreprise, et puis il y avait moi en tant qu'animatrice. » (Ind 60 – PST)

« Si on veut faire de la prévention, il faut que la démarche soit intégrée à l'ensemble des acteurs de l'entreprise (...) la prévention doit être partagée à la fois par les RH mais aussi par les managers de proximité. » (Ind 30 – PST)

« Tout le monde a son rôle dans le bien-être au travail. J'ai envie de dire que de façon individuelle on a aussi son rôle dans son bien-être au travail. C'est l'affaire de tous, c'est l'affaire du service RH, c'est l'affaire du service prévention, c'est l'affaire du service de santé au travail... » (Ind 13 – PST)

L'analyse des entretiens nous permet ainsi de dresser une synthèse des acteurs internes et externes à l'organisation ainsi que leur marge d'action dans la démarche de prévention de la santé au travail (Tableau 13).

Tableau 13. Principaux acteurs des démarches de prévention de la santé au travail

• Acteurs	• Principales missions
• Acteurs internes à l'organisation	
<ul style="list-style-type: none"> • Dirigeants (3.1.1.1.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Décide, impulse et soutien la démarche de prévention - Participe à la gestion et la mise en place des actions de prévention, particulièrement lorsqu'il n'existe pas de service dédié (souvent faute d'une taille suffisante de la structure)
<ul style="list-style-type: none"> • Services RH et QHSE (3.1.1.2.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Acteurs opérationnels des actions de prévention - Réflexion et force de propositions pour la démarche de prévention
<ul style="list-style-type: none"> • Managers de proximité (3.1.1.3.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Relai de communication et des décisions entre direction – subordonné - Acteur opérationnel dans la démarche de prévention de la santé - Participation à la GRH de proximité
<ul style="list-style-type: none"> • CSE – CSSCT (3.1.1.4.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Représentation des salariés et relai de communication avec différents acteurs comme la direction et le médecin du travail - Investigue et alerte en cas de défaillances ou de risques pour la santé/sécurité des salariés - Espace de dialogue entre divers acteurs - Consultation, conseil et préconisation
<ul style="list-style-type: none"> • Syndicats (3.1.1.5.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Représentation des salariés au niveau interne et externe à l'organisation - Force d'opposition et de défense des intérêts des salariés - Capacité à émettre des propositions et à être acteur opérationnel à la démarche de prévention

	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle de veille et d'alerte en interne
<ul style="list-style-type: none"> • Salarié-subordonné (3.1.1.6.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Premier acteur pour l'identification et l'expression de ses besoin - S'exprime par le biais par les instances représentatives du personnel - S'exprime en direct auprès des acteurs dont le manager de proximité - Action sur lui-même par la formation, ateliers, informations qu'on peut lui proposer
• Acteurs externes à l'organisation	
<ul style="list-style-type: none"> • Services de prévention et de santé au travail (3.1.2.1.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Identification et évaluation des risques professionnels - Conseil et proposition d'actions pour le maintien et la prévention de la santé au travail comme la formation - Missions de veille et d'accompagnement pour le respect de la réglementation par les organisations - Surveillance de l'état de santé et veiller à l'aptitude des salariés à pouvoir continuer d'exercer leur activité
<ul style="list-style-type: none"> • Organismes publics de contrôle et d'accompagnement (3.1.2.2.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Veillent au respect de la réglementation - Organisme d'écoute et d'enquête avec la capacité de sanctionner (inspection du travail) - Accompagnement par le conseil, l'intervention d'experts mais aussi financière
<ul style="list-style-type: none"> • Cabinets conseils (3.1.2.3.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation et analyse d'une problématique spécifique demandée par l'organisation - Restitution des résultats à l'organisation - Propositions et mise en place d'actions

V.3.1.1. Cartographie et rôles des acteurs internes à l'organisation

V.3.1.1.1. Le dirigeant : décisionnaire incontournable ayant un pouvoir d'impulser ou d'arrêter la démarche de prévention

Le rôle du dirigeant va dépendre de **la taille de la structure** car elle influence les missions qui dépendent de lui. Dans le cas d'une organisation de grande taille, celui-ci pourra compter sur des services dédiés comme un service de gestion des ressources humaines ou un service en charge de la qualité sécurité environnement, ce qu'il ne pourra pas faire dans des structures plus petites.

« C'était lui justement qui s'occupait de cette problématique, notamment légale, de qualité de vie, ou limiter les RPS etc (...) En petite structure ça sera le patron » (Ind 4 – PR)

« Pour le plus du temps, (...) ce sont les RH. Ça va dépendre de la structure de l'entreprise. Quand on parle de grands groupes, on est souvent amené à travailler avec

les DRH ou les RRH (...) notre solution s'applique également aux start-ups ou aux petits groupes, où là ça va être la direction, le CEO qui va s'intéresser à ça. » (Ind 5 – PR)

Cependant, au-delà des missions qui seront dédiées par la propre volonté du dirigeant de s'en charger ou par manque d'autres collaborateurs pouvant exercer ces missions, il est présenté lors de nos entretiens comme principal acteur car il a la **capacité d'impulser la démarche de prévention**. Il peut lui donner l'élan ou simplement l'autorisation de se concrétiser. Son pouvoir de direction lui permet de **décider** les politiques de l'organisation et ses orientations stratégiques.

« C'est le dirigeant qui va être le maître à bord, qui va donner l'impulsion aussi pour qu'on s'intéresse à ces questions-là, et ça c'est primordial. » (Ind 11 – PST)

Dans ce cadre, l'employeur est un acteur central lors des interventions des professionnels de la santé au travail. Il est le pivot vers lequel se tournent naturellement les intervenants.

« Moi en priorité je travaille avec les employeurs, quand ils détectent un besoin, quand ils ont un projet (...). Et mon objectif ensuite c'est d'engager un échange sur eux, d'avoir leur vision des choses (...) et, ensuite, une fois qu'on a détecté un besoin ou une priorité d'action, de pouvoir aller voir ce qu'il se passe au niveau du terrain. C'est là que se mettent en place les outils de questionnaires ou d'entretiens, des outils d'analyse quoi et de diagnostics. Donc il y a l'analyse de la demande, ensuite le diagnostic et ensuite la recherche de plan d'actions autour de la prévention. » (Ind 37 – PST)

V.3.1.1.2. Les services de gestion des ressources humaines (RH) et de qualité hygiène sécurité et environnement (QHSE) : acteurs clés dans la réflexion stratégique et l'action opérationnelle de la démarche de prévention

Le service RH est un acteur stratégique qui est traditionnellement positionné comme prenant en charge l'**aspect légal** lié au droit du travail et par extension aux problématiques portant sur les risques professionnels.

« C'est la RH qui s'occupe de cette problématique, notamment légale, de qualité de vie, ou limiter les RPS etc... » (Ind 4 – PR)

« Donc ces sujets ils vont être portés par des personnes en entreprise. Il y a une grande partie qui va être portée par les ressources humaines » (Ind 9 – PR)

« Aujourd'hui, il ne faut pas se leurrer, c'est surtout un sujet RH à la base, un sujet collectif et aujourd'hui il faut suffisamment de ressources au RH pour y arriver » (Ind 15 – UT)

Ce positionnement central se fait d'une part sur un **axe opérationnel**. Le service RH met en place et participe à l'action opérationnelle de la prévention des risques qui touche les travailleurs.

« Par exemple quand vous avez un nouvel intérimaire qui arrive dans une entreprise je pense que c'est bien de faire une introduction à l'entreprise et aux risques professionnels auxquels il peut être confrontée, (...) ça peut passer par le service RH. » (Ind 33 – PST)

« Mon rôle en tant que responsable RH c'est d'être attentive à l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle pour nos collaborateurs, leur donner du sens au quotidien dans l'exercice de leurs missions et faire en sorte que leur travail dans l'entreprise, leur emploi dans notre entreprise en l'occurrence puisse leur apporter de l'épanouissement professionnel. » (Ind 8 – UT)

« Bien évidemment le RH. Nous on a une équipe qui est dédiée, il y a trois personnes qui ne font que ça. (...) « Elle ça fait 3 semaines qu'elle vient au boulot avec une gueule d'enterrement, elle est de plus en plus en retard, elle s'irrite pour rien, il y a un problème quoi ». Après c'est au RH de faire son boulot. » (Ind 15 – UT)

Parfois le service RH est **complété ou remplacé** par l'action d'un service qualité hygiène santé environnement (QHSE). Dans une perspective de missions auxquelles l'entreprise doit se conformer, la sécurité notamment, le service de QHSE est directement investi de missions opérationnelles pour veiller à la préservation de la santé des travailleurs. Le DUERP est une mission que l'on peut lui dédier.

« Je dirais que l'organisation de la QVT c'est quelque chose qui est partagé entre deux services principaux que sont le service RH et la partie HSE donc hygiène sécurité environnement. » (Ind 8 – UT)

« J'ai découvert que le service QHSE sont des interlocuteurs extrêmement présents quand je parle de comment mesurer l'ambiance au travail parce que c'est quelque chose qui doit apparaître dans le document unique d'évaluation des risques professionnels qui est un document qu'on remplit nous-mêmes, qu'on peut proposer. C'est-à-dire que

l'entreprise a le devoir de le remplir, on leur dit de ne pas s'inquiéter pour ça, l'onglet RPS, » (Ind 3 – PR)

La **capacité stratégique et décisionnelle** du service RH dépendra de la place qui lui est laissée par la direction de l'entreprise.

« Les services RH... ça dépend des entreprises (...) S'il y a des services ou RH qui sont vraiment centrés sur un pouvoir décisionnaire dans l'organisation, parfois ce sont des grosses structures dans lesquelles se sont des remontées d'indicateurs de gestion de RH et pas vraiment sur la question du travail mais sur l'emploi, sur les compétences etc... (...) l'entreprise aura pour mission de déterminer un petit peu le rôle et la fonction du RH qui va être, de voir aussi dans quelle mesure ils peuvent être investis sur le travail, sur l'organisation.

Ils vont être les principaux représentants de la direction, c'est un petit peu toute la difficulté aussi. Dans quelle mesure ils représentent la direction alors qu'ils n'ont pas toujours un pouvoir d'agir. » (Ind 24 – PST)

V.3.1.1.3. Le manager de proximité : relai de la direction et gestionnaire RH de proximité

Le manager est identifié comme l'**intermédiaire principal entre direction et ses subordonnés**. Il fait descendre l'information de la direction et remonte les problématiques et demandes du terrain.

« Très souvent le manager a un rôle pivot parce que ça va être un petit peu... l'intermédiaire entre le salarié et les décisions qui vont être prises plus en haut, dans la direction, surtout dans les systèmes qui sont très verticaux... Ce sont surtout les managers de proximité qui vont avoir ce rôle-là » (Ind 1 – PR)

Sa proximité avec son équipe et le pouvoir qui lui est délégué pour la gestion de son équipe le positionne comme un acteur incontournable pour le maintien d'un bon **climat** dans l'entreprise.

« Ils vont aussi avoir un rôle en termes de climat qui va être instauré dans les équipes et dans l'entreprise. Est-ce que ça va être un climat qui va plutôt être fondé sur l'échange et la communication, l'écoute des uns et des autres ? Et notamment, Bah des salariés, ou est-ce que ça va plutôt être un management très directif avec des personnes très décisionnaires, et d'autres qui vont simplement subir les décisions pas forcément au sens péjoratif du terme mais où ils n'auront pas forcément leur mot à dire. » (Ind 1 – PR)

« C'est le management de proximité qui fait quand même beaucoup l'ambiance dans une entreprise. » (Ind 4 – PR)

Son rôle dans la gestion de son équipe est complété par des responsabilités dans la **gestion des ressources humaines** dans le but d'atteindre les objectifs que l'entreprise lui impose.

« Tous les collaborateurs sont les utilisateurs de notre outil. La RH ce n'est pas uniquement le service RH. Ce sont toutes les ressources humaines. Le manager c'est le premier capitaine de son équipe. C'est lui qui va faire en sorte d'amener son équipe à être engagée, à être bien, à avoir tous les outils nécessaires, et donc à performer » (Ind 17 – PR)

Ses missions qui touchent la gestion des ressources humaines abordent également la **gestion de la santé au travail**.

« Il y a toute l'organisation qui travaille pour améliorer la qualité du travail donc toute la sphère RH évidemment mais aussi le management parce que... ça contribue énormément à la qualité de vie au travail » (Ind 1 – PR)

« Le management a un rôle primordial dans le bien-être parce que c'est ton premier contact dans l'entreprise. Si ça va pas ou si ça va bien c'est ton premier contact. C'est lui qui va guider et qui va piloter son équipe. » (Ind 9 – PR)

V.3.1.1.4. Le CSE et la CSSCT : des instances de consultation et moteurs de la démarche

Le CSE, et sa commission santé sécurité et conditions de travail, revêtent diverses missions de prévention de la santé grâce à leur statut de représentant des salariés. Leur rôle va notamment passer par un **relai de communication** entre les salariés et la direction avec une place d'alerteur en cas de risques pour la santé des collaborateurs.

« Un acteur qui est très important dans les entreprises en interne, ça va être les CSE, qui ont pour rôle dans l'entreprise de mettre en avant ces sujets-là et de les remonter à la direction, que ce soit dans le bien ou dans le mal. » (Ind 9 – PR)

Les missions qui leur sont dévolues sont larges et répondent aux besoins des salariés dont ils sont les représentants. La santé au travail est ainsi une part incontournable de leur rayon d'action. Ils vont avoir la capacité à **commander, décider, conseiller sur la mise en œuvre d'actions** dans le cadre de leur mission de veiller au maintien de la santé au travail.

« Le CSE mène par exemple parfois des enquêtes sur la satisfaction. » (Ind 49 – UT)

« La direction demande au CSE : « bon, il faut faire quelque chose, il faut choisir entre ces trois-là ». Chacun fait sa présentation au CSE, et le CSE dit « non, non, cela ils ont l'air bien parce que, effectivement, la question du lien au travail, moi c'est une question que je me pose aussi, donc celui-là il m'intéresse, je ne comprends pas trop ce qu'il veut faire mais celui-là il m'intéresse » (Ind 3 – PR)

« ...au CSE qui vont être garants que ça ne part pas n'importe comment, que le bien-être soit toujours positif. » (Ind 9 – PR)

Le CSE et le CSSCT donnent un rôle aux salariés de l'organisation puisqu'**ils portent leurs voix et leurs intérêts**.

« Les salariés ont un rôle par l'intermédiaire de leurs représentants directement. C'est-à-dire le CSE, c'est là qu'ils sont représentés. Des fois, dans les comités de direction... il y a un représentant du personnel, il y a un représentant délégué syndical qui intervient auprès du comité de direction, ça arrive dans certaines entreprises, dans les grandes entreprises d'État en particulier. » (Ind 3 – PR)

Leur mode de fonctionnement est également basé sur le **dialogue social** qu'ils permettent d'avoir au sein de l'organisation. Il peut porter sur un très grand nombre de questions de l'organisation et notamment lorsqu'il s'agit de la santé des travailleurs.

« C'est la capacité d'avoir le dialogue social à l'intérieur des différentes instances de l'entreprise, donc faire en sorte qu'il y ait effectivement ce dialogue social même si les différentes instances d'entreprise se sont beaucoup remodifiées ces dernières années, quand on parle de CSE de CHSCT des CSSCT etc. » (Ind 6.- PR)

« Le CSE, en ce qui nous concerne ils ont plutôt un rôle de consultation, un droit de consultation, ils nous posent des questions et on leur répond. » (Ind 4 – PR)

« On a aussi un CSE qui est très engagé donc... Donc voilà ce comité est plutôt pour identifier et valider des propositions des relations sociales et aussi le fait de fournir différents rapports » (Ind 55 – UT)

Cet espace de dialogue permet également de communiquer et de faire dialoguer différents acteurs, parfois externes, à l'organisation comme le médecin du travail.

« Ça peut être le médecin qui reçoit un salarié qui lui évoque des choses, un deuxième, un troisième, donc là il va se questionner sur les conditions de travail au global dans

l'entreprise. Donc ça peut être aussi le médecin qui va en CSSCT, qui entend des choses, et qui va mettre en place une démarche. » (Ind 11 – PST)

V.3.1.1.5. Les syndicats : représentants clés de la protection des travailleurs

Les syndicats représentent tous les salariés et sont une **force de d'opposition** pour la protection des travailleurs.

« On est une organisation syndicale, on représente l'ensemble des personnels quelle que soit la catégorie professionnelle. » (Ind 64 – CS)

« Il disait (ndlr : le secrétaire général du syndicat des cadres) bah merde, toute notre vie de syndicaliste, c'est de ne pas faire notre boulot technique, et de pouvoir faire le boulot où on s'occupe du bien-être des gens, où on le défend, sur un mode agressif-défensif qui est bien connu » (Ind 3 – PR)

« Les représentants des personnels, il faut que les différentes instances des délégués du personnel puissent effectivement avoir du poids dans le dialogue social » (Ind 6 – PR)

Les syndicats peuvent **émittre des propositions** et participer, de pair avec d'autres acteurs comme le service RH, à la prévention de la santé des travailleurs.

« Des fois le DRH et le syndicat trouvent un accord sur : « OK, on va faire un protocole d'accord pour travailler sur la qualité de vie au travail ou l'absence de souffrance au travail » » (Ind 3 – PR)

Au-delà des propositions, les syndicats **représentent un acteur opérationnel**. Ils peuvent mettre en place des enquêtes pour la CSSCT.

« J'ai été amené à faire une enquête CHSCT, ou CSSCT, en recevant les personnes concernées, en recevant des personnes qui travaillaient avec pour après essayer de faire la synthèse des choses. » (Ind 61 – CS)

Ils disposent d'un **rôle de veille et d'alerte** en cas de signes pour les problématiques internes à l'organisation, comme une dégradation des conditions de travail.

« Bah oui, à partir du moment, c'est surtout les évolutions, quand vous avez une note de satisfaction qui est faible, et trois enquêtes de suite d'une note qui se dégrade dans un service, c'est qu'il y a forcément un problème. » (Ind 61 – CS)

« Ensuite aussi en interne il y a des représentants syndicaux, les délégués du personnel, qui ont un rôle de relais et d'alerte dans les entreprises. » (Ind 62 – CS)

L'action des syndicats s'étend au-delà de l'organisation.

« Alors nous déjà on va avoir un ensemble d'enquêtes terrain dans toutes les branches qui va nous permettre d'avoir une vue un peu plus globale que les autres sur les RPS, où on va avoir vraiment les branches qui sont plus sinistrées par rapport aux autres. Et ensuite nous à partir du constat qu'on en fait, on va essayer de déterminer des points où ça coince, quelles sont les causes des RPS et essayer de voir comment on peut les endiguer. Et ensuite notre rôle ça va être de défendre des projets pour essayer de mettre en place un système qui va permettre de diminuer les RPS et même à les faire reconnaître. C'est un combat depuis des années, c'est la création d'un tableau de maladie professionnelle dédiée aux RPS. (...) L'objectif ensuite du tableau c'est toujours une meilleure réparation pour les salariés. Créer un tableau de maladies professionnelles sur les RPS permet de faire profiter aux salariés de l'imputabilité, donc de reconnaître beaucoup plus facilement leurs maladies et d'être indemnisés en conséquence. Et ça permet aussi à l'employeur, à partir des tableaux, d'avoir un cadre. » (Ind 66 – CS)

Dans ce cadre d'actions nationales, **deux approches** existent pour la défense des travailleurs : une approche **contestataire** et une approche **réformiste**.

« Il y a des syndicats réformistes (CFTCT, la CFDT, UNSA etc...) et les syndicats contestataires comme FO et la CGT. Au final, si sur le fond globalement les idées sont les mêmes je pense, sur la forme... sur la manière de faire, pas du tout. Ça c'est essentiel parce que les syndicats réformistes vont toujours être dans la négociation et dans la discussion alors que les syndicats contestataires vont descendre dans la rue et faire grève. Par exemple la CGT ne s'est présentée à aucune négociation cette semaine. » (Ind 62 – CS)

V.3.1.1.6. Les subordonnés : premiers acteurs concernés par la prévention

Les subordonnés sont les **principaux acteurs** car leur expression permet d'identifier et de comprendre le besoin.

« Le salarié déjà, c'est primordial et plus que jamais encore en ce moment, le salarié est le principal acteur de son bien-être » (Ind 10 – PST)

« Les principaux acteurs sont avant tout les principaux concernés, pour moi ce sont les collaborateurs... (...) les principaux acteurs pour moi ce sont les gens qui vont prendre la parole. » (Ind 5 – PR)

« On ne peut pas enlever au salarié son ressenti, et c'est toujours son ressenti qui sera l'acteur majeur du bien-être au travail. » (Ind 10 – PST)

Les subordonnés sont néanmoins des acteurs de la santé qui ont la particularité d'avoir une action à travers des **instances** qui les représentent et auxquelles ils peuvent faire remonter des besoins identifiés sur le terrain en étant impliqués dans des enquêtes.

« Les salariés ont un rôle par l'intermédiaire de leurs représentants » (Ind 3 – PR)

« C'est-à-dire le CSE, c'est là qu'ils sont représentés. Des fois, dans les comités de direction... il y a un représentant du personnel, il y a un représentant délégué syndical qui intervient auprès du comité de direction, ça arrive dans certaines entreprises, dans les grandes entreprises d'État en particulier. » (Ind 3 – PR)

Les subordonnés ont également un rôle dans la **communication directe** auprès de leur **management** sur ce qui ne va pas (entretien individuel...).

« Le manager est par définition la personne de proximité qui aide le salarié pour référer ce qu'il a besoin de référer. On se rend compte que de plus en plus les managers sont en première ligne de ces salariés en souffrance où quand on est en relation de confiance avec son manager, c'est le premier avec lequel on va s'ouvrir et dire « non là écoutes j'ai un peu trop de travail » ou « là non je suis désolé aujourd'hui ça ne va pas je ne vais pas pouvoir faire ça etc. ». » (Ind 10 – PST)

Les subordonnés ont également un rôle comme acteur direct sur leur santé à travers **les ateliers, formations, et informations** qu'ils reçoivent.

« Les formations dans l'entreprise qui participait à ça, les ateliers qui sont mis en place comme le yoga tous les midis pour ceux qui en ont besoin, le développement de plus en plus de la sieste en entreprise. » (Ind 10 – PST)

V.3.1.2. Cartographie et rôles des acteurs externes à l'organisation

V.3.1.2.1. Les services de prévention et de santé au travail interentreprises : l'expertise médicale de la santé au travail

Les services de prévention et de santé au travail (SPST) ont un fonctionnement qui peut à la fois être externalisé et mutualisé entre différentes entreprises (« interentreprises »), et à la fois être plus interne au sein d'une organisation, d'un groupe lorsque sa taille le permet. Différents

acteurs en font partie, le médecin du travail n'est pas l'interlocuteur exclusif mais il est accompagné de différents intervenants spécialistes.

« Que ce soit le médecin, les infirmiers, les IRP donc l'infirmière en prévention des risques professionnels, l'assistant santé/travail donc les AST. Donc ça ce sont des ressources sur lesquelles on peut s'appuyer pour évoquer tout ce qui tourne autour des conditions de travail » (Ind 11 – PST)

Le médecin du travail comme les IPRP ont pour missions d'intervenir sur le terrain pour la résolution des risques professionnels. L'objectif **est l'identification et l'évaluation des risques professionnels.**

« Ah bah alors c'est le tiers temps. Dans l'activité du médecin du travail il y a un tiers de son temps qui est destiné à aller sur les lieux de travail, les CHS etc... pour étudier justement les risques professionnels. C'est pour supprimer les risques professionnels pour avoir de moins en moins de déclarations de maladies professionnelles si vous voulez. C'est l'étude du milieu de travail quoi. » (Ind 39 – PST)

« Il y a la fiche d'entreprise, c'est-à-dire que le médecin du travail doit faire la fiche d'entreprise où sont notés tous les risques professionnels » (Ind 39 – PST)

« Maintenant nous sommes des services de prévention suite à une réforme dont vous avez dû entendre parler. Donc les services de santé deviennent les services de prévention avec une équipe pluridisciplinaire, bon ça on l'avait déjà, mais il faut surtout aller sur les lieux de travail. » (Ind 39 – PST)

Leur intervention se fait par un système d'**enquête auprès du personnel**, le profil dépendant de la problématique rencontrée, allant du salarié en direct à des responsables de l'organisation.

« Les personnes que je vois le plus souvent ce sont les salariés. Si ce sont des études de postes individuels, le salarié concerné, si ce sont des études de postes collectives, soit je rencontre l'infirmière s'il y en a une dans l'entreprise, sinon le responsable du pôle... Sinon ça dépend, si ce sont certains projets, c'est moi qui crée le groupe de travail. Ça peut être le directeur, les décisionnaires, l'ingénieur qui va construire l'outil ou voilà... » (Ind 60 – PST)

Les **interventions IPRP s'effectuent en individuel sur des missions précises**, adaptées à leur domaine comme l'ergonome sur les TMS, même si l'intervention finit par s'étendre à d'autres sujets plus généralistes notamment liés à l'organisation du travail.

« Ça dépend. Majoritairement, c'est seul. Mais sinon ça m'arrive d'intervenir soit avec le médecin du travail, les infirmières ou avec des assistances en santé au travail. » (Ind 60 – PST)

« Je suis plutôt appelé sur les TMS en tant qu'ergonome. Alors on confond souvent ergonome geste et posture alors que pas du tout je peux travailler vraiment sur toutes problématiques liées au travail et c'est ce que je fais en général. Moi si tu veux les TMS c'est ma porte d'entrée et après je détricote, je vais beaucoup plus loin et je finis en général par travailler sur l'organisation justement. Je finis aussi par travailler sur les RPS bien-sûr. (...) Je pars du principe qu'il y a des TMS dans les RPS et des RPS dans les TMS. C'est maillé en fait il ne faut pas mettre dans des cases » (Ind 50 – PST)

Les consultations permettent la surveillance médicale des travailleurs, mais aussi d'identifier des signaux et de faire émerger des problématiques qui n'étaient pas forcément l'objet initial du rendez-vous.

« Moi je trouve ça satisfaisant de répondre à un problème qu'on trouve nous en cours de consultation » (Ind 48 – PST)

« Des fois, ça part de nous, des constats que je fais en consultation qui m'amène à échanger avec l'employeur » (Ind 35 – PST)

Le médecin du travail a pour mission de veiller à ce que les travailleurs soient aptes à poursuivre leur activité. Dans ce cadre, il évalue **les inaptitudes et aptitudes** au travail.

Des médecins du travail, qui posent beaucoup de questions, et qui nous soumettent beaucoup de dossiers (...) dans leur prise de décision, en particulier en termes d'aptitude, d'inaptitude, » (Ind 67 – PST)

« Pour une inaptitude le médecin du travail doit demander la fiche d'entreprise (...) si elle n'est pas faite il l'envoie aussi soit à un IPRP soit à une infirmière en santé au travail, ou lui-même fait la fiche d'entreprise avant de prononcer une inaptitude » (Ind 39 – PST)

Les SPST vont avoir pour mission d'intervenir pour **former et informer** au sein des entreprises les collaborateurs.

« Il se peut qu'ils (ndlr : l'organisation) nous contactent dans le cadre de journée santé sécurité où là on prend le temps de mettre en place des formats un peu plus ludiques pour faire de la formation et parler de la prévention. » (Ind 37 – PST)

Les SPST participent à la veille **réglementaire et l'accompagnement des entreprises pour rester dans la réglementation**. Parmi les démarches réglementaires, on peut retrouver l'aide pour compléter le DUERP.

« Nous nous avons des IPRP, c'est-à-dire des ingénieurs santé au travail, qui sont là pour aider les employeurs, pas pour le faire (NDLR : le DUERP). (...) si le DU déjà n'est pas fait, il (ndlr : le médecin du travail) va envoyer le pluridisciplinaire pour aider à faire le DU. Et puis après il met à jour sa fiche d'entreprise. » (Ind 39 – PST)

V.3.1.2.2. Les organismes publics : un spectre large, de la réglementation à l'accompagnement

L'inspection du travail porte un important volet **réglementaire** des organismes publics. Son intervention pour vérifier le **respect de la réglementation** la porte à être un **recueil de signalements** pour obliger à mettre en place des actions et éventuellement **sanctionner** les organisations contrevenantes.

« Quand il y a plusieurs personnes qui font des signalements on s'appuie sur l'inspection du travail pour mettre en place des mesures d'observation sur le terrain et éventuellement un risque de sanction qui fait que l'employeur doit un peu changer ses méthodes. » (Ind 48 – PST)

« L'inspection ce sont les gendarmes donc les gens ont peur » (Ind 50 – PST)

Les organismes publics d'assistance proposent à la fois des accompagnements pour le conseil, la médiation, par l'intervention d'experts internes ou mandatés.

« De répondre à des questions de RPS (...) de toutes les sociétés qui sont mandatées par la CARSAT pour faire des études » (Ind 25 – PST)

Ils proposent également une aide par un accompagnement financier pour des projets favorables à l'amélioration des risques professionnels comme l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) ou les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).

« L'ARACT, la CARSAT, peuvent être des interlocuteurs qu'ils peuvent solliciter pour avoir des financements autour de l'aménagement ou des choses comme ça. » (Ind 37 – PST)

« Il y a la CARSAT qui fait des préconisations et du financement sur du matériel. » (Ind 30 – PST)

« On avait eu une biscuiterie d'une trentaine de salariés sur laquelle en fait après avoir échangé » avec l'employeur sur une problématique autre, on s'est rendu compte en fait... on l'avait rencontré pour un problème sur une personne qui a pu être réglé et en parallèle en visitant l'entreprise on s'est rendu que des choses pouvaient être améliorées, et on a pu l'accompagner sur un plan qui lui a permis d'obtenir un gros financement de la CARSAT pour mettre en place des gros aménagements pour améliorer la QVT globale de tous ses salariés. Il a eu un financement de 80K euros pour mettre en place des machines et autres. » (Ind 48 – PST)

V.3.1.2.3. Les cabinets conseil : un regard extérieur

Les cabinets offrent une **prestation externe** pour **l'analyse et de conseil** sur les difficultés que peut rencontrer l'organisation.

« Pour revenir sur ceux qui portent les sujets, entre les entreprises de baromètre sociaux et d'enquêtes de satisfaction, on va retrouver tous les cabinets de conseils RH et tout ce qui va être plateformes du type de notre entreprise (...) ça va être tout ce qui est cabinet RH, les grands cabinets de conseil comme Accenture, comme Deloitte, comme Capgemini, qui ont tous des secteurs RH et qui vont venir porter ces sujets via du consulting, de l'accompagnement RH. » (Ind 9 – PR)

Leur rayon d'action est théoriquement d'aller de **l'intervention individuelle à l'action sur l'organisation du travail.**

« Si on parle de la partie conseil, ce sont les cabinets de conseil du type stimulus qui sont les plus gros mais t'en a pas mal en France qui font ça ou des gens qui sont indépendants mais la partie conseil vient généralement plus travailler sur l'organisation et sur l'accompagnement du management dans la qualité de vie au travail, dans la prévention des risques psychosociaux, il vient mettre en place le document unique ou faire... Faire des analyses globales. Donc, ça on est vraiment sur l'organisation en règle générale pour le coup » (Ind 2 – PR)

« Le cabinet ou le conseil, peut mettre des plans d'actions en place » (Ind 41 – PR)

Leur approche est **à la fois basée sur des entretiens et des questionnaires.**

« Ils utilisaient Karasek et deux autres questionnaires mais en plus de ça, ils ont fait aussi des entretiens individuels. C'est sûr que c'est un moyen de détecter des ressentis des salariés mais ensuite ça n'est pas non plus le seul moyen. » (Ind 60 – PST)

Il s'agit pour l'organisation d'avoir un **regard extérieur sur un sujet**, mais cela peut être un défaut pour l'analyse puisqu'il peut y avoir moins de profondeur.

*« Les cabinets qu'on avait avant effectivement permettaient d'avoir des résultats. Par contre je ne vous cache pas que lorsqu'on souhaitait faire des restitutions, notamment au niveau des directions, on était un peu déçu parce que forcément le cabinet avait une vue aussi extérieure du sujet et un peu des fois finalement trop statistiques. »
(Ind 58 – UT)*

V.3.2. Des enjeux liés à la prévention des RPS qui influencent la capacité d'intervenir des acteurs

L'analyse des intérêts à prévenir les risques psychosociaux nous permet de faire ressortir plusieurs grandes thématiques. Ces **thématiques vont toucher différemment les acteurs précédemment cartographiés**. Par exemple, la nature réglementaire ou économique va particulièrement engager l'intérêt d'acteurs comme le dirigeant pour la prévention de la santé de ses salariés. De même, certains acteurs vont avoir des intérêts beaucoup plus larges que d'autres, ils n'ont pas la même largeur de vision.

“Souvent le dirigeant a intérêt que son entreprise marche et que les gens aillent bien. C'est le décideur, il a une vision globale du problème. Le médecin du travail il a une vision santé qui est très partielle. Moi ça ne me gêne pas si on a à faire à des gens qui sont à l'écoute, ça me semble bien normal. Alors le dirigeant est compétent pour diriger son entreprise. Pour nous les médecins du travail on a l'impression que la santé au travail c'est plus important mais vu du chef d'entreprise, lui ce qu'il a c'est la vie de son entreprise, ses résultats, l'ambiance... il a une optique beaucoup plus large que nous. » (Ind 47 – PST).

Ainsi, nous présentons quatre enjeux de la prévention des RPS particulièrement saillants dans nos résultats à travers l'enjeu économique (V.3.2.1.), l'enjeu légal (V.3.2.2.), l'enjeu d'une amélioration de la capacité d'intervention face à un contexte de manque de moyens (V.3.2.3.) et finalement l'enjeu de la méconnaissance de la prévention de la santé au travail (V.3.2.4.).

V.3.2.1. L'enjeu économique : un équilibre bénéfique/risque source d'inquiétudes pour les organisations

Dans le cadre de l'enjeu économique, nous soulignons deux facteurs opposés. Les dirigeants voient un intérêt économique pour leur organisation face à l'évitement de coûts et les effets positifs sur la performance (V.3.2.1.1.). Néanmoins, cet optimisme fait face à des peurs qui brident la volonté d'intervenir (V.3.2.1.2.).

V.3.2.1.1. Un intérêt économique pour les dirigeants

La prévention de la santé au travail fait appel à une motivation économique. Les répercussions d'un mauvais niveau de santé des salariés à des **effets économiques négatifs** pour l'organisation. Elle **engendre des coûts** liés à l'absentéisme ou une baisse de la productivité notamment.

« En général de toute façon si vous avez une direction intelligente, tout le monde a intérêt à traiter intelligemment ce côté parce que de toute façon ça a forcément un coût pour l'entreprise à court ou moyen terme. Parce que de toute façon après si vous avez des salariés cassés, des arrêts de travail répétitifs, en termes de coûts de compléments de salaires, de désorganisation, ça, ça se paie. Après quand vous avez des fins de carrière avec invalidité, ça a aussi un coût pour l'entreprise en termes d'impacts sur le contrat de prévoyance... Donc je dirais en fait qu'une entreprise intelligente elle va prendre toutes les mesures pour faciliter la vie de ses salariés » (Ind 61 – CS).

L'évolution de l'organisation du travail a accentué des risques pour la santé des collaborateurs. Les RPS sont le résultat d'une augmentation progressive de l'**exigence de productivité** dans les entreprises. Leur prévention RPS doit permettre de **faire face à ces conséquences**, à un manque de prise en compte des risques liés à l'intensification du travail des hommes.

« C'est le résultat de moins d'humain dans les entreprises, les yeux rivés sur les résultats financiers et le rendement, on a dû augmenter la productivité de l'entreprise sous la force des clients mais le résultat est qu'on a rendu les conditions de travail dans les entreprises plus difficiles. » (Ind 47 – PST)

À l'inverse, il est perçu qu'une prévention réussie de la santé au travail aura **des effets économiques positifs**, avec des attentes plus particulières en termes d'engagement des collaborateurs.

« Le dirigeant de l'entreprise était plus intéressé par de l'engagement. (...) le dirigeant globalement va plus avoir des lectures des podcasts, des conférences qui expliquent que des employés engagés donnent une meilleure productivité. Mais là-dessus il y a un flou artistique tu vois mais le graal semble être l'engagement parce que c'est ce qui est le plus vendu comme apportant de la productivité. » (Individu 32 – PST).

V.3.2.1.2. Des peurs liées au coût de l'intervention

- **Une remise en question de l'organisation du travail**

La volonté de traiter les RPS fait face au besoin de rentabilité des employeurs.

« Nos entreprises vont faire des sensibilisations (NDLR : « des RPS ») pour se donner bonne conscience... et dieu c'est qu'il y en a dans les entreprises et c'est difficile à évaluer quelquefois parce que c'est quelquefois de la faute des salariés et quelquefois c'est de la faute de l'employeur. On ne sait jamais vraiment... donc on se donne bonne conscience (...) mais d'un autre côté il y a la rentabilité. Là je noircis le tableau mais ça existe hein. (...) Un coiffeur par exemple, on faisait, pour les produits chimiques, on faisait venir des IPRP, des infirmière etc... mais sincèrement, il y en a, parfois nos infirmières étaient mal reçues (...) on avait même l'impression de déranger. Ils n'ont pas été très polis quoi, l'air de dire « qu'est-ce que vous venez faire là ? » (...) je pense qu'ils n'ont pas le temps. Et puis vous savez avec le COVID, il fallait déjà sauver l'activité, ce n'est pas simple. On veut bien démontrer certaines choses mais ce n'est pas simple » (Ind 39 – PST)

Toucher à la prévention des risques psychosociaux est sensible pour l'employeur puisque cela peut impliquer d'intervenir sur l'organisation du travail. La remise en question de son modèle de fonctionnement, logiquement rentable, et le changement important que cela peut engendrer en termes de travail pour faire évoluer le mode d'organisation, est une question qui peut freiner l'employeur dans la démarche de prévention. Il est observé qu'une **inertie** est parfois créée et entretenue par l'organisation, sans intention malveillante, mais par **réflexe défensif** face aux conséquences que peut impliquer la **remise en question de fondements de son fonctionnement**.

« Pour lutter contre ça, faire de la prévention, il faut remettre en question l'organisation du travail. Si les organisations ne sont pas fondamentalement malveillantes, on observe une difficulté totale, une inertie à se remettre en question. (...) C'est sans doute

intimidant pour les organisations de remettre des choses en question, de revenir sur certains objectifs, représentations qu'on peut avoir des choses, tout cela nécessite une grosse capacité d'auto-critique, une formidable capacité de travail pour vraiment envisager les choses différemment. » (Ind 67 – PST)

« On a eu plusieurs fois dans des grands groupes des interventions, dans des CSSCT, un diagnostic par un prestataire qui fait les bons diagnostics, avec des éléments chiffrés, un diagnostic imparable, qui est partagé même partiellement par la direction, par les représentants du personnel. Et finalement on voit que les dossiers avancent finalement très lentement, même après des drames, des multiplications d'arrêt longue durée etc... En France on a tendance à traiter les problèmes après les catastrophes. Ce problème d'inertie on l'a observé à de multiples reprises (...) dès qu'on parle de condition de travail, de mal être au travail... on n'en tiendra pas compte, on laissera pourrir la situation des années... et après 3 ans les problèmes seront de nouveau soulevés, et on va réenclencher une démarche de diagnostic avec un nouveau prestataire parce qu'on dira que la situation a peut-être changé alors qu'en fait non, elle n'a pas changé en général. » (Ind 67 – PST)

Cette absence de remise en question est renforcée par le fait que certains employeurs **ne perçoivent pas le lien entre la santé au travail et la performance.**

« La direction, l'objectif, c'est d'améliorer la situation et aussi de limiter les investissements. En fait il y a encore une vision couteuse de la santé au travail, ils ne voient pas l'intérêt et le lien entre la santé au travail et l'efficacité de l'entreprise et la performance de l'entreprise. » (Ind 30 – PST)

Cette problématique de traiter les RPS par une approche organisationnelle est soulevée par les syndicats. Il s'agirait d'une responsabilité que l'employeur ne voudrait pas supporter. Ce rapport de force entre les syndicats et les employeurs amène les organisations syndicales à vouloir **renommer les risques psychosociaux en risques psycho-organisationnels** pour centrer la responsabilité de l'organisation qui tendrait à s'en déresponsabiliser.

« Nous en santé au travail on ne les appelle pas RPS mais risques psycho-organisationnels. C'est-à-dire que ce n'est pas l'individu qui subit et qui provoque les RPS, pour les autres, mais c'est bien l'organisation qui lui impose à lui-même et à tout le monde les problèmes sur la santé. Et c'est la santé mentale. » (Ind 63 – CS)

Dans cette situation d'un risque organisationnel qui ne serait pas assumé par l'employeur, la réponse individuelle quelle qu'elle soit serait en décalage avec le risque réel et l'approche organisationnelle que nécessiterait de l'intervention.

“Les moyens financiers, les ressources humaines... Quand c'est un manque de personnel, quand la problématique c'est une intensification du travail parce qu'il y a de l'absentéisme, et du coup les salariés ou les agents ne sont pas toujours remplacés, il n'y a pas forcément de solutions.” (Ind 33 – PST)

- **Un coût de l'intervention perçu comme imprévisible**

D'une part, les organisations ont peur d'un coût qui dépasserait les estimations. Le fait que **l'intervention soit perçue comme un coût qui risque d'être très important** pour l'organisation tend à rendre celle-ci frileuse à faire intervenir des professionnels dans une véritable dynamique de prévention primaire. Ceux-ci ne sont appelés qu'une fois les conséquences sont déjà présentes.

« Mon but c'est vraiment de faire du primaire, c'est de travailler en amont avant que la maladie se déclare, avant que les douleurs se déclarent. (...) Aujourd'hui les gens réagissent quand ils ont un problème, pas avant. C'est très rare qu'une entreprise m'appelle pour me dire « on n'a pas de problème par contre on se dit que dans le temps notre population vieillie et nos conditions pourraient faire que ça devienne compliqué, est-ce qu'on pourrait faire quelque chose maintenant ? ». On est plus dans la réaction que dans la prévention et ça malheureusement c'est compliqué parce que la prévention est vue comme quelque chose de cher, ce sont des préventions matérielles, des achats, un coût financier » (Ind 50 – PST)

Il est souligné **la peur de l'ampleur que pourrait prendre une intervention** pour la prévention des RPS. Plus précisément, les PST mettent en avant qu'effectivement, il est possible de mettre le doigt sur des problématiques qui n'étaient pas identifiées, ou des facteurs qui n'avaient pas été pris en compte et qui vont potentiellement rajouter de l'ampleur à l'intervention. Les employeurs craignent d'arriver à cette situation. **Le premier facteur porte donc sur le principe de diagnostic qui peut permettre d'identifier des éléments qui n'étaient pas prévus.**

« Je pars du principe qu'il y a des TMS dans les RPS et des RPS dans les TMS. C'est maillé en fait il ne faut pas mettre dans des cases. Et en entreprise quand tu parles de

ces sujets là ils ont vite peur parce qu'ils se rendent vite compte de l'ampleur que ça peut prendre. Tu peux mettre le doigt sur des choses qui ne font pas forcément plaisir. Et eux quand ils nous appellent et c'est un problème, eux ils s'attendent que tu résolves le problème qu'ils ont identifié. Mais si toi tu leur expliques que ce problème là c'est une résultante de ce qu'il y a au-dessus ou à côté, ça peut être un petit plus compliqué » (Ind 50 – PST)

Les dirigeants vont avoir tendance à **ne pas toujours être coopératif si l'intervention montre une nécessité d'intervenir sur d'autres choses.**

« Moi mon problème... mon intervention c'est ça. C'est de partir de leur point A, pour leur expliquer que leur demande elle est beaucoup plus vaste que ce qu'ils ciblent. Après on passe une sorte d'accord moral. Vous m'avez montré ça, je vous dis qu'il faut travailler sur quelque chose d'un peu plus large, est-ce que vous êtes d'accord ou pas, et c'est là qu'on voit si l'entreprise est vraiment dans une démarche de prévention ou si c'est faire une action pour faire une action. » (Ind 50 – PST)

Pourtant, **l'intervention n'est pas toujours coûteuse.**

« Moi j'ai déjà résolu des problèmes de charge en rajoutant un écran d'ordinateur, on n'était pas du tout attendu sur ce sujet-là. Eux ils s'imaginaient acheter un raille de manutention de 30 000 euros et en fait on s'en est sorti avec un écran d'ordinateur et un logiciel, Excell. Donc des fois moi mon objectif c'est ça, c'est remettre en perspective leur demande et essayer de leur faire lever les yeux sur ce qu'ils ciblent mais ce n'est pas toujours évident » (Ind 50 – PST)

Cette peur du coût viendrait également d'une **méconnaissance du sujet. Cette deuxième problématique de la méconnaissance participe à la non-intervention et explique la deuxième peur liée au coût de l'intervention.**

« Alors sur la prévention je pense que c'est un manque de communication et de connaissances sur le sujet. C'est-à-dire que quand on parle prévention les gens s'imaginent toujours dépenser des millions d'euros pour du matériel pour ce genre de chose alors qu'en fait on peut travailler plein de choses à moindre coût comme sur l'organisation, sur la formation, on peut aider les gens à se réorienter. On peut vraiment aider les gens sur plein de choses. Et les gens se bloquent toujours sur le côté financier ils n'osent pas faire appel à nous » (Ind 50 – PST)

« Enfin si ce n'est que c'est un investissement en termes de temps et de formation parce que c'est quelque chose quand on ne connaît pas qui peut paraître peut-être comme une montagne à mettre en place. » (Ind 1 – PR)

D'autre part, la peur du coût est inégalement présente dans des organisations qui n'ont simplement pas les moyens comme les plus petites structures qui, à contrario de plus grosses structures, ne peuvent pas intervenir même si elles le souhaitent. **Il existe ainsi une inégalité dans la capacité d'intervention qui dépend de la taille de la structure.**

“ La première chose qui me vient c'est le fait de ne pas avoir les moyens financiers et les moyens humains de pouvoir changer certaines situations. Finalement il y a des situations très simples mais ce n'est pas possible parce que la structure ne le permet pas, parce qu'il n'y a pas les fonds... Dans les grosses entreprises avec beaucoup plus d'argent ça va être beaucoup plus facile.” (Ind 33 – PST)

Pourtant, pour les syndicats, les plus petites structures semblent plus à même de développer des risques psychosociaux.

« Dans les TPE et PME c'est un peu une catastrophe parce qu'en fait il y a un système un peu pervers... c'est un retour directement de notre syndicat. C'est qu'en fait les salariés, vu que ce sont de plus petites entreprises, ils font un peu corps avec la boîte. (...) ils vont faire des heures plus flexibles. Ils vont avoir un cumul de choses qui vont pouvoir déclencher des problèmes ou RPS, et en fait les employeurs, je ne pense même pas que c'est de mauvaise foi, je pense qu'ils travaillent au même titre que leurs salariés. Ils savent les difficultés du métier mais eux, derrière, ils ont plus davantage que les salariés. Finalement faire une formation pour trois ou quatre salariés ça coûte quand même très cher. » (Ind 66 – CS)

Cette peur de ce qui pourrait être trouvé et des risques financiers liés au coût de l'intervention notamment amène les employeurs à **engager une intervention uniquement lorsque la situation est déjà dégradée.**

« Cette question lorsque les acteurs sont TMS ou RPS, c'est souvent vraiment lorsque les choses sont dégradées en fait. Nous on essaye, les médecins du travail, les services de santé en général, on essaye de se placer en préventif et éviter l'exposition à risques, mais on n'arrive vraiment pas à actionner ce levier d'action, parce-que ce n'est souvent pas la priorité dans les structures, et puis que cette thématique elle fait vraiment peur

en fait. Ils ont l'impression que s'ils s'attaquent aux RPS, ça va faire émerger plein de problèmes alors... ils préfèrent cacher cette thématique, ne pas l'aborder et comme ça ils sont tranquilles, sauf que lorsque ça se dégrade beaucoup trop, que les indicateurs les obligent en fait à aller voir les RPS, là ils font souvent appel à nous mais ce sont des climats très dégradés souvent. » (Ind 26 – PST)

Enfin, ce frein de l'investissement coûteux se trouve renforcé par **l'absence de résultats visibles à court terme.**

« D'abord, on fait un métier où on ne voit pas les retombées tout de suite. C'est-à-dire que de la prévention, on va mettre en place une démarche mais dont les résultats se verront peut-être dans 5 ans, dans 10 ans, dans 15 ans, donc ce n'est pas du concret pour les entreprises et ça demande de l'investissement aussi. Donc en termes de coût, d'argent, investir dans quelque chose dont on ne voit pas les retombées économiques immédiatement c'est difficile. Donc en termes de santé et sécurité au travail, il y a souvent du côté du patronat la question des moyens, quels sont les moyens qu'on veut accorder à la prévention. » (Ind 62 – CS)

V.3.2.2. L'enjeu légal et la question de la (dé)responsabilisation des risques professionnels

- **L'enjeu légal de la santé et sécurité du travailleur...**

Le second enjeu que nous abordons est celui de la réglementation. Il pèse sur l'employeur de veiller à la santé et la sécurité de ses salariés. La **réglementation** est ainsi un facteur déterminant et incitatif pour l'employeur.

« L'employeur aussi avec l'obligation de sécurité. » (Ind 66 – CS)

La réglementation stricte peut être vue comme une problématique pour les organisations qui doivent faire face à un système **judiciarisé** et **suradministré**, ce qui est créateur d'inertie dans l'intervention.

« Ça s'est aggravé aussi par un autre phénomène qui dans les organisations même à petite échelle sont de plus en plus impersonnelles, de plus en plus froids, c'est de plus en plus judiciarisée, de plus en plus suradministrée, et ça devient compliqué. Ce n'est pas non plus du fait des entreprises, elles font aussi face à une suradministration qui vient de l'État français » (Ind 67 – PST)

Il existe un manque de moyens dans les petites entreprises pour gérer les obligations légales comme le DUERP. Elles ont souvent besoin d'un accompagnement.

*« Alors les sollicitations pour le document unique on n'en a pas beaucoup je trouve, parce que dans les grosses boîtes en général ils ont des gens qui sont affectés à ça, ils ont des référents qui vont aller dans chaque unité, dans chaque agence, participer à l'élaboration du DU. Dans les petites nous quand on fait la fiche entreprise, et effectivement c'est quelque chose qu'on aborde avec eux. On essaie de développer un peu la thématique mais les gens ne viennent pas forcément naturellement vers nous pour ça. Il y a certaines structures qui ne connaissent même pas je pense, le concept de RPS »
(Ind 48 – UT)*

Cet enjeu de respect de la réglementation peut donner une vision négative de l'employeur vis-à-vis de **services de prévention et de santé au travail qui sont confondus avec des organisations qui vont contrôler et éventuellement sanctionner l'organisation** comme l'inspection du travail. Cela impacte l'envie de faire appel à ces intervenants.

« Puisque je travaille dans un service de santé au travail, on nous confond avec l'inspection du travail et ça se ressent très fort parce que l'inspection ce sont les gendarmes donc les gens ont peur. Donc des fois quand nous on y va en premier ou que nous on les contacts ils s'attendent à une sanction de notre part. Ils ont peur en fin de compte. Ils se disent que s'il y a un truc que je ne fais pas bien je vais me faire tirer les oreilles, je vais avoir une amende derrière, alors que pas du tout, nous on est juste dans le conseil. Quand on voit des choses qui ne sont pas règlementaires on leur dit, on leur explique mais nous on est juste dans la pédagogie on n'est pas dans la répression. Il faut vraiment nous voir comme un partenaire et c'est vraiment ce qu'il nous manque aujourd'hui. » (Ind 50 – PST)

- **...Face à la tentation de la déresponsabilisation des organisations**

Les dirigeants défendraient leur **absence de responsabilités d'une part, par le caractère multifactoriel des RPS. Cet aspect multifactoriel des sources des RPS** est effectivement un argument mis en avant par les employeurs pour défendre la difficulté à responsabiliser l'organisation et le travail d'un mal qui peut venir aussi bien de la vie personnelle du salarié, qui pourrait alors coûter cher à l'organisation si la distinction était mal effectuée dans le diagnostic. La difficulté à diagnostiquer les RPS est particulièrement mise en avant.

« Souvent les RPS sont multi-factoriels. Donc si tout va bien dans votre vie, ce n'est pas le travail qui va vous mettre dans des états de dépression. Donc à cause de cette multi-factorialité ce n'est pas aux employeurs de la prendre en charge. Sachant que c'est déjà le cas pour bon nombre de maladies. Il n'y a jamais un seul facteur déclencheur. Il y a une indemnisation forfaitaire lorsque la pathologie est prise en charge par la médication, d'accident de travail, des maladies professionnelles. On prend en compte le fait que souvent une maladie peut avoir différentes origines. Et donc une des origines est le travail. Mais c'est vrai que pour les RPS on a un peu une levée de boucliers, je pense qu'ils ont un peu peur qu'on ouvre la boîte de PANDOR, surtout que les RPS je pense que c'est un peu plus dur à diagnostiquer. Je pense qu'ils ont un peu peur qu'il y en ait énormément, qu'elles ne soient pas toutes justifiées et que ça coûte très cher. »

(Ind 66 – CS)

D'autre part, il s'agirait de pousser une intervention portée sur l'individu et non sur l'organisation, dont les employeurs ont la responsabilité. La peur de la responsabilisation **des risques freine la possibilité d'intervention des PST et empêche ainsi la mise en place d'une approche "globale" (organisationnelle), en adaptant le travail à l'homme.** La responsabilité du salarié est davantage mise en avant en agissant sur lui-même et non sur l'organisation, en étant donc davantage dans une prévention tertiaire que primaire.

« On a très souvent dans les entreprises une approche individuelle qui responsabilise le travailleur, et pas du tout liée aux situations de travail. (...) Ce qu'on appelle « approche comportement », « individuel ». Si le salarié se fait mal, il a un accident de travail, s'il fait un mauvais travail, c'est de sa faute. C'est à dire que ce qu'on va mettre en place ça va être sur lui, sur son comportement. Je pense aux formations gestes et postures par exemple, on va apprendre au salarié à adopter les bonnes postures, à bien plier les genoux, à porter une charge, mais très souvent ces préconisations ne sont pas applicables sur le terrain faute de temps, à cause du terrain de travail, faute d'outils... Et en faisant ces formations on responsabilise le salarié en lui disant si tu te fais mal, si tu te blesses c'est que tu ne fais pas ce qu'on t'a demandé de mettre en place. Et puis il y a à l'inverse l'approche globale. (...) En fait on fait des observations et on essaie d'illustrer ces paradoxes par des remontées de situations. Donc ça va être par exemple des comportements à risques qui vont être pris par certains salariés pour tenir compte des contraintes à la fois de temps, de qualité, mais tout en sacrifiant l'aspect sécurité et santé au travail. (...) Il faut adapter le travail à l'homme, isoler les risques, les réduire

à la source. Et les employeurs ils privilégient plutôt des approches tertiaires avec le port d'EPI, la formation gestes et postures, des rappels à l'ordre sur la sécurité, sans s'intéresser à la situation de travail. » (Ind 30 – PST)

Pour les syndicats, les moyens pour les organisations d'atteindre leurs objectifs sont en opposition avec le principe de protéger la santé des collaborateurs. Il s'agit d'une vision proche d'une « fin qui justifierait les moyens ».

« Je ne vais pas ouvrir le débat avec vous parce qu'on n'aura pas le temps, mais les RPS et le lean management, faire plus avec moins, et enlever l'essentiel et ce qui fait sens au travail on est complètement dans les RPS. » (Ind 63 – CS)

Pourtant, cette prévention primaire est celle que les PST tentent de pousser, pour prendre en charge les risques les plus en amont possible, et en rendant les organisations les plus autonomes possible.

« Je leur apprend justement à mettre en place des démarches TMS, des démarches RPS, et qu'eux ils puissent faire des démarches de fonds tout le temps et pas attendre qu'il y ait un problème. Ce sont justement des entreprises qui sont plutôt positives. Ils n'ont pas d'absentéisme, ils n'ont pas de maladies, et ils ont décidé d'être pilotes sur ces sujets-là, de faire de la prévention en amont. Mais ça passe vraiment par de la pédagogie poussée en fait. Alors ça peut être nous, des cabinets... Mais c'est vrai qu'aujourd'hui c'est un manque. Les gens ne savent pas ce que c'est de la prévention. » (Ind 50 – PST)

V.3.2.3. L'enjeu de la capacité d'intervention des professionnels de la santé au travail face à un manque de moyens

Les PST partagent le sentiment de **ne pas avoir les moyens nécessaires pour faire face aux risques psychosociaux**. Ils se sentent désarmés.

« Les RPS c'est un domaine qui nous interpelle énormément depuis quelques années et sur lesquels on n'a pas de réponses très satisfaisantes à apporter. J'avoue qu'on se sent assez désarmé. » (Ind 47 – PST).

Les **organismes** dédiés, tout comme les **services de prévention et de santé au travail**, qui doivent venir en assistance **n'ont pas la capacité de faire face aux besoins des organisations**.

Il est souligné un manque de personnel pour les interventions de terrain et la part administrative du métier augmente la difficulté.

« Alors au niveau du terrain je pense que c'est le manque de moyens qui freine le plus. On se rend rapidement compte que les préventeurs dans les CARSAT ne sont pas assez nombreux, manquent cruellement de moyens, ils n'ont pas de service administratif à côté donc ils passent beaucoup de temps à rédiger des rapports qu'à se déplacer dans les entreprises et voir ce qui ne va pas. Il y a le même problème avec tout ce qui est inspection du travail. C'est compliqué pour un salarié d'avoir l'inspection du travail au téléphone et de leur demander de venir pour voir ce qui ne va pas parce qu'ils sont surchargés parce qu'ils ont des priorités... » (Ind 66 – CS)

« C'est un peu plus compliqué la médecine du travail en ce moment... Il y a des départs en retraite et ils ne trouvent pas de remplaçants et du coup on inclut moins la médecine du travail qu'on le voudrait. Alors à chaque fois on le propose mais c'est plutôt eux qui refusent parce qu'ils sont en incapacité de pouvoir suivre donc voilà... » (Ind 57 – UT)

Le **manque d'effectifs** des médecins du travail ne leur permet pas de consacrer leur tiers-temps à une intervention sur le terrain.

« La première problématique c'est le manque de médecins du travail. Les besoins sinon c'est qu'on fasse de la prévention primaire, il faut que les médecins aillent de plus en plus sur les lieux de travail si vous voulez pour éviter les risques professionnels. Il faut faire beaucoup plus de prévention, faire des visites etc. (...) Dans l'activité du médecin du travail il y a un tiers de son temps qui est destiné à aller sur les lieux de travail, les commissions etc... pour étudier justement les risques professionnels. C'est pour supprimer les risques professionnels pour avoir de moins en moins de déclarations de maladies professionnelles si vous voulez. C'est l'étude du milieu de travail quoi. » (Ind 39 – PST)

« Alors le manque de moyens c'est lié à un sous-effectif de médecins du travail qui est clair, qui fait qu'on a peu de temps pour traiter des problèmes qui sont assez nombreux. Il y a des obligations de visites périodiques, de reprises, de visites à la demande qui déclenchent des interrogations qui demanderaient peut-être des analyses dans l'entreprise avec l'employeur. On manque de temps d'autant que les RPS ne sont pas les seuls problèmes hein » (Ind 47 – PST)

Le **manque de moyens technologiques** est plus particulièrement relevé et se trouve renforcé par la difficulté de prises en main d'outils numériques par les professionnels de la santé, et plus particulièrement les médecins du travail, dont la population est vieillissante.

« On s'est rendu compte que les services de santé au travail (...) étaient un peu « aux fraises » en termes de digital. C'est un secteur qui faisait son métier tant bien que mal, mais avec une population assez vieillissante et très peu digitalisée. » (Ind 40 – PR)

Ainsi, face aux problématiques de moyens, les PST estiment que même s'ils ont une responsabilité dans la résolution de problématiques de santé au travail, **les entreprises ont tout intérêt à se doter de moyens supplémentaires.**

« Il y a un certain nombre de services de santé au travail qui se sentent dépossédés de quelque chose parce qu'en théorie c'est nous qui sommes les garants de la santé au travail en entreprise et ça paraît étonnant qu'on ne s'appuie pas systématiquement sur nous, mais d'un autre côté je ne me sens pas particulièrement compétent de gérer tous les problèmes donc je trouve ça normal qu'une entreprise fasse appel à un autre système que nous, c'est un moyen supplémentaire. » (Ind 47 – PST)

Les médecins **demandent l'intervention de cabinets extérieurs** pour les remplacer sur certains axes, le problème est que les PME n'ont pas toutes les moyens et les petites structures ont plus vite tendance à être désavantagées par rapport aux grandes entreprises.

« Quand on a des demandes de médecin sur des gros effectifs, on leur propose de proposer à l'employeur un cabinet extérieur parce qu'en termes de temps c'est trop conséquent. Et puis en général les entreprises qui ont des effectifs comme ça elles ont des ressources en interne donc il faut s'appuyer dessus aussi. Dans les PME, c'est pas vrai, ils ont moins le temps, ni les ressources internes... » (Ind 11 – PST)

Ce manque de moyens des professionnels de santé **est aggravé d'une part par un système d'acteurs internes à l'organisation** dédiés à la prévention, **rendu moins performant** à cause de l'évolution des missions qui leurs sont laissées par les différentes réformes. L'évolution en CSE et CSSCT les aurait dépourvus d'une certaine expertise interne et aurait réduit les moyens dans les entreprises de plus petites tailles puisque la CSSCT n'est obligatoire qu'à partir de 300 salariés contre 50 auparavant pour le CHSCT.

« Des RPS, ils ont été traités dans les instances représentatives et le CHSCT, et je ne vous apprends rien non plus, parce que dans les CSE du privé depuis les ordonnances Macron, ils ont été laminés, supprimés. Donc ce sont des CSE (...) où les prérogatives

du CHSCT sont allégées voire quasi supprimées qui fait qu'on va discuter mais qu'on ne va pas traiter les vrais problèmes des RPS » (Ind 63 – CS)

« Les anciens CHSCT c'était leur rôle, qui ont été transformés en CSE. Et déjà là on va avoir un premier point qui est notable. C'est que le CSE, il y a obligation de créer en son sein une CSSCT, uniquement pour les entreprises de plus de 300 salariés. Avant, le CHSCT, qui était une commission spécifique aux conditions de travail, était obligatoire dans les entreprises de 50 salariés. Donc on est passé d'une commission spécialisée sur les conditions de travail d'un seuil de 50 salariés à un seuil de 300 salariés. » (Ind 62 – CS).

« La problématique que tout le monde a relevé avec l'ordonnance Macron et le CHSCT c'est que tout le monde se retrouve à faire tout alors qu'avant c'était bien délimité, c'était un comité autonome. Maintenant tout est regroupé au sein du CSE, avec en plus une commission qui n'a pas les mêmes pouvoirs que pouvait avoir le CHSCT avant. » (Ind 61 – CS)

D'autre part, les outils internes à l'organisation, comme le DUERP, sont peu nombreux et ne sont pas suffisamment utilisés ce qui complexifie la tâche des PST.

« Globalement ils sont peu ou pas outillés. (...) On essaie de questionner le document unique. Pour eux normalement c'est un document qui a permis de commencer les réflexions sur la prévention, sur l'évaluation des risques. Alors souvent il y en a un quand même mais qui sont peu utilisés ou qui ne vivent pas dans le temps. (...) Ce n'est pas fait ça honnêtement. (...) Nous on travaille à ce que ça soit le cas mais on constate que pour l'instant ce n'est pas le cas encore. » (Ind 36 – PST)

Le DUERP est mal connu et classé dans la même catégorie que les autres « rapports » comme le bilan social. Ces rapports ne fourniraient que des « chiffres froids » qui n'apportent qu'un éclairage limité sur les problématiques rencontrées par les organisations.

« Mais ça ce sont des chiffres froids. Donc après... vous avez les rapports où voilà on va vous présenter le nombre d'accidents, de suicides, d'arrêts, la durée moyenne, analyse de gravité... Mais bon après ce n'est pas à travers un bilan social qu'on voit où la BDES qu'on va ressentir le climat social qui peut être différent d'un service à l'autre par exemple. » (Ind 61 – CS)

Enfin, **le secret médical est un frein à l'intervention**, il n'est pas possible d'interroger librement des collègues sous peine de rompre la confidentialité.

« On est très bloqué par le secret médical qui nous empêche de dire des choses, d'interroger des collègues pour avoir des informations complémentaires, pour les combler (...) On a beaucoup de mal de se faire une idée de la réalité des choses et de la pertinence des choses. Autant on peut facilement attester de la souffrance du salarié, quand il vient nous voir il y a des signes... mais pour ce qui est de comportements anormaux du collègue, du patron... c'est beaucoup plus difficile et pourtant c'est souvent l'attente du salarié » (Ind 47 – PST)

V.3.2.4. L'enjeu de la capacité d'intervention des acteurs internes à l'organisation pour cause de méconnaissance de la prévention de la santé au travail

Ces problématiques font néanmoins face à un **management qui est peu ou pas formé à la prévention des RPS**.

“ Normalement les managers doivent être un des acteurs qui portent la prévention des RPS, mais ils ne sont souvent pas du tout sensibilisés par rapport à cette thématique-là.” (Ind 26 – PST)

Ce **manque de connaissance** touche d'autres acteurs comme **l'employeur**, ce qui rend plus difficile leur prévention.

« Souvent les RPS à la différence d'autres risques, l'employeur peut avoir un impact direct. Aujourd'hui on se rend compte que (...) les employeurs ne sont pas non plus tous au courant, ne voient pas de signes de ce qui pourrait déclencher des maladies en lien avec ces risques-là. Je pense qu'il y a vraiment un énorme travail à faire sur ce point. Sur vraiment former les employeurs, former les salariés, et aujourd'hui ce n'est pas fait. » (Ind 66 – CS)

« Ce n'est pas quelque chose qui intéressait beaucoup nos directions. Et concrètement aujourd'hui on affronte nos directions. Quand ils nous parlent de QVT ils nous parlent de salles de sport par exemple, ou de massage fait pendant son temps de travail... Alors je mets au défi quiconque de trouver une infirmière qui a le temps de se faire masser pendant ses heures de travail. » (Ind 64 – CS)

Même un risque professionnel je ne sais pas si c'est déjà clair dans l'esprit de tout le monde. Donc il y a encore un manque de communication, de connaissance sur ces sujets-là. » (Ind 62 – CS)

Le **vocabulaire lié à la santé est source de confusion** et les actions mises en place ne sont pas les bonnes.

“Mon regard c’est que personne ne sait le définir. (...) Ils savent qu’il faut faire du bien-être au travail, on est tous okay là-dessus, mais quand on demande qu’est-ce que c’est le bien-être au travail c’est très compliqué. Il y en a qui vont te dire ce sont des espaces de repos, d’autres des espaces conviviaux où on peut discuter... d’autres ce sont les conditions de travail. Si le gars il ne se fait pas mal il sera bien au travail ” (Ind 50 – PST)

Ainsi, les organisations **n’arrivent pas à identifier les RPS et à les distinguer** des autres risques.

« Elles n’arrivent pas à les identifier. Déjà l’identification des autres risques ce n’est pas forcément fait et ce n’est pas évident pour eux mais alors les RPS... C’est le flou total. Je trouve qu’en interne à l’entreprise, ça dépend de l’organisation, de la taille etc... mais ce n’est pas forcément facile de le faire. En tout cas il faut une organisation spécifique : un référent, un groupe de travail, ça s’organise. Aujourd’hui ce qu’on constate c’est que ça n’est pas trop fait encore. » (Ind 36 – PST)

V.3.3. Les perspectives portées par le numérique dans la démarche de prévention des RPS

L’analyse des perspectives du numérique sur la prévention des RPS peut s’examiner sous quatre axes : la temporalité de l’intervention (V.3.3.1.), l’accessibilité en rendant la démarche moins « lourde » (V.3.3.2.), la capacité de traitement de l’information et la création de nouveaux indicateurs (V.3.3.3.) et enfin l’introduction d’une dynamique mobilisatrice (V.3.3.4.).

V.3.3.1. Améliorer la temporalité de l’intervention

Le numérique offre la capacité d’avoir de l’information rapidement. Ils cherchent avec le numérique des outils pour **gagner du temps, avoir de l’information en temps réel**.

« Nous on a ce qu’on appelle une enquête de satisfaction tous les 6 mois, qui est faite en ligne, donc de ce côté-là on peut dire que c’est quelque chose qui est pris au sérieux, il y a vraiment un suivi, je dirais... On voit bien les services quand il y a un problème, ça se voit. C’est nous qui gérons ça. (...) à partir du moment, ce sont surtout les évolutions, quand vous avez une note de satisfaction qui est faible, et 3 enquêtes de suite

d'une note qui se dégrade dans un service, c'est qu'il y a forcément un problème. » (Ind 61 – CS)

L'usage des applications montre qu'elles sont utilisées pour leur capacité à avoir des **résultats quasi instantanés**. Elle doivent permettre de réduire une lenteur qui existe dans le cadre des démarches plus traditionnelles.

« Pour moi qui suis dans l'innovation RH, je n'avais pas du tout envie de faire une enquête classique (...) c'est ludique, réactif, et moi à la sortie j'ai appuyé sur un bouton et on m'a donné des résultats dans tous les sens, avec aussi des propositions de solutions derrière. » (ind 59 – UT)

« Ça répond à notre enjeu de QVT parce que quand on fait un dictionnaire de ce type-là avec un cabinet externe etc... Il y a le temps d'analyse de leur côté ou déjà on a un mois voire deux mois de passation... Ensuite la restitution, puis il faut qu'on analyse de notre côté pour mettre en place des plans d'actions. On arrive vite fait à communiquer 3 ou 4 mois après la passation du questionnaire alors que les collaborateurs, l'analyse aura changé. Alors, on va peut-être moins chercher de nuances sur cet outil, mais ça répond à nos enjeux de rapidité, d'immédiateté. » (Ind 57 – UT)

« On cherchait une solution avec des résultats quasi instantanés. » (Ind 52 – UT)

L'entreprise, grâce à la technologie, peut chercher la **temporalité** qui lui convient.

« Ça répondait à nos enjeux d'avoir un peu plus d'immédiateté dans les résultats et d'avoir une photo plus régulière en fait de "l'humeur" des collaborateurs. » (Ind 57 – UT)

« À l'époque on sondait tous les mois et maintenant on est à un rythme d'une fois tous les 2 mois puisqu'on se rend compte que sonder tous les mois c'est bien, mais que c'est plus dur pour le terrain ou pour nous-mêmes suivant les sondages de mettre des choses en place et de répondre et de communiquer sur les résultats, donc pour faire quelque chose d'un peu plus qualitatif, on a décidé de diminuer à une fois tous les 2 mois. » (Ind 53 – UT)

L'objectif du numérique est de remplacer un fonctionnement traditionnel de l'intervention qui demande du temps, avec les anciens outils, **souvent des baromètres qui n'étaient faits qu'une fois par an.**

« Elle a été mise en place en 2019, elle est toujours en place (...) on avait quelque chose qui s'appelait le « baromètre Barrière » il y a très longtemps et c'était une fois par an. Ils demandaient tous les ans une fois par an comment ça se passait pour les collaborateurs, comment ils se sentaient dans l'entreprise... etc. Sauf qu'une fois par an, ce n'est pas assez et il n'y avait pas forcément de plan d'actions mis en place derrière, il n'y avait pas de visibilité c'est un peu mort dans l'œuf parce-que les collaborateurs ne comprenaient pas trop à quoi cela servait puisque derrière il n'y avait rien qui bougeait, c'était juste un peu des KPI finalement. » (Ind 53 – UT)

La technologie doit finalement être une réponse à l'**accélération du monde et de l'environnement de l'entreprise. Les plateformes numériques sont utilisées pour créer un suivi adapté à la situation que vit l'organisation.**

« On avait 2 types d'écoute (...) un premier qui (...) nous permet de calculer un indice engagement et de recommandations (...) plutôt dédié (...) à l'engagement et à la recommandation de l'entreprise, qu'on faisait tous les deux ans et que là on accélère, qu'on fait tous les ans. (...) Et on avait cette fameuse enquête QVT qu'on faisait tous les deux ans. On alternait avec le fameux indice d'engagement et de recommandations et en gros vu que tout s'accélère, vu que les transformations s'accélèrent et que le besoin était de connaître au plus près et au plus rapide les ressentis de collaborateurs » (Ind 58 – UT)

V.3.3.2. Rendre l'intervention plus accessible par une démarche moins « lourde »

Les organisations cherchent, grâce au numérique, à **réduire la complexité de l'intervention** en ayant des outils moins lourds pour leur démarche de prévention. Malgré le fait qu'elles puissent prendre la mesure d'une intervention par des experts pour la santé au travail, les entreprises ont un regard positif sur **des dispositifs plus légers pour réduire l'inertie** et la complexité de celle-ci.

« Après pour rajouter une chose c'est vrai que ça peut paraître fort dérangent quand on parle de plateforme d'engagement au travail, parce que moi-même ayant touché un peu l'ergonomie... c'est vrai que ça vient réinterroger plein de choses, on se dit mais « on ne peut pas donner accès à ça sans avoir un rapport énorme c'est pas possible »,

mais on se dit que voilà il faut qu'on évolue avec le temps et le contexte d'aujourd'hui et je pense que ça peut avoir un effet et qu'il peut y avoir un accompagnement... peut-être qu'on devrait le faire en plus poussé mais il y a nos managers qui sont là aussi donc... » (Ind 55 – UT)

La technologie est aussi vectrice d'un coût inférieur à des interventions plus lourdes par des cabinets. Le **prix doit être accessible** par rapport aux besoins réduits (petite enquête) par rapport à une intervention des grands groupes de consulting.

«Ça peut aller de la petite mesure, vous savez comme on a à la sortie des magasins : rouge vous n'êtes pas content, jaune, vert... ça peut être ça : de la nano mesure, ou : « aujourd'hui dites comment vous vous sentez » ou « suite à l'opération bidule, vous vous trouvez dans quel état d'esprit » et donc ça, c'est vraiment de la toute petite mesure (...) après une fois que c'est installé en plus en termes de budget, c'est évidemment beaucoup moins cher que lorsque c'est administré par des grandes sociétés de consulting qui sont très fortes et qui ont un très bon niveau d'analyse (...) mais moi mes managers ne vont pas pouvoir se permettre de dépenser, 15000, 20000, 30000 euros » (Ind 44 – UT)

Dans ce contexte, la technologie doit avoir un **caractère facilitateur dans l'usage, que ce soit aussi bien par la facilité de le déployer à l'ensemble des collaborateurs, que de pouvoir traiter plus manuellement l'information en passant par des tableaux Excel où la confidentialité est très difficilement respectée**. Elle peut chercher à compléter voire remplacer les outils existants.

« Les enquêtes sur les risques psychosociaux, ça existe depuis plusieurs années, il y a beaucoup d'entreprises qui le font à la main, le problème c'est que le secret médical ne va pas être respecté et puis la charge de travail va être énorme pour recenser toutes les réponses et faire des indicateurs, donc ça va être soit sur Excel, ou fait à la main ou sur un Google Form. Et puis il y a les logiciels métiers, donc beaucoup dans les SDIS qui existent qui ne font pas évidemment la même chose, mais qui servent à digitaliser par exemple les visites médicales, mais ce n'est pas vraiment dans une démarche préventive. Donc l'idée n'est pas forcément de venir remplacer leur logiciel métier, c'est de venir compléter par cette démarche préventive, en interrogeant en amont, pour avoir une cartographie des risques professionnels ou psychologiques, donc de venir les compléter et demain si besoin, parce-que ces logiciels sont trop anciens, on peut aussi assurer ce

logiciel métier-là, mais c'est vraiment de venir compléter les logiciels ou les pratiques qui existent déjà. » (Ind 41 – PR)

Cette confidentialité des données, mais aussi le caractère anonyme que peut permettre la technologie est un facteur **libérateur de la parole**.

« En fait c'est difficile d'obtenir des réponses de chacun, des vraies réponses, des réponses qui te disent, « Je vais être jugée, pas être jugé » parce que là on n'est pas sur du jugement mais « Je vais peut-être aller à l'encontre de ce que veulent les autres ». Bah, oui moi je voudrais bien mon vendredi, parce que oui c'est vrai, qu'à 17h, même si je suis très sérieux, j'aimerais bien parfois à 17h, partir en week-end. Ce sont des choses qui peuvent ne pas forcément être entendues correctement. On a peut-être peur de le dire. Donc en fait quand on est un peu caché derrière l'anonymat du nombre, eh bien cela passe mieux. Et en fait c'est grâce à ces outils-là d'anonymisation que l'on peut avoir la parole des gens sans qu'ils aient peur. C'est ça qui nous a permis du coup d'avoir vraiment des vraies réponses. (...) C'est vraiment quelque chose qui libère la parole... » (Ind 46 – UT)

Pour autant, une crainte est soulevée car le numérique ne favoriserait pas la prise de parole en face à face. L'anonymat et le caractère distancié pourraient être des freins à la rencontre.

« Non je ne connaissais pas. Ça peut être intéressant mais en même temps moi j'ai plutôt des inquiétudes... et pourtant je suis jeune, j'ai pas 30 ans... mais tout a tendance à être de plus en plus dématérialisé. (...) on a tendance à le mettre un peu de côté, mais ça développe des RPS justement, ce sont des espaces de rencontre, on ne peut pas être face à face. Dans les petites entreprises de 30/40 personnes, voire jusqu'à 100 personnes il y aurait peut-être plus un intérêt à apprendre à une personne à communiquer dans la bonne entente, sur des conflits quand il y en a, plutôt qu'à anonymiser justement parce que certains auraient peur de prendre la parole. Finalement, proposer une plateforme anonymisée c'est bien mais ça veut dire qu'il y a des conflits à prendre la parole en face à face. C'est dommage, on devrait plutôt éliminer les freins à s'exprimer librement plutôt que de pouvoir leur permettre de s'exprimer anonymement » (Ind 62 – CS)

V.3.3.3. Donner la possibilité de traiter de plus grands volumes d'informations et obtenir de nouveaux indicateurs organisationnels

Les **outils informatiques** disponibles sont **anciens, ne sont plus adaptés** face au besoin de pouvoir gérer de plus grands volumes de données.

« Pour moi le plus gros frein dans mon travail aujourd'hui c'est le logiciel métier, je trouve qu'il n'est pas du tout intuitif... ça nous fait perdre beaucoup de temps, on ne peut pas rentrer toutes les données, pour faire des requêtes c'est compliqué. Et ça je pense que ça serait une grosse amélioration à faire pour qu'on puisse traiter par exemple... pour un grand nombre de salariés... ce n'est pas aujourd'hui vraiment faisable. Aujourd'hui les outils informatiques, vu qu'on a la possibilité d'en avoir, c'est hyper important pour pouvoir regrouper les données et pouvoir en sortir quelque chose et du coup mener des actions » (Ind 33 – PST)

Les **outils traditionnels** comme les lignes d'écoute semblent **sous-utilisés** et sont, pour beaucoup, axés sur le **curatif**.

« Il se trouve qu'il y a beaucoup de solutions pendant la crise COVID qui se sont mises en place, mais souvent ce sont des lignes d'écoute ou seulement des services de mise en relation. Les lignes d'écoute ce sont des taux de conversion de 1 à 3% et il se trouve qu'avec les RH avec qui j'ai pu échanger en fait on ne dépasse pas 1%. Donc ce sont des solutions qui ne sont plus du tout adaptées. Elles sont vieilles et il n'y a pas eu d'innovations sur ce sujet depuis très longtemps. C'est un sujet qui est resté tabou en France, on n'est pas comme dans les pays anglo-saxons où tu as des solutions qui sont des licornes. » (Ind 27 – PR)

Il ressort comme nécessaire d'avoir des outils qui permettent de **traiter un plus grand nombre d'informations**, notamment dans le cadre de l'intervention dans de grandes organisations.

« Je pense qu'aujourd'hui on a la possibilité avec toutes les nouvelles technologies de ressortir des données de manière beaucoup plus rapide et de pouvoir du coup mener des actions en fonction de ce qu'on peut tous nous voir individuellement dans nos visites et mettre en place des actions à mener au plus vite » (Ind 33 – PST)

Ce traitement d'un grand nombre de données est un besoin de toutes les tailles d'entreprises mais plus particulièrement les moyennes et les grandes qui sont plus particulièrement le cœur de cible grâce à la puissance que permet le traitement automatique des données. Il s'agit d'une

opportunité de gain de temps dans le traitement de l'information qui va également permettre d'effectuer de nouvelles analyses jusqu'ici peu accessibles pour les acteurs de la prévention de la santé au travail.

« Les plus petits clients c'est 20 collaborateurs et les plus gros c'est 20 000. Souvent nous c'est aux alentours des 1000/2000 collaborateurs notre cœur de cible. Ça devient hyper intéressant la plateforme quand tu dépasses les 100 collaborateurs parce que c'est là que tu commences à avoir de la donnée et des résultats qui te permettent de croiser la donnée » (Ind 43 – PR)

V.3.3.4. Introduire une dynamique mobilisatrice

La démarche introduite par l'utilisation d'outils numériques se veut **fédératrice** des différents acteurs **malgré des intérêts différents**.

« Chacun veut tirer la couverture vers soi. D'ailleurs, pour nous, c'est un élément relativement important. D'abord parce qu'on a des idées, elles ne sont pas toujours toutes géniales mais on a des idées, des bonnes idées, beaucoup d'idées, l'envie de les mettre en œuvre, et donc, (...) en ce moment on a une fonction fédératrice parce que tout le monde peut s'y retrouver. » (Ind 3 – PR)

Le numérique peut favoriser la **collaboration** entre différents acteurs, notamment en leur donnant un **pouvoir d'agir**. Un ensemble d'acteurs de l'entreprise se voit mobilisé pour la mise en place de l'outil.

« Moi, j'ai accès à tout le Groupe, on a un COPIL siège en fait et dans le COPIL au siège on a mis les métiers qui sont le plus impactés par ce genre de sujet, donc on a nos 3 DRH Groupe : notre DRH et deux DRH adjoints qui sont dans le COPIL. On a la RSE qui est dans le COPIL, la Communication interne bien sûr, comme ça c'est toujours bien d'avoir quelqu'un de la Communication. On a aussi le Directeur Adjoint de la Stratégie et du Développement. Donc on a un petit panel de personnes de plusieurs Directions, avec lesquelles on se réunit et avec lesquelles je partage les résultats et puis on en discute, on voit ce que nous on peut faire au niveau du Groupe, on discute des sujets Groupe et ensuite, eux en local ils analysent chacun leurs résultats. » (Ind 53 – UT)

« Un deuxième point qui est lié entre autres à ça c'est que dans un système pyramidal, le patron ne peut pas porter tous les sujets. C'est donc pourquoi les plateformes sont mises en avant parce que ça facilite la retranscription des résultats à tout niveau

hiérarchique et ça va permettre à tous les niveaux hiérarchiques de pouvoir agir sur le bien-être des collaborateurs. » (Ind 9 – PR)

Les instances représentatives du personnel **peuvent participer à la construction** du questionnaire.

« Oui donc là, on l'a écrit en co-construction avec eux et on sera plus en détail aussi au niveau des restitutions. (...) On ne fait pas valider les questions par les IRP sur les deux premiers rapports de l'année ni sur l'IRC mais sur le dernier oui. » (Ind 57 – UT)

La plateforme **permet de poser et de réunir autour de problèmes même si leur existence était déjà largement suspectée.**

« Après sur ces sujets quand pour une équipe quelque chose ne va pas, vraiment on le sait, la plateforme ne nous apprend pas grand-chose là-dessus. Par contre ça permet de travailler avec le manager à partir d'éléments concrets et de ressortir formalisé par les collaborateurs eux-mêmes. C'est un très bon outil pour partir d'un constat qu'on partage tous parce qu'il a été concrétisé par le ressenti des collaborateurs » (Ind 49 – UT)

La collaboration des différents acteurs est permise par la construction et le partage d'une base commune de réflexions. Elle permettrait finalement de se rendre compte que l'objectif final est partagé.

« Finalement, c'est là où on voulait en venir, c'est qu'on voit bien qu'on a des objectifs communs, mais on ne les ferait pas de la même manière et donc pour le coup, avoir un partage, avoir des compétences qui sont en capacité de faire leurs actions sur la base de la même donnée. C'est à dire qu'un préventeur, un médecin, un manager, un RH, un patron vont finalement tirer les conclusions sur la base d'une même information et non pas sur des canaux différents. Le sujet c'était de faire partager quelque chose qui émanait du terrain et qui n'était pas retranscrit, ou de manière inaudible ou fausse, ou avec des méthodes qui sont différentes et pour le coup, avoir des sons de cloche différents » (Ind 18 – PR)

Les données qui ressortent de l'application permettent de donner une vision exhaustive, plus neutre, plus facilement partagée car relativement neutre sur des sujets précis.

« Pour la lecture des résultats, l'analyse, le plan d'actions etc... et qui permet d'avoir, tant à la direction qu'aux élus, une vision assez exhaustive des données sur un sujet très précis comme une transformation d'organisation que pour un ressenti global sur la santé et les conditions globales des collaborateurs. » (Ind 57 – UT)

Il apparaît que l'outil numérique permet de **rationaliser le débat**.

« Et puis ça permet aussi de rationaliser le débat. Je dirais vraiment que c'est le dernier point. Parce que dans notre métier on entend souvent ce qui ne va pas bien et globalement on voit quand même que ça va bien. Donc oui il y a des endroits où c'est en stress... mais que c'est localisé et pas forcément à toute l'entreprise. Donc ça avec les instances ça permet de rationaliser le débat. Donc moi ça me facilite un peu la vie. En fait j'ai plus de travail mais c'est en même temps plus facilitant. C'est plus intéressant, la plateforme est bien faite, les managers ont bien compris maintenant comment elle fonctionnait c'est dans le run. Donc moi je suis vraiment satisfaite de l'outil et je pense que la direction aussi. » (Ind 57 – UT)

V.3.4. Les problématiques soulevées par les applications

L'analyse des enjeux liés à l'usage des applications de QVCT nous permet enfin de souligner trois problématiques à travers le pouvoir offert par l'information (V.3.4.1.), une crainte sur l'évolution de la place des différentes parties-prenantes (V.3.4.2.) et une crainte de responsabilisation morale des salariés (V.3.4.3.).

V.3.4.1. Le pouvoir qu'offre l'information

La réussite d'une intervention pour la prévention des RPS relève d'une collaboration entre différents acteurs disposant chacun d'un certain pouvoir. Dans ce contexte, **chacun tente de tirer le plus grand bénéfice de sa position dans ce réseau**.

« En matière de risques psychosociaux, de bien-être au travail, c'est comme une association de colocataires. Tout le monde gueule pour dire que c'est lui qui a eu le plus d'influence ou le moins d'avantages. Et donc il y a des luttes de pouvoir permanentes justement autour de cette question du bien-être au travail. Les syndicalistes disent ça, c'est nous, ils sont des acteurs internes hein, le QSE il dit c'est

moi, le DRH dit « bon bah, je vais m'y mettre aussi », le dirigeant évidemment à des décisions d'orientations essentielles. Concernant le médecin du travail, quand on connaît la réalité des médecins du travail, il y en a 1/10 qui fait le boulot hein en vrai... il y a plein d'interlocuteurs en interne et en externe, ce qu'on appelle des « préventeurs » officiels et puis il y a aussi... « small is beautiful », les petites structures de recherche comme la nôtre qui trouvent les vaccins... Qui trouvent un outil comme le nôtre. » (Individu 3 – PR)

Les applications vont chercher à analyser des questions spécifiques de l'organisation. Les informations sont des preuves qui vont pouvoir alimenter des réflexions et des argumentations pour créer du changement autour de problématiques. Les **questions qui vont être les plus impactantes pour l'organisation vont être celles qui seront aussi les moins incitatives à soulever pour l'employeur**. Ce sont celles qui vont générer le plus de peurs sur la **responsabilité** et des risques qui en découlent pour l'employeur.

« On peut avoir des questions invalidantes, non liées au travail, mais qui peuvent impacter le maintien en emploi, mais ça reste marginal par rapport aux deux gros sujets que sont la souffrance mentale et la souffrance physique, directement liées à l'impact des conditions de travail, et pour lesquelles le maintien d'emploi est délicat. Ce sera toujours difficile pour les entreprises de donner suite puisque ça engage aussi leur responsabilité dont elles ont parfaitement conscience et aussi une remise en question que beaucoup de structures ne sont pas forcément prêtes à faire. » (Ind 67 – PST)

Les décideurs auraient davantage la volonté d'agir sur des **problématiques quand elles ne sont pas trop grave et quand c'est sans lien avec l'environnement de travail**. Pourtant, cela laisserait de côté les cas les plus graves, donc les plus urgents à traiter. L'employeur est aussi le plus à même d'intervenir lorsqu'il s'agit de pathologies en lien avec l'environnement de travail.

« Les problématiques de maintien d'emploi vont se poser, d'aménagement de poste... puisqu'un employeur sera d'autant plus bienveillant à l'égard de quelqu'un, quand l'aménagement ne sera pas trop conséquent et d'autre part qu'il sera persuadé que la pathologie n'a rien à voir avec le travail. » (Ind 67 – PST)

Les organisations craignent **de ce qu'un diagnostic pourrait relever, et ainsi mettre en avant**, car cela les obligerait davantage à intervenir dessus, même si la problématique était officieusement déjà identifiée.

« Il y a aussi un autre élément de loi (...) c'est le principe de précaution. À partir du moment où on a connaissance d'un problème, on doit éviter de laisser les personnes être exposées au problème. Si vous avez connaissance d'un cas de harcèlement, vous avez l'obligation d'agir. Si l'outil montre des problèmes que vous connaissez déjà et que c'est connu de tout le monde, vous n'avez surtout pas intérêt à les mettre en avant... » (Ind 28 – PST)

Ainsi, il est parfois finalement observé une volonté des dirigeants de contrôler les résultats qui émergent.

« Le problème qu'on a vu nous (...) à utiliser la plateforme auprès des collaborateurs c'est qu'au départ on avait les associés qui ne souhaitaient pas que l'on communique les résultats... Donc on a manqué un peu de transparence vis-à-vis de ça alors que franchement on ne comprenait pas pourquoi parce que les résultats étaient plutôt satisfaisants en fait... Alors effectivement la communication dans l'entreprise n'était pas bonne... mais au niveau de l'engagement et des valeurs (...) globalement tout le monde ressortait les mêmes valeurs quelle que soit la position au sein du cabinet. » (Ind 52 – UT)

Les syndicats exigent plus de moyens et une vraie écoute des problématiques qu'ils rencontrent sur les conditions de travail. Cette confrontation régulière, ces crispations, l'incapacité à tomber d'accord sur ces problématiques leur font se poser **des doutes importants sur la véritable intention derrière l'utilisation d'applications par les décideurs dans les entreprises**. Si bien que l'usage de ces applications peut être une source d'inquiétude pour eux.

« Le document unique professionnel si on parle de prévention, il date de 2000/2001, et le problème c'est qu'ils vont renforcer le fait que les employeurs puissent faire le DU parce qu'il n'est pas fait. Mais il n'est pas fait parce qu'ils n'ont pas envie de le faire. Ils ne veulent pas le faire, ils ne veulent pas faire de la prévention parce que faire de la prévention c'est ouvrir le volet organisation du travail et laisser l'organisation du travail à la main de l'organisation ou donner une vraie écoute aux agents. Donc nous on a demandé des mesures coercitives. Et bah on n'en a pas. » (Ind 63 – CS)

« Je dirais aussi que ce sont les employeurs eux-mêmes qui ont du mal à admettre qu'on peut ne pas aller bien d'un point de vue mental à cause du travail » (Ind 66 – CS)

« Vous entendre parler de start-up sur la QVT et des RPS, ça me file des boutons. Je vais le dire comme ça... On est une organisation syndicale, on représente l'ensemble des personnels quelle que soit la catégorie professionnelle. On a de grandes idées nous pour que ça n'existe plus les risques psychosociaux et pour améliorer la QVT. Je ne crois pas que ça va se régler avec des start-ups. Je fais exprès de le dire aussi frontalement comme ça. (...) Après voilà je crois qu'on va répondre à vos questions il n'y a pas de soucis mais enfin voilà j'insiste... ça ne se règlera pas sur des jolies publicités, sur de jolies intentions. Aujourd'hui à l'hôpital public si on ne nous donne pas les moyens de faire notre travail, on pourra faire toutes les campagnes de com' possibles et imaginables, ça ne sera pas mieux, la QVT ne sera pas améliorée. » (Ind 64 – CS)

Pour les syndicats, l'accès à de l'information, à un diagnostic permet un état des lieux qui peut justifier la prise en compte d'un problème. Pourtant, dans le cadre des RPS, les confédérations soulignent l'absence de données et l'absence de volonté public et des entreprises à créer de la donnée au risque de pouvoir permettre aux syndicats d'émettre un état des lieux.

« On a demandé pour notre organisation de nous donner les chiffres spécifiques dans la fonction publique hospitalière, pour un sujet qu'on connaît bien, sur les RPS. Donc c'est facile. On n'a pas de données. Il n'y a pas d'état des lieux. En fait c'est parce qu'ils ne veulent pas avoir un état des lieux, avoir un état des lieux c'est reconnaître qu'il y a un problème et ne pas vouloir l'arranger. Donc nous on demande pour traiter les problèmes comme ça... Ça n'existe pas en fait. Pour eux, ils sont dans le déni. Le problème des RPS, là où on est dans un déni ministériel, c'est un déni des directions, des employeurs, pour ne pas reconnaître ces RPS là. » (Ind 63 – CS)

V.3.4.2. La crainte des conséquences sur la place de différentes parties-prenantes

Certains prestataires rapportent **des peurs** de parties-prenantes à la prévention sur **l'évolution de leur rôle qui se verrait potentiellement amoindri** par l'usage de nouveaux outils numériques.

« J'ai expliqué au secrétaire général du syndicat ma position sur l'analyse de désir de travail. Alors, il devait m'écouter pendant 15 minutes, c'était pendant deux heures au final. Une fois que j'ai terminé, il m'a dit : "et nous alors, qu'est-ce qu'on va devenir ?

*Parce que si vous vous occupez de ça, vous tapez sur notre fonds de commerce". »
(Individu 3 – PR)*

Les PST voient aussi leur place remise en question, ils ne veulent pas laisser une application, ils **ne croient pas en ce qu'une application puisse remplacer leur intervention.**

« On voit sur les différents résultats, tu vas avoir des indicateurs qui vont avoir des couleurs différentes Ça veut dire qu'il y a un sujet de fond à travailler. Une fois que tu sais que tu as un sujet de fonds, bah là tu lances une vraie démarche sur le sujet. Soit en interne soit en externe en se faisant mais en fait c'est un peu un outil qui va un peu remplacer l'évaluation RPS... Je le vois un petit peu comme ça. C'est comme ça que je travaille en entreprise. Ça transpose un peu nos méthodes de travail sur les applications, mais il ne faut pas que ça se substitue entièrement parce que ça reste un métier. » (Ind 50 – PST)

« Pour moi le management c'est d'être attentif à ses équipes et d'être dans une écoute permanente de chacun de ses collaborateurs. Quand on parle de QVT je ne conçois pas autre chose que ça. Après je conçois qu'il y ait de beaux algorithmes qui se mettent en place et qui veulent dire pas mal de choses, mais qu'est-ce qu'on en fait... Par rapport à ça, deux ou trois réflexions : aussi efficaces et pertinents que soient les algorithmes, si on veut faire une photo à un instant T d'une ambiance donnée c'est bien, mais QUID de cette enquête qui perdure tous les mois, les ans... et comment arrive-t-on à donner un sens à cette chose-là ? (...) Moi je ne peux pas imaginer que cet outil soit le seul outil d'écoute des salariés. » (Ind 28 – PST)

« C'est aussi l'aspect financier, quand vous parliez du marketing tout à l'heure, effectivement c'est ça que l'on sent sur cette plateforme, c'est-à-dire qu'effectivement, c'était pour rapporter de l'argent, c'est un secteur qui est porteur sauf que derrière, il y a des professionnels normalement qui doivent..., ce n'est pas remplaçable par rapport à des outils que l'on fait clé en main comme ça. » (Ind 26 – PST)

Les dirigeants eux-mêmes ne souhaitent pas perdre de pouvoir. Le travail est organisé par les décideurs dans l'organisation et en particulier par le chef d'entreprise. La problématique viendrait de cette **démarche verticale dans la création et l'organisation des tâches** et ceci pourrait remettre en question le rôle du décideur à organiser le travail si les salariés obtiennent davantage de pouvoir sur les conditions de travail.

« On a toujours un état d'esprit qui est très tayloriste... C'est-à-dire qu'il y a une division verticale du travail qui est majeure. Ceux qui construisent l'organisation du travail ne sont pas les mêmes que ceux qui vont faire le travail, les opérateurs... Et quand bien même les organisations font des accords etc... il y a toujours une verticalité qui est importante et ça explique aussi qu'il y ait de véritables soucis à remettre en question les décisions sur l'organisation, de la façon dont ça été construit, il n'y a pas de décision partagée entre la direction et les opérateurs. Donc quand on interroge l'organisation, on interroge uniquement le travail de la direction et la plupart des gens n'aiment pas que leur travail soit remis en question. En plus l'organisation du travail est très hiérarchisée. C'est pris à la fois comme une remise en cause de soi-même et une remise en cause de son autorité. Ce sont des biais qui sont très humains. Le plus souvent on est plus sur des problèmes locaux que sur des considérations internationales. Les personnes ne sont pas forcément mal intentionnées, mais elles ont des difficultés à engager le changement parce qu'on se sent remis en question parce qu'on n'a pas créé, construit, les organisations avec les opérateurs. » (Ind 67 – PST)

V.3.4.3. La crainte de la responsabilisation morale des salariés

L'enjeu de la responsabilisation de la santé au travail se retrouve au cœur de l'usage des applications. Les PST relèvent **le risque de faire porter un fardeau aux subordonnés** et qui n'est celui de ces derniers.

« Moi j'en vois beaucoup qui me disent : « j'ai essayé la relaxation pour être mieux au travail, j'ai essayé de me relaxer, d'aller voir des amis, mais j'arrive pas... », ils se culpabilisent encore plus de ne pas réussir à accéder à ce bien-être-là, comme s'ils étaient responsables, que c'était eux individuellement qui pouvaient répondre à du bien-être, alors que nous on se positionne plutôt inversement, c'est-à-dire qu'à l'inverse, c'est le travail qui peut être source de bien-être donc on analyse bien le travail, pas l'acteur. L'acteur, certes il a des responsabilités vis-à-vis de sa santé, mais quand les facteurs de risques dans une structure sont tous négatifs, eh bien l'individu il peut essayer d'être acteur mais s'il n'arrive à actionner aucun levier d'action sur sa propre santé, ça paraît un peu compliqué et hyper culpabilisant » (Ind 26 – PST)

Il est reproché d'essayer de faire prendre part aux salariés, des actions pour régler les problématiques, alors qu'ils **n'ont pas de possibilité d'intervenir en milieu professionnel**, comme sur la charge de travail.

*« L'individu est-ce qu'il a des possibilités d'actions pour agir concrètement sur son bien-être dans un milieu professionnel, eh bien je ne suis pas sûre en fait... sur sa charge, il y en a plein qui alertent sur leur charge. Ça c'est une alerte individuelle, est-ce que l'alerte fait office de quelque chose qui pourrait générer du bien-être ou de la santé, s'il n'y a pas de réponse en face, non. Et de ne pas lui-même se mettre des limites et de créer une distance par rapport au travail, mais quelquefois ça va engendrer des conflits de valeurs ou des pertes de sens, donc il est quelquefois là où il n'a pas eu le choix individuellement, c'est son travail qui lui dicte le bien-être... c'est l'entreprise... »
(Ind 26 – PST)*

Des critiques sont alors émises sur les entreprises qui finalement utilisent ces applications sans réelle volonté de faire changer les choses.

« Donc il y en a plein aussi qui utilisent (anonyme) et qui n'avaient pas l'intention de changer les choses mais juste, ils pensaient que c'était déjà bien de dire qu'ils ont mis une solution d'écoute sauf que ce n'est pas suffisant. Ils se disaient qu'ils avaient un budget pour une solution d'écoute il faisait, mais écouter sans répondre ça ne sert pas à grand-chose. » Individu 32 – PST)

Synthèse des résultats de la troisième phase :

Après avoir identifié l'approche des applications à travers l'analyse de leur fonctionnement, nous cherchons à comprendre les problématiques qui poussent les organisations à chercher de nouveaux moyens (technologiques) pour prévenir les RPS.

La troisième phase se consacre tout d'abord à décortiquer le tissu dense et varié des acteurs impliqués dans la prévention des risques psychosociaux (RPS). Au sein de l'organisation, une constellation d'acteurs internes émerge, avec au sommet, le dirigeant, détenteur d'un pouvoir décisif. Viennent ensuite les services RH et QHSE qui orientent les actions préventives, soutenues par les managers de proximité en tant que relais de cette impulsion. Les instances consultatives comme le CSE, la CSSCT, ainsi que les syndicats, jouent un rôle déterminant, tandis que les subordonnés restent au cœur de cette démarche, en tant que bénéficiaires directs. À l'extérieur de cette bulle organisationnelle, l'expertise médicale est apportée par les services interentreprises, complétée par le soutien des organismes publics et l'apport extérieur des cabinets de conseil. Ces acteurs naviguent au milieu d'un océan d'enjeux, où les préoccupations économiques côtoient des questions légales, des défis liés à la capacité d'intervention, et des lacunes en matière de connaissances. Cependant, le numérique émerge comme opportunité, en offrant des perspectives novatrices, comme l'amélioration de l'intervention en la rendant plus accessible et moins lourde. Elle offre aussi la possibilité de traiter des volumes d'informations plus importants et favorise l'introduction d'une dynamique mobilisatrice. Toutefois, cette aube numérique ne vient pas sans ses propres nuages d'incertitudes, soulevant des problématiques autour du pouvoir de l'information, des répercussions sur le rôle des parties prenantes et des craintes d'une responsabilisation morale excessive des salariés.

Finalement, ces résultats nous amènent à nous interroger sur l'influence de ces applications sur les rôles des différentes parties-prenantes pour la prévention des RPS.

V.4. Quatrième phase - Les répercussions de l'adoption des applications sur le rôle des parties prenantes pour la prévention des RPS : des subordonnés autonomisés, un management redéfini, une GRH accompagnante

Ayant analysé le marché, puis le schéma de fonctionnement des applications retenues et enfin les multiples enjeux de l'usage du numérique, nous abordons à présent un axe plus opérationnel sur l'usage de ces plateformes. Pour ce faire, nous analysons l'impact qu'elles peuvent avoir sur le rôle des subordonnés (V.4.1.), sur le management de proximité (V.4.2.) et enfin sur la gestion des ressources humaines (V.4.3.).

V.4.1. Un renforcement du rôle des subordonnés comme partie-prenante active porté par une philosophie d'autonomisation sous-jacente au fonctionnement des applications

Dans le cadre de l'analyse de l'évolution du rôle du subordonné, Nous débutons en analysant comment celui-ci est perçu et prévu comme individu pouvant agir sur sa santé au travail (V.4.1.1.). Puis nous verrons comment les applications positionnent l'utilisateur-subordonné dans ce rôle (V.4.1.2.).

V.4.1.1. Le rôle perçu du salarié sur sa santé au travail : un individu engagé dans la prévention et clairvoyant sur sa condition, le rendant capable d'agir sur lui-même

La perception qu'ont les acteurs des salariés oriente le rôle qu'on tente de leur donner pour l'amélioration de leur santé au travail. Une première observation est la perception largement partagée de **sa place de premier acteur**. Il est le premier visé par les politiques de santé et de bien-être au travail.

« Alors en interne, pour moi tout le monde doit être acteur de la qualité de vie au travail. Donc, dans l'entreprise ça va être évidemment le salarié en premier lieu, c'est, à mon sens, de lui que tout part » (Individu 1 - PR)

Le salarié en tant que premier bénéficiaire **doit partager son ressenti** qui serait au centre de la connaissance du bien-être de l'individu. **Il disposerait par ailleurs d'une clairvoyance sur sa propre situation** et aurait aussi une place stratégique dans la détection du mal-être de l'autre.

« (...) Mais on ne peut pas enlever au salarié son ressenti, et c'est toujours son « ressenti » qui sera l'acteur majeur du bien-être au travail. L'entreprise peut mettre en place tout ce qu'elle veut en se disant « forcément mes salariés vont être bien et mes

managers ça va être pareil ». Au final, si le salarié ne se sent pas bien, c'est qu'il y a un truc qui cloche » (Individu 10 - PST).

« On va dire, en bas de la chaîne c'est le salarié en lui-même, c'est le fait qu'il sache ce qui est bon ou pas pour lui dans une entreprise et qu'il ait un peu cette clairvoyance de dire « bah ce milieu professionnel ne me correspond pas parce qu'il ne répond pas à mes valeurs et pas à mes critères d'épanouissement donc je ne m'y engage pas » (Individu 14 –ST4)

« [reprenant la remarque d'un subordonné] « je sais que cet environnement-là me propose des bases qui me correspondent totalement et je sais que ça va bien matcher, qu'il n'y a pas de risques de friction ou mésentente ou du coup de mal-être » donc passer par cette clairvoyance-là » (Individu 14 - ST4)

« C'est aussi un acteur parce qu'il est en contact avec ses collègues, il est en contact avec plein de personnes sur son lieu de travail et il peut aussi avoir cette attention portée aux autres pour savoir et pour essayer en tout cas de repérer certains signes qui lui feraient dire que peut-être que cette personne elle ressent un peu plus de mal-être en ce moment, qu'elle ne va pas très bien, que son bien-être est un peu entaché et qu'elle va pouvoir un petit peu alerter à ce niveau-là » (Individu 14 – ST4)

L'individu doit être **engagé dans une démarche de prévention** plus en amont et de manière autonome.

« On est parti d'un constat assez simple : c'est que la prévention n'intéressait absolument personne, sauf les gens qui avaient eu des pépins de vie (...) donc on s'est dit qu'il y avait des choses à faire et d'apporter des outils à la fois de mesure pour les personnels type service santé au travail donc les psys, les médecins... etc, et d'un autre côté essayer d'engager, d'intéresser tout un chacun donc les collaborateurs d'organisation dans la prise en mains de leur santé, même s'ils allaient bien » (Ind 40 – PR)

Le subordonné disposerait aussi **d'une capacité à se détacher de son travail**. Il peut décider de se définir dedans ou en dehors de son activité et cela influencerait directement son bien-être.

« Quels que soient les changements qu'on pourra opérer autour, sur les acteurs, que je vais appeler de seconds, comme le management de proximité, voire toute la ligne hiérarchique, voire si on va plus loin dans toutes les cultures d'entreprise, quels que soient les changements qu'on fera à ces différents niveaux, l'acteur principal restera le

collaborateur dans ses capacités à ne pas s'illusionner sur le rapport qu'il doit entretenir au travail. (...) la place que doit prendre le travail dans sa vie, dans la définition de qui il est, beaucoup de personnes se trouvent complètement désemparées avec des problèmes de définition de soi, d'image de soi quand il y a une perte d'emploi par exemple, parce que pendant très longtemps elles se sont construites à travers cet emploi » (Individu 6 – PR4)

V.4.1.2. Un subordonné autonomisé par un outillage de prévention de sa santé au travail

Le salarié **alimente l'application avec de l'information qui rend possible l'analyse de données**, par son **auto-quantification ou par le feedback**. Il est libre de l'utiliser ou non et de s'engager dans l'amélioration de sa situation. **Sa volonté d'agir** est au centre du processus d'amélioration.

« C'est une solution qui est très individuelle, où on regarde les choses, où c'est un salarié qui fait son état des lieux, on lui propose du contenu et un accompagnement » (Individu 1 – PR1).

« Ils sont acteurs (ndlr : les salariés) dans la mesure où ils ont la liberté de répondre aux quiz ou non. Donc évidemment, c'est vivement encouragé de répondre mais à partir du moment où l'on prend le temps de répondre sérieusement et en toute transparence au quiz, pour moi on devient acteur de son propre bien-être au travail » (Individu 5 – PR3)

L'expression du subordonné est **l'énergie qui permet de faire fonctionner l'outil**. Certaines organisations n'hésitent pas à mettre en place des incitations financières.

« Oui alors juste pour appuyer, ce n'est pas sur (anonyme-plateforme) mais c'est juste un peu pour dire quel est le sens aussi que souhaite pousser notre entreprise, la direction. Sur l'indice d'engagement et de recommandation, cette fameuse enquête du groupe, qui est une figure imposée mais que l'on prend aussi de façon très très sérieuse, on avait aussi des taux de participation aux alentours de 60/65%. Et on a dans le cadre... et c'est inédit et même d'autres entités nous regardent avec des grands yeux avec ça, on a mis un booster dans l'accord d'intéressement sur le taux de participation aux enquêtes. C'est à dire qu'on a négocié avec les instances que plus le taux de participation était élevé, plus l'intéressement était élevé. Vraiment parce que c'était très intéressant pour nous d'avoir une vision la plus exhaustive possible des réponses et vous voyez sur l'indice d'engagement et de recommandation où auparavant on était aux

alentours de 60/65% en brut, là elle vient de se terminer, elle finit à 88% de réponses. »
(Ind 57 – UT)

L'application **positionne ainsi le subordonné comme source d'informations**. L'objectif de l'outil porte sur la libération de la parole en lui **conférant** une plus grande **liberté d'expression**.

« Donc ça, voilà, typiquement avec l'outil... par téléphone les gens n'osent pas forcément dire leur niveau de solitude ou de mal-être ou leur charge de travail en disant "non non patron ne vous inquiétez pas, tout va très bien" (ndlr : les salariés), autant là on avait la possibilité à travers l'outil de cerner un petit peu uniquement par département, qui pouvait bien s'en sortir et à travers les réponses on arrivait assez facilement, même si certains répondaient en anonyme, à savoir un petit peu qui cela pouvait concerner ou pas. » (Ind 16 – UT)

« Sur les questionnaires spécifiques sur les transformations, aux jeunes embauchés par exemple, on a de bien meilleurs taux. On a des moments où je suis quasiment à 100% de participation. Donc je pense que les collaborateurs ont vraiment compris que c'était un super outil d'expression sur lequel ils pouvaient mettre toutes leurs interrogations sans avoir peur de prendre la parole au milieu de 25 personnes. Donc là on était très bon. Pareil j'étais à quasiment 70/80% sur les jeunes embauchés de participation, donc ça permet d'avoir une belle image de ce que pense les collaborateurs. » (Ind 57 – UT)

La **question de l'anonymat** pour l'utilisation est soulignée par les utilisateurs pour que l'outil puisse être utilisé.

« Ce sont vraiment des ressources anonymisées, ça c'était vraiment important pour nous parce qu'effectivement il y a eu des cas, où il y avait des baromètres dont on savait pratiquement qui avait dit quoi dans tel territoire. Donc c'était un gros challenge pour nous d'obtenir la confiance des personnes de pouvoir l'utiliser et pas de se dire que les données allaient être utilisées contre eux » (Ind 55 – UT)

“Les données envoyées sont très légères, (...) ce ne sont pas des gros périmètres, en dessous de 30 personnes je n'ai aucune donnée du périmètre dans un souci de confidentialité.” (Ind 51 – UT)

Le subordonné **dispose d'un retour sur sa situation** à travers l'analyse faite par l'outil **en temps réel** et est invité à répéter son évaluation pour un suivi dans le temps.

« En tant que salarié vous allez recevoir un lien avec un questionnaire à répondre. Là ça sera par mois, par an, par demi-année, c'est l'entreprise qui choisit. Vous allez tout simplement répondre au questionnaire et on va vous donner votre niveau d'engagement » (Individu 17 – PR6)

« Alors (ndlr : l'utilisateur) c'est le salarié pour lui-même sur une vision vraiment détaillée. Après on a une vision macro qui nous est donnée par « La solution » tous les trois mois environ pour donner par exemple le nombre de personnes qui vont avoir un rendez-vous avec un psychologue, le nombre de tchats, le nombre de fiches conseils consultées, les facteurs bien-être et mal-être les plus importants dans l'entreprise » (Individu 13 – UT2)

« Le salarié est central et autonome dans cette solution mais il faut le rappeler quand même (...) dès le début ils nous avaient dit que le but c'est que les gens le fassent tous les 3 mois et que c'est rappelé automatiquement » (Individu 13 – UT2)

Les décisionnaires ont la **volonté de fournir de nouveaux services aux subordonnés**.

« Mais, pour le salarié, ce que je voulais dire c'est que pour lui, c'est un outil assez individuel, quoi. Il y a des conférences, il y a plein de sujets, on peut échanger avec des gens, et cela c'est quelque chose que l'entreprise offre, mais que l'entreprise "n'anime pas". La seule chose que nous on va faire, c'est plutôt les informer que cela existe, faire beaucoup de communications, mais après l'usage est très individuel et (...) des outils pour prendre des températures » (Ind 51 – UT)

Ces informations qui sont données aux salariés dans un tableau de bord sur leur état de santé psychologique donnent une photographie sur laquelle ils peuvent s'appuyer pour travailler sur eux. Les plateformes sont un accès à un ensemble de ressources de développement personnel, en autonomie.

« Une fois qu'il a identifié ses principaux facteurs de risque et de protection, on va lui proposer du contenu pour agir sur ses facteurs de risques mais aussi pour capitaliser sur ses facteurs de protection. Donc, ces contenus ça va être des fiches conseils, ça va être des programmes de développement personnel, des conférences en ligne, tout un tas de médias qui vont lui permettre d'apprendre des choses, de se former à certaines thématiques... » (Individu 1 – PR1)

« Évidemment on a une bibliothèque de ressources, on propose des tips en fin de quiz et des petits conseils très rapides et très méthodologiques » (Individu 5 – PR3)

Pendant la COVID, l'application leur a permis de gérer eux-mêmes leur stress et leurs angoisses.

“Au moment du COVID, on n'avait pas beaucoup déployé, c'était sur un tout petit périmètre, ils étaient 300. Eux ont beaucoup apprécié, parce qu'en fait... parce que la plateforme leur a permis d'évacuer des stress et des angoisses, cela c'était bien, surtout pour des gens dont c'est le métier, c'est très intéressant.” (Ind 51 – UT)

L'application ne va pas s'arrêter à la vie professionnelle, elle va être mobilisée par les entreprises utilisatrices pour l'accompagnement dans l'équilibre vie privée-vie professionnelle de leurs collaborateurs.

« Donc on leur a mis en place ça et on leur a mis en place du coup une autre plateforme pour accompagner plus spécifiquement les parents, notamment avec le fait de télétravailler avec ses enfants... Quand on n'a pas de mode de garde, comment on fait, comment on s'organise. C'était un peu l'idée... et l'idée, c'était de se dire bah en fait, ça ne va pas s'arrêter demain » (Ind 54 – UT)

Allant plus loin dans l'accompagnement, les entreprises souhaitent se positionner grâce à ces outils utilisés en autonomie comme un aidant auprès de leurs collaborateurs en agissant dans leur espace privé, en dehors de l'organisation, en dehors de la frontière professionnelle.

« On n'avait pas d'outils, on avait d'autres processus : vous savez genre des systèmes d'alerte, des choses comme cela.... Ce qui était intéressant avec la plateforme, ce n'est pas qu'un outil... en fait c'est un outil parmi d'autres, bien sûr, et nous on a plein de processus d'alerte, on a des choses assez classiques en entreprise, mais là c'était quelque chose où l'on peut accompagner, où la personne peut se faire accompagner en dehors de l'entreprise, donc c'est un service que l'on propose. » (ind 51 – UT)

Ces ressources peuvent être **complétées par des accompagnements externes** qui ont pour but d'enrichir la montée en expertise du salarié. Ils prennent la forme de web-conférences interactives, de suivi individuel ou en groupe par des psychologues, où la participation reste toujours au libre choix de l'utilisateur.

« (ndlr : la plateforme), on l'a mise beaucoup en avant pendant les différents confinements, déjà parce que pendant le premier confinement ils ont fait des conférences régulières sur différents sujets qui pouvaient intéresser (...) c'était des moments où ils étaient utiles et ils ont su se réinventer par rapport à la situation comme en mettant plus de conférences, en faisant des fiches conseils qui étaient spécialisées sur les domaines du moment et puis remettre plein de psychologues différents avec des spécialités différentes qui pouvaient intéresser davantage de personnes » (Individu 13 – UT2)

« Un salarié peut très bien décider de ne jamais se faire accompagner par un psychologue, il a le droit (...) donc les outils sont créés de sorte qu'un utilisateur puisse les utiliser en toute autonomie dans son quotidien de travail juste par rapport à ce qu'il va apprendre à travers les fiches qu'il va lire ou les conférences qu'il va suivre » (Individu1 – PR1)

Les contenus sont **consultables en toute autonomie**, sans obligation pour le subordonné de les regarder.

« On peut le proposer en continu donc en fait il va pouvoir y répondre quand il le souhaite, et à la fin du questionnaire pouvoir répondre à « est-ce que vous acceptez d'être contacté par un professionnel de santé s'il estime que vous en avez besoin » ou « est-ce que vous souhaitez être recontacté par un professionnel de santé ». Et donc du coup, ça peut être en continu en effet, où il peut aller s'exprimer quand il le souhaite. L'idée c'est que ce soit de démystifier cet aspect-là, il peut répondre sur son téléphone, sur son ordi, quand il le souhaite, d'où il veut et directement avoir un accès avec un psychologue pour prendre un rendez-vous s'il le souhaite. » (Ind 41 – PR)

L'objectif de la plateforme est donc **d'outiller les salariés** pour faire face aux **risques individuels**. La plateforme va pouvoir pousser de l'information adaptée.

« (...) comment accompagner le bien-être au travail des collaborateurs. Donc nous on a décidé de le mettre en place justement pour rendre acteurs les salariés sur le sujet. Nous on se rend compte qu'on donnait majoritairement des formations des

sensibilisations mais qui ne sont pas forcément en lien avec les besoins des salariés à l'instant T. On se rend compte qu'il est important de donner des ressources sur lesquelles ils peuvent choisir, pour qu'ils puissent faire leur propre bilan de là où ils en sont sur cette plateforme. Elle est assez intéressante parce qu'elle vient proposer des bilans bien-être, elle vient pousser des sujets en lien avec les besoins de la personne » (Ind 55 – UT)

Malgré le fait de chercher à outiller les subordonnés pour **gérer leur santé en autonomie, une attention est portée sur le risque de dédouanement de l'organisation.**

« Oui, l'idée c'était effectivement de leur proposer un outil capable d'avoir un bilan bien-être individuel et non pas un baromètre qualité de vie au travail qui est complètement différent et qui va interroger les conditions de travail. (...) on a souhaité donner cet outil pour que chacun puisse mesurer là où il en est et après d'avoir des aides. (...) sans pour autant se dédouaner, en disant que les managers doivent aussi donner les moyens et les ressources pour travailler (...) on a trouvé que c'était légitime de le proposer » (Ind 55 – UT)

Enfin, il est souligné la volonté de l'outil de **créer et de faire vivre un collectif.**

« Je pense que le mieux est de faire vivre le collectif hein, pour mettre en place des choses, c'est eux qui le vivent. » (Ind 54 – UT)

V.4.2. La transformation du rôle des managers par les plateformes numériques de bien-être au travail dans un contexte de télétravail : une place prépondérante de la gestion émotionnelle des équipes

Dans cette sous-section la présentation de nos résultats est organisée autour des trois grandes dimensions issues de l'analyse des données : les risques du télétravail en mode dégradé durant la crise sanitaire (V.4.2.1.), les plateformes comme outil d'adaptation du management pour le maintien de l'activité autonome à distance (V.4.2.2.), et la prévention de la santé et la gestion émotionnelle au centre des nouvelles prérogatives managériales (V.4.2.3.). Ainsi, **le contexte de crise sanitaire qui a impulsé une augmentation massive du recours au télétravail est un élément de contexte qui s'est imposé à notre recherche.**

V.4.2.1. Un management confronté aux risques perçus du télétravail en mode dégradé

Les risques perçus au télétravail sont multiples dans un contexte de mise en place du télétravail rapide et non préparée. L'évolution inattendue et brutale de l'organisation du travail subie par les managers et leurs équipes ont fait émerger des craintes, en particulier sur le risque de désengagement des équipes.

« [Les salariés] sont passés à 100% en télétravail du jour au lendemain, donc il a fallu s'adapter comme on peut » (Individu 11 - ST). « Lors du premier confinement, j'ai échangé avec des DRH qui m'ont dit : je suis étonné, la boîte avance toujours. Ils se disaient qu'en télétravail plus personne n'allait rien faire, ils voyaient plus télé que travail dans le télétravail » (Individu 7 - PR).

Le déséquilibre vie privée/vie professionnelle est aussi au centre des préoccupations, souvent associé au phénomène d'effacement des frontières entre les sphères de vie personnelle et professionnelle. Le contexte d'un travail chez soi à plein temps ne permet pas de dresser des frontières physiques et psychologiques avec son travail, de séparer les temps et de se déconnecter.

« Le matin, ils se lèvent, ils vont dans leur salon, ils voient le pc sur le bureau, ils vont se mettre à travailler, et ils n'auront pas pris le temps de petit-déjeuner etc. Ils ne vont pas prendre le temps de déjeuner parce qu'en général sur la table à manger ils vont manger en même temps, et le soir il n'y a plus rien non plus pour les faire déconnecter. [...] Avant, on pouvait miser sur l'esprit d'équipe, sur le team building, sur la cohérence interne d'une entreprise etc., aujourd'hui ce sont des leviers que l'on ne peut plus utiliser » (Individu 10 - ST).

« On se dit effectivement que le télétravail a pu, tout comme l'activité partielle, élargir les plages de travail de certains de nos collaborateurs » (Individu 8 – UT).

De nouveaux burnout liés au travail sans fin font aussi partie des risques encourus. Ils ont été mis en avant par les professionnels de la santé à travers les différents retours d'expériences de leur patientèle.

« Le plus gros sujet qu'on trouve là, tout le monde a pensé que les burnout allaient s'arrêter parce qu'il n'y avait plus à aller sur le lieu de travail etc. mais il se développe de nouveaux burnout, que mes patients me ramènent, avec notamment l'impossibilité de

décrocher le téléphone ou de se connecter à une réunion visio, avec une peur de ces outils, avec une impossibilité de déconnecter » (Individu 10 - ST).

Enfin, parmi les autres risques perçus du télétravail en mode dégradé, nous relevons l'anxiété, la perte de la confiance en soi et de l'estime de soi, l'abaissement de l'humeur, des « petites déprimés » et beaucoup de questionnements sur l'avenir ou encore des problèmes de motivation. Ont été également évoqués des problèmes de communication dans les directives et dans l'organisation entre présentiel et distanciel, certains managers ayant été obligés de revenir en présentiel pour s'occuper de leur équipe à distance.

« Certains managers trouvaient que ça commençait à devenir difficile de continuer à motiver les troupes » (Individu 13 – ST).

V.4.2.2. La transformation du rôle des managers par les applications dans un contexte de télétravail

Le télétravail a été un défi pour les managers qui ont vu évoluer leur métier, sans avoir suivi de formation au préalable. Les plateformes numériques leur ont permis de prendre un rôle de pilotage à distance des équipes et de management des personnes :

« Ça a été très dur pour les managers de s'adapter à ce nouveau contexte. Moi sur la ligne d'écoute, on a eu de plus en plus de managers qui sont arrivés avec cette difficulté à gérer des équipes à distance parce que leur principal outil de travail, c'est l'humain, leur équipe, et ce manque de proximité a fortement joué évidemment parce qu'ils n'avaient plus les mêmes outils à disposition » (Individu 10 - ST).

« Il s'agit de piloter pour améliorer le ressenti des collaborateurs sur un certain nombre de sujets. On a le tableau de bord managérial déjà [...] En deux minutes je peux prendre la température de mon équipe. Si je prends de la hauteur, on peut aussi avoir la vision d'un DRH au niveau de l'entreprise entière. On peut voir le taux de participation, le nombre d'idées qui a été généré par les collaborateurs et le nombre d'actions que personnellement il a mis en place sur son périmètre » (Individu 7 - PR).

Avec la remontée d'informations permise par les plateformes, les managers ont pu avoir un nouveau moyen de surveillance du vécu du travail malgré la distance. La création de nouveaux indicateurs pour les services a représenté aussi de nouveaux outils d'évaluation de certaines dimensions de leur activité et les responsabilisant, tout en les rendant dépendants des résultats des indicateurs de leurs propres équipes.

« La chose qui était bien, c'était que notre solution va complètement s'adapter à une mesure de télétravail. D'ailleurs c'était un bon moyen de garder un peu un contact avec les salariés dans certaines boîtes d'utiliser notre solution, pour savoir comment ça se passait dans les équipes, comment le travail en groupe à distance pouvait marcher » (Individu 4 - PR).

« [Réaction d'un manager constatant que la note de son service a baissé selon un dirigeant] Pourquoi on n'est pas normal ? Qu'est-ce que j'ai fait de mal pour être puni et passer à 5 ou 5.5, que mon service passe au rouge alors que tous les autres services sont au vert ? » (Individu 15 - UT).

Le recours à la plateforme numérique a permis aux managers de mieux s'adapter au travail à distance. Une entreprise utilisatrice a ainsi décrit comment elle est passée de l'outil d'aide pour l'évaluation annuelle à celui d'assistance pour mieux vivre les changements de situation entre le télétravail et le travail en présentiel, et inversement.

« L'outil, on l'avait depuis un an dans le but de mettre en place des évaluations annuelles et de donner une dynamique un petit peu plus structurée. [...] Ça donnait matière à échanger sur certains sujets comme la rémunération, la flexibilité du travail et le stress. [...] Après c'est plus sur la reprise au travail quand on a pu être déconfiné et qu'on a pu reprendre le travail, au mois de mai et fin avril qu'on a lancé un sondage pour voir un peu qui était partisan de reprendre la participation physique au travail, dans quelles conditions, quel était leur état d'esprit, sur quels aspects ils voulaient vraiment mettre l'accent en termes de sécurité, de confort au travail » (Individu 16 - UT).

Les plateformes ont aussi permis de mettre à disposition des managers un moyen de contrôle à distance, en mettant en place des indicateurs d'objectifs et de résultats.

« Un deuxième pilier concerne le module « réussir », performance, où là, le but est d'objectiver les différentes tâches, les différents projets des collaborateurs dans la relation avec son management et qu'il y ait une traduction en actes des différentes conversations. Par exemple, là, sur les objectifs, sur les dernières refontes qu'on a faites c'était d'intégrer dedans une approche sur les OKR : Objectif, Key, Result, pour permettre aux collaborateurs effectivement d'avoir des objectifs qui sont fixés et ... d'avoir avec le management cette définition des résultats clés qui sont attendus » (Individu 6 - PR).

V.4.2.3. Un management soucieux de la santé et des émotions des collaborateurs

Pour les prestataires des plateformes numériques, leur outil a été pertinent pour s'inscrire dans une démarche d'évaluation des risques du télétravail durant la crise sanitaire et a permis de « prendre soin », au sens de *care*, des salariés en prévenant le travail sans fin et le brouillage des frontières entre vie personnelle et vie professionnelle. Cette vigilance renforcée concernant les risques du télétravail durant la crise sanitaire a été également confirmée également par des répondants des entreprises utilisatrices, notamment sur l'attention portée à la santé mentale des salariés. Les outils de diagnostic, à travers leurs caractéristiques collaboratives, semblent avoir permis de mobiliser l'ensemble des acteurs sur la qualité de vie au travail (QVT).

« C'est aujourd'hui être en mesure de pouvoir avoir des remontées sur l'évolution de la santé... pas du bien-être au travail mais comment les gens évoluent, est-ce qu'on va dans le bon sens pour le moral des troupes ? Des interrogations, plein de choses comme ça. C'est une échelle de mesure, ils suggèrent aussi des actions aux managers en fonction de la réponse de leurs équipes » (Individu 15 - UT).

« Le but c'était à mon sens d'améliorer aussi cette relation entre manager et salarié et d'impliquer chacun dans cette dynamique de QVT car tout le monde peut être acteur de toute manière et donc c'était d'impliquer direction, managers et collaborateurs dans cette dynamique » (Individu 9 – UT).

Le recours massif au télétravail dans le contexte de la pandémie a poussé les managers à utiliser les plateformes numériques pour garder le contact avec leurs équipes afin d'éviter l'isolement et suivre le ressenti de leurs collaborateurs.

« Ce qu'ils recherchent [les managers] avant tout c'est le ressenti des collaborateurs Comment ils vivent cette expérience et ce contexte aujourd'hui. Je pense qu'on arrive à distinguer la notion de télétravail du contexte sanitaire parce que le télétravail apparaît comme une solution, comme une réalité qui va prendre son indépendance par rapport à la crise sanitaire et évidemment on l'espère tous, demain, réussir à télétravailler sans se dire qu'on le fait parce qu'on est confiné ou à cause du couvre-feu. Mais COVID ou pas COVID, le télétravail, lui, va rester. Et donc, ce qui est important pour les managers c'est avant tout d'avoir le ressenti des collaborateurs sur le rythme de télétravail » (Individu 5 - PR).

« On s'est rendu compte, en fait, que cette plateforme était pour nos clients un moyen encore plus que jamais de prendre le pouls des équipes et de pouvoir, enfin... essayer de communiquer avec elles sur leurs ressentis du télétravail » (Individu 5 - PR).

« On a toutes [les plateformes numériques] un dispositif d'écoute du collaborateur, c'est là que j'interviens le plus. Donc le but des dispositifs d'écoute c'est de permettre cet échange d'informations, cette communication, de fluidifier la communication » (Individu 6 - PR).

La gestion des émotions des équipes à distance est devenue prépondérante pour les managers. La période de télétravail imposée n'a, en effet, pas toujours été bien vécue. À travers les plateformes, utilisées comme un dispositif d'écoute et de suivi, les managers ont pris un rôle d'accompagnateur et de soutien permettant de favoriser la motivation et le maintien de l'implication des salariés.

« Les gens sont en quête aussi d'expression de leurs problèmes, ils sont en quête d'écoute, il y a moins de contacts avec les managers et du coup il y a moins de compréhension et ils se sentent aussi seuls » (Individu 2 - PR).

« Et là, ils font face à d'autres choses parce que quand on instaure un management de confiance, le salarié se confie et les managers ne sont pas formés à recevoir de la souffrance comme ça. Donc, c'est une demande de la part des managers effectivement de réussir, selon leurs mots, à mieux pouvoir encaisser » (Individu 10 - ST).

« J'en faisais un tous les jours pendant un mois et demi [...] pour dire qu'on était là. Quand on reçoit une tape dans le dos tous les jours pour voir comment ça va, je trouvais que c'était important » (Individu 45 - UT).

V.4.3. Une gestion des ressources humaines augmentée et accompagnante

Nous terminons l'analyse de l'influence des applications de QVCT sur le rôle des parties prenantes par l'analyse de la gestion des ressources humaines. D'une part, nous traitons comment le gestionnaire RH va outiller le manager et son équipe (V.4.3.1.). D'autre part, nos résultats soulignent que la GRH va accompagner et chercher à impulser une dynamique collaborative entre le manager et son équipe (V.4.3.2.). Finalement nous soulignons le contrôle que conserve le responsable des ressources humaines sur les actions des équipes (V.4.3.3.).

V.4.3.1. Un manager outillé pour gérer en autonomie les problématiques de son équipe

L'objectif, pour les services RH, est de **fournir un outil aux managers** qui leur permettent de **gérer avec leur équipe les problématiques** qu'ils rencontrent, y compris la prévention des RPS.

« Ils ont aussi des choses très intéressantes pour les managers. Par exemple, pour détecter des comportements qui seraient à risques dans son périmètre et ils essaient vraiment d'aborder aussi, la gestion des risques psychosociaux pour le manager, en tout cas des points d'alerte, et cela est vraiment très intéressant aussi ; et le manager a un univers dédié, que si lui-même est en difficulté, il peut aussi échanger avec un psychologue du travail et dire “Moi je suis en difficultés avec mon équipe”, et pouvoir avoir des aides » (Ind 51 – UT)

Le manager obtient une palette d'outils pour **travailler en autonomie** sur des problématiques qu'il rencontre.

« Le manager va lui-même se sourcer sur plusieurs thématiques et il va aussi alerter ou conseiller son équipe ou son collaborateur sur bah “regarde la fiche elle est intéressante sur la plateforme, peut-être que ça peut t'inspirer” et après donc ils pourront faire des demandes de formation spécifique pour aller plus loin par exemple. Donc ça ne remplace pas la formation, l'accompagnement mais ça vient donner quelques clés, quelques éclairages sur des thématiques et ils la fournissent de manière assez régulière, ce sont des docteurs en psychologie et des scientifiques qui font cette plateforme donc c'est ça qui nous a conforté dans le choix de cette plateforme. » (Ind 55 – UT)

Pour cela, l'outil doit être facilement pris en main par le manager et son équipe.

« C'est comme ça que l'application a été sélectionnée, ça faisait partie des critères. C'était un outil qui devait être facile à utiliser pour des non-spécialistes, sur des petits collectifs. C'est vraiment le manager de proximité, c'est avant tout pour le Manager de proximité (...) ça peut être bien pour garder le lien, savoir quel est l'état d'esprit de son équipe et puis s'il y a des pratiques que lui veut faire évoluer. Ça lui permet aussi en interrogeant l'équipe d'aborder des pratiques que lui veut faire évoluer et en fait l'équipe va lui dire « mais non, ça, ça nous va bien, par contre faudrait faire évoluer ça ». Ça permet d'ajuster et de comprendre, parce-que de temps en temps on a beau

discuter, on a beau se connaître, on peut avoir une vision managériale qui est un peu en décalage » (Ind 45 – UT)

V.4.3.2. Encadrer et engager les équipes dans une dynamique collaborative

La plateforme permet **d’engager** et de **réunir**, autour de problèmes, **le manager et son équipe**. Elle oblige à la mise en action.

« Ça permet aussi d’engager le manager chez qui il peut y avoir un problème au sein de son équipe... d’essayer de remettre un petit peu les choses à plat par cet intermédiaire et d’essayer de nouvelles solutions. Voilà on a eu par exemple des accompagnements de coaching soit au niveau de l’équipe, soit au niveau du manager sur des actions très ciblées. C’est un exemple des actions qu’on a mis en place pour soit remettre du dialogue et de la cohésion au sein de l’équipe, soit quand c’était juste le manager qui se sentait un petit peu perdu au niveau des solutions, lui proposer un temps de 3 ou 4 séances avec un coach professionnel pour essayer de remettre de la confiance, remettre de la méthodologie” (Ind 49 – UT)

Le **manager devient un coach** pour son équipe. L’application le fait sortir de ses missions traditionnelles de management et **lui fait gagner de l’autonomie avec son équipe**.

« C’est comment rendre des salariés et des équipes de plus en plus responsables, de façon à ce que le manager se concentre plus sur des boulots de type « Manager-Coach » que le management avec pilotage classique. (...) on met à leur disposition cette application qui leur permet, grâce à la batterie de questions (...) de dire « tiens, je veux travailler pour mon équipe sur un des axes de la responsabilisation (...) Vous avez un autre axe qui est : vous voulez mettre en place le télétravail, vous ne savez pas qui au sein de l’équipe qui est mûr, qui n’est pas mûr... (...) ça peut aller très loin sur le champ de la responsabilisation chez nous ça ne se fait pas encore, mais il y a même des équipes qui décident elles-mêmes de leurs augmentations à la place du manager ou en se coordonnant avec le Manager, ce n’est plus le manager tout seul » (Ind 44. - UT)

La résolution des problématiques est effectuée par la création et la possibilité de faire vivre un collectif autour de problématiques, qu’ils trouvent eux-mêmes grâce aux solutions.

« Si par exemple il y a quelqu’un de l’équipe qui devient parent ou au contraire quelqu’un qui a un vieux parent dont il doit s’occuper, ça va avoir un impact sur sa capacité à tenir l’astreinte, à prendre certains horaires ou pas et plutôt que de le sortir

complètement ou que ce soit une contrainte pour les autres parce qu'au dernier moment, il va dire « ben là je peux pas », ils en discutent entre eux et ils trouvent les solutions entre eux. Si ça coince, ils font appel au Management, donc du coup ça permet de bien lier santé au travail, bien-être au travail, performance au travail, engagement de l'équipe puisqu'on a dit que ça jouait. Je parlais de télétravail, (...) on a besoin dans ce cadre-là que le collectif construise son projet ensemble (...) si quelqu'un veut prendre son mercredi ou son lundi, à un moment il faut planifier les gens au moins pour assurer certaines tâches de temps en temps en présentiel, donc là il faut se mettre d'accord, il faut que ce soit discuté, concerté, ensemble » (Ind 44 – UT)

V.4.3.3. Un pilotage RH renforcé qui permet de mettre en place des actions et d'être accompagnant en gardant un certain niveau de contrôle sur les actions des équipes

Les gestionnaires RH obtiennent un outil d'analyse à travers les données qui sont remontées dans leur tableau de bord. Ces signaux sont particulièrement importants d'autant plus depuis la COVID.

“Et vraiment ça a explosé depuis le COVID, comment moi en tant qu'entreprise je gère la santé de mes collaborateurs au-delà du travail, les faire venir en sécurité sur site, les signaux faibles de maladies comment je le traite etc...” (Ind 29 – PR)

« Et vous voyez là typiquement on mène des actions d'analyse du travail, que ce soit par le service organisation voire des managers lorsque c'est un peu plus petit mais ces enquêtes permettent de guider là où c'est nécessaire en priorité et de prioriser, d'avoir un retour sur le ressenti pur, par certains verbatims qui peuvent être donnés, et d'avoir une analyse du travail beaucoup plus exhaustive où l'on va croiser le travail réel, le travail prescrit, le travail ressenti pour se dire globalement comment améliorer tout ça pour les collaborateurs. » (Ind 57 – UT)

Les applications permettent la création de **nouveaux indicateurs RH**.

« Alors côté RH ou le « manager intéressé », le but, c'est d'avoir accès à des vues sur ce qui est consommé en termes de contenus, de formations, de liens avec les professionnels de santé, tout cela en respectant le caractère anonyme. Le but c'est de connaître les centres d'intérêt des collaborateurs et ça lui permettra de savoir où se situe son équipe sur les risques psychosociaux. Du fait que si vous consulter 4 webinaires sur la charge de travail c'est qu'il y a une problématique sur ça quoi. » (Ind 21 – PR)

L'application se positionne comme un outil de pilotage qui va internaliser le pilotage de la QVT à la GRH

« Les cabinets qu'on avait avant effectivement permettaient d'avoir des résultats. Par contre je ne vous cache pas que lorsqu'on souhaitait faire des restitutions, notamment au niveau des directions, on était un peu déçus parce que forcément le cabinet avait une vue aussi extérieure du sujet et un peu des fois finalement trop statistiques. Tandis que le fait maintenant j'allais dire de piloter en interne nous permet, en connaissant bien la structure, on y a en étant nous-même salariés, en étant en ressources humaines de pouvoir savoir... d'avoir des ressentis et de pouvoir aussi aller rechercher des fois sur des sujets comme qu'on perçoit si le ressenti des collaborateurs est proche de ce qu'on se dit, quoi. » (Ind 58 – UT)

Il s'agit d'un outil d'aide à la décision RH. Les gestionnaires RH seront aidés par les remontées d'informations dans l'outil pour mettre directement en place des pistes d'amélioration.

« Oui voilà, au départ, et puis là-dedans, forcément quand on a parlé du bien-être et puis de tout ça... parce que nous on savait qu'il fallait qu'on lance un plan d'actions sur le télétravail, ça c'était avant la COVID et de prendre la plateforme... Et ça le télétravail je peux vous dire que c'est remonté très rapidement et que ça nous a conforté dans l'idée de lancer des ateliers pour travailler sur la mise en place du télétravail dans le cabinet. Et puis on a eu un autre atelier sur les valeurs, parce que les valeurs ça a été un autre plan d'actions qu'on a mis en place derrière. » (Ind 52 – UT)

L'outil va également aider la GRH à analyser des situations pour qu'ils **accompagnent les managers** à mettre en place des changements, en les guidant.

« En fait dans certaines entités ce sont les équipes à la manœuvre. Par exemple l'équipe de 70/80 personnes c'est une personne qui est plutôt secrétaire générale qui s'occupe de ça, et par contre la DRH de ce périmètre-là a accès aux résultats en lecture. Et ce sont eux qui font ensuite les retours auprès des managers, des dirigeants de l'entité mais aussi auprès des collaborateurs. » (Ind 56 – UT)

Cet outil d'analyse permettra à la GRH plus de connaissances pour ensuite orienter le management.

« Eux nous ont généré un rapport (...) en fonction de ce qu'on nous avait dit, on s'est servi des résultats, et on a communiqué les résultats, évidemment, aux gens qui avaient répondu à l'enquête puis aux managers pour leur dire : "Il va falloir travailler plutôt dans ce cadre-là", faire attention à ci, à ça... (...) (NDLR : ici le service s'en occupait) tout a été accompagné aussi en interne auprès des managers, pour leur dire, il va falloir travailler plutôt là-dessus... » (Ind 59 – UT)

L'utilisation de l'application doit rendre les équipes plus autonomes dans la gestion des problématiques qu'elles rencontrent. Un travail collaboratif est favorisé par l'usage de ces outils. La **GRH garde cependant un rôle accompagnateur du manager**. La GRH va pouvoir **des outils** aux managers :

« Un des facteurs identifiés de mal-être c'était sur le manque de temps. Donc de dire qu'on a le travail interrompu et le manque de temps sont un peu ressortis comme facteurs de mal-être par exemple. Et du coup, nous, c'était comment on a décidé d'en discuter avec les managers en leur disant... soit on vous propose nous un petit webinaire (...) soit on leur laisse dire non on va nous-même accentuer sur cette thématique » (ind 55 – UT)

La GRH va **pousser de l'information pour outiller les équipes ou individuellement** l'ensemble des collaborateurs sur différentes problématiques.

« Cela nous permet aussi de pousser en fait de la communication sur des thématiques. On a eu une bonne prise en main aussi sur le contenu, donc que ça soit sur les fiches et sur les conférences. (...) Tous les mois on fait une communication, on lance des thématiques sur des choses où on a besoin que les gens travaillent » (Ind 54 – UT)

Certains managers vont également chercher à responsabiliser la GRH sur les limites de leurs marges de manœuvre. La GRH a un rôle accompagnateur sur les possibilités des managers à mettre en place des actions adaptées, qui dépendent bien d'eux.

« C'est toujours sur les solutions où là on a une vision plus subjective, le manager qui nous dit « vous ne me donnez pas de solutions », « je ne peux pas agir à mon niveau » ... Il y a un sujet qui revient souvent c'est la reconnaissance, ça peut être le manque de reconnaissance ... quand les collaborateurs peuvent parfois l'attendre et le manager dit

qu'il ne peut pas donner d'augmentation parce qu'il dit qu'il doit respecter les budgets. Il y a plein de petites choses que les managers pourraient mettre en place à leur niveau et automatiquement à la lecture des résultats il y a un frein qui dit que là ça relève du siège, là ça relève de l'entreprise... Et c'est aussi un travail de prise de conscience et de responsabilisation des managers de dire il y a des choses qui relèvent du siège et de l'entreprise au niveau national, mais il y a quand même des choses qui relèvent de votre niveau, il y a les deux. Et donc c'est aussi faire comprendre aux managers qu'on va les aider sur tous les éléments qui sont de notre ressorts mais il faut aussi, qu'eux, ils se renouvellent, qu'ils essaient ou réessaient d'agir directement » (Ind 49 – UT)

Enfin, la GRH va également être là pour **modérer l'utilisation de l'outil par le manager** :

« Vu qu'on a mis le système de modération, les managers ne peuvent pas poser n'importe quelle question. C'est-à-dire que quand ils vont créer leur propre question on va recevoir un mail avec « un manager a demandé la création d'une question » et soit on la valide, soit on la refuse mais en général c'est la RH qui a la main » (Ind 43 – PR)

Synthèse des résultats de la quatrième phase :

La précédente phase a analysé les différents acteurs engagés dans la prévention des RPS, leurs rôles interconnectés au sein et hors de l'organisation, les enjeux majeurs qui les entourent, tout en soulignant les opportunités et défis introduits par le numérique dans cette dynamique. La quatrième phase de cette recherche explore en profondeur les bouleversements entraînés par l'adoption des applications sur le rôle des différents acteurs impliqués dans la prévention des risques psychosociaux (RPS).

D'abord, elle souligne une montée en puissance des subordonnés, désormais considérés comme des parties-prenantes actives de leur santé au travail. Cette autonomisation est largement attribuée à l'architecture des applications qui confèrent aux salariés un rôle central, les dotant d'outils pour gérer proactivement leur santé.

Parallèlement, dans un contexte de télétravail (contextuellement lié à la crise COVID), le rôle du manager évolue également sous l'influence des applications de QVCT utilisées. Les managers, confrontés aux défis du télétravail, se voient endosser un rôle plus axé sur la gestion émotionnelle de leurs équipes. Ces applications les outillent, les rendant plus sensibles et réactifs à la santé et aux émotions de leurs collaborateurs.

Enfin, la gestion des ressources humaines (GRH) elle-même subit une évolution, devenant à la fois plus agile et plus supportrice. Les managers sont davantage outillés pour gérer les problématiques de leurs équipes en autonomie, promouvant ainsi une dynamique collaborative. Simultanément, la fonction RH, tout en conservant un certain contrôle, adopte un rôle plus accompagnateur, en se positionnant comme un pilier central pour guider et soutenir les équipes dans cette transition. Enfin, les applications sont créatrices de nouveaux indicateurs d'aide à la gestion des ressources humaines.

Conclusion du chapitre V

À l'issue de cette recherche approfondie sur les applications dédiées à la prévention des risques psychosociaux (RPS), plusieurs premières constatations émergent.

Dans une première phase, l'analyse du marché a révélé la polyvalence et l'évolution constante des applications visant la prévention des risques professionnels plutôt que le simple bien-être au travail. Deux orientations majeures se démarquent : une centrée sur l'individu et l'autre axée sur l'organisation, chacune avec ses propres spécificités et domaines d'intervention.

En seconde phase, nous restreignons le champ de notre étude à des applications ciblant spécifiquement la sphère professionnelle. Nous distinguons également celles qui répondent aux critères des applications de M-santé. L'analyse de leur mode de fonctionnement montre un champ d'intervention qui s'étend d'un niveau d'intervention plutôt primaire, secondaire ou tertiaire selon l'acteur (administrateur-décideur ou utilisateur-subordonné) et pour lequel des fonctionnalités sont adaptées. Enfin, l'analyse des applications montre que l'accent est particulièrement mis sur la prévention des RPS.

La troisième phase, quant à elle, s'est concentrée sur les acteurs impliqués dans la prévention des RPS. Ces acteurs, qu'ils soient internes ou externes à l'organisation, évoluent dans un paysage complexe où les enjeux économiques, légaux et opérationnels sont en tension. Le numérique apparaît comme une opportunité, mais non sans soulever ses propres défis, tels que la responsabilisation des salariés.

Enfin, la quatrième phase d'exploration met en exergue les transformations radicales des rôles au sein de l'entreprise à la suite de l'adoption de ces applications. Les subordonnés se retrouvent autonomisés, les managers adaptent leur rôle pour mieux gérer le bien-être émotionnel de leurs équipes, et la gestion des ressources humaines évolue, oscillant entre un rôle de soutien et de contrôle, en bénéficiant de nouveaux indicateurs générés par ces outils.

Chapitre VI. Discussion

Notre démarche de recherche, qui suit une approche exploratoire pour l'étude des applications de QVCT, a mis en avant un certain nombre de résultats. Nous nous attachons à présent à les discuter à la lumière de la littérature.

Nous discutons des résultats sous quatre axes. La première section porte sur la caractérisation des applications, des opportunités qu'ils représentent et des enjeux persistants autour de la prévention des risques psychosociaux (VI.1.). Puis nous présentons l'influence des applications de QVCT sur les rôles de trois acteurs internes à l'organisation : les subordonnés (VI.2.), les managers de proximité dans la gestion de leurs équipes à distance (un contexte de télétravail qui s'est imposé à notre étude du fait de la crise sanitaire) (VI.3.) et enfin les gestionnaires RH (VI.4.).

VI.1. La transformation numérique face aux enjeux persistants de la prévention de la prévention des risques psychosociaux

Nous débutons cette discussion en revenant sur les enjeux de la transformation numérique pour la prévention des RPS. Pour ce faire, nous discutons des fondements des applications de QVCT (VI.1.1.). Nous caractérisons ensuite la transformation numérique induite par les applications de QVCT puis relevons leurs bénéfices pour l'intervention en santé au travail (VI.1.2.). Néanmoins, elles ne permettent pas de dépasser certaines problématiques traditionnelles à la prévention de la santé au travail. Nous poursuivons en développant la problématique de l'adaptation de l'homme au travail ou du travail à l'homme qui ne disparaît pas et ses conséquences (VI.1.3.). Nous traitons finalement de la place des applications de QVCT dans la lutte de pouvoir des acteurs pour conserver leurs intérêts face au besoin de mobiliser un collectif (VI.1.4.).

VI.1.1. Des applications de QVCT pour la prévention des risques psychosociaux

Cette recherche porte sur une meilleure compréhension des enjeux autour de la transformation numérique de la prévention des risques psychosociaux. Plus précisément, nous nous sommes attachés à mieux comprendre le phénomène du développement des applications de la *Happy Technology* à destination des organisations et qui visent à agir sur la sphère professionnelle. L'analyse du marché de ces applications, puis de leurs caractéristiques techniques et enfin de leur utilisation nous a permis de mieux comprendre les objectifs qu'elles portent. Leur dessein est le résultat de l'intention de leurs créateurs qui auront réfléchi à un schéma de fonctionnement avec des fonctionnalités spécifiques. Il dépend aussi des utilisateurs qui vont chercher à les mobiliser pour répondre à des problématiques propres.

D'une part, nos résultats nous permettent de souligner que ces applications s'inscrivent dans un champ d'intervention au-delà de la simple amélioration du niveau de bien-être au travail bien que ce soit un terme fréquemment utilisé dans le langage commun autour de ces applications. Elles visent à dépasser l'action unique sur un état psychologique positif car elles prennent en compte également les aspects négatifs de la santé. Issue d'une conception positiviste, le bien-être au travail peut être défini comme « un état psychologique résultant d'un rapport positif aux autres, à soi, au temps et à l'environnement physique de travail » (Biétry et Creusier, 2013, p. 34). Les applications visent à agir sur un ensemble de facteurs, à la fois liés à l'individu mais

aussi avec une approche plus organisationnelle vis-à-vis des conditions de travail. Elles correspondent à une volonté croissante de poser un regard plus large pour la prévention de la santé au travail. L'adoption de ces applications est en phase avec les tendances actuelles à agir davantage sur la qualité de vie et sur les conditions de travail (un exemple est l'ANI de 2020 sur l'introduction de la « QVCT »). Elles vont s'inscrire dans une amélioration de la qualité de vie générale de l'individu en prenant également en compte la notion des conditions qui lui sont offertes par l'organisation pour la réalisation de son travail.

D'autre part, nous identifions une intention des différents acteurs à utiliser ces technologies pour prendre des mesures en faveur de la prévention des risques physiques et psychologiques des employés. Cette double orientation peut suggérer un objectif interventionnel pour la prévention des risques psychosociaux (Picard, 2006). Nous relevons d'ailleurs une prise de conscience accrue des différents acteurs interrogés pour la prévention des risques psychosociaux. Ils sont perçus comme une question majeure de santé au travail. Les applications vont être mobilisées pour agir sur l'organisation grâce à des actions sur un ensemble de facteurs de risques. Nos entretiens nous ont permis de relever que les facteurs mis en avant par nos différents échantillons font échos à ceux du rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS (Gollac et al., 2011). C'est le cas par exemple des problématiques de charge de travail, d'autonomie, des ressources matérielles dont disposent les collaborateurs ou encore des modes de contrôle. Les applications de QVCT vont correspondre à l'intérêt de mobiliser les RPS pour l'éradication des facteurs de risques liés au travail qui pèsent sur le collaborateur (Gollac, 2012). Nous relevons que l'usage de ces applications sous-tendrait un niveau de prévention plus primaire, et globale sur l'organisation et la sphère professionnelle, mais aussi, parfois, sur la sphère privée. L'approche individuelle identifiée a pour objectif, dans une approche beaucoup plus curative, de traiter leurs conséquences. Les résultats soulignent que les applications, en particulier dans leur approche individuelle, peuvent cependant s'écarter de l'accompagnement strictement lié à la sphère professionnelle et glisser sur la sphère privée des utilisateurs (plusieurs exemples sont saillants dans le cadre de la crise sanitaire où les applications cherchaient à accompagner les travailleurs à mieux vivre les contraintes liées au travail dans leur espace privé). Cela pose la question de la légitimité des organisations à dépasser la sphère professionnelle.

Ainsi, notre recherche exploratoire sur la transformation numérique de la prévention des risques psychosociaux s'est focalisée sur les applications de la *Happy Technology* destinées aux

entreprises. Ces applications qui vont poser un regard large pour la prévention de la santé au travail et en intégrant les conditions de travail justifie une dénomination d'applications de QVCT. Elles reflètent également l'intention des acteurs impliqués de prévenir les risques physiques et mentaux pour les employés. Leur mobilisation pour la prévention des risques psychosociaux est relevée. Leur rayon d'action large, bien qu'étant initialement conçu pour un accompagnement dans la sphère professionnelle, tendrait également à glisser sur la sphère privée des travailleurs, interrogeant sur la légitimité des organisations à agir sur cette espace.

VI.1.2. Une transformation numérique dans le domaine de la santé au travail porteuse de simplification du processus d'intervention et d'instantanéité

L'ampleur croissante de l'intégration technologique dans le domaine de la santé au travail constitue un sujet de grande envergure. Cette convergence entre technologie et santé au travail ouvre la voie à des approches novatrices visant à améliorer la santé mentale et physique des travailleurs. L'utilisation des applications de QVCT à destination des organisations s'inscrit pleinement dans cette dynamique technologique pour la santé au travail et est porteuse de changements pour son intervention préventive.

- **Une transformation numérique de l'intervention pour la prévention des RPS**

L'intégration de la technologie peut se différencier en trois niveaux de complexité, entre la numérisation, la digitalisation et la transformation numérique (Iyamu et al., 2021). Les applications de QVCT vont se caractériser par la multiplicité des évolutions qu'elles impliquent. Leurs questionnaires, qui sont l'illustration de la numérisation du fonctionnement par papier, en sont une première peu complexe. Elles vont également fournir un ensemble de services. L'intégration des applications dans la prestation de services pour la santé au travail sous-tend une réorganisation et une offre plus innovante des services de santé, comme à travers la possibilité technique d'un lien direct avec des professionnels de la santé à distance. Ce niveau de complexité fera alors davantage référence à une digitalisation (Iyamu et al., 2021). Finalement, notre analyse montre que les applications de QVCT se caractérisent par un niveau de complexité encore plus poussé. Effectivement, elles vont prendre place dans plusieurs activités, que ce soit pour les managers de proximité, les subordonnés, les gestionnaires RH, et les professionnels de la santé. Elles vont entraîner un impératif de coopération, caractéristique d'une transformation numérique (Karoui et Duzert, 2016). Elles vont rendre compte de

plusieurs digitalisations distinctes comme pour l'activité de consultation, de formation ou d'information en interconnectant différents services et acteurs qui peuvent y être rattachés. Ainsi, les caractéristiques des applications de QVCT suggèrent qu'elles s'inscrivent pleinement dans une transformation numérique pour la prévention des risques psychosociaux. Ce niveau d'intégration de la technologie sous-entend un potentiel de changement important pour la prévention des RPS.

- **Une intervention plus accessible**

L'analyse de l'intégration des applications dans l'intervention pour la prévention des risques psychosociaux renvoie à deux bénéfices perçus. Le premier porte sur l'accessibilité de l'intervention. Les utilisateurs des applications de QVCT perçoivent la démarche de prévention effectuée par les professionnels de la santé traditionnelle (comme le déplacement du médecin du travail) comme qualitative. Néanmoins, certains admettent trouver dans l'application de QVCT un juste milieu entre le besoin d'intervenir et l'impossibilité de mettre en œuvre une démarche en collaboration avec les services de santé au travail. De plus, le faible coût de l'usage d'une application de QVCT comparé à l'intervention d'un cabinet est un élément de motivation complémentaire à leur adoption. Le recours aux cabinets d'expertise est perçu comme coûteux. Ce constat est d'autant plus relevé par les syndicats qui indiquent que les petites structures présenteraient davantage de risques pour la santé des travailleurs car les salariés doivent être davantage flexibles. Pourtant ce sont aussi ces structures qui ont moins de moyens financiers pour prévenir la santé des salariés. Ainsi, nos résultats sont en accord avec la littérature sur l'intérêt perçu de la technologie face au besoin de limiter les coûts des prestations et de la pénurie de professionnels de la santé (Abukhousa et al., 2012). En outre, l'intervention est perçue comme moins lourde, moins complexe avec l'usage de ces applications. Elles sont même perçues comme une évolution naturelle de l'intervention que les organisations vont progressivement devoir adopter à l'avenir. Elles offriraient un moyen d'intervention qui nécessiterait moins de temps grâce à l'automatisation et la pré-configuration des questionnaires qui limiteraient aussi la problématique de nombreux concepts à comprendre, un frein supplémentaire pour la prévention des risques (Leka et al., 2015).

- **Une intervention basée sur l'instantanéité permise par la technologie**

Un deuxième bénéfice perçu de l'intégration des applications dans l'intervention pour la prévention des risques psychosociaux porte sur l'instantanéité à laquelle elle donne accès. En particulier, les utilisateurs mettent en avant la rapidité d'obtenir des données issues de la quantification RH sur l'application. La M-santé regroupe des technologies qui ont la capacité de collecter de la donnée (de manière automatique ou manuellement insérée par l'utilisateur). Elles facilitent également le traitement des données grâce aux algorithmes. Ces deux caractéristiques constitutives de la M-santé correspondent aux applications de QVCT. Ainsi, les utilisateurs soulignent l'intérêt de l'application pour obtenir de l'information avec un délai beaucoup plus court. Cette capacité de traitement rapide et plus automatique permettrait également de gérer un plus grand nombre d'informations. Lorsque des intermédiaires sont ajoutés, les temps de traitement sont relevés comme trop long. Cette caractéristique est un critère stratégique dans le choix d'une solution. Ainsi, alors que la littérature met en évidence une prédominance d'actions au niveau individuel à cause de l'immédiateté d'une résolution du problème en se soustrayant à l'expertise d'un prestataire externe (Rouat et al., 2017), les applications de QVCT auraient le potentiel de la ramener à la main du gestionnaire RH, en interne à l'organisation.

Enfin, paradoxalement, l'instantanéité n'empêche pas les décisionnaires de décider d'allonger volontairement la temporalité de l'intervention. Des utilisateurs notent l'importance de pouvoir définir eux-mêmes la régularité qui leur convient. Cette limitation fait écho au manque de temps dont ils disposent eux-mêmes pour valoriser les résultats qui peuvent être mis en avant dans l'application.

Les applications de QVCT s'inscrivent dans une véritable transformation numérique de l'intervention pour la prévention des RPS. Deux bénéfices sont perçus de cette intégration technologique. Le premier porte sur une intervention qui deviendrait plus accessible, aussi bien vis-à-vis de la complexité qu'une intervention en santé nécessite que par son aspect financier. Le deuxième est l'amélioration de l'instantanéité de l'intervention que permettraient les applications.

VI.1.3. Adapter le travail à l'homme ou l'homme au travail ? La double approche transposée à la M-santé

Les applications de QVCT sont source d'une évolution positive de l'intervention en santé au travail. Cependant, des problématiques traditionnelles ne disparaissent pas. Nous abordons la question de l'adaptation de l'homme au travail ou du travail à l'homme et de ses conséquences.

VI.1.3.1. Une application au service de l'organisation ou du travailleur

Nous l'avons identifié, le marché des applications de QVCT est hétéroclite. L'adaptabilité de la technologie, sous la forme d'applications, laisse le champ libre aux nombreuses idées des concepteurs pour agir sur la santé. Des start-ups prennent place dans un marché extrêmement dynamique et rythmé par l'arrivée fréquente de nouvelles applications. Ce marché correspond aux caractéristiques décrites par la HAS sur la M-santé. Deux rapports en 2016 puis en 2020 de la HAS sur l'évaluation de ces outils en ont résulté.

Cependant, malgré leur diversité, l'analyse du fonctionnement des applications nous montre une forte tendance à agir, soit majoritairement par une approche individuelle, où le salarié prend en charge sa propre santé, soit par une approche organisationnelle où l'utilisateur (le subordonné ou le décideur) va agir sur l'organisation. Ce fonctionnement fait écho aux deux approches traditionnelles et opposées de la prévention des risques, à savoir l'adaptation du travail à l'homme ou de l'homme au travail. Bien que complémentaires (Lamontagne et al. 2007), le choix des applications et des approches s'y rapportant laisse planer le risque d'une intervention inadaptée, liée à une approche avant tout individuelle avec un niveau de prévention tertiaire (Rouat et al., 2021). Trois usages du numérique ressortent de notre étude : la technologie au service de l'organisation, la technologie au service de l'individu et la technologie comme échappatoire.

- **La technologie numérique au service de l'organisation**

Le premier usage porte sur l'utilisation de l'outil par l'organisation ayant pour but d'agir sur les facteurs organisationnels. L'objectif de l'outil est de créer des indicateurs générés grâce à la donnée qui est alimentée par les collaborateurs. Cela s'inscrit pleinement dans l'essor de la gestion des ressources humaines permis par la quantification RH. Elles vont fournir des informations et collecter des données de manière automatique et régulière dont la temporalité sera ajustée par les décideurs. En ce sens, les applications de QVCT contribuent à la

transformation numérique de la gestion des ressources humaines en fournissant des informations et en collectant des données pour automatiser les tâches répétitives et routinières, tout en favorisant une prise de décision améliorée et la création d'une stratégie de gestion des ressources humaines (Laval et Diallo, 2007). Les applications de QVCT illustrent comment le numérique peut être un support informationnel afin de prévenir les RPS (Valléry et Leduc, 2017). Plus globalement, ces données générées vont servir les décideurs. Le subordonné va agir en s'exprimant et en étant force de propositions par le système de feedback, bien que souvent orienté par les administrateurs de l'outil.

- **La technologie numérique au service de l'individu**

Le second usage a pour objectif d'outiller les individus pour la prise en charge en autonomie de leur santé. La mise en chiffres de soi est au centre du fonctionnement de l'application puisque ce premier bilan doit permettre à l'individu, en totale autonomie ou par des informations poussées par l'application, de chercher à agir sur sa situation. Les décideurs vont également avoir à leur disposition des données qui vont leur permettre de mettre en place des actions tertiaires.

- **La technologie numérique comme échappatoire**

Finalement, des doutes sont émis sur les raisons véritables de l'utilisation des outils. Ceux-ci seraient utilisés avec une attention de déculpabilisation de l'employeur, sans réelle volonté de changement. Il s'agit ici de fournir un outil qui va proposer de mesurer et d'outiller lui-même les utilisateurs pour la gestion de leur problématique mais dont l'efficacité n'est pas un critère spécifique de sélection. L'organisation n'aurait pas toujours la volonté d'agir véritablement sur le problème, en particulier lorsqu'il s'agit de décisions qui toucheraient l'aspect organisationnel. Cet usage engendre au mieux un risque de « solutionniste technologique » (Del Rio Carral et al., 2017) ne répondant que partiellement à la problématique faute d'une recherche d'économie des ressources à déployer. Il n'a pour objectif, ni d'intervenir sur l'organisation, ni sur le travailleur.

VI.1.3.2. La responsabilisation de la santé au travail

Les applications de QVCT vont avoir des approches distinctes. Elles peuvent être parfois orientées sur l'ajustement de l'individu au travail en agissant sur le travailleur (souvent à un niveau de prévention tertiaire), ou orientées sur l'adaptation du travail à l'individu en agissant sur l'organisation (à un niveau de prévention davantage primaire). Ughetto (2011) souligne que les RPS suscitent des interactions complexes entre divers groupes sociaux, qui peuvent être en conflit ou collaborer entre eux. Pour Chakor (2014), l'un des enjeux de ces conflits est celui de la responsabilisation. Il souligne que les RPS sont au cœur d'une tension entre une approche restrictive individualisante et une approche élargie organisationnelle dans l'étude des risques professionnels. Effectivement, les obstacles majeurs à l'intervention organisationnelle, tels qu'explorés dans la littérature, sont principalement liés à un déficit de volonté commune à intervenir sur l'organisation du travail, ainsi qu'à une propension à traiter les problèmes sur une base individuelle (Rouat et al., 2021). L'approche restrictive se concentre sur l'individu et son adaptation au travail, tandis que l'approche élargie considère l'organisation du travail comme une source de pathologies, impliquant la responsabilité de l'employeur pour agir sur ces facteurs.

D'une part, ce conflit s'observe dans l'usage des mots. La question de la santé au travail est fréquemment abordée dans la littérature en raison des enjeux politiques qui l'entourent. Cela se manifeste notamment dans le choix des termes utilisés, comme l'emploi du mot "stress" qui était probablement préféré dans diverses instances de l'organisation (ex-CHSCT...) plutôt que l'expression "souffrance au travail" (Davezies, 2001). Dans nos résultats, les syndicats préfèrent souvent parler de "risques psycho-organisationnels" plutôt que de "risques psychosociaux" afin de mettre davantage l'accent sur la responsabilité de l'organisation. Elle aurait, selon eux, tendance à essayer de se dégager de ses responsabilités.

D'autre part, la sélection et l'utilisation des outils de mesure en santé n'est pas neutre. Elle incarnerait les valeurs portées par les organisations et leurs leaders (Roy et al., 2005). Le self-tracking, porté par les applications de QVCT, vise à permettre aux utilisateurs d'ajuster leurs comportements et d'améliorer leur bien-être ou leur autonomie (Granjon et al., 2011). Les employeurs attendent des employés qu'ils participent en effectuant un auto-suivi de leur santé avec des indicateurs portés sur l'aspect psychologique et qu'ils agissent sur eux-mêmes. Le contexte d'usage individualisé de ces applications de QVCT correspond ainsi au mode de self-tracking « poussé » dans l'analyse de Lupton (2016). Les décisionnaires vont inciter l'usage

des applications afin que les salariés s'engagent dans un dispositif d'amélioration de leur état de santé mentale.

Cela étant, les applications de QVCT ont parfois pour autre effet d'orienter les résolutions des problématiques identifiées par une approche psychologique. Cette approche psychologisante de l'action de l'application peut quelquefois se retrouver de manière prépondérante dans leur fonctionnement. Notamment, des applications sont basées sur des questionnaires psychologiques et donnent l'accès à des ressources d'auto-gestion. Non sans être strictement rejetée par l'ensemble des acteurs, comme certains professionnels de la santé, cette approche est source de peurs pour des acteurs comme les syndicats. Son usage pourrait faire relativiser la responsabilité de l'organisation. Les syndicats soulèvent la problématique d'une intervention trop souvent orientée sur l'individu. Ils critiquent également des formations qui ne vont pas être applicables faute de temps, d'un environnement adapté ou d'outils accessibles. Pourtant la responsabilité incomberait alors au salarié qui n'aura pas suivi les recommandations malgré les outils mis à sa disposition. Les professionnels de la santé au travail soulignent le risque de faire porter un fardeau supplémentaire aux subordonnés alors que ces derniers n'ont pas la possibilité d'intervenir en milieu professionnel comme pour une problématique de charge de travail.

Cette approche s'inscrirait purement dans un cadre épidémiologique qui fait l'objet de critiques pour la prévention des RPS. Cette approche met en son centre la relation entre l'environnement et la santé, négligeant ainsi le rôle actif du travailleur et la capacité du groupe de travail à influencer l'organisation du travail (Raiboy, 2010). Dans ces conditions le risque lié à l'usage des applications de QVCT est qu'une partie de la problématique potentielle liée pourtant aux conditions de travail soit acceptée au détriment d'une reconnaissance de la capacité de l'individu à pouvoir agir sur son environnement ou de l'organisation à devoir agir sur l'environnement.

VI.1.3.3. Une action toujours orientée sur un niveau de prévention tertiaire

Dans leur travail, Leka et al. (2015) déterminent que le plus grand frein probable à la prévention des risques psychosociaux est « la crainte et la résistance liée à l'adoption des mesures requises » (p. 66). La création et l'analyse du schéma de fonctionnement des applications de QVCT nous montrent en quoi elles tentent d'agir à la fois par un niveau de prévention de niveau primaire, secondaire ou tertiaire. L'intervention tertiaire est principalement portée par le rôle du subordonné qui va chercher à agir sur lui-même. L'action de prévention primaire ou

secondaire sera davantage portée par les décisionnaires. Les fonctionnalités à destination des décisionnaires vont se positionner comme des aides à la prise de décision. Notamment, les thématiques liées à l'organisation de travail ressortent (comme les horaires de travail). Ainsi, ce niveau de prévention organisationnel fait référence à une prévention avant tout primaire (Rouat et al., 2021 ; Semmer, 2003) puisqu'il s'agit d'agir sur l'adaptation du travail et ainsi sur les facteurs de risques.

Cependant, nous observons que les applications ont également un axe orienté tertiaire, à travers une action sur les subordonnés qui sont outillés pour agir sur les effets négatifs qu'ils subissent. Les subordonnés obtiennent un accès à des outils ou à des professionnels de la santé comme des psychologues. Moins efficace et moins durable que l'intervention au niveau organisationnel (Kompier et Kristensen, 2000), l'intervention de niveau individuel est plus habituelle (Rouat et al., 2017). Le soutien correctif ou le traitement des conséquences seules n'a qu'une efficacité limitée, une durée plus limitée et est d'ampleur plus faible (Rouat et al., 2017).

Les confédérations syndicales soulignent finalement qu'elles ne croient pas en la volonté des organisations à agir véritablement sur les RPS. Il s'agit selon eux d'une contradiction entre une parole que les organisations dressent sur la préservation de la santé de leurs collaborateurs qui est en contradiction avec les conditions qu'elles fournissent à leurs collaborateurs, comme l'intensification du travail, faire plus avec moins. Pourtant ces conditions sont en opposition avec la prévention des RPS. La littérature relève effectivement les risques psychosociaux pour les travailleurs que peuvent faire encourir un travail empêché et de la qualité empêchée (Clot, 2010a).

Certaines applications vont cependant chercher à être utilisées avec la double approche, à la fois sur l'organisation et sur l'individu. Les tableaux de bord vont alimenter la réflexion du décisionnaire à l'aide d'indicateurs et de verbatims, et du subordonné pour l'amélioration de sa situation individuelle. Cette double approche présente l'avantage d'avoir une action rapide et immédiate sur l'individu par l'approche individuelle, puis sur un plus long terme avec une approche sur l'organisation dont les effets mettent plus de temps à apparaître (Van der Klein et al., 2001).

Pourtant, ce schéma de fonctionnement dual qui pourrait paraître complémentaire est obscurci par des freins à l'intervention. En particulier, certains dirigeants freinent l'action sur un niveau

organisationnel normalement permis par l'outil. Des résultats trop impactant pour l'organisation sont parfois mis de côté par les décisionnaires qui seront davantage conciliants sur des projets peu coûteux et peu engageants pour l'organisation. Finalement, on retrouve une prédisposition à mettre en œuvre davantage d'actions de prévention de type secondaire ou tertiaire, un défaut des interventions traditionnelles déjà souligné dans la littérature (Durand et Baret, 2022). L'outil s'inscrirait alors comme une méthode de diagnostic comme d'autres fréquemment employés dans l'approche épidémiologique de la prévention des RPS, qui tendent à simplement confirmer des situations déjà reconnues et communes à toutes les organisations, sans modifier la situation, laissant ainsi le problème cantonné à une approche orientée sur le risque (Laoukili, 2015).

VI.1.4. Une lutte de pouvoirs pour des acteurs qui souhaitent conserver leurs prérogatives face au besoin de mobiliser un collectif

Nous terminons cette première section de discussion en évoquant la place de la donnée créée par les applications de QVCT dans une lutte de pouvoir qui fragilise les relations entre les différents acteurs (VI.1.4.1.). Pourtant nous soulignons également un besoin de mobiliser et de maintenir un collectif (VI.1.4.2.).

VI.1.4.1. Le poids de la donnée numérique dans les luttes de pouvoir

La prévention des risques psychosociaux est révélatrice de tensions entre différents acteurs au sein et en dehors de l'organisation. Des luttes de pouvoir sont exercées. L'analyse de nos résultats montre que chacun essaie de maximiser son influence. Effectivement, la littérature montre que les risques psychosociaux intéressent différemment de nombreux acteurs qui vont y trouver un intérêt individuel. Des intérêts divergents expliquent la difficulté à se concerter et agir dans la durée pour la prévention de la santé au travail (Durand et Baret, 2022).

Dans l'analyse stratégique, les individus qui forment l'organisation vont mettre en place leur stratégie pour atteindre leur propre but. Crozier et Friedberg (1977) soulignent que dans ce paradigme, les relations entre différents acteurs interdépendants pour la recherche d'atteinte d'un objectif commun est la source du pouvoir des acteurs. Ils ajoutent que les zones d'incertitudes sont au centre de leurs stratégies. La maîtrise de la communication et du flux d'information en est une source de pouvoir. Les utilisateurs de l'application de QVCT vont s'appropriier différemment l'outil afin qu'il serve leur propre intérêt stratégique. De Vaujany (1999), parmi les cinq types d'appropriations qu'il souligne, met en évidence que

l'appropriation centrée sur l'influence va utiliser la technologie pour renforcer l'influence au sein d'une stratégie d'acteur. Celle-ci va permettre d'activer ou de gérer des zones d'incertitudes. Dans notre analyse, les utilisateurs ont des usages différents de l'outil, à travers les données générées.

Les applications de QVCT vont générer et redistribuer de l'information entre les différents acteurs dont l'organisation aura décidé des statuts spécifiques (administrateur, manager, subordonné...). Selon leur statut, chacun disposera d'un certain nombre et de certains types d'informations. Par exemple, il peut être décidé qu'une équipe dispose automatiquement et en temps réel des résultats moyens de l'évaluation de leur service. Il peut aussi être décidé que cette information reste à la seule destination des dirigeants, qui vont ensuite filtrer les informations ou ne pas faire de compte rendu par équipe en laissant au subordonné le seul accès à ses propres résultats. Cette appropriation centrée sur l'influence est permise par l'usage de l'application de QVCT qui va être utilisée pour renforcer une stratégie d'acteur. L'utilisateur acquiert ainsi un outil qui consoliderait sa position au sein de l'organisation. Les dirigeants sont tentés de ne respecter l'esprit de conception de l'outil, la création et la diffusion d'informations, que lorsque les indicateurs leur sont favorables.

Notre étude montre que la volonté des dirigeants à agir sur la problématique des RPS fait face à leur peur de l'ampleur que pourrait demander une action si les données mettaient en avant une problématique majeure. Ainsi, plus un problème est d'ampleur, étant souvent le cas des problématiques organisationnelles (organisation, conditions du travail...), moins l'employeur aura un intérêt à ce que l'information circule puisqu'elle agirait en sa défaveur. Il s'agit d'une peur qui revient souvent sur ce que les outils de diagnostic pourraient faire ressortir dans leur diagnostic. À la distinction de l'intervention des prestataires externes, même s'ils ne sont pas non plus sans failles (Chakor, 2014), l'outil se plie nécessairement à la volonté de son utilisateur. À l'inverse, les employeurs sont beaucoup moins réticents lorsque les problématiques sont sans lien avec l'organisation du travail. Un utilisateur de l'application de QVCT nous laisse entendre que les employeurs peuvent dans ce contexte avoir une volonté de contrôler le résultat des diagnostics. Les syndicats émettent également des craintes sur la véritable intention derrière l'utilisation des applications, d'autant qu'ils n'ont pas la place d'administrateur dans les outils. Ces informations pourraient dans ce cas servir uniquement l'intérêt de l'employeur. Pour les syndicats, ces données pourraient représenter des informations dont ils ne disposent pas sur la problématique des RPS. En ce sens, les applications

ont le potentiel de faire partiellement tomber une zone d'incertitude puisqu'ils sont dépendants de l'information qui leur parvient. En contrôlant l'information créée par l'outil, ou diffusée par l'outil, l'employeur conserve un pouvoir.

VI.1.4.2. La volonté de créer et de maintenir un collectif

Les applications de QVCT visent à générer de l'information. Cette information peut être une source de pouvoir. En outre, elles visent également à créer une dynamique collective autour de la prévention des RPS, pour ne pas laisser le manager, le gestionnaire RH ou le collaborateur seul dans la résolution des problématiques rencontrées. Ces plateformes visent à favoriser l'échange, à libérer la parole, avec un objectif de faire travailler ensemble différents acteurs. L'objectif commun serait de positionner le manager comme « chef d'orchestre » pour la mobilisation de son équipe. Selon Imhoff et Silva (2016) les « logiques collaboratives permettent de réaffirmer la culture d'entreprise et de développer le sentiment d'appartenance des salariés à un collectif » (p. 68). La création d'un espace collaboratif, sécurisé et créateur de débat est centrale pour la réussite d'une intervention pour la prévention des RPS (Rouat et Sarnin, 2013).

Les plateformes participent à la création d'un collectif, piloté par le manager, en associant tous les salariés dans l'amélioration de la QVCT. Cette mise sur la table de la problématique des risques psychosociaux, en encourageant le dialogue et l'échange au sein des organisations sur les conditions de travail ou les relations défavorables à la santé des travailleurs, pourrait avoir des conséquences bénéfiques (Laoukili, 2015). Cette dynamique collective est favorable au positionnement du salarié comme partie-prenante active, favorable à la régulation collective, favoriserait ainsi la réussite de l'action de changement et de prévention (Laoukili, 2015).

Miossec et Clot (2015) rappellent le risque d'une fragilisation du collectif pour la santé au travail. Pourtant, le « tout distant », qui est un élément de contexte de notre étude liée à la crise sanitaire, entraîne également une baisse du nombre de sollicitations en configuration de e-management, la mésinterprétation des échanges distants et un sentiment d'appauvrissement du contenu des échanges et des relations interpersonnelles (Ruiller, Dumas et Chédotel, 2017). Cependant, la construction d'un collectif de travail nécessite des interactions et de la régulation commune (Beaucourt et Louart, 2011).

Le collectif se traduit pour les salariés à agir ensemble pour un objectif commun. Il influence la performance de l'entreprise et a un rôle de *care* au sens d'un processus interactif où les salariés qui travaillent en groupe ne peuvent agir au mieux qu'en étant reliés, ce qui explique la création de soutien par un collectif (Beaucourt et Louart, 2011). Effectivement, Beaucourt et Louart (2011) définissent le *care* collectif comme un processus interactif, une « pratique d'agir ensemble, à l'intérieur d'un contexte précis » (p. 49) et ajoutent qu'il « oscille entre pratique sociale organisée et débats entre acteurs, jalonnés de réajustements et de régulations » (p. 49). Pour les managers, les processus de *care* collectif permettent simultanément d'offrir du soutien relationnel et des lieux de parole et d'interaction sur ce que chacun pense et vit dans son travail et de créer ainsi des possibilités de négociation.

Les applications de QVCT chercheraient ainsi à mieux doter les managers puisqu'ils ont un rôle de prévention des risques professionnels, y compris des risques psychosociaux (Journoud et Pezé, 2012 ; Lachmann, Larose et Penicaud, 2010). Les managers et leurs équipes travaillent ensemble sur l'amélioration de la situation en discutant des résultats, en faisant des hypothèses et en mettant en place des plans d'action, ce qui fait référence au développement d'une intelligence collective. Ce travail individuel et collectif, qui place les collaborateurs en acteurs centraux sur l'amélioration de leur situation, laisse entrevoir un point de vigilance sur la mise en place réelle des actions proposées. Les applications de QVCT pourraient créer encore davantage de frustrations et de mécontentements si les actions proposées n'étaient pas mises en place du fait du manager réticent ou d'un manque de moyen accordé par l'organisation.

Une peur de plusieurs répondants fait toutefois surface concernant l'empêchement de l'action en face à face en recourant au numérique. Une solution digitale pourrait libérer l'expression mais ne favoriserait pas la prise en parole en face à face. Elle pourrait alors avoir un effet négatif sur les RPS et détourner des efforts qui devraient avant tout être menés sur des freins à la libre expression assumée dans les organisations et finalement éviter d'être réduit à anonymiser les réponses pour plus de participation.

Nous avons souligné la dénomination d'applications de QVCT mais également que leur mobilisation les destine à la prévention des risques psychosociaux. Elles sont porteuses d'amélioration pour la prévention des RPS mais plusieurs problématiques récurrentes à leur prévention persistent. En particulier, l'intervention tendrait à rester tertiaire, parfois inadaptée, ou porteuse d'un risque de responsabilisation des subordonnés. Enfin, nous soulignons le

pouvoir qu'offre la donnée dans le cadre de l'appropriation de ces outils, tout comme leur rôle dans le développement du collectif, favorable à la prévention.

VI.2. La transformation du rôle du subordonné, repositionné comme partie-prenante active

Nous nous sommes attachés à mieux définir les applications de QVCT et leur influence sur la prévention des RPS. Nous discutons à présent du rôle qu'elles offrent aux utilisateurs-subordonnés, acteurs au centre du fonctionnement de l'outil. Pour cela, nous revenons d'abord sur une autonomisation du salarié (VI.2.1.), puis sur les particularités du *quantified self* appliquées aux contraintes du monde professionnel (VI.2.2.).

VI.2.1. La prévention des RPS par un salarié autonomisé

L'analyse des entretiens nous montre en quoi les applications de QVCT peuvent participer à la transformation du rôle de l'utilisateur-subordonné en milieu de travail.

- **L'empowerment du subordonné par l'auto-quantification et le feedback**

La littérature scientifique portant sur *quantified self* (soi-quantifié) est liée au développement des objets connectés, qui aspirent à améliorer la santé et le bien-être des individus (Del Río Carral et al., 2017). Les outils de *quantified self* sont variés et ne se limitent pas à des capteurs physiques (Pharabod et al., 2013). Certains outils, par exemple, permettent d'évaluer des expériences subjectives, comme les émotions, en saisissant manuellement les données (par le biais de logiciels, de sites Web, etc.). L'application de QVCT positionne le salarié comme une source essentielle d'informations. En alimentant l'application avec ses propres ressentis, le salarié est au cœur du processus de prévention de sa santé au travail. Il est libre d'utiliser l'application et de s'engager de manière volontaire dans l'amélioration de sa situation et aussi dans les problématiques rencontrées au quotidien. La littérature suggère que le *quantified self* est souvent perçu comme une démarche néolibérale de l'individu envers lui-même, axée sur le développement personnel (Ajana, 2017). Les subordonnés sont ainsi positionnés dans une dynamique de développement personnel, où ils doivent individuellement améliorer leur propre condition. Les applications de QVCT vont servir de lieux de partage et d'échange.

- **Une stratégie de libération de la parole par l'anonymat non sans limites**

L'application encourage une plus grande liberté d'expression parmi les employés, en leur offrant un espace pour exprimer leurs sentiments et leurs expériences mais aussi leurs demandes. Une discussion prend forme lors des réponses à des questionnaires où une liberté d'expression et de retour entre le manager de proximité et le subordonné peut être laissée ouverte. Pour la prévention des RPS, la littérature souligne l'importance des espaces de discussion par la régulation de l'activité car elle permet de rétablir un pouvoir d'agir central à la santé au travail (Abord de Chatillon et Desmarais, 2017). La particularité des échanges sur les applications de QVCT est leur caractère anonyme. L'anonymat est perçu comme un facteur clé de la confiance des utilisateurs dans l'outil. Il s'agit d'une critique récurrente de la quantification permise par la technologie (Barcena et al., 2014). C'est également un enjeu pour les entreprises créatrices de ces applications concernant la volonté de les utiliser. La confidentialité est donc un facteur de « survie » pour les prestataires et pour les organisations d'avoir un outil qui leur permettent de faire s'exprimer les subordonnés. Cependant, les résultats montrent une défiance des syndicats vis-à-vis de ce caractère anonyme, avec une technologie qui serait contournable. D'autre part, il est relevé que certains décideurs cherchent à contourner cet anonymat en devinant qui est le répondant. Cet anonymat est identifié comme un élément de frustration pour les utilisateurs des données (des dirigeants ou même des professionnels de la santé) puisque l'outil permet d'apporter de nouveaux indicateurs grâce à une parole plus libérée, mais ne permet pas d'intervenir directement auprès des individus qui pourraient apparaître en difficultés.

- **L'élargissement du rôle de l'employeur vers l'aide et l'accompagnement**

Les applications de QVCT ont permis aux entreprises de jouer un rôle d'aidant actif, en proposant des ressources et des services aux salariés pour gérer leur santé. Ce soutien a été offert non seulement pour les aspects liés au travail, mais aussi sur la vie privée (webinaire pendant la crise sanitaire sur des aspects privés), démontrant une volonté d'intervenir au-delà des frontières professionnelles. Les ressources proposées comprenaient des contenus pédagogiques, des conférences en ligne, des suivis individuels et des groupes de discussion. L'accompagnement de l'employeur doit aussi passer par une réceptivité et une réaction liée au

feedback afin de poursuivre la dynamique d'amélioration de conditions de travail lancé par le collaborateur passant à l'action.

Pour Swan (2012), les objets connectés favorisent le développement de comportements plus sains. La mesure en est la première étape qui doit permettre la modification du comportement. Les organisations proposent ces outils et accompagnent les collaborateurs pour modifier des comportements, afin de maintenir un niveau de santé plus favorable en prévenant les risques par la modification de l'organisation. Pourtant il est aussi souligné que les organisations proposent des améliorations mais ne permettent pas toujours de s'y tenir (comme de proposer une amélioration de la salle de pause mais qu'il ne serait pas possible de profiter à cause de la charge de travail qui reste trop élevée). De plus, nous soulignons l'inscription de ce fonctionnement dans une approche de prévention des RPS qui favorise la psychologisation de la prévention. Celle-ci est axée et positionne l'individu comme acteur capable de résister et de s'adapter aux RPS (Lhuilier, 2010).

Les applications de QVCT ont favorisé une transformation significative du rôle du subordonné dans la gestion de sa santé au travail. En autonomisant les salariés, en encourageant la liberté d'expression et en permettant un soutien et un accompagnement plus large de la part de l'employeur, les applications ont redéfini le rôle du salarié en tant qu'acteur actif de la prévention de sa santé au travail.

VI.2.2. Les particularités du *quantified self* face aux contraintes du monde professionnel

La quantification et l'auto-suivi de soi largement promue par le mouvement du *quantified self* ne se retrouve ici qu'en partie. Le mouvement du *quantified self* souligne notamment le passage d'une dimension individuelle à une dimension collective (Del Rio Carrac et al., 2017). Ici, les applications de QVCT vont bien chercher à mettre l'utilisateur en chiffres. Les utilisateurs qui vont se mettre en chiffres manuellement sont dans une position « *d'active tracking* » (Bode et Kristensen, 2016). L'outil va créer des indicateurs spécifiques sur son état de santé mentale (questionnaire sur le stress, le « bien-être » ...). Le but n'est pas la simple mise en chiffres mais correspond à une volonté de rendre l'individu entrepreneur de sa vie, à une réflexivité instrumentale (Granjon et al., 2011). En outre, le caractère collaboratif est mis en avant par le feedback que doivent permettre les applications de QVCT. Nos résultats montrent une volonté de faire collaborer les subordonnés et les décisionnaires.

Certaines limitations apparaissent dans la sphère professionnelle. D'une part, dans le domaine strictement médical, associé au patient connecté, l'*empowerment* des collaborateurs est largement lié à la capacité à pouvoir échanger avec les autres, faisant référence souvent à un aspect « communautaire » (Cases, 2017). Les résultats montrent que cet aspect communautaire est peu présent. Ils ne vont pas être utilisés pour se comparer aux autres, comme on peut le retrouver pour la comparaison de la performance sportive. Les communautés partageant leurs expériences liées au contexte professionnel ne sont pas ou très peu présentes, hormis quelques groupes très généralistes sur les réseaux sociaux professionnels. Les applications de QVCT se positionnent peu comme des plateformes d'échanges numériques qui sont « des lieux de partage, d'échange et renforcent les liens entre patients » (Cases, 2017, p. 147). Pourtant, c'est ce qui caractérise la manière dont les dispositifs numériques peuvent créer un *empowerment* chez le patient (Cases, 2017). D'autre part, l'objectif de ces applications est avant tout de générer des indicateurs qui vont être utilisés par les décisionnaires comme une aide à la décision. La visée de l'outil n'est pas uniquement l'utilisateur-subordonné seul. Ces données revêtent un caractère sensible car elles portent, non pas sur des compétences sportives par exemple, mais sur la santé psychologique qui touche la sphère professionnelle. Ainsi, le partage de ce type de données est encore plus complexe pour les utilisateurs. Dans le domaine médical, les données générées vont pouvoir être transmises directement à un professionnel de confiance contrôlé par le secret médical comme le médecin. Le positionnement des applications au service des organisations laisse peu de place à un lien avec des professionnels de la santé. Les résultats montrent qu'il ne s'agit plus que des résultats rendus sous forme anonyme déjà présentés à l'organisation.

En conclusion, la transformation du rôle traditionnel du subordonné en tant que partie prenante active se manifeste par une approche novatrice axée sur la prévention des RPS. Cette évolution repose sur l'autonomisation du salarié à travers des méthodes telles que l'auto-quantification et le feedback. Cependant, cette démarche nécessite une gestion équilibrée de l'anonymat pour favoriser une libération de la parole limitée. De plus, cette transition implique également un élargissement du rôle de l'employeur, passant du statut d'autorité au statut d'accompagnant. Toutefois, les particularités du *quantified self* soulèvent des défis spécifiques face aux contraintes du monde professionnel, invitant à une réflexion continue pour une mise en œuvre efficace et équilibrée.

VI.3. La place du numérique dans une transformation durable du rôle du manager par la gestion émotionnelle des équipes dans un contexte de développement du télétravail

Après avoir défini les applications de QVCT et les enjeux qui les entourent, puis leur rôle sur un utilisateur-subordonné autonomisé, nous discutons de leurs effets sur le management de proximité. Les résultats de notre étude nous ont permis d'identifier quelles ont été les difficultés rencontrées liées au télétravail et comment les plateformes ont impulsé une transformation des pratiques managériales et de la relation manager-collaborateur pour y faire face. Effectivement, nos entretiens se sont déroulés pendant la crise sanitaire liée à la COVID 19. Dans ce contexte de mise en télétravail forcé, nous avons pu nous rendre compte d'une évolution du rôle du management et comment ces outils y ont pris part. Les résultats incluent donc l'analyse de la place du numérique dans un contexte de télétravail.

Trois axes de discussion sont ainsi traités dans cette partie. Tout d'abord, nous abordons les risques liés à l'isolement et comment le manager a pu se positionner comme un soutien en utilisant les outils numériques (VI.3.1.). Le deuxième axe porte sur le contrôle des équipes dans la recherche du maintien de l'activité (VI.3.2.). Enfin, un troisième axe aborde le rôle des plateformes dans l'émergence d'un environnement favorable au développement d'une forme d'auto-management (VI.3.3.).

VI.3.1. La prévention des risques du télétravail par la gestion émotionnelle des équipes

L'isolement, qui ressort comme un risque particulièrement craint dans le contexte de l'éloignement obligé des équipes, conduit à mettre en œuvre un management émotionnel des équipes, susceptible de favoriser le sentiment d'être relié et de faire partie d'un groupe, et ainsi de diminuer le stress et l'anxiété face aux situations difficiles. Pour Merlet et Poussing (2020), en référence à Valléry et Leduc (2017), les supports informationnels peuvent servir d'appui pour éviter toute dégradation de la santé au travail, et prévenir les risques psychosociaux. Nos résultats font ressortir que les plateformes ont su répondre aux demandes des managers de mieux gérer les émotions à distance afin de réduire la souffrance de leurs équipes et préserver la relation avec les collaborateurs en difficultés. Plus largement, elles ont permis de communiquer avec les collaborateurs sur leur ressenti et leurs émotions. L'outil a permis aux managers, responsabilisés en matière de santé au travail, de se positionner comme soutien auprès de leur équipe.

Dans le prolongement de nos travaux, nous pouvons nous interroger sur les freins à l'utilisation de la plateforme numérique de santé au travail associés à la peur que pourraient éprouver les

managers d'être remis en question dans leurs pratiques, ce que Picard (2006) a déjà souligné pour la prévention des RPS. Les difficultés associées à la gestion émotionnelle au travail restent présentes, même si les plateformes numériques apportent une assistance au manager. Leur dépassement suppose le développement d'une intelligence émotionnelle. Pour Chanlat (2002), elle relève de l'aptitude managériale à être attentif aux autres, à maîtriser ses émotions ou encore à être à l'écoute. Les plateformes favorisant les échanges entre les individus et la régulation de la charge émotionnelle des travailleurs distants seraient ainsi un outil pour aider les managers à tenir leur nouveau rôle de soutien émotionnel.

VI.3.2. La prévention d'une disruption en télétravail par une évolution du management

Dans un contexte organisationnel d'auto-contrôle, le manager accompagne ses collaborateurs qui conservent leur autonomie. Il agit à leur côté et non à leur place. Avec le télétravail, le rôle du manager devient celui de support. Il transmet au salarié les informations nécessaires à la réalisation de la tâche, tout en restant un référent pour toute décision prise. Le contrôle exercé sur le salarié paraît s'effacer (Pontier, 2014). Dans notre étude, cette évolution est ressortie comme une crainte particulièrement forte pour les managers. Elle a été décrite comme une perte, celle de la gestion des personnes par la proximité avec l'équipe. La plateforme est alors apparue comme l'outil permettant aux managers de recréer ce lien de proximité avec leurs équipes tout en continuant à exercer un contrôle à distance.

Selon les managers, le télétravail est une source potentielle d'obstacles à la réalisation de leurs objectifs et au maintien de la productivité des équipes. L'étude de Lembrechts et ses coauteurs (2018) apporte un éclairage sur les leviers à l'évolution des attitudes des managers en situation de travail à distance. Les auteurs s'intéressent aux freins et aux attraits du télétravail pour les managers en utilisant la théorie de la disruption au travail de Powell et Mainiero (1999). Les changements associés à l'adoption du télétravail peuvent induire chez les managers une perte de confiance dans la capacité des salariés à atteindre les résultats sans supervision (den Dulk et de Ruijter, 2008).

Ainsi, les résultats de notre étude peuvent conduire à considérer que les plateformes numériques de bien-être au travail permettent de préserver ou de restaurer cette confiance en permettant aux managers d'adapter leurs pratiques, notamment de contrôle. Ils montrent que l'autonomie que les salariés acquièrent en télétravail ne se fait pas sans le maintien d'un suivi de l'atteinte des objectifs et des résultats obtenus. Par ailleurs, le recours aux plateformes a également permis aux managers de s'assurer que les conditions organisationnelles étaient bien réunies pour le

maintien de l'activité. Grâce aux outils numériques, la disruption amenée par le télétravail ne s'est pas traduite par un effacement du rôle des managers. Au contraire, tout en se transformant, il est resté prépondérant.

On retrouve ce constat dans la littérature. Ainsi, pour Wojcak et al. (2016), si le manager est passif en contexte de télétravail, la situation va évoluer vers l'état d'incompétence et d'isolement social. Les auteurs recommandent un suivi périodique des télétravailleurs en contexte d'autonomie afin d'évaluer si les conditions initiales requises à l'adoption du télétravail soient toujours présentes. Ce management médié par une plateforme numérique peut permettre aux managers d'envisager des changements de différentes natures en fonction des situations, comme une modification du fonctionnement de l'équipe. Pour Pontier (2019), ces procédures mises en œuvre afin d'assurer le suivi de l'activité du salarié et son maintien dans l'équipe de travail peuvent, cependant, être assimilées à une surveillance. Elles peuvent alors être mal perçues et mal acceptées par les salariés qui peuvent y voir une volonté de s'immiscer dans leur organisation (Walrave, 2010).

VI.3.3. Le soutien au développement de l'auto-management par les salariés

Par le recours aux plateformes numériques dans un contexte de télétravail, le rôle des managers se transforme. Selon nos résultats, il semble tendre vers le soutien au développement d'une forme d'auto-management par les salariés, que l'on retrouve dans la littérature désigné comme un « auto-leadership ». Ainsi, pour Uzman et Maya (2019) l'auto-leadership est le processus par lequel un individu s'influence lui-même en gérant et en observant ses propres pensées et comportements. Selon Muller et Nissen (2019), il s'agit d'un processus d'influence et d'auto-conduite avec un contrôle des individus sur leur propre comportement en utilisant un ensemble spécifique de stratégies comportementales et cognitives (Neck et Houghton, 2006 ; Neck et Manz, 2013). Ross (2014) identifie en particulier l'estime de soi et la confiance en soi comme médiateurs dans le processus de développement du self-leadership.

Les applications de QVCT sont présentées par les prestataires comme des outils de développement de l'autonomie. Des formations et des conseils en gestion des priorités sont notamment proposés aux salariés, ainsi qu'un suivi psychologique à la demande. Un traitement de la problématique de l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle par les plateformes est proposé. En ce sens, l'outil numérique peut être considéré comme créant un cadre favorisant l'auto-leadership.

Nous pouvons également retrouver l'idée d'une habilitation (*empowerment*) favorisée par les dispositifs d'auto-contrôle et par les prestations fournies par les plateformes, notamment à but d'information et de conseils. En effet, dans sa définition, l'*empowerment* est « un processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action, de s'émanciper » (Bacqué, 2005, p. 54). Les plateformes se présentent ainsi, sous cet angle, comme des outils à la disposition des managers permettant de développer la capacité d'action du salarié sur soi et sur son environnement. Elles offrent un cadre de travail favorable à l'accompagnement, et même au contrôle, des équipes à distance qui gagnent en autonomie et peuvent s'auto-manager (Muller et Nissen, 2019).

En conclusion, l'intégration croissante du numérique dans le rôle du manager, axée sur la gestion émotionnelle des équipes, s'avère essentielle pour assurer une transformation durable dans un contexte de télétravail en plein essor. En prévenant les risques liés au télétravail, en favorisant l'évolution du management pour éviter les perturbations qui y sont liées, et en encourageant le développement de l'auto-management chez les salariés, les applications de QVCT sont un appui favorable à un leadership efficace et adapté aux défis du tout distant.

VI.4. Entre soutien et contrôle : une GRH déléguée et renforcée par le numérique

Nous avons présenté dans les deux précédentes sections l'influence des applications de QVCT sur les subordonnés puis des managers de proximité. Nous abordons à présent le rôle des applications de QVCT sur la fonction RH. La fonction RH est affectée par l'usage progressif du numérique à travers l'analyse de trois axes. Un premier axe de discussion nous permet de souligner comment les applications de QVCT s'inscrivent dans un *evidence based management* au service de la gestion des ressources humaines (VI.4.1.). Un second axe met en évidence la volonté de déléguer les problématiques RH en engageant le management et son équipe dans une dynamique d'autonomie pour traiter les problématiques qu'ils vont rencontrer (VI.4.2.). Un troisième axe de discussion nous permet de montrer en quoi les applications permettent un pilotage renforcé par les gestionnaires RH et comment l'autonomie laissée aux équipes peut finalement s'accompagner d'un certain niveau de contrôle par le service RH (VI.4.3.).

VI.4.1. Des plateformes d'*evidence based management* au service de la GRH

Les gestionnaires RH utilisent les applications de QVCT comme un système d'écoute qui doit leur permettre de faire face à l'adaptation de l'entreprise à un environnement en perpétuelle évolution. Les entreprises utilisatrices perçoivent dans ce contexte le besoin de suivre leurs salariés. Le Big Data et l'analytique doivent devenir des appuis pour la fonction RH. L'approche expérientielle souvent utilisée en marketing aurait la capacité et le besoin d'être appliquée à la GRH. Il en dépend l'expérience collaborateur et client (Frimousse et Peretti, 2019). Les tableaux de bord proposés par les applications sont utilisés pour collecter et traiter en autonomie des informations et envoyer des signaux afin de rationaliser et de prioriser les actions du gestionnaire RH. Les verbatims peuvent compléter ces indicateurs en apportant de l'exhaustivité à l'analyse afin d'obtenir le ressenti des collaborateurs. Ces outils vont être utilisés pour améliorer le pilotage RH. Ce fonctionnement qui s'inscrit dans l'*Evidence based HR* doit améliorer la prise de décision en limitant le risque d'erreur par des décisions rationalisées (Rousseau et Barends, 2011 ; Coron, 2019b). Les TIC jouent un rôle de transformation digitale de la GRH en lui donnant la capacité de fournir des informations et de collecter des données pour réduire les fonctions répétitives et routinières et contribuer à l'amélioration de la prise de décision en créant une GRH stratégique (Laval et Diallo, 2007).

Au-delà de la prise de décision, les applications de QVCT donnent accès à des indicateurs qui vont pouvoir évoluer en fonction de l'efficacité des actions mises en place. Ainsi, face aux contraintes qui pèsent sur la gestion des ressources humaines, en particulier le besoin d'avoir de nouveaux outils plus performants pour prendre de meilleures décisions en lien avec les besoins réels de l'organisation, les plateformes de QVCT participent à justifier leur rôle stratégique dans l'organisation (Lawler et al., 2004).

Finalement, cette approche par la création d'indicateurs correspond à une approche pathogénique car les applications de QVCT cherchent à comprendre le processus par lequel une cause pathogène agit négativement sur la santé du salarié. Elles s'appuient sur des systèmes d'évaluation qui s'inspirent de questionnaires épidémiologiques (Vuattoux et Chakor, 2020). Elles permettent de répondre rapidement aux obligations légales auxquelles doivent se conformer les organisations. Les applications de QVCT sont notamment utilisées pour compléter le DUERP de l'entreprise. L'analyse des résultats nous montre également qu'elles doivent faciliter la compréhension des problématiques et du processus d'intervention pour

mettre en place des actions adaptées. La distinction d'un certain nombre d'applications avec les questionnaires traditionnels (de type Karasek) viendrait principalement de la manière dont elles facilitent la prévention pour des acteurs internes à l'organisation. Ceci passe par une prise en main aisée et par l'absence d'expertise nécessaire pour leur usage, à l'inverse des outils utilisés par les intervenants des services de prévention et de santé au travail. L'outil en réduisant la complexité de l'intervention, facilite le lancement d'une dynamique de résolution de la problématique de santé par les organisations. Le gestionnaire RH obtient un outil plus adapté à son niveau d'expertise, qui lui permet d'intervenir, même partiellement, sur le sujet sensible de la santé des salariés autrefois davantage réservés à des experts du domaine. Les acteurs internes à l'organisation ont cependant le sentiment que l'outil remplacerait difficilement une intervention traditionnelle.

VI.4.2. Une fonction RH accompagnatrice du management de proximité, déléguant et accompagnant la gestion des ressources humaines par les équipes

Les données générées par les applications ne servent pas uniquement à la mise en place d'actions du gestionnaire RH. Les applications de QVCT prennent part au système d'information pour la gestion des ressources humaines. Elles permettent de traiter de l'information et sont des soutiens à la prise de décision. L'un des rôles couramment décrit des SIRH est leur capacité à partager la fonction RH en donnant un outil de gestion stratégique RH aux managers de proximité (Temsamani et Mensoum, 2012). Les applications permettent d'outiller le management de proximité en lui laissant ainsi qu'à son équipe une certaine autonomie dans la prise de décisions, tout en outillant le gestionnaire RH pour mieux l'accompagner (par des indicateurs auxquels il a lui-même accès). Il s'inscrit dans un modèle de gestion RH où les TIC positionnent le gestionnaire RH comme support des managers (Matmati, 2000). Plusieurs auteurs notent effectivement l'importance de laisser des marges de manœuvre suffisante aux managers (Journoud et Pezé, 2012). La gestion des ressources humaines est ainsi déléguée aux équipes qui se rendent néanmoins responsables de la résolution des problématiques qu'ils rencontrent (et de ce fait, de l'absence de mise en place d'actions quand cela est le cas).

VI.4.3. Malgré une autonomie donnée aux équipes, le service RH conserve un certain niveau de contrôle sur l'action des équipes

Les avancées technologiques jouent un rôle majeur dans la transformation de la fonction RH, engendrant des changements significatifs dans ses fonctions traditionnelles. Les applications de

QVCT offrent la possibilité d'une délégation partielle des responsabilités tout en redéfinissant le rôle de la RH en tant qu'accompagnateur. L'analyse de Laval et Diallo (2007) met en lumière l'impact des technologies de l'information et de la communication sur la gestion des ressources humaines, notamment en favorisant des évolutions managériales grâce à leur capacité de contrôle.

Dans ce contexte, les applications se présentent comme des tableaux de bord de GRH, simplifiant la prise de décisions et la mise en œuvre d'actions. Elles exercent également un rôle de surveillance en permettant le suivi des résultats et des initiatives des différents services. Ainsi, ces applications revêtent la nature d'outils de gestion caractérisés par une intention d'usage en lien avec la décision et le contrôle. Finalement la GRH donne des outils qui vont avoir pour objectif de « mobiliser le comportement humain dans un sens favorable à des stratégies spécifiques » (Bourguignon et Jenkins, 2004, p. 34). Cette évolution vers une utilisation plus orientée vers la décision et la surveillance souligne le potentiel transformationnel des applications de QVCT dans la gestion des ressources humaines et leur capacité à contribuer à la modernisation des pratiques de gestion.

En conclusion, l'intégration du numérique dans la gestion des ressources humaines (GRH) a conduit à un équilibre délicat entre le soutien et le contrôle. Ces applications au service de l'*evidence based management* ont renforcé la GRH en fournissant des données probantes pour guider les décisions. De plus, la fonction RH a évolué pour devenir un accompagnateur du management de proximité, déléguant une partie de la fonction RH aux équipes tout en maintenant un certain niveau de contrôle. Cette dynamique illustre la transformation profonde de la GRH à l'ère numérique, où la délégation et le soutien sont combinés avec une préservation des prérogatives profonde et une réorientation vers un niveau plus stratégique de la gestion des ressources humaines.

Conclusion du chapitre VI

Cette discussion approfondie des résultats révèle les multiples facettes du champ de recherche autour des applications de QVCT. Nous concluons en soulignant un certain nombre d'éléments particulièrement saillants dans notre discussion.

Premièrement, nous avons caractérisé les applications de QVCT orientées vers la prévention des risques psychosociaux. Bien qu'elles présentent des améliorations, des problématiques subsistent, notamment une intervention parfois tertiaire et inadéquate, ainsi qu'un risque de responsabilisation des subordonnés. De plus, nous soulignons l'importance de la donnée dans les jeux de pouvoir et leur contribution au renforcement du collectif.

Deuxièmement, la transformation du rôle du subordonné en tant que partie prenante active se manifeste par une approche autonomisante des employés via l'auto-quantification mais nécessite une gestion équilibrée de l'anonymat. Cette transition redéfinit également le rôle de l'employeur en passant de l'autorité à l'accompagnement. Les spécificités du *quantified self* soulèvent des défis particuliers dans le contexte professionnel, exigeant une réflexion continue pour une mise en œuvre réussie.

Troisièmement, l'intégration croissante du numérique dans le rôle du manager, en mettant l'accent sur la gestion émotionnelle des équipes, est essentielle pour une transformation durable dans un contexte de télétravail en expansion. Les applications de QVCT soutiennent un leadership efficace en prévenant les risques du télétravail, favorisant l'évolution du management et encourageant l'auto-management des salariés.

Quatrièmement, l'intégration du numérique dans la gestion des ressources humaines a créé un équilibre entre soutien et contrôle. Les applications de QVCT servent l'*evidence based management* renforçant la GRH avec des données pour guider les décisions. La fonction RH évolue en accompagnant le management de proximité tout en préservant un contrôle partiel. Cette évolution illustre la transformation profonde de la GRH à l'ère numérique, alliant délégation, soutien et évolution stratégique de la fonction.

Conclusion de la deuxième partie

Cette deuxième partie de notre travail a porté sur l'aspect empirique de notre recherche. Après avoir présenté la méthodologie dans le chapitre IV, nous avons présenté l'analyse des résultats dans le chapitre V. Notre approche abductive s'est découpée en quatre phases correspondant chacune aux quatre interrogations au moyen d'un terrain large. Finalement, nous avons discuté ces résultats au regard de la littérature au sein du chapitre VI ce qui nous a permis de caractériser les applications et les défis et atouts qu'elles peuvent représenter pour la prévention des RPS. Nous avons enfin discuté de son influence sur le rôle des subordonnés, des managers et enfin des gestionnaires RH.

Conclusion générale

Notre thèse présente plusieurs apports d'ordre théorique (1.) et managérial (2.) que nous commençons par développer dans cette conclusion générale. Nous soulignons enfin les limites de notre recherche (3.) et les perspectives de recherches (4.).

1. Les contributions théoriques de la recherche

Nous avons ouvert cette thèse en soulignant les perspectives de l'adoption par les entreprises d'outils numériques pour la prévention de la santé au travail dans un contexte de dégradation de cette dernière et de renforcement des risques psychosociaux. Face à l'accélération du phénomène, nous nous sommes demandés **dans quelle mesure la transformation numérique de la prévention des RPS intervient sur les rôles, les responsabilités et l'engagement de ses parties-prenantes.**

Pour y répondre, nous avons entrepris un travail de recherche porté sur une analyse exploratoire des applications à destination des organisations appartenant à la *Happy technology*. Cette recherche se caractérise par une approche abductive grâce à un terrain suffisamment large qui nous a permis d'avoir quatre phases de questionnements. Conformément à notre approche abductive, nous avons fait des allers et retours entre le terrain et la littérature.

Ainsi, l'analyse de ces applications a orienté notre littérature sur trois axes. Le premier chapitre est porté sur la définition des risques psychosociaux, la problématique de la responsabilisation des risques et les stratégies d'acteurs au sein de l'organisation liés à des intérêts divergents. Le deuxième chapitre met en évidence le besoin de mobilisation qu'engendre une intervention pour la prévention des risques professionnels, y compris une analyse des principales parties-prenantes. Enfin, notre troisième chapitre aborde la transformation numérique de la prévention de la santé au travail et les enjeux stratégiques derrière l'adoption d'outils numériques pour l'organisation.

Afin de répondre à notre problématique, plusieurs questions de recherches ont émergé :

« De quelle manière ces applications se positionnent entre les différents niveaux de prévention de la santé au travail ? Quelles sont les implications dans les clivages autour de la responsabilisation des risques pour les différents acteurs ? Comment ces solutions numériques s'intègrent dans les prérogatives des principales parties prenantes ? Et en particulier pour le manager sur la gestion de son équipe, le subordonné sur la gestion de sa santé et du gestionnaire RH sur l'amélioration des conditions de travail ? Quels sont les effets sur la prévention des risques psychosociaux ? » (Tiré de notre introduction).

Nous y répondons à présent à partir de quatre axes sur les contributions théoriques de cette recherche. Le premier est lié aux apports théoriques sur le contour de ces applications et des enjeux qu'elles portent pour la prévention des risques psychosociaux (1.1.). Les trois suivants reviennent sur l'évolution des rôles des différentes parties-prenantes et de leurs effets sur la prévention des RPS. Nous abordons les salariés-subordonnés (1.2.), les managers de proximité (1.3.) et enfin les gestionnaires RH (1.4.).

1.1. L'influence de la transformation numérique de la prévention de la santé au travail et de la prévention des RPS

La revue de littérature et les résultats de l'étude exploratoire nous conduisent à construire un premier cadre d'analyse de ces outils qui constitue un apport à la littérature. Les applications de QVCT sont conçues pour être utilisées à la fois par les subordonnés et les managers. Nous soulignons en quoi elles peuvent représenter une véritable transformation numérique dans la gestion de la santé au travail. Elles exploitent les technologies interactives, telles que les questionnaires en ligne et les tableaux de bord, pour collecter et analyser des données liées à la santé mentale des employés. Ces données sont ensuite utilisées pour orienter les actions de prévention et d'intervention. Leur niveau de complexité, leur impératif de collaboration (dans les échanges entre plusieurs acteurs comme le manager et ses équipes, et parfois les professionnels de santé comme les psychologues) ou encore les digitalisations d'activités distinctes sont caractéristiques d'une transformation numérique. Morakanyane et al. (2017) encouragent à approfondir la compréhension de la valeur engendrée par la transformation numérique au sein des organisations. Notre travail s'inscrit dans cette dynamique.

Cette transformation numérique offre aux entreprises la possibilité de disposer de données en temps réel sur la santé mentale de leur personnel, ce qui peut favoriser une prise de décision plus éclairée et des interventions ciblées d'une part. D'autre part, elles doivent permettre, grâce à une quantification de soi, une mise en autonomie des salariés.

Néanmoins, notre analyse, qui met en évidence une volonté de prévenir les risques psychosociaux, souligne que ces applications tendent principalement à s'inscrire au niveau de la prévention tertiaire. Cela signifie qu'elles interviennent davantage pour traiter les conséquences des problèmes de santé mentale plutôt que pour prévenir ces problèmes à la source en agissant sur des facteurs de risques comme l'organisation du travail. Cette orientation pose des questions sur leur efficacité. En cela, nous soulignons que la transformation numérique que ces applications sous-tendent - qui se caractérise par deux bénéfices majeurs liés à l'accessibilité d'une intervention traditionnellement perçue comme lourde, et l'instantanéité qu'elle facilite - porte les problématiques déjà identifiées dans la littérature liées à une tendance à recourir à un niveau de prévention tertiaire, « le moins préventif » (Hansez et al., 2009 ; Rouat et al., 2017 ; Durand et Baret, 2022).

Ainsi, derrière cela, nous soulignons que cette transformation numérique est porteuse de questions stratégiques pour l'organisation, comme la responsabilisation des risques. Ces applications ne sont pas seulement des outils de prévention, elles jouent également un rôle dans les luttes de pouvoir au sein des organisations. Nous apportons un éclairage complémentaire aux travaux existants sur le clivage autour de la responsabilisation des risques (par exemple Chakor, 2014 ; 2020). Nous questionnons comment le numérique peut être mobilisé dans cette perspective. Les données générées par ces applications deviennent des ressources précieuses, et les acteurs cherchent à les exploiter pour maximiser leur influence (Crozier et Friedberg, 1977). Les dirigeants peuvent être réticents à divulguer des données qui pourraient nuire à l'image de l'entreprise, voire se servir faussement des données de ces applications comme une échappatoire face à l'obligation de mettre en place des actions de prévention. Les syndicats craignent que ces données ne servent qu'à l'employeur. Elles visent néanmoins à créer une dynamique collective autour de la prévention des RPS.

1.2. La Quantification de soi et le feedback au service d'un travailleur acteur de sa santé

Nous soulignons à présent les contributions théoriques pour trois parties-prenantes identifiées comme centrales autour de ces applications de QVCT. Les salariés sont au centre du fonctionnement des applications. Dagiral et al. (2019) mettent en avant que peu d'études empiriques ont été menées sur l'usage des dispositifs de *quantified self*. Notre recherche montre une forme d'*empowerment* du salarié-subordonné par l'auto-quantification et le *feedback*. Nous mettons en lumière la manière dont les applications de QVCT autonomisent les salariés en les positionnant au cœur du processus de prévention de leur santé au travail. En les incitant à alimenter l'application avec leurs propres ressentis, ces outils les transforment en acteurs volontaires de l'amélioration de leur santé. Cette approche s'inscrit dans le cadre du *quantified-self* et encourage le développement personnel des individus envers leur propre santé.

Nous avons cependant mis en avant que les applications sont basées sur une stratégie de libération de la parole par l'anonymat. Notre travail permet de souligner comment la transformation numérique de la prévention de la santé au travail peut être vectrice de libération de l'expression des employés en créant un espace pour partager leurs émotions et expériences. Les échanges se font de manière anonyme, ce qui encourage la confiance des utilisateurs, mais suscite également des préoccupations, notamment du côté des syndicats. Cette dynamique de discussion anonyme est vue comme un élément clé pour rétablir le pouvoir d'agir des salariés en matière de santé au travail. De la même façon que plusieurs études ont pu montrer des caractéristiques favorables à un *empowerment* du patient connecté et à travers cela la place qu'il prend dans la gestion de sa santé à travers différents pouvoirs (Fayn et al, 2017 ; Cases, 2017), les applications de QVCT vont permettre aux salariés de jouer un rôle plus actif pour leur propre santé. Elles vont servir de lieux de partage et d'échange entre les salariés-subordonnés et le manager et service RH, voire le dirigeant.

Nous soulignons également comment l'employeur peut devenir un accompagnant. Les applications de QVCT transforment le rôle des entreprises, les amenant à jouer un rôle actif dans le soutien et l'accompagnement de leurs salariés pour gérer leur santé au travail. Ces outils offrent une gamme de ressources et de services, non seulement liés au travail, mais aussi à la vie privée. Cette évolution redéfinit la relation entre l'employeur et l'employé, passant d'une autorité à un accompagnateur actif.

Finalement, nous mettons en évidence les particularités du *quantified self* face aux contraintes du monde professionnel. Nous relevons comment, bien que les applications de QVCT s'inspirent du concept de *quantified self*, elles présentent des particularités dans le contexte de la santé au travail. Elles mettent l'accent sur la collecte de données chiffrées par les utilisateurs. Cependant, la dimension communautaire est moins présente que dans le *quantified self* traditionnel. De plus, ces applications sont axées sur la génération d'indicateurs parfois liés à la santé pour les décideurs au sein des organisations, ce qui pose des défis en matière de confidentialité et de partage de données. Ceci complète les analyses du *quantified self* du domaine médical traditionnel et de l'*empowerment* du patient connecté. Les données médicales ne sont normalement pas à la disposition de l'organisation mais du médecin. En outre, au sein des organisations, les études portent avant tout sur l'*empowerment* du salarié à travers une augmentation de ses responsabilités. Nous contribuons à proposer ainsi une vision de l'analyse de l'*empowerment* et du *quantified self* liée à un travailleur qui devient partie-prenante à la prévention de sa santé.

1.3. L'évolution du rôle du management

Nous soulignons que les travaux sur l'autocontrôle et le leadership managérial en situation de télétravail peuvent être utiles pour analyser ces outils. L'étude des émotions dans un environnement digital a été peu abordée. La crise sanitaire montre l'intérêt d'explorer et de comprendre la manière dont les émotions émergent, sont exprimées, partagées ou supprimées dans le contexte d'environnement de travail numérisé. L'étude montre que ces applications contribuent à une régulation des comportements au niveau de l'individu et du collectif. Reprenant Barrett (2016) et Frijda (2017), les émotions peuvent être définies comme un état transitoire avec une tendance inhérente à l'action. Le rôle des émotions n'est que peu étudié dans la littérature sur les systèmes d'information (Bala et Bhagwatwar, 2018 ; Stein et al. 2015 ; Koch et al., 2012).

Nous relevons les différents usages dévoilés par les prestataires de ces plateformes en contexte de travail à distance, et confirmés grâce aux entretiens avec les décideurs des entreprises utilisatrices. Les managers peuvent s'appuyer sur la gestion émotionnelle pour faire face aux risques engendrés par le travail à distance. La qualité de la relation entre le subordonné et son manager est la cause d'une meilleure productivité et d'une baisse du turn-over (Zipkin, 2000).

Les managers qui savent maîtriser leurs émotions, être à l'écoute de leurs équipes, sont très bien perçues (Chanlat, 2002). Cette énergie positive qui en découle se diffuse à travers l'organisation. Ainsi que l'observait déjà Goleman (2002), « plus le style du leader est positif, plus les membres du groupe sont positifs, prévenants et coopératifs » (p. 124). Au-delà de sa propre gestion émotionnelle, l'importance de savoir gérer les émotions de son équipe serait également d'importance. Berthe et Dumas (2020), citant Soares (2011) rappellent que le travail est un lieu de production de différentes émotions. Pour Van Hoorebeke (2008), le management moderne se caractériserait par une capacité à « réconcilier le présent au futur, (à) résoudre les problèmes quotidiens tout en prévoyant les problèmes à venir qui a pour rôle premier de gérer ses propres émotions et celles des autres. » (p. 96). Ainsi, les managers peuvent s'appuyer sur des compétences sociales pour la connaissance des autres d'une part, que Goleman et al., (2002) appelle l'intelligence interpersonnelle, comme l'empathie, et d'autre part sur des compétences de gestion des relations pour inspirer par le leadership, gérer des conflits, construire des liens, favoriser le travail en équipe et la collaboration (la coopération et la construction d'équipes). Cela permettrait ainsi de limiter les risques professionnels liés à l'isolement social, le *burn-out* et aussi d'agir sur des facteurs favorisant le bien-être au travail.

Finalement, cette recherche souligne que le recours massif au télétravail et aux applications s'est accompagné d'une transformation du rôle des managers. En effet, le développement de l'auto-contrôle, voire de l'auto-management ou de l'auto-leadership, ont placé la confiance au cœur des relations managériales, tandis que la gestion émotionnelle a pris une place prépondérante dans l'accompagnement des salariés.

1.4. L'évolution de la GRH

Enfin, un dernier axe de contribution théorique cible l'impact des applications de QVCT sur le rôle de la fonction RH au sein des organisations. Les applications de QVCT sont des plateformes liées à l'*evidence based management*. Elles sont considérées comme des systèmes d'écoute qui aident les gestionnaires RH dans leurs fonctions. Elles offrent des tableaux de bord pour collecter et traiter des informations, permettant ainsi aux gestionnaires RH de rationaliser et de prioriser leurs actions. Cette approche s'inscrit dans le cadre de l'*evidence based HR* visant à améliorer la prise de décision rationalisée en utilisant de l'information qui servira de

« preuve » (Rousseau et Barends, 2011 ; Coron, 2019b). Ces applications contribuent également à justifier le rôle stratégique des RH dans l'organisation.

La fonction des Ressources Humaines assume un rôle d'accompagnement envers le management de proximité, en déléguant des responsabilités et en apportant un soutien à la gestion des ressources humaines par les équipes. Les données générées par les applications ne servent pas uniquement aux gestionnaires RH, elles sont également mises à la disposition des managers de proximité, déléguant ainsi certaines responsabilités en matière de gestion des ressources humaines. Les applications permettent à ces équipes de prendre des décisions avec plus d'autonomie tout en fournissant aux RH les indicateurs nécessaires pour les soutenir. Cette approche redéfinit le rôle des gestionnaires RH en tant qu'accompagnateurs des équipes, conformément à un modèle basé sur les technologies de l'information et de la communication.

Malgré une autonomie donnée aux équipes, le service RH conserve un certain niveau de contrôle sur l'action des équipes. Les applications de QVCT agissent comme des tableaux de bord de GRH, simplifiant la prise de décision et la mise en œuvre d'actions, tout en exerçant un rôle de surveillance. Elles contribuent à la surveillance des résultats et des initiatives des différents services, tout en favorisant la modernisation des pratiques de gestion RH. Cette évolution vers une utilisation plus orientée vers la décision et la surveillance souligne le potentiel transformationnel de ces applications dans la gestion des ressources humaines.

L'intégration des applications de QVCT dans la gestion des ressources humaines représente ainsi un équilibre entre le soutien et le contrôle. Ces applications renforcent la fonction RH en fournissant des données probantes pour guider les décisions et en permettant une délégation partielle des responsabilités aux équipes. Cette évolution illustre la transformation profonde de la GRH à l'ère numérique, où la délégation et le soutien sont combinés avec la préservation des prérogatives et une réorientation vers un niveau plus stratégique de la gestion des ressources humaines (Lawler et al., 2004).

2. Les contributions managériales de la recherche

Cette recherche explore l'impact de la transformation numérique sur la prévention des risques psychosociaux en milieu professionnel. Le potentiel des applications de QVCT est souligné

pour améliorer la prévention de la santé au travail, dans un contexte de détérioration de celle-ci et une augmentation des RPS. Nous relevons aussi les enjeux stratégiques et risques derrière leur mobilisation par différents acteurs. Cette transformation implique des enjeux pour les organisations et influence les rôles de différentes parties-prenantes pour la prévention des RPS. En adoptant les recommandations ci-dessous, les applications peuvent contribuer à promouvoir et à renforcer la prévention des risques psychosociaux.

- **Une meilleure mobilisation du numérique pour la prévention de la santé au travail et la prévention des RPS**

Notre recherche nous a permis d'identifier que la transformation numérique offre aux entreprises la possibilité de collecter en temps réel des données sur la santé mentale de leur personnel, ce qui peut favoriser une prise de décision plus éclairée et des interventions ciblées. Cependant, il est essentiel que les entreprises utilisatrices de ces applications ne se limitent pas à une approche réactive. Elles devraient développer des programmes de prévention qui s'appuient sur les données recueillies par les applications. Cela implique d'agir sur les facteurs de risques, notamment en réorganisant le travail de manière à réduire les contraintes psychosociales.

Nous avons également souligné en quoi ce niveau d'intervention dépend d'enjeux stratégiques pour différents acteurs. Par exemple, les dirigeants peuvent être réticents à divulguer des données qui pourraient leur nuire ainsi qu'à l'image de l'entreprise, tandis que les syndicats craignent que ces données ne servent qu'à l'employeur. Ces considérations mettent en lumière la nécessité d'établir des règles et des normes claires pour la gestion des données de santé mentale en milieu professionnel. Le développement du dialogue social peut aussi favoriser une meilleure compréhension des problèmes liés aux risques psychosociaux ainsi qu'une confrontation des différents acteurs. Ceci peut permettre de traiter les clivages et de tenter de trouver des compromis acceptables, notamment entre les représentants des salariés et la direction, mais il semble nécessaire d'inclure encore davantage les professionnels de la santé. Effectivement, même si ces applications visent à rendre plus autonomes les organisations dans la gestion de la santé de leurs salariés, les professionnels de la santé conservent toute leur place dans le diagnostic et le conseil. La dynamique portée par ces outils peut ainsi faciliter leur

intervention, eux-mêmes souvent en manque de temps pour intervenir, en fournissant diagnostic et mobilisation des différents acteurs de l'organisation.

- **Préconisations liées à l'autonomie des salariés dans la gestion de leur santé au travail**

Nos résultats indiquent que les applications tendraient à autonomiser les salariés en les encourageant à s'engager dans la gestion de leur santé au travail. L'anonymat favorise la libération de la parole, bien que cela suscite des inquiétudes. Les employeurs jouent un rôle d'accompagnateurs, transformant leur relation avec les employés. Les applications de quantification de soi au travail présentent des spécificités par rapport au *quantified self* traditionnel, mettant l'accent sur la collecte de données et soulevant des questions de confidentialité.

Tout d'abord, dans les entreprises, les salariés doivent être incités à partager leurs ressentis et leurs données pour devenir des acteurs engagés dans l'amélioration de leur santé au travail. Déjà mis en œuvre dans certaines entreprises utilisatrices, les stratégies de communication autour de l'usage de l'outil sont fondamentales pour leur adoption et leur bonne prise en main par les salariés. Il peut s'agir de campagnes de sensibilisation aux risques psychosociaux, de témoignages et retours d'expériences ou de mettre en avant les actions mises en place par l'organisation pour souligner en quoi les retours des salariés sont pris en compte.

Ensuite, les entreprises doivent reconnaître la valeur du caractère anonyme des informations collectées par les applications. Cela peut favoriser la confiance des salariés et renforcer leur implication dans l'usage de ces applications. Une communication sur le caractère anonyme des données récoltées peut être mise en place, tout comme une formation des différents décideurs sur l'importance de respecter cet anonymat.

Les employeurs, ou les décideurs de manière plus large, adoptent aussi un nouveau rôle en tant qu'accompagnateurs actifs de la santé au travail de leurs salariés. Ils doivent mettre à disposition des ressources et des services pour répondre aux besoins des équipes. Cette transformation de la relation employeur-employé peut favoriser un meilleur équilibre entre autorité et soutien.

- **Préconisations liées à la gestion émotionnelle des équipes en management à distance**

L'évolution du rôle du management dans le contexte du télétravail a été soulignée en mettant en avant l'importance de l'usage des applications dans la gestion émotionnelle des équipes. De ce fait, les organisations peuvent promouvoir des formations liées à la gestion émotionnelle des équipes afin, d'une part, de comprendre et de gérer leurs propres émotions, et d'autre part, celles de leurs équipes, favorisant un environnement de travail plus positif. Les entreprises peuvent promouvoir le leadership positif en récompensant les managers qui encouragent un environnement de travail positif. Cela peut être fait à travers des programmes de reconnaissance ou des incitations. Néanmoins, les données, parfois sous la forme d'indicateur par service, qui sont remontées aux dirigeants ou services de gestion des ressources humaines ne doivent pas être mal perçues par les managers. Effectivement, ceux-ci pourraient y voir une remise en question de leur management, voire une évaluation de leurs compétences lorsqu'un problème émerge au sein de leur service. Ainsi, il serait utile d'accompagner la mise en place de ces outils par une bienveillance et des actions pour rassurer le manager. Une approche constructive, empathique, avec des propositions de solutions, une allocation de ressources et un soutien continu peut permettre de soulager et d'engager davantage le manager dans un état d'esprit favorable à l'acceptation de ces outils.

- **Préconisations liées à une évolution d'une GRH plus accompagnante**

Les applications de QVCT font évoluer le rôle de la GRH dans la prévention des RPS. Elles fournissent aux RH des données pour orienter leurs décisions, renforçant ainsi leur rôle stratégique. De plus, ces applications permettent une délégation partielle de la fonction RH aux équipes, favorisant l'autonomie tout en offrant aux RH des indicateurs pour les soutenir. Cette évolution témoigne de la transformation de la gestion des ressources humaines à l'ère du numérique, où l'autonomie et le soutien s'allient à la préservation des prérogatives et à une orientation stratégique accrue.

Néanmoins, l'usage de cette technologie par les gestionnaires RH peut être amélioré. D'une part, les applications de QVCT ne sont pas seulement destinées aux RH. Elles permettent aux managers de proximité et à leurs équipes d'accéder aux informations RH et de prendre des décisions autonomes. Les gestionnaires RH doivent soutenir cette autonomie des managers et des équipes. Ceci peut être favorisé par l'organisation de réunions avec les managers pour discuter des préoccupations RH, des besoins en personnel, et des défis rencontrés.

3. Les limites de la recherche

Malgré un certain nombre d'apports, notre travail présente plusieurs limites théoriques, méthodologiques et empiriques qu'il convient de souligner.

- **Les limites théoriques**

D'un point de vue théorique, nous avons dû nous appuyer sur une littérature large face au caractère exploratoire de notre recherche induisant une diversité de questionnements. À certains niveaux, nous avons également intégré des travaux issus d'autres domaines tels que la santé, le marketing ou les systèmes d'information. Ceci s'explique par le peu de littérature existant en sciences de gestion sur l'analyse de ces applications, mais qui ont fait l'objet d'une littérature récente dans le domaine de la santé sur leur efficacité.

Par ailleurs, l'objectif de cette recherche était de dresser un premier cadre d'analyse sur ce type d'application destinée aux organisations. Nous avons donc été amenés à présenter un grand nombre de théories et concepts qu'il nous semblait nécessaire d'aborder pour contextualiser le sujet, et ceci, bien que nous n'en ayant mobilisé que certaines dans la discussion des résultats. Il s'agit ainsi d'avoir un premier regard, appelant à des développements multiples sur les différents points que nous avons soulevés dans cette recherche.

- **Les limites et difficultés méthodologiques et empiriques**

En premier lieu, le but était de saisir les caractéristiques des plateformes et leur utilisation auprès des acteurs stratégiques ce qui limite les connaissances sur l'appropriation réelle par les

utilisateurs finaux. Notre échantillon, bien qu'étendu ne portent pas sur les managers et leurs équipes. L'analyse s'effectue à travers le regard de responsables et décisionnaires (Dirigeant, Responsables RH...) au sein des organisations sans avoir pu atteindre managers de proximité. Il s'agissait également d'une conséquence des difficultés rencontrées pour notre terrain. D'une part, il nous a été difficile de trouver des organisations utilisatrices de ces outils car s'agissant d'un outil interne. Peu de communication était faite à leur propos par les utilisateurs. D'autre part, et ici en a été toute la difficulté, la santé au travail est un sujet extrêmement sensible pour les organisations. Nous avons d'ailleurs soulevé dans ce travail le clivage existant entre plusieurs acteurs aux intérêts divergents, et plus particulièrement la problématique de la responsabilisation des risques. Nous avons parfois ressenti des réticences à partager de l'information, et un refus d'interroger des salariés au-delà des décisionnaires généraux pour approfondir davantage notre analyse.

De même, nombre de professionnels de santé ne connaissait pas les outils que nous leur exposions. Bien que les questions traitées par notre guide soient larges et reprenaient également les enjeux autour de la santé au travail et de la prévention des risques psychosociaux, il nous était délicat d'évoquer leur regard sur ces outils. La présentation que nous avons préparée sous la forme de diapositives devait permettre de faciliter la compréhension de ces outils.

Par ailleurs un grand nombre d'applications existent. De plus, ce marché est en forte évolution, à l'image de l'ensemble du marché basé sur le numérique. De ce fait, nos entretiens et notre analyse ont porté sur plus d'une année pendant laquelle des évolutions ont pu avoir lieu sur ces outils.

Finalement, notre étude s'est effectuée en pleine période de pandémie. Notre terrain a été modifié et ce contexte a orienté notre analyse sur le télétravail et la manière dont ces outils étaient mobilisés dans une évolution du mode de management à distance. Ceci a aussi pour conséquence que nos entretiens ont dû être réalisés à distance. Nous avons privilégié une approche par visio-conférence lorsque cela était possible mais un certain nombre de nos entretiens ont été réalisés par téléphone, nous privant de ce fait d'une analyse de l'ensemble des éléments non verbaux.

4. Les perspectives de recherche

Pour terminer cette recherche, il est utile d'ouvrir les perspectives qu'elle offre. Parmi les multiples possibilités, nous proposons d'en souligner trois qui nous semblent particulièrement appropriées à un développement futur.

- **Une étude de cas au sein d'une organisation et une analyse de l'appropriation des outils**

Rouat et al. (2021) se questionnent sur la continuité du processus d'amélioration après l'intervention des professionnels. Ils notent une tendance des acteurs internes à privilégier des contenus moins perturbateurs pour l'organisation, même après l'intervention. Pourtant, le maintien d'un dialogue constructif et la confrontation des points de vue est essentiel. Ils évoquent ainsi l'intérêt du développement d'une recherche sur l'institutionnalisation des actions en matière de santé au travail.

Les applications de QVCT semblent s'inscrire dans une utilisation durable. Elles n'ont pas vocation à prendre la forme d'une simple intervention ponctuelle d'un service RH au moyen d'un outil à usage unique. Il semble intéressant de se demander si l'organisation parvient, ou non, à mobiliser ces outils dans le temps.

Une étude longitudinale sur l'appropriation de ces outils permettrait d'une part, de comprendre la différence entre l'usage prescrit et l'usage réel de ces outils afin de saisir davantage les subtilités liées à ces technologies. D'autre part, elle permettrait de mieux mesurer l'importance des modifications engendrées par ces outils sur les parties-prenantes et sur la prévention des RPS en ayant une vision plus longue dans le temps.

Enfin, nous avons souligné en quoi ces outils peuvent s'inscrire dans une sorte d'*empowerment* du salarié-patient-connecté tout en mettant en avant les particularités de son application à la prévention de la santé au travail. Il serait de ce fait pertinent d'approfondir l'analyse des éventuelles spécificités d'un *empowerment* dans ce contexte grâce à une étude de cas au sein d'une organisation.

- **Élargir l'étude des risques encourus par l'usage du digital**

L'usage des TIC est porteur de nombreuses opportunités pour les organisations. Néanmoins, la littérature a également souligné en quoi elles peuvent être porteuses de risques pour leurs utilisateurs. Il serait alors intéressant d'analyser en quoi ces outils, qui à priori doivent lutter contre une dégradation de la santé des travailleurs, peuvent eux-mêmes être porteurs de risques. À cet égard, nous pouvons souligner à titre d'exemple le risque de surveillance, celui de l'intrusion de l'organisation dans la vie privée ou encore la mesure de l'impact de ces outils sur l'expression du collectif qui s'exprimerait de plus en plus à travers un outil informatique, au détriment d'une communication plus informelle et en face à face.

- **Les perspectives d'un développement lié à l'objet frontière**

L'analyse d'un outil de gestion, comme les applications de QVCT dédiées aux entreprises, peut être pertinente dans le cadre de la sociologie de la traduction, notamment en se référant aux travaux de Star et Griesemer (1989) sur l'objet frontière. Cette approche permettrait de comprendre comment ces outils pourraient ou non influencer la résolution des problématiques liées à la prévention des RPS. Effectivement, les objets-frontières sont supposés faciliter la communication et la collaboration entre les différents mondes et représentent en cela des points de passage (Star, 2010). Ils jouent ainsi un rôle dans le processus d'intéressement en créant de la coopération grâce à leur plasticité et en répondant à des enjeux différents, tout en poursuivant un objectif commun.

Plus précisément, il s'agirait d'abord d'interroger la manière dont ces applications pourraient répondre aux caractéristiques propres d'un objet frontière (Star, 2010). Puis de mieux cerner leur rôle éventuel dans le processus de traduction autour de la problématique de la prévention des RPS. Il s'agirait ici de rendre compte de la manière dont des groupes différents pourraient travailler ensemble sur la problématique de la prévention des RPS grâce à un objet partagé, les applications de QVCT, mais qui peuvent renvoyer à des acceptions différentes selon les acteurs.

En conclusion, dans un contexte de développement croissant des risques pour la santé des travailleurs, accompagné du développement d'outils numériques destinés aux entreprises pour y remédier, et avec une volonté croissante des organisations de prendre en main ces problématiques, nous espérons que le présent travail aura apporté des éléments de réponse sur

les perspectives de ces technologies, tout en contribuant à ouvrir la voie à davantage de recherches sur l'influence du numérique sur la prévention de la santé au travail.

Références bibliographiques

- Abord de Chatillon, E. (2005). Le DRH de demain face aux questions de santé et sécurité au travail. *Revue management et avenir*, 2, 157-170.
- Abord de Chatillon, E. A. et Desmarais, C. (2012). Le nouveau management public est-il pathogène ? *Management international*, 16(3), 10-24. <https://doi.org/10.7202/1011413ar>
- Abord de Chatillon, E. et Desmarais, C. (2017). Espaces de discussion, management et épuisement professionnel. *@GRH*, 23(2), 13-36. <https://doi.org/10.3917/grh.172.0013>
- Abord de Chatillon, E. et Scouarnec, A. (2012). Management de la santé et de la sécurité au travail : un nouveau rôle pour le DRH. *Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale*, 9-27.
- Abukhousa, E., Mohamed, N. et Al-Jaroodi, J. (2012). E-Health Cloud: opportunities and challenges. *Future Internet*, 4(3), 621-645. <https://doi.org/10.3390/fi4030621>
- Ajana, B. (2017). Digital health and the biopolitics of the quantified self. *Digital health*, 3, 205520761668950. <https://doi.org/10.1177/2055207616689509>
- Akrich, M. (1989). La construction d'un système socio-technique. Esquisse pour une anthropologie des techniques. *Anthropologie et sociétés*, 13(2), 31-54.
- Akrich, M. (2013). Les utilisateurs, acteurs de l'innovation. *Sociologie de la traduction : Textes fondateurs*, 253-265.
- Ariëns, G. A., van Mechelen, W., Bongers, P. M., Bouter, L. M. et van der Wal, G. (2001). Psychosocial risk factors for neck pain: a systematic review. *American journal of industrial medicine*, 39(2), 180-193.
- Attar, H. et Jamal, Z. A. H. I. (2020). L'impact de l'alignement stratégique du système ERP sur la performance organisationnelle : Cas des compagnies d'assurance et mutuelle marocaines. *Alternatives Managériales Economiques*, 2(3), 300-319.

- Bacqué, M. (2005). Associations « communautaires » et gestion de la pauvreté : Les Community Development Corporations à Boston. *Actes De La Recherche En Sciences Sociales*, 160(5), 46-65. <https://doi.org/10.3917/arss.160.0046>
- Baille, C. (2018). *Prévenir plutôt que guérir : coordonner, faire coopérer et automatiser par les outils de gestion*, XV Congreso internacional de Costos, 7 janvier 2018, Parana
- Barber, L. K., et Santuzzi, A. M. (2015). Please respond ASAP: Workplace telepressure and employee recovery. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(2), 172-189. <https://doi.org/10.1037/a0038278>
- Barcena, M. B., Wueest, C. et Lau, H. (2014). How safe is your quantified self. *Symantech: Mountain View, CA, USA*, 16.
- Bauer, G. F. et Jenny, G. J. (2012). Moving towards positive organisational health: Challenges and a proposal for a research model of organisational health development. *Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research and practice*, 2, 126-145.
- Beaucourt, C. et Louart, P. (2011). Le besoin de santé organisationnelle dans les établissements de soins : l'impact du *care* collectif. *Management & Avenir*, 49, 114-132. <https://doi.org/10.3917/mav.049.0114>
- Behrendt, D., Ebert, D. D., Spiegelhalder, K. et Lehr, D. (2020). Efficacy of a Self-Help Web-Based Recovery training in improving sleep in Workers: randomized controlled trial in the general working population. *Journal of Medical Internet Research*, 22(1), e13346. <https://doi.org/10.2196/13346>
- Bellemare, M., Caroly, S. et 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. <https://doi.org/10.7202/1062083ar>

- Benabbou, Z. et Nafzaoui, M. A. (2020). Article de synthèse : Les outils du Big Data dans la fonction des ressources humaines : quelles transformations pour quels enjeux ?. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 3(2), 754-773.
- Benedetto-Meyer, M. et Klein, N. (2017). Du partage de connaissances au travail collaboratif : portées et limites des outils numériques. *Sociologies pratiques*, (1), 29-38.
- Bentley T.A., Teo S.T.T., McLeod L., Tan F., Bosua R. et Gloet M. (2016). The role of organisational support in teleworker wellbeing: A socio-technical systems approach, *Applied Ergonomics*. 52, 207-215.
- Berg, P. O. (1986). Symbolic management of human resources. *Human Resource Management*, 25(4), 557-579. <https://doi.org/10.1002/hrm.3930250406>
- Biétry, F. et Creusier, J. (2013). Proposition d'une échelle de mesure positive du bien-être au travail (EPBET). *Revue de gestion des ressources humaines*, 87, 23-41. <https://doi.org/10.3917/grhu.087.0023>
- Blancot, C., Couret, C., Geuze, F., Mokaddem, S. et Sutter, P. E. (2019). *Rapport global d'analyse de solutions digitales d'évaluation et/ou d'amélioration du niveau de bien-être au travail*. mars-lab, SpotPink.
- Bobillier Chaumon, M. E. (2017). Du rôle des TIC dans la transformation digitale de l'activité et de la santé au travail. *La Revue des conditions de travail*.
- Bobillier Chaumon, M. E., Brangier, E., et Fadier, E. (2014). Usage des technologies de l'information et de la communication et bien-être au travail. *EMC-Pathologie professionnelle et de l'environnement*, 9, 1-9.
- Bode, M. et Kristensen, D. B. (2016). The digital doppelgänger within: A study on self-tracking and the quantified self movement. In R. Canniford, and D. Bajde (Eds.), *Assembling Consumption: Researching actors, networks and markets* (pp. 119-135). Routledge. <http://tandf.net/books/details/9781138820944/>

- Bongers, P. M., de Winter, C. R., Kompier, M. A. et Hildebrandt, V. H. (1993). Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 297-312.
- Bongers, P. M., Kremer, A. M. et Laak, J. T. (2002). Are psychosocial factors, risk factors for symptoms and signs of the shoulder, elbow, or hand/wrist?: A review of the epidemiological literature. *American journal of industrial medicine*, 41(5), 315-342.
- Bonnefond, J. et Clot, Y. (2018). Clinique du travail et santé au travail : ouvertures, perspectives et limites. *Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé*, 20(1). <https://doi.org/10.4000/pistes.5538>
- Bort-Roig, J., Chirveches-Pérez, E., Giné-Garriga, M., Navarro-Blasco, L., Bausà-Peris, R., Iturrioz-Rosell, P., González-Suárez, A. M., Martínez-Lemos, I., Puigoriol-Juventeny, E., Dowd, K. P. et Puig-Ribera, A. (2020). An MHealth Workplace-Based “Sit Less, Move More” program: Impact on employees’ sedentary and physical activity patterns at work and away from work. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8844. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238844>
- Bostock, S., Crosswell, A. D., Prather, A. A. et Steptoe, A. (2019). Mindfulness on-the-Go: Effects of a mindfulness meditation app on work stress and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), 127-138. <https://doi.org/10.1037/ocp0000118>
- Bourguignon, A. et Jenkins, A. (2004). Changer d’outils de contrôle de gestion ? De la cohérence instrumentale à la cohérence psychologique. *Finance Contrôle Stratégie*, 7(3), 31-61.
- Bowen, D. E. et Lawler III, E. E. (2006). The empowerment of service workers: What, why, how, and when. *Managing innovation and change*, 33(3), 155-69.
- Brabet, J. (1988). Faut-il encore parler d'approche qualitative et d'approche quantitative ?. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 3(1), 75-89.
- Brasseur, M. (2009). *Le coaching en entreprise*. Dunod.

- Briner, R. B. (1997). Improving stress assessment: Toward an evidence-based approach to organizational stress interventions. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 61-71.
- Brod, C. (1984). *Technostress: The human cost of the computer revolution*. Addison Wesley Publishing Company
- Brouard, B., Bardo, P., Vignot, M., Bonnet, C. et Vignot, S. (2014). E-santé et M-santé : état des lieux en 2014 et apports potentiels en oncologie. *Bulletin Du Cancer*, 101(10), 940-950. <https://doi.org/10.1684/bdc.2014.1950>
- Buckingham, S., Williams, A. J., Morrissey, K., Price, L. L. et Harrison, J. K. (2019). Mobile Health Interventions to promote Physical activity and Reduce sedentary Behaviour in the workplace: A Systematic review. *Digital health*, 5, 205520761983988. <https://doi.org/10.1177/2055207619839883>
- Bué, J., Coutrot, T., Guignon, N. et Sandret, N. (2008). Les facteurs de risques psychosociaux au travail. *Revue française des affaires sociales*, 2, 45-70. <https://doi.org/10.3917/rfas.082.0045>
- Byrd, T. A., Lewis, B. R. et Bryan, R. W. (2006). The leveraging Influence of strategic alignment on IT Investment: An Empirical examination. *Information and Management*, 43(3), 308-321. <https://doi.org/10.1016/j.im.2005.07.002>
- Callegarin, D. et Callier, P. (2021). Enjeux du déploiement de l'intelligence artificielle en santé. *Actualités Pharmaceutiques*, 60(611), 21-24. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2021.10.006>
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction : la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique (1940/1948-)*, 36, 169-208.
- Caroly, S. et Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail : développer des stratégies d'expérience. *Formation emploi*, 88(1), 43-55.

- Carolan, S. et De Visser, R. O. (2018). Employees' Perspectives on the facilitators and Barriers to engaging with digital mental health interventions in the workplace: Qualitative study. *JMIR mental health*, 5(1), e8. <https://doi.org/10.2196/mental.9146>
- Cases, A. (2017). L'e-santé : l'empowerment du patient connecté. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 35, 137-158. <https://doi.org/10.3917/jgem.174.0137>
- Catellin, S. (2004). L'abduction : une pratique de la découverte scientifique et littéraire. *Hermès*, 39(2), 179-185.
- Chakor, T. (2014). Les consultants dans la prévention des risques psychosociaux au travail : proposition d'une typologie de pratiques. *@GRH*, 10(1), 37-58. <https://doi.org/10.3917/grh.141.0037>
- Chakor, T. (2020). Expertise et post-expertise en risques psychosociaux au travail-Quelle appropriation suite au départ de l'expert ?. *Revue Française de Gestion*, 46(287), 13-33. <https://doi.org/10.3166/rfg.2020.00416>
- Chamoux, A. (2021). Télétravail contraint en pandémie, nouveau risque psychosocial : réflexions sur les enjeux santé et l'accompagnement nécessaire. *Bulletin De L Academie Nationale De Medecine*, 205(8), 985-992. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.05.015>
- Chanlat J-F, (2002). Le défi social du management : l'apport des sciences sociales, in Kalika M (dir.), *Les défis du management*, Paris, Éditions Liaisons sociales, p.59-82.
- Chevalier, F. et Dejoux, C. (2021). Intelligence artificielle et Management des ressources humaines : pratiques d'entreprises. *Le numérique et la refondation du système électrique*, 15, 94-105.
- Chouaib, A. (2021). La transformation digitale : quel rôle pour la fonction RH ? *Revue des cas en gestion*. <https://doi.org/10.3917/rcsg.018.0047>
- Chouanière, D. (dir.). (2019). *Précis d'évaluation des interventions en santé au travail. Pour une approche interdisciplinaire appliquée aux risques psychosociaux et aux troubles musculosquelettiques*. Toulouse : Octarès Éditions.

- Ciampi, C., et Berland, N. (2019). Usages des technologies et dissolution du contrôle social : cas de l'appropriation d'une base de données à visée collaborative. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 25(61) <https://doi.org/10.3917/rips1.061.0025>
- Clot, Y. (2002). Clinique de l'activité et répétition. 66(2), 31-53. <https://doi.org/10.3917/cm.066.0031>
- Clot, Y. (2010a). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte.
- Clot, Y. (2010b). Au-delà de l'hygiénisme : l'activité délibérée. *Nouvelle Revue De Psychosociologie*, 10(2), 41-50. <https://doi.org/10.3917/nrp.010.0041>
- Clot, Y. (2014). Réhabiliter la dispute professionnelle. *Journal de l'Ecole de Paris du management*, 105(1), 9. <https://doi.org/10.3917/jepam.105.0009>
- Clot, Y. (2021). Le travail « ni fait ni à faire » : un risque pour la santé publique en France. *Horizontes*, 39(1), e021027-e021027. <https://doi.org/10.24933/horizontes.v36i2>
- Clot, Y. et Litim, M. (2008). Activité, santé et collectif de travail. *Pratiques Psychologiques*, 14(1), 101-114. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2007.12.003>
- Clot, Y. et Simonet, P. (2015). Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre. *Travail Humain*, 78(1), 31-52. <https://doi.org/10.3917/th.781.0031>
- Cooper, C. L. et Cartwright, S. (2013). Healthy mind; healthy organization — a proactive approach to occupational stress. Dans *Palgrave Macmillan UK eBooks* (p. 32-47). https://doi.org/10.1057/9781137309341_3
- Cooper, C. L. et Cartwright, S. (1997). An Intervention Strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 7-16. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(96\)00392-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(96)00392-3)
- Coron, C. (2019a). Analytique et big data en ressources humaines. *Revue française de gestion*, 45, 57–74. <https://doi.org/10.3166/rfg.2019.00319>

- Coron, C. (2019b). *Quantification en ressources humaines : Usages et analyses* (Vol. 2). ISTE Group.
- Coron, C. (2020). L'utilisation des données personnelles dans les algorithmes en gestion des ressources humaines, *RIMHE*, (2), 95-106. <https://doi.org/10.3917/rimhe.039.0095>
- Coron, C. (2022). Le digital, un objet-frontière : un accompagnement difficile ?. *@GRH*, 43(2), 13-34.
- Cossette, M., Lépine, C. et Raedecker, M. (2014). Mesurer les résultats de la gestion des ressources humaines : principes, état des lieux et défis à surmonter pour les professionnels RH. *Gestion*, 39(4), 44-54. <https://doi.org/10.3917/riges.394.0044>
- Coutrot, T. (2017). Changements organisationnels : la participation des salariés protège-t-elle du risque dépressif. *Dares Analyse*, 61.
- Crozier, M., et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Éditions du seuil.
- Dagiral, E., Licoppe, C., Martin, O. et Pharabod, A. (2019). Le quantified self en question(s). *Réseaux*, 4(216), 17-54. <https://doi.org/10.3917/res.216.0017>
- Dares, D. (2009). Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail. *Preluat pe*, 12(5), 2009.
- Daudin, G. et Levasseur, S. (2005). Délocalisations et concurrence des pays émergents : mesurer l'effet sur l'emploi en France. *Revue de l'OFCE*, 3(94), 131-160. <https://doi.org/10.3917/reof.094.0131>
- Davezies, P. (2001). Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social. *Performances. Stratégies et facteur humain*, 1, 4-7.
- Dejours, C. (2009). *Travail vivant : Travail et émancipation*. (Tome 2)
- Dejoux, C. (2019). Comment l'intelligence artificielle transforme-t-elle la fonction RH ?. *Liaisons Sociales*, (203), 58-59.

- Del Rio Carral, M., Roux, P., Bruchez, C. et Santiago-Delefosse, M. (2017). Santé digitale : promesses, défis et craintes. Une revue de la littérature. *Pratiques Psychologiques*, 23(1), 61-77. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2016.06.004>
- Den Dulk, L. et De Ruijter, J. (2008). Managing Work-life Policies: Disruption versus Dependency Arguments. Explaining managerial attitudes towards employee utilization of work-life policies. *International Journal of Human Resource Management*, 19(7), 1222-1236. <https://doi.org/10.1080/09585190802109986>
- Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psychosociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 19(1), 57-80. <https://doi.org/10.3917/neg.019.0057>
- Detchessahar, M. et Journé, B. (2007). Une approche narrative des outils de gestion. *Revue française de gestion*, 33(174), 77-92. <https://doi.org/10.3166/rfg.174.77-92>
- De Vaujany, F. (2006). Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage. *Management & Avenir*, 9(3), 109-126. <https://doi.org/10.3917/mav.009.0109>
- De Vaujany, F. X. (1999). Stylisation de l'appropriation individuelle des technologies Internet à partir de la TSA. *Systèmes d'Information & Management*, 4(1), 3.
- Douillet P. (2010), Risques psychosociaux : un concept opérant... pour transformer l'organisation du travail ?, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2, 167-178.
- Drissi, N., Ouhbi, S., Marques, G., De La Torre Díez, I., Ghogho, M. et Idrissi, M. A. J. (2021). A Systematic Literature Review on e-Mental Health Solutions to assist health care Workers during COVID-19. *Telemedicine Journal and E-health*, 27(6), 594-602. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0287>
- Dumez, H. (2021). *Méthodologie de la recherche qualitative*. Vuibert.
- Dumez, H. (2011). Faire une revue de littérature : pourquoi et comment ?. *Le libellio d'aegis*, 7(2-Eté), 15-27.

- Dumez, H., Minvielle, E. et Marraud, L. (2015). États des lieux de l'innovation en santé numérique. hal-01483000
- Durand, S. et Baret, C. (2022). Comment conduire un projet de prévention primaire des RPS ? les enseignements d'un projet déployé dans une pharmacie à usage intérieur d'un hôpital public. @GRH, 42(1), 59-81. <https://doi.org/10.3917/grh.042.0059>
- Dutheil, F., Duclos, M., Naughton, G., Dewavrin, S., Cornet, T., Huguet, P., Chatard, J. et Pereira, B. (2017). WittyFit—Live Your Work Differently: Study Protocol for a Workplace-Delivered Health Promotion. *JMIR Research Protocols*, 6(4), e58. <https://doi.org/10.2196/resprot.6267>
- Essig, P. R., Nicolleau, W. et David, A. (2020). Expérience de téléconsultation en Service de Santé au Travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 81(5), 435.
- Eurofound, 2005. *Work-related Stress. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, Dublin.
- European Agency for Safety, Health at Work, et Office for Official Publications of the European Communities. (2002). *How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress*, 118. European Communities.
- Fayn, M., des Garets, V. et Rivière, A. (2017). Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. *Recherches en Sciences de Gestion*, 119, 55-73. <https://doi.org/10.3917/resg.119.0055>
- Fiol-deRoque, M. A., Serrano-Ripoll, M. J., Jiménez, R., Zamanillo-Campos, R., Yáñez-Juan, A. M., Bennasar-Veny, M., Leiva, A., Gervilla, E., García-Sastre, M. A., García-Toro, M., Alonso-Coello, P., Pastor-Moreno, G., Ruiz-Pérez, I., Sitges, C., García-Campayo, J., Llobera-Cànaves, J. et Ricci-Cabello, I. (2021). A Mobile Phone–Based Intervention to reduce mental health problems in health care workers during the COVID-19 pandemic (PsyCOvidApp) : randomized controlled trial. *Jmir mhealth and uhealth*, 9(5), e27039. <https://doi.org/10.2196/27039>

- Fisher, D. S. (2022). Unfreezing and Refreezing the Digital Mindset of Businesses. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*, 7(3), 901-905.
- Fortuna, G., Aria, M., Iorio, C., Mignogna, M. D. et Klasser, G. D. (2020). Global Research Trends in Complex Oral Sensitivity Disorder: A systematic Bibliometric Analysis of the framework. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 49(6), 555-564. <https://doi.org/10.1111/jop.13076>
- France Stratégie (2020). Note de synthèse-Les politiques industrielles en France Évolutions et comparaisons internationales. <https://www.strategie.gouv.fr/publications/politiques-industrielles-france-evolutions-comparaisons-internationales>
- Frimousse, S. et Peretti, J. (2019). « Expérience collaborateur » et « expérience client » : Comment l'entreprise peut-elle utiliser l'Intelligence artificielle pour progresser ? *Question(s) de management ?*, 1(3), 135. <https://doi.org/10.3917/qdm.191.0135>
- Gamassou, C. E., Bouville, G., Chakor, T., Pezé, S. et Moisson, V. (2018). Gestion des ressources humaines et santé au travail : science de l'action ou de la réaction ? *Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé*, 20-1. <https://doi.org/10.4000/pistes.5548>
- Gavard-Perret, M., Gotteland, D., Haon, C. et Jolibert, A. (2012). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion : Réussir son mémoire ou sa thèse*. Pearson Education France.
- Giauque, D., Anderfuhren-Biget, S., et Varone, F. (2012). La «guerre des talents» est-elle perdue d'avance ? Attirer et fidéliser les salariés par les valeurs du service public. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, 23, 21-48.
- Gioia, D. A., Corley, K. G. et Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15-31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Girin, J. (1990). L'analyse empirique des situations de gestion : éléments de théorie et de méthode. *Epistémologies et sciences de gestion*, 141-182.

- Goetzl, R. Z., Hawkins, K., Ozminkowski, R. J. et Wang, S. (2003). The health and productivity cost burden of the “Top 10” physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(1), 5-14. <https://doi.org/10.1097/00043764-200301000-00007>
- Goetzl, R. Z. et Ozminkowski, R. J. (2008). The health and cost benefits of work site Health-Promotion programs. *Annual Review of Public Health*, 29(1), 303-323. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090930>
- Gollac, M. (2005). L'intensité du travail : Formes et effets. *Revue économique*, 56, 195-216. <https://doi.org/10.3917/reco.562.0195>
- Gollac, M. (2012). Les risques psychosociaux au travail : d'une « question de société » à des questions scientifiques. Introduction. *Travail et emploi*, 129, 5-10. <https://doi.org/10.4000/travailemploi.5489>
- Gollac M. et Bodier M. (dir.) 2011. *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail.
- Gomez, Pierre-Yves et Chevallet, Romain, 2011. Impacts des technologies de l'information sur la santé au travail. *In : Revue française de gestion*, 5(214), p. 107 à 125.
- Granjon, F., Nikolski, V. et Pharabod, A. S. (2011). Métriques de soi et self-tracking: une nouvelle culture de soi à l'ère du numérique et de la modernité réflexive?. *Recherches en communication*, 36, 13-26
- Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P. et Thorogood, M. (2006). Why are health care interventions delivered over the internet? A systematic review of the published literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e10. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e10>
- Grimand, A. (2012). L'appropriation des outils de gestion et ses effets sur les dynamiques organisationnelles : le cas du déploiement d'un référentiel des emplois et des

- compétences. *Management et Avenir*, 54(4), 237-257.
<https://doi.org/10.3917/mav.054.0237>
- Grimm, L. A., Bauer, G. F. et Jenny, G. J. (2020). A digital tool to build the capacity of leaders to improve working conditions related to Psychological Health and Well-Being in Teams: Intervention Approach, prototype, and Evaluation design of the Web-Application “WeCoach”. *Frontiers in Public Health*, 8.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.521355>
- Hamon-Cholet, S., et Rougerie, C. (2000). La charge mentale au travail: des enjeux complexes pour les salariés. *Économie et statistique*, 339(1), 243-255.
- Han, L., Zhang, Q., Chen, X., Zhan, Q., Yang, T. et Zhao, Z. (2017). Detecting work-related stress with a wearable device. *Computers in Industry*, 90, 42-49.
<https://doi.org/10.1016/j.compind.2017.05.004>
- Hanssali, A. (2020). La transformation digitale dans le secteur du tourisme, Une approche de conduite du changement. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 3(1).
<https://doi.org/10.5281/zenodo.3662413>
- Hansez, I., Bertrand, F. et Barbier, M. (2009). Évaluation des pratiques de diagnostic de stress au sein d’entreprises belges : facteurs bloquants et facteurs stimulants. *Travail Humain*, 72(2), 127-153. <https://doi.org/10.3917/th.722.0127>
- Haque, S., Kangas, M., and Jämsä, T. (2019). Feasibility of a persuasive MHealth Behavioural Change intervention in Promoting Physical Activity in the workplace (PrePrint). *JMIR formative research*. <https://doi.org/10.2196/15083>
- Hargrove, M. B., Quick, J. C., Nelson, D. L. et Quick, J. C. (2011). The Theory of Preventive Stress Management: A 33-year review and evaluation. *Stress and Health*, 27(3), 182-193. <https://doi.org/10.1002/smi.1417>
- HAS. (2016). Référentiel de bonnes pratiques sur les applications et les objets connectés en santé (Mobile Health ou mHealth). URL: https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-11/has_ref_apps_oc.pdf.

- HAS. (2021). Évaluation des Applications dans le champ de la santé mobile (mHealth)- État des lieux et critères de qualité du contenu médical pour le référencement des services numériques dans l'espace numérique de santé et le bouquet de services des professionnels. URL: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3274987/fr/referentiel-evaluation-des-applications-dans-le-champ-de-la-sante-mobile-mhealth-etat-des-lieux-et-criteres-de-qualite-du-contenu-medical-pour-le-referencement-des-services-numeriques-dans-l-espace-numerique-de-sante-et-le-bouquet-de-services-des-professionnels
- Henderson, J. C. et Venkatraman, H. (1999). Strategic alignment: Leveraging information technology for transforming organizations. *IBM systems journal*, 38(2.3), 472-484. http://www.gti4u.es/curso/material/complementario/henderson_y_venkatraman_1993.pdf
- Henderson, J. C. et Venkatraman, N. (1989). Strategic alignment: a process model for integrating information technology and business strategies.
- Hwang, W. J., and Jo, H. H. (2019). Evaluation of the effectiveness of Mobile App-Based Stress-Management Program: a randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4270. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214270>
- Igalens J. et Peretti J-M. (1982), Le bilan social de l'entreprise, Que-sais-je ?, (1836), 2^{ème} édition, Paris : Presses Universitaires de France.
- Igalens, J. et Peretti, J. M. (1997). *Le bilan social de l'entreprise*. FeniXX.
- Imhoff, C. et Silva, F. (2016). Le développement personnel dans les organisations : entre modernité et post-modernité. *Communication & management*, 13, 63-77. <https://doi.org/10.3917/comma.131.0063>
- Institut Montaigne. (2020, juin). E-santé : augmentons la dose ! <https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/e-sante-augmentons-la-dose-rapport.pdf>

- International Labour Office. *Psychosocial factors at work: recognition and control*. Occupational Health and Safety Series No. 56. Geneva: International Labour Office, 1986.
- Irastorza, X. (2019). Third European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-3). *Publications Office of the European Union*.
- Issa-Salwe, A. M., Ahmed, M. D., Aloufi, K. et Kabir, M. N. (2010). Strategic Information Systems alignment: alignment of IS/IT with business strategy. *Journal of Information Processing Systems*. <https://doi.org/10.3745/jips.2010.6.1.121>
- Iyamu, I., Xu, A. X. T., Gómez-Ramírez, O., Ablona, A., Chang, H., McKee, G. et Gilbert, M. (2021). Defining Digital Public Health and the role of Digitization, digitalization, and Digital Transformation: Scoping review. *JMIR public health and surveillance*, 7(11), e30399. <https://doi.org/10.2196/30399>
- Jeoffrion, C., Hamard, J., Barre, S. et Boudoukha, A. H. (2014). Diagnostic organisationnel et prévention des risques psychosociaux dans un établissement d'accueil pour personnes âgées : l'intérêt d'une méthodologie mixte et participative. *Travail Humain*, 77(4), 373. <https://doi.org/10.3917/th.774.0373>
- Journoud, S. et Pezé, S. (2012). La formation des managers à la prévention des risques psychosociaux est-elle sur la bonne voie ? *La Revue des sciences de gestion*, 253(1), 51. <https://doi.org/10.3917/rsg.253.0051>
- Junghans, P. (2007). L'appropriation de l'information par les DRH. *Market management*, 7(4), 26. <https://doi.org/10.3917/mama.044.0026>
- Just, B. (2010), Pas de DRH sans SIRH, Editions Liaisons.
- Kääriäinen, J., Pussinen, P., Saari, L., Kuusisto, O., Saarela, M. et Hänninen, K. (2021). Applying the positioning phase of the digital transformation model in practice for SMEs: toward systematic development of digitalization. *International Journal of Information Systems and Project Management*, 8(4), 24-43. <https://doi.org/10.12821/ijispm080402>

- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
<https://doi.org/10.2307/2392498>
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. et 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.
- Karasek R. et Theorell T. (1990), *Health work stress, productivity and reconstruction of working life*, New York, Wiley.
- Karoui, M. et Duzert, A. (2016). Transformation digitale : De l'assimilation des technologies de collaboration à la mise en usage. *21^{ème} conférence de l'Association Information et Management*, Lille.
- Kanter, R. M. (1979). Power failure in management circuits. *Harvard Business Review*, 57, 65-75.
- Kim, S. Y. et Fernandez, S. (2017). Employee empowerment and turnover intention in the US federal bureaucracy. *The American review of public administration*, 47(1), 4-22.
- Klein, T., et Ratier, D. (2012). *L'impact des TIC sur les conditions de travail*. Paris : La Documentation française.
- Kluemper, D., Rosen, P., 2009. Future employment selection methods: evaluating social networking web sites. *Journal of managerial Psychology*. 24(6), 567–580.
- Kompier, M. et Cooper, C. L. (Dir.). (1999). *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace*. Psychology Press.
- Kompier, M. A. J., et Kristensen, T. S. (2001). Organizational work stress interventions in a theoretical, methodological and practical context. In J. Dunham (Dir.), *Stress in the workplace: Past, present and future*. 164-190. Whurr Publishers.

- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A. et Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 438-449.
- Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sørensen, F., Andersson, G., & Jørgensen, K. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied ergonomics*, 18(3), 233-237.
- Kurland et Bailey, (1999). The advantages and challenges of working here, there, anywhere, and anytime.
- Lachmann, H., Larose, C. et Pénicaud, M. (2010). Bien-être et efficacité au travail. *Dix propositions pour améliorer la santé psychologique au travail, Rapport au Premier ministre*. http://www.cfecgc-santetravail.fr/wp-content/uploads/2012/10/Rapport_-Bien-etre_et_efficacite_au_travail_2010.pdf
- Lambert, A., Cayouette-Remblière, J., Guéraud, E., Roux, G. L., Bonvalet, C., Girard, V., et Langlois, L. (2020). Le travail et ses aménagements : ce que la pandémie de Covid-19 a changé pour les Français. *Population and societies*, 7(579), 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.579.0001>
- Lamontagne, A. D., Keegel, T., Louie, A., Ostry, A. et Landsbergis, P. (2007). A Systematic Review of the Job-Stress Intervention Evaluation Literature, 1990–2005. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 13(3), 268-280. <https://doi.org/10.1179/oeh.2007.13.3.268>
- Laoukili, A. (2015). Éditorial. Risques et paradoxes des RPS. *Connexions*, 103(1), 13. <https://doi.org/10.3917/cnx.103.0013>
- Lapoire-Chasset, M. (2017). Dire le droit pour faire face aux risques psychosociaux et construire la santé au travail. *Droit et société*, 96(2), 257. <https://doi.org/10.3917/drs.096.0257>
- Latour, B. (1999). On recalling Ant. *The Sociological Review*, 47(1_suppl), 15-25. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954x.1999.tb03480.x>

- Laval, F. et Diallo, A. T. (2007). L'E-RH : un processus de modernisation de la gestion des ressources humaines à la Mairie de Paris. *Management & Avenir*, 13(3), 124. <https://doi.org/10.3917/mav.013.0124>
- Lawler III, E. E., Levenson, A. et Boudreau, J. W. (2004). HR metrics and analytics—uses and impacts. *Human Resource Planning Journal*, 27(4), 27-35.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lee, Y. J. (2021). Effects of a mobile health intervention on activities of stress self-management for workers: a randomized controlled trial. Research Square (Research Square). <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-988972/v2>
- Lefebvre, B., et Poirot, M. (2011). *Stress et risques psychosociaux au travail : Comprendre-Prévenir-Intervenir*. Elsevier Masson.
- Legner, C., Eymann, T., Hess, T., Matt, C., Böhmman, T., Drews, P., Mädche, A., Urbach, N. et Ahlemann, F. (2017). Digitalization: opportunity and challenge for the business and information systems engineering community. *Business & Information Systems Engineering*, 59(4), 301-308. <https://doi.org/10.1007/s12599-017-0484-2>
- Leka, S., Griffiths, A., Cox, T. et World Health Organization (2003). *Work organisation and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. World Health Organization.
- Leka, S., Cox, T., & Zwetsloot, G. I. J. M. (2008). The European framework for psychosocial risk management (PRIMA-EF). Dans Leka. S. et Cox. T. (Dir.) *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*, p. 1-16.
- Leka, S., Jain, A., Cox, T. et Kortum, E. (2011a). The development of the European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. *Journal of Occupational Health*, 53(2), 137-143. <https://doi.org/10.1539/joh.o10010>

- Leka, S., Jain, A., Iavicoli, S., Vartia, M. et Ertel, M. (2011b). The role of policy for the management of psychosocial risks at the workplace in the European Union. *Safety Science*, 49(4), 558-564. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2010.02.002>
- Leka, S., Van Wassenhove, W. et Jain, A. (2015). Is psychosocial risk prevention possible? Deconstructing common presumptions. *Safety Science*, 71, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.03.014>
- Lembrechts L., Zanoni P., Verbruggen M. (2018), The impact of team characteristics on the supervisor's attitude towards telework: A mixed-method study, *The International Journal of Human Resource Management*, 29(21), 3118-3146. <https://doi.org/10.1080/09585192.2016.1255984>
- Lepak. D. et Snell. S. (1998). Virtual HR: strategic human resource management in the 21st century. *Human Resource Management Review*, 8(3), 215-234.
- Lévy, C. (2019). Les outils big data dans les RH. *Politiques de communication*, 12(1), 45-69. <https://doi.org/10.3917/pdc.012.0045>
- Lhuilier, D. (2010). L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail. *Sciences Sociales Et Sante*, 28(2), 31. <https://doi.org/10.3917/sss.282.0031>
- Lhuilier, D. et Litim, M. (2009). Le rapport Santé-travail en psychologie du travail. *Mouvements*, 58(2), 85. <https://doi.org/10.3917/mouv.058.0085>
- Loriol, M. (2010). Organisation du travail, perception et gestion des risques psychosociaux. *Archives Des Maladies Professionnelles Et De L'Environnement*, 71(3), 283-286. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2010.03.056>
- Loup, P., Maurice, J. et Rodhain, F. (2020). Quand les technologies nomades influencent simultanément le bien-être et le stress au travail. *Systèmes d'information & management*, 25(3), 9-49. <https://doi.org/10.3917/sim.203.0009>
- Lupton, D. (2016). *The quantified self*. John Wiley and Sons.
- Lupton, D. (2017). Self-tracking, health and medicine. *Health Sociology Review*, 26(1), 1-5.

- Marler, J. H., & Boudreau, J. W. (2017). An evidence-based review of HR Analytics. *The International Journal of Human Resource Management*, 28(1), 3-26.
- Martin, A., Karanika-Murray, M., Biron, C. et Sanderson, K. (2014). The psychosocial work environment, employee mental health and organizational interventions: improving research and practice by taking a multilevel approach. *Stress and Health*, 32(3), 201-215. <https://doi.org/10.1002/smi.2593>
- Martin, E. (2007). *Bipolar expeditions: Mania and depression in American culture*. Princeton University Press.
- Martory, B. (2018). *Contrôle de gestion sociale* (Vol. 3). Vuibert.
- Mathieu, P., Habib, N., Soulie, J. & Fiessinger, C. (2020). Les perceptions du télétravail chez Michelin : quels enseignements dans le contexte de la pandémie ?. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 40(9), 79-96. <https://doi.org/10.3917/rimhe.040.0079>
- Matmati, M. (2000). Les NTIC induisent un nouveau modèle de GRH. *Management et conjoncture sociale*, (580), 21-30.
- Mauroux, A., Coutrot, T., Inan, C., Memmi, S., Rosankis, E., Bèque, M., ... et Lhommeau, B. (2016). Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail. *Synthèse. Stat*, 22.
- Méda, D., et Vendramin, P. (2013). *Réinventer le travail*. Puf.
- Memmi, S., Rosankis, E., Sandret, N., Duprat, P., Léonard, M., Morand, S., et Tassy, V. (2019). Premiers résultats de l'enquête SUMER 2017. *Réf Santé Trav*, 159(159), 53-78.
- Merlet, J., et Poussing, N. (2020). Impact du télétravail sur l'innovation des entreprises : une étude sur données d'enquête. *Revue d'économie industrielle*, 3(171), 89-138. <https://doi.org/10.4000/rei.9266>

- Michiels, F., July, J., Poumeaud, H., Belhomme, V., et Forsse, C. (2016). Des risques psychosociaux à la qualité de vie au travail: quel rôle pour le service de santé au travail?. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 77(3), 560.
- Minguet, G. (2011). Santé au travail et action dirigeante. Constats et leçons issus de deux sites industriels. *Revue française de gestion*, 214(5), 145-164. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2011-5-page-145.htm>
- Miossec, Y. (2011). Le métier comme instrument de protection contre les risques psychosociaux au travail : le cas d'ingénieurs managers de proximité. *Travail Humain*, 74(4), 341-363. <https://doi.org/10.3917/th.744.0341>
- Miossec, Y. & Clot, Y. (2015). Le collectif de travail : entre fragilité et ressource. Dans : Annie Thébaud-Mony (dir.), *Les risques du travail : Pour ne pas perdre sa vie à la gagner* (p. 147-154). Paris : La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.theba.2015.01.0147>
- Mirdasse, S. et Jaouhari, L. (2021). Le Système d'information ressources humaines-outil incontournable au service des organisations. *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*, 2(3), 109-132.
- Moorman, R. H. (1991). Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship? *Journal of Applied Psychology*, 76(6), 845-855. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.76.6.845>
- Morakanyane, R., Grace, A. A. et O'reilly, P. (2017). Conceptualizing Digital Transformation in Business Organizations: A Systematic Review of Literature. *Bled eConference*, 21, 428-444. <http://aisel.aisnet.org/bled2017>
- Morival, R. J. (2021). Les assureurs, nouveaux acteurs de la santé au travail ?. *Connaissance de l'emploi*. <https://shs.hal.science/halshs-03432744>
- Mujtaba, B. G. et Cavico, F. J. (2013). Corporate Wellness Programs: Implementation challenges in the modern American workplace. *International journal of health policy and management*, 1(3), 193-199. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2013.36>

- Muller, T., Nissen, C. (2019), Self-leadership in the context of part-time teleworking, *Journal of Organizational Behavior*, 40(9), p.883-898.
- Murphy, L.R. (1988). « Workplace interventions for stress reduction and prevention » Dans Cooper. C.L. and Payne. R. (Dir.), *Causes, coping and consequences of stress at work*, New York, John Wiley et Son Ltd, 301-339
- Muuraiskangas, S., Honka, A., Junno, U., Nieminen, H. et Kaartinen, J. (2022). A Technology-Assisted Telephone Intervention for Work-Related Stress Management: Pilot randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 24(7), e26569. <https://doi.org/10.2196/26569>
- Nasse, P. et Légeron, P. (2008), *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, Paris, ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité.
- Neck, C.P. et Houghton, J.D. (2006). Two decades of self-leadership theory and research: Past developments, present trends, and future possibilities, *Journal of Managerial Psychology*, 21(4), p.270-295.
- Neck, C.P. et Manz, C.C. (2013). *Mastering Self-Leadership: Empowering Yourself for Personal Excellence*, 6th edition, Upper Saddle River, NJ, Pearson Prentice Hall.
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D. J. et Frings-Dresen, M. H. W. (2010). Psychosocial Work Environment and Stress-related Disorders, a Systematic review. *Occupational Medicine*, 60(4), 277-286. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq081>
- Nixon, P., Ebert, D. D., Boß, L., Angerer, P., Dragano, N. et Lehr, D. (2022). The efficacy of a Web-Based Stress Management Intervention for employees experiencing adverse working conditions and occupational self-efficacy as a mediator: randomized controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 24(10), e40488. <https://doi.org/10.2196/40488>
- Nuijten, R., Van Gorp, P., Khanshan, A., Blanc, P. M. L., Van Den Berg, P., Kemperman, A. et Simons, M. (2022). Evaluating the impact of adaptive personalized goal setting on

- engagement levels of government staff with a gamified MHealth tool: results from a 2-Month randomized controlled trial. *Jmir mhealth and uhealth*, 10(3), e28801. <https://doi.org/10.2196/28801>
- Odeh, S. (2016). Du dossier médical personnel au dossier partagé : Vers un dispositif de médiation documentaire. *Les Cahiers du numérique*, 12, 31-50. <https://www.cairn.info/revue--2016-1-page-31.htm>.
- OMS. (2021). *Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025*. Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2018). *Santé mobile : utilisation des technologies numériques appropriées pour la santé publique : rapport du Directeur général* (No. A71/20). Organisation mondiale de la Santé.
- Ongori, H. et Shunda, J. P. W. (2008). Managing behind the scenes: Employee empowerment. *The International Journal of Applied Economics and Finance*, 2(2), 84-94.
- Parviainen, P., Tihinen, M., Kääriäinen, J. et Teppola, S. (2022). Tackling the Digitalization challenge: How to benefit from Digitalization in practice. *International Journal of Information Systems and Project Management*, 5(1), 63-77. <https://doi.org/10.12821/ijispm050104>
- Peretti J-M. (1994), *Ressources humaines et gestion du personnel*, Collection Educapôle gestion, Paris : Vuibert.
- Peretti, J.M. (2012). *Tous DRH*. Editions Eyrolles.
- Peretti, J. M. (2022). *Ressources humaines* 18^{ème} édition. Vuibert, Paris
- Pezé, M. (2015). Les risques psychosociaux. *Après-demain*, 2(34), <https://doi.org/10.3917/apdem.034.0014>
- Pharabod, A., Nikolski, V. et Granjon, F. (2013). La mise en chiffres de soi. *Réseaux*, 177(1), 97-129. <https://doi.org/10.3917/res.177.0097>

- Picard, D. (2006b). Difficultés de la prévention des pathologies psychosociales liées au travail. *Management & Avenir*, 8(2), 199-217. <https://doi.org/10.3917/mav.008.0199>
- Piermattéo, A., Cléty, H., Schoenenberger, S. et Demarey, C. (2022b). *Qualité de vie et santé au travail : théorie et pratiques*. Presses Univ. Septentrion.
- Pietraszewski, L. (2021). Accord national interprofessionnel pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail, de nouveaux défis en santé au travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 82(1), 1-2.
- Poilpot-Rocaboy, G., Dumas, M., Dedessus-Le-Moustier, N. et Chevance, A. (2017). Dimensions du temps de travail et pénibilité : Repérage des risques et des actions proposées. *Revue de gestion des ressources humaines*, 103, 3-19. <https://doi.org/10.3917/grhu.103.0003>
- Ponnelle, S. et Vaxevanoglou, X. (2017). Éléments de réflexion pour la mise en œuvre d'une démarche de prévention des risques psychosociaux au travail en France. *Psychologie Du Travail Et Des Organisations*, 23(4), 278-291. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2017.07.003>
- Pontier M. (2014), Télétravail indépendant ou télétravail salarié : quelles modalités de contrôle et quel degré d'autonomie, *La Revue des Sciences de Gestion*, 265(1), 31-39.
- Pontier M., (2019), Le management du télétravail : Étude des accords d'entreprise, *Revue de Management et de Stratégie* - <http://www.revue-rms.fr/>.
- Powell, G. N., et Mainiero, L. A. (1999). Managerial decision making regarding alternative work arrangements. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(1), 41-56. <https://doi.org/10.1348/096317999166482>
- Pujol-Cols, L. J. et Lazzaro-Salazar, M. (2021). Ten years of Research on Psychosocial Risks, Health, and Performance in Latin America: A Comprehensive Systematic Review and research agenda. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 37(3), 187-202. <https://doi.org/10.5093/jwop2021a18>

- Pulci, S. B. (2020). Le digital comme outil en prévention santé travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 81(5), 437.
<https://doi.org/10.1016/j.admp.2020.03.814>
- Randall, R., et Nielsen, K. (2010). Interventions to Promote Well-Being at Work. Dans Leka, S., et Houdmont, J. (Dir.). *Occupational health psychology*. John Wiley & Sons.
- Raybois, M. (2010). Les « risques psychosociaux » : question de santé ou déni de cette question ? *Nouvelle Revue De Psychosociologie*, 10(2), 71-81.
<https://doi.org/10.3917/nrp.010.0071>
- Reix, R. (2004). *Systèmes d'information et management des organisations*, Vuibert.
- Reix, R. et Rowe, F. (2002). La recherche en systèmes d'information : de l'histoire au concept. *Faire de la recherche en système d'information*, 1-17.
- Rhchim, M. C. et Bentaleb, P. C. (2019). Le rôle du Professionnel RH dans la transformation digitale des entreprises : Approche par la théorie de l'acteur réseau. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 2(1).
- Richer, M. (2016). Démarches QVT : la nécessaire refondation du rôle du manager de proximité. *Anact*, « *Qualité de vie au travail : négocier le travail pour le transformer* », 132-140.
- Rick, V. B., Rasche, P., Mertens, A. et Nitsch, V. (2022, June). Workplace Health Promotion: mHealth as a preventive mediator between psychosocial workplace characteristics and well-being at work. In *International Conference on Human-Computer Interaction* (pp. 249-265). Cham: Springer International Publishing.
- Riedel, J. E. (2007). Using a health and productivity dashboard: a case example. *American Journal of Health Promotion*, 22(2), 1-12.
- Rocher, S. (2008). De l'implantation à l'appropriation d'un outil de gestion comptable dans le secteur public local : une approche interactionniste. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 14(1), 49-67.

- Roland-Lévy, C. (2013). Les risques psychosociaux. Dans F. Alexandre-Bailly, D. Bourgeois, J.-P. Gruère, N. Raullet-Croset, et amp ; C. Roland-Lévy (Dir.), *Comportements humains et management* (pp. 347–362). (4ème édition). New York, Paris : Pearson Education.
- Rosemann, M. (s. d.). *Alignment in Enterprise Systems Implementations : The role of Ontological distance*. AIS Electronic Library (AISeL). <http://aisel.aisnet.org/icis2004/35>
- Ross, S. (2014). A conceptual model for understanding the process of self-leadership development and action-steps to promote personal leadership development. *Journal of Management Development*, 33(4), 299-323.
- Roth, P. L., Bobko, P., Van Iddekinge, C. H. et Thatcher, J. B. (2016). Social media in employee-selection-related decisions: A research agenda for uncharted territory. *Journal of management*, 42(1), 269-298.
- Rouat, S., Cuvillier, B. et Laneyrie, E. (2021). Le processus d'intervention en santé au travail : éclairer les enjeux de l'action par un exercice de formalisation de l'activité. *Pratiques Psychologiques*, 27(1), 33-55. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2019.11.002>
- Rouat, S. et Sarnin, P. (2013). Prévention des risques psychosociaux au travail et dynamique de maturation : le processus d'intervention comme opérateur de la transformation et du développement de la coopération. *Activités*, 10(1). <https://doi.org/10.4000/activites.548>
- Rouat, S. et Sarnin, P. (2018). L'intervention en santé au travail : l'intérêt de l'étude de cas d'intervention. *Travail Humain*, 81(4), 331-363. <https://doi.org/10.3917/th.814.0331>
- Rouat, S., Troyano, V., Cuvillier, B., Chaumon, M. B. et Sarnin, P. (2017). Comprendre les ressorts des pratiques organisationnelles en matière de prévention des risques psychosociaux par les acteurs de l'entreprise. *Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé*, 19-2. <https://doi.org/10.4000/pistes.5157>

- Rousseau, D. M. et Barends, E. (2011). Becoming an evidence-based HR practitioner. *Human Resource Management Journal*, 21(3), 221-235. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2011.00173.x>
- Roy, M., Desmarais, L., et Cadieux, J. (2005). Améliorer la performance en SST : les résultats vs les prédicteurs. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la sante*, 7-2. <https://doi.org/10.4000/pistes.3214>
- Rual, C. (2019). Quels effets d’empowerment et de valorisation de la consommation induits par l’utilisation régulière de dispositif numérique ? : Le cas des objets de quantified-self et des communautés virtuelles dans la consommation sportive active (Doctoral dissertation, Université de Bretagne Sud).
- Ruiller, C., Dumas, M., et Chédotel, F. (2017). Comment maintenir le sentiment de proximité à distance ? Le cas des équipes dispersées par le télétravail. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise*, 276(3), 3-28.
- Ryan, C., Bergin, M., Chalder, T. et Wells, J. (2017). Web-based Interventions for the Management of stress in the workplace: focus, form, and Efficacy. *Journal of Occupational Health*, 59(3), 215-236. <https://doi.org/10.1539/joh.16-0227-ra>
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P. et Shiell, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(2), 119-127. <https://doi.org/10.1136/jech.56.2.119>
- Salmon, F. et Tallec, L. L. (2014). La e-santé : de nouveaux usages pour les technologies individuelles en santé publique. *Réalités industrielles, Novembre 2014*(4), 70. <https://doi.org/10.3917/rindu.144.0070>
- Sarnin, P., Caroly, S. et Douillet, P. (2011). Contre les « risques » psychosociaux, quel débat sur l’activité ? *Travail Humain*, 74(4), 309-320. <https://doi.org/10.3917/th.744.0309>
- Sasaki, N., Imamura, K., Tran, T., Nguyen, H. T., Kuribayashi, K., Sakuraya, A., Bui, T. M., Nguyen, Q. T., Nguyen, N., Nguyen, G., Zhang, M., Minas, H., Sekiya, Y., Watanabe, K., Tsutsumi, A., Shimazu, A. et Kawakami, N. (2021). Effects of Smartphone-Based

- stress management on improving work engagement among nurses in Vietnam: secondary analysis of a Three-Arm randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(2), e20445. <https://doi.org/10.2196/20445>
- Savall, H., Zardet, V. et Bonnet, D. (2015). Gestion des risques psychosociaux au travail. Un impératif à démystifier. *Connexions*, 103(1), 61. <https://doi.org/10.3917/cnx.103.0061>
- Seguin, L. et Tassy, L. (2022). E-santé, digitalisation ou transformation numérique : impact sur les soins de support en oncologie. *Bulletin Du Cancer*, 109(5), 598-611. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.08.015>
- Semmer, N. K. (2003). Job Stress interventions and organization of work. Dans *American Psychological Association eBooks* (p. 325-353). <https://doi.org/10.1037/10474-016>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 27.
- Siegrist, J., Siegrist, K. et Weber, I. (1986). Sociological concepts in the etiology of chronic disease: the case of ischemic heart disease. *Social Science and Medicine*, 22(2), 247-253. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90073-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90073-0)
- Simon H. (1978). On How to Decide What to Do, in H.A. Simon, *Models of Bounded Rationality*, vol. 2, Cambridge, The MIT Press, 1982.
- Simonet, P. et Clot, Y. (2014). Qualité du travail, santé et clinique de l'activité. Méthode pour l'action. *Encyclopédie médicochirurgicale, Pathologie professionnelle et de l'environnement*, 16-780.
- Singer, J. A., Neale, M. S., Schwartz, G. E. et Schwartz, J. (1986). Conflicting perspectives on stress reduction in occupational settings: a systems approach to their resolution, dans Cataldo, M. F. et Coates, T. J. (eds), *Health and Industry: a behavioural medicine perspective*, Wiley and Sons, New York.
- Stansfeld, S. et Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 443-462.

- Star, S. L. (2010). Ceci n'est pas un objet-frontière !. Réflexions sur l'origine d'un concept. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(4-1).
- Star, S. L. et Griesemer, J. R. (1989). Institutional ecology, translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social studies of science*, 19(3), 387-420.
- Stratton, E., Jones, N., Peters, S. E., Torous, J. et Glozier, N. (2021). Digital mHealth interventions for employees: systematic review and meta-analysis of their effects on workplace outcomes. *Journal of occupational and environmental medicine*, 63(8), e512-e525.
- Stratton, E., Lampit, A., Choi, I., Calvo, R. A., Harvey, S. B. et Glozier, N. (2017). Effectiveness of eHealth Interventions for reducing mental health conditions in employees: A Systematic review and Meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(12), e0189904. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189904>
- Swan, M. (2012). Sensor mania! the internet of things, wearable computing, objective metrics, and the quantified self 2.0. *Journal of Sensor and Actuator Networks*, 1(3), 217-253. <https://doi.org/10.3390/jsan1030217>
- Tambe, P., Cappelli, P. et Yakubovich, V. (2019). Artificial intelligence in human resources management: Challenges and a path forward. *California Management Review*, 61(4), 15-42.
- Tannenbaum, S. I. (1990). Human resource information systems: User group implications. *Journal of Systems management*, 41(1), 27.
- Tarik, S. A. D. K. I., Nouh, E. et Hicham, L. (2019). Tableau de bord prospectif comme outil de l'alignement stratégique et de pilotage de la performance des organisations : Cas de l'hôpital public. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 2(1).
- Temsamani, B. et Mensoum, Y. (2012). Utiliser les SIRH. Dans Peretti, J. M. (Dir.) (2012). *Tous DRH: Les meilleures pratiques par 51 professionnels*. (4^{ème} édition). Editions Eyrolles, 399-411.

- Thevenet, L. H. (2009). *Proposition d'une modélisation conceptuelle d'alignement stratégique: La méthode INSTAL* (Doctoral dissertation, Université Panthéon-Sorbonne-Paris I).
- Thietart, R. (2014). *Méthodes de recherche en management - 4ème édition*. Dunod.
- Trompette, P. et Vinck, D. (2009). Retour sur la notion d'objet-frontière. *Revue D'anthropologie Des Connaissances*, 3(1). <https://doi.org/10.3917/rac.006.0005>
- Ughetto, P. (2011). *Qui a besoin des risques psychosociaux ? « RPS », construction d'un problème public et travail*. (2011) : 49-75 <https://hal-enpc.archives-ouvertes.fr/hal-00659091>
- Ughetto, P. (2011). Pour ne pas se tromper de gestion de la santé au travail. Les niveaux d'un management attentif au « métier ». *Revue française de gestion*, 217(8) 61-75. <https://www.cairn.info/revue--2011-8-page-61.htm>.
- Uzman E., Maya I. (2019). Self-leadership Strategies as the Predictor of Self-esteem and Life Satisfaction in University Students, *International Journal of Progressive Education*, 15(2), 78-90.
- Valléry G., Leduc S. (2017). *Les risques psychosociaux*, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Que Sais-je ?
- Van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H. et Van Dijk, F. J. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American journal of public health*, 91(2), 270-276.
- Van Hoorebeke, D. (2008), La gestion des émotions au travail : une revue vers une nouvelle conception du management, *Humanisme et Entreprise*, 289(4), 81-103.
- Van Iddekinge, C. H., Lanivich, S. E., Roth, P. L. et Junco, E. (2016). Social media for selection? Validity and adverse impact potential of a Facebook-based assessment. *Journal of Management*, 42(7), 1811-1835.
- Van Rhenen, W., Blonk, R. W. B., Schaufeli, W. B. et Van Dijk, F. J. H. (2006). Can sickness absence be reduced by stress reduction programs: on the effectiveness of two

- approaches. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80(6), 505-515. <https://doi.org/10.1007/s00420-006-0157-9>
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C. et Trudel, L. (2006). Définir les risques. *Actes De La Recherche En Sciences Sociales*, 163(3), 32-38. <https://doi.org/10.3917/arss.163.0032>
- Vial, G. (2019). Understanding Digital Transformation: A review and a research agenda. *Journal of Strategic Information Systems*, 28(2), 118-144. <https://doi.org/10.1016/j.jsis.2019.01.003>
- Villani, D., Grassi, A., Cognetta, C., Toniolo, D., Cipresso, P. et Riva, G. (2013). Self-help stress management training through mobile phones: an experience with oncology nurses. *Psychological Services*, 10(3), 315-322. <https://doi.org/10.1037/a0026459>
- Volkoff, S. et Delgoulet, C. (2019). L'intensification du travail, et l'intensification des changements dans le travail : quels enjeux pour les travailleurs expérimentés ? *Psychologie Du Travail Et Des Organisations*, 25(1), 28-39. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2018.09.002>
- Vuattoux, J. (2020). Gérer les risques psychosociaux dans les organisations ? État de l'art pour un contrôle de gestion des RPS. *Revue de l'organisation responsable*, 15(3) 7-14. <https://doi.org/10.3917/ror.153.0007>
- Vuattoux, J. C. et Chakor, T. (2020). Le management du bonheur au travail est-il du greatwashing ?. *Liaisons sociales Magazine*, (214), 46-47
- Wacheux, F. et Rojot, J. (1996). *Méthodes qualitatives et recherche en gestion* (pp. 201-209). Paris: Economica
- Walrave, M. (2010). Comment introduire le télétravail ?. *Gestion*, 35(1), 76-87. <https://doi.org/10.3917/riges.351.0076>
- Weber, S., Lorenz, C. et Hemmings, N. R. (2019). Improving stress and positive mental health at work via an App-Based intervention: a Large-Scale Multi-Center randomized control trial. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02745s>

- Weissbrodt, R., Arial, M., Graf, M., Jemia, T. B., D'Anna, C. V. et Giauque, D. (2018). Prévenir les risques psychosociaux : une étude des perceptions et des pratiques des employeurs. *Relations industrielles*, 73(1), 174-203. <https://doi.org/10.7202/1044431ar>
- Willemin, B. (2018). Numérisation des données de soin : impact sur l'élaboration et les fonctions du dossier médical. *Droit, Santé et Société*, 5-6, 33-41. <https://doi.org/10.3917/dsso.055.0033>
- Windeck, D., Weber, J. et Strauss, E. (2015). Enrolling managers to accept the business partner: the role of boundary objects. *Journal of Management and Governance*, 19, 617-653.
- Wojcak, E., Bajzikova, L., Sajgalikova, H., et Poláková, M. (2016). How to achieve sustainable efficiency with Teleworkers: Leadership Model in Telework. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 229, 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.07.111>
- World Health Organization. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé* (No. WHO/HPR/HEP/98.1). Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Zawieja, P. et Guarnieri, F. (2014). *Dictionnaire des risques psychosociaux* (pp. 882-pages). Le Seuil.

Table des matières

Remerciements	5
Résumé / Abstract	7
Sommaire.....	9
Introduction générale.....	12
<i>La technologie au service de la prévention : un aperçu d'une journée future</i>	12
1. Un environnement aux défis multiples pour les organisations nécessitant une prévention accrue des risques pour la santé des travailleurs	14
2. L'adoption des TIC au sein des organisations : les perspectives de la donnée pour la GRH et la prévention de la santé au travail	21
3. Présentation des objectifs de notre travail de recherche et du positionnement méthodologique	27
PREMIÈRE PARTIE. Cadre théorique de la recherche	32
Chapitre I. La prévention des risques psychosociaux au travail : une notion englobante qui porte un clivage autour de la responsabilité de la santé au travail.....	34
I.1. Un tour d'horizon des fondements du concept vaste mais réglementé des RPS : une analyse par le langage institutionnel, par la réglementation et par la littérature scientifique	35
I.1.1. Dans les organisations nationales et internationales : une notion floue.....	35
I.1.1.1. Le rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (Gollac et Bodier, 2011)	35
I.1.1.2. Les définitions issues des organismes français et européens	37
I.1.2. Une approche limitée de la réglementation face à une notion poreuse et au grand nombre de facteurs de RPS	38
I.1.2.1. La réglementation européenne comme source historique	39
I.1.2.2. Le code du travail français : une protection globale de la santé des travailleurs	39
I.1.2.3. L'apport des accords nationaux interprofessionnels dans le traitement des RPS	42
I.1.3. Dans la littérature scientifique : un grand nombre de théories associées aux RPS malgré la prévalence de l'approche par le <i>jobstrain</i>	43
I.1.3.1. Analyse quantitative de la littérature : un champ de recherche dynamique, présentant une prédominance du thème du <i>jobstrain</i>	43
I.1.3.1.1. Processus d'identification des recherches portant sur les RPS : intérêt et méthodologie de la bibliométrie	43
I.1.3.1.2. Analyse de la dynamique de recherche : une recherche toujours en plein essor	45
I.1.3.1.3. Analyse des citations et co-citations : une influence du modèle de Karasek.....	46
I.1.3.2. Analyse qualitative de la littérature : un champ théorique vaste et une notion difficile à positionner entre causes et conséquences.....	47
I.1.3.2.1. Un premier obstacle : un grand nombre de théories autour des RPS	48
I.1.3.2.2. Un second obstacle : au centre de l'incompréhension des RPS, la notion de cause et de conséquence pour la santé au travail	49
I.2. Derrière la prévention des risques psychosociaux, le difficile ajustement des intérêts liés à la responsabilité des risques professionnels	52
I.2.1. Une approche de la prévention par les risques pour la santé à l'efficacité variable selon le niveau de prévention	52

I.2.1.1. La prévention des RPS, un écho aux trois niveaux de prévention de la santé au travail	52
I.2.1.2. Un intérêt de la prévention des RPS à agir sur un niveau de prévention primaire.....	54
I.2.1.3. Dans la réalité, la mise en œuvre des actions les moins préventives	55
I.2.2. Le clivage autour de la responsabilisation des RPS comme source de la mise en œuvre des actions les moins préventives.....	56
I.3. L'analyse stratégique de Crozier et Friedberg : une organisation constituée d'individus ayant des stratégies individuelles.....	61
I.3.1. La complexité des comportements humains dans les organisations selon Crozier et Friedberg.....	61
I.3.2. La source du pouvoir des acteurs au sein de l'organisation.....	62
I.3.3. Le système d'action concret.....	65
Conclusion du chapitre I	67
Chapitre II. La mobilisation comme condition à la réussite d'une intervention pour la prévention des RPS.....	69
II.1. L'intervention pour la prévention des risques psychosociaux au travail : fondements, approches et mise en œuvre	70
II.1.1. Définir l'intervention pour la prévention des risques psychosociaux au travail	70
II.1.2. Le lien entre l'approche individuelle ou organisationnelle de l'intervention et la mobilisation des parties prenantes.....	71
II.1.2.1. Adapter l'homme au travail ou le travail à l'homme	71
II.1.2.2. Le lien entre la mobilisation d'acteurs et la prévention de niveau primaire, secondaire et tertiaire	73
II.1.2.3. Organisationnelle et individuelle, des approches complémentaires	75
II.2. Les principaux facteurs de réussite ou d'échec d'une intervention pour la prévention des RPS	78
II.2.1. Un niveau d'intervention individuel inadapté	78
II.2.1.1. Une tendance à l'individualisation des risques	78
II.2.1.2. Le risque de la psychologisation des réponses.....	79
II.2.2. Une approche épidémiologique contestée	80
II.2.2.1. Les critiques de l'approche épidémiologique de la prévention des RPS	80
II.2.2.2. La prévention des risques psychosociaux par la clinique de l'activité et l'importance du collectif.....	82
II.2.2.2.1. Les freins à l'action sur l'activité	83
II.2.2.2.2. L'alternative de la clinique de l'activité : le développement du pouvoir d'agir de l'individu et le rôle crucial du collectif.....	84
II.2.3. La pérennisation de la solution et le caractère coopératif du processus d'intervention	86
II.3. Les parties-prenantes pour la prévention de la santé au travail.....	90
II.3.1. Les instances représentatives du personnel : un acteur catalyseur et médiateur pour la prévention de la santé au travail.....	91
II.3.2. Le management de proximité : une mise en avant pour la prévention de la santé au travail	93
II.3.3. Le dirigeant et sa capacité décisionnelle : un support indispensable dans la prévention de la santé au travail	95
II.3.4. Le service de gestion des ressources humaines (GRH) : une fonction en évolution.....	96
II.3.5. Les services de prévention et de santé au travail (SPST) : une transformation pour un renforcement de la prévention de la santé au travail.....	98

II.3.6. Les cabinets de conseil : entre posture co-constructive, adaptative et militante	99
Conclusion du chapitre II	102
Chapitre III. La transformation numérique de la prévention des risques professionnels	103
III.1. La M-santé, une branche de la E-santé qui comprend des technologies, des objectifs et des perspectives à distinguer	104
III.1.1. L'application des technologies de l'information et de la communication à la santé : de la E-santé à la M-santé	104
III.1.2. Face à l'explosion de la M-santé, le déploiement de deux référentiels par la Haute Autorité de Santé	107
III.1.3. Le clivage opportunité/risque de l'utilisation des TIC pour la santé : entre l'enthousiasme d'un nouveau pouvoir d'agir et le risque d'un corps instrumentalisé	109
III.2. La transformation numérique de la prévention des risques professionnels portée par la M-santé	114
III.2.1. La transformation numérique des organisations : un enjeu de pérennité organisationnelle	114
III.2.2. De la numérisation, à la digitalisation jusqu'à la transformation numérique pour la santé au travail : des processus distincts à la complexité variable	115
III.3. Les évolutions de l'intervention pour la prévention des risques professionnels induites par la transformation numérique	119
III.3.1. Une capacité de transformation de la prévention de la santé au travail : analyses de la technologie et des objectifs d'intervention de la M-santé par les applications analysées dans la littérature	119
III.3.1.1. Cinq influences technologiques des TIC sur la transformation de la prévention de la santé au travail	119
III.3.1.2. Deux objectifs interventionnels des applications liées à la M-santé : une gestion plus autonome de sa santé et une aide à la décision et à l'action pour les organisations et les professionnels de la santé au travail	123
III.3.2. Les conséquences des évolutions de l'intervention pour la prévention de la santé au travail induites par la transformation numérique	127
III.3.2.1. Des questionnaires de santé plus puissants	127
III.3.2.2. Le développement des technologies de quantification de soi et collaboratives : un nouveau positionnement interventionnel du travailleur-patient	129
III.3.2.2.1. Le développement du <i>quantified self</i> en santé au travail : un positionnement du travailleur-patient au centre du processus de prévention	129
III.3.2.2.2. Le <i>self-tracking</i> , une attitude néolibérale pour le développement de soi	131
III.3.2.2.3. Le potentiel collaboratif des plateformes numériques : un empowerment du salarié connecté pour la santé au travail	133
III.3.2.2.4. Du caractère collectif des applications au <i>care</i> collectif	135
III.3.2.3. La transformation numérique au service des décideurs dans les organisations : les outils d'aide à la décision pour la santé des travailleurs dans un contexte du développement de la quantification RH	136
III.3.2.3.1. Des outils de diagnostic et de gestion des risques professionnels limités	136
III.3.2.3.2. Une volonté croissante de quantifier les ressources humaines	139
III.3.2.3.3. La quantification RH au service de l' <i>Evidence Based Management (EBM)</i>	142
III.4. Les enjeux stratégiques derrière l'adoption d'outils de gestion numériques pour la prévention des risques professionnels	146

III.4.1. Le rôle stratégique du système d'information sur la performance de l'organisation.....	146
III.4.1.1. Le système d'information RH, l'agrégation de ressources techniques et humaines pour atteindre un objectif commun	147
III.4.1.2. La cohérence des systèmes d'information avec la stratégie de l'organisation : l'alignement stratégique comme facteur de performance organisationnelle.....	149
III.4.2. La capacité d'influence d'un outil de gestion : du déterminisme technique à l'appropriation de l'outil	151
III.4.2.1. Définition d'un outil de gestion et des autres notions proches de règles, dispositifs et objets de gestion	151
III.4.2.2. Le déterminisme technologique de l'outil de gestion.....	153
III.4.2.2.1. Le déterminisme technique comme facteur de changement au sein de l'organisation	153
III.4.2.2.2. La scénarisation de l'action par l'outil de gestion	154
III.4.2.2.3. Les grandes fonctions de l'outil de gestion.....	155
III.4.2.3. Au-delà du déterminisme technique, la question de l'appropriation des outils de gestion et des intérêts stratégiques des adoptants	157
III.4.2.3.1. L'intervention de l'utilisateur sur l'outil de gestion	157
III.4.2.3.2. Les types d'appropriations et les intérêts individuels	158
III.4.3. L'outil de gestion comme objet de coopération dans le processus de résolution des problématiques organisationnelles : la théorie de l'acteur réseau et le concept de l'objet-frontière	161
III.4.3.1. À l'origine de l'objet frontière : les apports de la théorie de l'acteur réseau	162
III.4.3.2. Le rôle des objets frontières dans le processus de traduction : le cas du musée d'histoire naturelle de Star et Griesemer (1989)	164
III.4.3.3. L'outil de gestion comme objet-frontière.....	165
III.4.3.3.1. Les caractéristiques d'un objet frontière.....	166
III.4.3.3.2. L'application de l'objet-frontière à l'outil de gestion.....	167
Conclusion du chapitre III.....	170
Conclusion de la première partie	172
DEUXIÈME PARTIE. Étude exploratoire sur les applications de QVCT à destination des organisations.....	174
Chapitre IV. Méthodologie de recherche d'une étude qualitative à visée compréhensive.	176
IV.1. Construction de l'objet de recherche	177
IV.2. Positionnement épistémologique : l'interprétativisme et la recherche du sens	179
IV.3. Construction du matériau empirique.....	182
IV.3.1. Justification de l'approche qualitative	182
IV.3.2. Construction de l'échantillon des applications étudiées	183
IV.3.2.1. Cartographie du marché des applications de santé au travail.....	183
IV.3.2.2. Sélection des applications de QVCT.....	184
IV.3.3. Construction de l'échantillon des individus interrogés.....	186
IV.3.3.1. L'entretien semi-directif.....	186
IV.3.3.2. Le guide d'entretien et son élaboration	187
IV.3.3.3. Les entretiens.....	188
IV.3.4. Documentation	191
IV.3.5. Participation aux événements physiques et numériques et prise en main des outils	191

IV.4. Présentation du raisonnement abductif et de la méthodologie d'analyse des données	192
IV.4.1. Le raisonnement abductif : une dynamique itérative entre littérature et terrain	192
IV.4.2. Codage des données et détermination de la taille de l'échantillon	194
Conclusion du chapitre IV	197
Chapitre V. Analyse des résultats : une étude exploratoire des applications de QVCT sur la prévention des risques psychosociaux	198
V.1. Première phase - Un marché hétéroclite et segmenté entre une approche individuelle et organisationnelle de la prévention	199
V.1.1. Un marché vaste et hétéroclite difficilement délimitable	199
V.1.2. Des outils d'accompagnement et d'interaction segmentés entre une approche individuelle et organisationnelle	201
V.1.2.1. Une action entre la sphère privée et professionnelle	201
V.1.2.2. Une segmentation entre une approche individuelle et organisationnelle de l'intervention.....	205
V.1.2.2.1. L'approche individuelle : une action individualisée, une prise en charge par le salarié de sa propre santé.	206
V.1.2.2.2. L'approche organisationnelle : une action organisationnelle, intégrant le salarié dans une démarche collective d'amélioration	207
V.2. Deuxième phase - La prévention des RPS liée à l'adoption des applications	211
V.2.1. Un double schéma de fonctionnement destiné aux administrateurs-décideurs ou aux utilisateurs-subordonnés	211
V.2.1.1. Le choix des applications étudiées : la M-santé appliquée à la sphère professionnelle	211
V.2.1.2. Le schéma de fonctionnement appliqué au double axe d'auto-gestion et de gestion de la santé et des conditions de travail	212
V.2.2. Une action de prévention à large spectre : de la prévention primaire à la prévention tertiaire	217
V.2.3. Des actions de prévention qui dépassent le bien-être au travail : le lien des applications avec la prévention des risques psychosociaux	219
V.3. Troisième phase - Le tissu d'acteurs de la prévention des RPS : de multiples enjeux pour les parties-prenantes et de nouvelles perspectives amenées par l'usage du numérique	224
V.3.1. Un large réseau d'acteurs pour la prévention des risques psychosociaux.....	224
V.3.1.1. Cartographie et rôles des acteurs internes à l'organisation.....	226
V.3.1.1.1. Le dirigeant : décisionnaire incontournable ayant un pouvoir d'impulser ou d'arrêter la démarche de prévention.....	226
V.3.1.1.2. Les services de gestion des ressources humaines (RH) et de qualité hygiène sécurité et environnement (QHSE) : acteurs clés dans la réflexion stratégique et l'action opérationnelle de la démarche de prévention	227
V.3.1.1.3. Le manager de proximité : relai de la direction et gestionnaire RH de proximité	229
V.3.1.1.4. Le CSE et la CSSCT : des instances de consultation et moteurs de la démarche	230
V.3.1.1.5. Les syndicats : représentants clés de la protection des travailleurs	232
V.3.1.1.6. Les subordonnés : premiers acteurs concernés par la prévention	233
V.3.1.2. Cartographie et rôles des acteurs externes à l'organisation	234
V.3.1.2.1. Les services de prévention et de santé au travail interentreprises : l'expertise médicale de la santé au travail	234

V.3.1.2.2. Les organismes publics : un spectre large, de la réglementation à l'accompagnement	237
V.3.1.2.3. Les cabinets conseil : un regard extérieur	238
V.3.2. Des enjeux liés à la prévention des RPS qui influencent la capacité d'intervenir des acteurs	239
V.3.2.1. L'enjeu économique : un équilibre bénéfique/risque source d'inquiétudes pour les organisations	240
V.3.2.1.1. Un intérêt économique pour les dirigeants.....	240
V.3.2.1.2. Des peurs liées au coût de l'intervention	241
V.3.2.2. L'enjeu légal et la question de la (dé)responsabilisation des risques professionnels	246
V.3.2.3. L'enjeu de la capacité d'intervention des professionnels de la santé au travail face à un manque de moyens.....	249
V.3.2.4. L'enjeu de la capacité d'intervention des acteurs internes à l'organisation pour cause de méconnaissance de la prévention de la santé au travail.....	253
V.3.3. Les perspectives portées par le numérique dans la démarche de prévention des RPS.....	254
V.3.3.1. Améliorer la temporalité de l'intervention	254
V.3.3.2. Rendre l'intervention plus accessible par une démarche moins « lourde ».....	256
V.3.3.3. Donner la possibilité de traiter de plus grands volumes d'informations et obtenir de nouveaux indicateurs organisationnels	259
V.3.3.4. Introduire une dynamique mobilisatrice	260
V.3.4. Les problématiques soulevées par les applications	262
V.3.4.1. Le pouvoir qu'offre l'information	262
V.3.4.2. La crainte des conséquences sur la place de différentes parties-prenantes	265
V.3.4.3. La crainte de la responsabilisation morale des salariés	267
V.4. Quatrième phase - Les répercussions de l'adoption des applications sur le rôle des parties prenantes pour la prévention des RPS : des subordonnés autonomisés, un management redéfini, une GRH accompagnante.....	270
V.4.1. Un renforcement du rôle des subordonnés comme partie-prenante active porté par une philosophie d'autonomisation sous-jacente au fonctionnement des applications	270
V.4.1.1. Le rôle perçu du salarié sur sa santé au travail : un individu engagé dans la prévention et clairvoyant sur sa condition, le rendant capable d'agir sur lui-même.....	270
V.4.1.2. Un subordonné autonomisé par un outillage de prévention de sa santé au travail	272
V.4.2. La transformation du rôle des managers par les plateformes numériques de bien-être au travail dans un contexte de télétravail : une place prépondérante de la gestion émotionnelle des équipes.....	277
V.4.2.1. Un management confronté aux risques perçus du télétravail en mode dégradé.....	278
V.4.2.2. La transformation du rôle des managers par les applications dans un contexte de télétravail	279
V.4.2.3. Un management soucieux de la santé et des émotions des collaborateurs	281
V.4.3. Une gestion des ressources humaines augmentée et accompagnante	282
V.4.3.1. Un manager outillé pour gérer en autonomie les problématiques de son équipe.....	283
V.4.3.2. Encadrer et engager les équipes dans une dynamique collaborative	284

V.4.3.3. Un pilotage RH renforcé qui permet de mettre en place des actions et d’être accompagnant en gardant un certain niveau de contrôle sur les actions des équipes	285
Conclusion du chapitre V	290
Chapitre VI. Discussion	291
VI.1. La transformation numérique face aux enjeux persistants de la prévention de la prévention des risques psychosociaux	292
VI.1.1. Des applications de QVCT pour la prévention des risques psychosociaux	292
VI.1.2. Une transformation numérique dans le domaine de la santé au travail porteuse de simplification du processus d’intervention et d’instantanéité	294
VI.1.3. Adapter le travail à l’homme ou l’homme au travail ? La double approche transposée à la M-santé	297
VI.1.3.1. Une application au service de l’organisation ou du travailleur	297
VI.1.3.2. La responsabilisation de la santé au travail	299
VI.1.3.3. Une action toujours orientée sur un niveau de prévention tertiaire	300
VI.1.4. Une lutte de pouvoirs pour des acteurs qui souhaitent conserver leurs prérogatives face au besoin de mobiliser un collectif	302
VI.1.4.1. Le poids de la donnée numérique dans les luttes de pouvoir	302
VI.1.4.2. La volonté de créer et de maintenir un collectif	304
VI.2. La transformation du rôle du subordonné, repositionné comme partie-prenante active	306
VI.2.1. La prévention des RPS par un salarié autonomisé	306
VI.2.2. Les particularités du <i>quantified self</i> face aux contraintes du monde professionnel	308
VI.3. La place du numérique dans une transformation durable du rôle du manager par la gestion émotionnelle des équipes dans un contexte de développement du télétravail....	310
VI.3.1. La prévention des risques du télétravail par la gestion émotionnelle des équipes	310
VI.3.2. La prévention d’une disruption en télétravail par une évolution du management	311
VI.3.3. Le soutien au développement de l’auto-management par les salariés	312
VI.4. Entre soutien et contrôle : une GRH déléguée et renforcée par le numérique.....	313
VI.4.1. Des plateformes d’ <i>evidence based management</i> au service de la GRH	314
VI.4.2. Une fonction RH accompagnatrice du management de proximité, déléguant et accompagnant la gestion des ressources humaines par les équipes	315
VI.4.3. Malgré une autonomie donnée aux équipes, le service RH conserve un certain niveau de contrôle sur l’action des équipes	315
Conclusion du chapitre VI	317
Conclusion de la deuxième partie	318
Conclusion générale	319
1. Les contributions théoriques de la recherche	319
2. Les contributions managériales de la recherche	325
3. Les limites de la recherche	329
4. Les perspectives de recherche	331
Références bibliographiques	334
Table des matières	366
Table des figures	373
Table des tableaux	375
Annexes et table des annexes	376

Table des figures

Figure 1 : Étapes de collecte de données sur les « risques psychosociaux » à partir de la plateforme Web of Science	44
Figure 2 : Analyse bibliométrique sur les risques psychosociaux - nombre de publications par année.....	46
Figure 3 : Modèle de gestion préventive du stress issue de Hargrove et al., 2011	53
Figure 4 : Synthèse des trois niveaux de prévention de la santé au travail adaptés aux risques psychosociaux (production personnelle)	54
Figure 5 : Représentation temporelle du processus d'intervention pour la santé au travail (Rouat et Sarnin, 2018)	71
Figure 6 : Les niveaux d'intervention pour le stress au travail et ses conséquences (Franck et Cooper, 1987).....	73
Figure 7 : Les dimensions liées à la capacité transformatrice de l'intervention (Rouat et al., 2021).....	88
Figure 8 : Le champ de la e-santé – tiré du livre blanc sur la santé connectée (CNOM, 2015)	104
Figure 9 : Modulation du référentiel par une matrice de risque issue du rapport de la HAS (2016)	108
Figure 10 : Évolutions générales liées à la transformation numérique de la santé selon l'Institut Montaigne (2020).	120
Figure 11 : Transposition de l'influence des TIC sur la transformation des organisations (Bobillier Chaumon, 2017), appliquée à la santé au travail (production personnelle).....	121
Figure 12 : Objectifs interventionnels de l'usage des applications de M-santé pour la prévention de la santé au travail (tableau de la littérature en annexe 1)	124
Figure 13 : Les modes de <i>seft-tracking</i> selon Lupton (2016).....	132
Figure 14 : L'alignement stratégique issu de Henderson et al. (1999).....	150
Figure 15 : Les éléments constitutifs d'un outil de gestion selon Hatchuel et Weil (1992) ..	154
Figure 16 : Les quatre étapes du processus de traduction (Callon, 1986).....	162
Figure 17 : Schéma du processus de traduction dans l'approche traditionnelle de l'ANT (figure 1) et dans l'approche de Star et Griesemer (1986) (figure 2).....	165
Figure 18 : Division du marché des applications de bien-être au travail entre une intervention orientée sur la sphère personnelle ou professionnelle	184
Figure 19 : Structure des données issues de Gioia et al. (2013).....	195
Figure 20 : Résultats des applications, extrait du rapport Be.digit 2019.....	200
Figure 21 : Le marché des applications de « bien-être au travail » (production personnelle).....	206
Figure 22 : Enquête pulse de la plateforme Glint sur l'impact de la crise sanitaire.....	209
Figure 23 : Catégories d'applications retenues pour notre démarche exploratoire (1 et 2) ...	212
Figure 24 : Schéma de fonctionnement des applications retenues	213

Figure 25 : Niveau de prévention primaire, tertiaire ou secondaire appliqué au schéma de fonctionnement des applications 217

Table des tableaux

Tableau 1. Synthèse des quatre phases exploratoires par raisonnement abductif de notre processus de recherche	30
Tableau 2. Les six facteurs de risques issus du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail présidé par Michel Gollac (2011)	36
Tableau 3. Définitions des risques psychosociaux par des organisations nationales et internationales	37
Tableau 4. Top 10 des articles les plus cités dans le champ de recherche des risques psychosociaux pour les travailleurs.....	47
Tableau 5. Liste partielle de théories se rapportant aux six facteurs issus du rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (Gollac et Bodier, 2011)	49
Tableau 6. Les trois fonctions d'un outil de gestion, adaptation des travaux de Chiapello et Gilbert (2016).....	155
Tableau 7 . Les trois perspectives sur la question de l'appropriation (De Vaujany, 2005) ...	160
Tableau 8. Synthèse des entretiens des entreprises prestataires des applications de prévention	185
Tableau 9. Structure générale du guide d'entretien	188
Tableau 10. Synthèse de la répartition des entretiens semi-directifs réalisés	190
Tableau 11. Les quatre phases exploratoires par raisonnement abductif de notre processus de recherche	193
Tableau 12. Grille d'analyse des données sur la question de la transformation du rôle des managers par les plateformes numériques de bien-être au travail dans un contexte de télétravail (V.4.2.)	196
Tableau 13. Principaux acteurs des démarches de prévention de la santé au travail	225

Annexes et table des annexes

Annexe 1. Analyse de la littérature portant sur les applications dédiées à la santé au travail	377
Annexe 2. Liste des 41 plateformes de bien-être référencées et analysées	382
Annexe 3. Plaquette de présentation des application de QVCT	383
Annexe 4. Profil des répondants	385
Annexe 5. Guide d’entretien	387
Annexe 6. Message de sollicitation d’entretien publié sur LinkedIn	388

Annexe 1. Analyse de la littérature portant sur les applications dédiées à la santé au travail

Auteur/ Année	Méthode	Contexte	Résultat	Discussion
La technologie pour la gestion autonome de sa santé				
Lee (2022)	Questionnaire N = 82 travailleurs Mesure du stress perçu, de l'anxiété, de la dépression et de l'engagement au travail avant et après mise en place de l'application mobile	Mesure de l'efficacité d'une application mobile pour l'auto-gestion de son stress avec trois fonctionnalités : - Une autogestion incluant un journal de travail, - Des conseils basés sur la thérapie cognitivo-comportementale - Des interventions axées sur la musique, la méditation, la relaxation et la guérison par l'image.	- Effet significatif mais faible sur le stress - Pas d'effet sur l'anxiété, la dépression et l'engagement au travail 85% des participants étaient néanmoins satisfaits de l'intervention et estiment que leur santé mentale en a bénéficié.	L'intervention de gestion du stress basée sur une application a montré des effets positifs, mais faibles, sur des salariés très stressés. Elle conforte les résultats sur l'efficacité des applications mobiles pour la gestion du stress. Il n'y a cependant pas d'effet sur l'anxiété, la dépression et l'engagement au travail. Recherches futures : Des études devraient porter sur les résultats liés au travail et les symptômes de santé mentale chez les travailleurs en appliquant de nouvelles TIC et en abordant les limites des interventions mobiles.
Hwang et Jo (2019)	Questionnaire Population : infirmières Essai randomisé contrôlé N=56 Groupe expérimental = 26 Groupe contrôle = 30	Étude d'un programme de gestion du stress basé sur des applications (son, yoga, méditation...).	Impact des applications : - Positif et significatif sur le stress au travail et indirectement impacterait positivement le travail émotionnel, l'auto-efficacité et le bien-être, la dépression ou encore l'anxiété Non-significatif sur la dépression et l'anxiété	Les applications ont un potentiel positif sur le stress concernant la prévention et les réponses immédiates à celui-ci, à mesure que les connaissances des utilisateurs des applications augmentent. L'effet non significatif sur la dépression et l'anxiété s'expliquerait par des niveaux déjà faibles des groupes expérimentaux et contrôle. Recherches futures : développer un échantillon plus large, analyser un plus grand nombre de facteurs, avec des fonctionnalités nouvelles de ce type d'application
Villani et al. (2013)	Questionnaires Population : Infirmiers en oncologie Essai randomisé contrôlé N = 30 Groupe expérimental = 15 Groupe contrôle = 15	Étude de l'utilisation d'un protocole via des téléphones portables pour la gestion du stress, à travers le « Mobile Stress Inoculation Training ».	Le groupe qui a visionné des vidéos selon le protocole SIT ont montré une diminution significative de l'anxiété par rapport au groupe contrôle.	L'efficacité du protocole M-SIT sur l'anxiété s'est précisée par l'amélioration du changement affectif (traits d'anxiété et acquisition de capacités d'adaptation). Recherches futures : Des essais contrôlés pour confronter l'efficacité de cette approche avec des approches concurrentes et l'analyse des effets à long terme.
Fiol- DeRoque et al. (2021)	Questionnaire Population : travailleurs dans le	Étude de l'efficacité d'une application portant sur les compétences émotionnelles, l'hygiène de vie, l'épuisement professionnel et le soutien	Les résultats montrent qu'entre le groupe témoin et le groupe expérimental :	L'absence d'effet entre le groupe témoin et expérimental de la population globale ou lorsque les individus n'avaient pas un soutien complémentaire peut être causé par

	<p>domaine de la santé</p> <p>Essai randomisé contrôlé</p> <p>N = 482</p> <p>Groupe expérimental = 248</p> <p>Groupe contrôle = 234</p>	<p>social, et sur une application « contrôle » basée sur des recommandations générales sur les soins en santé mentale.</p>	<p>- Une amélioration significative pour les soignants consommant des psychotropes ou suivant une psychothérapie concernant l'anxiété, le stress, de stress post-traumatique avec une psychothérapie, l'insomnie, sans effet sur la dépression, l'épuisement émotionnel, l'accomplissement professionnel ou d'auto-efficacité, la dépersonnalisation.</p> <p>- Aucune différence significative n'a été observée pour les travailleurs ne consommant pas de médicaments psychotropes ou suivants de psychothérapie</p>	<p>le fait que l'application témoin aurait déjà un effet sur eux grâce aux informations qu'elle fournit, ou plus spécifiquement par l'effet Hawthorne.</p> <p>Concernant l'efficacité sur la population disposait déjà d'une aide pour la santé mentale, l'étude valide des résultats précédemment établis. Elle peut s'expliquer par l'effet sur la motivation.</p> <p>Intégrées dans un cadre clinique, les applications de M-santé peuvent avoir des effets positifs.</p> <p>Recherches futures : effectuer un suivi prospectif afin d'identifier des modèles d'utilisation qui produisent des avantages d'intervention plus élevés.</p>
Behrendt et al. (2020)	<p>Questionnaire</p> <p>Essai randomisé contrôlé</p> <p>Population : population active</p> <p>N = 177</p> <p>Groupe expérimental = 88</p> <p>Groupe contrôle = 89</p>	<p>Étude sur l'efficacité d'une plateforme web d'auto-assistance contre les troubles du sommeil.</p>	<p>Les individus ayant suivi l'auto-assistance ont une sévérité de l'insomnie significativement plus faible à court et long terme (6 mois)</p> <p>L'efficacité a été prouvée pour lutter contre l'insomnie mais aussi sur les symptômes dépressifs.</p> <p>L'intervention a agi sur l'activité cognitive présommeil, dont les effets ont été plus importants sur celle liée au travail que l'activité cognitive générale.</p>	<p>L'efficacité de l'auto-assistance par une plateforme web peut être interprétée comme un soutien pour la prévention car elle a aussi bien agi sur le court et le long terme, pour de faibles à fort niveau d'insomnie. Les auteurs l'interprètent comme un outil qui pourrait donc aussi agir comme un soutien à la prévention.</p> <p>L'efficacité de l'action sur l'insomnie et la dépression souligne la relation étroite entre ces deux facteurs.</p> <p>L'absence d'effet observé sur l'absentéisme peut s'expliquer par un faible taux initial d'absentéisme dans l'échantillon, et que les précédentes recherches ont souligné que son efficacité de ce type d'outil était avant tout observé sur le présentéisme.</p> <p>Recherches futures : Déterminer quels éléments de la formation étaient les plus efficaces. La comparaison avec d'autres types d'intervention d'auto-assistance serait pertinente.</p>
Sasaki et al. (2021)	<p>Questionnaire</p> <p>Essai randomisé contrôlé</p>	<p>Évaluation de l'efficacité d'un programme en autonomie de gestion du stress sur smartphone sur l'amélioration de l'engagement. Ce programme de TCC s'est déroulé sur 6 semaines en 6</p>	<p>L'engagement dans le groupe A n'a pas augmenté. Pour le groupe B, il a augmenté jusqu'au 3^{ème} mois puis</p>	<p>Le caractère séquentiel fixe du programme de TCC sur une application explique son efficacité sur le court terme (groupe B). L'inefficacité à 7 mois pourrait s'expliquer par l'oubli de ce qui a été appris.</p>

	<p>Population : infirmières</p> <p>Échantillons à 7 mois : N = 873</p> <p>Groupe expérimental A = 288</p> <p>Groupe expérimental B = 294</p> <p>Groupe contrôle = 291</p>	<p>leçons, en choix libre (groupe A) ou dans un ordre prédéterminé (groupe B).</p>	<p>diminué jusqu'au 7^{ème} mois.</p>	<p>Recherches futures : L'étude de l'amélioration de ce programme avec des rappels réguliers peut permettre de mieux comprendre l'inefficacité à 7 mois. D'autres professions peuvent aussi être étudiées.</p>
<p>Nixon et al. (2022)</p>	<p>Questionnaire</p> <p>Population : employés</p> <p>Essai randomisé contrôlé</p> <p>N = 224</p> <p>Groupe de recherche = 105</p> <p>Groupe contrôle = 119</p>	<p>Les interventions de gestion du stress basées sur le web (SMI) ont montré une efficacité sur la gestion du stress et l'auto-efficacité.</p>	<p>Dans le cadre du modèle effort-récompense :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les SMI ont eu un effet positif concernant la composante « récompense », les aspects gratifiants au travail. - Les SMI n'ont pas d'effet direct ou indirect sur la composante « effort » 	<p>Les SMI ont la capacité de réduire le stress élevé, même dans une situation d'un déséquilibre entre des efforts élevés et des récompenses faibles et l'amélioration de l'auto-efficacité. Ce résultat souligne les conclusions d'études précédentes sur l'efficacité des interventions professionnelles en ligne.</p> <p>Recherches futures : Évaluer l'efficacité d'une intervention centrée sur la personne par une intervention centrée sur l'organisation pour avoir un effet sur la composante « effort ».</p>
<p>Nuijten et al. 2022</p>	<p>Essai randomisé contrôlé</p> <p>N = 176</p> <p>Groupe expérimental = 84</p> <p>Groupe contrôle = 82</p>	<p>Étudier auprès d'utilisateurs d'une application de M-santé gamifiée pour l'amélioration de la santé physique les effets sur l'engagement envers le programme en laissant ou non les utilisateurs décider de leurs objectifs, plutôt que de proposer des objectifs génériques.</p>	<p>L'engagement envers le programme a baissé dans les deux groupes.</p> <p>Le groupe expérimental avec la possibilité de décider eux-mêmes de leurs objectifs a cependant été plus engagé envers le programme.</p>	<p>La baisse de l'engagement général s'expliquerait par le fait qu'un faible nombre d'utilisateurs s'était fixé comme objectif d'améliorer leurs performances actuelles.</p> <p>La personnalisation par un utilisateur d'un programme, bien que limitée, favorise cependant son engagement dans celui-ci.</p>
La technologie comme aide à la décision et à l'action pour les organisations				
<p>Grimm et al. (2020)</p>	<p>Présentation d'un outil numérique d'aide à la décision et à la mise en place d'actions pour la prévention de la santé et au bien-être psychologique .</p>	<p>Analyse du design d'une application « wecoach » qui doit renforcer les capacités des managers de proximité à améliorer les conditions de travail en lien avec la santé psychologique et le bien-être de leur équipe. L'application basée sur un chat automatisé guide le chef d'équipe fournissant une carte mentale de la santé au travail, des outils de formations et d'auto-évaluation, un système d'enquête et une évolution des progrès.</p> <p>Cet outil produit selon les auteurs une approche d'intervention globale. L'agent conversationnel (le chatbot) guide le chef d'équipe. Il lui fournit lors des séances de coaching des</p>	<p>L'article ne présente pas de résultats</p>	<p>Cette nouvelle approche de l'intervention numérique qui, à l'aide d'un chatbot, guide le chef d'équipe. Il doit cependant être accompagné d'une stratégie pour montrer la valeur ajoutée pour l'adoption de l'outil.</p> <p>Les auteurs conseillent que le chef d'équipe renforcé par l'outil d'avoir une approche participative dans le cadre des changements initiés.</p> <p>Enfin un système persuasif est présent. Il doit guider sans forcer les dirigeants tout au long des séances de coaching, aussi appelé « tunneling ».</p>

		outils d'auto-évaluation, des enquêtes d'équipe et des ateliers d'équipe.		
Beaufig eau-Pulci (2020)	<p>Étude de cas d'une entreprise qui utilise la plateforme.</p> <p>Une analyse des effets auprès de 23 volontaires</p> <p>Observations et questionnaires</p>	<p>Présentation de l'opportunité du digital pour la prévention de la santé au travail. L'outil doit permettre d'interagir avec les salariés et de réaliser des actions sur le travail.</p> <p>Deux objectifs de l'outil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser et engager les utilisateurs sur la prévention de la santé - Mesurer en temps réel le bien-être global pour fournir des indicateurs <p>Des questionnaires papier sur les RPS/QVT et les TMS ont permis de mesurer les effets à 6 et 12 mois.</p> <p>Un journal de bord produit à partir du pilotage de la QVT en temps réel, du score de bien-être et des réponses aux questionnaires RPS/TMS.</p>	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création d'une cartographie et d'un tableau de bord à destination des managers - Appui la pertinence d'un feedback en temps réel <p>Médecins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du suivi des salariés - Canal de communication facilité pour proposer des conseils de prévention - Diminution de 15% des douleurs biomécaniques <p>Salariés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La perception du salarié acteur de sa santé a augmenté de 30% <p>Des habitudes de vie déclarées changées pour 50% des utilisateurs</p>	<p>L'outil est présenté comme un dispositif médical de prévention opérationnel, pour le suivi RPS et les TMS.</p> <p>Les salariés ont confiance et modifient leurs comportements, obtiennent un canal de communication anonyme.</p> <p>L'organisation et les managers modifient leur stratégie d'action avec l'utilisation des indicateurs fournis, ils deviennent lanceurs d'alerte. Ils disposent de nouveaux indicateurs sur les RPS et TMS.</p> <p>Les services de santé au travail disposent d'informations précises et évolutives sur les TMS et ont un canal de communication facilité avec les salariés et managers. Leurs actions sont plus ciblées.</p> <p>L'outil favorise la collaboration multidisciplinaire, de supprimer des « silos métiers » et de fournir et rassembler des informations variées et riches.</p> <p>Recherches futures : une durée d'évaluation plus longue de suivi doit permettre d'améliorer des indicateurs. Possibilité de proposer des nouvelles fonctionnalités pour motiver l'usage de l'outil.</p>
Dutheil et al. (2017)	<p>Présentation du lancement d'une étude sur un outil de mesure par auto-déclaration, d'analyse et d'aide à la prise de décision et la mise en place d'actions - Wittyfit</p> <p>Trois groupes sont séparés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Employés - Cadres intermédiaires - Cadres supérieurs 	<p>Présentation des perspectives pour la santé des travailleurs à partir de l'analyse des fonctionnalités d'un outil numérique de mesure et d'aide à la décision.</p> <p>L'objectif de l'outil est de comprendre des problématiques variées et de favoriser des changements de comportements individuels sur le milieu de travail.</p> <p>Quatre fonctionnalités principales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profil de santé individuel - Rétroaction individualisée - Soutien au changement de comportement - Évaluation des changements liés aux connaissances, pratiques et résultats dans le temps <p>L'outil vise à aider les managers à cibler des actions efficaces.</p>	Pas de résultats	<p>L'outil holistique doit aider à promouvoir une meilleure santé des salariés en entreprise.</p> <p>Il se veut être un outil de récolte de donnée, d'analyse, d'aide à la décision et à la mise en place d'action. Un accompagnement automatique individuel pour les salariés est aussi proposé sous la forme de E-learning notamment.</p> <p>Recherches futures : Présentation des résultats à venir dans de futurs articles</p>

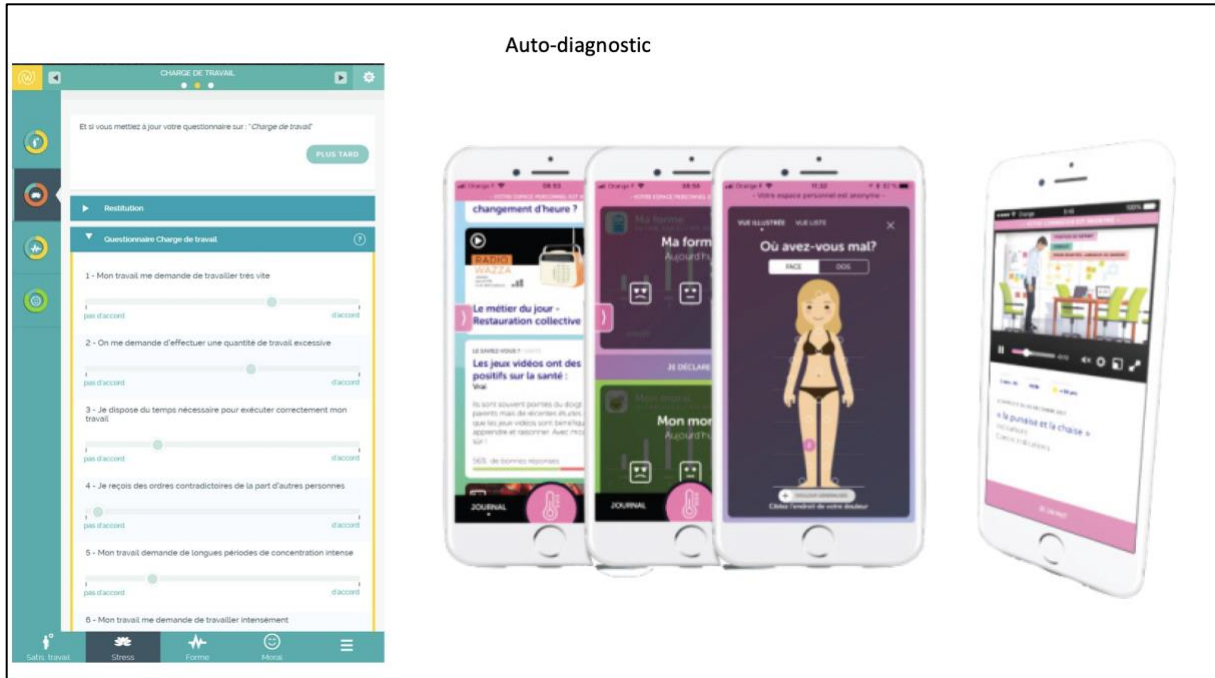
		<p>Parmi ses multiples fonctionnalités, l'outil propose également des fonctionnalités de e-learning d'auto-accompagnement, qui peuvent le classer également dans la catégorie d'une gestion autonome.</p>		
Riedel (2007)	<p>Étude de cas d'une organisation comprenant les données de 10 000 salariés</p>	<p>Étude de l'utilisation d'un tableau de bord sur la santé et la productivité dans une organisation.</p> <p>Le tableau de bord permet une estimation des coûts réels des absences et autres facteurs négatifs.</p>	Pas de résultats	<p>Le tableau de bord aide l'employeur à mieux comprendre le lien bien-être/productivité et l'ampleur des problématiques de santé et de leur impact financier. Il s'agit également d'un moyen pour l'aider à prendre des décisions basées sur une analyse chiffrée concernant sa propre organisation, pour fournir des moyens adaptés à sa force de travail.</p>

Annexe 2. Liste des 41 plateformes de bien-être référencées et analysées

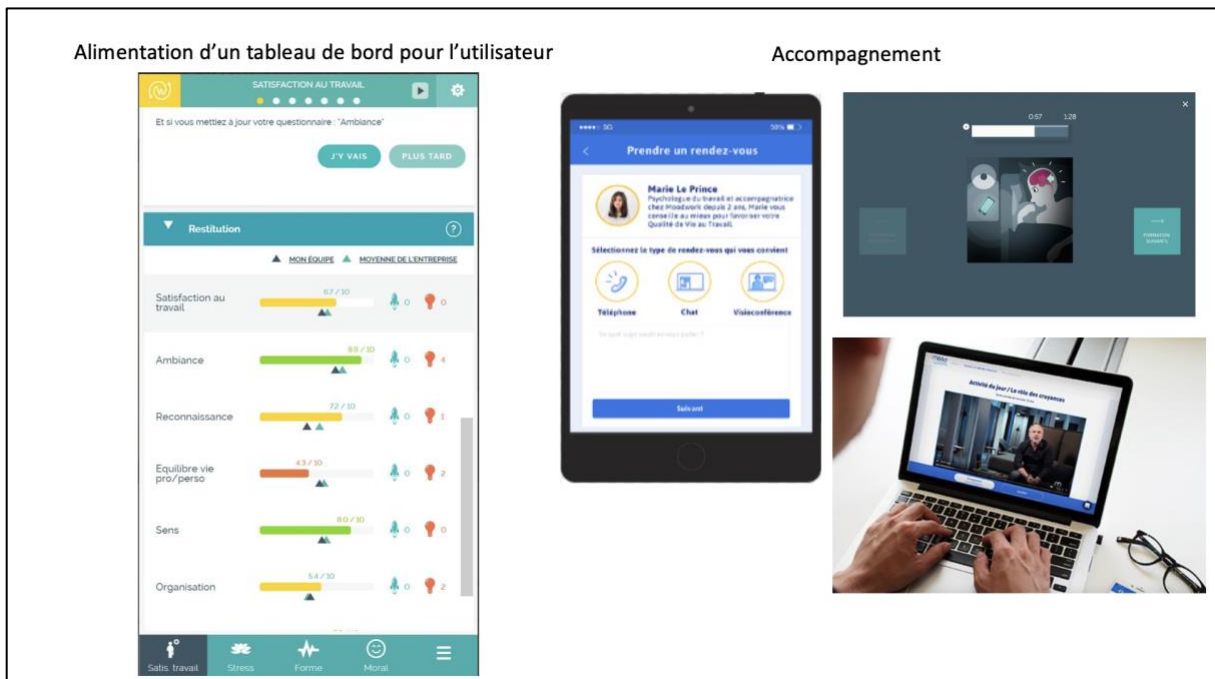
Activcorner ; Antimauxdedos ; Axomove ; Bleexo ; Bloom at work ; Bloomin ; BloomR ; ClassFit ; Comeet ; Fidensio ; Followme ; For me ; Formi ; Glint ; Happy Quest ; Humoon ; Kiplin ; La pause baskets ; Libheros ; Lily Facilite la vie ; LYYTI ; Mobilisation management ; Mon chaperon ; Moodwork ; My mental energy pro ; Neomade ; Octomine ; Oser sa Chance® ; OuiSpoon ; Peakon ; Prof express ; Squadeasy ; Supermood ; Team-starter ; To do today ; Trainme ; Urban Challenge ; Wittyfit ; Woofer ; Workcare ; Zestmeup.

Annexe 3. Plaquette de présentation des application de QVCT

Diapositive 1

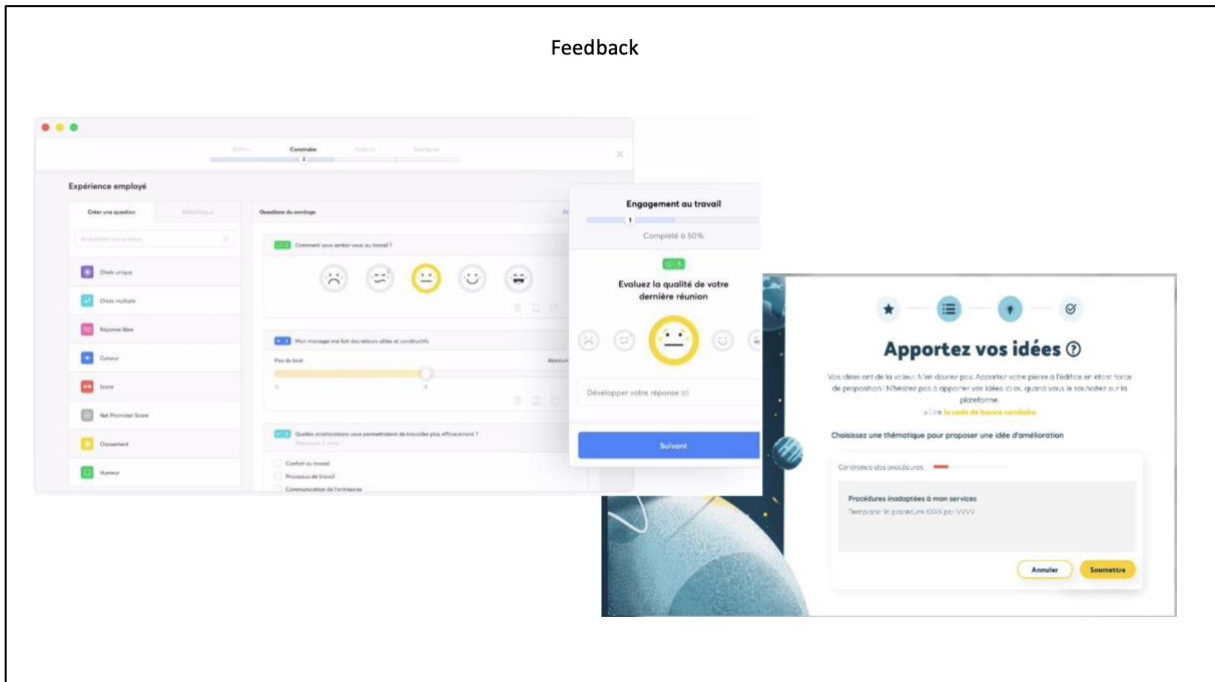


Diapositive 2



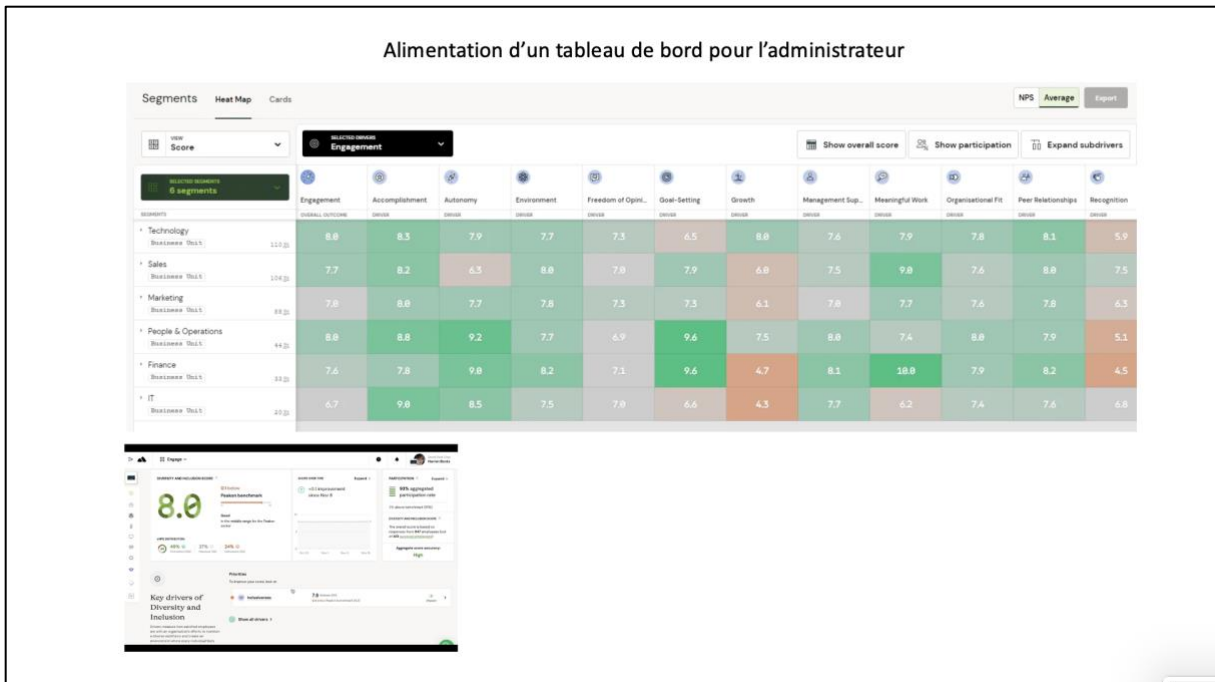
Diapositive 3

Feedback



Diapositive 4

Alimentation d'un tableau de bord pour l'administrateur



Annexe 4. Profil des répondants

PR : Prestataire de plateforme ; UT : Entreprise utilisatrice ; PST : Professionnel de la santé ; CS : Confédération syndicale

Organisation	Individu	Genre	Age	Poste
PR	1	F	30	Responsable du pôle recherche
PR	2	H	28	Président directeur général
PR	3	H	68	Directeur général
PR	4	H	32	Responsable opérationnel et de développement
PR	5	H	22	Gestionnaire de compte client
PR	6	H	49	Responsable R&D
PR	7	H	28	Directeur des ventes
UT	8	F	39	Responsable des RH (RRH)
UT	9	F	22	Assistante RH
PST	10	F	24	Psychologue praticienne
PST	11	F	38	Psychologue du travail
UT	12	F	34	RRH
PST	13	F	49	Infirmière du travail
PST	14	F	27	Psychologue du travail
UT	15	H	61	Dirigeant
UT	16	F	35	RRH
PR	17	H	27	Chargé de développement commercial
PR	18	H	46	Directeur général
PR	19	H	27	Chargé de développement commercial
UT	20	H	46	Directeur marketing
PR	21	H	30	Responsable commercial
PST	22	H	29	Ergonome
PST	23	F	46	Ergonome
PST	24	H	37	Psychologue du travail
PST	25	F	55	Médecin du travail
PST	26	F	34	Psychologue du travail
PR	27	H	28	Commercial
PST	28	H	60	Directeur de structure
PR	29	H	31	Co-fondateur
PST	30	H	33	Ergonome coordinateur pôle technique
PR	31	H	27	Chargé du développement des ventes
PST	32	H	29	Psychologue du travail
PST	33	F	42	Infirmière en santé au travail
PR	34	F	32	Responsable des ventes
PST	35	F	36	Médecin du travail
PST	36	F	35	Ergonome
PST	37	F	28	Psychologue du travail
PR	38	H	32	Ingénieur d'affaire

PST	39	F	58	Médecin du travail
PR	40	H	46	Dirigeant
PR	41	F	23	Chargée de développement commercial
PR	42	H	30	Dirigeant
PR	43	H	26	Directeur commercial
UT	44	H	54	Chargé de mission RH
UT	45	H	41	Dirigeant
UT	46	F	33	Office Manager
PST	47	H	68	Médecin du travail
PST	48	H	32	Médecin du travail
UT	49	F	35	Chargée de communication interne RH et de l'innovation RH
PST	50	H	36	Ergonome
UT	51	F	49	Responsable formation et projet RH
UT	52	F	53	RRH
UT	53	F	33	Chargée de recrutement et projet RH
UT	54	F	31	Directeur des RH (DRH)
UT	55	F	38	Chargée de projet RH
UT	56	F	42	Responsable engagement et qualité de vie au travail (QVT)
UT	57	F	27	Chargée de la QVT
UT	58	H	40	Responsable développement des compétences et QVT
UT	59	F	52	Déléguée à l'innovation RH
PST	60	F	29	Ergonome
CS	61	H	64	Secrétaire général
CS	62	F	28	Assistante de pôle
CS	63	H	58	Responsable de secteur
CS	64	F	41	Animatrice de secteur
CS	65	H	48	Responsable de fédération
CS	66	F	24	Assistante juridique
PST	67	H	32	Médecin inspecteur
UT	68	F	32	Responsable d'équipe

Annexe 5. Guide d'entretien

Introduction

« Bonjour,

Merci d'avoir accepté cet échange dans le cadre de ce travail de recherche. Ce travail, pour rappel, m'amène à mener des entretiens afin de comprendre les effets des plateformes de santé au travail.

Cet entretien anonyme et confidentiel est enregistré, sous réserve de votre accord, dans le but de pouvoir l'analyser par la suite.

Concernant le déroulement de cet échange, je vous poserai quelques questions qui sont réparties selon quatre thématiques : prévention de la santé au travail et ses acteurs, les caractéristiques et l'adoption des applications de QVCT, les conséquences des applications de QVCT.

Bien-sûr, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse aux questions que je vais vous poser. »

« Avant de commencer, je vous propose simplement qu'on se présente de manière rapide (nom, prénom, poste...) »

THEME 1 : LA PRÉVENTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL ET SES ACTEURS

- Évolution du sujet de la prévention de la santé au travail ces dernières années ?
- Intérêt de travailler sur la question de la santé au travail ?
- Principaux acteurs de la santé au travail et leurs rôles ?
- Problématiques associées à la prévention des RPS ?
- Les freins à travailler sur l'amélioration de la santé au travail, des RPS ?
- Les moyens à disposition pour améliorer la prévention de la santé au travail, des RPS ?

THEME 2 : LES CARACTÉRISTIQUES ET L'ADOPTION DES PLATEFORMES DE QVCT

- Présentation de la solution
- Sa mise en place ?
- Son positionnement comme une réponse face aux problématiques de santé au travail ?
- La place de cette plateforme/outil dans un contexte de généralisation du télétravail ?
- La place de l'outil à côté d'autres outils/pratiques ?
- Effets sur les acteurs précédemment cités dans la gestion de la santé au travail ?
- Évolutions/améliorations envisagées pour la solution ?

THÈME 3 : L'UTILISATION DES PLATEFORMES DE QVCT

- Caractéristiques des utilisateurs de ces plateformes ? (Leur profil, besoin ?)
- Le rôle qu'ils ont vis-à-vis de ces outils ?
- L'usage qu'il en font ? (Et dans le temps ?)
- Les comportements induits par l'usage de ces plateformes ? Y-a-t-il une évolution de ces comportements ?

THEME 4 : LES CONSÉQUENCES DES PLATEFORMES DE QVCT

- Les conséquences pour chaque acteur ?
- Les ressentis des salariés dans l'utilisation de ces outils ?
- Les effets observés sur l'organisation ?
- L'utilisation des données sur la santé au travail ?

Conclusion

Annexe 6. Message de sollicitation d'entretien publié sur LinkedIn



Nikolaz Le Vaillant · Vous
Doctorant en sciences de gestion - Université Bretagne Sud
2 an(s) · Modifié ·

Peakon, Moodwork, Wittyfit, Glint, Bloomatwork - Lucca, Bloomin, ZestMeUp, Supermood, Octomine, BloomR, Bleexo, Mymentalenergy...
Vous avez déjà été en contact avec une plateforme numérique pour la **#santé** et l'**#engagement** au travail ? (bien-être, stress...) 📊 🧠 📱

🔍 Je vous invite à participer à un travail de recherche doctoral qui vise à mieux comprendre le développement de ces solutions et leurs effets sur les organisations.

Les entretiens se déroulent selon vos disponibilités, le temps dont vous disposez et les résultats sont strictement anonymisés 🗝

👤 Tous les profils sont recherchés : dirigeant, RH, manager ou non, professionnel de la santé, prestataire...

✅ Pour vous inscrire : <https://lnkd.in/dJKpEpKG>

Université Bretagne Sud Laboratoire LEGO Marc Dumas

#bienetreautravail #plateformesnumeriques #santeautravail



E-santé
EN ENTREPRISE

Participez à un travail de recherche sur les plateformes numériques de santé et d'engagement au travail.

👤 Nathalie Dupont et 12 autres personnes
12 republications

📊 629 impressions
[Voir les statistiques](#)

